

OBEZ BİREYLERDE YEME TUTUMU, ALGILANAN SOSYAL
DESTEK İLEPSİKOPATOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE MOTİVASYONEL SÜREÇ YÖNÜNDEN İLİŞKİSİ

ÖZNUR ÖZKOCA

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2018

OBEZ BİREYLERDE YEME TUTUMU, ALGILANAN SOSYAL
DESTEK İLE PSİKOPATOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE MOTİVASYONEL SÜREÇ YÖNÜNDEN İLİŞKİSİ

ÖZNUR ÖZKOCA

Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2014

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2018

Bu Tez, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
için sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2018

İŞIK UNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

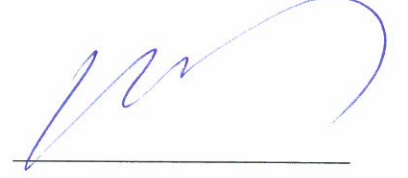
OBEZ BİREYLERDE YEME TUTUMU, ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE
PSİKOPATOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE MOTİVASYONEL SÜREÇ
YÖNÜNDEN İLİŞKİSİ

ÖZNUR ÖZKOCA

ONAYLAYANLAR:

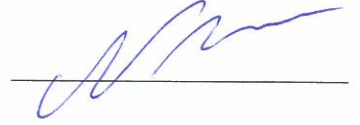
Prof.Dr. Ömer Saatçioğlu
(Tez Danışmanı)

İşık Üniversitesi



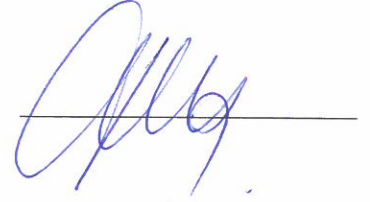
Yrd.Doç.Dr. Nazlı Balkır

İşık Üniversitesi



Prof.Dr. Oya Özkardeş

İstanbul Ticaret Üni.



ONAY TARİHİ: 10.01.2018

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP EATING ATTITUDES, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, PSYCHOPATHOLOGY AND TREATMENT MOTIVATION ON OBESE PEOPLE

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to compare the patients who applied for the first time to the obesity clinic and the psychopathology, eating attitudes, treatment motives and perceived social support of the sixth month treatment.

Method: A total of 260 questionnaires were administered to the people at the age of 18 and over. The participants selected by objective sampling technique among application to the clinic for obesity treatment for the first time and people at the sixth month in treatments

Results: According to the general results of the study, it was determined that the general symptom averages and paranoid thought scores of the participants at the sixth month of treatment were higher than those who applied for the first time. However, eating attitude scores were found to be higher for participants in the sixth month of treatment than for those who applied for the first time in the clinic. Participants at the sixth month of treatment were found to have higher scores on the obesity change stage scale of food weight and diet and personal and emotional dimensions than those who first applied to the obesity clinic. In other words, in patients continuing to obesity treatment, the treatment motivation increases with the duration of the treatment. As with the treatment motivations, it was determined that the social support perceived by participants in the sixth month of treatment was higher. Perceived social support among participants is social support perceived by the differentiating family.

Conclusion: In the obesity clinic, it was determined that continuing treatment had effects on psychopathology, eating attitudes, treatment motivation and social support perception.

KeyWords: Obesity, psychopathology, eating attitudes, treatment motivations, perceived social support.

OBEZ BİREYLERDE YEME TUTUMU,ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE PSİKOPATOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE MOTİVASYONEL SÜREÇ YÖNÜNDEN İLİŞKİSİ

Özet

Amaç: Bu çalışmada obezite kliniğine ilk kez başvuran kişiler ile tedavinin altıncı ayındaki hastaların psikopatoloji, yeme tutumları, tedavi motivasyonları ve algılanan sosyal destekleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 18 yaş ve üzeri olup obezite tedavisi için kliniğe başvuran bireyler arasından seçilen 130 ilk başvuru, 130 tedavide altıncı ayında olmak üzere toplam 260 kişiye anket uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın genel sonuçlarına göre, tedavisinin altıncı ayındaki katılımcıların genel belirti ortalamalarının ve paranoid düşünce puanlarının, ilk kez kliniğe başvuranlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, yeme tutum puanlarının tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda ilk kez kliniğe başvuranlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların obezite değişim evreleri ölçeğinin yemek, kilo ve diyet boyutundan ve kişisel ve duygusal boyuttan aldığı puanların ilk kez obezite kliniğine başvuran kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile, obezite tedavisine devam eden hastalarda tedavi süresi ile birlikte, tedavi motivasyonu da yükselmektedir. Tedavi motivasyonlarında olduğu gibi, tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların algıladığı sosyal desteğin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar arasındaki algılanan sosyal desteği farklılaştıran aile tarafından algılanan sosyal destektir.

Sonuç: Obezite kliniğinde tedaviye devam etme durumunun psikopatoloji, yeme tutumları, tedavi motivasyonları ve sosyal destek algısı üzerinde etkileri olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, psikopatoloji, yeme tutumları, tedavi motivasyonları, algılanan sosyal destek.

Teşekkür

Bu araştırmanın tez danışmanlığı ve yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini esirgemeyen; mesleki gelişimime katkıda bulunan, her aşamasında sunduğu öneriler, eleştiriler ve yardımlarıyla bana yol gösteren, benimle birlikte emek veren Sayın Prof. Dr. İbrahim Ömer Saatçioğlu' na,

Lisans eğitimim boyunca; kişisel, sosyal ve mesleki gelişimime sabırla katkıda bulunan ve her zaman minnettar hissedeceğim sevgili Doç. Dr. Müjde Peker, Doç. Dr. Robert W.Booth'a,

Araştırma süresince ve mesleki yaşamımda tecrübeleri ile desteğini esirgemeyen başhekimimiz Sayın Uzm. Dr. Cengiz Konuksal ve Özel Avcılar Hospital ailesine ve çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmanın ve mesleki gelişimimin en başından beri yanımda olan, benimle birlikte her yolda koşulsuz ve sevgiyle yürüyen meslektaşım, yol arkadaşım, Dicle Öztürk'e ve Işık Üniversitesi'nin bana kazandırdığı tüm dostlarıma,

Araştırmanın her bir aşamasında; sabırla beni motive eden, mesleki fikirleriyle ve yardımlarıyla katkılarını esirgemeyen sevgili meslektaşım Ertuğ Gül'e,

Yaşamım boyunca; tüm desteklerini ve fedakarlıklarını benden esirgemeyen, sevgilerini her zaman yanımda hissettiğim ve bana koşulsuz özveri gösteren annem Ayla Özkoca, babam Hasan Özkoca ve ağabeyim Onur Özkoca'a,

En içten ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

Abstract	ii
Özet.....	iv
İçindekiler.....	vii
Tablolar Listesi.....	x
Kısaltma Listesi.....	xv
BÖLÜM 1	
GİRİŞ.....	16
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	19
1.2. Araştırmanın Sayıtları.....	19
BÖLÜM 2	
GENEL BİLGİLER.....	20
2.1. Obezite.....	20
2.1.1. Obezitenin Tarihçesi.....	21
2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	21
2.1.3. Obezitenin Etiyolojisi.....	22
2.1.4. Obezitenin Sınıflandırılması.....	24
2.1.5. Obezitenin Sonuçları.....	25
2.1.6. Obezitede Tedavi Yaklaşımları.....	26
2.1.6.1. Diyet Tedavisi.....	26
2.1.6.2. Egzersiz.....	27
2.1.6.3. Davranış Tedavileri.....	27
2.1.6.4. Medikal Tedavi.....	28
2.1.6.5. Cerrahi Tedavi.....	29
2.2. Obezite ve Psikopatoloji.....	29
2.3. Obezitede Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları.....	34
2.4. Obezite ve Yeme Bağımlılığı.....	38

2.5. Obezitede Algılanan Sosyal Destek.....	42
2.5.1. Aile Desteği.....	45
2.5.2. Evlilik ve Eş İlişkisi.....	47
2.5.3. Sosyal Çevre Desteği.....	48
2.6. Obezite ve Tedavi Motivasyonu.....	48
2.6.1. Transteorik (Teoriler Arası) Model.....	50
2.6.1.1. Değişim Evreleri.....	51
2.6.1.2. Karar Dengesi.....	52
2.6.1.3. Değişim Süreci.....	54
2.6.2. Obezite Tedavisinde Transteorik Model'in Kullanımı.....	56
BÖLÜM 3	
YÖNTEM.....	58
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	58
3.2. Veri Toplama Araçları.....	58
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (Ek-B).....	58
3.3.2. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R) (Ek-C).....	59
3.3.3. Yeme Tutumları Testi (YTT) (Ek-D).....	59
3.3.4. Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) (Ek-E).....	60
3.3.5. Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (GÇASDÖ) (Ek-F).....	60
3.4. Verilerin Analizi.....	61
BÖLÜM 4	
BULGULAR.....	62
4.1. Araştırmadaki Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	62
4.2. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcılar İle Tedavisinin Altıncı Ayındakilerin Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	68
4.3. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklere Göre Grup İçi Değerlendirilmesi.....	71
4.3.1. Cinsiyet.....	71
4.3.2. Yaş Durumu.....	76
4.3.3. Medeni Durum.....	82
4.3.4. Çalışma Durumu.....	87

4.4. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Grupların Sağlık Özelliklerinin Grup İçi Değerlendirilmesi.....	92
4.4.1. Beden Kitle İndeksi.....	92
4.4.2 Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumu.....	97
4.5. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Beslenme Durumlarına Göre Grup İçi Değerlendirilmesi.....	105
4.6. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölçeklerin Gruplar Arası Değerlendirilmesi.....	110
4.6.1. Cinsiyet.....	110
4.6.3. Medeni Durum.....	113
4.7. Ölçekler Arası Korelasyonlar.....	116
BÖLÜM 5	
TARTIŞMA.....	120
BÖLÜM 6	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	128
KAYNAKLAR	
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Obezitenin BKİ' ye Göre Sınıflandırılması.....	25
Tablo 2.2. Nörotransmitterlerin Madde Arama Davranışına ve Yiyecek Alımına Etkileri.....	40
Tablo 4. 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	63
Tablo 4. 2. Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler.....	64
Tablo 4. 3. Beslenme Durumuna İlişkin Özellikler.....	65
Tablo 4. 4. Kiloya Bağlı Özellikler.....	67
Tablo 4. 5. Katılımcıların Psikopatolojilerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.	69
Tablo 4. 6. Katılımcıların Yeme Tutumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.	70
Tablo 4.7. Katılımcıların Tedavi Motivasyonlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	70
Tablo 4.8. Katılımcıların Algıladığı Sosyal Desteğin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	71
Tablo 4. 9. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.10. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Cinsiyetlerinin SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.11. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin YTT İle Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.12. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Cinsiyetlerinin YTT İle Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.13. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.14. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Cinsiyetlerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	74

Tablo 4. 15. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	75
Tablo 4. 16. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcılarının Cinsiyetlerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	76
Tablo 4. 17. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	77
Tablo 4. 18. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	78
Tablo 4. 19. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4. 20. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4. 21. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	80
Tablo 4. 22. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	80
Tablo 4. 23. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	81
Tablo 4. 24. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	82
Tablo 4. 25. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Medeni Hallerinin SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	83
Tablo 4.26. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının Medeni Hallerinin SCL 90-R İle Karşılaştırması	81
Tablo 4. 27. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Medeni Hallerinin YTT İle Karşılaştırılması.....	85
Tablo 4. 28. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Medeni Hallerinin YTT İle Karşılaştırılması.....	85
Tablo 4. 29. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Medeni Hallerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	85
Tablo 4. 30. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Medeni Hallerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	85
Tablo 4. 31. İlk Kez Obezite Kliniğine Katılımcıların Grubun Medeni Hallerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	86

Tablo 4. 32. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Medeni Hallerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	86
Tablo 4. 34. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	88
Tablo 4. 35. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Çalışma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	89
Tablo 4. 36. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	89
Tablo 4. 37. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Çalışma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	890
Tablo 4. 38. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	90
Tablo 4. 39. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Çalışma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	91
Tablo 4. 40. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	91
Tablo 4. 41. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin SCL 90-R İle Karşılaştırılması.....	93
Tablo 4. 42. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	94
Tablo 4. 43. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin YTT İle Karşılaştırılması.....	94
Tablo 4. 44. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin YTT İle Karşılaştırılması.....	95
Tablo 4. 45. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	96
Tablo 4. 46. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	96
Tablo 4. 47. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	97
Tablo 4. 48. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	98

Tablo 4. 49. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	99
Tablo 4. 50. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	100
Tablo 4. 51. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	102
Tablo 4. 52. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	102
Tablo 4. 53. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	102
Tablo 4. 54. Tedavinin Altıncı Ayındaki Grubun Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	102
Tablo 4. 55. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	104
Tablo 4. 56. Tedavinin Altıncı Ayındaki Grubun Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	104
Tablo 4. 57. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	107
Tablo 4. 58. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması.....	106
Tablo 4. 59. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	108
Tablo 4. 60. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması.....	108
Tablo 4. 61. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	108
Tablo 4. 62. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması.....	108
Tablo 4. 63. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	109
Tablo 4. 64. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması.....	109
Tablo 4. 65. Grup ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	111

Tablo 4. 66. Grup ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin ANOVA Sonuçları.....	111
Tablo 4. 67. Grup ve Yaş Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	112
Tablo 4. 68. Grup ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin ANOVA Sonuçları.....	113
Tablo 4. 69. Grup ve Medeni Hal Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	114
Tablo 4. 70. Grup ve Medeni Hal Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin ANOVA Sonuçları.....	114
Tablo 4. 71. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Hastalarda Ölçek Korelasyonlar	116
Tablo 4. 72. Tedavinin Altıncı Ayındaki Hastalarda Ölçek Korelasyonları	118

KISALTMA LİSTESİ

AKSD	: Arkadaş Sosyal Desteği
ANX	: Kaygı
ASD	: Aile Sosyal Desteği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DEP	: Depresyon
GÇASDÖ	:Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
HOS	: Öfke-Düşmanlık
INT	: Kişiler Arası Duyarlık
KDB	: Kişisel ve Duygusal Boyut
O-C	: Obsesif-Kompulsif
ODEÖ	: Obezite Değişim Evreleri Ölçeği
ÖBİD	: Özel Bir İnsan Sosyal Desteği
PAR	: Paranoid Düşünce
PHOB	: Fobik Anksiyete
PSY	: Psicotizm
SCL-90-R	: Genel Belirti Tarama Testi
SOM	: Somatizasyon
TYB	: Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YKDB	: Yemek, Kilo ve Diyet Boyutu
YTT	: Yeme Tutumları Testi

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Obezite, geçmişten günümüze bir halk sağlığı problemi olarak bütün ülkelerde her geçen gün daha da büyük bir problem haline gelerek küresel olarak önemini arttırmaktadır. Fazla kilolu olmak birçok tıbbi rahatsızlığı da yanında getirmektedir. İnsulin direnci, diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom, kanser türleri, astım, solunum zorluğu, menstruasyon düzensizlikleri, gebelik komplikasyonları, karaciğer yağlanması, uyku apnesi, cinsel bozukluklar, toplumsal uyumsuzluklar ve ruhsal problemler en sık olarak karşımıza çıkan sağlık problemleri olarak sıralanabilir (WHO, 1997).

Obezitenin gelişiminde psikolojik faktörler önemli rol oynamaktadır. Özellikle bireylerin psikososyal durumları üzerinde yarattığı olumsuz etkileri sebebiyle psikopatolojilere yol açabileceği düşünülmektedir. Bireyler için yemek yeme yaşamsal bir ihtiyaç olmasının yanında; uygunsuz yeme tutumları, beden imajı, emosyonel süreçleri ve kendi bedeni üzerindeki düşüncelerinde ciddi bir takım bozukluklar görülebilmektedir.(Kaplan, 1957) Bireyler öfke, üzüntü, hayal kırıklığı, pişmanlık, anksiyete gibi olumsuz duygu durumları ile baş edebilmek için yeme davranışı gösterebilmektedir. Duygusal yeme olarak bilinen bu durum; ilerleyen süreçte bireylerin kendi bedeni üzerindeki düşüncelerindeki bozulmaları, beden imajını, yemek yeme tutumlarını olumsuz yönde etkilemekte; fazla kilo alımına (overweight) ve obeziteye sebep olmaktadır.

Duygusal yemek yeme isteği, fiziksel olarak duyulan açlıktan farklı olarak olumsuz duyguların yoğunluğunu azalttığı düşünülmektedir (Bruch, 1973). Duygu durumu ve duyguları kontrol etmek amacıyla başvuru alan uygunsuz yemek yeme davranışı, obeziteyi tetiklemektedir. Yaşantılanan duygularla, yeme davranışının ilişkisinin değerlendirilmesi; obezitenin emosyonel alt yapısının anlaşılabilmesine katkıda bulunabilir.

Bireylerin yaşıntıladığı duyguları nasıl kavradığı, yorumladığı ve anlamlandırdığı ; duygusal stratejilerinin oluşmasını sağlamakta ve bunlarda duygusal şemalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Şemalar bireylerin farkındalık, kişisel tercih, alışkanlıkları, eğilimleri, tepkileri hakkında bilgi vererek, uyum bozucu duygusal yorumlamaların duygusal yemeyi etkileyebileceği ve obezite paternini ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir.

Multidisipliner olarak incelenmesi gereken obezite, fiziksel boyutunun yanı sıra psikolojik ve duygusal komplikasyonlarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Depresyon gibi psikopatolojik rahatsızlıkların kilolu ve obez bireyler için büyük bir risk olduğu düşünülmektedir ve oluşturulacak obezite tedavilerinde, bireylerin ruh sağlığında tedavi planına katılması gerektiği düşünülmektedir.

Psikopatoloji ve obezite arasında bulunan iki yönlü ilişki, araştırmacıların her daim dikkatini çekmiştir. Guinness ve Crisp'in neşeli şişman (Jolly fat) hipoteziyle orta yaşlardaki obeziteye sahip kadınlarda anksiyete oranının, erkeklerdeyse hem depresyonun hem anksiyetenin düşük oranda olduğu belirtilmiştir (Crisp ve Guinness, 1976). Daha sonra yapılan araştırmalarda genelde obeziteye sahip olan kişilerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin yüksek olduğu görülmüştür (Simon ve ark., 2006; Werrij ve ark., 2006). Epidemiyolojik bir çalışmada, depresyon ve obezite arasındaki ilişki araştırılarak, obezitenin depresyon riskine artış katıp katmadığı sorusu yanıtlanmaya çalışılmıştır. Sorunun cevabınınsa hem hayır hem de evet olduğu görülmüştür. İşlevsellik, kronik tıbbi durumlar, sosyal destek, medeni durum, eğitim, cinsiyet ve yaş gibi eş değişkenler göz önünde bulunarak yapılan kesitsel analizlere bakıldığı zaman, yüksek obeziteye sahip bireylerin yüksek major depresyon belirtileri gösterdiği görülmüştür.fakat ileriye dönük çok değişkenli yapılan analizlerde anlamlı bir bulgu saptanmamıştır (Roberts ve ark., 2000).

Obeziteye sahip kişilerde hayat kalitesinde bozulma olduğu ve obezitenin derecesi arttıkça bu bozulmanın da doğru orantılı bir şekilde arttığı göze çarpmaktadır (Sullivan, 2008). Hem obeziteyle beraber osteoartrit, diz, kalça ve bel ağrısı gibi fiziksel hastalıkların artması hem de metabolik hastalıkların daha sık görülmesi nedeniyle bu kişilerin, normal kiloya sahip bireylere göre daha düşük yaşam kalitelerine sahip olmalarına neden olmaktadır. Psikopatoloji ve psikiyatrik belirtilerin varlığında hayat kalitesinin kötüye gittiği belirtilmektedir (Jia ve Lubetkin, 2005).

Benlik saygısı, obezitesi olan kişilerde psikiyatrik belirtiler ile alakası olduğu düşünölen başka bir alandır. Benlik saygısı bireyin bedensel, toplumsal, zihinsel ve duygusal özelliklerinin gerçekçi bir şekilde farkında olması ve kabul etmesiyle yakından ilişkilidir. Kendinde bulunan yetenekleri ve özelliklerini uygun bir şekilde kullanabilen bir kişi, kendi değerleri ile alakalı pozitif bir tutum içinde olacaktır. Bazı çalışmalar benlik saygısı ve obezite arasında bir ilişki olmadığını savunurken, bazılarıysa obezitenin benlik saygısına negatif etkisi olduğunu savunmuştur (Tezcan, 2009).

Öte yandan obeziteye yönelik tedaviler son derece zorlu olup izleme çalışmalarında nüks oranları da oldukça yüksektir. Son zamanlarda tedavi etkinliğinin artırılmasında tedavi motivasyonu ile ilgili çalışmalar dikkat çekmektedir.

Tedavi motivasyonu, yani kişinin tedavi olmak ve tedavinin gereklerini yerine getirmek için duyduğu istek çoğunlukla tedaviye uyumla ilişkisi açısından önem taşımaktadır. Bu sebeple kişinin tedavi motivasyonu tedaviye cevap verme konusunda, istenen tedavi sonuçlarına da destek sağlayan önemli bir etmen şeklinde görölmektedir. Literatürde tedavi motivasyonunun tanımıyla ilgili çeşitli ifadeler olmakla birlikte güncel olarak belirtilen yaklaşım tedavi motivasyonunun tedavi süresince değişebilen ve etkilenebilen bir danışan durumu olduğudur (Drieschner, Lammers, Staak, 2004). Tedavi motivasyonu aynı zamanda Prochaska ve Diclemente'in (1982) geliştirdiği Transteorik Model bağlamında tedaviye hazır oluşun motivasyonel evreleri açısından da değerlendirilebilmektedir.

Obezite hastaları, yaşadıkları sorunun ne olduğunu daha iyi anlamak amacıyla tedaviye başvurabilmektedir. Pek çok hasta obezite kavramını daha önce duymuş olmakla birlikte kendilerini bu kategoriye uygun görmedikleri için yardım alma konusundaki ambivalansları artmakta ve buna ihtiyaçları olup olmadığından emin olamamaktadırlar (Eivors, Button, Warner, ve Turner, 2003). Obezite hastaları da çoğunlukla tedaviye başvurmamakta, başvuranlar da ise psikiyatrik bozukluklar oldukça yüksek seviyede olmaktadır (Garner, 2002). Dolayısıyla bu da tedaviyi zorlaştıran bir etken olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu noktadan hareketle hazırlanan araştırmada, obezite tedavi kliniğine başvuran hastalarda tedavi motivasyonuna etki eden unsurların ortaya koyulması hedeflenmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmada obezite kliniğine başvuran yetişkin bireylerin, obezite ile ilgili emosyonel süreçlerinin psikopatolojik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye’de yaygın olarak araştırılan obeziteyi etkileyen fiziksel koşulların dışında, obezite kliniğine başvuran yetişkin bireylerde motivasyonel süreçlerin algılanan sosyal destek, yeme tutumları ve psikopatolojik açıdan yorumlanması; literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Sayıtları

1. Araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğü, evreni temsil edici niteliktedir.
2. Araştırmada uygulanan yöntem, araştırma amacına uygundur.
3. Araştırmada kullanılan Ruhsal Belirti Tarama Testi psikopatolojiyi, Yeme Tutumları Testi yeme davranışlarını, Obezite Değişim Evreleri Ölçeği obezite tedavi motivasyonlarını, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği algılanan sosyal desteği ve Bilgi Formu sosyodemografik değişkenleri ölçmektedir.
4. Örnekleme oluşturan obez bireyler ölçek ve anket sorularını samimiyetle, doğru ve yansız olarak yanıtladıkları varsayılmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Aşırı kilo ve obezite, yağ dokunun sağlığı bozabilecek derecede anormal veya aşırı bir şekilde birikmesidir (WHO, 2015). Body Mass Index-(BMI) yani beden kitle indeksi (BKİ), yetişkin bireylerde yaygın bir şekilde kullanılan boy ve ağırlık oranının basit bir göstergesi şeklindedir. Bu oran kilogram cinsindeki ağırlığın metrekaresi cinsindeki boyun karesine bölünmesiyle tanımlanır. DSÖ'ne göre; 25'e eşit veya daha büyük BKİ değerleri aşırı kilolu, 30'a eşit veya daha büyük BKİ değerleri obezite olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2015). Kelime anlamı olarak şişmanlık (obezite), Latince'de 'yemekten kaynaklanan' anlamına gelirken, obesus 'obedere' kelimesi görülen geçmiş zaman hali olarak 'yemek yeme' anlamına gelmektedir (Serter R. 2003).

BKİ ölçümünün güvenilir, tekrarlanabilir ve kolay olması, yaygın bir şekilde kabul edilmesine yol açmış ve epidemiyolojik çalışmalarda obeziteyi değerlendirmede en fazla tercih edilen parametre haline gelmiştir (Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığı, STD 2014). Buna karşılık BKİ, bel çevresi ve bel kalça oranı ölçümleri gibi parametrelerden farklı olarak beden yağ dağılımı hakkında bilgi vermez. Bel çevresinin kalça çevresine bölümü ile elde edilen bel kalça oranının Amerikan Kalp Birliği'nin tanımına göre kadınlarda 0.88, erkeklerde 0.95 üzerinde olması 'riskli' kabul edilmiştir. Bel çevresinin erkekte 102 cm kadınlarda 88 cm, üzerinde olması 'geniş' olarak tanımlanmıştır (Ünal ve ark., 2013).

Bir başka tanımda obezite, harcanan enerjiyle alınan enerji arasında bulunan dengenin, alınan enerji tarafında ağırlık kazanmasıyla ortaya çıkmaktadır (Ünal G., 2010). Obezite hastalığı, vücut içerisine besinler aracılığıyla gelen enerjinin, kişinin harcadığı enerjiden daha fazla olduğu durumlarda oluşan ve vücudun yağ kitlesi,

yağsız kitleye oranla daha fazla olduğu durumlarda meydana gelen kronik bir hastalıktır (Altunkaynak ve ark. 2006).

Obezite batı toplumlarında yüksek oranda görülen, etiyolojisi karmaşık, uyku apne sendromu, safra kesesi hastalığı, iskemik kalp hastalığı, diyabetes mellitus ve belli karsinom türlerinin riskinde artış ile toplumun sağlığını tehdit eden, hayat süresini ve kalitesini azaltan bir hastalıktır. Morbid obezite, BKİ 40 2 2 kg/m ve üzerinde ya da tıbbi hastalıklarla birlikte 35 kg/m ve üstüyle tanımlanan birçok medikal durumla ilişkili kompleks bir sendromdur (Annagür ve ark., 2012).

2.1.1. Obezitenin Tarihçesi

Obezitenin bir konu olarak tartışılmaya ve ilk defa yazılı metinlerde görülmeye başlaması on altıncı yüzyılın sonlarına doğru olmuş, on sekizinci yüzyılda da yayınlanmıştır. Diyet kısıtlaması, egzersiz artışı gibi tarihi veriler Hipokrat'tan beri tanımlanmıştır. Roma döneminden kalma taş oymalarda masif obez vakalar bildirilmişken, obezite tipleri 19. yüzyılda tanımlanmıştır (Bray GA. 1990). Zaman zaman bolluk, bereket ve doğurganlıkla tanımlanan obezite, bazense heybetli, hükümran, kudret ve güç gibi terimler ile ifade edilmiş, Rönesans ve orta çağ dönemlerinde zenginlik simgesi gibi görülmüştür. İlk çağ tanrılarına bakıldığında şişmanlık, şişman kadın ve ana tanrıçalar, yaşamı ve gücü anlatmıştır (Deveci ve ark. 2013).

Günümüzde halen Afrika'nın bazı bölgelerinde beslenmenin sorun olduğu yerlerde obezite zenginlik göstergesi sayılmaktadır. Hızlı ve hareketli çalışma temposuna uyum talep edilmeye başlanması kilolu kişilerin, yavaş, problemlili ve sağlıksız olarak anılmalarına neden olmuştur. 19. yüzyılla birlikte obezite sorunu olan kişilere karşı ayrımcılık başlayarak zayıflık istenen standart olmuştur (Çınar ve ark. 2013, Deveci ve ark. 2013).

2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Dünya geneline bakıldığında 1980'den itibaren obezite prelevansının iki katından daha fazla artış olduğu görülmektedir. 2014'te 18 yaş ve üzeri nüfusun %39'u (kadınlarda %40, erkeklerde %38 oranında) yaklaşık 1.9 milyar yetişkinin

fazla kilolu olduğu görülmüş, bu oraninsa %13'ü (kadınlarda %15, erkeklerde %11 oranında) yaklaşık 600 milyon kişinin obez olduğu görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde bir problem haline gelmiş olan fazla kilo ve obezite, şu anda orta veya düşük gelirli ülkelerde de, özellikle kentlerde artış göstermektedir(WHO, 2015).

1997-1998 senelerinde 20 yaş üzeri 24788 kişi ile 540 merkezde gerçekleştirilen bir TURDEP-I (Türkiye Diyabet Prevalans) çalışmasında obeziteningenel toplumda %22.3, erkeklerde %13, kadınlardaysa %30 düzeyinde görüldüğü bildirilmiştir (TEMD, 2014).

TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasındaysa doksanlı yılların başından iki binlerin başına kadarTürkiye'deki obezite prevalansının kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında artış gösterdiği, 2000'de obezite prevalansının kadınlarda %43, erkeklerde %21.1olduğunu bildirmiştir (TEMD, 2014).

2002 yılında TOHTA (Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması) araştırmasında obezite (BKI>30 kg/m) prevalansı kadınlarda %50.0, erkeklerde %40.0 ve genel toplumdaysa %44.4 olarak tespit edilmiştir (Hisar ve ark., 2013).

TURDEP-I araştırmasından 12 sene sonra, 26500 erişkinin katılımıyla aynı merkezlerde yapılan TURDEP-II çalışmasında (2010), erkeklerde obezite sıklığı %27 kadınlarda %44,ve genel toplumdaysa %35 oranında bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları, TURDEP-I nüfusununcinsiyet ve yaş grubu dağılımlarına bakarak düzenlendiği zaman, ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansının 1998'de olan %22.3 oranından, %40 oranında artış göstererek 2010'da %31.2'ye çıktığı görülmüştür. On iki senedeobezitedekadınlarda %34, erkeklerde %107 oranında artış olduğu görülmüştür (TEMD, 2014).

2.1.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite, sebepleri henüz tam olarak bilinemeyen multifaktöriyel, kompleks bir hastalıktır. Aşırı kilo almak genelde enerji fazlalığıyla çevresel, biyolojik, bireysel ve edimsel faktörlerin aralarında bulunan kompleks etkileşimin sonucunda meydana gelir. Batı ülkelerindeki kronik enerji fazlalığının ana sebebi, sedanter yaşam ve fiziksel aktivite düzeylerinde azalma olmasıdır. Aşırı yeme de bu enerji fazlalığının bir başka nedenidir (Pedram ve ark., 2013).

Enerji dengesinin bozukluğu obezite ve aşırı kilonun en sık nedenidir. Enerji dengesi alınan enerjinin harcanan enerjiye eşitliği anlamına gelmektedir. Diğer nedenler ise inaktif yaşam tarzı, çevresel faktörler, genetik ve aile öyküsü, hastalıklar (hipotiroidizm, Cushing sendromu, polikistik over sendromu gibi), ilaçlar (kortikosteroidler, antidepresanlar vb.), duygusal faktörler, sigara, yaş, gebelik ve uyku bozukluğu şeklinde sıralanabilir (National Institutes of Health, 2012). Obezitenin gelişiminde dikkat edilmesi gereken etmenlerin başında, yaşamın ilk dönemlerinde sahip olunan beslenme şekli gelmektedir. Tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanları, anne sütü verilme süresinin obezite oluşumunu etkilediği; anne sütüyle beslenen çocuklarda, anne sütüyle beslenmeyen çocuklara oranla obezite görülme miktarının daha az olduğu bildirilmektedir (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Aile çalışmaları ve ikiz çalışmalarında vücut yağ kitlesinin yaklaşık %50 oranında kalıtsal aktarıldığı gösterilmiştir (Llewellyn ve ark. 2014). İkiz çalışmalarında çift yumurta ikizlerine kıyasla tek yumurta ikizlerinde daha fazla uyum elde edilmesi insanlarda obezitenin genetik özelliğini destekleyen kanıtlar arasındadır (Sözen ve ark. 2006). Büyük Genom ile ilgili çalışmalarda yetişkin beden kitle indeksinde yaklaşık %1.5 varyasyonla korelasyonu açıklayan 30'dan fazla SingleNucleotide Polymorphisms (SNPs)'i tanımlanmıştır. Ayrıca nörojenetik araştırmalarda DRD2 A1 varyantı bağımlı, kompulsif ve impulsif davranış spektrumu ile ilişkili bulunmuştur (Llewellyn ve ark. 2014, Blum ve ark., 2014).

Beyin sapında bulunan merkezler, beslenmenin temel mekaniğini kontrol etmektedir ve iştaha etki eden diğer merkezler, hipokampus ile yakından bir ilişkiye sahip olan prefrontal korteks ve amigdaladır. Bazı amigdala lezyonlarında beslenme azalırken, bazı amigdala alanlarının lezyonlarında beslenme artmaktadır (Altunkaynak ve ark., 2007). İnsanlarda yeme ve dinlenme dönemlerinde fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında birçok beyin bölgesinde aktivite değişikliği saptanmıştır. Sürekli ve tutarlı olarak aktivite değişikliği görülen alanlar; prefrontal korteks (uygunsuz cevapları engeller), orbitofrontal korteks (yiyecekten hoşlanma/hoslanmama ile ilgilidir), insula ve temporal korteks (tat duyusu ile ilgilidir), anterior singulat korteks (otonomik girdiler burada entegre olur), ventral striatum, nükleus akkübens ve amigdala (dürtüsellik, ödülle bağlantılı ve duygusal davranışlarla ilgilidir) gibi limbik ve paralimbik alanlardır (Çınar ve ark., 2013).

Sağlıksız beslenme, obezite ve yeme bozuklukları, pratikte ortak bir psikopatolojiyi paylaşırlar ve fiziksel, psikolojik sağlık üzerinde ciddi negatif etkilere neden olabilirler. Örneğin tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimik yeme bozukluğu obezite ile sonuçlanabilirken, anoreksia nevrosalı ve obez kişiler, negatif beden algısını paylaşabilirler(Bloom ve ark., 2013). Obezite gelişimine katkıda bulunan faktörler; beslenme alışkanlıkları, azalmış fiziksel aktivite, uyku açlığı, ilaçların indüklediği kilo artışı, sigara içmeyi azaltmak, endokrin bozukluklar, ortam ısısındaki değişebilirliğin azalması, etnisite ve yaş dağılımındaki değişkenler, gebelik yaşının artması, intrauterin etkiler, yüksek BKİ'li bireylerin genetik eşleşmesi, politika değişiklikleri ve enfeksiyonlardır (Wright ve ark. 2012).

Depresyon obeziteye, obezite depresyona yol açmaktadır. Faith ve arkadaşları (2011) yaptıkları gözden geçirmede; %80 araştırmada obezitenin depresyona ve %53 araştırmada depresyonun obeziteye neden olduğunun ileri sürüldüğünü belirtmişlerdir. Obezite ile duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Duygudurum bozukluğu ve anksiyete mi aşırı yemeye dolayısıyla obeziteye yol açıyor, yoksa kullanılan psikotrop ilaçlar mı kilo alımına yol açarak obeziteye neden oluyor sorusu hala gündemdedir (Çınar ve ark, 2013).

Kanada'da yaklaşık 37.000 kişiyle gerçekleştirdikleri araştırmada duygudurum bozukluklarında obezite artışının %86'sının ilaç (örn; antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, hipnotikler, duygudurum düzenleyicileri) kaynaklı olduğunu, anksiyete bozukluğu (panik bozukluk, sosyal fobi) ve obezite ilişkisinin %32 oranında ilaca bağlı olduğunu bulmuşlardır. Antidepresan ve antipsikotikler obezite öncülleri olarak ön plana çıkmışlardır (Smits ve ark., 2010). Zayıf dürtü kontrolü, düşük uyum ve disiplin; obeziteye yol açan düşük öz saygı, depresif özellikler, duygusal yeme davranışı ile ilişkilidir. Duygusal etkenler, özellikle stres obezite gelişiminde önemli rol oynar (Annagür ve ark., 2013).

2.1.4. Obezitenin Sınıflandırılması

Obezite beden kitle endeksine göre, etiyolojisine göre, yağ-vücut dağılımına göre ve yağ hücresine göre sınıflandırılmaktadır (Akbulut ve ark.,2007, Polat ve ark., 2013).

Obezite santral ve periferik olarak sınıflandırılabilir. ‘Android tip’ olarak adlandırılan santral tip obezitede; yağ birikimi daha çok vücudun üst bölgelerinde, gövdededir ve erkeklerde daha yaygındır. Periferik ya da ‘jinekoid tip’ obezitede, yağ birikimi daha çok kalça ve uyluk bölgelerindedir, kadınlarda daha yaygındır (Ogunbode AM ve ark. 2011). Klinik uygulamalarda en kolay ve pratik yöntem olan beden kitle indeksinin değeri, kg cinsindeki vücut ağırlığının, metre cinsindeki boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır (WHO, 2015).

Tablo 2.1. Obezitenin BKİ’ ye Göre Sınıflandırılması (NICE Clinical Guidelines, 2006)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m²)	Komorbidite riski
Düşük kilolu	< 18.5	Düşük
Normal ağırlık	18.5- 24.9	Ortalama
Aşın kilolu (ya da pre-obez)	25- 29.9	Arttırılmış
Obezite, sınıf -I	30- 34.9	Hafif
Obezite, sınıf- II	35- 39.9	Şiddetli
Obezite, sınıf- III	>40	Çok şiddetli

2.1.5. Obezitenin Sonuçları

Obezitenin osteoartrit, solunum sistemi problemleri, uyku apnesi, safra kesesi ve karaciğer hastalıkları, dislipidemi, belirli tipte kanserler (kolon, prostat, meme, endometrium, vb.), inme, kalp hastalığı, hipertansiyon, tip 2 diyabetes mellitus gibi hastalıklarla bu hastalıklara bağlı toplum tarafından damgalanma, duygusal gerginlik, fertilitede azalma ve mortalitede artış gibi çeşitli psikolojik ve fiziksel sonuçları bulunmaktadır (Baltacı ve ark., 2008).

Obezite, bireyin ileriki yaşlarında sağlık sorunları yaşamasına sebep olmaktadır. Cinsiyet, yaş, psikopatoloji, çevre ve kişilik gibi etkenler ile karmaşık bağlara sahip obesitenin, psikososyal sorunların sonucu mu yoksa nedeni mi olduğunu söylemek zordur. Düşük akademik başarı ile ilişkili olduğu düşünülen obezite beyin atrofi ve beyin hacminin azalmasıyla ilişkilendirilmiş, öğrenme, hafıza, dikkat, karar verme, planlama yargılama ve dürtü kontrolü işlevlerinden sorumlu olan beyin bölgelerinin etkilendiği belirtilmiştir (Çınar ve ark.) 2013).

Birçok obez bireyin kilo ile ilişkili ayrımcılık ve damgalanma hissettikleri bildirilmiştir. Kilo stigmatizasyonunun büyük ölçüde obez bireyleri kilo vermeye motive edeceği düşünüldüğü halde, daha çok depresyon ve düşük benlik saygısına

neden olmaktadır. Son zamanlardaki çalışmalar, stigmatizasyonun kilo vermeye olumlu etki değil, ters etki oluşturduğunu göstermektedir (Giel ve ark. 2012). Sağlık hizmetlerinde de ayrımcılık yapıldığı bilinen obezitenin duygusal nedenlerden kaynaklandığı ve obez kişilerin kendilerini kontrol edememeleri sonucu kilo vermede başarısız, tembel insanlar oldukları önyargısı oldukça yaygındır (Çınar ve ark. 2013).

2.1.6. Obezitede Tedavi Yaklaşımları

Obezite sorunu olan veya aşırı kilolu yetişkin hastalar için beslenme, fiziksel aktivite, davranışçı terapi, farmakoterapi ve bariatrik cerrahi tedavi yaklaşımları vardır (Seeger ve ark., 2014). Tedavinin temelini diyet, egzersiz ve davranış tedavisini içeren yaşam tarzı değişikliği oluşturmakla birlikte kilo vermeyi sağlamada yaşam tarzı değişikliği yetersiz kalırsa veya komorbidite varsa ilaç tedavisi, morbid obezite durumunda ise obezite cerrahisi düşünülmektedir (Gülçelik ve ark. 2007).

Kilonun öncelikle %10'unun verilmesi hedeflenerek başarı sağlandığında kilo verme süreci 6 aylık dönemler içerisinde haftada 0.5-1 kilogram olacak şekilde uygulanmakta ve 6 ayın bitimindeki kişinin o andaki kilosu baz alınarak, kilo verme hedefleri tekrar kararlaştırılmaktadır (Baltacı ve ark., 2008).

2.1.6.1. Diyet Tedavisi

Ağırlık kaybı için birçok farklı diyet tipleri olmasına rağmen, hepsinin paylaştığı ortak amaç total enerji girişini azaltmaktır. Birçok diyet programı olmasına karşın, az sayıda sistematik çalışma bulunmaktadır. En popülerleri düşük kalori (örn, Weight Watchers International, Inc); çok düşük kalori; yüksek protein ve düşük karbonhidrat (örn; Atkins Nutritionals, Inc); ve düşük yağ diyetleridir (Kaila ve ark.,2008). Çoğu beslenme programının uygulaması kuramsal olarak kolay olsa da en büyük sorun, uzun süreli istikrar gösterilememesidir. Bir haftada yağ dokusundan 1 kg vermek isteyen kişinin her gün aldığı enerjiden 1000 kcal daha az alması ya da daha fazla tüketmesi gerekmektedir. Bu şekilde altı aylık sürede hedeflenen %10 ortalama kilo kaybı ayda yaklaşık 4 kg sağlıklı kilo kaybıyla karşılanabilir (Türker ve ark., 2013).

Bireyin sosyal ve tıbbi öyküsünü, bir uzmanla beraber değerlendirmesi gereken geleneksel düşük kalorili diyetlere göre, değişken oranlar ile toplam günlük enerjinin %50-55 oranındaki bölümü karbonhidratlardan, %25-30'luk bölümü yağlardan, %15-20'lik bölümünde proteinlerden alınmalıdır (Türker ve ark., 2013). Beslenme programıyla acıkma gecikeceği için, gereğinden fazla yemek önlenir. Ayrıca bir sonraki öğünde de alınacak besini azalttığı için günlük 4 veya 6 öğün olacak şekilde, sık aralıklar ile planı yapılmalıdır (Akbulut ve ark., 2010).

2.1.6.2. Egzersiz

Fiziksel aktivitenin tek başına kilo kaybını sağlamadaki sınırlı faydası Amerikan Spor Hekimliği Koleji'nin (American College of Sport Medicine) son dönem yazılarında raporlanmakla birlikte, obezitenin tedavisi ve önlenmesinde, egzersizin diğer tedavi öğelerine yardımda vazgeçilmez bir yöntem olduğu bilinmektedir (Wadden ve ark., 2012). Organizmada kalıcı bir fizyolojik oluşması için uzun sürelerde ve düzenli olarak egzersiz yapılmalıdır. Haftada 1000 kcal enerji harcadığı zaman haftada yaklaşık 0.1 kg, 5000 kcal harcadığı zamansa haftada yaklaşık 0.5 kg kilo verilebileceği belirtilmiştir (Serter R, 2003).

Amerikan Spor Hekimliği Koleji 30-60 dakika arasında, haftada 4-5 gün; ciddi sedanter hayat varsa her bölümü onar dakika olacak şekilde ve giderek artan bir biçimde, üçe bölünerek yapılan egzersizleri tavsiye etmektedir (Schmidt, 2012). Obez hastaların bu aktiviteleri yavaş yapmaları önerilerek enerji harcamasının yüksek ve yaralanma riskinin en düşük olduğu egzersizlerle haftada en fazla 1 kg verilmesi amaçlanmalıdır. (Baltacı ve ark., 2008).

2.1.6.3. Davranış Tedavileri

Beslenme, egzersiz, kendini izleme (self-monitoring), uyarın kontrolü, kognitif yeniden yapılandırma, amaç belirleme, sosyal destek gibi bileşenleri içeren davranış tedavisinde fizik aktivite, yeme ve vücut ağırlığının uzun süreli kontrolü gibi davranışlarda kalıcı değişikliklerin oluşmasına bağlıdır (Seğer ve ark, 2014, Serter, 2003).

Uyaran kontrolü için aparatif yiyeceklerden kaçınma, porsiyon kontrolü, tıknırcasına yemekten kaçınma önerilir; hastanın adım adım başarabileceği fiziksel aktivite ve beslenmeyle ilgili amaçlar belirlenir (Seğer ve ark, 2014). Kendini izlemede günlük veya haftalık vücut ağırlıkları, diğer rutin antropometrik ölçümlerle birlikte hastaların ne zaman, nerede ve ne yediklerini günlük olarak ve yemek yemeye eşlik eden ortam değişiklikleri kaydedilir (Seğer ve ark, 2014, Serter 2003). Kişilere yemekleri oturarak yemeleri, sofraya düzeni içinde yavaş bir şekilde her lokmanın tadına vararak yemeleri, uzun süre aç kalmamaları, konularında bilgi verilir ve kişiler davranışlarını değiştirmeleri için cesaretlendirilir. Ayrıca bireyin uyum sağlayabileceği fizik aktivite düzeyini arttırmak için günlük yaşama uygun, pratik önerilerde (televizyon ve bilgisayar başında geçirilen süreyi azaltmak, asansör yerine merdiven kullanımı, otobüsten bir durak önce inerek yürümek gibi) bulunulur (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, Obezite ile Mücadele El Kitabı, 2013).

2.1.6.4. Medikal Tedavi

Beden kitle indeksi 30 ve üzerinde olan bireyler ile, BKİ 27 ve üzerinde olup, tip 2 diyabet, hipertansiyon gibi komorbidite durumlarında diğer müdahaleler yetersizse farmakoterapi düşünülmektedir (Kang ve ark. 2012). İdeal bir obezite ilacı; tolerans geliştirmemeli, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı, dozla alakalı kilo kaybı sağlamalı, uzun süre kullanmak için güvenilir olmalı, kötü kullanım ya da bağımlılık yapmamalıdır (TEMD, 2014):

Bir anti obezite ilacın diğerine üstünlüğünü gösteren kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Bu nedenle ilaç tedavisine karar verildiğinde ilk seçim hastanın tercihinine, ilişkili kardiyovasküler risk etkilerine ve ilacın yan etki profiline bağlıdır. Kombinasyon tedavileri çok iyi araştırılmamıştır, var olan kanıtlar da mono terapiden üstün olduğunu göstermemektedir (Türker ve ark., 2013). Obezite ilaçlarından asıl beklenen, enerji harcamasını arttırması ya da alınan gıdayı azaltmasıdır. Günümüzde enerji harcanmasını arttıran ilaç bulunmamaktadır. Enerji alımının azalmasını sağlayan ilaçlara iki gruba ayrılır: periferik ve santral etkililer. Periferik etkili olan orlistattır Santral etkili olanlar safentermin, rimonobant ve sibutramindir (Gülçelik ve ark., 2007). Obezitenin medikal tedavisinde kullanılan ilaçlar; Fentermin, Dietilpropion, Sibutramin, kannabinoid reseptör antagonistleri (rimonobant,

taranabant), Orlistat (Kang ve ark, 2012), Benzfetamin, Fendimetazin, Bupropion, Fluoksetin, Sertralin, Venlafaksin, Topiramet (Gülcan ve ark. 2007), Fenilpropanolamin, Metformin, Pramlintid; Exenatid, Liraglutide, hCG (Türker ve ark, 2013), Lorcaserin'dir (Seger ve ark. 2014).

2.1.6.5. Cerrahi Tedavi

Tanım olarak obezitenin tedavisi, önlenmesi ve nedeni için geliştirilen minimal invaziv ya da invaziv tekniklerin hepsini içeren bariatrik cerrahi şeklinde isimlendirilen obezite cerrahisi veya obezite ameliyatları, temel olarak engelleyici (kısıtlayıcı, restriktif) girişimler (gastroplastiler tüp mide, ayarlanabilir mide bandı,) ve emilim bozucu (malabsorbantif) girişimler (Gastrik by-pass, biliyopankreatikdiversiyon ve/veya duodonalswitch) olarak ikiye ayrılmaktadır (Sağlık Teknolojileri Değerlendirme, STD 2014). Bariatrik cerrahinin geleneksel endikasyonları NIH'e göre beden kitle indeksi 40 ve üstü olan hastalar, ya da BKİ 35'in üstü komorbidite mevcudiyetinde (kardiyo- respiratuar hastalıklar, metabolik sendrom, şiddetli hastalık birlikteliği, obeziteyle ilişkili psikolojik problemlerin varlığı gibi durumlarda) ve konservatif durumların yetersizliği olan hastaları kapsamaktadır (Sümer A, 2014).

2.2. Obezite ve Psikopatoloji

Obezitenin fiziksel sağlığa olan maliyeti belirgin artmış bulunurken, genel toplumda obeziteyle ruhsal sağlık arasındaki ilişki ve niteliği daha az açıktır. Erken araştırmalarda metodolojik farklılıklar içeren çalışmaların karşılaştırılmasında obeziteyle ruhsal sağlık arasındaki ilişkide (özellikle depresyonda) çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (Scott ve ark., 2008).

Obeziteyle beraber agorafobi, panik bozukluk, bipolar bozukluk veya majör depresyon prevalansı da artış göstermektedir. Madde kullanımı bozukluğunun riskinde belirgin bir azalma görülmüştür. Depresyon, anksiyete ve disfori gibi psikopatolojik sorunların obeziteye yol açtığı savunulabilir. Obeziteye sahip kişilerde depresyon, anksiyete ve disforiyi, obezitenin bir sonucu şeklinde gören araştırmacılar da bulunmaktadır. Son yapılan çalışmalara göre aşırı obezlerde BMI>40 olanlarda

depresyon riski artmaktayken; obezlerde depresyonun prognozları daha kötüdür ve daha ağır geçer. Yetişkinlerde öncelikle obezite, ardından depresyon gelişmekteyken; çocuklardaysa önce depresyon, daha sonra obezitenin geliştiği belirtilmiştir (Balcıoğlu ve ark., 2008).

Obez bireyler ile normal kilolu bireylerin depresif belirti düzeyleri arasında bir farklılık olup olmadığını ve obezite ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada yetişkinler arasında depresyon yaygınlığının %5.3 olduğu, depresyonun yaygınlığının obez yetişkinlerde normal kilolu yetişkinlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Beden ağırlığı artan insanlarda da depresyon görülme riskinin arttığı, yaş, cinsiyet, evli olup olmama, gelir yetersizliği, eğitim seviyesi, ırk, sigara ve alkol kullanımı fiziksel aktivite ve kronik koşulların obez yetişkinlerde depresyon görülme riskini yaklaşık %30 artırdığı belirlenmiştir. Bunun yanında depresyon ile obezite arasındaki ilişki 18-39 yaş grubu kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Chen, Jiang, & Mao, 2009: 1687-1689). Obez ve aşırı kilolu yetişkinlerin incelendiği bir çalışmada ise obez ve aşırı kilolu yetişkinlerde depresyonun yaygınlığının yüksek olduğu ve bu çalışmada katılımcıların %37'sinin depresyon tanısının olduğu tespit edilmiştir (Wright, 2010. 1-122).

Genç yetişkinlerde depresyon ile obezite arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla Herva ve arkadaşları (2006: 520-525) tarafından boylamsal bir çalışma yürütülmüştür. İleriye dönük sonuçların incelendiği bu çalışmada, katılımcılar ilk olarak 14 yaşında değerlendirilmiş, 31 yaşına geldiklerinde ise tekrar aynı ölçümler uygulanıp, katılımcılar değerlendirilmiştir. Katılımcılardan elde edilen sonuçlara göre ise ergenlikte obez olmanın genç yetişkinlikteki depresyonla ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Aşırı yemek yeme ve obezitenin psikopatolojik bozukluklarla olan ilişkisi yemek yemenin psikolojik sıkıntıyı da içine alan duygusal boyutunu ele almaktadır. Goossens ve arkadaşları (2009: 68-75) aşırı yeme ve bu davranışı kontrol edememe durumu nun kaygı, depresyon ve duygusal yeme düzeyleri ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada depresyonun duygusal yeme ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu, yani depresyon düzeyi arttıkça duygusal yeme düzeyinin de arttığı; ancak depresyon düzeyinin aşırı yemeyi kontrol edememe ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı sonucu elde edilmiştir.

Obezite tanısı alan ve aşırı kilolu bireylerde depresyonun yaygınlığının normal kilolu bireylere göre daha yüksek olduğunu belirleyen çalışmaların (Needham, Epel, Adler, & Kiefe, 2010: 1040-1044; Roberts, Deleger, Strawbridge, & Kaplan, 2003: 373-383; Zhao, Ford, Dhingra, Li, Strine, & Mokdad, 2009: 257-266) yanında, depresyon ile obezite arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucunun elde edildiği çalışmalarda yer almaktadır (Murphy, ve ark., 2009: 335-341; Özmen, ve ark., 2007: 1-7). Obez ve obez olmayan bireylerde depresyon açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla incelenen bir çalışmada, obezite umutsuzluk semptomları ile ilişkili bulunurken, depresyon ile ilişkili bulunmamıştır. Bunun yanında majör depresyon belirtileri gösteren bireyler arasında obez bireylerin obez olmayan bireylere göre beş kat daha fazla kilo kazanımına neden olan aşırı yeme davranışı sergiledikleri ve depresif semptomlarının daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (Murphy, ve ark., 2009: 335-341). Farklı bir çalışmada da beden kitle indeksi, aşırı kilolu ve obez olma ve algılanan kilo durumunun depresyon üzerindeki etkileri değerlendirilmiş, ne aşırı kilolu olma ve beden kitle indeksinin ne de algılanan kilo durumunun depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı sonucu elde edilmiştir (Özmen, ve ark., 2007: 1-7).

Çalışmalarda obezlerde anksiyete bozukluğu sıklığının ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, agorafobi, özgül fobi ve TSSB'nin sık görüldüğü belirtilmektedir. Eren ve Erdi (2003) araştırmalarında tedavi amacı ile endokrinoloji bölümüne gelen obezite hastalarının %81.3'lük bölümünde majör depresif bozukluğun bulunduğunu, %71.7'lik bölümünün son bir ay içerisinde majör depresif ataklar yaşadığını, öteki psikiyatrik hastalık dağılımlarının da %3.8 oranında obsesif-kompulsif bozukluk, %5.7 anksiyete bozukluğu, %5.8 alkolbağımlılığı, %17 nikotin bağımlılığı ve %22.6 sosyal fobi olduğunu bildirmişlerdir (Sevinçer ve ark., 2014).

Obezlerde psikiyatrik tanının incelendiği bir araştırmada, obezlerin %28'inde kaygı bozukluğu olduğu saptanmıştır. Obezler içerisinde en fazla görülen kaygı bozukluğununsa özgül fobi olduğu görülmüştür (Deveci, Demet, Özmen, Özmen, & Hekimsoy, 2005: 87). Psikiyatrik bozukluklar ve obezite arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir araştırmada, obeziteye ait kaygı bozukluklarından olan sosyal fobi, panik bozukluk ve panik bozukluk olmadan görülebilen agorafobiyle pozitif bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Yani bireylerin obezite düzeyleri ve sahip oldukları kilo arttıkça agorafobi, sosyal fobi ve panik bozukluk düzeylerinde de artış olduğu saptanmıştır. Ayrıca obezitenin ilerleyen yıllarda görülen kaygı bozukluğu,

sosyal fobi ve panik bozuklukla da pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu gözlemlenmiş, obeziteye sahip olmanın, ilerleyen dönemlerde obezlerde görülecek kaygı bozukluğu, sosyal fobi ve panik bozukluk görülme riskini arttırdığı da görülmüştür (Mather, Cox, Enns, & Sareen, 2009: 281-283). Sadece kadınların bulunduğu bir örnekleme genellenmiş kaygı bozukluğuyla obezite arasında bulunan ilişkinin ileriye dönük çalışmalar yürütülerek incelendiği bir araştırmada, obezite ve genellenmiş kaygı bozukluğu arasında bir ilişki bulunduğu ve obez olan kadınlarda, gelecek dönemlerde genellenmiş kaygı bozukluğu görülme riskinin 6.27 oranında arttığı görülmüştür (Kasen, Cohen, Chen, & Must, 2008: 562-564).

Obezite tanısı koyulan bireylerdeki psikiyatrik tanıları inceleyen bir araştırmada, obezitenin depresyon ve kaygı düzeyi, benlik saygısı düzeyi ve yaşam kalitesi, obezite tanısı koyulan ve koyulmayan erişkinlerden oluşan iki grup karşılaştırılarak incelenmiştir. Araştırmada, obeziteye sahip grubun %32.7'sinde psikiyatrik bir tanı görmüştür. Obeziteye sahip grubun psikiyatrik tanıları incelendiğindeyse, grubun %30.8'inde kaygı bozukluğu görülmüştür. Buna ek olarak obez grubun kaygı düzeylerinin, normal kilolu olan kontrol grubuna oranda, anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Değirmenci, 2006: 3240).

Aşırı derecede yemek yeme ve bu davranışı kontrol edememe gibi yeme tutumu ile ilgili problemlerin de bazı psikopatolojik bozukluklarla ilişkisi bulunmaktadır. Bu bilgiden yola çıkılarak incelenen bir çalışmada, 8-18 yaşlarında tedavi arayan ve tedavi aramayan olarak ayrılan iki grupta aşırı yemeyi kontrol edememe davranışlarında kaygı, depresyon ve duygusal yeme düzeylerinin rolü araştırılmıştır. Tedavi arayan grupta tedavi aramayan gruba göre iki kat daha fazla aşırı yemeyi kontrol edememe davranışının gözlemlendiği belirlenmiştir. Kaygının duygusal yeme ve aşırı yemeyi kontrol edememe ile ilişkisi incelendiğinde ise kaygının duygusal yeme ve aşırı yemeyi kontrol edememe ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre kişilerin kaygı düzeyleri arttıkça duygusal yeme düzeylerinin ve aşırı yemek yemeyi kontrol edememe davranışlarının da arttığı sonucu elde edilmiştir. Çalışmanın sonunda ise aşırı yemeyi kontrol edememenin kaygı gibi negatif duygularla yetersiz düzeyde baş etmenin bir sonucu olarak gelişebileceği sonucu elde edilmiştir (Goossens, Braet, Vlierberghe, & Mels, 2009: 72-74). Bozuk yeme tutumunun psikolojik süreçlerle olan ilişkisinin ele alındığı farklı bir çalışmada üniversite öğrencileriyle yapılmıştır. Bozuk yeme tutumuna sahip kişilerle, sağlıklı yeme tutumuna sahip kişilerin karşılaştırıldığı

çalışmada bozuk yeme tutumuna sahip kişilerin sağlıklı yeme tutumu olan kişilere göre bir kişilik özelliği olarak daha kaygılı oldukları ve daha yüksek düzeyde sosyal-fiziksel kaygı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Baş, Aşçı, Karabudak. & Kızıltan, 2004: 595-597).

Psikolojik sıkıntılarla bir baş etme yolu olarak aşırı yemenin sonucu oluşan obezite, kaygı, depresyon gibi psikolojik belirti düzeylerini azaltmaktadır. Obezite ile kaygı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Bu çalışmalardan birinde de aşırı kilolu ve obez bireyler arasında sosyal kaygı, yeme bozukluğu ve egzersiz arasındaki ilişki ele alınmıştır. 18-77 yaşları arasında olan aşırı kilolu ve obez 231 yetişkinin incelendiği çalışmada sosyal kaygı duygusal yeme ve aşırı yeme ile anlamlı bir ilişkiye sahip bulunmuş aşırı kilolu ve obez yetişkinlerde sosyal kaygı düzeyi arttıkça duygusal ve aşırı yeme düzeyinin de arttığı görülmüştür. Aşırı kilolu ve obez yetişkinlerden aşırı yeme bozukluğu olanların diğerlerine göre sosyal kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanında çalışmada aşırı kilolu ve obez hastaların %28'inde kaygı bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak aşırı kilolu ve obez yetişkinlerde duygusal ve aşırı yeme düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre daha fazla sosyal kaygı yaşadıkları ve kaygı bozuklukları tanısı aldıkları belirlenmiştir (Wright, 2010: 1-122).

Obezite ile kaygı arasındaki pozitif ilişkiyi destekleyen çalışmaların yanı sıra, kaygı ile obezite arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalarda yer almaktadır (Bjerkeset, Romundstad, Evans, & Gunnell, 2007: 193-202; Gadalla, 2009: 29-36). Bjerkeset ve arkadaşları (2007: 193-202) 74.332 kadın ve erkeklerden oluşan örnekleme beden kitle indeksi ve boy ile kaygı, depresyon ve intihar düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda beden kitle indeksi ve kaygının arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. 20 ile 64 yaş arasındaki yetişkinlerde obezite ile zihinsel bozukluklar arasındaki ilişkinin incelendiği farklı bir çalışmada da obezite ile kaygı bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Gadalla, 2009: 29-36).

Obezite sorunu olan kişilerde psikiyatrik bozukluk yaygınlığını araştıran sekiz çalışmada, cerrahi öncesinde hastaların %27.3 ile %41.8'inin DSM-IV'te Eksen-I psikiyatrik bozuklukları olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalarda obeziteyle, özellikle, depresyon, anksiyete ve tıknırcasına yeme komorbiditesinin en yaygın ruhsal bozukluklar olduğu görülmüştür (Robinson ve ark., 2009).

Kalarchian ve ark. tarafından yapılan çalışmada bariatrik cerrahiye aday hastaların ortalama %66'lık bir kısmının yaşam boyu en az bir, %38'lik kısmının halaEksen-I tanısı bulunduğu, % 29'luk kısmının eksen II tanısı bulunduğu gösterilmiştir. Bariatrik cerrahinin öncesinde en sık rastlanan tanılarsa; kişilik bozuklukları, tıknır gibi yemek yeme bozukluğu, duygudurum bozuklukları veanksiyete bozuklukları şeklindedir (Sevinçer ve ark., 2014). Özdel ve arkadaşlarının (2011) yaptığı, 55'i obezite sorunu olan, 55'i normal kilolu olmak üzere 110 kadının katıldığı çalışmada, depresif bozukluk tipleri; distimi, major depresif bozukluk, distimi ve üzerine eklenmiş major depresif bozukluk rekürren olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada obez grupta anksiyete bozuklukları ikinci en sık görülen tanı grubu olarak; sıklık sırasına göre fobik bozukluk (basit fobi ve sosyal fobi) (%10.9), yaygın anksiyete bozukluğu (%5.5), panik bozukluk (%5.5), obsesif kompulsif bozukluk (%3.6), travma sonrası stres bozukluğu (%1.8) olarak belirlenmiştir.

Obezite, psikopatoloji ve aleksitimi ilişkisinin incelendiği bir araştırmada, SCID I, SCID II, SCL-90 (Symptom Check List, Revised) ve TAS-20 (Toronto Aleksitimi Ölçeği) kullanılarak 293 obez hasta ile normal kilolu kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçları aleksitimi puanlarının obez grupta normal gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (Pinna vd., 2011).

2.3. Obezitede Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Beslenme ve yemenin önemli psikososyal fonksiyonları vardır. Beslenme işlevinde besleyen ve beslenenin olduğu iki taraflı bir ilişki vardır ve bu özellikle anneyle olan ilişkilerin gelişmesi için oldukça önemlidir. Gelişim basamakları ilerledikçe yemek yeme aile içi ve daha geniş sosyal etkileşimlerin ana parçasını oluşturur. Beslenme ve yeme birbirinden farklı iki kavramdır ve bu yüzden yeme bozuklukları ve beslenme bozuklukları ayrı olarak incelenir (Kayaalp ve Karaçetin, 2008). Yeme davranışı duygusal, sosyal, bilişsel, motor gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesi ile meydana gelen karmaşık bir fenomensekilde görülür (Değirmenci, 2006).

Psikanalitik görüşe göre obezlerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri vardır ve bu bireylerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplandıkları vurgulanır (Gençtan, 2010). Bu noktada obezitede yeme tutum ve bozukluklarının

araştırılmasında değerlendirilmesi gereken öncelikli nokta, aile dinamikleridir (Odağ, 2011).

Aile dinamikleri araştırıldığında obez kişilerin ailelerinde görülen dikkat çeken özellik, belli normal ebeveyn rollerini büyük miktarda ihmal etmeleridir. Bir çocuğun şişmanlığı seçmesi, aşırı ilgiyle değil ilgisizlikle meydana gelir. Çocuklarda özdeşim sorunlarının olduğu dikkat çekmiştir (Değirmenci, 2006). Ayrıca ebeveynlerin davranışları obezite gelişimine katkıda bulunabilir; çocuğun duygusal ihmali dışında aile işleyişindeki bozukluklar, yeme konusunda aşırı müdahaleci tutum ve ebeveynin hareketsiz yaşamının çocuk tarafından model olarak alınması nedenler arasında sayılabilir (Kayaalp ve Karaçetin, 2008).

Gelişimsel görüş açısından bakıldığında çocuktaki yeme bozukluklarında ebeveynlerin farklı yiyecekler önerdiği ve yedikleri yemeğin çeşitliliğini arttırdığı okul öncesi dönemdeki öğrenmenin etkileri ele alınmaktadır. Çocuğa ne ve ne kadar yemesi gerektiğini söylemek bazen ters etki yapabilmektedir, ayrıca fazla yağ ve şeker içeren besinleri kısıtlamak onlara karşı arzuyu arttırabilecektir. Besinleri iyi ve kötü olarak sınıflandıran çocuk ergenlikte bu kötü (yasak) yiyeceklerin parti, dışarı çıkılan yemekler, kutlamalar gibi sosyal ortamlarda kullanıldığını görmektedir (Emül ve Güler, 2008). Gerçekte çocuğun yemesini kontrol etmenin onda olumsuz yeme tercihlerine ve yeme konusunda kendini kontrol etmede zorluğa yol açtığı düşünülmektedir. Bu durum çocuğu obez olmaktan korumak yerine gelecekte onun obez olmasına neden olmaktadır (Birch ve Fisher, 1998). Psikanalize giren hastalar incelendiği zaman, bilinç dışı bir şekilde terapistleridahi herkesi potansiyel bir “eleştiren ebeveyn” şeklinde algılama eğilimine sahip oldukları bildirilmiştir. Budurum, bir çeşit yansıtımalı özdeşimdir. Obezlerdeki inkar savunması çok katıdır ve diğer savunmalar ile bağlantısı vardır (Yücel, 2008).

Birçok araştırmada diyet yapma ile kilolu olma arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. İstimli olarak diyet kısıtlaması açlık belirtilerini yadsımaya, aç olmasına rağmen kişinin öğün atlamasına ya da yemekten erken kalkmasına neden olmaktadır. Bu tarz diyet şekli ergenlikte aşırı yeme ile ilişkili bulunmuştur (Field vd., 2003). Sınırlı yemek yemenin tokluk/açlık işaretlerini zayıflatarak tıknırcasına yemek yemeğe yol açtığı düşünülmektedir. Aslında kilolu olan öğrencilerin iki öğün yerken kilolu olmayanların üç veya daha fazla öğün yedikleri belirtilmektedir. Aynı zamanda diyet ile aşırı kilo kaybı gelecekte obez olmanın bir öngörücüsü olduğu ve diyetin kilo almayı başlattığı düşünülmektedir (Emül ve Güler, 2008). Diyet yapma

ile aşırı kilo alma arasındaki ilişkiyi açıklayan üç olası mekanizma vardır: birincisi diyet ile metabolik etkinlikte artış olur ve diyet yapanlar daha az kalori ile kilolarını sürdürebilir fakat normal diyete dönüldüğünde ise görece olarak artan kalori kilo alımına neden olur. İkincisi diyetle, kalorik diyeti genellikle tıknırcasına yemenin takip ettiği bir döngü oluşmaktadır. Üçüncü olarak ise diyetle, diyeti yapanlarda oral glukozaya yanıt olarak oluşan karbonhidratlardan çok daha fazla enerji aldıkları bir fizyolojik durum gelişir, bu karbonhidrat ve kilo alımı arasındaki olası mekanizmalardan birisidir (Field vd, 2003; Nasser vd., 2004).

Obezlerin hepsinin kilolu olmalarından, yeme alışkanlıklarının sorumlu tutulamayacağı görülmektedir. Bununla beraber obezler arasında, aşırı yemek yemenin yaygın olduğu kabul edilen bir görüştür. Obezlerin normal kilolu insanlara göre uyarılma eşikleri daha düşüktür. Bu bireyler, dış uyarıcılara daha fazla ve rahat bir şekilde cevap vermektedirler. Uyarılma eşiği düşük olan kişiler, yiyecek uyarılarının olduğu bir yerde, diğerlerine göre bu yiyecek uyarılarına daha yoğun ve kolay bir şekilde cevap verirler(Değirmenci, 2006). Obezler bireylerin yeme tutumları ve anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki bulunduğu düşünülmektedir. Araştırmalarda obezlerin, anksiyete yaratan bir durumla karşılaştıkları zaman, normal kilolu insanlara oranla daha fazla yemek yedikleri belirtilmiştir. Açlığın olmadığı durumlarda dahi beliren yeme atağı esasında kontrol kaybedilir ve aşırı bir gıda tüketimi yapılır. Böyle bir yeme düzenine sahip olan obez grubunun, obezite tanısı içerisinde bir alt grup şeklinde olduğunu düşünen araştırmacılar daha fazladır (Ricca vd., 2000). Obezlerde yeme bozukluklarını inceleyen araştırmaların sayıları oldukça kısıtlıdır. Bu konuda en fazla vurgulanan TYB'dir. Başka bir şekilde isim verilemeyen yeme bozuklukları arasında bulunan bazı yazarlar tarafından TYB şeklinde isimlendirilen klinik tablo, obeziteyle olan bağlantısı bakımından dikkat çeker. Bu bozuklukta bulimiya nervozadakine (BN) benzeyen yeme atakları bulunup, aşırı yemeyi telafi eden kusma gibi çeşitli davranışlar görülmemektedir (Özgen vd., 2012).

Tıkınma davranışının DSM-V'e göre iki özelliği vardır: belirli bir zaman süresinde çoğu insanın yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek tüketilir ve bu yeme atakları sırasında kişi kendisini kontrol edemez. Tıkınma nöbetlerinin sıklığı 3 ay süreyle haftada en az iki nöbet olarak belirtilmiştir. Bir nöbetin süresi 2 saat olarak verilmiştir ama daha uzun nöbetler de bildirilmektedir (Değirmenci, 2006). Hamburger obez kişilerde tıknırcasına yeme davranışından söz etmiş ve obez

hastalarda özellikle dondurma, şeker, çikolata gibi tatlılara karşı denetlenemeyen, karşı konulamaz bir davranış şeklini “kompulsif yeme” olarak isimlendirmiştir (21).

İlk kez Kornhaber tıkinma sendromu olarak ayrı bir klinik görünüm tanımlamış bu sendromun duygusal geri çekilme, depresyon ve hiperfajiyle seyrettiğini belirtmiştir. TYB yaygınlığı genel toplumda % 0.7-2 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla obezite ile birlikte ve kadınlarda daha fazla görülmektedir. TYB'nun obezlerdeki sıklığı % 8 civarındadır. Kilo verme programına katılan obez kişilerin arasındaki sıklığının % 30'larda olduğu belirlenmiştir. Başlangıç genellikle 20'li yaşların başlarındadır ve kadın/erkek oranı 3/2'dir (Ramaciotti vd., 2008).

Araştırmalarda TYB görülen obezlerin, TYB görülmeyen obezlerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar esnasında denetim yitirme duygusu ile ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan obezlerde kilo artışı, TYB olmayan obezlerle oranla daha erken başlamaktadır. Bu bireyler gerçekleşmesi olanaksız, sıkı ve ağır diyetleri takip etmeye daha erken yaşlarındayken başlarlar. TYB olan kişilerdeki psikopatolojiler daha çok psikiyatri kliniklerindeki ayaktan izlenen hastalara benzemektedir.

Çalışmalara bakıldığında yeme bozukluklarının Batılı ülkelerde zayıflığın ve diyet yapmanın yaygın olmasından ortaya çıktığı ve batı kültürüyle ilgili bir sendrom olduğu vurgulanmıştır (Granillo vd., 2005). Fakat başka çalışmalarda bu durumun, başka toplumlarda sıklığının giderek arttığı ve yaygınlaştığı görülmüştür. Yeme bozukluklarındaki sıklığın % 0,2-1 olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlarda 510 kat daha sık görüldüğü, tüm hastaların % 4'ünü erkeklerin oluşturduğu bildirilmektedir (Tahiroğlu vd., 2005). Çok yakın bir zamana kadar yalnızca orta sınıftaki beyaz kadınlarda görüldüğü düşünülen yeme bozuklukları bütün ülkelerde ve tüm sosyal sınıflarda artış göstermektedir. BN prevalansı % 2, AN prevalansı % 0.5-1 iken, Atipik (tipik olmayan-düzensiz) Yeme Bozuklukları % 10-34 arasında bir oranda görülmektedir (Başterzi vd., 2003).

Gelişim açısından bakıldığında zaman obezite yeme bozukluğu, önem arz eden bir risk faktörü şeklindedir. Bir araştırmada da tüm obezlerin ortalama % 10'unda yeme bozukluğu görülmüştür. Özellikle TYB'nun erken başladığı kişilerde kişilik bozukluklarının sık görülmesi bu kişilerde dürtüsel özelliklere sahip kişilerde görülen bir alt grup olduğunu düşündürmektedir (Aksoy ve Balcıoğlu, 2008).

Obezite yeme bozuklukları arasında kabul edilmese bile yeme bozuklukları ile birlikte paylaştığı dürtüsellik, düşük benlik saygısı, beden görüntüsünden memnuniyetsizlik, mükemmeliyetçilik ve disinhibisyon gibi bazı ortak psikolojik

özelliklerle karakterizedir. Ayrıca fazla kilolu olmakla sınırda kişilik bozukluğu semptomları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. TYB olan obezlerin daha ciddi yeme bozukluğu göstermeleri, daha fazla psikiyatrik komorbidite göstermeleri nedeniyle bir alt grup olarak değerlendirilmeleri gerektiği önerilmektedir (Devlin vd., 1992).

2.4. Obezite ve Yeme Bağımlılığı

‘Yeme bağımlılığı’ kavramı bilimsel literatürde giderek gelişen, tartışması halen devam eden ilginç bir alan olmuştur. Hayvan modelleri arasında ratlara şekerli yiyecekler, kek gibi tadı güzel yiyecekler verildiği zaman meydana gelen davranışsal ve nörobiyolojik göstergeler, madde bağımlılığının modellerine benzemektedir(Schulte ve ark., 2015, Berthoud., 2011). Bağımlılık yapan maddeler ve yiyecekler, çok sayıda ortak özelliğe sahiptir. Yiyecek tüketimi ve ipuçları, madde bağımlılığında role sahip olan devreleri (mezo- kortiko-limbik yolakları) aktif hale getirebilir. Aralıklar ile şekerine ulaşan hayvan, tolerans ve yoksunluğun nörobiyolojik ve davranışsal göstergelerini, alkol tüketimine motivasyon artışı, psikostimulanlara karşıt duyarlılaşma (cross-sensitization) gösterirler. Yağ ve şekerden zengin diyet ürünlerini tüketen ratlar, madde bağımlılığı ile alakalı ödül disfonksiyonu, striatal dopamin reseptörlerinde downregulasyon ve şok verilmesine karşın devam eden tüketim artışının olduğu kompulsif bir yeme davranışına sahip olmaktadır. İnsanlarda striatal disfonksiyon ve azalmış striatal dopamin reseptör varlığı, gelecekte kilo alımıyla ve obeziteyle ilişkilendirilmektedir (Johnson ve ark., 2010).

Limbik sistem, beyinde ödül sisteminin temelini oluşturur, davranışları ve temel duyguları kontrol eder, haz algısına bir temel oluşturur. Ayrıca öğrenme, hafıza, motivasyon ve cinsel davranışlara aracılık eder ve beslenme gibi önemli davranışları da kontrol eder. Ventral tegmental alan içerisinde başlayan, bir orta beyin yapısı şeklinde olan nukleus akkübens (NAc) ve frontal kortekse yansımaları olan dopaminerjik nöronlar nedeniyle; hem seks, yiyecek, su gibi ihtiyaçların gerçekleşmesi amacıyla arzu ve istegin belirmesi, hem de bağımlılık yapıcı maddeleri uzun süre kullanma durumlarını ortaya çıkarmaktadır. Bağımlılık yapan maddeler ile oluşturulan doğal olmayan ödüller ve üreme ve yeme gibi doğal ödüller, NAc ve frontal lobdan dopamin salınımına yol açar (Şahpolat ve ark., 2014). Laboratuvar

hayvanlarında hoşa giden yiyeceklerin alımıyla NAc'de endojen opioid sistem reseptör etkinliğinde artış ve NAc'de enkefalin mRNA'sında azalma dikkat çekmektedir. Ek olarak, geçmişte hoşa giden yiyecekleri tıknırcasına yiyenlerin (özellikle yineleyen aşırı şeker tüketimi krizleri) NAc yapısında, singulat, hipokampus ve locus coeruleuslarında opioid aşırı- duyarlılığı oluşabilir (Avena, 2015).

İnsan ve hayvanlarda nörogörüntüleme çalışmalarına göre; yeme bağımlılığı olarak da adlandırılan aşırı yeme davranışının potansiyel bir bağımlılık bozukluğu olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmalar, yüksek şeker, yağ ve/veya tuz içeren, hoşa giden yiyeceklerin beyinde bağımlılık yapıcı maddelere benzer etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Madde kötüye kullanımı olan bireylerle, kompulsif yeme ve obezite sorunu olan bireylerin dopamin aktivitesinde azalma, düşük inhibisyon kontrolü ve azalmış zevk duyarlılığı benzerlik göstermektedir (Lee ve ark., 2013). Orta beyinde dopamin nöronlarının projeksiyonlarıyla beyin bölgelerinden nörotransmitterler ve peptidler aracılığıyla alınan otonomik cevaplar; hafıza (hipokampus), duygusal reaktivite (amigdala), uyarılma (talamus) ve kognitif kontrol (prefrontal korteks ve singulat)'dür. Bu durumda nörotransmitterlerin madde arama davranışıyla ilişkisi, ya da yiyecek alımıyla ilişkisi sürpriz değildir. Tablo 2'de (Volkow ve ark., 2013) maddenin pekiştirici etkisini arttıran ve yiyecek alımını düzenleyen nörotransmitterler görülmektedir (Volkow ve ark., 2013).

Tablo 2.2. Nörotransmitterlerin Madde Arama Davranışına ve Yiyecek Alımına Etkileri

Nörotransmitter	Orijin	Mekanizma	Madde ve yiyecek
Dopamin	VTA,SN, hipotalamus	Koşullandırma, dikkati teşvikte artış	Bütün maddeler Obezlerde ve diğer madde bağımlıları, madde bağımlısı olmayan obezlerle karşılaştırıldığında DRD2 Taq1A A1 prevalansında artış
Opioidler	Beynin genelinde	Hedonik cevaplar, ağrı modülasyonu, ghrelin ve NPY1 ile yiyecek ödülü etkisi	Eroin ve opiat analjezikler başta olmak üzere bütün maddeler Tatlı ve yağlı yiyeceklerin alımını kolaylaştıran endojen opioidler, yeme bağımlılığı odaklıdır
Kanabinoidler	Beynin genelinde	Ödül ya da homeostatik regülasyon, beyinde kısa dönem ve uzun dönem sinaptik plastisite	Marihuana başta olmak üzere bütün maddeler Endokanabinoidler periferel sinyal etkileşimi enerji dengesi ve yağlanmayı sağlayan leptin, insülin, ghrelin ve tokluk hormonları gibi
Serotonin	Rafe nukleusu	Davranışsal, idrake ilgili ve regülatuar sistem, duygudurum, açlık, vücut ısısı, seksüel davranışlar, kas kontrolü, duyuşsal algılama. Yiyecek alımının hipotalamik kontrolü	Ekstazi, hallüsinojenler (LSD, meskalin, psilosibin) Kemirgenlerde yeme alımını azaltan, tokluk duyumunu pekiştiren davranışları içeren 5-HT ilaçlar
Histamin	Posterior hipotalamustaki Tuberomamiller Nukleus	Uyku-uyanıklık döngüsü düzenlenmesi, iştah, endokrin homeostazis, vücut ısısı, ağrı algılaması, öğrenme, hafıza ve emosyon.	Alkol ve nikotin Ratlarda sürekli histaminerjik blokaj azalmış vücut ağırlığıyla ilişkilidir
Kolinergic	Hipotalamus ve VTA'da nikotin reseptörleri	MCH nöronları ve dopamin nöronlarında düzenleyici aktivite Lateral hipotalamusa nikotin uygulanmasıyla yiyecek alımında anlamlı azalma	Nikotin Hiperfaji: sigarayı bırakmaktan vazgeçiren önemli etken
Glutamat	Beynin genelinde	Ağrı algılanması, hafıza ve çevreye cevaplar, tok ratlarda lateral hipotalamusa glutamat enjeksiyonu aşırı yemek yeme meydana getirir.	Başta PCP ve ketamin olmak üzere bütün maddeler Lateral hipotalamusta AMPAR selektif stimülasyonu, yeterli beslenme oluşturur.
GABA	Beynin genelinde	Orta beyinde dopamin nöronlarında reaktivite düzenlenmesi ve belli nöronlarda D1R ve D2R tarafından striatal sinyal düzenlenmesi	Alkol, opiatlar, inhalanlar, benzodiazepinler Leptin engelleyici nöronlarda salgılandığında GABA kilo alımına yol açabilir
Norepinefrin	Lokus seroleus	Hipotalamik ve orta beyin bölgeleri	Madde hatırlanması Yiyecek özelliklerinin hatırlanması

Besin tüketimi insan beyni tarafından canlılığı sürdürmek için yüksek önceliklidir. Homeostatik ve hedonik sistem olarak iki önemli yeme sistemi tanımlanmıştır

(Schierup, 2015). Sadece homeostatik sistemin etkili olmasının ideal kiloya olumsuz bir etki oluşturmayacağı, ancak haz ve lezzet ile ilişkili ödül sisteminin etkisiyle bazı yiyeceklerin aşırı tüketilebileceği bildirilmiştir. Beyinde, özellikle hipotalamusta, yeme davranışları için homeostatik düzenleyici bir merkez bulunduğu bilinmektedir. Beden ağırlığının bu homeostatik düzenlenmesi vücut yağ düzeyini leptin, insülin ve ghrelin gibi farklı regülatörleri kullanarak kontrol eder. Ancak, yeme motivasyonu ödülle ve tat, koku, görüntü gibi koşullu ipuçlarıyla ilişkili olabilen yiyeceğin hedonik özelliklerine cevaptır. Bu hedonik nitelikler homeostatik sisteme baskın gelebilir. Bu nedenle beyinde iştah ve yeme davranışlarının yeme ve ödül döngüsünü beyin homeostatik enerji sistemiyle bağlantılı olarak nasıl kontrol ettiğini tanımlamak zordur (Baik ve ark.,2013).

Alkol kullanımıyla ilişkili obezite gelişmesi potansiyelinin anlaşılmasında, iştahın düzenlenmesi ve yemek tüketiminin altta yatan mekanizmasının anlaşılması önemlidir. Ağır alkol tüketiminin aşırı kilo ve obezite olasılığını arttıran bir prediktör olduğu düşünülüyordu, daha sonra alkol ve vücut ağırlığı arasındaki ilişkinin kompleks ve paradoksal olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ailede alkolizm öyküsü olan kadın ve erkeklerde obezite riskinin artmasıyla ailede alkolizm öyküsünün ilişkili bulunduğu görülmüştür. Kötüye kullanılabilen maddelerin, alkolün ve hedonik yemenin benzer şekilde mezolimbik dopamin sistemini aktive ettikleri bilinmektedir. Alkol bağımlılarında PET kullanılarak dopamin D2 reseptör kullanımının %20 azaldığı gösterilmiştir. Benzer şekilde Wang ve arkadaşları tarafından PET kullanılarak, obez bireylerde de beyin dopamin reseptör kullanımının düşük olduğu gösterilmiştir (Schierup, 2015).

Sigara içme vücut ağırlığını etkilemektedir, sigara içenler içmeyenlerden daha fazla kilo kaybetmektedirler ve sigara bırakma sıklıkla kilo artışıyla birliktedir. Bu etki büyük olasılıkla nikotinin metabolizmayı hızlandırması ve iştahı baskılamasıyla ilişkilidir. Sigara bırakıldığında yemek tüketimindeki artış, ödül yerine koyma mekanizmasıyla kısmen açıklanmaktadır, nikotin eksikliği yemek tüketiminde artış yapmaktadır, nikotin yoksunluğunda ödül değeri olan belirli yiyeceklerde artış olduğu gösterilmiştir. Moleküler düzeyde bu etki çoğunlukla nikotinic asetilkolin reseptör aktivasyonu aracılığıyla gerçekleşmektedir. Vücut ağırlığının regülasyonunda melanokortinin anahtar rolü vardır. Nikotinin beyindeki melanokortin sistemi ile direk etkileşerek hipotalamusun nükleus arcuatusunda propiomelanokortin (POMC) nöronlarındaki $\alpha 3p4$ nikotinic asetilkolin reseptörlerini

doğrudan aktive ettiği gösterilmiştir. POMC'in ikincil nöronlara projeksiyonu iştahı etkiler ve nikotin paraventrikuler nukleusta MC4 reseptörlerinin melanokortin-4 agonist salınımının aktivasyonuna yol açarak iştah baskılanmasına neden olmaktadır. Ancak sigara içme fenotipleriyle obezite arasındaki ilişki nikotinin iştah ve metabolizma üzerindeki etkisinden daha karmaşıktır. Günlük artan sigara sayısı ile BKİ artışı arasında korelasyon bunu kanıtlamaktadır. Sigara içenler içmeyenlerden daha fazla ağırlık kaybetmesine rağmen, ağır sigara içicileri hafif sigara içicilerinden daha fazla kilo almaktadır (Thorgeirsson ve ark., 2013).

Obeziteyi ve tüm yiyecekleri bağımlılık yapıcı olarak tanımlamanın uygun olmayacağı, fakat bazı besin maddeleriyle bağımlılık yapıcı maddelerin benzer etkilere sahip olduğu vurgulanmaktadır. Fast-food zincirlerindeki artışın ve çevresel değişikliklerin hem bazı insanların bu besinlere aşırı düşkün olmasına hem de obezitede sıklığın artmasına neden olduğu, yeme bağımlılığı kavramını kişisel olarak değerlendirmenin önemli olduğu belirtilmektedir. Beden kitle indeksine göre ağırlık durumu sınıflandırılan yeme bağımlılığı olan bireylerin %11'i düşük/normal kilolu, %88.6'sının fazla kilolu/obez, olduğu bulunmuştur (Pedram ve ark., 2013).

Yeme bağımlılığının tahmini yaygınlığı normal ağırlığa yakın lisans öğrencilerinde %11, tedavi arayışındaki obez kişilerde %15-19.6, bariatrik cerrahi adaylarında %42, tıknırcasına yeme bozukluğu olan yetişkin obezlerde %57 oranındadır (Lent ve ark., 2014).

2.5. Obezitede Algılanan Sosyal Destek

Bireyler, yaşamlarında hissettikleri sosyal desteğin varlığıyla travmatik olay sonrasında iyileşebilmek için çok önemli faktör olarak görülmekte; tek başlarına baş edemeyecekleri durumların üstesinden gelmelerini kolaylaştırıcı olduğu belirtilmektedir. Travmanın en önemli zedeleyici etkisi insan ilişkilerine ve sosyal çevresindeki bağları koparmaya yönelik olduğundan sosyal destek travmanın etkisini ateşleme veya söndürme etkisine sahip olmaktadır. Sosyal desteğin iki etki alanı bulunmaktadır; biri, sağlık problemleri yaşayan bireylere doğrudan iyileşme sürecinde rol oynamak; diğeri ise, olumsuz olay sonrası etkilerin azalması için tampon görevi sağlamaktır (Öztürk vd., 2006; Zara, 2011).

Bireyler başka insanlarla kurdukları iletişim yoluyla edindikleri kendilik algıları ve güven duygularını travma sonrasında yeniden inşa etmek amacıyla

çevrelerindeki insanlara ihtiyaç duymaktadırlar. Travmatize olmuş bireyler aile, sevgili ve yakın arkadaş çevrelerinden olayın ardından zamanlamaya ve ihtiyaçlarına göre değişen oranda ilgi ve destek arayışında olmaktadır. Bireyin algıladığı sosyal desteği travmatik olay sonrasında uyumu arttırıcı etkisi olduğu ortaya konulmaktadır; uyum sürecinde süreklilik gösteren bir travmanın olup olmadığı da önemli etken olmaktadır. Yakın sosyal çevrenin net, açık bir şekilde güven sağlaması ve ihtiyaç doğrultusunda karşılık görebilmesi önemli bir pozitif etki yaratmaktadır (Herman, 2007; Yılmaz, 2007).

Travmatik olaylardan sonra kişinin çevresindeki insanların sosyal destek vermeleri çok önemlidir; çoğu zaman ortaya çıkan travmatik belirtilerin etkisini azaltmaya veya belirtileri sınırlandırma işlevine sahiptirler. Bu derece önemli bir olguda diğer önemli bir nokta da bireyin var olan sosyal desteği destek olarak algılıyor olmasıdır. Yani verilen destek travma mağduru kişiye yönelik, uygun, dozunda ve yerinde yapılmaktadır; kişiye yeterli gelmesi, iyi gelmesi önemli bir unsurdur. Sosyal destek kişide koruma görevi sağlar ve başka bir psikolojik problem yaşanmasının önüne geçmektedir. Kişinin çevresinde güçlü bir sosyal destek bağlantısı olsa dahi travma sonrası görülen belirtilerden kaçınma, korku ve aşırı uyarılma irkilme halleri gibi veya depresyonun çökkünlük, isteksizlik, halsizlik semptomları destek açısından yararlanamamaya sebep olmaktadır. Bu doğal süreçte sosyal desteği veren kişiler sabırlı, istikrarlı ve anlayışlı olmaları gerekse de bu durum her zaman sosyal desteğin yeterli olamayacağına dair de bir bildiri niteliğinde olmaktadır (Oltmanns vd., 2003).

Johann Hari' nin bağımlılık konusunda yaptığı deney ve araştırma sonucunda kafeste tek başına olan sincap sade su ve uyuşturucu madde olan su arasında uyuşturucu madde içerikli olandan içmekte ve ölene kadar aynı sudan içtiği gözlemlenmiştir. Birden çok sincapla birlikte aynı kafese konulan bir diğer sincabın uyuşturucu içeren sudan az miktarda içip devamında içmeye yönelmediği ve diğer sincaplarla etkileşimde olanın sonrasında yalnızca sade sudan içmeye devam ettiği gözlemlenmiştir. Bu deney de olduğu gibi sosyal çevre ve etkileşimin önemi ortaya çıkmaktadır (Hari, 2015, parag. 9).

Toplumsal olarak travmatik olaylara veya psikiyatrik hastalıklara bakış açısı da bu sorunları yaşayan insanlara tavır ve davranışları yönlendirmektedir. Toplumsal açıdan acınılan, şefkat gösterilen bir rahatsızlıkta iş ve uzak çevrenin sosyal desteği de olumlu yönde olmakta fakat çok kabul görmeyen veya rahatsızlığı yaşayan kişinin

suçlandığı bir bakış açısı varsa kişinin hayatını daha da zorlaştırıcı bir ortam meydana gelmektedir. Olumsuz bir yargının var olmasıyla kişinin yaşamı kısıtlanmakta ve maruz kaldığı istenmeyen tutumlardan dolayı çekimser ve içe kapanık bir hal içinde kaygının ve depresyonun artışı görülmektedir.

Depresyon geçiren kişilerin değersizlik duyguları artmış durumdayken; sevilmediklerini düşünmeleri, işe yaramaz hissetmeleri, yaşamalarının bir anlamı ve amacı olmadığına dair inanışları da yükseliş göstermektedir (Albal ve Kutlu, 2010). Kişi kendini çaresiz gördüğünde, etrafındaki insanlarla tartışmaya, kavga edip bunaltmaya başlamaktadır. Depresyonda olan kişi etrafındaki insanlara özellikle en yakınlarına onu yeterince sevmediklerinden ve gerektiği kadar ilgi göstermediklerinden şikayet eder, kendisi hayatta olmasa daha rahat edeceklerini söyleyerek yakınmaları artmaktadır. Bu duygu durumunu yaşayan kişiye aile, iş ve sosyal hayatında değer ve yeterince ilgi, sevgi gösterilmesi durumunda kişinin ruh halinde değişiklik gözlenmesi olasılığı yükselmektedir. Örneğin; kişi sabah uyandığında eşinden, çocuklarından iltifatlar, övgüler alsa güler yüzle evden uğurlansa güne olumlu başlayacaktır. İş yerinde ne kadar değerli ve vazgeçilmez bir çalışan olduğu söylene; ona şirkette çok güvenildiği belirtilse; arkadaşları tarafından ne kadar sevildiği ne kadar zeki ve eğlenceli biri olduğu dile getirilse; sıkıntılar ve zorluklar yaşasa bile insanlar tarafından bunun fark edilmesi, takdir görmesi depresyondaki kişiyi de olumlu etkileyecektir. Sosyal desteğin bireyin hayatında var olması depresyonun oluşumuna önleyici ve var olan depresyon sürecinde iyileştirici önemli bir faktör olduğu yapılan araştırmalar sonucunda ortaya konulmaktadır (Mete, 2011).

Vurgulanan önemli bir nokta; depresyona eğilimi olan kişilerin doyuma ulaşmaları güçtür; çocukluğunda veya geçmişinde gereken ihtiyaçları karşılanmadığından bir kırgınlık, hiddet geliştirmiştir, dünyayı böyle algılamaya başlamıştır. Her an övgü, pohpohlanmak, her yaptıkları önemli davranıştan veya zorluklardan sonra çevre tarafından fark edilmesini beklemek, değer verildiğini, sevildiğini duymak mümkün olmayabilir; asıl önemli olan kişinin kendisi ile ilgili bu duygu ve düşünceleri içselleştirmiş olmasıdır (Herman, 2007).

Depresyona yatkın kişilerde desteklenme ve sevilme ihtiyacı ön plandadır; bu desteğin nerden ve kimden geldiğini dahi çoğu zaman önemsemezler. Bu desteği bazen bir eşte, sevgilide, arkadaşta ararken kimi zaman alkolde, uyuşturucu maddelerde de bu desteği ve geçici iyilik halini yaşattığı için bu maddelerden

aldıkları destekle bağımlılık geliştirebilirler. Depresyon ile başa çıkmaya çalışırken bağımlılık gibi başka bir probleme sarılmak yerine, bu sosyal desteği bir hobi geliştirerek veya yeni bir ilgi alanı bularak ihtiyaç olan desteğin karşılanması çalışılabilir.

Bebeklerde hem kendilerini sevdirmeye, beğendirmeye çalışma eğilimleri hem de kendi isteklerini elde etmek için bağırıp çağırma eğilimlerinde olduğu gibi depresyondaki kişilerde de buna benzer eğilim gözlenmektedir. İlgi, sevgi ve takdir edilme eksikliği depresyona yatkın bireylerin depresyon geçirme olasılığını arttırdığı gibi depresyon geçirenlere de sosyal çevreden gördüğü bu etki iyileşme sürecini olumlu etkilemektedir. Travmatik olaylarda özellikle insan tarafından yapılmış olanların sonucunda travmaya uğrayan kişinin mutlaka insanlarla ilişkileri hasar görmekte ve kopukluklar oluşmaktadır. İyileşme sürecinde de kişinin çevresindeki sosyal desteğin varlığı gerçekleşen en önemli hasarı onarmak için en önemli faktördür (Oltmanns vd., 2003).

2.5.1. Aile Desteği

Bireyler hangi psikolojik problemi yaşıyor olursa olsun; aile olumlu veya olumsuz çok önemli rol oynamaktadır. Majör depresyonun tedavi sürecinde ailelerin psiko-eğitime katılması ve tedavinin ilk aşamasından itibaren sürece dahil olması ailenin iyileşme sürecinde büyük rolü olduğunu ortaya koymaktadır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Aile yapısı toplumda doğal işleyişinde bireye sosyal destek ve güç sağlayan bir topluluk olarak algılanmaktadır. Bireyler zorlayıcı durumlarda baş edebilme ve üstesinden gelebilmek için diğer aile üyelerinin varlığını bilmeleri de algılanan sosyal destek kavramının içinde olan bir faktördür. Kişi travmatik bir yaşantı sonrasında iyileşme sürecini kolaylaştıran da ailesidir; anlayışsız, yardımcı olmayan bir aile tutumu da kişiyi daha da hasta edebilir. Yalnızca travma sonrası stres bozukluğu için değil depresyon yaşayan kişiler için de aile çok önemlidir. Aile bireylerinin herhangi birinde depresyon olduğunda bulaşıcı bir etkiyle diğer üyelerin de etkilenmeleri çok yüksek oranda görülmektedir. Bulaşkan etkisi; ailede biri depresyon geçirmekteyse diğer bireyler de üzülür, acı çeker, yardım etmek ister çaresiz kaldıklarını görürlerse depresif ruh haline bürünebilmektedirler (Herman, 2007; Gümüş, 2015).

Bireyin iyi oluşu için sosyal destek türleri arasından aileden algılanan desteğin, depresyon ve yalnızlık düzeylerine etkisinin en yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal ağın içinde yer almak yalnızca psikolojik açıdan değil; yardımlaşmak anlamında da bireye iyi gelen, yaşam doyumunu arttıran bir faktör olarak ele alınmaktadır. Fiziksel olarak bir kaza sonrası ihtiyaç halinde, maddi olarak veya sosyal bir bağlantı için çevreye, sosyal ağlara ihtiyaç duyduğunda var olduğunu bilmesi insanın iyi oluşuna katkı sağlamaktadır (Yalçın, 2015).

Psikolojik hastalıklarda aile desteği çok önemli yer almaktadır. En önemli tutum olabildiğince anlayışlı ve samimi olmaktır. Kişi hastalığın semptomları nedeniyle sorumluluklarını veya kendi bakımlarını yapamaz halde olabilirler; aileler eleştirel olmayan ve olumlu anlamda yardımcı ve destekleyici tutumlarıyla olumlu etken olabilmektedirler. Aile içi etkilenmeler çok yaygındır; depresyonda olan bireyin tavır ve tutumları nedeniyle ailenin diğer üyeleri de bir süre sonra depresif ruh haline girebilmektedirler. Depresyon geçiren kişi çevresini incitebilecek tavırlar sergileyebilmektedir ancak aile üyeleri bu davranışların fizyolojik kökenli olarak ortaya çıktığının bilincinde olursa negatif yönde etkilenmeleri azalabilmektedir (Mete, 2011).

Travma sonrası yaşanan psikolojik bozukluklara çevrenin ve en önemlisi de kişinin ailesine büyük rol düşmektedir. Aile, bireyin içinde bulunduğu en küçük ve kendinden bildiği gruptur; iyileştirici faktördür. Kişi travmadan sonra başka bir insan tarafından maruz kaldığı tehlikeden ötürü güven duygusu büyük oranda sarsılmakta ve her an kötü bir şey olacaktıymış kaygısını taşımaktadır. Bu durumlarda kişi özellikle ailesinde güven aşıl原因an, anlayışlı ve destekleyen bir tutum ihtiyacında olmaktadır. Kişi ailesine yaşadığı olayı ve etkilerini, duygularını birileriyle paylaşabilirse güven ve başka insanlarla iletişim kurma becerisini kurmada ilk adımı atmış ve zedelene güven duygusu ve iletişim becerileri onarılabilmektedir. Ailede sosyal desteğin etkileri anne- baba tutumlarına göre de değişkenlik göstermekte; ilgili-sevecen anne-baba tutumu gören çocukların algıladıkları sosyal destek daha yüksek olarak belirlenmiştir (Öztürk vd., 2006).

Travma sonrasındaki süreçte ailenin tutumu ve uyum süreci çocuğun da uyum sürecini paralel olarak etkilemektedir. Travma sonrasında çocuklar üzerinde uzun dönem etkilerin araştırıldığı bir araştırma, travmatik olaydan etkilenmeyen çocukların çevrelerinden yardım isteme ve destek alma, kendilerini kontrol edebilme becerilerinin var olduğu ve aile tutumlarının sevecen, ilgili olduğu ve yakın ilişkisinin

olduğu bir ortama sahip olanlar olduğu bulunmuştur. Ailenin tüm bireyleri aynı anda travmatik bir olaya maruz kalmışlarsa, ebeveynler kendi sorunlarıyla uğraşmaktan çocuklar arka planda kalabildiği bu durumda ebeveynler uyum sağlamakta ne kadar zorlanırsa çocukların da benzer zorlanmaları yaşadıkları ortaya konulmuştur (Kılıç vd., 1999). Aile kişinin aynası gibidir; gördüklerini yansıtmaya eğilimdedir. Aileden aldığı destek, güven ve iyileştirici rol oynayan tüm unsurları içselleştirerek dış dünyaya adım atmakta cesaretlenmektedir (Canbolat, 2013).

2.5.2. Evlilik ve Eş İlişkisi

İyi bir eş ilişkisi ve evlilik süreci bireyde çok önemli bir hızda iyileşme görülmesine etkendir. Yakın ilişkinin içinde bulunan insanların en güvendikleri ve yardım isteğinde buldukları çoğunlukla ilişkideki partnerleri olmaktadır; zorlayıcı bir olay yaşayan insana partnerleri en iyi yardımcı olabilecek kişilerde ön planda olmaktadır. Eşten gelen olumlu ve süreklilik arz eden bir tutum dolayısıyla pozitif yaşantı deneyimi, geçmişte yaşanmış olumsuz travmatik yaşantıların etkisini silmekte oldukça etkindir. Yapılan araştırmalar sonucunda ortaya benzer travmatik olay, depresyon veya benzer semptomları yaşayanlar arasında sürekliliği olan bir eş ilişkisi var olan kadınların olmayanlara göre daha yüksek oranda iyileşme gösterdiği saptanmıştır (Herman, 2007).

Bireylerin sorunları konuşabileceği birilerinin varlığının olduğunu bilmeleri bile sosyal destek kaynaklarını algıladıklarını göstermektedir. Sosyal desteğin eksikliği psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceği gibi karşılaştıkları stresli veya zorlayıcı olayların etkileriyle de başa çıkma ve çözüm süreçlerinde pozitif bir rol oynamaktadır (Gümüş, 2015).

Bir başka araştırmaya göre; benzer travmatik olayı yaşayanların sonraki dönemleri üzerinde yapılan incelemede özel bir yakın ilişkisi veya sevgilisi/ eşi bulunanların bulunmayanlara istinaden daha az semptom ortaya çıkardıkları belirlenmiştir. Eşler arasında öncelikle birbirlerini anlamaya yönelik bir çaba olması gerekmektedir; partnerinin ne hissettiği, düşünceleri, neler yaşadığı anlayışlı bir tutumla dinlenerek güvenli bir ilişki varlığı hissettirilmelidir; bu tür bir ilişki olumsuz duygu halinde olan partnere iyileştirici bir faktör olmakta ve ilişkiyi güçlendirmektedir (Sungur, 2009).

Kendisini anlayan bir eşe sahip olmak kişinin motivasyonunu artırıcı, güven duygusunu pekiştirici ve depresif duyguları azaltıcı bir etkidir. Bu desteğin varlığında kişi problemler karşısında çözüm yolları üretebilmekte ve baş etmek üzere kendisini güçlü hissetmeye başlamaktadır. Her koşulda sevildiği ve kabul gördüğünü bilmek travma etkilerini azaltmaktadır. Bu güven duygusu ve iyi iletişim kurabilmek yalnızca sözcüklerle değil özellikle travmatik olayın hemen sonrasındaki süreçte sözsüz iletişimle kurulması travma mağduruna iyi gelmektedir (Beck, 2011).

2.5.3.Sosyal Çevre Desteği

Bireyler kendileri dışında insanlarla iletişim ve etkileşim içinde oldukça gelişmekte ve iyileşmektedirler. İş hayatı zaman açısından insanların yaşamlarının çoğunu kapsamakta ve işlevsel olarak iyileştirici etkisi olan bir gerekliliktir; kişi işe yarar hisseder ve bir amaç doğrultusunda yaşamını anlamlandırmaktadır. Kadınlar iş hayatında son dönemlerde daha fazla yer almaktadır; toplumsal olarak erkekler iş hayatında yer almalı, kadınlar evdeki düzeni sürdürmeli, çocukları yetiştirmekle sorumludurlar. Kadının sosyal statü ve saygınlık kazanması özgüveni artırıcı bir etkidir ve psikolojik olarak olumlu bir katkısı bulunmaktadır. Kadınlar hem iş hayatında hem ev ve çocuk bakımına yetişmektedirler; çalışıyor olmanın olumlu etkisinin pekişmesi için eşin evdeki sorumluluklar açısından hoşgörülü ve yardımcı bir rol alması gerekmektedir. Travmatik bir olay sonrasında veya depresyonda olan bireylerin iyileşme süreçlerine katkıda bulunan önemli unsurlardan biri iş hayatına dönüş ve iş ortamında insanlarla iletişimde olmak olduğundan tedavi sürecinde belirlenen hedefler arasında çalışmak olmaktadır (Tarhan, 2014).

İş hayatı, bebeklerin doğduğunda çevrelerini keşfetme süreçleri gibi yetişkinlik döneminde keşfetmeleri, kendi potansiyellerini ortaya koyacakları bir çevredir. Bireyler iş ortamlarında kendilerini, güçlerini, yeteneklerini ortaya koyarak var olurlar ve takdir görme, onay ve beğeni ihtiyaçlarını karşılama beklentisinde olurlar. Bireylerin psikolojik açıdan iş çevrelerinde kendilerini ortaya koyma ve olumlu geri dönüşlerinin olması, iş arkadaşları tarafından sevilme, beğenilme gibi faktörler kişinin kendini gerçekleştirme katkısı sağlamaktadır (Solmuş, 2008).

2.6. Obezite ve Tedavi Motivasyonu

Obezitenin tedavi edilmesine yönelik kullanılan geleneksel yöntemler kısa süre için işe yaramakta ve yapılan çalışmalar geri kilo alımının ortalama 3 yıl süre ile gerçekleştiğini (Grodstein, Levine, Troy, Spencer, Colditz ve Stampfer, 1996) ve obez bireylerin kısa sürede etkili ve hızlı bir şekilde kilo verebilmeleri için obezite cerrahisine yönlendiklerini göstermektedir. Cerrahi yöntemlerin riskleri, cerrahi yöntemlere uygun hasta grubunun seçim kriterleri ve operasyon sonrası beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ile ilgili bulgular dikkate alındığında, obezitenin geleneksel yöntemlerle tedavisinde ve tedavi etkinliğinin arttırılmasında son yıllarda tedavi motivasyonu ile ilgili çalışmalar dikkat çekmektedir.

Tedavi motivasyonu tedavi için yönlendirilen veya tedaviye başvuran kişinin tedavi için uygunluğu, tedaviye uyumu ve tedavi gerekliliklerinin yerine getirilmesi gibi davranışlarını temel alır (Drieschner, Lammers ve Staak, 2004). Bu nedenle tedavi motivasyonu, yani kişinin tedavi olma isteği, tedavi ile uyum içinde olması açısından önem taşımaktadır. Ryan, Plant ve O'Malley (1995) tedavi motivasyonu eksikliğinin hastanın tedaviyi bırakması, tedavide başarısız olması, nüks ve tedavinin diğer negatif sonuçları ile ilişkili olduğunu söyler. Literatürde tedavi motivasyonunun tanımı ile ilgili değişik ifadeler bulunmaktadır. Ancak güncel olarak bilinen yaklaşım, kişinin tedavi motivasyonunun tedavi süreci boyunca değişime uğrayabilen ve etkilenebilen bir durum olduğudur (Drieschner, v.d., 2004). Tüm bunlarla birlikte tedavi motivasyonu Prochaska ve Diclemente'in (1982) geliştirdiği Transteorik Model kapsamında tedaviye hazır oluşun motivasyonel evreleri açısından da değerlendirilebilmektedir.

Obez bireyler kilo verebilmek ve kilonun neden olduğu ikincil hastalıklardan kurtulabilmek için tedaviye başvurumaktadırlar. Ancak uygulanan geleneksel yöntemler sonucunda aşırı kilolu ve obez bireylerin çok büyük bir kısmı kilolarını kontrol altına alabilecek ve diyetlerine devamlılığı sağlayabilecek tedavi programlarına "hazır" olamamakta ya da başladıkları tedaviyi sürdürememekte-dirler. Obez bireylerin tedavilerini neden sürdüremediği ve hızlı bir şekilde kilo almaya devam ettiği ile ilgili literatüre bakıldığında ise uygulanan diyet programlarının birçoğunda egzersiz programlarının ve davranış değişimi terapilerinin kapsamadığı (Söderlund, v.d., 2009); yeme davranışları üzerinde büyük etkisi olan psikolojik sorunların tedavi edilmediği ve bireyin tedaviye hazır oluşunun belirlenmediği

görülür (Kaukua, v.d., 2003). Bu kapsamda tedaviye hazır oluş ve tedavi motivasyonu Transteorik Model ve Değişim Evreleri bağlamında ele alınabilmektedir.

2.6.1. Transteorik (Teoriler Arası) Model

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 açıklanır (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 (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.

2.6.1.1. 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). 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). 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.

2.6.1.2. 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 vermeyle 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 değiştiiğini 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 (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 ekisler 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.

2.6.1.3. 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 ihtiyaç 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 i gr ya da geri bildirim kazanmaktır. Sosyal zgrleşme, hmanisttik 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 zgrleştirme 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 ölçülebilen ve kilo kaybına yardımcı ve davranış değişimlerine sebep olan bazı anahtar unsurları da vardır. Bunlar kendini izleme (self monitoring) ve motivasyonel mlakattır. İki birleştirildiğinde, öz yeterliliğin artmasına yardımcı güçlü bir metot haline gelmektedir (Paulson, 2011).

2.6.2. Obezite Tedavisinde Transteorik Model'in Kullanımı

Obezite tedavisinde en etkin klinik temelli programlar TTM stratejileri temel alınarak oluşturulmaktadır. Oluşturulan programlar uzmanlara hastanın tedaviye hazır oluşunun değerlendirilmesi ve diyet ve egzersizin arttırılmasında hangi teknik ya da müdahalenin en uygun ve etkili olabileceği ile ilgili rehberlik eder (Glasgow, Goldstein, Ockene ve Pronk, 2004).

Tedavinin etkili olabilmesi için uzman kişi tarafından hastanın içinde bulunduğu evre izlenmelidir. Değişim evreleri dinamik olduğu için öncelikle uzman hastanın hangi evrede olduğunu değerlendirmeli ve ihtiyaç halinde önceki başarısız müdahaleleri olası nüksü azaltabilmek için modifiye etmelidir (Prochaska, v.d. 2005; Seals, 2007).

TTM'ye göre evrelere özel muameleler uzman tarafından hastanın bulunduğu evreden sürdürme evresine kadar olan süreç düşünülerek geliştirilmelidir. Tasarlama öncesindeki adaylar eylem için hazır olmayabilir, bu nedenle bu evredeki bir hastadan eyleme geçmesi ve tedavi ile uyum içinde olması beklenmemelidir. Bu evrede obez bireyler motivasyonel görüşmeden fayda görürler ve kesin yaşam değişimi yapmak için diyet ve egzersiz programının artı ve eksilerinin belirlenmesi gibi ihtiyacı olan pekiştireçleri değerlendirirler. Tasarlama evresindeki adaylar sağlıklı olan egzersiz ve diyetin pozitif yönlerinin negatif yönlerinden daha önemli olduğunu tartışma ve yazılı materyaller ile anlayabilirler (Seals, 2007).

Uzmanlar hastalara yaşam değişimi modifikasyonu yaparlarken engeller hissedebileceklerini açıklamalı, engelleri aşabilmeleri için hastaları desteklemeli ve onlara yol göstermelidirler (Seals, 2007).

Tasarlama evresi uzman için hastayı bir sonraki evreye hazırlamak ve daha sağlıklı yemek ve davranış biçimine yönlendirmek için bir fırsattır. Uzman hazırlık evresindeki hastanın tasarlanan plana uymasını ve bir önceki evreye geri dönmemesini garanti altına almalıdır. Bu noktada sosyal destek ön plana çıkmaktadır. Özellikle obez bireye yapılan müdahalenin gelişmesi ve etki göstermesi için uzman hastanın ailesini ve yakın çevresini de bilgilendirmeli ve plana uyum sağlanması için hasta, yakın çevresi tarafından desteklenmelidir. Bir hasta eyleme ve sürdürme evresine geçtiğinde müdahale bitmemeli, bir süre daha hasta kontrol altında tutulmalı ve hastanın motivasyonu korunmalıdır (Seals, 2007).

Obez hastalar davranışlarının sonuçlarının tam olarak farkında olmadıkları için tasarlama öncesi, tasarlama ve hazırlık evresinde diğer evrelerden ayrı olarak çoklu müdahale ihtiyacı duymaktadır. TTM bu noktada bireylerin tedaviye hazır oluşlarını değerlendirdiği, değişimin farklı evrelerindeki bireyleri tanımladığı ve uzmana adayı değerlendirmede yardım ettiği için çok önemli bir modeldir. (Şekil 13) Bu nedenle TTM aracılığı ile uygun tedavi modelleri geliştirilebilir (Prochaska, v.d. 2005; Seals, 2007).

Tüm bunlarla birlikte TTM'nin kısıtlılıkları da mevcuttur. TTM bireylerin davranışlarını etkileyen dışsal faktörleri belirleyemez. Bu nedenle uzmanların hastanın yeterli sosyal desteğinin olup olmadığını belirlemesi ve tedavi sürecindeki engelleri nasıl aşacağını öngörmesi önemlidir (Seals, 2007).

BÖLÜM 3

YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde; örneklem seçimi, veri toplama araçları, araştırmanın modeli ve verilerin analiz yöntemleri hakkında bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın katılımcılarını, İstanbul ilindeki özel bir obezite kliniğine başvuran vücut kitle indeksine göre kilo problemi olan yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Araştırma örnekleminin seçiminde her gruba arası homojenlik dikkate alınarak, 130 ilk kez tedavi için başvuran, 130 tedavisinin 6. ayında tedavisine devam etmekte olan kişiler olmak üzere toplam 260 katılımcı seçilmiştir. Katılımcılar, BKİ'ne göre 30 ve üzeri obez sınıfına giren kişiler arasından oluşturulmuştur. İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların ilk BKİ değerleri, tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların altıncı ayındaki BKİ değerleri kullanılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması için, Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu, Ruhsal Belirti Tarama Testi (SCL 90-R), Yeme Tutumları Testi (YTT), Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (GÇASDÖ) kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (Ek-B)

Kişilerin sosyodemografik özellikleri ve yeme tutumları hakkında bilgi almak için araştırmacı tarafından hazırlanmış soruları içermektedir. Genel olarak

katılımcının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kilosu, boyu sosyoekonomik düzeyi, genel sağlık durumu, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteleri, diyet uygulama durumları sorgulanmaktadır.

3.3.2. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL 90-R) (Ek-C)

Derogatis ve Cleary'nin (1977) geliştirdiği Ruhsal Belirti Tarama Listesi, kişinin karşı karşıya kaldığı zorlanmayı veya yaşadığı negatif stres tepki düzeyini ölçen bir tarama aracı şeklindedir. 90 maddeden oluşmakta olan ölçeğin maddelerini katılımcılar, beşli likert tipi ölçekle (ileri derecede, oldukça fazla, orta derecede, çok az, hiç) değerlendirmektedir. Ölçekte 9 ayrı belirti grubunu yansıtan 9 alt ölçek vardır: Somatizasyon, Psikotizm, Paranoid Düşünce, Fobik Kaygı, Öfke Düşmanlık, Kaygı, Depresyon, Kişilerarası Duyarlılık ve Obsesif Kompulsif Belirtiler. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları ve Türkçe uyarlamasını Dağ (1991) yapmıştır. Bu araştırma kapsamında yapılan güvenilirlik analizinde ölçeğin faktörlerine ilişkin Cronbach Alfa değerleri 0,712 ile 0,904 aralığında bulunmuştur.

3.3.3. Yeme Tutumları Testi (YTT) (Ek-D)

Katılımcıların yeme davranış ve tutumlarındaki bozuklukları değerlendirmek için uygulanmaktadır. Yeme Tutum Testi'ni (YTT), Garner ve Garfinkel, 1979'da anoreksiya nevroza belirtilerinin nesnel bir şekilde değerlendirilme amacı ile geliştirmiştir. Bu test, 40 maddeden oluşmaktadır ve bir kendi-kendine bildirim ölçeği görevindedir. Türkiye'de, Yeme Tutumları Testi'nin psikometrik özellikleriyle alakalı bazı araştırmalar olmuştur (Batur, 2004; Savaşır ve Erol, 1989). Savaşır ve Erol'un (1989) araştırmasında, ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .70, test-tekrar test güvenilirliği ise $r = .65$ şeklinde tespit edilmiştir. Batur'un (2004) araştırmasında, ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı erkek öğrencilerde .34 ve .80 arasında, kız öğrencilerdeyse .47 ile .90 arasında, bulunmuştur. YTT'nin geçerliğiyle alakalı yapılan analizlerdeyse YTT toplam puanıyla Beck Depresyon Envanteri (BDE) arasında anlamlı ve pozitif korelasyon ($r = .42$, $p < .01$) şeklinde tespit edilmiştir (Batur, 2004). Bu araştırma kapsamında

yapılan güvenilirlik analizinde ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,884 olarak hesaplanmıştır.

3.3.4. Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) (Ek-E)

ODEÖ kilo problemine sahip kişilerde “değişim motivasyonu”nu değerlendirme amacıyla ‘Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği’yle (Martinez, ve ark., 2007) ‘Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği’nin (Rieger, ve ark., 2000; Rieger, ve ark., 2002) Türkçe uyarlamaları (Ergüney ve Sertel-Berk, 2012) temel alınmış, Devenci ve arkadaşları (2012) tarafından hazırlanmıştır. 20 madde sayısına sahiptir ve içeriğinde kişiler arası ve duygusal problemler, yeme dayanışmaları, egzersiz alışkanlıkları, diyet uygulama, beden memnuniyeti, kilo kontrolünü içeren ifadeler bulunmaktadır. ODEÖ’nün 2 alt ölçeği vardır. Bunlardan ilki ‘Yeme, Kilo ve Diyet Boyutu’ alt ölçeğidir. Bu boyut kilo alımı, vücut ağırlığı, beslenme biçimi, diyet listesine mum, egzersiz, sağlık ve beden bölgelerinden duyulan endişe ile ilgili maddelerden oluşmaktadır (örneğin; vücut ağırlığım değiştirmeye hazır olmak) ve madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10’u içermektedir. Diğer alt ölçek ise ‘Kişisel ve duygusal boyut’ alt ölçeğidir. Bu boyut yeme, biçim ve kilonun duygusal ve kişisel yönleriyle ilgili maddelerden oluşmaktadır (örneğin, duygusal problemlerin çözümüne hazır olmak) ve madde 11, 12 ve 13’ü içermektedir. Bu araştırma kapsamında yapılan güvenilirlik analizinde ölçeğin yeme, kilo ve diyet boyutu için Cronbach Alfa değeri 0,852 bulunurken, kişisel ve duygusal boyut için 0,899 olarak hesaplanmıştır.

3.3.5. Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (GÇASDÖ) (Ek-F)

Zimet ve arkadaşlarının (Zimet ve ark., 1988, 1990) geliştirdiği 12 maddeli ölçek, üç farklı kaynaktan (özel bir insan, arkadaş, aile) alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmekte ve üç alt ölçekten (arkadaş, özel bir insan aile) oluşmaktadır. Maddeler, 7 aralıklı Likert tipi bir ölçekle derecelendirilmiştir. Algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu, yüksek puanla görülmektedir. Eker ve arkadaşları, ölçeği ülkemize uyarlamıştır (Eker ve Akar, 1995; Eker ve ark., 2001) ve

özgün yapıyı korumuşlardır. Ölçeğin ve alt ölçeklerinin kabul edilebilir tutarlılık düzeyine sahip olduğu; psikiyatri hastalarını, hasta olmayan kişilerden ayırt edebildiği; ölçeğin Belirti Tarama Listesi, Beck Depresyon Envanteri ve UCLA Yalnızlık Ölçeği ile negatif; Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'yle pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu vurgulanmıştır. Üç faktör kümülatif olarak “arkadaş” faktörünün %12.4’ünü, “özel bir insan” faktörünün %17.9’unu, “aile” faktörünün %4’ünü ve toplam varyansın %75.3’ünü açıklamaktadır. İç tutarlılığın ölçülmesi amacı ile kullanılmış olan Cronbach alfa yönteminin neticesinde, çeşitli tanı gruplarıyla ilgili ulaşılan değerler .80 ve .95 arasında tespit edilmiştir (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Ölçeğe uygulanan güvenilirlik analizinde, Cronbach Alfa değeri aile faktörü için 0,783; arkadaş faktörü için 0,831 ve özel bir insan faktörü için 0,825 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS 23.00’ten yararlanılmıştır. Tedavi için ilk kez başvuran kişiler ile tedavisinin altıncı ayında olan kişilerin psikopatoloji, yeme tutumları, tedavi motivasyonları ve algılanan sosyal desteklerinin karşılaştırılmasında t-test uygulanmıştır. Bu iki grubun özelliklerinin sosyodemografik bilgilere ve sağlık ve beslenme durumlarına göre farklılaşması gruplar arasında MANOVA, grup içinde ise t-test ve ANOVA kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %5 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir

BÖLÜM 4

BULGULAR

Obezite kliniğine tedavi için ilk kez başvuran katılımcılar ile hali hazırda tedavisine devam eden ve tedavi sürecinde altıncı ayını dolduran katılımcıların istatistiksel değerlendirmesine ilişkin çıktılar bu bölümde sunulmuştur. Bölüm içerisinde örnekleme ilişkin özelliklere, araştırmada kullanılan ölçeklerin iki grup arasındaki karşılaştırma sonuçlarına ve her iki grup için ayrı ayrı olmak üzere korelasyon analizlerine ve son olarak da hem grup içi hem de gruplar arası yapılan t-test, ANOVA ve MANOVA bulgularına yer verilmiştir.

4.1. Araştırmadaki Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu bölümde araştırma örneklemine ilişkin sosyo-demografik özellikler, sağlıkla ilgili özellikler ve beslenmeye ilişkin özellikler sunulmuştur. Çalışmaya katılan obezite kliniğine ilk kez başvuran ve tedavisinin 6. ayında olan yetişkin bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni hal, çalışma durumu ve başvurma nedeni) ile ilgili dağılımlar Tablo 4.1.'de gösterilirken, sağlık durumları, beslenme durumları ve katılımcıların kiloya ilişkin bilgileri sırasıyla Tablo 4.2., Tablo 4.3. ve Tablo 4.4' de verilmiştir.

Tablo 4. 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

	İlk kez başvuranlar (n=130)		Tedavisinin 6. ayındakiler (n=130)		χ^2	p
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde	Kişi Sayısı (n)	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	36	27,7	33	25,4	0,673	0,183
Kadın	94	72,3	97	74,6		
Medeni hal						
Evlü	86	66,2	80	61,5	0,439	0,451
Bekar	44	33,8	50	38,5		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	57	43,8	47	36,2	0,206	0,515
Çalışmıyor	73	56,2	83	63,8		
Kliniğe başvurma nedeni						
Kilo vermek için	126	96,9	109	83,8	0,127	0,079
İnsülin direnci	4	3,1	15	11,5		
Diğer			6	4,6		

Araştırmada, ilk kez başvuranlarda katılımcıların çoğunluğu kadınlardan (%72,3) oluşmaktayken; ilk kez tedaviye başvuranların çoğunluğu evlidir (%66,2). Bu katılımcıların çoğunluğu çalışmamaktadır (%56,2) ve kliniğe başvurma sebebi kilo vermektir (%96,9).

Tedavisinin 6. ayındaki katılımcıların katılımcıların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktayken (%74,6); tedavisinin 6.ayındakilerin çoğunluğu evlidir(%61,5).Bu katılımcıların çoğunluğu çalışmamaktadır (%63,8) ve kliniğe başvurma sebebi kilo vermek içindir (%83,8) (Tablo 4.1.).

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, yaşın ortalaması 37,71±9,87 (18-52), kilo almaya başlanana yaşın ortalaması 21,87±11,13 (7-40), BKİ'nin ortalaması 36,64±7,66 (30,00-55,51), vücut yağ miktarının ortalaması 45,05±13,37 (25,60-82,30) olarak bulunmuştur.

Tedavisinin 6. ayındakilerde, yaşın ortalaması 41,72±12,70 (18-76), kilo almaya başlanana yaşın ortalaması 25,84±12,24 (5-50), BKİ'nin ortalaması 36,47±7,08 (30,00-51,39), vücut yağ miktarının ortalaması 42,07±11,50 (16,80-73,50) olarak bulunmuştur (Tablo 4.1.).

Tablo 4. 2. Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

	İlk kez başvuranlar (n=130)		Tedavisinin 6. ayındakiler (n=130)		χ^2	p
	Kişi Sayısı(n)	Yüzde	Kişi Sayısı(n)	Yüzde		
Herhangi bir sağlık sorunu						
Var	93	71,5	112	86,2	0,004	0,275
Yok	37	28,5	18	13,8		
Psikiyatrik bir rahatsızlık						
Var	26	20,0	15	11,5	0,061	0,078
Yok	104	80,0	115	88,5		
Psikiyatrik bir tedavi						
Var	32	24,6	22	16,9	0,126	0,061
Yok	98	75,4	108	83,1		
Ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık						
Var	29	22,3	16	12,3	0,033	0,195
Yok	101	77,7	114	87,7		
Sigara kullanımı						
Var	87	66,9	101	77,7	0,052	0,489
Yok	43	33,1	29	22,3		
Alkollü içecek tüketimi						
Var	30	23,1	27	20,8	0,653	0,798
Yok	100	76,9	103	79,2		
Fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapma						
Var	14	10,8	42	32,3	0,729	0,285
Yok	69	53,1	45	34,6		
Zaman Zaman	47	36,2	43	33,1		

Araştırmada, obezite kliniğine ilk kez başvuran katılımcıların doktor tarafından konulmuş bir sağlık sorunu varken (%71,5); çoğunluğunun herhangi psikiyatrik bir rahatsızlığı yoktur (%80). Bu kişilerden psikiyatrik bir tedavi görmemişken (%75,4); çoğunluğu ailelerinde psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerin bulunduğunu belirtmiştir (%77,7). Katılımcıların çoğunluğu sigara kullanmaktadır (%67). Herhangi bir fiziksel aktivite, egzersiz ya da spor yapma alışkanlığı olmadığını beyan eden katılımcılar çoğunluğu oluştururken (%53,1); zaman zaman spor yaptığını belirten (%36,2) katılımcılar olduğu saptanmıştır.

Obezite kliniğindeki tedavisinin altıncı ayındaki katılımcıların doktor tarafından konulmuş bir sağlık sorunu varken (%86,2) ; çoğunluğunun herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı yoktur (%88,5). Bu kişilerin psikiyatrik bir tedavi görmemişken (%83,1); çoğunluğu ailelerinde psikiyatrik hastalık sahibi bireylerin olduğunu bildirmiştir

(%87,7).Katılımcıların çoğunluğu sigara kullanmaktadır (%77,7).Katılımcıların spor yapma durumundaki sonuçlar birbirine çok yakın olmakla birlikte, spor yapmayan katılımcılar çoğunluğu temsil etmektedir (%34,6) (Tablo 4.2.).

Tablo 4. 3. Beslenme Durumuna İlişkin Özellikler

	İlk kez başvuranlar (n=130)		Tedavisinin 6. ayındakiler (n=130)		χ^2	p
	Kişi Sayısı(n)	Yüzde	Kişi Sayısı(n)	Yüzde		
Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumu						
Evet	22	16,9	47	36,2	0,694	0,492
Hayır	78	60,0	63	48,5		
Bazen	30	23,1	20	15,4		
Günlük tüketilen öğün sayısı						
2 öğün	28	21,5	28	21,5	0,109	0,155
3-4 öğün	80	61,5	53	40,8		
4 ve üzeri	22	16,9	49	37,7		
En çok atlanan öğün						
Sabah kahvaltısı	43	33,1	27	20,8	0,533	0,193
Öğle yemeği	34	26,2	32	24,6		
Akşam yemeği	7	5,4	9	6,9		
Ara öğünler	46	35,4	62	47,7		
Sık sık acıkıp atıştırma yapma durumu						
Günde 1-2 kez	62	47,7	57	43,8	0,410	0,488
Günde 3-4 kez	28	21,5	35	26,9		
Günde 4 kez ve daha fazla	21	16,2	-	-		
Hayır, yapmam	19	14,6	38	29,2		
En çok atıştırma yapılan duygu durum						
Üzgün, mutsuz, sıkıntılı	58	44,6	72	55,4	0,682	0,018
Neşeli, mutlu, keyifli	14	10,8	15	11,5		
Hepsi	42	32,3	18	13,8		
Atıştırma yapmayanlar	16	12,3	25	19,2		
Atıştırma yaptıktan sonra pişman hissetme durumu						
Hissedenler	86	66,2	97	74,6	0,174	0,674
Hissetmeyenler	44	33,8	33	25,4		
Geceleri atıştırma yapma durumu						
Yapanlar	53	40,8	43	33,1	0,199	0,014
Yapmayanlar	77	59,2	87	66,9		
Fazla kilolu olduğunu düşünme durumu						
Düşünenler	117	90,0	116	89,2	0,839	0,632
Düşünmeyenler	13	10,0	14	10,8		

Araştırmada, ilk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların çoğunluğu dengeli beslenmediğini düşünmektedir (%60) ve günde 3-4 öğün tüketmektedir (%61,5). Bu katılımcıların çoğunluğu ara öğünü (%35,4) ve sabah kahvaltısını (%33,1) atlamaktadır. Katılımcıların çoğunluğu sık sık acıkıp atıştırma yapamaktadır (%47,7). Katılımcıların çoğunluğu üzgün, mutsuz, sıkıntılı olduğu durumlarda atıştırma yaptığını (%44,6) ve atıştırma yapmasının ardından pişmanlık yaşadıkları saptanmıştır (%66,2). Geceleri atıştırma yapmayan katılımcıların oranı çoğunluktadır (%59,2). Obezite kliniğine tedavi amaçlı başvuran bu hastaların çoğunluğu fazla kilolu olduğunu düşünmektedir (%90).

Tedavisinin altıncı ayındaki katılımcılar dengeli beslenmediğini düşünmektedir (%48,5) ve çoğunluğu günde 3-4 öğün tüketmektedir (%40,8). Bu kişilerin çoğunlukla ara öğünlerini atlamaktadır (%47,7). Katılımcıların çoğunluğu sık sık acıkıp atıştırma yapamaktadır (%43,8). Katılımcılar üzgün, mutsuz, sıkıntılı olduğu durumlarda atıştırma yapmakta (%55,4) ve çoğunlukla atıştırma yaptıktan sonra pişman olmaktadır (%74,6). Katılımcılar çoğunlukla geceleri atıştırma yapmamaktadır (%66,9) ve fazla kilolu olduğunu (%89,2) düşündükleri saptanmıştır

İlk kez obezite kliniğine başvuran ve tedavinin altıncı ayındaki katılımcılar ile beslenme durumuna ilişkin bilgiler arasında ilişki değerlendirildiğinde; en çok atıştırma yapılan duygu durum ve geceleri atıştırma yapma durumu değişkenleri ile gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2= 0,682$; $p=0,018$; $p\leq 0,05$) ($\chi^2= 0,199$; $p=0,014$; $p\leq 0,05$) (Tablo 4.3.).

Tablo 4. 4. Kiloya Bağlı Özellikler

	İlk kez başvuranlar (n=130)		Tedavisinin 6. ayındakiler (n=130)		χ^2	P
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde	Kişi Sayısı (n)	Yüzde		
Kilo almaya başlanan durum						
Sigarayı bırakma	13	10,0	6	4,6	0,907	0,631
Doğum	32	24,6	32	24,6		
Menopoz	7	5,4	8	6,2		
Depresyon sonrası	44	33,8	8	6,2		
Yeme bozukluğu	-	-	40	30,8		
Diğer	34	26,2	36	27,7		
Kilo vermek isteme nedeni						
Sağlık problemlerinden kurtulma	30	23,1	54	41,5	0,551	0,955
Güzel bir fiziksel görünüme sahip olma	27	20,8	19	14,6		
İyi hissetme	49	37,7	48	36,9		
Rahat hareket edebilme	24	18,5	9	6,9		
Kilo vermek için yapılanlar						
Diyet yapma	43	33,1	41	31,5	0,189	0,557
Diyet ile birlikte fiziksel aktivite yapma	15	11,5	27	20,8		
Sadece fiziksel aktivite yapma	6	4,6	9	6,9		
Zayıflama ürünleri (bitkisel çay, zayıflama bandı vb.) kullanma	4	3,1	4	3,1		
Diyetetik ürünler (az yağlı süt-yoğurt, diyet bisküvi, diyet reçel vb.) kullanma	62	47,7	5	3,8		
Hiçbir şey	43	33,1	44	33,8		
Ailede obez ya da kilolu birey bulunma durumu						
Var	73	56,2	77	59,2	0,616	0,474
Yok	57	43,8	53	40,8		
Çocuklukta şişmanlık durumu						
Var	35	26,9	36	27,7	0,889	0,027
Yok	95	73,1	94	72,3		
Obezite tedavi programına geliş durumu						
Kendi isteği ile	120	92,3	111	85,4	0,076	0,554
Yakını isteği ile	10	7,7	19	14,6		
Daha önce diyet yapma sayısı						
1-4 kez	63	48,5	55	42,3	0,236	0,616
5-10 kez	23	17,7	20	15,4		
10'dan fazla	37	26,2	26	20,0		
Daha önce yapmadım	10	7,7	29	22,3		

Tedaviye ilk kez başvuran katılımcılarda, kilo almaya başlanan durum çoğunlukla depresyon olarak saptanmıştır (%33,8). Katılımcılar çoğunlukla kilo verme gerekçesinin iyi hissetmek olduğunu (%37,7) ve kilo vermek için diyetetik

ürünler kullanmakta oldukları saptanmıştır (%47,7). Katılımcıların çoğunluğunun ailesinde obez ya da kilolu birey bulunmaktadır (%56,2) ve şişman bir çocukluk geçirmediği saptanmıştır (%73,1). İlk kez tedaviye gelen kişilerin çoğunluğu kendi isteği ile katıldığını bildirmiştir (%92). Bu kişilerin çoğunluğu geçmişte 1-4 kez diyet yapmayı denemiştir (%48,5).

Tedavisinin altıncı ayında olan katılımcıların çoğunluğu, kilo almaya başlama nedenini yeme bozuklukları olarak belirtmiştir (%30,8) ve sağlık problemlerinden kurtulmak için kilo vermeye çalışmaktadır (%41,5). Kilo vermek için kullanılan yöntemler çoğunlukla diyetetik ürün kullanmak ve diyet yapmaktır (%33,8, %31,5). Katılımcıların ailesinde obez ya da kilolu bireyler bulunmaktadır (%59,2) ve şişman bir çocukluk geçirmediği saptanmıştır (%72,3). Tedavisinin 6. ayında olan katılımcıların, kendi isteğiyle tedavi programına gelmektedir (%85,4) ve çoğunluğu geçmişte 1-4 kez diyet yapmayı denemiştir (%42,3).

İlk kez obezite kliniğine başvuran ve tedavinin altıncı ayındaki katılımcılar ile kiloya bağlı özellikler ilişkisi değerlendirildiğinde; çocuklukta şişmanlık durumu değişkeni ile gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2= 0,889$; $p=0,027$; $p\leq 0,05$) (Tablo 4.4.).

4.2. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcılar ile Tedavisinin Altıncı Ayındakilerin Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması

İlk kez obezite kliniğine başvuran kişiler ile tedavinin altıncı ayındaki hastaların psikopatoloji, yeme tutumları, tedavi motivasyonları ve algılanan sosyal desteklerinin karşılaştırılması t-test ile yapılmış ve katılımcıların psikopatolojilerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular, yeme tutumlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular, tedavi motivasyonlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular ve algılanan sosyal desteklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular ; dört farklı tabloda sırayla sunulmuştur (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8).

Tablo 4.5. Katılımcıların Psikopatolojilerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Ort	ss	t	P
SOM¹			1,838	,095
İlk kez başvuranlar	,93	,78		
Tedavisinin 6. ayındakiler	1,10	,72		
O-C²			1,742	,401
İlk kez başvuranlar	1,01	,67		
Tedavisinin 6. ayındakiler	1,14	,63		
INT³			1,530	,522
İlk kez başvuranlar	,82	,76		
Tedavisinin 6. ayındakiler	,97	,88		
DEP⁴			1,638	,780
İlk kez başvuranlar	,90	,78		
Tedavisinin 6. ayındakiler	1,06	,77		
ANX⁵			,596	,300
İlk kez başvuranlar	,67	,61		
Tedavisinin 6. ayındakiler	,71	,65		
HOS⁶			1,656	,152
İlk kez başvuranlar	,78	,72		
Tedavisinin 6. ayındakiler	,93	,80		
PHOB⁷			1,360	,138
İlk kez başvuranlar	,31	,43		
Tedavisinin 6. ayındakiler	,40	,51		
PAR⁸			2,887	,004
İlk kez başvuranlar	,78	,59		
Tedavisinin 6. ayındakiler	1,10	1,12		
PSY⁹			1,498	,136
İlk kez başvuranlar	,39	,41		
Tedavisinin 6. ayındakiler	,47	,53		
SCL-90-R¹⁰			2,235	,026
İlk kez başvuranlar	,75	,55		
Tedavisinin 6. ayındakiler	,90	,57		

¹Somatizasyon, ²Obsesif-Kompulsif, ³Kişiler Arası Duyarlık, ⁴Depresyon, ⁵Kaygı, ⁶Öfke-Düşmanlık, ⁷Fobik Anksiyete, ⁸Paranoid Düşünce, ⁹Psikotizm, ¹⁰Genel Belirti Ortalaması* $p \leq 0,05$

Tedavisinin altıncı ayındaki hastaların paranoid düşünce ($p=0,004$; $t=2,887$) ve genel belirti ortalaması ($p=0,026$; $t=2,235$) puanları, kliniğe ilk kez başvuran kişilerden anlamlı bir şekilde yüksektir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Katılımcıların Yeme Tutumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Ort	ss	t	p
YTT¹			2,190	,029
İlk kez başvuranlar	20,62	14,45		
Tedavisinin 6. ayındakiler	24,24	12,16		

¹Yeme Tutumları Testi, *p≤0,05

Obezite kliniğine ilk kez başvuran hastaların yeme tutumları testi puanları, tedavisinin altıncı ayındaki hastaların puanlarından anlamlı bir şekilde düşüktür (p=0,029; t=2,19) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Katılımcıların Tedavi Motivasyonlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Ort	ss	t	p
YKDB¹			2,271	,024
İlk kez başvuranlar	2,98	,48		
Tedavisinin 6. ayındakiler	3,14	,65		
KDB²			1,980	,049
İlk kez başvuranlar	1,85	,71		
Tedavisinin 6. ayındakiler	2,04	,87		
ODEÖ³			2,842	,005
İlk kez başvuranlar	2,71	,45		
Tedavisinin 6. ayındakiler	2,90	,56		

¹Yemek, Kilo ve Diyet Boyutu, ²Kişisel ve Duygusal Boyut, ³Obezite Değişim Evreleri Ölçeği Toplamı, *p≤0,05

Obezite kliniğine ilk kez başvuran kişilerin yemek, kilo ve diyet boyutuna ilişkin tedavi motivasyonları, tedavisinin altıncı ayındaki hastalardan anlamlı bir şekilde düşüktür (p=0,024; t=2,271). Benzer şekilde kişisel ve duygusal boyuta ilişkin tedavi motivasyonları da tedavisinin altıncı ayındaki katılımcılarda anlamlı bir şekilde yüksektir (p=0,049; t=1,980). Obezite Değişim Evreleri toplam puanında da yine tedavisinin 6. ayındaki katılımcıların puanları anlamlı bir şekilde yüksektir (p=0,005; t=2,842), (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Katılımcıların Algıladığı Sosyal Desteğin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Ort	ss	t	p
ASD¹			-,095	,925
İlk kez başvuranlar	5,60	1,61		
Tedavisinin 6. ayındakiler	5,62	1,32		
ÖBİD²			-,328	,728
İlk kez başvuranlar	4,36	2,34		
Tedavisinin 6. ayındakiler	4,45	2,03		
AKSD³			2,036	,043
İlk kez başvuranlar	5,22	1,89		
Tedavisinin 6. ayındakiler	4,74	1,88		
GÇASDÖ⁴			,701	,484
İlk kez başvuranlar	5,06	1,47		
Tedavisinin 6. ayındakiler	4,93	1,33		

¹Aile Sosyal Desteği, ²Özel Bir İnsan Sosyal Desteği, ³Arkadaş Sosyal Desteği, ⁴Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı, * $p \leq 0,05$

İlk kez obezite kliniğine başvuran kişilerin arkadaş tarafından algıladıkları sosyal destekleri, tedavisinin altıncı ayındaki katılımcılardan anlamlı bir şekilde yüksektir ($p=0,043$; $t=2,036$), (Tablo 4.8).

4.3. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklere Göre Grup İçi Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin her biri için sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşma durumu t-test ve ANOVA ile analiz edilmiş, sonuçlar iki grup için ayrı ayrı sunulmuştur. İlk kez obezite kliniğine başvuran ve tedavisinin 6. ayındaki katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum ve BKİ ile SCL 90-R, YYT, ODEÖ ve GÇASDÖ'nin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

4.3.1. Cinsiyet

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların ve tedavisinin 6. ayında olan katılımcıların, SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ'nün cinsiyete göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.09. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
SOM¹				-4,636	,000
Erkek	36	,51	,57		
Kadın	94	1,09	,79		
O-C²				-3,390	,001
Erkek	36	,70	,56		
Kadın	94	1,12	,67		
INT³				-3,482	,001
Erkek	36	,46	,60		
Kadın	94	,95	,77		
DEP⁴				-4,204	,000
Erkek	36	,52	,54		
Kadın	94	1,04	,82		
ANX⁵				-3,086	,002
Erkek	36	,41	,46		
Kadın	94	,77	,63		
HOS⁶				-2,936	,004
Erkek	36	,49	,82		
Kadın	94	,89	,64		
PHOB⁷				-3,184	,002
Erkek	36	,13	,24		
Kadın	94	,39	,46		
PAR⁸				-2,696	,008
Erkek	36	,55	,64		
Kadın	94	,86	,55		
PSY⁹				-,716	,475
Erkek	36	,34	,41		
Kadın	94	,40	,42		
SCL-90-R¹⁰				-3,744	,000
Erkek	36	,47	,44		
Kadın	94	,85	,55		

* $p \leq 0,05$

Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlık, Depresyon, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Genel Belirti Ortalaması, cinsiyete göre farklılık saptanmıştır. Tüm değişkenlerde, kadın katılımcıların ortalama değeri, erkek katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.09).

Tablo 4.10. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Cinsiyetlerinin SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
SOM				-3,065	,003
Erkek	33	,83	,52		
Kadın	97	1,19	,75		
O-C				,480	,128
Erkek	33	1,20	,68		
Kadın	97	1,13	,62		
INT				-1,491	,141
Erkek	33	,78	,81		
Kadın	97	1,03	,90		
DEP				-1,175	,242
Erkek	33	,92	,69		
Kadın	97	1,10	,80		
ANX				-,195	,846
Erkek	33	,70	,55		
Kadın	97	,72	,69		
HOS				2,112	,041
Erkek	33	1,24	1,04		
Kadın	97	,82	,68		
PHOB				-1,792	,077
Erkek	33	,29	,36		
Kadın	97	,44	,55		
PAR				,867	,388
Erkek	33	1,24	,88		
Kadın	97	1,05	1,19		
PSY				2,143	,034
Erkek	33	,64	,46		
Kadın	97	,41	,55		
SCL-90-R				-,251	,802
Erkek	33	,89	,52		
Kadın	97	,91	,58		

* $p \leq 0,05$

Somatizasyon, Öfke-Düşmanlık, Psicotizm değişkenleri cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Somatizasyonda, kadın katılımcıların ortalama değeri, erkek katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Öfke-Düşmanlıkta ve Psicotizmde erkek katılımcıların ortalama değeri, kadın katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT¹¹				-3,455	,001
Erkek	36	13,83	8,26		
Kadın	94	23,22	15,47		

Yeme Tutumları Testi cinsiyete göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, kadın katılımcıların ortalama değeri, erkek katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Tedavinin Altıncı Ayındaki Cinsiyetlerinin YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT				-1,886	,062
Erkek	33	20,83	13,47		
Kadın	97	25,41	11,53		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda; Yeme Tutumları Testi cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.9. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
YKDB¹²				-3,550	,001
Erkek	36	2,75	,35		
Kadın	94	3,07	,50		
KDB¹³				-7,337	,000
Erkek	36	1,25	,55		
Kadın	94	2,07	,62		
ODEÖ¹⁴				-5,480	,000
Erkek	36	2,40	,31		
Kadın	94	2,83	,44		

İlk kez tedaviye başvuran katılımcılarda, tüm değişkenler cinsiyete göre farklılık saptanmıştır. Değişkenlerin tümünde, kadın katılımcıların ortalama değeri, erkek katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.13).

Tablo 4.10. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Cinsiyetlerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YKDB				-1,485	,140
Erkek	33	3,00	,69		
Kadın	97	3,19	,63		
KDB				1,464	,146
Erkek	33	2,23	,99		
Kadın	97	1,98	,83		
ODEÖ				-,816	,416
Erkek	33	2,82	,64		
Kadın	97	2,91	,53		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda; ODEÖ'nin cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.11. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Cinsiyetlerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
ASD¹⁵				3,417	,001
Erkek	36	6,13	,89		
Kadın	94	5,42	1,41		
ÖBİD¹⁶				,548	,586
Erkek	36	4,63	2,32		
Kadın	94	4,39	1,88		
AKSD¹⁷				-1,095	,279
Erkek	36	4,41	2,29		
Kadın	94	4,87	1,70		
GÇASDÖ¹⁸				,548	,586
Erkek	36	5,06	1,61		
Kadın	94	4,89	1,21		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, değişkenlerden sadece Aile Sosyal Desteği cinsiyete göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, kadın katılımcıların ortalama değeri, erkek katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.15).

Tablo 4.12. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcılarının Cinsiyetlerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
ASD				-1,301	,200
Erkek	33	5,25	1,89		
Kadın	97	5,72	1,49		
ÖBİD				-1,588	,115
Erkek	33	3,80	2,31		
Kadın	97	4,55	2,34		
AKSD				-,555	,580
Erkek	33	5,06	1,64		
Kadın	97	5,24	1,98		
GÇASDÖ				-1,624	,107
Erkek	33	4,70	1,43		
Kadın	97	5,18	1,47		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda; GÇASDÖ'nün cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.16).

3.2. Yaş Durumu

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların ve tedavisinin 6. ayında olan katılımcıların, SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ'nün yaş durumuna göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.13. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının SCL-90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
SOM¹				1,126	,328	
18-35	43	1,07	,85			
36-43	57	,89	,82			
44 ve üzeri	30	,81	,53			
O-C²				1,818	,167	
18-35	43	1,13	,76			
36-43	57	1,01	,60			
44 ve üzeri	30	,83	,59			
INT³				5,395	,006	
18-35	43	1,09	1,01			1>2
36-43	57	,76	,56			1>3
44 ve üzeri	30	,53	,52			
DEP⁴				1,792	,171	
18-35	43	1,08	,99			
36-43	57	,84	,67			
44 ve üzeri	30	,75	,60			
ANX⁵				4,358	,015	
18-35	43	,87	,66			1>2
36-43	57	,62	,63			1>3
44 ve üzeri	30	,48	,39			
HOS⁶				6,352	,002	
18-35	43	1,04	,82			1>2
36-43	57	,74	,68			1>3
44 ve üzeri	30	,47	,45			
PHOB⁷				4,961	,008	
18-35	43	,24	,38			2>1
36-43	57	,45	,50			2>3
44 ve üzeri	30	,19	,25			
PAR⁸				1,754	,177	
18-35	43	,90	,69			
36-43	57	,68	,49			
44 ve üzeri	30	,77	,60			
PSY⁹				3,718	,027	
18-35	43	,52	,50			1>2
36-43	57	,32	,32			1>3
44 ve üzeri	30	,31	,38			
SCL-90-R¹⁰				3,160	,046	
18-35	43	,90	,69			1>3
36-43	57	,72	,47			
44 ve üzeri	30	,59	,36			

Kişiler Arası Duyarlık, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete ve Genel Belirti Ortalaması yaşa göre farklılık saptanmıştır. Kişiler Arası Duyarlık, Kaygı, Öfke-Düşmanlık ve Psicotizmde, 18-35 yaşındaki katılımcıların ortalama değeri, 36-

43 ve 44 ve üzeri yaşındaki katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. (Tablo 4.17).

Tablo 4.14. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
SOM				7,092	,001	
18-35	35	,83	,55			3>1
36-43	48	1,02	,54			3>2
44 ve üzeri	47	1,39	,89			
O-C				1,715	,184	
18-35	35	1,01	,59			
36-43	48	1,13	,58			
44 ve üzeri	47	1,27	,70			
INT				,826	,440	
18-35	35	1,10	,82			
36-43	48	1,00	1,02			
44 ve üzeri	47	,85	,76			
DEP				1,078	,342	
18-35	35	,89	,68			
36-43	48	1,13	,78			
44 ve üzeri	47	1,11	,82			
ANX				2,357	,099	
18-35	35	,54	,66			
36-43	48	,71	,59			
44 ve üzeri	47	,86	,69			
HOS				,126	,882	
18-35	35	1,00	,77			
36-43	48	,91	,89			
44 ve üzeri	47	,91	,75			
PHOB				5,448	,005	
18-35	35	,41	,56			3>2
36-43	48	,23	,44			
44 ve üzeri	47	,56	,50			
PAR				1,515	,224	
18-35	35	1,00	,82			
36-43	48	,94	,89			
44 ve üzeri	47	1,32	1,45			
PSY				,361	,698	
18-35	35	,44	,56			
36-43	48	,44	,48			
44 ve üzeri	47	,53	,57			
SCL-90-R				1,757	,177	
18-35	35	,80	,53			
36-43	48	,87	,56			
44 ve üzeri	47	1,02	,58			

Somatizasyon ve Fobik Anksiyete obezite yaşa göre farklılık saptanmıştır. Somatizasyonda, 44 ve üzeri yaşındaki katılımcıların ortalama değeri, 18-35 ve 36-43 yaşındaki katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Fobik Anksiyetede, 44 ve üzeri yaşındaki katılımcıların ortalama değeri, 36-43 yaşındaki katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.18).

Tablo 4.15. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p
YTT				,712	,492
18-35	43	19,04	11,17		
36-43	57	22,32	17,92		
44 ve üzeri	30	19,66	10,86		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, YTT'nin yaş durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.16. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p
YTT				,128	,880
18-35	35	23,79	11,84		
36-43	48	23,88	12,44		
44 ve üzeri	47	24,97	12,34		

Tedavisinin 6. ayındaki katılımcılarda; YTT'nin yaş durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.17. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p
YKDB				,586	,558
18-35	43	2,94	,64		
36-43	57	2,97	,42		
44 ve üzeri	30	3,06	,34		
KDB				,131	,877
18-35	43	1,81	,64		
36-43	57	1,84	,73		
44 ve üzeri	30	1,90	,76		
ODEÖ				,962	,385
18-35	43	2,66	,59		
36-43	57	2,70	,40		
44 ve üzeri	30	2,81	,29		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, ODEÖ'nün yaş durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.18. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YKDB				6,478	,002	
18-35	35	3,37	,70			1>2
36-43	48	2,90	,56			3>2
44 ve üzeri	47	3,23	,61			
KDB				2,864	,061	
18-35	35	2,33	,96			
36-43	48	1,97	,71			
44 ve üzeri	47	1,89	,92			
ODEÖ				7,215	,001	
18-35	35	3,13	,61			1>2
36-43	48	2,68	,50			3>2
44 ve üzeri	47	2,93	,51			

Yemek, Kilo ve Diyet boyutu ve Obezite Değişim Evreleri Ölçeği Toplamı yaşa- göre farklılık saptanmıştır. İki değişkende de, 18-35 ve 44 ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların ortalama değeri, 36-43 yaşındaki katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.22)

Tablo 4.19. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Yaşlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
ASD				4,806	,019	
18-35	43	5,18	1,44			2>1
36-43	57	5,75	1,33			3>1
44 ve üzeri	30	6,00	,94			
ÖBİD¹				8,409	,001	
18-35	43	3,67	2,23			2>1
36-43	57	5,18	1,84			2>3
44 ve üzeri	30	4,19	1,45			
AKSD				2,806	,064	
18-35	43	4,80	2,26			
36-43	57	5,05	1,82			
44 ve üzeri	30	4,07	1,13			
GÇASDÖ				4,822	,010	
18-35	43	4,55	1,52			2>1
36-43	57	5,33	1,26			
44 ve üzeri	30	4,75	,95			

Aile Sosyal Desteği, Özel Bir İnsan Sosyal Desteği ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı yaşa göre farklılaşmaktadır. Aile Sosyal Desteğinde, 36-43 ve 44 ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların ortalama değeri, 18-35 yaşındaki katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Özel Bir İnsan Sosyal Desteğinde, 36-43 yaş grubundaki katılımcıların ortalama değeri, 18-35 ve 44 ve üzeri yaşındaki katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamında, 36-43 yaş grubundaki katılımcıların ortalama değeri, 18-35 yaşındaki katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.23).

Tablo 4.20. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Yaşlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
ASD¹⁵				,494	,611	
18-35	35	5,61	1,57			
36-43	48	5,76	1,23			
44 ve üzeri	47	5,43	1,96			
ÖBİD¹⁶				1,270	,284	
18-35	35	4,45	2,10			
36-43	48	3,95	2,41			
44 ve üzeri	47	4,71	2,43			
AKSD¹⁷				2,264	,108	
18-35	35	5,69	1,32			
36-43	48	5,28	1,84			
44 ve üzeri	47	4,81	2,22			
GÇASDÖ¹⁸				,409	,665	
18-35	35	5,25	1,28			
36-43	48	4,80	1,30			
44 ve üzeri	47	4,98	1,75			

Tedavisinin 6. ayındaki katılımcılarda, GÇASDÖ'nün yaş durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.24).

4.3.3.Medeni Durum

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların ve tedavisinin 6. ayında olan katılımcıların, SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ'nün medeni durumlarına göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.25. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Medeni Hallerinin SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
SOM¹				-2,595	,011
Evli	86	,81	,71		
Bekar	44	1,17	,85		
O-C²				-3,150	,002
Evli	86	,88	,58		
Bekar	44	1,25	,74		
INT³				-3,253	,002
Evli	86	,64	,56		
Bekar	44	1,15	,96		
DEP⁴				-1,704	,093
Evli	86	,81	,65		
Bekar	44	1,08	,97		
ANX⁵				-3,263	,002
Evli	86	,54	,56		
Bekar	44	,91	,63		
HOS⁶				-4,148	,000
Evli	86	,58	,53		
Bekar	44	1,17	,87		
PHOB⁷				-1,493	,138
Evli	86	,28	,42		
Bekar	44	,40	,44		
PAR⁸				-3,212	,002
Evli	86	,66	,52		
Bekar	44	1,00	,65		
PSY⁹				-3,160	,002
Evli	86	,30	,33		
Bekar	44	,56	,50		
SCL-90-R¹⁰				-3,209	,002
Evli	86	,63	,43		
Bekar	44	,98	,66		

Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlık, Kaygı, Öfke-Düşmanlık, Paranoid Düşünce, Psikotizm ve Genel Belirti Ortalaması, medeni hale göre farklılık saptanmıştır. Tüm değişkenlerde, bekar katılımcıların ortalama değeri, evli katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.25).

Tablo 4.26. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Medeni Hallerinin SCL-90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
SOM¹				-2,595	,011
Evli	86	,81	,71		
Bekar	44	1,17	,85		
O-C²				-3,150	,002
Evli	86	,88	,58		
Bekar	44	1,25	,74		
INT³				-3,253	,002
Evli	86	,64	,56		
Bekar	44	1,15	,96		
DEP⁴				-1,704	,093
Evli	86	,81	,65		
Bekar	44	1,08	,97		
ANX⁵				-3,263	,002
Evli	86	,54	,56		
Bekar	44	,91	,63		
HOS⁶				-4,148	,000
Evli	86	,58	,53		
Bekar	44	1,17	,87		
PHOB⁷				-1,493	,138
Evli	86	,28	,42		
Bekar	44	,40	,44		
PAR⁸				-3,212	,002
Evli	86	,66	,52		
Bekar	44	1,00	,65		
PSY⁹				-3,160	,002
Evli	86	,30	,33		
Bekar	44	,56	,50		
SCL-90-R¹⁰				-3,209	,002
Evli	86	,63	,43		
Bekar	44	,98	,66		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, Somatizasyon medeni duruma göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, evli katılımcıların ortalama değeri, bekâr katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.26).

Tablo 4.27. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Medeni Hallerinin YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT¹¹				,076	,940
Evli	86	20,69	15,26		
Bekar	44	20,49	12,89		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, Yeme Tutumları Testi medeni hale göre farklılık saptanmamıştır. (Tablo 4.27).

Tablo 4.28. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Medeni Hallerinin YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT				1,661	,099
Evli	80	25,64	12,56		
Bekar	50	22,02	11,26		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, YTT'nin medeni duruma göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Medeni Hallerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YKDB¹²				1,075	,287
Evli	86	3,02	,37		
Bekar	44	2,91	,65		
KDB¹³				-2,206	,030
Evli	86	1,76	,74		
Bekar	44	2,02	,60		
ODEÖ¹⁴				,308	,759
Evli	86	2,72	,36		
Bekar	44	2,69	,59		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, Kişisel ve Duygusal Boyut, medeni hale göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, bekar katılımcıların ortalama değeri, evli katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.29).

Tablo 4.30. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Medeni Hallerinin ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YKDB				-,921	,359
Evli	80	3,10	,61		
Bekar	50	3,21	,70		
KDB				-1,442	,152
Evli	80	1,96	,88		
Bekar	50	2,18	,85		
ODEÖ				-1,310	,193
Evli	80	2,84	,51		
Bekar	50	2,97	,62		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, ODEÖ'nün medeni duruma göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.30).

Tablo 4.31. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Medeni Hallerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
ASD¹⁵				3,644	,001
Evli	86	5,93	1,11		
Bekar	44	5,01	1,49		
ÖBİD¹⁶				2,375	,019
Evli	86	4,75	1,93		
Bekar	44	3,88	2,05		
AKSD¹⁷				,163	,871
Evli	86	4,76	1,79		
Bekar	44	4,70	2,07		
GÇASDÖ¹⁸				2,558	,012
Evli	86	5,15	1,27		
Bekar	44	4,53	1,36		

Aile Sosyal Desteği, Özel Bir İnsan Sosyal Desteği ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam, medeni hale göre farklılık saptanmıştır. Tüm değişkenlerde, evli katılımcıların ortalama değeri, bekar katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.31).

Tablo 4.32. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Medeni Hallerinin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
ASD				3,773	,000
Evli	80	6,01	1,49		
Bekar	50	4,95	1,60		
ÖBİD				-,404	,687
Evli	80	4,29	2,37		
Bekar	50	4,47	2,32		
AKSD				-,027	,978
Evli	80	5,22	1,97		
Bekar	50	5,23	1,79		
GÇASDÖ				1,110	,269
Evli	80	5,17	1,48		
Bekar	50	4,88	1,44		

Aile Sosyal Desteği medeni hale göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, evli katılımcıların ortalama değeri, bekâr katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.32).

4.3.4. Çalışma Durumu

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların ve tedavisinin 6. ayında olan katılımcıların, SCL 90-P, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ'nün çalışma durumuna göre karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.33. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Çalışma Durumlarının SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
SOM¹				107,272	,682
Evet	57	,90	,86		
Hayır	73	,96	,71		
O-C²				-,615	,539
Evet	57	,96	,75		
Hayır	73	1,04	,58		
INT³				-1,021	,309
Evet	57	,74	,77		
Hayır	73	,88	,75		
DEP⁴				,309	,756
Evet	57	,92	,87		
Hayır	73	,88	,72		
ANX⁵				-2,565	,012
Evet	57	,52	,45		
Hayır	73	,78	,69		
HOS⁶				-2,531	,013
Evet	57	,61	,58		
Hayır	73	,91	,78		
PHOB⁷				-,168	,867
Evet	57	,31	,41		
Hayır	73	,32	,44		
PAR⁸				,634	,527
Evet	57	,81	,65		
Hayır	73	,75	,55		
PSY⁹				,786	,433
Evet	57	,42	,43		
Hayır	73	,36	,40		
SCL-90-R¹⁰				-,727	,468
Evet	57	,71	,59		
Hayır	73	,78	,51		

Kaygı ve Öfke-Düşmanlık çalışma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkenlerde, çalışmayan katılımcıların ortalama değeri, çalışan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.33).

Tablo 4.34. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
SOM				-3,740	,000
Var	47	,84	,49		
Yok	83	1,25	,78		
O-C				-,582	,561
Var	47	1,10	,64		
Yok	83	1,17	,63		
INT				-1,200	,233
Var	47	,85	,85		
Yok	83	1,04	,89		
DEP				-1,982	,050
Var	47	,88	,67		
Yok	83	1,16	,81		
ANX				-,715	,476
Var	47	,66	,51		
Yok	83	,75	,72		
HOS				,496	,621
Var	47	,98	,89		
Yok	83	,91	,76		
PHOB				-,957	,340
Var	47	,34	,46		
Yok	83	,43	,54		
PAR				-,990	,324
Var	47	,97	,90		
Yok	83	1,17	1,22		
PSY				-,237	,813
Var	47	,46	,45		
Yok	83	,48	,58		
SCL-90-R				-1,534	,127
Var	47	,80	,50		
Yok	83	,96	,59		

Değişiklerden sadece Somatizasyon çalışma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Bu değişikende, çalışan katılımcıların ortalama değeri, çalışmayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.34).

Tablo 4. 35. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Çalışma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT¹¹				1,465	,147
Evet	57	22,86	18,54		
Hayır	73	18,87	9,99		

İlk kez tedaviye başvuran katılımcılarda, Yeme Tutumları Testi çalışma durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.35).

Tablo 4.36. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT				-2,371	,019
Evet	47	20,95	12,11		
Hayır	83	26,12	11,85		

Yeme Tutumları Testi çalışma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, çalışmayan katılımcıların ortalama değeri, çalışan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.36).

Tablo 4.37. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Çalışma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YKDB¹²				-4,424	,000
Evet	57	2,79	,31		
Hayır	73	3,13	,54		
KDB¹³				-2,001	,048
Evet	57	1,71	,71		
Hayır	73	1,95	,69		
ODEÖ¹⁴				-4,278	,000
Evet	57	2,54	,31		
Hayır	73	2,85	,50		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, tüm değişkenler çalışma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkenlerde, çalışmayan katılımcıların ortalama değeri, çalışan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.37).

Tablo 4.38. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	P
YKDB				-1,957	,053
Evet	47	3,00	,60		
Hayır	83	3,23	,66		
KDB				1,859	,067
Evet	47	2,24	1,00		
Hayır	83	1,93	,78		
ODEÖ				-1,048	,296
Evet	47	2,82	,59		
Hayır	83	2,93	,54		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, ODEÖ'nün çalışma duruma göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.38).

Tablo 4.39. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Çalışma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
ASD¹⁵				-,681	,497
Evet	57	5,71	1,14		
Hayır	73	5,55	1,45		
ÖBİD¹⁶				1,116	,267
Evet	57	4,68	1,97		
Hayır	73	4,28	2,02		
AKSD¹⁷				1,360	,176
Evet	57	5,00	1,78		
Hayır	73	4,54	1,95		
GÇASDÖ¹⁸				1,426	,156
Evet	57	5,13	1,39		
Hayır	73	4,79	1,27		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, GÇASDÖ'nün çalışma duruma göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.39).

Tablo 4.40. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Çalışma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
ASD				-,519	,609
Evet	47	5,51	1,72		
Hayır	83	5,66	1,56		
ÖBİD				,396	,693
Evet	47	4,47	2,30		
Hayır	83	4,30	2,38		
AKSD				,067	,947
Evet	47	5,23	1,71		
Hayır	83	5,21	2,00		
GÇASDÖ				,052	,959
Evet	47	5,07	1,32		
Hayır	83	5,06	1,55		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, GÇASDÖ’de çalışma duruma göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.40).

4.4. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Grupların Sağlık Özelliklerinin Grup İçi Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin her biri için sağlık özelliklerine göre farklılaşma durumu t-test ile analiz edilmiş, sonuçlar iki grup için ayrı ayrı sunulmuştur.

4.4.1. Beden Kitle İndeksi

İlk kez obezite kliniğine başvuran ve tedavisinin 6. ayındaki katılımcıların beden kitle indekslerinin SCL 90-R, YYT, ODEÖ ve GÇASDÖ ile karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.41. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p
SOM				1,816	,167
30-34,9	63	,80	,75		
35,-39,9	28	1,11	,88		
40 ve üzeri	39	1,00	,72		
O-C				,196	,822
30-34,9	63	1,00	,71		
35,-39,9	28	,96	,53		
40 ve üzeri	39	1,06	,67		
INT				,134	,874
30-34,9	63	,78	,73		
35,-39,9	28	,82	,86		
40 ve üzeri	39	,86	,75		
DEP				,328	,721
30-34,9	63	,95	,83		
35,-39,9	28	,82	,87		
40 ve üzeri	39	,87	,65		
ANX				,409	,665
30-34,9	63	,63	,63		
35,-39,9	28	,75	,57		
40 ve üzeri	39	,68	,60		
HOS				,834	,437
30-34,9	63	,75	,60		
35,-39,9	28	,68	,58		
40 ve üzeri	39	,89	,95		
PHOB				2,307	,104
30-34,9	63	,31	,39		
35,-39,9	28	,46	,52		
40 ve üzeri	39	,23	,40		
PAR				,268	,765
30-34,9	63	,81	,59		
35,-39,9	28	,71	,60		
40 ve üzeri	39	,77	,59		
PSY				,734	,482
30-34,9	63	,39	,41		
35,-39,9	28	,31	,37		
40 ve üzeri	39	,43	,44		
SCL-90-R				,125	,882
30-34,9	63	,72	,55		
35,-39,9	28	,78	,55		
40 ve üzeri	39	,77	,54		

İlk kez tedaviye başvuran katılımcılarda, SCL 90-R'nin BKİ'ye göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.41).

Tablo 4.42. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
SOM				2,147	,121	
30-34,9	63	,97	,59			
35,-39,9	31	1,14	,77			
40 ve üzeri	36	1,28	,84			
O-C				1,108	,333	
30-34,9	63	1,07	,58			
35,-39,9	31	1,16	,69			
40 ve üzeri	36	1,26	,66			
INT				2,653	,074	
30-34,9	63	,80	,62			
35,-39,9	31	1,21	1,04			
40 ve üzeri	36	1,07	1,05			
DEP				2,433	,092	
30-34,9	63	,95	,62			
35,-39,9	31	1,01	,87			
40 ve üzeri	36	1,29	,89			
ANX				1,868	,159	
30-34,9	63	,60	,50			
35,-39,9	31	,81	,75			
40 ve üzeri	36	,83	,77			
HOS				,217	,805	
30-34,9	63	,98	,91			
35,-39,9	31	,87	,77			
40 ve üzeri	36	,90	,63			
PHOB				6,711	,002	
30-34,9	63	,24	,35			2>1
35,-39,9	31	,62	,58			3>1
40 ve üzeri	36	,48	,61			
PAR				4,249	,016	
30-34,9	63	,83	,67			2>1
35,-39,9	31	1,50	1,77			
40 ve üzeri	36	1,22	,91			
PSY				2,118	,125	
30-34,9	63	,38	,42			
35,-39,9	31	,50	,58			
40 ve üzeri	36	,61	,64			
SCL-90-R				2,893	,059	
30-34,9	63	,78	,48			
35,-39,9	31	,99	,61			
40 ve üzeri	36	1,04	,64			

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, Fobik Anksiyete ve Paranoid Düşünce BKİ'ye göre farklılık saptanmıştır. 35-39,90 ve 40 ve üzeri indekse sahip olan katılımcıların ortalaması, 30-34,90 arası indekse sahip olan katılımcıların

ortalama değerinden yüksektir. Paranoid Düşüncede 35-39,90 indekse sahip olan katılımcıların ortalaması, 30-34,90 arası indekse sahip olan katılımcıların ortalama değerinden yüksektir.(Tablo 4.42).

Tablo 4.43. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YTT				1,870	,158	
30-34,9	63	22,98	16,82			
35,-39,9	28	19,75	12,77			
40 ve zeri	39	17,43	10,55			

İlk kez tedaviye başvuran katılımcılarda, YTT'nin BKİ'ye göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.43).

Tablo 4.44. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YTT				,169	,845	
30-34,9	63	23,64	11,28			
35,-39,9	31	25,12	13,56			
40 ve zeri	36	24,56	12,67			

Tedavinin 6.ayındaki katılımcılarda, YTT'nin BKİ'ye göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.44).

Tablo 4.45. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YKDB				2,021	,137	
30-34,9	63	2,90	,35			
35,-39,9	28	3,09	,58			
40 ve üzeri	39	3,04	,58			
KDB				2,091	,128	
30-34,9	63	1,87	,70			
35,-39,9	28	1,62	,63			
40 ve üzeri	39	1,97	,75			
ODEÖ				1,351	,263	
30-34,9	63	2,65	,34			
35,-39,9	28	2,77	,55			
40 ve üzeri	39	2,78	,52			

İlk kez tedaviye başvuran katılımcılarda, ODEÖ'nün BKİ'ye göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.45).

Tablo 4.46. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YKDB				,469	,627	
30-34,9	63	3,18	,70			
35,-39,9	31	3,16	,55			
40 ve üzeri	36	3,06	,65			
KDB				2,368	,098	
30-34,9	63	1,87	,83			
35,-39,9	31	2,24	,81			
40 ve üzeri	36	2,17	,96			
ODEÖ				,331	,719	
30-34,9	63	2,88	,58			
35,-39,9	31	2,96	,47			
40 ve üzeri	36	2,85	,60			

Tedavisinin 6. ayındaki katılımcılarda, ODEÖ'nün BKİ'ye göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.46)

Tablo 4.47. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların BKİ'nin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
ASD				8,308	,000	
30-34,9	63	5,40	1,33			2>1
35,-39,9	28	6,47	1,00			2>3
40 ve üzeri	39	5,37	1,28			
ÖBİD				1,135	,325	
30-34,9	63	4,48	1,74			
35,-39,9	28	4,87	2,42			
40 ve üzeri	39	4,12	2,07			
AKSD				3,165	,046	
30-34,9	63	4,93	1,62			1>2
35,-39,9	28	3,96	2,42			3>2
40 ve üzeri	39	4,99	1,74			
GÇASDÖ				,344	,710	
30-34,9	63	4,94	1,35			
35,-39,9	28	5,10	1,60			
40 ve üzeri	39	4,83	1,09			

Değişkenlerden Aile Sosyal Desteği ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı BKİ'ye göre farklılaşmaktadır. 35-39,90 indekse sahip olan katılımcıların ortalaması, 30-34,90 ve 40 ve üzeri indekse sahip olan katılımcıların ortalama değerinden yüksektir. Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamında, 30-34,90 ve 40 ve üzeri indekse sahip olan katılımcıların ortalaması, 35-39,90 indekse sahip olan katılımcıların ortalama değerinden yüksektir. (Tablo 4.47).

Tablo 4.48. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların BKİ'nin GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p	Fark
ASD				,259	,773	
30-34,9	63	5,56	1,73			
35,-39,9	31	5,78	1,30			
40 ve üzeri	36	5,52	1,66			
ÖBİD¹				2,106	,126	
30-34,9	63	4,08	2,44			
35,-39,9	31	4,14	2,24			
40 ve üzeri	36	5,03	2,19			
AKSD				1,795	,170	
30-34,9	63	5,44	1,78			
35,-39,9	31	4,67	2,09			
40 ve üzeri	36	5,31	1,87			
GÇASDÖ				,724	,487	
30-34,9	63	5,03	1,49			
35,-39,9	31	4,86	1,22			
40 ve üzeri	36	5,29	1,62			

Tedavisinin 6. ayındaki katılımcılarda, GÇASDÖ'nün BKİ'ye göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.48).

4.4.2 Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumu

İlk kez obezite kliniğine başvuran ve tedavisinin 6. ayındaki katılımcıların fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumunun SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ ile karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.49. İlk kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
SOM				16,442	,000	
Var	14	1,54	,97			1>2
Yok	69	,61	,56			3>2
Zaman zaman	47	1,22	,78			
O-C				13,462	,000	
Var	14	1,68	,80			1>2
Yok	69	,80	,57			1>3
Zaman zaman	47	1,11	,59			3>2
INT				16,983	,000	
Var	14	1,61	,57			1>2
Yok	69	,54	,71			1>3
Zaman zaman	47	,99	,66			3>2
DEP				7,584	,001	
Var	14	1,56	,92			1>2
Yok	69	,72	,72			1>3
Zaman zaman	47	,96	,72			
ANX				5,931	,003	
Var	14	1,02	,44			1>2
Yok	69	,51	,54			3>2
Zaman zaman	47	,79	,69			
HOS				19,703	,000	
Var	14	1,77	,49			1>2
Yok	69	,67	,72			1>3
Zaman zaman	47	,63	,51			
PHOB				9,811	,000	
Var	14	,44	,38			1>2
Yok	69	,17	,29			3>2
Zaman zaman	47	,50	,53			
PAR				14,078	,000	
Var	14	1,48	,37			1>2
Yok	69	,64	,61			1>3
Zaman zaman	47	,77	,47			
PSY				9,841	,000	
Var	14	,76	,41			1>2
Yok	69	,28	,34			1>3
Zaman zaman	47	,43	,44			3>2
SCL-90-R				14,487	,000	
Var	14	1,31	,52			1>2
Yok	69	,56	,49			1>3
Zaman Zaman	47	,85	,49			3>2

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda; tüm değişkenler, fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Somatizasyon, Kaygı, Fobik Anksiyetede, fiziksel aktivite yapan ve bazen yapan katılımcıların ortalama

değeri, yapmayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Obsesif-Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlık, Psicotizm ve Genel Belirti Ortalamasında fiziksel aktivite yapan ve bazen yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan katılımcıların ortalama değerinden; ayrıca bazen fiziksel aktivite yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan katılımcıların ortalama değerinden yüksektir. Depresyon, fke-Düşmanlık, Paranoid Düşünce de fiziksel aktivite yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan ve bazen yapan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.49).

Tablo 4.50. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p
SOM				1,194	,307
Var	47	,99	,64		
Yok	63	1,20	,78		
Zaman zaman	20	1,05	,66		
O-C				2,438	,091
Var	47	1,03	,56		
Yok	63	1,27	,66		
Zaman zaman	20	1,02	,64		
INT				,814	,445
Var	47	,96	,87		
Yok	63	,91	,80		
Zaman zaman	20	1,19	1,10		
DEP				1,082	,342
Var	47	,95	,84		
Yok	63	1,16	,62		
Zaman zaman	20	,98	1,00		
ANX				,589	,557
Var	47	,63	,43		
Yok	63	,77	,68		
Zaman zaman	20	,74	,96		
HOS				,123	,884
Var	47	,90	,74		
Yok	63	,97	,81		
Zaman zaman	20	,89	,95		
PHOB				,776	,463
Var	47	,36	,50		
Yok	63	,38	,47		
Zaman zaman	20	,53	,67		
PAR				2,081	,129
Var	47	1,36	1,49		
Yok	63	,96	,82		
Zaman zaman	20	,91	,80		
PSY				,073	,929
Var	47	,50	,48		
Yok	63	,46	,52		
Zaman zaman	20	,45	,70		
SCL-90-R				,234	,792
Var	47	,87	,52		
Yok	63	,94	,54		
Zaman Zaman	20	,86	,75		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, SCL 90-R'nin fiziksel aktivite durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.50)

Tablo 4.51. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YTT¹¹				9,531	,000	
Var	14	34,78	29,18			1>2
Yok	69	17,44	8,92			1>3
Zaman Zaman	47	21,08	12,29			

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, YTT fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Fiziksel aktivite yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan ve bazen yapan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. (Tablo 4.51).

Tablo 4.52. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YTT				,459	,633	
Var	47	24,75	12,39			
Yok	63	24,64	12,03			
Zaman Zaman	20	21,84	12,35			

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, YTT'nin fiziksel aktivite durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.52).

Tablo 4.53. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YKDB¹²				3,776	,026	
Var	14	3,07	,66			3>2
Yok	69	2,88	,52			
Zaman Zaman	47	3,11	,31			
KDB¹³				5,913	,004	
Var	14	2,33	,52			1>2
Yok	69	1,69	,66			
Zaman Zaman	47	1,94	,75			
ODEÖ¹⁴				5,895	,004	
Var	14	2,90	,55			1>2
Yok	69	2,59	,48			3>2
Zaman Zaman	47	2,84	,30			

Tüm değişkenler, fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Yemek, Kilo ve Diyet Boyutunda, bazen fiziksel aktivite yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan katılımcıların ortalama değerinden yüksektir. Kişisel ve Duygusal Boyutunda, fiziksel aktivite yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Obezite Değişim Evreleri Ölçeği Toplamında, fiziksel aktivite yapan ve bazen yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.53).

Tablo 4.54. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
YKDB				6,072	,003	
Var	47	3,32	,71			1>2
Yok	63	2,95	,52			3>2
Zaman Zaman	20	3,34	,71			
KDB				1,104	,335	
Var	47	1,96	,74			
Yok	63	2,15	,91			
Zaman Zaman	20	1,87	1,02			
ODEÖ				3,053	,051	
Var	47	3,00	,57			
Yok	63	2,77	,53			
Zaman Zaman	20	3,00	,57			

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, Yemek, Kilo ve Diyet Boyutu fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, fiziksel aktivite yapan ve bazen yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.54).

Tablo 4.55. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
ASD¹⁵				12,359	,000	
Var	14	4,29	1,11			2>1
Yok	69	6,00	1,09			2>3
Zaman Zaman	47	5,45	1,42			3>1
ÖBİD¹⁶				1,593	,207	
Var	14	5,27	,57			
Yok	69	4,47	2,17			
Zaman Zaman	47	4,19	1,98			
AKSD¹⁷				2,316	,103	
Var	14	3,79	1,01			
Yok	69	4,76	2,10			
Zaman Zaman	47	5,01	1,66			
GÇASDÖ¹⁸				1,398	,251	
Var	14	4,45	,60			
Yok	69	5,08	1,50			
Zaman Zaman	47	4,88	1,20			

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların, Aile Sosyal Desteği fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, fiziksel aktivite yapmayan katılımcıların ortalama değeri, yapan ve bazen yapan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Ayrıca, bazen yapan katılımcıların ortalama değeri, yapan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.55)

Tablo 4.56. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Egzersiz Yapma Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	F	p	Fark
ASD				2,523	,084	
Var	47	5,25	1,81			
Yok	63	5,68	1,45			
Zaman Zaman	20	6,18	1,49			
ÖBİD				,737	,481	
Var	47	4,34	2,38			
Yok	63	4,19	2,46			
Zaman Zaman	20	4,93	1,84			
AKSD				10,029	,000	
Var	47	4,47	1,80			2>1
Yok	63	5,36	1,98			3>1
Zaman Zaman	20	6,55	,58			3>2
GÇASDÖ				4,978	,008	
Var	47	4,69	1,44			3>1
Yok	63	5,08	1,52			3>2
Zaman Zaman	20	5,88	1,00			

Arkadaş Sosyal Desteği ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam, fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna göre farklılık saptanmıştır. Arkadaş Sosyal Desteğinde fiziksel aktivite yapmayan ve bazen yapan katılımcıların ortalama değeri, yapan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Bazen yapan katılımcıların ortalama değeri yapmayan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamda, fiziksel aktivite bazen yapan katılımcıların ortalama değeri, yapmayan ve yapan katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.56).

4.5. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Beslenme Durumlarına Göre Grup İçi Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin her biri için beslenme durumuna göre farklılaşma durumu t-test ve ANOVA ile analiz edilmiş, sonuçlar iki grup için ayrı ayrı sunulmuştur. İlk kez obezite kliniğine başvuran grubun ailede obez ya da kilolu birey bulunma durumlarının SCL 90-R ile karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

4.5.1. Tedaviye Başvuru Şekli

İlk kez obezite kliniğine başvuran ve tedavisinin 6. ayındaki katılımcıların tedaviye başvuru şeklinin; SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ ile karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.57. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
SOM¹				1,267	,208
Kendi isteği ile	120	,96	,79		
Yakını isteği ile	10	,63	,55		
O-C²				-,321	,749
Kendi isteği ile	120	1,00	,67		
Yakını isteği ile	10	1,07	,49		
INT³				,067	,946
Kendi isteği ile	120	,82	,76		
Yakını isteği ile	10	,80	,74		
DEP⁴				,867	,387
Kendi isteği ile	120	,92	,80		
Yakını isteği ile	10	,69	,62		
ANX⁵				-,110	,912
Kendi isteği ile	120	,67	,61		
Yakını isteği ile	10	,69	,63		
HOS⁶				-,592	,568
Kendi isteği ile	120	,76	,65		
Yakını isteği ile	10	1,00	1,28		
PHOB⁷				1,250	,232
Kendi isteği ile	120	,33	,44		
Yakını isteği ile	10	,21	,25		
PAR⁸				,607	,545
Kendi isteği ile	120	,78	,58		
Yakını isteği ile	10	,67	,69		
PSY⁹				,427	,670
Kendi isteği ile	120	,39	,41		
Yakını isteği ile	10	,33	,40		
SCL-90-R¹⁰				,380	,758
Kendi isteği ile	120	,75	,55		
Yakını isteği ile	10	,70	,49		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, obezite tedavi programına geliş durumuna göre farklılık saptanmamıştır. (Tablo 4.57).

Tablo 4.58. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının SCL 90-R İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
SOM				-,560	,577
Kendi isteği ile	111	1,09	,70		
Yakını isteği ile	19	1,19	,81		
O-C				-3,589	,000
Kendi isteği ile	111	1,07	,60		
Yakını isteği ile	19	1,60	,64		
INT				-,908	,366
Kendi isteği ile	111	,94	,89		
Yakını isteği ile	19	1,14	,83		
DEP				-,244	,808
Kendi isteği ile	111	1,05	,80		
Yakını isteği ile	19	1,10	,64		
ANX				-,833	,406
Kendi isteği ile	111	,70	,66		
Yakını isteği ile	19	,83	,59		
HOS				-3,192	,004
Kendi isteği ile	111	,82	,72		
Yakını isteği ile	19	1,58	,99		
PHOB				-1,346	,187
Kendi isteği ile	111	,38	,54		
Yakını isteği ile	19	,50	,33		
PAR				-1,598	,133
Kendi isteği ile	111	1,03	1,15		
Yakını isteği ile	19	1,47	,85		
PSY				-1,983	,050
Kendi isteği ile	111	,43	,55		
Yakını isteği ile	19	,69	,37		
SCL-90-R				-1,940	,055
Kendi isteği ile	111	,86	,58		
Yakını isteği ile	19	1,13	,43		

Obsesif-Kompulsif, ve Öfke-Düşmanlık obezite tedavi programına geliş durumuna göre farklılık saptanmıştır. İki değişkende de, yakını isteği ile tedaviye programına gelen katılımcıların ortalama değeri, kendi isteğiyle gelen katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.58)

Tablo 4. 59. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT¹¹				,598	,551
Kendi isteği ile	120	20,84	14,83		
Yakını isteği ile	10	17,99	8,73		

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcılarda, YYT'nin tedavi programına geliş durumuna göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.59).

Tablo 4.60. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının YTT İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YTT				-1,163	,247
Kendi isteği ile	111	23,74	12,50		
Yakını isteği ile	19	27,24	9,66		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, YTT'de obezite tedavi programına geliş durumuna göre farklılık saptanmamıştır. (Tablo 4.60).

Tablo 4. 61. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YKDB¹²				3,833	,000
Kendi isteği ile	120	3,03	,47		
Yakını isteği ile	10	2,44	,33		
KDB¹³				,680	,498
Kendi isteği ile	120	1,86	,69		
Yakını isteği ile	10	1,70	,91		
ODEÖ¹⁴				3,473	,001
Kendi isteği ile	120	2,75	,43		
Yakını isteği ile	10	2,26	,44		

Yemek, Kilo ve Diyet Boyutu ve Obezite Değişim Evreleri Ölçeği Toplamı obezite tedavi programına geliş durumuna göre farklılık saptanmıştır. İki değişkende de, kendi isteği ile tedaviye programına gelen katılımcıların ortalama değeri, yakını isteğiyle gelen katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir. (Tablo 4.61).

Tablo 4.62. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının ODEÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
YKDB				-,666	,512
Kendi isteği ile	111	3,13	,63		
Yakını isteği ile	19	3,25	,75		
KDB				-,433	,669
Kendi isteği ile	111	2,02	,83		
Yakını isteği ile	19	2,14	1,12		
ODEÖ				-,969	,335
Kendi isteği ile	111	2,87	,55		
Yakını isteği ile	19	3,01	,62		

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda, ODEÖ'nün tedaviye başvuru şekline göre farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.62).

Tablo 4.63. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
ASD¹⁵				-1,390	,167
Kendi isteği ile	120	5,57	1,34		
Yakını isteği ile	10	6,18	,87		
ÖBİD¹⁶				2,260	,026
Kendi isteği ile	120	4,57	1,97		
Yakını isteği ile	10	3,10	1,98		
AKSD¹⁷				1,906	,050
Kendi isteği ile	120	4,84	1,82		
Yakını isteği ile	10	3,63	2,32		
GÇASDÖ¹⁸				1,591	,114
Kendi isteği ile	120	4,99	1,34		
Yakını isteği ile	10	4,30	1,12		

Değişkenlerden sadece Özel Bir İnsan Sosyal Desteği obezite tedavi programına geliş durumuna göre farklılık saptanmıştır. Bu değişkende, kendi isteği ile tedaviye programına gelen katılımcıların ortalama değeri, yakını isteğiyle gelen katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.63).

Tablo 4.64. Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Obezite Tedavi Programına Geliş Durumlarının GÇASDÖ İle Karşılaştırılması

	N	Ort	ss	t	p
ASD				2,738	,012
Kendi isteği ile	111	5,81	1,41		
Yakını isteği ile	19	4,41	2,15		
ÖBİD				,669	,505
Kendi isteği ile	111	4,42	2,36		
Yakını isteği ile	19	4,03	2,28		
AKSD				,906	,367
Kendi isteği ile	111	5,28	1,97		
Yakını isteği ile	19	4,86	1,31		
GÇASDÖ				2,054	,042
Kendi isteği ile	111	5,17	1,42		
Yakını isteği ile	19	4,43	1,62		

Aile Sosyal Desteği ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam obezite tedavi programına geliş durumuna göre farklılık saptanmıştır. İki değişkende de, kendi isteğiyle ile tedaviye programına gelen katılımcıların ortalama değeri, yakını isteği gelen katılımcıların ortalama değerinden daha yüksektir (Tablo 4.64)

4.6. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran ve Tedavinin Altıncı Ayındaki Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Ölçeklerin Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin her biri için sosyo-demografik durumuna göre farklılaşma durumu MANOVA ile analiz edilmiştir.

4.6.1. Cinsiyet

Grup ve cinsiyet değişkenlerine göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ ölçeklerinin çok yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.65. Grup ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	λ	F	Denence sd	Hata sd	p	η^2
Grup	,76	4,20	18	239	,000	,24
Cinsiyet	,57	10,07	18	239	,000	,43
Cinsiyet*Grup	,80	3,31	18	239	,000	,20

Çok boyutlu varyans analizi sonucunda, bağımlı değişkenlerdeki popülasyon ortalamalarının cinsiyet*grup değişkeninde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,00<0,05$). Cinsiyet*grup değişkeni bağımlı değişkenlerin (multivariate) varyanslarının %20'sini ($\eta^2=0,20$) açıklamaktadır. MANOVA sonucunda cinsiyet*grup değişkeninin önemli bulunması nedeniyle izleme analizi (Multivariate Anova) yapılmıştır (Tablo 4.65).

Tablo 4.66. Grup ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı değişkenler	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F	p	η^2
	SOM	,59	1	,59	1,14	,287	,004
	O-C	3,00	1	2,96	7,35	,007	,028
	INT	,77	1	,77	1,19	,277	,005
	DEP	1,43	1	1,43	2,47	,117	,010
	ANX	1,40	1	1,39	3,58	,060	,014
	HOS	8,30	1	8,29	15,02	,000	,055
	PHOB	,15	1	,15	,69	,408	,003
	PAR	3,17	1	3,16	4,00	,047	,015
cinsiyet* grup	PSY	1,04	1	1,04	4,64	,033	,018
	SCL-90-R	1,57	1	1,57	5,32	,022	,020
	YTT	293,84	1	293,84	1,74	,188	,007
	YKDB	,21	1	,21	,68	,410	,003
	KDB	14,782	1	14,782	26,432	,000	,094
	ODEÖ	1,516	1	1,516	6,335	,012	,024
	ASD	17,641	1	17,641	8,339	,004	,032
	ÖBİD	12,218	1	12,218	2,582	,109	,010
	AKSD	,774	1	,774	,217	,642	,001
	GÇASDÖ	5,168	1	5,168	2,653	,105	,010

Cinsiyet*grup değişkenine ilişkin obsesif kompulsif, öfke düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm, genel belirti ortalaması, kişisel ve duygusal boyut, obezite değişim evreleri ölçeği ve aile sosyal desteği alt ölçeklerinin arasındaki farkın önemli, diğer bağımlı değişkenlerde gözlenen farkların istatistiksel açıdan önemsiz

olduğu görülmektedir. Puan ortalamalarına bakıldığında ise cinsiyet*grup değişkeninin kişisel ve duygusal boyut üzerindeki etkisinin daha büyük olduğu görülebilir (Tablo 4.66).

4.6.2. Yaş Durumu

Grup ve yaş durumu değişkenlerine göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ ölçeklerinin çok yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.67. Grup ve Yaş Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	λ	F	Denence sd	Hata sd	p	η^2
Grup	,805	3,192	18,000	237,000	,000	,195
Yaş	,666	2,973 ^b	36,000	474,000	,000	,184
Yaş*Grup	,541	4,728 ^b	36,000	474,000	,000	,264

Çok boyutlu varyans analizi sonucunda, bağımlı değişkenlerdeki popülasyon ortalamalarının yaş*grup değişkeninde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,00<0,05$). Yaş*grup değişkeni bağımlı değişkenlerin (multivariate) varyanslarının %26,4'ünü ($\eta^2=0,264$) açıklamaktadır. MANOVA sonucunda yaş*grup değişkeninin önemli bulunması nedeniyle izleme analizi (Multivariate Anova) yapılmıştır (Tablo 4.67).

Tablo 4.68. Grup ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı değişkenler	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F	p	η^2
yaş*grup	SOM	6,282	2	3,141	5,862	,003	,044
	O-C	2,911	2	1,455	3,521	,031	,027
	INT	1,012	2	,506	,772	,463	,006
	DEP	3,350	2	1,675	2,784	,064	,021
	ANX	4,827	2	2,413	6,263	,002	,047
	HOS	2,360	2	1,180	2,088	,126	,016
	PHOB	4,089	2	2,045	9,728	,000	,071
	PAR	1,912	2	,956	1,208	,301	,009
	PS	,854	2	,427	1,888	,154	,015
	SCL-90-R	2,696	2	1,348	4,468	,012	,034
	YTT	186,911	2	93,456	,520	,595	,004
	YKDB	2,800	2	1,400	4,500	,012	,034
	KDB	2,870	2	1,435	2,306	,102	,018
	ODEÖ	2,677	2	1,339	5,486	,005	,041
	ASD	9,520	2	4,760	2,223	,110	,017
	ÖBİD	54,792	2	27,396	6,028	,003	,045
	AKSD	5,652	2	2,826	,811	,445	,006
	GÇASDÖ	11,984	2	5,992	3,124	,046	,024

Yaş*grup değişkenine ilişkin obsesif kompulsif, öfke düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm, genel belirti ortalaması, kişisel ve duygusal boyut, obezite değişim evreleri ölçeği ve aile sosyal desteği alt ölçeklerinin arasındaki farkın önemli, diğer bağımlı değişkenlerde gözlenen farkların istatistiksel açıdan önemsiz olduğu görülmektedir. Puan ortalamalarına bakıldığında ise yaş*grup değişkeninin kişisel ve duygusal boyut üzerindeki etkisinin daha büyük olduğu görülebilir (Tablo 4.68).

4.6.3. Medeni Durum

Grup ve medeni hal değişkenlerine göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ ölçeklerinin çok yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.69. Grup ve Medeni Hal Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin Çok Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	λ	F	Denence sd	Hata sd	p	η^2
Grup	,841	2,513	18,000	239,000	,001	,159
Medeni hal	,816	2,998	18,000	239,000	,000	,184
Medeni hal*Grup	,769	3,980	18,000	239,000	,000	,231

Çok boyutlu varyans analizi sonucunda, bağımlı değişkenlerdeki popülasyon ortalamalarının medeni hal*grup değişkeninde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,00<0,05$). Medeni hal*grup değişkeni bağımlı değişkenlerin (multivariate) varyanslarının %23,1'ini ($\eta^2=0,231$) açıklamaktadır. MANOVA sonucunda medeni hal *grup değişkeninin önemli bulunması nedeniyle izleme analizi (Multivariate Anova) yapılmıştır (Tablo 4.69).

Tablo 4.70. Grup ve Medeni Hal Değişkenlerine Göre SCL 90-R, YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ Ölçeklerinin ANOVA Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Bağımlı değişkenler	Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F	p	η^2
	SOM	6,325	1	6,325	11,754	,001	,044
	O-C	2,032	1	2,032	5,008	,026	,019
	INT	2,135	1	2,135	3,305	,070	,013
	DEP	,694	1	,694	1,154	,284	,004
	ANX	2,494	1	2,494	6,454	,012	,025
	HOS	4,279	1	4,279	7,856	,005	,030
	PHOB	,004	1	,004	,020	,889	,000
	PAR	1,451	1	1,451	1,833	,177	,007
Medeni hal*grup	PSY	,330	1	,330	1,498	,222	,006
	SCL-90-R	1,999	1	1,999	6,741	,010	,026
	YTT	174,131	1	174,131	,977	,324	,004
	YKDB	,733	1	,733	2,246	,135	,009
	KDB	,025	1	,025	,041	,840	,000
	ODEÖ	,390	1	,390	1,513	,220	,006
	ASD	,260	1	,260	,133	,716	,001
	ÖBİD	16,106	1	16,106	3,425	,065	,013
	AKSD	,066	1	,066	,018	,892	,000
	GÇASDÖ	1,573	1	1,573	,819	,366	,003

Medeni hal*grup değişkenine ilişkin obsesif kompulsif, öfke düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm, genel belirti ortalaması, kişisel ve duygusal boyut, obezite değişim evreleri ölçeği ve aile sosyal desteği alt ölçeklerinin arasındaki farkın önemli, diğer bağımlı değişkenlerde gözlenen farkların istatistiksel açıdan

önemsiz olduğu görölmektedir. Puan ortalamalarına bakıldığında ise medeni hal*grup değişkeninin kişisel ve duygusal boyut üzerindeki etkisinin daha büyük olduğu görülebilir (Tablo 4.70).

4.7. Ölçekler Arası Korelasyonlar

Tablo 4. 71. İlk Kez Obezite Kliniğine Başvuran Hastalarda Ölçek Korelasyonları (n=130)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. SOM	-	,702**	,338**	,688**	,607**	,301**	,376**	,227**	,540**	,729**	,118	-,026	,139	,036	-,185*	,125	-,079	-,035
2. O-C		-	,468**	,753**	,605**	,497**	,417**	,335**	,645**	,795**	,131	-,077	,324**	,056	-,210*	,124	-,089	-,049
3. INT			-	,731**	,598**	,612**	,553**	,507**	,665**	,782**	,070	-,154	,247**	-,048	-,382**	-,139	-,290**	-,339**
4. DEP				-	,708**	,561**	,475**	,431**	,746**	,914**	,152	-,084	,404**	,072	-,352**	,091	-,162	-,150
5. ANX					-	,646**	,659**	,394**	,719**	,840**	,015	-,063	,258**	,040	-,303**	,185*	-,041	-,030
6. HOS						-	,475**	,501**	,650**	,727**	,123	,210*	,255**	,279**	-,454**	,031	-,008	-,153
7. PHOB							-	,333**	,528**	,622**	-,130	-,072	,157	-,003	-,281**	,042	-,054	-,104
8. PAR								-	,477**	,589**	,323**	,188*	,312**	,279**	-,257**	-,240**	-,448**	-,415**
9. PSY									-	,865**	,134	-,072	,278**	,040	-,564**	-,012	-,274**	-,331**
10. SCL-90-R										-	,162	-,025	,344**	,105	-,431**	,037	-,218*	-,232**
11. YTT											-	,407**	,281**	,462**	-,069	-,183*	-,216*	-,216*
12. YKDB												-	,132	,935**	,013	,166	,154	,160
13. KDB													-	,474**	-,095	-,035	,018	-,046
14. ODEÖ														-	-,021	,139	,145	,128
15. ASD															-	,177*	,335**	,605**
16. ÖBİD																-	,481**	,805**
17. AKSD																	-	,810**
18. GÇASDÖ																		-

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

İlk kez obezite kliniğine başvuran hastalarda ölçek korelasyonları incelendiğinde, Yeme Tutumları Testi ile paranoid düşünce ($r=0,323$; $p=0,000$) ve obezite değişim evreleri ölçeği ($r=0,462$; $p=0,000$) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Yeme Tutumları Testi ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplamı arasında anlamlı bir ilişki ($r=-0,216$; $p=0,014$) saptanmıştır. Genel Belirti Ortalaması ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplamı arasında anlamlı bir ilişki ($r=-0,232$; $p=0,008$) saptanmıştır. Psikotizm ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplamı arasında anlamlı bir ilişki ($r=-0,331$; $p=0,000$) saptanmıştır. Paranoid Düşünce ve Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplamı arasında anlamlı bir ilişki ($r=-0,415$; $p=0,000$) saptanmıştır.

Obezite değişim evreleri ölçeğinde öfke düşmanlık ve paranoid düşünceler ile aynı yönlü korelasyonlar gözlemlenmiştir. Obezite kliniğine ilk kez başvuran kişilerin algıladığı sosyal destek ile kişiler arası duyarlılık, paranoid düşünce, psikotizm, genel belirti ortalaması ve yeme tutumları testi ile ters yönlü korelasyonlar elde edilmiştir (Tablo 4.71).

Tablo 4. 72. Tedavinin Altıncı Ayındaki Hastalarda Ölçek Korelasyonları (n=130)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. SOM	-	,724**	,672**	,659**	,675**	,543**	,605**	,553**	,564**	,812**	,288**	,065	,257**	,165	-,252**	,010	-,198*	-,172*
2. O-C		-	,780**	,819**	,746**	,664**	,603**	,770**	,753**	,904**	,422**	-,099	,431**	,080	-,308**	-,078	-,293**	-,279**
3. INT			-	,852**	,740**	,708**	,566**	,839**	,871**	,918**	,350**	,065	,339**	,181*	-,362**	-,104	-,133	-,235**
4. DEP				-	,735**	,585**	,608**	,843**	,809**	,920**	,395**	-,082	,325**	,060	-,355**	-,192*	-,210*	-,313**
5. ANX					-	,739**	,623**	,717**	,761**	,868**	,141	-,056	,259**	,054	-,494**	-,107	-,217*	-,320**
6. HOS						-	,361**	,690**	,658**	,750**	,153	-,029	,313**	,088	-,432**	,069	-,116	-,163
7. PHOB							-	,496**	,575**	,697**	,456**	-,002	,291**	,119	-,165	-,066	-,256**	-,208*
8. PAR								-	,827**	,864**	,302**	-,098	,271**	,024	-,307**	-,049	-,206*	-,224*
9. PSY									-	,875**	,282**	-,062	,262**	,052	-,497**	-,266**	-,237**	-,410**
10. SCL-90-R										-	,365**	-,025	,356**	,119	-,404**	-,130	-,254**	-,319**
11. YTT											-	-,028	,477**	,151	-,020	,004	-,201*	-,100
12. YKDB												-	,306**	,935**	-,217*	-,174*	-,189*	-,248**
13. KDB													-	,618**	-,270**	-,127	-,037	-,171
14. ODEÖ														-	-,269**	-,192*	-,187*	-,274**
15. ASD															-	,485**	,237**	,686**
16. ÖBİD																-	,380**	,842**
17. AKSD																	-	,741**
18. GÇASDÖ																		-

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Obezite kliniğindeki tedavinin altıncı ayını dolduran hastalarda, Obezite Değişim Evreleri Ölçeği Toplamı ile Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,274$; $p=0,002$). Somatizasyon ve Yeme Tutumları Testi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,288$; $p=0,003$). Somatizasyon ile Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,172$; $p=0,035$). Obsesif-Kompulsif ile Yeme Tutumları Testi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,422$; $p=0,003$). Obsesif-Kompulsif ile Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,279$; $p=0,035$). Depresyon ile Yeme Tutumları Testi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,395$; $p=0,000$). Depresyon ile Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,313$; $p=0,000$). Kaygı ile Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplamı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,320$; $p=0,000$). Fobik Anksiyete ile Yeme Tutumları Testi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,456$; $p=0,000$). Paranoid Düşünce ile Yeme Tutumları Testi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,302$; $p=0,000$). Genel Belirti Ortalaması ile Yeme Tutumları Testi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,365$; $p=0,000$) saptanmıştır.

Obezite kliniğindeki tedavinin altıncı ayını dolduran hastalarda yeme tutumlarının anksiyete ve öfke düşmanlık haricindeki tüm psikopatolojik özellikler ile aynı yönlü korelasyonlar sergilediği bulgusuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte katılımcıların yeme tutumları ile tedavi motivasyonları ile zıt yönlü, algılanan sosyal destek ile de aynı yönlü korelasyonlar mevcuttur. Katılımcıların tedavi motivasyonlarının algıladıkları sosyal destek ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin ters yönlü olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.72).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Türkiye’de yaygın olarak araştırılan obeziteyi etkileyen fiziksel koşulların dışında, obezite kliniğine başvuran yetişkin bireylerde motivasyonel süreçler algılanan sosyal destek, yeme tutumları ve psikopatoloji değerlendirilerek; literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Toplum sağlığı açısından büyük sorun olan obezite, bazı araştırmacılar tarafından psikosomatik hastalık olarak da görülmektedir (Resch ve ark. 1998). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığını araştıran ilk çalışmalarda normal populasyondan farklı psikopatoloji tespit edilmediği bildirilmiştir (Stunkard ve ark. 1986). Bu konuda yapılan yeni çalışmalar ise obez hastalarda spesifik psikiyatrik bozuklukların yaygınlığına odaklanmıştır (Mather ve ark. 2009). Britz ve arkadaşları (2000) obez hastalarda duygudurum, anksiyete, somatoform ve yeme bozukluklarının sağlıklı bireylerden daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir.

Araştırmamızda, obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Obezite kliniğine ilk kez başvuran obez bireyler ile tedavinin altıncı ayındaki obez bireyler karşılaştırıldığında, tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların paranoid düşünce ve genel belirti ortalaması puanları, kliniğe ilk kez başvuran katılımcılardan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Yeme davranışı ve nöral sistemler arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu saptanmıştır. Yeme serotonin başta olmak üzere karmaşık nöronal düzeneklerin kontrolü altındadır. Aynı zamanda gıda alımı serotoninergik nöronlarda serotonin salınımının düzenlenmesinde etkili olmaktadır. Serotoninin duygudurum, iştah, ağrı duyusu, kan basıncı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Karbonhidrat alımı insanların kendini iyi hissetmesine neden olurken aynı zamanda kilo alımına ve obeziteye neden olmaktadır. (Eren ve Erdi, 2003). Karbonhidrat alımı kısıtlanan ve diyet yapan tedavinin 6. ayındaki obez bireylerin

tedaviye ilk kez başvuranlara göre serotonin salgılanmasına bağı olarak kendilerini daha kötü hissedebileceğı ve psikopatolojilerinin artabileceğı düşünülebilir.

Psikolojik sıkıntılarla bir baş etme yolu olarak aşırı yemenin sonucu oluşan obezite, kaygı, depresyon gibi psikolojik belirti düzeylerini azaltmaktadır. Araştırmamızda, aşırı yeme davranışı uzmanlar tarafından kontrol edilen ve kısıtlanan 6.ayındaki katılımcılarda, psikopatoloji yüksek bulunmuştur. Obezite ile kaygı arasındaki ilişkinin incelendiğı çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Obez bireylerin anksiyeteli olduklarında normal kilolu bireylere göre aşırı yedikleri ve yemenin anksiyetelerini azalttığı öne sürülmüştür (Değirmenci, 2008; Lomax, 1989). Psikolojik problemlerle baş etme yöntemi olarak başvuru olan yeme davranışı, obezlerin psikopatolojilerini azaltmasını sağlamıştır. Aşırı kilolu ve obez bireyler arasında sosyal kaygı, yeme bozukluğu ve egzersiz arasındaki ilişkiyi incelendiğı 18-77 yaşları arasında olan aşırı kilolu ve obez 231 yetişkin ile yapılan çalışmada sosyal kaygı duygusal yeme ve aşırı yeme ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aşırı kilolu ve obez yetişkinlerde sosyal kaygı düzeyi arttıkça duygusal ve aşırı yeme düzeyinin de arttığı görülmüştür. Obezler kaygı düzeyleri arttıkça aşırı yeme ve duygusal yeme davranışına daha çok başvurmuştur. Psikolojik problemleri ile baş etmek için fiziksel ihtiyacının dışında yeme davranışında bulunan obezler, yeme davranışı kısıtlandığında kaygıları ile baş etme düzeyleri düşmüştür ve daha yüksek psikopatolojik değerler göstermiştir (Wright, 2010). Araştırmamızda, tedavinin altıncı ayındaki obez bireyler yeme davranışının kontrol edilmesi ve kısıtlanması sonucunda psikopatoloji genel belirti puanları ve paranoid düşünce puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile, psikolojik problemlerle baş etme yöntemi olan yeme davranışı kısıtlanan tedavinin altıncı ayındaki bireyler, psikolojik problemleri ile baş etmekte güçlük çektikleri için psikopatolojileri artmaktadır.

Araştırmamızdan elde edilen bir diğer bulguya göre, obezite kliniğine ilk kez başvuran bireylerin yeme tutum testi puanları, tedavinin altıncı ayındaki bireylerin puanlarından anlamlı bir şekilde düşüktür. Diyet yapma, kilolu olma ve yeme bozukluğu ile ilgili güçlü ilişki bulunmuştur (Emül ve Güler, 2008). İstemli olarak diyet kısıtlaması, açlık belirtilerini yadsımaya, aç olmasına rağmen kişinin öğün atlamasına ya da yemekten erken kalkmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmada diyet uygulayan obez bireylerde, aşırı yeme ve yeme bozukluğu ile güçlü ilişki bulunmuştur (Field ve ark.,2003). Bu çalışmadaki bulgulara benzer bir şekilde araştırmamızda; tedavinin altıncı ayında olan ve diyet uygulayan bireyler, ilk kez

tedavi programına başvuranlara göre YYT'den daha yüksek puanlar almıştır. Diğer bir ifade ile, tedavinin altıncı ayında olan bireyler daha olumsuz yeme tutumları göstermiştir.

Sınırlı yemek yemenin açlık tokluk sinyallerini zayıflatarak yeme ataklarına sebep olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda diyet yapmanın, kilo kaybı ile birlikte gelecekte obez olmanın bir öncüsü olduğu ve diyetinin yeme tutumlarını olumsuz etkilediği ve kilo almayı başlattığı öne sürülmüştür (Emül ve Güler, 2008). Araştırmamızda da diyet yapan ve sınırlı tüketim yapan altıncı ayındaki obez bireylerin, yeme tutumlarının bozulduğu saptanmıştır.

Diyet yapma ile yeme tutumunun bozulması arasında arasındaki ilişkiyi açıklayan üç olası mekanizma öne sürülmüştür. Birincisi diyet ile metabolik etkinlikte artış olur ve diyet yapanlar daha az kalori ile kilolarını sürdürebilir. Fakat normal diyete dönüldüğünde ise görece olarak artan kalori kilo alımına neden olur ve yeme tutumları bozulur. İkincisi diyetle, kalori diyeti yeme tutumlarının bozulduğu bir döngü oluşmaktadır. Üçüncü olarak diyetle, diyeti yapanlarda oral glukozaya yanıt olarak oluşan karbonhidratlardan çok daha fazla enerji aldıkları bir fizyolojik durum gelişir, bu karbonhidrat ve kilo alımı arasındaki olası mekanizmalardan birisidir (Field ve ark., 2003; Nasser ve ark., 2004). Çalışmadaki bulgulara göre; obez bireyler diyet yaparken daha fazla yeme bozukluğu göstermektedir. Çalışmamızda tedavisine altı aydır devam eden obez bireyler, kalorilik diyetler ile birlikte daha olumsuz yeme tutumu göstermiştir.

Obeziteden kurtulmak için kişinin tedavi olmayı arzulaması, obezite tedavisine ilişkin motivasyona sahip olması gerekmektedir. Çünkü tedavi motivasyonu, yani kişinin tedavi olmak ve tedavinin gereklerini yerine getirmek için duyduğu istek çoğunlukla tedaviye uyum yönünden önem taşımaktadır. Bu sebeple kişinin tedavi motivasyonu tedaviye cevap vermeyi ve istenen tedavi sonuçlarını destekleyen önemli bir unsur olarak görülmektedir (Drieschner ve ark., 2004). Obezite hastaları, yaşadıkları sorunun ne olduğunu daha iyi anlamak amacıyla tedaviye başvurabilmektedir. Pek çok hasta obezite kavramı ile daha önce yüzleşmiş olmakla birlikte kendilerini, bu kategoriye uygun görmedikleri için yardım alma konusundaki ambivalansları artmakta ve buna ihtiyaçları olup olmadığından emin olmamaktadırlar ve motivasyonları düşmektedir (Eivors ve ark., 2003). Dolayısıyla bu da tedavinin başlangıç veya başvuru aşaması için zorlaştıran bir etken olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu noktada araştırmamızda obezite kliniğe başvuran kişilerin tedavi

motivasyonlarının, tedavisine devam eden kişilere göre daha düşük olması bu çalışmayla benzerdir.

Obezite tedavisi için başvuruda bulunanların tedavi motivasyonlarının karşılaştırılması için yapılan analizlere göre; obezite kliniğine ilk kez başvuran kişilerin yemek, kilo ve diyet boyutuna ilişkin tedavi motivasyonları, tedavisinin altıncı ayındaki hastalardan anlamlı bir şekilde düşüktür. Benzer şekilde kişisel ve duygusal boyuta ilişkin tedavi motivasyonları da tedavisinin altıncı ayındaki katılımcılarda anlamlı bir şekilde yüksektir. Obezite Değişim Evreleri toplam puanında da yine tedavisinin 6. ayındaki katılımcıların puanları yüksektir. Tkalcic ve Pokrajan-Bulian (2006) tarafından yapılan bir çalışmada obez bireylerin tedavi içinde bulunduğu duruma göre kararsal denge, öz-etkinlik ve değişim yöntemlerinin farklılık gösterdiği bulgulanmıştır. Buna göre davranış değişiminin olumlu yanları bütün evreler için yordayıcı bir değişken iken olumsuz yönleri sadece tasarlama öncesi ve tasarlama evresi için yordayıcı bir değişken olarak belirlenmiştir. Tasarlama öncesi evresindeki bireyler davranış değişiminin olumsuz yanlarını dile getirirken eylem ve sürdürme evresindeki bireyler daha çok olumlu yanlarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda, tasarlama öncesi ve tasarlama evresinde yani tedavinin başlangıç aşamasında olan tedaviye ilk kez başvuran obez bireylerde, motivasyon anlamlı şekilde düşüktür. Eylemi ve sürdürme evresinde olan tedavinin altıncı ayındaki obez bireyler, daha olumlu yanları belirtmiştir ve motivasyonları anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Johnson ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan kontrollü bir başka çalışmada tedavi gören ve görmeyen olarak ayrılan iki grup 24 ay sonra değerlendirildiğinde aşırı yeme, egzersiz, duygusal stresi yönetme ve düşük kalorili sebze-meyve tüketiminin tedavi gören grup içinde eylem ve sürdürme evresinde olan kişilerde diğer evrelerde olanlara göre farklılık gösterdiği bulgulanmıştır. Benzer olarak çalışmamızda, tedavinin altıncı ayındaki; eylem ve sürdürme aşamasında olan katılımcıların tedavi motivasyonlarının daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızdan elde edilen bir diğer bulguya göre; ilk kez obezite kliniğine başvuran kişilerin arkadaş tarafından algıladıkları sosyal destekleri, tedavisinin altıncı ayındaki katılımcılardan anlamlı bir şekilde yüksektir. Sosyal desteğin, fizik ya da ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Başka bir anlatımla sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin, stres verici yaşam olaylarının

oluşumunu ve yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destek yakın ilişkilerin önemli yönlerinden birisidir. Sosyal desteğin, stresin oluşumunu önleyebildiği; stresin var olduğu durumlarda ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu, onun başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir (Sorias, 1992). Obezite gibi tedavi gerektiren problemlerde en önemli motivasyonlardan bir tanesi algılanan sosyal destektir (Prochaska ve ark., 2005). Aile ya da arkadaş gibi gruplar tarafından destek gören kişilerin obezite tedavisinde daha başarılı olduğunu bulan çalışmalar vardır (Seals, 2007). Araştırmamızdaki bulgular, tedavinin başlangıç aşamasında olan tedaviye ilk kez başvuran bireylerin, arkadaş sosyal desteği ile obezite problemi ile ilgili algılayış biçimlerini değiştirdikleri ve başa çıkma yollarını etkileyerek çözüm olarak tedaviye başvurdukları öne sürülebilir.

Araştırmamızda, ilk kez obezite kliniğine başvuranların %72'si kadınlardan, tedavinin altıncı ayındakilerde ise %75'i kadınlardan oluşmaktadır. Bu durum bir bakıma obezitenin yaygınlığının cinsiyete göre değişimini yansıtmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2017 yılı Haziran ayın içerisinde yayınlanan rapora göre; Türkiye'de 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı 2014 yılında %19,9 iken, 2016 yılında %19,6'ya düşmüştür. Obezitenin erkeklerde görülme sıklığı %15,2 iken, kadınlarda görülme sıklığı ise %24'tür (TUİK, 2017). Araştırma gruplarının çoğunlukla kadınlardan oluşması, TUİK istatistiklerinde yer aldığı şekli ile kadınların daha yüksek obezite riskinde olduğunu doğrulamaktadır. Araştırmamızda, hem ilk kez obezite kliniğine başvuran hem de tedavisinin altıncı ayındaki katılımcılarda psikopatoloji, somatizasyon, öfke-düşmanlık, psikotizm değişkenleri cinsiyete göre farklılık olduğu saptanmıştır. Tüm özellikler için kadınların ortalamaları, erkeklerden daha yüksektir. İlk kez başvuran ve tedavisinin altıncı ayındaki katılımcıların psikopatolojilerinin cinsiyet yönünden obsesif kompulsif, öfke düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm ve genel belirti ortalaması anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Obezite ve psikolojik belirtilerin ilişkisini inceleyen bazı çalışmalarda cinsiyet farklılığına vurgu yapılmaktadır. Obezitesi olan ve olmayan erkekler arasında psikolojik belirti açısından farklılık bulunmazken, obezitesi olan kadınlarda olmayanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Jorm ve ark., 2003; Chen ve ark., 2008; Keddie, 2005).

İlk kez kliniğe başvuran kişiler ile tedavinin altıncı ayındaki hastaların YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ puanlarının cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kişisel ve duygusal boyut, obezite değişim evreleri ölçeği ve aile sosyal desteği alt ölçekler arasında anlamlı farkın, diğer bağımlı değişkenlerde istatistiksel açıdan farkın olmadığı saptanmıştır. Bunlar arasında cinsiyetin en çok ODEÖ üzerinde etki yarattığı belirlenmiştir. Kadınların beden imgeleri ile daha ilgili olması ve tedavi motivasyonlarının kilo verme ile artmasının etkili olduğu söylenebilir.

İlk kez obezite kliniğine başvuran katılımcıların psikopatolojilerinin yaşa göre farklılaşmasını belirlemek için yapılan analizlerde kişiler arası duyarlık, kaygı, öfkedüşmanlık, fobik anksiyete ve genel belirti ortalamasının yaşa göre fark olduğu bulunmuştur. Tedavisinin altıncı ayındaki katılımcılarda ise somatizasyon ve fobik anksiyete yaşa göre farklılık saptanmıştır. Genel olarak her iki grup için de artan yaş ile birlikte psikopatolojinin de bozulduğu söylenebilir. Bunlara ek olarak her iki grubun yaşa göre psikopatolojisi karşılaştırılmış ve obsesif kompulsif, öfkedüşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm ve genel belirti ortalamasında yaşa göre gruplar arası farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Obez olan ve olmayan TYB’li bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grup arasında yemeyi kısıtlama, yeme ve görünüşle ilgili endişeler ve depresif olma arasında fark bulunmamış ama obez olmayan grubun daha genç ve tedaviye başvurmada daha isteksiz olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda ise günümüzün obez olmayan TYB bireylerinin geleceğin obez TYB bireyleri olduğu ve tedavide bunun gözden kaçırılmaması gerektiği belirtilmiştir (Dingemans ve Furth, 2012). Araştırmamızda yeme tutumu değerlendirilmiş yeme bozukluğu yönünde tanı değerlendirilmemiştir.

Tedaviye ilk kez katılan ve tedavisinin altıncı ayındaki katılımcıların yaş değişkenine göre YTT, ODEÖ ve GÇASDÖ puanları değerlendirildiğinde, kişisel ve duygusal boyut, obezite değişim evreleri ölçeği ve aile sosyal desteği alt ölçeklerinin arasındaki fark saptanmıştır. Bununla birlikte, yaşın en önemli etkisinin kişisel ve duygusal boyutta olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgunun temelinde kişinin artan yaşı ile birlikte kişisel ve duygusal motivasyonunu kaybetmeye başlamasının yattığı ileri sürülebilir. Balcıgolu ve Beşer (2008) yaptıkları araştırmada, yeme bozukluklarının erken yaşlarda da görüldüğünü, ancak ilerleyen yaşlarda obezite riskinin ortaya çıktığını, bu hastaların ilerleyen yaşları ile birlikte tedavi motivasyonlarını da kaybettiklerini belirtmektedir.

Obezite kliniğine ilk kez başvuran ve tedavinin altıncı ayındaki kişilerin medeni durumları değerlendirildiğinde; obsesif kompulsif, öfke düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm, genel belirti ortalaması, kişisel ve duygusal boyut, obezite değişim evreleri ölçeği ve aile sosyal desteği alt ölçeklerinin arasındaki fark anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Medeni halin kişisel ve duygusal boyut üzerindeki etkisi olduğu düşünülebilir. Bu sonuca göre, evli katılımcıların genel olarak eşleri tarafından algıladıkları sosyal destek sayesinde tedaviye daha yatkın olduğu ileri sürülebilir. Galuska ve ark. (1996) ve Lipowicz ve ark. (2002) da evlilere göre dul kadınlarda şişmanlığın daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir. Ülkemizde konu ile ilgili veri kısıtlı olmakla birlikte, obezite ve medeni durum arasında ilişki olmadığını saptayan araştırmalar vardır (Aktener ve ark., 2006; Okyay ve Uçku, 2002).

Araştırmamızda, ilk kez başvuran ve tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların BKİ değişkenine göre değerlendirildiğinde; fobiler, paranoid, aile ve sosyal destek, arkadaş sosyal destek alt ölçekleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. BKİ'yi 35-39,9 arasındaki katılımcılar, daha yüksek psikopatoloji göstermiştir. Obez bireylerde depresyon, anksiyete bozuklukları obezitenin bir sonucu olarak ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (Chen, Jiang & Mao, 2009). BKİ arttıkça, psikopatoloji artmaktadır. Özellikle depresyonun prognozları daha kötüdür ve ağır geçmektedir. Yetişkinlerde öncelikle obezite, ardından psikopatoloji gelişmektedir (Balcıoğlu ve ark., 2008). BKİ ile psikopatoloji arasında ilişki bulunmuştur. Literatürde, BKİ ile psikopatoloji ve sosyal destek arasında yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, BKİ ve psikopatoloji ve sosyal destek arasında ilişki olmadığı yönündedir. BKİ, aşırı kilolu olma ve obez olma ve algılanan kilo durumunun psikopatoloji üzerinde etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada aşırı kilolu olma, BKİ ve algılanan kilo durumunun psikopatoloji üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır (Özmen ve ark., 2007).

Vücut gereksinimlerini karşılayacak enerji ve besin öğelerinin önerilen miktarlarda alınması, başka bir deyişle yeterli ve dengeli beslenme, özellikle gençlik döneminde çok önemlidir. Araştırmaya katılan obez bireylere, yeterli ve dengeli beslenip beslenmedikleri sorulmuştur. Hem ilk kez obezite kliniğine başvuran hem de tedavisinin altıncı ayındaki kişilerin çoğunluğu yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmemektedir.

Obezite, kalıtsal, psikolojik, metabolik, hormonal ve çevresel faktörlerin katkıda bulunduğu bir hastalıktır. Yapılan deneysel çalışmalar ve obez insanlar

üzerindeki gözlemler bazı obezlerde genetik ve ailevi özelliklerin bulunduğunu göstermektedir (WHO, 1990; Tüzün ve ark., 1999). İki obez kişi evlendiği zaman çocukların obez olma olasılığı %60-%70'dir (Tüzün ve ark., 1999). Özsoy (1994)'un yaptığı çalışmada, yakın akrabada obez birey olması ile obezite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bireylerin ailede obez bulunma durumu araştırılmıştır. Araştırmaya katılan grupların her ikisinde de çoğunluk ailesinde obez bulunduğunu bildirmiştir. Obez aile bireyleri katılımcılar üzerinde olumsuz psikolojik etki oluşturabilir.

Sonuç olarak; bulgularımız ilk kez obezite kliniğine başvuran obez bireylerde arkadaş tarafından algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu, tedavinin altıncı ayındaki obez bireylerde, yeme tutumlarının bozulduğu ve psikopatolojilerinin arttığı ve tedavi motivasyonunun daha yüksek olduğu yönündedir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda, obezite kliniğine ilk kez başvuran 130 kişi ile obezite tedavisinin altıncı ayındaki 130 katılımcının psikopatolojileri, yeme tutumları, tedavi motivasyonları ve algıladıkları sosyal destek karşılaştırılmıştır.

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların genel belirti puanlarının, ilk kez kliniğe başvuranlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, yeme tutum puanlarının tedavinin altıncı ayındaki katılımcılarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların obezite değişim evreleri ölçeğinden aldığı puanların ilk kez obezite kliniğine başvuran kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile, obezite tedavisine devam eden hastalarda tedavi süresi ile birlikte, tedavi motivasyonu da yükselmektedir.

Tedaviye ilk kez başvuran katılımcıların algıladığı sosyal desteğin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Özellikle arkadaş tarafından algılanan sosyal desteğin yüksek olması dikkat çekicidir.

Obez bireylerde, tedavi süresi ilerledikçe olumsuz yeme tutumları ve yüksek psikopatoloji saptanmıştır. Tedavi programlarında kısıtlı diyet listelerinin ve düzenli egzersiz programlarının yanı sıra, davranış tedavileri ile desteklenmesi fayda sağlayacaktır. Amaç belirleme, yeterli ve dengeli beslenme eğitimleri, bilişsel yeniden yapılandırma, uyaran kontrolü gibi davranış tedavilerinin, obez bireylerin tedavi sürecini olumlu etkileyecektir. Çok boyutlu yaklaşım obezite tedavisinde önemlidir.

Araştırmamızın bir takım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Tedaviye ilk kez başvuran ve tedavinin altıncı ayında olan katılımcıların cinsiyet durumları incelendiğinde; kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre daha fazla sayıda olması ve grupların tam eşleşmemesi söz konusudur. Grupların değerlendirilmesinde

kadınların obezite konusunda daha fazla tedavi için başvuruda bulunması cinsiyet yönünden değerlendirmelerde önemli bir durumdur.

Tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların, tedaviye düzgün aralıklarla gelmediği saptanmıştır. Tedavi programına tümüyle uyum sağlayan hastaların seçimi gerçekleştirilememiştir.

İlk kez obezite kliniğine başvuran hastaların ve tedavinin altıncı ayındaki katılımcıların BKİ değerleri 30 ve üzeri olarak seçilmiştir ve her iki grupta obezite sınıfına girmektedir. Katılımcıların BKİ değerlerinin karşılaştırılması için daha uzun süreli izleme çalışmaları gereklidir.

Kadınlarda beden imgesinin, yeme tutumlarını yordayıcı etkisini ortaya koyan araştırmaların varlığı dikkate alınarak tedavi motivasyonlarının değişimi izleme çalışmalarıyla değerlendirilebilir.

İleride yapılacak araştırmalarda daha büyük örneklemin seçilmesi ve özellikle cinsiyet konusunda homojenliğin yakalanması, çalışmanın genellenebilirliğini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Akbulut, G. Ç., Özmen, M. M.& Besler, H. T. (2007). Obezite. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 372.
- Akbulut, G. & Güncel, R. N. Ş. B. T. (2010). Yaklaşımlar. *Genel Tıp Derg*, 20(1), 3542.
- Aktener, A.Y., Dülger, H.İ., Erkayhan, G. E., Görmeli, G., Kafadar, F. S.& Yıldız, M. (2006). Obesity prevalence in reproductive age and postmenopausal women aged between 20-64 years in a semi-urban Area, *Trakya Univ Tıp Fak Dergisi*, 23(3):119-26.
- Albal, E. & Kutlu, Y. (2010). The Relationship Between the Depression Coping SelfEfficacy Level and Perceived Social Support Resources. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1 (3), 115-120.
- Altunkaynak, B. Z. & Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
- Altunkaynak, Z. B.& Özbek, E. (2007). Obezite: Nedenleri ve Tedavi seçenekleri, *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt: 34, Sayı:2 (144- 149)
- Annagür, B.B., Orhan, F. Ö., Özer A, T. L. & Erhan, C. (2012). Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49, 14-9.
- Avena, N. M. (2015). *Hedonic Eating: How the Pleasurable Aspects of Food Can Affect Appetite*. Oxford University Press.
- Baik, J. H. (2013). Dopamine signaling in food addiction: role of dopamine D2 receptors. *BMB reports*, 46(11), 519.
- Bakhshi, E., Eshraghian, M.R., Mohammad, K., Foroushani, A. R., Zeraati, H. & Fotouhi, A. (2008). Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. *J Public Health*, 30:429-35.

- Balcıoğlu, İ.& Bařer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 341-348.
- Balcıoğlu, İ.& Bařer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62(1), 341-348.
- Baltacı, G. (2008). Obezite ve Egzersiz. *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara.No:730.
- Baş, M., Aşçı, F., Karabudak, E. & Kızıltan, G. (2004). "Eating Attitudes and Their Psychological Correlates Among Turk ish Adolescents", *Adolescence*, 39, ss. 593-599.
- Başoğlu, C. & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7 (1), 1-15.
- Başterzi, A.D., Tüzer, V., Alagöz, M., Uysal, A.Ç. & Göka, E. (2003). Estetik Cerrahi Hastalarında Yeme Tutumu Ve Beden Algısı. *Yeni Symposium*; 41 (1): 3-6.
- Batur, S. (2004). *Yeme Tutum Bozukluğu Gösterenlerde Ve Göstermeyenlerde Temel Bilişsel şemalar*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beck, T. A. (2011). *Aşk Asla Yetmez* (N. Öztan, Çev.) (1. Baskı). Türk Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Detamat.
- Berthoud, H. R., Lenard, N. R.& Shin, A. C. (2011). Food reward, hyperphagia, and obesity. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 300(6), R1266-R1277.
- Black, D. W., Goldstein, R. B.& Mason, E.E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients, *Am J Psychiatry*, 149:227-234.
- Bloom, L., Shelton, B., Bengough, M.& Brennan, L. (2013). Psychosocial outcomes of a non-dieting based positive body image community program for overweight adults: a pilot study. *Journal of eating disorders*, 7(Suppl 1), O55.
- Blum, K.,Thanos, P. K.& Gold, M. S. (2014). Dopamine and glucose, obesity, and reward deficiency syndrome. *Frontiers in psychology*, 5.
- Boudreaux, E. D., Emond, S. D., Clark, S. & Camargo, C. A. (2003). Acute Asthma Among Adults Presenting to the Emergency DepartmentThe Role of Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *CHEST Journal*, 124(3), 803-812.
- Bray, G. A. (1990). Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. *International journal of obesity*, 14(11), 909-926.

- Britz, B., Siegfried, W. & Ziegler, A. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2:17071714.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Canbolat, U. (2013). *Psikoloji Konuşmaları*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- 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.
- Casey, V. A., Dwyer, J. T., Coleman, K. A. & Valadian, I. (1992). Body mass index from childhood to middle age: a 50-y follow up, *Am J Clin Nutr*, 56: 14-18.
- Castelnuovo-Tedesco, P. & Schievel, D. (1975). Studies of super obesity, I: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med*, 6:465-480.
- Chen, Y., Jiang, Y. & Mao, Y. (2009). Association between obesity and depression in Canadians. *J Womens Health (Larchmt)*, 18:1687-1692
- Crisp, A. H. & Mc, Guinness, B. (1976). Jolly Fat: Relation Between Obesity and Psychoneurosis in General Population. *Br Med J*; 1:7-9.
- Çınar, R.K. (2013). Obezite Etiyolojisi, Psikososyal Etkenler: Yücel, B., Akdemir, A., Küey, A. G., Maner, F., Vardar, E., (editörler); *Yeme Bozuklukları ve Obezite*, 1. Baskı, nisan Ankara; Bölüm IV; 28- sayfa 299.
- Değirmenci, T. (2006). *Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon Ve Anksiyete*. Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi,
- Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E. & Hekimsoy, Z. (2005). Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 8491.
- Deveci, E. & Berk, S.Ö. (2013). *Obezite cerrahisi adayı olan ve olmayan obez bireylerde yeme özellikleri, beden bölgesinden hoşnutsuzluk, tedavi motivasyonu ve psikopatolojinin değerlendirilmesi*, yüksek lisans tezi, İstanbul.

- Deveci, S.E., Güler, H., Demet, M., Özmen, E. & Hekimsoy, Z. (2004). Elazığ Emniyet Müdürlüğü Kurum Hekimliği Polikliniğine Başvuran Polislerde Obezite Sıklığı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilgileri Dergisi*, 18:223-28.
- Devlin, M.J., Walsh, B.T., Spitzer, R. L. & Hasin, D. (1992). Is there another binge eating disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 11: 333-40.
- 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.
- Dingemans, A. E. & Van-Furth, E.F. (2012). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Disord*, 45: 135-8.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. & Staak, C.P.F. (2004). Treatment Motivation: An Attempt for Clarification of An Ambiguous Concept. *Clinical Psychology Review*, 23, s.1115–1137.
- Dünya Sağlık Örgütü Teknik Rapor Serileri 797 (1990). *Diyet, Beslenme ve Kronik Hastalıkların Önlenmesi*. Çev: Aykurt M, Öztürk Y. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası, 1997. No: 103, s. 81-7.
- Eivors, A., Button, E., Warner, S. & Turner, K. (2003). Understanding the Experience of Drop-out from Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, s.90–107.
- Eichen, D. M., Lent, M. R., Goldbacher, E.& Foster, G. D. (2013). Exploration of “Food Addiction” in Overweight and Obese Treatment-Seeking Adults. *Appetite*, 67, 22-24.
- Eivors, A., Button, E., Warner, S. & Turner, K. (2003). Understanding the Experience of Drop-out from Treatment for Anorexia Nervosa, *European Eating Disorders Review*, 11,s.90–107.
- Eker, D. & Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 45-55.
- Eker, D., Arkar, H. & Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- Emül, H. M. & Güler, Ö. (2008). Ergenlerde obezite (derleme). *Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics*, 1(1): 45-49.

- Eren, İ. & Erdi, Ö. (2003). Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 6:152-7.
- Ergüney, F. E. & Sertel-Berk, H.Ö. (2012). *Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ) ve Bulimia Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (BNDEÖ) Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*, Poster bildiri, 17. Ulusal Psikoloji Kongresi Boğaziçi Üniversitesi.
- Erol, A., Toprak, G. & Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk psikiyatri Dergisi*, 13(1):48-57.
- Field, A.E., Austin, S.B., Taylor, C.B., Malspeis, S., Rosner, B. & Rockett, H. R.(2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*. 112(4): 900-6
- Fouad, M.F., Rastam, S., Ward, K. D. & Maziak, W. (2006). Prevalence of Obesity and Its Associated Factors in Aleppo, Syria. *Prev Control*, 2:85-94.
- Gadalla, M. (2009). Association of Obesity with Mood and Anxiety Disorders in the Adult General Population. *Chronic Diseases in Canada*, 30 (1), pp. 29-36.
- Galuska, D.A., Serdula, M., Pamuk, E., Siegel, P. Z. & Byers, T. (1996). Trends in overweight among US adults from 1987 to 1993: a multistate telephone survey, *Am J Public Health*, 86(12):1729-35.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M. (2002). *Body Image and Anorexia Nervosa, Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.295-303.
- Gençtan, E. (2010). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. 19. Basım İstanbul: Metis yayınları, 93-99.
- Giel, K. E., Zipfel, S., Alizadeh, M., Schaffeler, N., Zahn, C., Wessel, D. & Thiel, A.(2012). Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC public health*, 12(1), 525.
- Goossens, L., Braet, C., Vlierberghe, L. & Mels, S. (2009). Loss of Control Over Eating in Overweight Youngsters: The Role of Anxiety, Depression and Emotional Eating. *European Eating Disorders Review*, 17, pp. 68-78.

- Granillo, T., Rodriguez, G. & Carvajal, S. (2005). Prevalence of Eating Disorders in Latina Adolescents: Associations with Substance Use and Other Correlates. *Journal of Adolescent Health*, 36 (3): 214-220.
- Gülcan, E. & Özkan, A. (2006). Obezite. DP Ü. *Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10, 185-194.
- Gülçelik, N. E., Gürlek, A. & Usman, A. (2007). Obezitenin medikal tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38.
- Gümüş, H. (2015). Evli Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Yaşam Doyumları ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, (4) 3, 19, 150-162.
- Hatemi, H., Turan, N., Arık, N. & Yumuk, V. (2002). Obesity and hypertension screening results in Turkey, *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*, 11(Ek 1):1-16
- Herman, J. (2007). Travma ve İyileşme (T. Tosun, Çev.) (1. Basım). İstanbul: Literatür Yayıncılık (Orijinal yayım tarihi: (1992).
- Istvan, J., Zavela, K. & Weidner, G. (1992). Body weight and psychological distress, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 16:999-1003.
- Jia, H. & Lubetkin, E.I. (2005). The Impact of Obesity on Health-Related Quality-of-life in the General Adult US Population. *J Public Health (Oxf)*; 27:156-164.
- Johnson, P. M. & Kenny, P. J. (2010). Addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats: Role for dopamine D2 receptors. *Nature neuroscience*, 13(5), 635.
- Johnson, S.S., Paiva, A.L., Cummins, C.O., Johnson, J. L., Dymont, S. J. & Wright, J. A. (2008). Transtheoretical Model-based Multiple Behavior Intervention for Weight Management: effectiveness on a Population Basis. *Preventive Medicine*, 46, s. 238-246.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Christensen, H., Jacomb, P. A., Rodgers, B. & Parlslow, R.A. (2003). Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust NZ J Public Health*, 27:434-440.
- Kaila, B. & Raman, M. (2008). Obesity: a review of pathogenesis and management strategies. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 22(1), 61.
- Kang, J. G. & Park, C. Y. (2012). Anti-obesity drugs: a review about their effects and safety. *Diabetes & metabolism journal*, 36(1), 13-25.

- Kapil, U. & Bhavna, A. (2002). Adverse effects of poor micronutrient status during childhood and adolescence, *Nutr Rev*, 60: S84-S90.
- Kaplan, H.I. & Kaplan, H.S. (1957). *The Psychosomatic Concept of Obesity*. *J Nerv Ment Dis*, 181–201.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H. & Must, A. (2008). “Obesity and Psychopathology in Women: A Three Decade Prospective Study”, *International Journal of Obesity*, 32, pp. 558-566.
- Katz, D. L. (2001). Behavior Modification in Primary Care the Pressure System Model. *Preventive Medicine*, 32, 66-72.
- Kayaalp, M.L. & Karaçetin, G. (2008). Çocukluk Obezitesi ile Çocuklardaki Diğer yeme Bozuklukları (derleme). *Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics*, 1(1): 32-44.
- Kılıç, E. Z., Uslu, R. İ., Erden, G. & Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler. *Kriz Dergisi*, 7 (2), 1-8.
- 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.
- Lee, N. M., Lucke, J., Hall, W. D., Meurk, C., Boyle, F. M. & Carter, A. (2013). Public views on food addiction and obesity: implications for policy and treatment. *PloS one*, 5(9), e74836.
- Lent, M. R., Eichen, D. M., Goldbacher, E., Wadden, T. A. & Foster, G. D. (2014). Relationship of food addiction to weight loss and attrition during obesity treatment. *Obesity*, 22(1), 52-55.
- Lipowicz, A., Gronkiewicz, S. & Malina, R.M. (2002). Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland, *Am J Hum Biol*, 14(4):468-75.
- Llewellyn, C. H., Trzaskowski, M., van Jaarsveld, C. H., Plomin, R. & Wardle, J. (2014). Satiety mechanisms in genetic risk of obesity. *JAMA pediatrics*, 168(4), 338344.
- Lomax, J.W. (1989). Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan Hi, Sadock Bj, editors. Baltimore: Williams & Wilkins, 1176-1186.

- Marcus, B. H., Rakowski, W. & Rossi, J. S. (1992). Assessing Motivational Readiness and Decision Making for Exercise. *Health Psychology*, 11 (4), 257-261.
- Martinez, E., Castro J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R. & Vila, M. (2007). Assessing Motivation to Change in Bulimia Nervosa: The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire, *European Eating Disorders Review*, 15, s.13–23.
- Mather, A., Cox, B., Enns, M. & Sareen, J. (2009). Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviours in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66: 277-285.
- Miller, N.S. (1991). *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. 3. Baskı, Merceel Dekker Inc., New York.
- Murphy, J., Horton, N., Burke, J. & Monson, R. (2009). Obesity and Weight Gain in Relation to Depression: Findings from the Stirling County Study. *International Journal of Obesity*, 33, pp. 335-341.
- Musante, G.J., Costanzo, P.R. & Friedman, K.E. (1998). The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a dietseeking obese population: a matter of gender specificity. *Int J Eat Disord*, 23:65-75.
- Nasser, J. A., Gluck, M. E. & Geliebter, A. (2004). Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite*, 43: 303-7.
- Needham B., Epel E., Adler, N. & Kiefe C. (2010). Trajectories of Change in Obesity and Symptoms of Depression: The CARDIA Study. *American Journal of Public Health*, 100 (6), pp. 1040-1046.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J. & Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc*, 106: 559-568.
- Odağ, C. (2011). *Nevrozlar -1, 2. baskı* İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve psikoterapi Vakfı Yayınları: 1, 25-34.
- Ogunbode, A. M., Ladipo, M. M. A., Ajayi, I. O. & Fatiregun, A. A. (2011). Obesity: an emerging disease. *Nigerian journal of clinical practice*, 14(4), 390-394.
- Okyay, P. & Uçku, R. (2002). Prevalence and risk factors of obesity of reproductive age women in an urban area of Izmir. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(3):5-12.

- Olsen, C. M. (2011). Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug addictions. *Neuropharmacology*, 61(7), 1109-1122.
- Oltmanns, T. F., Neale, J. M. & Davison, G. C. (2003). *Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak' a Çalışmaları* (İ. Dağ, Çev.) (1. Basım). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları (Orijinal yayım tarihi 1995).
- Onat, A. (2003). The impact of obesity on cardiovascular diseases in Turkey. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 31(5):279-89.
- Özgen, L., Kınacı, B. & Arlı, M. (2012). Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 45(1): 229-247.
- Özmen, D., Özmen, E., Ergin D., Şen, N. & Dündar, P. (2007). The Association of Self-Esteem, Depression and Body Satisfaction with Obesity among Turkish Adolescents. *BioMed Central Public Health*, 7 (80), ss. 1-7.
- Özsoy, S.A. (1994). 15 Yaş üzeri kadınlarda şişmanlığın görülme sıklığı ve şişmanlık oluşumunu etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10:37-47.
- Öztürk, H., Sevindik, F. N. & Yaman, S. Ç. (2006). Öğrencilerde Yalnızlık ve Sosyal Destek ile Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16, 383-94.
- 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.
- Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F. & Sun, G. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS One*, 8(9), e74832.
- 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.
- Pinna, F., Lai, L., Pirarba, S., Orrü, W., Velluzzi, F., Loviselli, A. & Carpinello, B. (2011). Obesity, alexithymia and psychopathology: A case-control study. *Eating and Weight Disorders*, 16(3), 164-174.
- Polat, A. & Turan, H.S. (2013). Obezite: Tanı, Sınıflandırma ve Epidemiyoloji: Yücel B., Akdemir A., Küey AG., Maner F., Vardar E., (editörler); *Yeme Bozuklukları ve Obezite*, 1. Baskı, nisan, Ankara; Bölüm IV; 27-sayfa 291.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow.
- Ramaciotti, C.E., Coli, E., Bondi, E., Burgalassi, A., Masimetti, G. & Dell'Osso, L. (2008). Shared psychopathology in obese subjects with and without binge eating disorder. *Int J Disord*, 41: 643-49.
- 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.
- Resch, M., Haasz, P. & Sido, Z. (1998). Obesity as psychosomatic disease, *Eur Psychiatry*, 13(Suppl 4):315.
- Ricca, V., Mannuci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T. & Cabras, P. L. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2): 111-15.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beaumont, P., Russell, J. & Clarke, S. (2000). Development of an Instrument to Assess Readiness to Recover in Anorexia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 28, s.387-396.
- Roberts, E. R., Kaplan, G. A., Shema, S. J. & Strawbridge, W.J. (2000). Are the Obese at Greater Risk for Depression? *Am J Epidemiol*; 152:163-170.
- Robinson, E. J. (2009). *The Impact of Quality of Life Issues and Psychological Evaluation: A Comparison Between Psychological Evaluator, Bariatric Candidate, and Post-bariatric Surgery Client*. ProQuest.
- Sağlık teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı. (2014). Türkiye' de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri, STD 2014.01/00, Ankara.
- Sansoy, V. (2001). *Body Mass Index, Waist Circumference and Waist Hip Ratios. In Turkish Adults*, Editor: Onat A. TEKHARF Yüzyıl Dönümünde Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı, 1. Baskı. İstanbul: Argos Matbaacılık, p.68-73.
- Sarısoy, G., Atmaca, A., Ecemiş, G., Gümüş, K. & Pazvantoğlu, O. (2013). Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 14, 53-61.

- 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.
- Satman, İ. & Yılmaz, M.T. (2001). Dünyada ve Türkiye'de obezite epidemiyolojisi, *Aktüel Tıp Dergisi*, 6: 9-12.
- Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiye nervoza belirtiler endeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7 (23), 19-25.
- Schierup, M. H. (2015). *Investigating the epidemiological and genetic overlap between obesity and alcohol consumption and addiction* (Doctoral dissertation, University of Copenhagen).
- Schulte, E. M., Joyner, M. A., Potenza, M. N., Grilo, C. M. & Gearhardt, A. N. (2015). Current Considerations Regarding Food Addiction. *Current psychiatry reports*, 17(4), 1-8.
- Scott, K.M., McGee, M. A., Wells, J. E. & Oakley, M. A. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res*, 64: 97105.
- Seals, J.G. (2007). Integrating The Transtheoretical Model into The Management of Overweight and Obese Adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, s. 63–71
- Seger, J. C., Horn, D. B., Westman, E. C., Lindquist, R., Scinta, W., Richardson, L. A. & Bays, H. E. (2014). *Obesity Algorithm*, presented by the American Society of Bariatric Physicians.
- Seidell, J.C., Verschuren, M., Van Leer, M. & Kroumhout, D. (1996). Overweight, underweight and mortality. *Arch Intern Med*, 156(9):958- 63
- Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N. & Bozkurt, S. (2014). Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1).
- Siegel, J., Yancy, A.K. & McCarthy, W.J. (2000). Overweight and depressive symptoms among African American women, *Prev Med*, 31: 232-240.
- Simon, G.E., Ludman, E.J., Linde, J.A., Operskalski, B. H. & Rohde, P. (2008). Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, 30: 32-39.
- Simon, G.E., Von Korff, M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK. & van Belle G, Kessler RC. (2006) Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry*; 63:824-830.

- Solmuş, T. (2008). *Bağlanma ve Aşkın İki Yüzü*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Sorias, O. (1992). Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Psikoloji-Seminer, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları* 9: 33-49.
- Sözen, M.A. (2006). Obezite ve Obezitenin Genetiği, *Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal Of Kocatepe*, 7:1- 11/ Eylül.
- 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.
- Stunkard, A. J., Stinnett, J. L. & Smoller, J.W. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity, *Am J Psychiatry*, 143:417-429.
- Sullivan, M., Karlsson, J. & Sjostrom, L.(1993). Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 17:503-512.
- Sullivan, P. W., Ghushchyan, V. H. & Ben Joseph, R. (2008). The Impact of Obesity on Diabetes, Hyperlipidemia and Hypertension in the United States. *Qual Life Res*;17:1063-1071.
- Sung, K. C., Kim, S. H. & Reaven, G.M. (2007). Relationship among alcohol body weight and cardiovascular risk factors. *Diabetes Care October*, 30(10):2690-4.
- Sungur, Z. M. (2009). *Sen, Ben ve Aramızdaki Her Şey*. İstanbul: Goa Yayıncılık.
- Sümer, A., (2014). Defmiton of obesity Current Indications for Obesity Surgery. *Eur J Endosc Laparosc Surg*;1(4):144-150.
- Şahpolat, M., Arı, M., Kokaçya, M. H. & Çöpoğlu, Ü. S. (2014). Ödül Eksikliği Sendromu. *Bağımlılık Dergisi*, 2014, Cilt: 15, Sayı:2, s:85-90.
- T.C. Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı(2013-2017), sağlık bakanlığı yayın no: 773, 3. Basım Ankara, sayfa 17
- Tahiroğlu, A. Y., Fırat, S., Diler, R. S. & Avcı, A. (2005). Erkek Çocuklarda Yeme Bozuklukları; Bir Anoreksiya Nervosa Vakası, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48: 151-157.
- Tarhan, N. (2014). *Kadın Psikolojisi*. İstanbul: Nesil Yayınları.

- Tezcan, B. (2009). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar*, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Thorgeirsson, T. E., Gudbjartsson, D. F., Sulem, P., Besenbacher, S., Styrkarsdottir, U., Thorleifsson, G. & Stefansson, K. (2013). A common biological basis of obesity and nicotine addiction. *Translational psychiatry*, 3(10), e308.
- Tkalčić, M., Pokrajacbulian, A. (2006). Biopsychosocial Aspects of Obesity in Croatia: Transtheoretical Model of Behaviour Change. *Cognition, Brain, Behavior*, 10, s. 53-67.
- Toro, J., Gomez-Peresmitre, G. & Sentis, J. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41: 556-565.
- Tüzün, M., Kabalak, T. & Yılmaz, C. (1999). *Obezitenin genel özellikleri- tanım, sıklık, tanı, sınıflandırma, tipleri, dereceleri ve komplikasyonları*, In: Yılmaz C, editör. *Obezite ve Tedavisi*, İstanbul: Mart Matbaacılık, s. 11-28.
- Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G. D., Kalaça, S. & Sözmen, K. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Obezite sayfa 139- 145.
- Ünal, G. (2010). *Yetişkin kadınlarda yaşam koşullarının antropomerik ölçümler ve obezite ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D. & Baler, R. D. (2013). Obesity and addiction: neurobiological overlaps. *Obesity reviews*, 14(1), 2-18.
- Wadden, T.A., Webb, V. L., Moran, C. H. & Baile, B.A., (2012). Lifestyle Modification of Obesity. *Circulation*; 125: 1157-1170
- Werrij, M. Q., Mulkens, S., Hospers, H. J. & Jansen, A. (2006). Overweight and Obesity: the Significance of a Depressed Mood. *Patient Educ Couns*; 62:126-131.
- 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.
- WHO. (1997). *Obesity, Preventing and Managing The Global Epidemic - Report of a WHO Conclutation on Obesity*. Geneva, 3-5 June.
- Wing, R. R., Matthews, K. A. & Kuller, L.H. (1991). Waist to hip ratio in middle-aged women: associations with behavioral and psychosocial factors and with changes in cardiovascular risk factors, *Arterioscler Thromb*, 11:1250-1257.

- World_health_organization.(2015). Obesity and overweight.World health organization.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/N311/en/index.html>. Accessed 2015 january.
- Wright, Natania D. (2010). The Relationship Between Social Anxiety, Disordered Eating, and Physical Activity in Overweight and Obese Individuals, Yeshiva University, (Yüksek lisans tezi), New York.
- Wright, S. M. & Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal imaging*, 37(5), 730-732.
- Yalçın, M., Şahin, M.& Yalçın, E. (2004). Prevalence and epidemiological risk factors of obesity in Turkey, *Middle East Journal of Family Medicine*, 2(4):11-21.
- Yılmaz, B. (2007). Yardım Çalışmalarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri*, 10, 137-147.
- 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.
- Zablotsky, D. & Mack, K.A. (2004). Changes in obesity prevalence among women aged 50 years and older. Results from the behavioral risk factor surveillance system, 1990-2000, *Research on Aging*, 26(1):13-30.
- Zara, A. (2011). Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: İmge Yayınevi.
- Zhao, G., Ford, E., Dhingra, S., Li, C. & Strine, T. (2009). Depression and Anxiety Among US Adults: Associations.International Journal of Obesity, 33, pp. 257-266.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S.G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality*, 52 (1), 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric Charecteristics of the Multidimensional Scale of Percieved Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3-4), 610-617.

EKLER

Ek A. BİLGİLENDİRİLMİS GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Obez Bireylerde Yeme Tutumu, Algılanan Sosyal Destek ile Psikopatolojilerinin Değerlendirilmesi, Motivasyonel Süreç Yönünden İlişkisi”

Başlıklı Tez/Proje Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Tarih:/...../.....

Bu araştırmanın amacı, Obezite kliniğine başvuran yetişkin bireylerin, obezite ile ilgili emosyonel süreçlerinin psikopatoloji açısından değerlendirilmesidir.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığımız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda Öznur Özkoca tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:/...../.....

Katılımcı Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Tanık Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Ek B. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu

I) GENEL BİLGİLER

1. Doğum Tarihi:

2. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni Hal: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul

4. Çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

5. Kliniğe başvurma nedeniniz nedir?

1. Kilo almak için 2. Kilo vermek için 3. Diyabet

4. İnsülin direnci 5. Kalp-damar hastalıkları 6. Diğer

II) SAĞLIK VE BESLENME DURUMU

1. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

1. Hayır 2. Diyabet 3. İnsülin direnci,

4. Şişmanlık 5. Hipertansiyon 6. Ülser-Gastrit

7. Böbrek hastalıkları 8. Kalp-Damar hastalıkları 9. Troid

10. Karaciğer-Safra hastalıkları 11. Psikiyatrik hastalıklar 12. Diğer (.....)

2. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

Varsa belirtiniz:..... Ne kadar süredir?..... ay.

3. Psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü?

a) Evet b) Hayır

Evetse; Ne kadar süre? Hangi ilacı kullandınız?

.....

4. Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalık var mıdır? (Cevabınız hayır ise, 4. soruya geçebilirsiniz.)

a)Evet b)Hayır

5.Cevabınız 'evet' ise psikiyatrik hastalığı belirtiniz.

.....

6.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır kullanmıyorum 2. Evet kullanıyorum

7.Alkollü içecek tüketiyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

8.Fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

9. Sizde yeterli ve dengeli besleniyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

10. Günde kaç öğün tüketiyorsunuz?

- 1.Günde 1 öğün tüketiyorum
- 2.Günde 2 öğün tüketiyorum
- 3.Günde 3-4 öğün tüketiyorum
- 4.Günde 4 ve üzeri öğün tüketiyorum

11. Sizde en çok hangi öğünü atlıyorsunuz?

- 1.Sabah kahvaltısı
- 2.Öğle yemeği
- 3.Akşam yemeği
- 4.Ara öğünler (Kuşluk, ikindi, gece)

12.Sık sık acıkıp atıştırma yapar mısınız?

1. Günde 1-2 kez
2. Günde 3-4 kez
3. Günde 4 kez ve daha fazla

4. Hayır, yapmam

13.Hangi duygu durumunda en çok atıştırma yaparsınız?

- 1.Üzgün, mutsuz, sıkıntılı.
- 2.Neşeli, mutlu, keyifli .
- 3.Hepsinde yaparım.
- 4.Hayır,yapmam.

14. Atıştırma yaptıktan sonra kendinizi pişman hisseder misiniz?

- a)Evet b)Hayır

15.Geceleri atıştırma yapar mısınız?

- a)Evet b)Hayır

16.Fazla kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

17.Kilo almaya başlanan yaş kaçtır?

18.Kilo almaya başlanan durum nedir?

- a)Sigarayı bırakma
- b)Doğum
- c)Menapoz
- d)Depresyon Sonrası
- e)Yeme Bozukluğu
- f)Diğer (.....)

19.Neden kilo vermek istiyorsunuz?

- 1.Sağlık problemlerinden kurtulmak
- 2.Güzel bir fiziksel görünüme sahip olmak
- 3.İyi hissetmek
- 4.Rahat hareket edebilmek
- 5.Çocuk sahip olabilmek

a)Evet b)Hayır

5.Cevabınız 'evet' ise psikiyatrik hastalığı belirtiniz.

.....

6.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır kullanmıyorum 2. Evet kullanıyorum

7.Alkollü içecek tüketiyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

8.Fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

9. Sizde yeterli ve dengeli besleniyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

10. Günde kaç öğün tüketiyorsunuz?

- 1.Günde 1 öğün tüketiyorum
- 2.Günde 2 öğün tüketiyorum
- 3.Günde 3-4 öğün tüketiyorum
- 4.Günde 4 ve üzeri öğün tüketiyorum

11. Sizde en çok hangi öğünü atlıyorsunuz?

- 1.Sabah kahvaltısı
- 2.Öğle yemeği
- 3.Akşam yemeği
- 4.Ara öğünler (Kuşluk, ikindi, gece)

12.Sık sık acıkıp atıştırma yapar mısınız?

1. Günde 1-2 kez
2. Günde 3-4 kez
3. Günde 4 kez ve daha fazla

4. Hayır, yapmam

13.Hangi duygu durumunda en çok atıştırma yaparsınız?

- 1.Üzgün, mutsuz, sıkıntılı.
- 2.Neşeli, mutlu, keyifli .
- 3.Hepsinde yaparım.
- 4.Hayır,yapmam.

14. Atıştırma yaptıktan sonra kendinizi pişman hisseder misiniz?

- a)Evet b)Hayır

15.Geceleri atıştırma yapar mısınız?

- a)Evet b)Hayır

16.Fazla kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

17.Kilo almaya başlanan yaş kaçtır?

18.Kilo almaya başlanan durum nedir?

- a)Sigarayı bırakma
- b)Doğum
- c)Menapoz
- d)Depresyon Sonrası
- e)Yeme Bozukluğu
- f)Diğer (.....)

19.Neden kilo vermek istiyorsunuz?

- 1.Sağlık problemlerinden kurtulmak
- 2.Güzel bir fiziksel görünüme sahip olmak
- 3.İyi hissetmek
- 4.Rahat hareket edebilmek
- 5.Çocuk sahip olabilmek

20.Kilo vermek istiyorsanız bunun için ne yapıyorsunuz ?

- a) Diyet yapıyorum
- b) Diyet ile birlikte fiziksel aktivite yapıyorum
- c) Sadece fiziksel aktivite yapıyorum
- d) Zayıflama ilacı ve kullanıyorum
- e) Zayıflama ürünleri (Bitkisel çay, zayıflama bandı vb. kullanıyorum
- f)Diyetetik ürünler (Az yağlı süt-yoğurt, diyet bisküvi, diyet reçel vb.) kullanıyorum
- g)Hiçbir şey yapmıyorum.

21. Ailenizde obez ya da kilolu bireyler var mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır

22.Şişman bir çocuk muydunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

23.Obezite tedavi programına geliş durumunuz nedir ?

- a)Kendi isteği ile
- b)Yakını isteği ile

24. Obezite tedavi programına daha önce katıldınız mı ? (cevabınız hayır ise, 26. Soruya geçebilirsiniz.)

- a)Evet
- b)Hayır

25.Cevabınız 'evet' ise tedavinizin kaçınıcı ayındasınız ?

- a)0-3 ay
- b)3-6 ay
- c)6-9 ay
- d)9 ay üzeri

26.Son bir ay içinde zayıflamak için katıldığımız başka bir tedavi programı varmı ?

- a)Evet
b)Hayır
c)Daha önce tedavi programına katılmadım.

27.Daha önce kaç kez diyet yapmayı denediniz?

- a) 1-4 kez b) 5-10 kez c) 10'dan fazla
d) Her zaman diyet yaparım e) Daha önce hiç yapmadım

28. Vücut kompozisyonu ölçümleri (araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

	1.ay	6.ay
1. Vücut ağırlığı (kg)		
2. Boy uzunluğu (cm)		
3. BKİ (kg/m ²)		
4. Vücut yağ miktarı (kg)		

Ek C. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız.

Hiç :0
Çok az :1
Orta Derecede :2
Oldukça Fazla :3
İleri Derecede :4

1. Baş ağrısı ...
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi ...
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler ...
4. Baygınlık ve baş dönmeler ...
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı ...
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu ...
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri ...
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri ...
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük ...
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler ...
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi ...
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrıları ...
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi ...
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali ...
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri ...
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma ...
17. Titreme ...
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi ...
19. İştah azalması ...
20. Kolayca ağlama ...
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi ...
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi ...
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma ...
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları ...

60. Aşırı yemek yeme ...
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma ...
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma ...
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması ...
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma ...
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali ...
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama ...
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği ...
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme ...
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme ...
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi ...
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi ...
72. Dehşet ve panik nöbetleri ...
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi ...
74. Sık sık tartışmaya girme ...
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali ...
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu ...
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme ...
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma ...
79. Değersizlik duygusu ...
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu ...
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma ...
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu ...
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu ...
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması ...
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi ...
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller ...
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi ...
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama ...
89. Suçluluk duygusu ...
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi ...

25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu ...
26. Olanlar için kendini suçlama ...
27. Belin alt kısmında ağrılar ...
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi ...
29. Yalnız hissi ...
30. Karamsarlık hissi ...
31. Her şey için çok fazla endişe duyma ...
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali ...
33. Korku hissi ...
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali ...
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi ...
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu ...
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi ...
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak ...
39. Kalbin çok hızlı çarpması ...
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi ...
41. Kendini başkalarından aşağı görme ...
42. Adele (kas) ağrıları ...
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi ...
44. Uykuya dalmada güçlük ...
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme ...
46. Karar vermede güçlük ...
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu ...
48. Nefes almada güçlük ...
49. Soğuk ve sıcak basması ...
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu ...
51. Hiç bir şey düşünmeme hali ...
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması ...
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi ...
54. Gelecek konusunda ümitsizlik ...
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük ...
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi ...
57. Gerginlik veya coşku hissi ...
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi ...
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri ...

Ek D. Yeme Tutumları Testi(YTT)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen kutu içine (X) işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “hiçbir zaman” yazılı kutu içine (X) işareti koyunuz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “daima”nın altını (X) ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						

30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.							
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.							
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.							
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.							
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.							
35. Kabızlıktan yakınırım.							
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.							
37. Perhiz yaparım.							
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.							
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.							
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.							

Ek E. Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ)

Aşağıdaki her madde beş ifadeden oluşmaktadır. Her madde için, beş ifadeyi de lütfen dikkatlice okuyunuz. Sonra, sizin *şu anki* tutum ya da davranışınızı (geçmişte nasıl olduğunuz ya da nasıl olmak istediğiniz değil) en iyi tanımlayan ifade ya da ifadeleri seçiniz. Eğer sorunuz olursa lütfen yardım isteyiniz. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacaktır.

1. Aşağıdaki ifadeler kilo almayla ilgilidir:

- Kilomla ilgili bir problemim yok.
- Kilo almayı durdurma vaktinin geldiğini bazen düşünürüm.
- Kilo almayı durdurma vaktinin geldiğine karar verdim.
- Kilo almayı durdurmaya çabalyorum.
- Kilo almayı durdurmaya başardım ve bunun böyle kalmasını umut ediyorum.

2. Aşağıdaki ifadeler günlük besin alımıyla ilgilidir:

- Her gün standart boyutta 3 ana öğün ve üç ara öğün yememe gerek yok.
- Her gün standart boyutta 3 ana öğün ve üç ara öğün yemeyi bazen düşünüyorum.
- Her gün standart boyutta 3 ana öğün ve üç ara öğün yemem gerektiğine karar verdim.
- Her gün standart boyutta 3 ana öğün ve üç ara öğün yemek için oldukça çaba harcıyorum. e) Her gün standart boyutta 3 ana öğün ve üç ara öğünden oluşan şimdiki yeme düzenimi korumak için çabalyorum.

3. Aşağıdaki ifadeler vücut ağırlığı ile ilgilidir:

- _____ kg'dan az vücut ağırlığına sahip olmama gerek yok (sizin için en yüksek normal kiloyu yazınız).
- En azından _____ kg olsam bazı yönlerden daha iyi olacağımı düşünüyorum.
- En azından _____ kg vücut ağırlığına ulaşmak için çabalamaya karar verdim.
- Şuanda en azından _____ kg vücut ağırlığına ulaşmak için çok çaba harcıyorum.
- En azından _____ kg vücut ağırlığımı korumaya çalışıyorum.

4. Aşağıdaki ifadeler doktor tarafından verilen diyet listesine uyma ile ilgilidir:

- Diyet listesine asla uyamam.
- Diyet listesine uyabileceğimden emin değilim.
- Diyet listesine uymak için çaba göstermeye karar verdim.
- Diyet listesine uymak için çaba gösteriyorum.

e) Diyet listesine uymayı başardım ve bunun bu şekilde kalmasını istiyorum.

5. Aşağıdaki ifadeler kilo verme amaçlı egzersiz alışkanlıklarıyla (yürüyüş, fitness, yüzmeye, jimnastik vb.) ilgilidir. Lütfen hangi egzersiz çeşidini kullandığınızı boşluklara yazınız:

- a) Kilomu vermek için egzersiz () yapmaya hazır değilim.
b) Kilomu vermek için egzersiz () yapmayı bazen düşünüyorum.
c) Kilomu vermek için egzersiz () yapmaya karar verdim.
d) Kilomu vermek için egzersiz () yapmaya oldukça çok çaba harcıyorum.
e) Kilomu vermek için düzenli olarak egzersiz () yapıyorum ve bunu bu şekilde sürdürmek istiyorum.

6. Aşağıdaki ifadeler vücudunuzun özellikle kilo verme konusunda sizi endişelendiren bazı bölgeleriyle (kalça, basen, göbük veya göğüs vb.) ilgilidir. Lütfen bedeninizde memnun olmadığınız bölgeleri boşluklara yazınız.

- a) Vücudumun bu bölgelerinden () memnun olduğum için kilo vermeme gerek yok.
b) Vücudumun bu bölgelerinden () memnun olmadığım için kilo vermeyi bazen düşünüyorum.
c) Vücudumun bu bölgelerinden () memnun olmadığım için kilo vermeye karar verdim.
d) Vücudumun bu bölgelerinden () memnun olmadığım için kilo vermeye çaba harcıyorum.
e) Vücudumun bu bölgelerinden () memnun olmadığım için kilo veriyorum ve bunu sürdürmek istiyorum.

7. Aşağıdaki ifadeler sizin sağlığınızla ilgilidir:

- a) Kilomun sağlığım için risk oluşturduğunu düşünmüyorum.
b) Kilomun sağlığım için risk oluşturduğunu bazen düşünüyorum.
c) Kilomun sağlığım için risk oluşturduğunu düşünüyorum ve bu sebeple kilo vermek için çaba göstermeye karar verdim.
d) Kilomun sağlığım için önemli bir risk oluşturduğunu düşünerek kilo vermek için çaba gösteriyorum.

e) Kilomun sağlığım için ciddi bir risk oluşturduğunu düşünerek kilo vermeye başladım ve bunu sürdürmek istiyorum.

8. Aşağıdaki ifadeler kilonuz hakkında düşünmeye harcadığınız zamanla ilgilidir(zayıflamakla ilgili düşünceler, yiyeceklerdeki kalori veya yağ oranını hesaplamak ya da yiyeceklerin miktarı ve kilo yapıcı özellikleri ile ilgili düşünmek gibi):

- a) Kilom hakkında düşünmeye ayırdığım zamanın miktarında herhangi bir yanlışlık yok.
- b) Kilom hakkında düşünmeye ayırdığım zamanın miktarı bazen bir sorun olabilmektedir.
- c) Kilom hakkında düşünmeye ayırdığım zamanın miktarını azaltmamda bana yardımcı olacak yöntemler kullanmam gerektiğine karar verdim.
- d) Kilom hakkında düşünmeye ayırdığım zamanın miktarını azaltmamda bana yardımcı olacak yöntemler kullanıyorum.
- e) Önceden kilom hakkında düşünmek için çok fazla zaman harcardım artık bunu azaltmayı başardım ve bunun böyle devam etmesini umuyorum.

9. Aşağıdaki ifadeler belli yeme davranışlarıyla ilgilidir (Yiyecekleri belirli miktar veya zamanda yemek, diğer insanlardan daha kısa sürede yemek yemek, diğer insanlarla birlikte yemek yerken zorlanmak, yiyecekleri belirli sırada yeme ihtiyacı ya da her gün aynı yeme planına uyma gerekliliği):

- a) Yemeğimi yeme şeklimde değiştirmem gereken bir şey yok.
- b) Yemeğimi yeme şeklimin değiştirmem gereken yönleri olduğunu bazen düşünüyorum.
- c) Yemeğimi yeme şeklimin bazı yönlerini değiştirmek için çabalamaya karar verdim.
- d) Yemeğimi yeme şeklimin bazı yönlerini değiştirmek için oldukça çok çaba harcıyorum.
- e) Yemeğimi yeme şeklimin bazı yönlerini değiştirmeyi başardım ve bunun bu şekilde kalmasını istiyorum.

10. Aşağıdaki ifadeler özel durumlarda (yemekli toplantı, düğün, mevlit, kadınlar günü vb.) diyeti devam ettirebilmeye ilgilidir:

- a) Uyguladığım diyetle böyle durumlarda asla devam edemem.
- b) Uyguladığım diyetle böyle durumlarda devam edebileceğimi bazen düşünüyorum.
- c) Uyguladığım diyetle böyle durumlarda da devam etmek için çaba göstermeye karar verdim.
- d) Uyguladığım diyetle böyle durumlarda da devam etmek için çaba gösteriyorum.
- e) Uyguladığım diyetle böyle durumlarda da devam edebiliyorum ve bunun böyle sürmesini istiyorum.

11. Aşağıdaki ifadeler belirli duygusal problemlerle (mesela depresif, kaygılı, öfkeli veya huzursuz hissetmek gibi) ilgilidir:

- a) Halletmem gereken herhangi bir duygusal problemim yok.
- b) Halletmem gereken belirli duygusal problemlerim olduğunu bazen düşünüyorum.
- c) Halletmem gereken belirli duygusal problemlerim olduğuna karar verdim.
- d) Duygusal problemlerimi halletmek için aktif olarak çalışıyorum.
- e) Duygusal problemlerim halloldu ve bunu bu şekilde sürdürmeye çalışıyorum.

12. Aşağıdaki ifadeler belirli (mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı veya hayatının üzerinde kontrol sahibi olamama duygusu gibi) özelliklerle ilgilidir:

- a) Hayata yaklaşım tarzımda halletmem gereken herhangi bir problemim yok.
- b) Hayata yaklaşım tarzımda halletmem gereken belirli problemler olduğunu bazen düşünüyorum.
- c) Hayata yaklaşım tarzımda belirli problemler olduğuna ve bunları halletmek için çalışmaya karar verdim.
- d) Hayata yaklaşım tarzımdaki problemleri halletmek için etkin bir şekilde çalışıyorum.
- e) Hayata yaklaşım tarzımdaki problemler halloldu ve bunu bu şekilde sürdürmek için çabalıyorum.

13. Aşağıdaki ifadeler ilişki problemleriyle (aile veya arkadaşlarla olan ilişkiler gibi) ilgilidir:

- a) Diğer kişilerle ilişkilerimde halletmem gereken herhangi bir problemim yok.
- b) Diğer kişilerle ilişkilerimde belirli problemlerim olduğunu ve bunları halletmem gerektiğini bazen düşünüyorum.
- c) Diğer kişilerle ilişkilerimde belirli problemlerim olduğuna ve bunları halletmeye çalışmaya karar verdim.
- d) Diğerleriyle ilişkilerimdeki problemleri halletmek için etkin bir şekilde çalışıyorum.
- e) Diğerleriyle ilişkilerimdeki problemler halloldu ve bunu bu şekilde sürdürmek için çabalıyorum.

Ek F. Gözden Geçirilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (GÇASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

Özgeçmiş

Öznur Özkoca, 2 Ağustos Aralık 1991' de İstanbul' da doğdu. 2009-2014 yılları arasında Işık Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü' nden mezun oldu. Lisans eğitimi sürecinde Ayışığı Anaokulu, Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yedikule Sur Pirgiç Ermeni Hastanesi psikiyatri servisi dalında stajlarını yapmıştır. Psikiyatri ve klinik psikoloji seminerlerini içeren İstanbul Psikiyatri Enstitüsü'nün mesleğe hazırlık programına katıldı. 2014-2015 yılları arasında Marmara Üniversitesi'nde pedagojik formasyon eğitimini tamamladı. 2015 yılında Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı Yetişkin Alt Alanına kabul edilerek uzmanlık stajını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi' nde tamamlamıştır. 2014-2016 yılları arasında Dr.Gürkan Kubilay Obezite Kliniği'nde tam zamanlı olarak, Hümanite Psikiyatri Tıp Merkezin'de yarı zamanlı psikolog olarak görev aldı. Son bir yıldır Özel Avcılar Hospital'da çalışmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Denver Gelişim Testi ve Nöropsikolojik Değerlendirme testleri eğitimini almıştır. Psikanalist Suzan Uğur Girginer'in verdiği Psikodinamik yönelimli psikopatoloji eğitiminin birinci yılındadır. Süpervizyon ile birlikte danışan görmeye devam etmektedir.