



**OBEZ BİREYLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ
TEMELLİ VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME DESTEKLİ
PSİKOEĞİTİMİN DUYGUSAL YEME VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK ÜZERİNE ETKİSİ**

Yusuf DURMUŞ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Erman YILDIZ**

Doktora Tezi-2025

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OBEZ BİREYLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ TEMELLİ VE
MOTİVASYONEL GÖRÜŞME DESTEKLİ PSİKOEĞİTİMİN DUYGUSAL
YEME VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÜZERİNE ETKİSİ**

Yusuf DURMUŞ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

Doktora Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Erman YILDIZ**

**Tez Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Erman YILDIZ
Prof. Dr. Funda KAVAK BUDAK
Doç. Dr. Pınar HARMANCI
Doç. Dr. Aysel AKBENİZ
Dr. Öğr. Üyesi Esra GÜNEY**

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

ETİK BEYANI

Bu tezin, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak, Doç. Dr. Erman YILDIZ danışmanlığında hazırladığım “Obez Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Duyusal Yeme Ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisi” başlıklı Doktora Tezi kapsamında elde edilen veri, bilgi ve belgeleri akademik etik kurallar çerçevesinde topladığımı; değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun şekilde sunduğumu; tezimde yararlandığım tüm çalışmalara bilimsel kurallara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; tezimin özgün olduğunu ve herhangi bir patent veya telif hakkı ihlalinde bulunmadığımı; aksi bir durumun tespit edilmesi hâlinde doğabilecek tüm sorumlulukları kabul ettiğimi beyan ederim. 27/11/2025

Yusuf DURMUŞ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ix
ABSTRACT	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Obezite: Psikososyal Boyutları ve Tedavideki Zorluklar	6
2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	6
2.1.2. Belirtileri ve Komorbid Hastalıklar	6
2.1.3. Epidemiyoloji.....	7
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.1.5. Obezitede Tedavi	8
2.2. Obezitede Kilit Bir Mekanizma: Duygusal Yeme	9
2.3. Obezitede Koruyucu Bir Faktör: Psikolojik Dayanıklılık.....	11
2.4. Duygusal Yeme ve Dayanıklılık İçin Kanıta Dayalı Yaklaşımlar: BDT ve MG	12
2.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Obezite.....	12
2.4.2. Obezite ve Motivasyonel Görüşme.....	21
2.5. BDT ve MG Entegrasyonu: Araştırmanın Teorik Gerekçesi.....	26
2.6. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Uygulayıcısı Olarak Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	28
3. MATERYAL VE METOT	32
3.1. Araştırmanın Türü.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
3.3.1. Deney ve Kontrol Grubu İçin Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	33
3.3.2. Deney ve Kontrol Grubu İçin Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri....	33
3.3.3. Deney Grubu İçin Araştırmayı Tamamlamama Kriterleri	33
3.3.4. Kontrol Grubu İçin Araştırmayı Tamamlamama Kriterleri.....	33
3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Güç Analizi	34

3.5. Katılımcıların Çalışmaya Alınması ve Randomizasyon Süreci	34
3.6. Veri Toplama Araçları	35
3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	35
3.6.2. Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ).....	35
3.6.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)	36
3.7. Verilerin Toplanması	37
3.10. Müdahale Protokolü: BDT ve MG Destekli Psikoeğitim Programı	39
3.10.1. Müdahalenin Teorik Çerçevesi ve Yapısı.....	39
3.10.2. Pilot Çalışma ve Uygulanabilirlik.....	39
3.10.3. Müdahaleyi Uygulayanın Yetkinliği.....	39
3.10.4. Deney Grubuna Uygulanan Müdahale Süreci	39
3.10.5. Kontrol Grubuna Uygulanan Standart Bakım.....	40
3.11. Araştırmanın Değişkenleri	50
3.12. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	50
3.13. Araştırmanın Etik İlkeleri	51
3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	52
4. BULGULAR.....	53
4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	53
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik ve Güvenirlik Analizi.....	54
4.3. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Duygusal Yeme Ölçek Puanı Üzerindeki Etkisi	56
4.4. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Psikolojik Dayanıklılık Ölçek Puanı Üzerindeki Etkisi.....	62
4.5. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Duygusal Yeme Ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları.....	68
5. TARTIŞMA	70
5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Obez Bireylerin Duygusal Yeme Düzeylerine Etkisinin Tartışılması	70
5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Obez Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisinin Tartışılması	74

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
KAYNAKLAR	80
EKLER.....	95
EK-1. Özgeçmiş	95
EK-2. Etik Kurul Onay Formu.....	96
EK-3. Kurum İzni	97
EK-4. Tanıtıcı Özellikler Formu	98
EK-5. Duygusal Yeme Ölçeği	99
EK-6. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	100
EK-7. Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi.....	101
EK-8. Motivasyonel Görüşme Eğitimi	102
EK-9. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu.....	103
EK-10. Duygusal Yeme Ölçeği Kullanım İzni	108
EK-11. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Kullanım İzni.....	109
EK-12. Bilişsel Davranışçı Terapide ABC Modeli.....	110
EK-13. Otomatik Düşünce Kayıt Formu	111
EK-14. Değerleri ve Hedefleri Belirleme Çalışması	112
EK-15. Problem Çözme Çalışma Formu	113
EK-16. Plutchik Duygu Çarkı.....	114
EK-17. Psikoeğitim Kitapçığı İçeriği.....	115

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca tezimin tüm aşamalarında bilgi, deneyim ve değerli katkılarıyla bana yol gösteren, desteğini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Erman YILDIZ'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Tez sürecimde katkılarını ve desteğini esirgemeyen tez izleme komitesi üyelerim Prof. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a ve Dr. Öğr. Üyesi Esra GÜNEY'e teşekkür ederim. Çalışmam boyunca her aşamada desteğini hissettiren, bilgi ve tecrübesiyle büyük katkılar sağlayan abim Dr. Öğr. Üyesi Mustafa DURMUŞ'a ve özellikle psikoeğitim kitapçığının hazırlanması sürecinde yol gösterici katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Seyit BAĞÇIVAN'a şükranlarımı sunarım. Araştırmama katılan değerli hastalarım, uygulamaların gerçekleştirilmesine katkıda bulunan Muş Devlet Hastanesi ve Muş Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'nde görev yapan diyetisyenlere, ayrıca çalışmamı destekleyen Muş Alparslan Üniversitesi'nin akademik ve idari personeline teşekkür ederim. Tüm bu süreçte sabrı, anlayışı ve manevi desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Nursen DURMUŞ'a yürek dolusu teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Obez Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Duygusal Yeme ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisi

Amaç: Araştırma, obez bireylerde BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve metot: Bu araştırma, randomize kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirilmiştir. Diyetisyen polikliniklerine başvuran 116 obez bireyden, katılım kriterlerini karşılayan 84'ü randomize edilerek deney (n=42) ve kontrol (n=42) gruplarına atanmıştır. Çalışma, 81 katılımcı (40 deney, 41 kontrol) ile tamamlanmıştır. Deney grubuna sekiz hafta süren, yapılandırılmış bir BDT ve MG temelli psikoeğitim programı uygulanırken, kontrol grubu standart bakım almıştır. Katılımcıların duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri, girişim öncesi, hemen sonrası ve iki ay sonraki izlemde Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ile ölçülmüştür. Veriler, iki yönlü karma desenli ANOVA ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Analiz sonuçları, müdahalenin hem duygusal yeme (Grup x Zaman Etkileşimi: $F(1,79) = 37.263$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.321$) hem de psikolojik dayanıklılık (Grup x Zaman Etkileşimi: $F(1,79) = 20.303$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.204$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir etki yarattığını göstermiştir. Deney grubunda duygusal yeme puanlarında gözlenen anlamlı düşüş ve psikolojik dayanıklılık puanlarında gözlenen anlamlı artış, iki aylık izlem döneminde de korunmuştur. Kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır.

Sonuç: BDT ve MG ilkelerini bütünleştiren psikoeğitim, obez bireylerde hem duygusal yeme davranışını azaltmada hem de psikolojik dayanıklılığı artırmada etkili ve kalıcı sonuçlar sunan bir müdahale modelidir.

Anahtar kelimeler: Bilişsel davranışçı terapi, Duygusal yeme, Motivasyonel görüşme, Obezite, Psikiyatri hemşireliği, Psikoeğitim, Psikolojik dayanıklılık

ABSTRACT

The Effect of a Cognitive Behavioral Therapy-Based and Motivational Interviewing-Supported Psychoeducation Program on Emotional Eating and Psychological Resilience in Individuals with Obesity

Objective: This research was conducted to determine the effect of CBT-based and MI-supported psychoeducation on emotional eating and psychological resilience in individuals with obesity.

Material and method: This study was conducted using a randomized controlled experimental design. Of the 116 obese individuals who applied to dietitian outpatient clinics, 84 who met the inclusion criteria were randomized into experimental ($n = 42$) and control ($n = 42$) groups. The study was completed with 81 participants (40 experimental, 41 control). The experimental group received a structured CBT- and MI-based psychoeducation program over eight weeks, while the control group received standard care. Participants' levels of emotional eating and psychological resilience were measured at baseline, immediately after the intervention, and at a two-month follow-up using the Emotional Eating Scale (EES) and the Psychological Resilience Scale (PRS). Data were analyzed using a two-way mixed-design ANOVA.

Results: The analyses revealed that the intervention had a statistically significant and strong effect on both emotional eating (Group $\times$ Time Interaction: $F(1,79) = 37.263$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.321$) and psychological resilience (Group $\times$ Time Interaction: $F(1,79) = 20.303$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.204$). The significant decrease in emotional eating scores and increase in psychological resilience scores observed in the experimental group were maintained during the two-month follow-up period. No significant changes were found in the control group.

Conclusion: Psychoeducation integrating the principles of CBT and MI represents an effective and sustainable intervention model for both reducing emotional eating behaviors and enhancing psychological resilience in obese individuals.

Keywords: Psychoeducation, Psychiatric nursing, Obesity, Cognitive behavioral therapy, Motivational interviewing, Emotional eating, Psychological resilience.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DYÖ	: Duygusal Yeme Ölçeği
GİS	: Gastrointestinal Sistem
MG	: Motivasyonel Görüşme
PDÖ	: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
HPA	: Hipotalamus-hipofiz-adrenal



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Değişim döngüsü.....	25
Şekil 3.1. Consort akış şeması	38
Şekil 3.2. Deney grubuna BDT temelli MG destekli psikoeğitim uygulama planı.....	41
Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubunun duygusal yeme ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem testi ölçüm grafiği	61
Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık ölçeği ön test, son test ve izlem testi ölçüm grafiği	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Obez bireylerde görülen bilişsel hata/bilişsel çarpıtma örnekleri	16
Tablo 2.2. Dörtlü karar dengesi	25
Tablo 3.1. Psikoeğitim programının içeriği.....	42
Tablo 4.1. Deney ve kontrol gruplarına göre bireylerin klinik ve tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması	53
Tablo 4.2. Değişkenlerin normallik testi sonuçları	54
Tablo 4.3. Gruplara göre ölçeklerin güvenirlik katsayılarının incelenmesi	55
Tablo 4.4. Duygusal yeme ölçeği ve alt boyutlarının iki yönlü karma desenli varyans analizi sonuçları.....	57
Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubunun duygusal yeme ölçeği ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre gruplar arası karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin duygusal yeme ölçeği ve alt boyutlarının gruba göre ölçüm zamanlarının karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.7. Psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının iki yönlü karma desenli varyans analizi sonuçları	63
Tablo 4.8. Deney ve kontrol grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre gruplar arası karşılaştırmaları.....	65
Tablo 4.9. Deney ve kontrol grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının gruba göre ölçüm zamanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.10. Uygulamanın psikolojik dayanıklılık ölçeği fark puanı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları.....	68
Tablo 4.11. Uygulamanın duygusal yeme ölçeği fark puanı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları.....	69

1. GİRİŞ

Obezite, dünya çapında yaklaşık 650 milyon insanı etkileyen, çevresel ve genetik faktörlerden kaynaklanan, sağlığı bozan, aşırı yağlanma ile karakterize bir kronik hastalıktır. Obezite, küresel bir sağlık salgını olarak kabul edilmekle beraber kronik hastalık yükünün artmasına ve sakatlıkların gelişimine katkıda bulunmaktadır (1,2). Obezite; tüm dünyada fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan önemli bir problem hâline gelmiştir. Küresel eğilimlere benzer biçimde Türkiye’de de obezitenin ve obezite kaynaklı kronik hastalıkların görülme sıklığının giderek arttığı bildirilmektedir (3). Obezite, son 30 yılda yaygınlığı neredeyse üç katına çıkan, kronik hastalıkların morbidite ve mortalitesinin önemli bir belirleyicisidir (4). Yeme davranışının ve bununla da bağlantılı olarak kilo sorununun çeşitli psikolojik sorunlar ve faktörlerle (ör. düşünce, duygu) ilişkili olduğu düşünülmektedir. Daha net bir ifadeyle obezite psikolojik sorunların oluşmasına yol açabildiği gibi kimi durumlarda da psikolojik sorunlar obezitenin oluşmasına zemin hazırlayabilir (5). Dünya Obezite Atlası 2025 raporuna göre, 2030 yılına gelindiğinde, 2,9 milyardan fazla yetişkinin yüksek BKİ ile yaşayacağı, bunun içinde 1,1 milyar yetişkinin (487 milyon erkek ve 643 milyon kadın) obezite ile yaşayacağı tahmin edilmektedir. Aynı raporda, ülkemizde 2025 yılı sonunda nüfusun %71’inin fazla kilolu, bunların ise %36’sının obez bireylerden oluşacağı öngörülmektedir (6). Dünyanın büyük bölümünde obez bireyler güçlü bir kilo damgalanmasına maruz kalmakta, bu damgalanma önyargı ve ayrımcılıkla birlikte yoğun stres kaynağı olmaktadır (7).

Obezitede psikolojik etmenlere olan ilgi son dönemde artış göstermiştir (8). Duygusal faktörler, bireyin kilo değişimine bağlılık geliştirmesi üzerinde önemli bir rol oynayabilir ve aşırı yeme ya da fiziksel aktiviteyi bırakma davranışlarında belirleyici bir etken olabilmektedir (9). Çalışmalar, psikolojik durum ile yeme davranışı arasında güçlü bir bağ olduğunu göstermektedir. Depresyon, anksiyete, yalnızlık, öfke, sıkıntı, korku ve yorgunluk gibi olumsuz duyguların bireylerde duygusal yeme davranışını tetiklediği farklı araştırmalarda tutarlı biçimde rapor edilmiştir (8,10-12). Çalışmalar, stresin neden olduğu duygusal yemenin, obezite için önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamaktadır (13-15). Özellikle stres ve karşılanmamış ihtiyaçların yarattığı gerginlik, yüksek kalorili ve lezzetli yiyeceklerin tercih edilmesine yol açmakta; bu durum kısa süreli bir rahatlama sağlasa da uzun vadede obezite riskini artırmaktadır (11). Duygusal yeme, yalnızca obe-

zite gelişimine katkı sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda suçluluk ve utanç duyguları yaratarak duygusal sorunları ağırlaştırmaktadır (16). Duygusal yeme, son dönemde yeme bozukluklarıyla birlikte depresyon, stres, anksiyete ve yetersiz duygu düzenleme gibi düşük psikolojik iyi oluş durumlarıyla ilişkilendirildiğinden, büyük önem taşımaktadır (17). Duygusal yemenin kilo almaya yatkınlığı artırdığı ve kilonun korunmasını engellediği belirtilmektedir (18). Duygusal yemeye sıkça başvurulması, zaman içinde kilo alımı ve kilo verme müdahaleleri sırasında zorluklarla ilişkilidir. Ayrıca, yeme bozukluğu geliştirme riskinde artış ve inflamasyon, kardiyovasküler hastalık riski gibi olumsuz sağlık ölçütleriyle bağlantılıdır (19). Duygusal yiyecekler için yemek yeme, olumsuz duyguları geçici olarak hafifletmeye yönelik kaçınmacı bir başa çıkma stratejisini temsil eder ve obezitenin gelişiminde rol oynayan önemli bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir (20, 21). Bu tür yeme davranışları, stresin metabolizma işleyişinde yarattığı değişimlerle birlikte zaman içinde kilo alımını ve obeziteyi teşvik etmektedir. Obezitenin sosyal, psikolojik ve davranışsal sonuçları ise bu döngüyü besleyerek devamlılık kazandırmaktadır (22). Çalışmalar, obez bireylerde duygusal yeme düzeyinin normal kilolu bireylere göre daha yüksek olduğunu ve bu grubun duygusal yemenin yaygın olduğu bir popülasyon olarak kabul edilerek müdahalelerin ana hedefi olması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca kilo yönetimi arayışında olan obez bireylerde duygusal yeme için hedefe yönelik tarama ve davranışsal desteğe ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (18,23,24).

Psikolojik dayanıklılık, genetik ve çevresel stres etkenleri ile sosyal ve yapısal destek sistemlerinin etkileşimiyle şekillenen; stres, sıkıntı, travma ve tehdit gibi olumsuz durumlar karşısında psikolojik esenliği koruma ya da yeniden kazanma yeteneğidir. Bireyin yaşamı boyunca olumsuz deneyimlerle yüzleşip bunların üstesinden gelmesiyle gelişen bu dinamik ve çok boyutlu süreç, ruh sağlığı, iyi oluş ve yaşam kalitesinin temel bileşenlerinden biridir (25,26). Psikolojik dayanıklılık, obeziteye karşı koruyucu bir faktördür. Bu durumun olası nedeni, stresin yeme davranışı üzerindeki etkilerini hafifletme yeteneğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Özellikle çalışmalar, dayanıklılığın algılanan stres ile aşırı yeme eğilimleri arasındaki ilişkiyi hafifletebileceğini göstermiştir (27,28). Psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi, beslenmeyle ilgili davranışlar, egzersiz ve fiziksel aktivite ile pozitif yönde bir ilişkisinin olduğu ve özellikle obez kişiler arasında ruh sağlığı üzerinde koruyucu bir rol oynadığı belirtilmektedir (29).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), obezite tedavisinde, bireylerin yeme davranışlarını değiştirmelerine ve sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemelerine yardımcı olmak için kul-

lanılan psikolojik yaklaşımlardan biridir. Son dönemlerde BDT yaklaşımları obezite tedavisinde önemli bir yer almaya başlamıştır (30-33). Avrupa Fiziksel ve Rehabilitasyon Tıbbı Derneği'nin kılavuzları BDT'yi obezite için altın standart psikolojik müdahale olarak şiddetle önermektedir. Smith ve ark.'ının (2023) yaptığı meta-analiz çalışmasında BDT'nin farkındalık temelli müdahaleler, kabul temelli müdahaleler, davranışçı kilo verme girişimleri gibi ve bu yöntemlerin kombinasyonları dâhil olmak üzere karşılaştırıldığında obezitede duygusal yeme ve kilo verme davranışını azaltmada daha etkili olduğu belirtilmiştir (32). BDT'nin işbirlikçi yapısının, dirençli hastaların katılımını sağlamada diğer müdahalelere göre daha etkili olmasının temel nedeni olarak değerlendirildiği bildirilmektedir (34). Bununla beraber optimal sağlık davranışlarının benimsenmesiyle ilişkili başlıca unsurların, değişime yönelik motivasyon eksikliği ve davranış değişikliğini sürdürme stratejilerindeki başarısızlıklar olduğu belirtilmektedir (35).

Geleneksel olarak kullanılan eğitim ve bilgilendirme temelli ikna yöntemleri, bireylerde çoğu zaman olumsuz bir etkiye neden olmakta ve değişime karşı gösterdikleri direnci artırmaktadır (36). Bu noktada öne çıkan MG sürecinin temel hedeflerinden biri ise konuşmayı hastanın kararsızlığını ve motivasyonunu keşfetmeye, uyumsuzlukları ortaya çıkarmaya ve hastanın değişim nedenlerini dile getirmesine yönlendirmektir (37). BDT'nin obezite tedavisindeki hedeflerinden biri de davranış değişikliğidir. Bu durum göz önüne alındığında, bilişsel süreçlerin düzenlenmesi ve davranış değişikliği hedefleyen BDT'nin etkinliğinin, değişim motivasyonunu artırmaya, kararsızlığı anlamaya ve çözümlmeye odaklanan MG ile desteklenebileceği belirtilebilir (35,38,39). Obezite tanılı bireylerde, duygusal yemeyi ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik MG'nin etkinliğini değerlendiren bir araştırmanın bulgularına göre, obez bireylere yönelik MG'nin bireylerin hem duygusal yeme hem anksiyete seviyelerini düşürdüğü gözlemlenmiştir (40). Barnes ve ark.'nın (2015) aşırı kilolu ve obez yetişkinlerde MG uygulanan son çalışmaları inceledikleri derlemede, dâhil edilen çalışmaların %54.2'sinde, başlangıçtaki vücut ağırlığının en az %5'i kadar klinik olarak anlamlı kilo kaybı bildirilmiştir (41). Beslenme ve diyet, ikilemin diğer bir deyişle ambivalansın yoğun olduğu bir alandır. Bu nedenle kilo verme amaçlı diyet uygulamalarında MG'nin etkinliği açıktır, çünkü diyetin kendisi bir ambivalans içerir: yemek veya yememek (38). MG, özellikle mevcut tedavileri değiştirmek yerine, tedavilerin etkisini ve gücünü artırmak için yararlı olabilmektedir (42).

BDT ile MG 'nin bazı kavram, fikir ve uygulamalarının belirli noktalarda örtüştüğü görülmektedir. Her iki yaklaşımda da hasta, davranışını değiştirme sürecine katıl-

makta, iki yöntemin de dinamik bir motivasyon anlayışına sahip olduğu görülmekte, danışan-hasta ilişkisinde güçlü bir işbirliği ruhunun olduğu ve hastanın terapötik süreçte aktif olarak rol aldığı görülmektedir. Ayrıca , hastanın öz yeterlilik duygusunu desteklemek, Bandura'nın sosyal öğrenme teorisini içeren her iki yaklaşım tarafından da benimsenen bir ilkedir. Hastanın çabalarına değer vermek, başarılı bir değişimin bir bileşeni olarak özgüven geliştirmenin önemi konusunda hemfikir olan her iki terapötik yaklaşımın da bir özelliğidir (43,44). Bu ortak yönler değerlendirildiğinde her iki yaklaşım, obezitenin gelişim sürecinde katkısı bulunan, tedavisinde önemli bir yer tutan duygusal yemenin azaltılmasında ve tedavide kilit rollerden birine sahip olan psikolojik dayanıklılığın artırılmasında psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanabilir. Ayrıca uluslararası düzeyde BDT ve MG' nin obezitede ele alındığı çalışmalar kısıtlıdır. Ulusal düzeyde incelenen çalışmalarda ise BDT ve MG'nin birlikte kullanıldığı herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmanın bu yönüyle alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin her iki terapi yöntemini birleştirerek, grup terapileri yürüterek hastaların tedavisinde faydalı sonuçlar alınacağı düşünülmektedir. Bundan dolayı entegre edilecek bu iki yöntemin tanımlanması ve test edilmesi ile hastalara ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Obez bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisi yeterince araştırılmamıştır. Bu araştırma, bu alandaki bilgi boşluğunu doldurarak, obez bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik etkili bir müdahale geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, obez bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Hipotezler

BDT'nin beceri odaklı yapısı ile MG'nin motivasyon artırıcı stratejilerinin birleşiminin, bireylerin hem duygusal yeme davranışlarını azaltmada hem de psikolojik dayanıklılıklarını artırmada tek başına yaklaşımlardan daha etkili olacağı öngörülmektedir. Bu teorik temelden hareketle şu hipotezler geliştirilmiştir:

H1: Obez bireylere verilen, bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim deney grubundaki hastaların duygusal yeme puan ortalamalarında kontrol grubundaki hastalara göre azalma sağlar.

H₂: Obez bireylere verilen, bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim deney grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarında kontrol grubundaki hastalara göre artma sağlar.

H₃: Obez bireylere verilen bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim ile deney grubundaki hastaların duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları girişim öncesi, girişim sonrası ve izlem dönemleri arasında farklılık gösterir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite: Psikososyal Boyutları ve Tedavideki Zorluklar

2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite, vücutta aşırı yağ birikimi ile ilişkili, çevresel ve genetik etmenlerden kaynaklanan kronik bir hastalıktır. Obezite, küresel çapta giderek yaygınlaşan, organik bozukluklara zemin hazırlayıp yaşam kalitesini düşüren bir sağlık problemidir. Beden Kitle İndeksi (BKİ), aşırı kilo ve obeziteyi sınıflandırmak için en yaygın kullanılan araçtır. Ağırlığın (kilogram) metre cinsinden boyun karesine oranıdır (kg/m^2). BKİ 30 kg/m^2 'den fazla olduğunda bireylere obezite tanısı konmaktadır (2,45-48).

DSÖ, yetişkinler için aşağıdaki standart tanımları önermektedir:

- Düşük kilolu : $\text{BKİ} < 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Normal kilo : $\text{BKİ} 18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$
- Fazla kilolu : $\text{BKİ} 25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$
- Obez : $\text{BKİ} 30\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$
- Morbid obez : $\text{BKİ} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ (47).

2.1.2. Belirtileri ve Komorbid Hastalıklar

Obezite hastalarında tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, dislipidemi, inme, safra kesesi hastalığı, solunum problemleri, osteoartrit ve bazı kanser türlerine bağlı morbidite riski artmıştır. Obez bireylerde hiperlipidemi, astım, romatoid artrit ve alerjik olmayan rinit gibi problemlerin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Yüksek BKİ'nin lösemi ile birlikte, rahim, safra kesesi, böbrek, rahim ağzı ve tiroid kanserleri riskinin artmasıyla pozitif korelasyon gösterdiği ve karaciğer, kolon, yumurtalık ve menopoz sonrası meme kanseriyle de pozitif ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan son çalışmalar, obez bireylerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Obezitede bel, kalça ve diz ağrısı sık görülmektedir (49,50). Ayrıca erkeklerde obezite, erektil disfonksiyon ve infertilite ile ilişkilendirilmiştir (51). Obez bireylerde, BKİ ile Gastrointestinal sistem (GİS) semptomları arasında önemli bir ilişki olduğu ve BKİ arttıkça görülen üst karın ağrısı, gastroözofageal reflü, ishal, kusma, öğürme, mide ekşimesi ve tam boşaltım sağlanamaması gibi GİS semptomlarının

arttığı vurgulanmaktadır (52). Solunum sisteminde obezite, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obstrüktif uyku apnesi, pulmoner emboli ve aspirasyon pnömosi gibi birçok bozuklukla ilişkilidir (53).

2.1.3. Epidemiyoloji

Obezite, insan sağlığı açısından en büyük zorluklardan birini teşkil etmektedir. Bir salgın olmaktan (ağırlıklı olarak yüksek gelirli ülkelerde çok sayıda insanı etkilerken) bir pandemiye (neredeyse tüm dünya ülkelerini kapsayacak şekilde) dönüşmüştür. 2030 yılına kadar 18 yaş üstü 1 milyardan fazla insanın obez olacağı tahmin edilmektedir. Dünya Obezite Federasyonu, 2030 yılına kadar her 5 kadından 1'i ve her 7 erkekten 1'i olmak üzere dünya genelinde bir milyar insanın obezite ile yaşayacağını öngörmektedir (47). Sağlık Bakanlığı'nın 2025 yılında yayımladığı bir araştırmanın sonucunda 2023 yılında ülkemizde yapılan çalışmada, yetişkin nüfusun %35,5'i fazla kilolu, %25,4'ü obezdir (54).

2.1.4. Etiyoloji

Obezite, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle yüzyıllardır varlığını sürdürmekte olup, günümüzde ciddi sağlık sonuçları doğuran küresel bir salgın hâline gelmiştir. Bu artan prevalans; yüksek enerjili, düşük lifli beslenme alışkanlıkları ve giderek yaygınlaşan hareketsiz yaşam tarzıyla ilişkilidir. Doymuş yağ ve karbonhidrat tüketiminin artması, sebze-meyve alımının azalması, şekerli içecek ve alkol tüketiminin artması gibi faktörler obezite riskini artırmaktadır. Son 25 yılda fiziksel aktivite düzeylerindeki azalma da obezitenin yaygınlaşmasına katkı sağlamıştır. Düzenli egzersiz yapmayan, hareketsiz yaşama eğilimli bireylerde aşırı kilo sorunları daha sık görülmektedir. Ayrıca, doğum sayısı arttıkça obezite riskinin de arttığı ifade edilmektedir (55,56).

Çalışmalar, obezitenin sadece yaşam tarzı değil, aynı zamanda çeşitli sosyal, psikolojik, genetik, hormonal ve farmakolojik faktörlerin de obezite gelişimine neden olduğunu göstermektedir. Obezitenin gelişiminde, büyüme hormonu eksikliği, hipotiroidizm, polikistik over sendromu ve cushing sendromu gibi bazı hastalıkların rol oynadığı bildirilmektedir. Çeşitli psikoaktif ajanlar ve hormonlar da dâhil olmak üzere birçok ilaç kilo alımına neden olabilmektedir. Bazı antidepresanlar da kilo alımına neden olabilmektedir. Harcanan enerjiye kıyasla alınan enerji miktarı, obezite gelişiminin temel nedenidir. Genetik faktörler obezite gelişme riskinde önemli bir rol oynamaktadır (57). Çalışmalar,

obezite gelişiminin yaşamın en erken evrelerinde, özellikle fetal dönemde başlayabileceğini ve ailede şiddetli obezite öyküsünün obezitenin ortaya çıkmasında etkili olduğunu göstermektedir (55). Güncel çalışmalar, psikolojik faktörlerin obezite etiyolojisinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Özellikle duygu düzensizlikleri ve olumsuz duygular, stres ve kötü ruh hâli, bireylerde aşırı yeme davranışlarını tetiklemektedir. Bu süreçte duygusal yeme davranışlarının, kilo alımını artırdığı ve kilo vermeyi zorlaştırdığı; özellikle yüksek yağ ve şeker içeren besinlere yönelme ve sık atıştırma eğilimiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (13,58).

2.1.5. Obezitede Tedavi

Obezite tedavisinin temel hedefi, morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Bunlarla beraber en önemli hedef, verilen kiloyu uzun dönemde de korumaktır. Bu süreçte diyet, egzersiz, davranış değişikliği, farmakolojik yöntemler ve bilişsel davranışçı terapi gibi yaklaşımlar birlikte kullanılmaktadır (8). Obezite tedavisinin temeli, enerji alımını azaltıp enerji harcamasını artıran yaşam tarzı değişiklikleridir. Geniş anlamda ele alındığında, gıda alışkanlıklarının ve fiziksel aktivitenin değiştirilmesinin yanı sıra uyku ve stres gibi diğer yaşam tarzı unsurlarına da dikkat edilmesini gerektirir. Stres ve ruh sağlığı gibi diğer psikososyal faktörlerin de ele alınması gerekir çünkü bunlar yaşam tarzında anlamlı değişiklikler gerçekleştirme becerisini etkileyebilmektedir (59).

Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi, obezite tedavisinin temel taşlarından biridir. Düşük kalorili diyetler, enerji alımı ile harcanan enerji arasında bir açık oluşturarak kilo kaybını sağlar. Diyet planları, bireyin alışkanlıklarına ve yaşam tarzına uygun şekilde düzenlenmelidir. Kilo kaybının kalıcı olması için yeme alışkanlıklarında sürdürülebilir değişiklikler gereklidir. Fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kaybını destekler ve verilen kilonun korunmasında önemli bir rol oynar. Egzersiz programları bireye özgü ve uygulanabilir olmalı, günlük alışkanlıklarla uyumlu ve sürdürülebilirliği artırmak için eğlenceli hale getirilmelidir. Davranışçı tedavi, bireylerin yeme alışkanlıklarını ve fiziksel aktivitelerini düzenlemeyi hedefler. Bu tedavi, yeme davranışlarını tetikleyen unsurları belirlemek ve bireylerin bu unsurlar üzerinde kontrol sağlamasına yardımcı olur. Kendini izleme, uyaran kontrolü ve beslenme eğitimi gibi çeşitli yöntemler uygulanır (8). Diyet ve egzersiz tedavisinin yetersiz olduğu durumlarda ilaç tedavisini ve cerrahi müdahaleyi içeren medikal yaklaşımlar bir seçenek olarak gündeme gelmektedir. Medikal tedavilerde ilk olarak ilaç tedavileri tercih edilmektedir. Fakat yol açtığı yan etkiler, etkilerinin sınırlı olması ve

tedavi bırakıldıktan sonra sıklıkla tekrar kilo alımlarının yaşanması gibi nedenlerle ilaç tedavisinin kullanımı kısıtlı kalmaktadır (5). Bariatrik cerrahi, diğer tüm müdahalelerin başarısız olduğu durumlarda tercih edilen tedavi yöntemidir (60). Obezite yönetiminde kullanılan psikolojik yöntemlerde ise psikanalitik terapi, davranışçı terapi, BDT ve MG gibi terapi ve teknikler yer almaktadır (5,38).

2.2. Obezitede Kilit Bir Mekanizma: Duygusal Yeme

Duygusal yeme, depresyon, anksiyete ve öfke gibi olumsuz duygulara yanıt olarak ortaya çıkan aşırı yeme davranışıdır (17,20). Son dönemde duygusal yeme, yeme bozukluklarıyla birlikte depresyon, stres, anksiyete ve yetersiz duygu düzenleme gibi düşük psikolojik iyi oluş durumlarıyla ilişkilendirildiğinden büyük önem taşımaktadır. Bugüne kadar gıda yoluyla duygusal düzenleme için birçok potansiyel risk faktörü tanımlanmış olsa da, stres altında gıdaların aşırı tüketim eğiliminin, duygu düzenlemedeki eksikliklerle birlikte muhtemelen psikolojik bozuklukların gelişmesine ve/veya ilerlemesine yol açan metabolik değişiklikler ve obezite ile ilişkili önemli bir psikolojik faktör olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, duygusal yemenin depresyon, anksiyete, öfke ve yorgunluk yaşayan bireylerde sağlıklı popülasyona göre daha yaygın olduğu bulunmuştur. Olumsuz duygular içindeyken, duygusal yiyecekler rahatlamak için genellikle yüksek yağlı, yüksek şekerli yiyecekleri seçerler (11,17). Duygusal yemeye sıkça başvurulması, zaman içinde kilo alımı, kilo verme müdahaleleri sırasında kilo vermede zorluk, yeme bozukluğu geliştirme riskinde artış ve diğer kötü sağlık ölçütleri (örn. inflamasyon, kardiyovasküler hastalık riski) gibi bir dizi fiziksel ve duygusal sağlık sonuçlarıyla bağlantılıdır (19).

Yapılan çalışmalar, duygusal yeme ile kilo alma arasında bir bağlantı olduğunu ve duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin sadece kalori kısıtlama uygulamalarının değil, kilo vermeyi amaçlayan bütün müdahalelerin odak noktası olması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, özellikle duygusal yeme olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirildiğinden, duygusal yemenin ulusal düzeyde yaygınlığını, tetikleyen faktörleri ve sonuçlarını (örn., sağlıkla ilgili davranışlar) tanımlamak önemlidir (61). Özellikle, aşırı kilolu/obez yetişkinlerde, daha yüksek duygusal yeme, duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim, duygusal netlik eksikliği ve hedefe yönelik davranışlarda zorluklarla ilişkilidir (62). Uzun süreli kilo kaybının sürdürülmesi obezitenin başarılı tedavisinde önemli bir zorluk olmaya devam etmektedir. Bu bağlamda, duygusal yemenin genellikle kilo kaybının sürdürülmesinde önemli bir engel olarak tanımlandığı görülmektedir (63).

Duygusal yeme, artan obezite eğilimlerine paralel olarak son 25 yıllık süreçte önemli ölçüde artmıştır. Ayrıca duygusal yeme, obezite ile ilgili olduğu gibi yeme üzerinde kontrol kaybı, tıknırcasına yeme ve yiyecek aşırması gibi diğer düzensiz yeme örüntüleriyle de ilişkilidir. Bu nedenle, duygusal yemenin davranışsal müdahalelerin ardından kilo verme başarısının azalması ve kilo kaybının ardından yeniden kilo alma olasılığının artması ile ilişkilendirilmesi şaşırtıcı değildir (64). Dolayısıyla, duygusal yeme obezite etiyolojisinde etkin bir rol oynamaktadır. Aşırı kilolu/obez yetişkinlerin yaklaşık yarısında yüksek düzeyde duygusal yeme davranışı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, duygusal yemenin vücut kitle endeksi, vücut yağ oranı ve bel çevresi ile pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, duygusal yemenin zaman içinde kilo alımına ve tedavi edilmesi durumunda ise kilo kaybına yol açacağı belirtilmektedir (20). Duygusal yemenin azaltılmasının, kilo verme sürecinde başarıya ulaştıracağı öngörülmektedir (65).

Duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme ve düzensiz yeme arasındaki ilişkide bir moderatör olarak tanımlanmıştır (66). Obez bireyler, normal kilodaki insanlara kıyasla önemli ölçüde daha fazla duygu düzenleme güçlüğü göstermektedir. Obez bireyler daha az duygusal farkındalık ve duyguları anlamada daha fazla zorluk bildirmektedir. Ayrıca, kabullenme, bilişsel yeniden değerlendirme veya planlamaya yeniden odaklanma gibi işlevsel stratejiler yerine duygu bastırma gibi daha uyumsuz duygu düzenleme stratejileri kullanılmaktadır. Bu duygu düzensizlikleri, olumsuz duygulanımları artırarak obezitede duygusal yeme riskini artırabilir. Bu görüş, hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde duygu düzenleme güçlüklerini duygusal yeme ile ilişkilendiren çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir (67-69). Obezitede duygusal yeme, özellikle işlevsel duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim, duygusal netlik eksikliği, duyguları tanımlamada zorluklar, düşük duygusal farkındalık ve duygulara yönelik olumsuz tutumlarla bağlantılıdır (67).

Rahatsız edici duyguları düzenlemek için sürekli olarak gıdaya güvenmek, danışanları çeşitli şekillerde etkiler. Duygular, insanların kendilerini ve dünyalarını anlamaları için önemli bir yoldur. Klinisyenler, danışanların duygularını tanımlamalarını ve bunları yaşamda ortaya çıkan zorlukları ele almak için bir yol haritası olarak kullanmalarını destekler. Ancak danışanlar bu zorluklara yanıt olarak yiyeceğe yöneldiğinde genellikle önemli duygulara erişimlerini kaybederler. Bu gibi durumlarda odak noktası yemek ve kiloya döndüğünde, danışanlar kendilerini yaşadıkları sıkıntıdan veya altta yatan sorunlardan daha da uzaklaştırırlar. Bu stratejinin, özellikle geçmişte veya şu anda travma yaşayanlar için zaman zaman koruyucu olduğu yollar olsa da, danışanlar hazır olduklarında

duygusal yeme deneyimlerini kendileri hakkında önemli bilgiler öğrenmek için bir fırsat olarak kullanma kapasitesini geliştirebilir ve duygusal düzenleme için yeni stratejiler geliştirebilirler (12).

2.3. Obezitede Koruyucu Bir Faktör: Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, zorlu koşullarla ve stresle başa çıkma ve bunlara uyum sağlama yeteneğidir (70). Psikolojik dayanıklılık, genetik, çevresel stres faktörleri ile sosyal ve yapısal destek sistemleri arasındaki etkileşimler yoluyla gelişen stres, sıkıntı, travma ve tehdit gibi olumsuz duygu ve durumlardan kurtulabilmeyi, bunlar karşısında psikolojik esenliği koruma veya yeniden kazanma kapasitesini ifade eder. Yaşam boyunca olumsuz olaylarla yüzleşerek ve bunların üstesinden gelerek gelişen dinamik bir süreç olan psikolojik dayanıklılık, karmaşık ve çok boyutlu bir süreç olarak ruh sağlığı, iyi oluş ve yaşam kalitesinin ayrılmaz bir parçasıdır (25,26). Psikolojik dayanıklılık bir süreç olsa da, dayanıklı bireylerin temel özellikleri kültürler arasında kabul görmüştür ve duygusal denge, öz farkındalık ve öz yeterliliği içerir (71). Psikolojik dayanıklılık ve obezite arasındaki ilişki karmaşık olabilir ve genetik, çevresel ve psikolojik yönler de dâhil olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenebilir (72). Psikolojik dayanıklılık, obeziteye karşı koruyucu bir faktördür. Bu durumun olası nedeni, stresin yeme davranışı üzerindeki etkilerini hafifletme yeteneğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, kanıtlar psikolojik dayanıklılığın stresin sağlığa zararlı etkilerini azaltmaya katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Genel popülasyonda, düşük psikolojik dayanıklılık düzeyi daha yüksek BKİ ile ilişkilendirilmiştir. Bir savunma mekanizması olarak psikolojik dayanıklılık, uyum sağlayıcı tepkiler verme şansını artırır ve olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının gelişmesini önler. Özellikle çalışmalar, psikolojik dayanıklılığın algılanan stres ile aşırı yeme eğilimleri arasındaki ilişkiyi hafifletebileceğini göstermiştir (27,28,72,73).

Obez bireyler arasında psikolojik dayanıklılık, güçlü yönler ve olumlu başa çıkma yöntemleri üzerine odaklanıldığında, bu yöntem obeziteyle başa çıkmada güçlük çekenlere yönelik stratejileri geliştirmeye yönelik müdahaleler tasarlamak için kullanılabilir (74). Sağlıklı yaşam tarzı ile bireylerin iyi olma hâli arasında yakın bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle yaşam boyu iyi olma hâlini artıran etkinliklerin öğretilmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışı için önemlidir (70). Psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi, beslenmeyle ilgili davranışlar, egzersiz ve fiziksel aktivite ile pozitif yönde bir ilişkisinin olduğu ve özellikle obez kişiler arasında ruh sağlığı üzerinde koruyucu bir rol oynadığı belirtilmektedir (29). Psikolojik dayanıklılık ayrıca meyve, sebze, lifli gıdalar

ve balık tüketimi ile olumlu yönde ilişkilendirilmiş, bununla beraber varlığında meşrubat ve paket gıda tüketiminin azaldığı görülmüştür (75). Psikolojik dayanıklılık obezite, kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet, kanser riskinde azalma ve yaşam beklentisinde artış ile ilişkilidir (70).

Son yıllarda sağlıklı yaşam ve iyi olma hâli arasındaki ilişkiye artan ilgi, psikolojik dayanıklılıkla ilgili yaşam tarzı faktörlerinin araştırılmasına fırsat sağlamıştır(70). Psikolojik dayanıklılığın fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkilerinin yanı sıra duygusal stresin neden olduğu olumsuz etkileri de azalttığı belirtilmektedir (76). Psikolojik dayanıklılık ve uyku kalitesi diyet faktörlerinden etkilenebilir ve diyet kalitesinin bir belirleyicisi olabilir (70). Bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, psikolojik dayanıklılığın sağlıklı yeme davranışlarını ve obezite riskini azaltmada rol oynayabileceği düşünülmektedir (75). Daha yüksek psikolojik dayanıklılık seviyesine sahip bireyler, stresi azaltmak için problem çözme, duygusal düzenleme veya öz kontrol gibi daha sağlıklı başa çıkma stratejileri kullanabilmektedirler (72). Obezite ile mücadele eden kişilerde hedefe yönelik müdahaleler yoluyla psikolojik dayanıklılığın artırılabilir ve ardından nörobilişsel işlevlerde iyileşmeler sağlanabileceği belirtilmektedir (74). Psikolojik dayanıklılık, ciddi obezitesi olan hastaların bakım süreçleri boyunca kilo vermelerine dolaylı olarak katkıda bulunabilmektedir (73).

2.4. Duygusal Yeme ve Dayanıklılık İçin Kanıta Dayalı Yaklaşımlar: BDT ve MG

2.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Obezite

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireylerin duygu ve davranışlarını olumsuz etkileyen yıkıcı düşünce kalıplarını tanımlayıp değiştirmelerine yardımcı olan; uyumsuz düşünce ve davranışları ele alarak duygusal düzenlemeyi geliştirmeyi ve etkili başa çıkma stratejileri kazandırmayı amaçlayan, bilişsel ve davranışsal teknikleri birlikte kullanan bir psikoterapi yöntemidir (26,77). BDT modeli, durumların kendi başına psikolojik sıkıntıya neden olmadığını, bundan ziyade insanların durumları yorumlama, anlamlandırma ve durumlara tepki verme şekillerinin önemli olduğunu varsaymaktadır. BDT modeline dayanan müdahaleler de bu nedenle düşünce süreçlerinde ve davranış tepkilerindeki bilişsel çarpıtmaları (bilişsel hata) düzeltmeyi amaçlar (78). Bilişsel modele göre işlevsel olmayan düşünce biçimleri, bireyin duygu durumunu ve davranışlarını etkileyerek psikolojik bozuklukların çoğunda yaygın şekilde görülmektedir. Kişiler düşüncelerini daha gerçekçi

ve uyum sağlayıcı biçimde değerlendirmeyi öğrendiklerinde, duygu durumlarında ve davranış örüntülerinde belirgin iyileşmeler ortaya çıkmaktadır (79). BDT'nin, terapötik bir yaklaşım, sorunun psikolojik açıdan kavramsallaştırılması, ortak çalışmaya dayalı bir ilişki, seansların ve terapinin yapılandırılması, hedef odaklı terapi, kişiye bir faydası olmayan düşünce biçimlerinin incelenmesi ve sorgulanması, birtakım yardım ve tekniklerin kullanımı, danışana kendi kendisinin terapisti olmayı öğretme, ev ödevi kullanımı, sınırlı süreli olma, seansların ses kaydının yapılması gibi birçok teknik ve beceriyi bünyesinde bulundurduğu ifade edilmektedir (78,80).

Bilişsel kurama göre insanların dünya ve kendilerine ilişkin hatalı düşünceleri ruhsal bozukluklara sebep olmakta ve bu hatalı düşüncelerin saptanması ve düzeltilmesi terapinin amacını oluşturmaktadır. BDT bunlara ek olarak olumsuz düşünce kalıplarının, iç diyalogların ve sabit inançların, hastada eskiden yerleşmiş olan algılama ve değerlendirme biçimlerinin değiştirilmesini, alternatif açıklamalar kazanılmasını, hastanın dünyaya, geleceğe ve kendisine daha esnek bakmasını sağlamayı amaçlamaktadır (26,81). Bilişsel müdahaleler düşünce ve inançlarda değişiklikler yapmayı, davranışçı müdahaleler davranışlarda değişiklik yapmayı ve nefes alma eğitimi ve rahatlama gibi müdahaleler de bedensel duyumlarda değişiklik yapmayı hedefler (78).

Bir BDT tekniği olan bilişsel yeniden yapılandırma, danışanın otomatik düşüncelerini gerçeğe dayalı biçimde sorgulamasına olanak sağlayan ve uyumsuz düşüncelerin değiştirilmesini hedefleyen temel bir tekniktir. Terapist bu süreçte danışanın uyumsuz düşüncelerini tanımasına, değerlendirmesine ve gerektiğinde değiştirmesine yardımcı olur; en yaygın yöntem ise sokratik sorgulama ya da açık uçlu sorularla otomatik düşüncelerin sorgulanmasını teşvik etmektir (82,83). Bilişsel davranışçı yaklaşım, olumsuz düşüncelerin değişmesi ya da ortadan kaldırılması durumunda, davranışsal ve duygusal sorunların da kendiliğinden kaybolacağını ifade etmektedir (84). BDT'nin önemli bir parçası olan ev ödevleriyle hastanın zorlanmalı (stres) durumlarda aklına otomatik olarak gelen düşünceler ve eşlik eden duyguları kapsayan bir günlük tutması istenir (81,85). BDT ile yapılan hastanın bu otomatik düşüncelerinin ve düşünce hatalarının birer birer tespit edilmesi; gerçeğe daha uygun değerlendirme ve yorum seçeneklerini geliştirebilmesini sağlamaktır. Yorum seçenekleri ile alternatif düşünce geliştirildiği zaman olumsuz duygular da ortaya çıkmayacaktır (81).

Obezite tedavisinde, son dönemde bilişsel süreçlere daha fazla ağırlık veren BDT önem kazanmaya başlamıştır (5). Avrupa Fiziksel ve Rehabilitasyon Tıbbı Derneği'nin

kılavuzları BDT'yi obezite için altın standart psikolojik müdahale olarak şiddetle önermektedir (32). Diyet ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi değişikliklere ek olarak, bilişsel-davranışçı müdahalelerin uygulanmasının obezite tedavisinde etkinliği yükselttiği ve ulaşılan kilonun kalıcılığını sağladığı belirtilmektedir (86). BDT müdahalelerinde yer alan stratejiler; bilişsel yeniden yapılandırma ve başa çıkma imgeleri gibi yöntemlerle, ruh halini, işlevsiz inançları, gerçekçi olmayan standartları ve yeme kalıplarını etkileyen olumsuz değerlendirmelerin değiştirilmesini hedeflemektedir (87). Obezite tedavisi için grup BDT, bilişsel yeniden yapılandırma, fiziksel aktivitenin artırılması, kendini izleme, uyaran kontrolü, doğru beslenme eğitimi, yeme davranışının düzenlenmesi ve ideal kilonun korunması gibi terapötik adımları içerir. Dalle Grave ve ark. (2020) tarafından da detaylı bir terapi programı geliştirilmiştir. Bu programın amacı (a) sağlıklı bir kilo kaybını sağlama ve bunu sürdürme, (b) kilo kontrolüne yardımcı olan bir yaşam stili benimseme ve (c) kilo kontrolünü sağlayacak bir düşünme tarzı benimsemedir. Bu amaçlar doğrultusunda söz konusu program 6 modül içermektedir: Besin tüketimi, fiziksel aktivite ve beden ağırlığını izleme, yeme davranışını değiştirme, aktif bir yaşam tarzı geliştirme, kilo vermenin önündeki engelleri ele alma, kilo kaybına yönelik memnuniyetsizliği ele alma, kiloyu korumanın önündeki engelleri ele alma (5,88).

Obezite için grup BDT'nin sadece kilo vermeye katkıda bulunmakla kalmayıp, aynı zamanda kaygı, depresyon, öfke ve dürtüselliğin hafiflemesine de katkıda bulunduğu ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin ve öz saygının arttığı bildirilmektedir. BDT, uzun vadede etkisiz olduğu kanıtlanmış olan kısıtlayıcı diyetlerin uygulanmasına odaklanmak yerine, esas olarak bireyin gıda ile kurduğu ilişkiyle ilgili farklı terapötik hedefler içerir. Depresyon, obeziteyle psikiyatrik olarak yakından ilişkili olan yeme davranışı bozukluğu ve bilişsel çarpıtmalar, kilo verme çabalarını engellemektedir. Aşırı kilolu ve obez kişiler arasında görülen bir diğer problem olan duygusal yeme yaygın bir yeme biçimidir ve bu nedenle müdahalelerin ana hedefi olarak kabul edilmiştir. Duygusal yemenin azalmasının kiloda da azalmaya yol açması beklenmektedir. BDT'nin, aşırı kilolu ve obez hastalarda duygusal yeme gibi alışkanlıkların değiştirilmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (23,89).

Son yıllarda obezitenin tedavisinde bilişsel davranışçı bakış açısının ağırlık kazanması ve çeşitli tedavi protokollerinin yayınlanmasıyla birlikte hem bireysel hem de grup formatında etkililik çalışmaları da hız kazanmıştır. Yakın zamanda gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışması BDT'nin kilo sorununun tedavisinde etkili bir yaklaşım olduğunu doğrulamaktadır. BDT'nin diğer tedavi yöntemlerine göre daha fazla kilo kaybı sağladığı, duygusal yemeyi azalttığı ve bilişsel kısıtlamayı (bilinçli olarak kalori alımını azaltma)

geliştirdiği belirtilmektedir (5,90). Smith ve ark. (2023) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında ise BDT'nin farkındalık temelli müdahaleler, kabul temelli müdahaleler, davranışçı kilo verme girişimleri ve bu yöntemlerin kombinasyonları dâhil olmak üzere karşılaştırıldığında obezitede duygusal yemeyi azaltma ve kilo verme davranışını artırmada daha etkili olduğu belirtilmiştir (32).

Otomatik Düşünceler, Temel İnançlar ve Ara İnançlar (Tutumlar, Kurallar ve Varsayımlar)

Otomatik düşünceler, kişilerin günlük yaşamlarında zihinlerinde anlık olarak beliren resimler, kelimeler veya anılar olarak ortaya çıkan düşüncelerdir. Bu düşüncelere "otomatik" denir çünkü çağrılmadan zihinde beliriverirler. BDT'nin görevlerinden biri, bu otomatik düşünceleri özellikle de olumsuz olanlarını ve bunların ruh hâli ve duygular üzerindeki etkilerini fark ettirmektir. Amaç, şiddetli olumsuz duygulara yol açan düşünceleri tespit etmeyi öğretmektir. Bilişsel terapide üzerinde durulan otomatik düşünceler, zihinsel süreçte ortaya çıkan ve özellikle duygusal sıkıntı anlarında ortama, duruma özgü olarak beliren bilişlerdir (78).

Hastaya, duygudurumunun değiştiğini ya da olumsuz yönde yoğunlaştığını fark ettiğinde (ya işlevsiz davranış sergilediğini ya da olumsuz etki nedeniyle bedensel duyular deneyimlediğini fark ettiğinde), hangi duyguyu hissettiği ile ilgili kendisine bilişsel davranışçı terapinin ana sorusunu sorması söylenir: “Şu an aklımdan ne geçiyor?”. Bu şekilde birey, kendi otomatik düşüncelerini belirlemeyi öğrenir. Bireyin kendisini özne olarak kullanarak BDT'nin temel becerilerini öğrenmesi, hastalarına "aynı becerileri" öğretme yeteneğini geliştirecektir. BDT tekniklerini uygularken hastaların, kendi otomatik düşüncelerini belirlemeleri yararlı olacaktır. Örneğin hastalara, "kendinizi hafif sıkıntılı hissederseniz, kendinize "Aklımdan şu an ne geçiyor" diye sorun" denir (79). Obezitede aşağıdaki otomatik düşünceler ortaya çıkarılabilir: “Bu diyetle uyamayacağım.”, “Bu performansıyla kilo vermem çok zor.”, “Asla kilo veremeyeceğim.”, “Onu denersem ve başarılı olamazsam ne yaparım?”.

Temel inançlar, bilişin en derin katmanını oluşturan, her durumda geçerli, geniş kapsamlı, katı ve genellenmiş yapılar olup bireyin kendisi, diğerleri ve dünyaya ilişkin varsayımlarını belirler (78). Geçmiş yaşantı ve deneyimlerden şekillenen bu bilişsel yapılar, Beck'e göre çaresizlik (başarı ve güç yetersizliği), seilmeme (duygusal eksiklik) ve değersizlik (ahlaki eksiklik, suçluluk) başlıklarında toplanır; “Ben değersizim.” ya da “Herkes benden nefret ediyor.” gibi ifadelerle örneklendirilebilir (78,91). Temel inançlar

mutlak oluşlarıyla varsayımlardan, genellikleriyle de otomatik düşüncelerden ayrılır (78). Bu inançlar, bireyin tutum, kural ve varsayımlardan oluşan ara inançlarının gelişimine zemin hazırlar (79). Ara inançlar, kişinin farkında olmadan benimsediği kurallar ve beklentiler şeklinde davranışları düzenler; esnek ve uyarlanabilir olduklarında faydalı olsa da katılaştıklarında sorunlara yol açabilir (78,91). Örneğin, sağlıklı beslenmeye yönelik bir kural, yaşam tarzını olumlu etkilerken aşırıya kaçtığına suçluluk, takıntı ve yaşam doyumunda azalmaya sebep olabilir. Bu nedenle terapötik süreçte amaç, danışanın faydasız kuralları tanımasına ve bunları farklı durumlara uyum sağlayacak biçimde esnetmesinin yararlarını değerlendirmesine yardımcı olmaktır (78).

Bilişsel Hata/ Bilişsel Çarpıtma

Bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar, bireyin düşünce biçimini etkileyerek psikopatolojiye özgü bilişsel sonuçların ortaya çıkmasına neden olur. Literatürde bu yapılar bilişsel hata ya da çarpıtma olarak adlandırılmaktadır. Sorunlu durumlarda bilişsel işlemlerin katı ve uygun olmayan şekilde çalışması, duygusal sıkıntı yaratan anlık düşüncelerin oluşmasına yol açmaktadır. Bu tür işleme biçimleri yaşamı kolaylaştırmak yerine zorlaştırmaktadır. Başka bir ifadeyle, uyumsuz bilişsel süreçler duruma uygun olmayan olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu düşünceleri oluşturan temel işlemin özelliklerinin sınıflandırılıp adlandırılmasıyla çeşitli bilişsel çarpıtma tipleri ve bunlara verilen adlar ortaya çıkar (91). Bu çalışmada aşırı genelleme, felaketleştirme, büyütme ve küçültme, seçici soyutlama, siyah-beyaz / ya hep ya hiç düşünme, kişiselleştirme, olmalı ifadeleri, zihin okuma, duygudan sonuca ulaşma, etiketleme, keyfi çıkarsama olmak üzere 11 tür bilişsel çarpıtmaya yer verilmiştir (78,91). Obez bireylerde çeşitli bilişsel çarpıtma türleri görülmektedir. Bazı türler (siyah-beyaz/ya hep ya hiç) daha sık görülmekle beraber, mevcut literatürden de (92,93) yararlanarak oluşturulan obez bireyler arasında görülen bilişsel çarpıtma türleri ve örnekleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. Obez bireylerde görülen bilişsel hata/bilişsel çarpıtma örnekleri

Bilişsel çarpıtma /bilişsel hata	Örnekler
Keyfi Çıkarsama	“Aşırı kilolarım nedeniyle insanlar beni reddedecekler.”
Seçici soyutlama	“Tüm emeğim boşa gitti, asla ilerleme kaydedemeyeceğim.”
Siyah-Beyaz / Ya Hep Ya Hiç Düşünme	“Diyete bağlı kalmadım, bundan sonra dikkat etsem de işe yaramaz.”
Felaketleştirme	“Ne yaparsam yapayım asla kilo veremeyeceğim.”
Duygusal çıkarsama	“Kilo vermek çok zor, buna katlanamam.”
Etiketleme	“Yemek kontrolünü sağlayamıyorum, ben başarısızım.”

Küçümseme veya büyütme	“2 kilo verdim ama bu hiçbir şey değil.”
Zihin okuma	“Bana bakınca ‘ne kadar kilo almış’ diye düşündü kesin.”
Aşırı genelleme	“Geçen hafta yürüyüşe çıkamadım, ben zaten düzenli spor yapamam.”
Kişiselleştirme	“Arkadaşlarım dışarıda yemek yedi, beni davet etmediler çünkü kiloluyum.”
Olmalı (Meli-Malı) İfadeleri	“Her gün spor yapmalıyım, yoksa kilo veremem.”

Alternatif Düşünce Geliştirme

Düşünce hataları, bilişsel süreç içinde istemsiz ve hızlı biçimde ortaya çıkan çarpıtmalar olup, bu sistematik önyargıların obezitenin gelişmesine ve sürdürülmesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Kilo verme girişimlerinde yaşanan başarısızlıklar, öz yeterliliği azaltarak işlevsiz bir rol üstlenen bilişsel hataların güçlenmesine yol açabilir. Sıklıkla rastlanan bilişsel hatalardan biri, kilo kaybını yalnızca başarı ya da başarısızlık olarak yorumlayan ‘ya hep ya hiç’ tarzındaki düşünmedir. Beck, bu tür bilişsel çarpıtmaların ve motivasyon kaybının ele alınmasının tedavi başarısını yükselteceğini vurgulamaktadır. (93). Bunun yanında, olumsuz otomatik düşüncelerin arkasındaki temel inançlar ve varsayımların anlaşılması da önemlidir. Otomatik düşünceler yüzeysel bilişlerdir (örn. “şışman olduğum için spor salonunda herkes bana bakıyordu”). Bunları ara varsayımlar (örn. “değerli olmak için kilo vermeliyim”) ve en derinde temel inançlar (örn. “değersizim”) izlemektedir. Bu inançlar toplumsal mesajlar, beklentiler ve geçmiş deneyimlerden etkilenir (92). Obezitenin tedavisine yönelik BDT uygulamaları, kişide problemi devam ettiren bilişlerin ele alınmasını ve bunların yerine işlevsel alternatif yeni bilişlerin konmasını esas alır; hastalara seanslarda bu işlevsiz düşüncelerini tanımları öğretilir, ardından bu düşünceler uygun tekniklerle gerçeğe uygunluk ve işlevsellik açısından gözden geçirilip çürütülür, yerine yeni işlevsel bilişler oluşturulur. Ayrıca duygusal sorunlarla baş etme ve problem çözme becerilerinin kazandırılması da BDT’nin hedefleri arasındadır (33). BDT’nin temel amacı, bu işlevsiz bilişleri tespit ederek danışanın onları alternatif, işlevsel ve sağlıklı düşüncelerle değiştirmesini sağlamaktır (33,92,93).

Kendini İzleme ve Uyarı Kontrolü

Kendini izleme, belirlenmiş bir hedef davranışın sistematik olarak kaydedilmesini gerektirir. Bu strateji, kilo vermeyi deneyen kişiler tarafından kullanılan en önemli araç olarak kabul edilmektedir. Kendini izleme, kilo vermede çeşitli faktörleri kaydetmek için kullanılabilir. Bu faktörler arasında tüketilen kalori veya yağ gramı, yürüyüş süresi, pedometre adım sayısı ile motivasyon, engeller veya duygusal faktörler gibi öznel etkenler sayılabilir. Kendi kendine kayıt, bir davranışın doğru temel değerlerinin belirlenmesine

yardımcı olabilir, uyumsuz davranış kalıplarının farkındalığını artırabilir. Beslenme değişikliğine yönelik davranışsal müdahaleler, gıda alımının, yeme davranışıyla ilişkili iç ve dış uyaranlar tarafından tetiklendiği varsayımına dayanmaktadır. Uyaran kontrolü, yiyecek veya aktivite kalıplarıyla ilişkili ipuçlarını tanımlamak ve değiştirmek için tasarlanmış bir davranış değiştirme tekniğidir (9). Uyaran kontrolü, olumlu uyaranları artırırken olumsuz uyaranları azaltmayı amaçlamaktadır. Davranış terapisi, aşırı yemeye neden olan uyaranlara maruz kalmayı sınırlamak için çeşitli stratejiler içerir. Katılımcılara yiyecekleri gözden uzakta saklamaları, yemek yedikleri yerleri mutfak veya yemek odasıyla sınırlandırmaları ve yemek yerken başka faaliyetlerde bulunmamaları (okumak veya televizyon izlemek gibi) öğretilir. Bu stratejiler, yemek yeme ile bağlantılarını keserek bu ipuçlarının gücünü zayıflatmaktadır (94).

Problem Çözme Becerilerinin Geliştirilmesi

Kilo verme ve verilen kiloyu sürdürmede davranış değişikliğinin değerli bir bileşeni, bireylere kilo verme çabalarını sürdürmeleri için çok adımlı bir problem çözme stratejisi öğretmektir. Problem çözme teknikleri beş temel adımdan oluşur: (a) belirli bir zorluğun tespit edilmesi ve işlevsel olarak tanımlanması; (b) bir dizi potansiyel alternatif davranışın listelenmesi; (c) her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesi; (d) başarı olasılığı yüksek bir seçeneğin seçilmesi ve uygulanması; ve (e) bu yeni seçeneğin göreceli başarısının değerlendirilmesi. Bu problem çözme süreci, çevresel (örneğin, çalışma programı çakışmaları, ulaşım sorunları, olumsuz hava koşulları, küçük fiziksel yaralanmalar, restoranlarda yemek yeme) ve kişilerarası zorlukları (örneğin, motivasyon eksikliği, ruh hali sorunları veya olumsuz iç konuşma) ele almak için kullanılabilir. Uzun vadeli davranış değişiminde esnek problem çözme becerileri kritik öneme sahiptir (9).

Duygu Düzenleme Becerileri

Duygu düzenleme güçlüğü, duygusal deneyimle başa çıkma veya duyguları işleme konusundaki zorluk veya beceri eksikliği olarak ifade edilmektedir (95). Duygusal yeme, olumsuz duygulanımın yanı sıra duyguları tanımlama ve düzenleme güçlükleriyle yakından ilişkili olup, bu nedenle hastalara daha etkili başa çıkma becerilerinin kazandırılması kilo yönetiminde önemli bir müdahale olarak değerlendirilmektedir (17,92). Bu kapsamda, duygusal yemeyi azaltmada kullanılan duygu düzenleme becerileri aşağıda açıklanmıştır.

Olumsuz Duyguları Kabullenme ve Deneyimleme

Olumsuz duygulara yönelik çeşitli bilişsel içerikler bu duyguları deneyimlemeyi ve başa çıkmayı zorlaştırabilmektedir. Olumsuz duyguları yaşamayı bir zayıflık ve hastalık belirtisi olarak görmek, böyle duygular hissedildiği için utanç ve suçluluk duymak, yaşanan olumsuz deneyimi daha da derinleştirebilmektedir. Danışanlara, olumsuz duyguların yaşamda yolunda gitmeyen durumların işlevsel göstergeleri olabileceği ve tek başına bu duyguları deneyimlemenin olumsuzluk taşımadığı aktarılabilir (5). Kabul temelli süreçler, deneyimin çeşitli yönlerine ilişkin kasıtlı olarak açık, anlayışlı ve yargılayıcı olmayan bir duruş sergilemeyi içerir. Köklü bir kabul tutumu benimseyen kişinin, içinde bulunduğu durumun gerçekliğini ve hayatta bir miktar üzüntü ve acı hissetmenin kaçınılmazlığını kabul etmiş olduğu ifade edilmektedir (95).

Duyguları İfade Etme

Duyguları ifade etmenin, psikolojik stresin iyileşmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (95). Özellikle kişiler arası ilişkilerde duyguların ifade edilebilmesi, hissedilen duyguların yoğunluğunu azaltabilmekte ve bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerine katkıda bulunabilmektedir. Bu noktada "ben" dilini kullanarak karşıdaki bireye kendisini suçlu hissetirmeden ve savunma yapmak zorunda bırakmadan kendini ifade etmek yararlı olabilir. Olumsuz duygunun yaşandığı durumlarda karşıdaki kişinin yaptığına ya da yapmadığına odaklanarak konuşmak ("Sen ne biçim konuşuyorsun?", "Bu yaptığın çok yanlış.", "Bana bunu nasıl yaparsın!") yerine var olan durumdan kişinin nasıl etkilendiğini dile getirmesi olarak ifade edilebilecek ben dili ile konuşma, "... olmasına çok üzuldüm.", "... konusunda söylediklerine öfkelenim.", "... olduğunda çok endişeleniyorum." vb. ile örneklendirilebilir (5).

Fiziksel Egzersiz Yapma

Fiziksel egzersiz, hem kilo sorununun çözülmesinde hem de fiziksel ve ruhsal sağlığın iyileştirilmesinde oldukça yararlıdır. Bu bağlamda fiziksel egzersiz yapmak, fizyolojik bir düzenleme yapılmasını sağlamakta ve hormonal salınımların sağlıklı bir düzeyde seyretmesini kolaylaştırmaktadır (5). Çalışmalar, fiziksel egzersizin duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinde etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgular, egzersizin duygu düzenleme becerilerini güçlendirdiğini ve bilişsel kontrolü desteklediğini göstermektedir. Bu bağlamda fiziksel egzersizin yararları danışanlara hatırlatılarak duygu düzenleme noktasında da egzersizin önemli bir yeri olduğu açıklanır (5,96,97).

Nefes Egzersizleri Yapma

Bedensel ve ruhsal rahatlamayı sağlayabilmenin en kolay yollarından biri nefes egzersizi yapmaktır. Bu bağlamda danışanlara uygulamalı bir biçimde nefes egzersizi öğretilerek bedensel fonksiyonları üzerinden duygularını düzenleyebilme süreçlerine katkıda bulunmaktadır (5).

Kendine Yönerge Verme/Slogan Bulma

Olumsuz duyguların, duygusal yeme davranışına yol açmasını engellemekte kullanılabilecek bir diğer yöntem de kendine yönerge vermedir. Bu yöntem danışanlara bir örnek üzerinden şöyle tanıtılabilir. "Bazen kendi kendimize yaptığımız içsel konuşmalar davranışlarımızı düzenlemeye ya da duygularımızı yatıştırmaya yardımcı olur. Örneğin kolayla öfkelenen ve kavgaya giren biriysen, öfke uyandıran bir durum karşısında 'Hayır, bu defa öfkelenmeyeceğim,' diye kendi kendimize konuşarak yatışabiliriz. Bu nedenle sıklıkla karşılaştığımız zorluklarda kendi kendimize ne söyleyebileceğimizle ilgili önceden hazırlık yapmak çok işlevsel bir yöntemdir. Size daha önce bahsettiğimiz Ayşe Hanım'ı düşünün. Ayşe Hanım kendisine ne söyleseydi duygusal yemesini durdurabilirdi?" diye sorulur. Her grup üyesinin en az bir cümle söylemesi ve söylenen cümlelerin tahtaya yazılması yararlı olabilir. Danışmanlar bir yandan danışanlardan gelen örnekleri tahtaya yazarken bir taraftan da yeni örnekler geliştirmeye çalışmalıdırlar. Bunun için aşağıdaki örnekler gruba sunulabilir:

- "Şu anda aç değilim, yalnızca öfkeliyim. O nedenle bir şey yemeye ihtiyacım yok."
- "Şimdi bir şeyler yersem yedikten sonra kendimi çok daha kötü hissedeceğim."
- "Hiçbir duygu sonsuza kadar sürmez, biraz beklersem hissettiğim duygu da yeme isteğim de azalacak."

Benzer biçimde üyelerin yemelerini tetikleyen olumsuz duygular yaşadıklarında onlara yardımcı olabilecek içsel konuşmaların neler olabileceği üzerine düşünmeleri ve kendilerine kullanabilecekleri sloganlar ya da ifadeler bulmaları teşvik edilir (5).

Dikkat Dağıtacak Etkinlikler Yapma ve Zaman Yönetimi

Olumsuz duyguların işlevsel olmayan davranışlara yol açmasını engellemek için kullanılan duygu düzenleme tekniklerinden birisi de dikkat dağıtacak etkinlik yapmaktır.

Bu teknikte danışanların kendilerini kötü hissettiklerinde bir şeyler yemek yerine alternatif etkinliklerde bulunmaları amaçlanır. Öncelikle danışanlara olumsuz duygularla baş etmek için kullandıkları ve işe yaradığını fark ettikleri bir etkinliğin olup olmadığı sorulabilir. Danışanların kullandıkları ve faydalı olduğunu düşündükleri bu etkinlikler terapist tarafından tahtaya yazılabilir. Bir arkadaşla telefonda konuşma, yürüyüşe çıkma veya duş alma gibi etkinlikler terapist tarafından gruba örnek olarak sunulabilir (5). Bir diğer duygu düzenleme yöntemi ise zaman yönetimidir. Stresin temel nedenlerinden biri, bireyin zaman ve aktiviteler üzerinde yeterli kontrol sağlayamamasıdır. Plansızlık ve önceliklerin belirlenmemesi, bireyleri yalnızca dış uyaranlara tepki veren pasif bir konuma getirir ve işlevsiz davranışlara yol açar. Zaman yönetimi tekniği, danışanların görev ve önceliklerini netleştirmelerine, plan yapmalarına, uygun süre belirlemelerine ve kendilerini izlemesine yardımcı olarak hem kontrol hissini artırır hem de stresle daha etkili baş etmelerini sağlar (95).

2.4.2. Obezite ve Motivasyonel Görüşme

MG şu şekilde tanımlanmaktadır : “Değişim diline özel dikkat gösteren, iş birliğine dayalı, hedef odaklı bir iletişim tarzıdır. Bu yaklaşım, kabul ve şefkat ortamı içinde, kişinin değişime dair kendi nedenlerini ortaya çıkarmasına ve keşfetmesine olanak tanıyarak, kişisel motivasyonu ve belirli bir hedefe olan bağlılığı güçlendirmeyi amaçlar” (98). MG, ilk kez alkol bağımlısı yetişkinlerde kullanılmıştır. Madde kullanımı ve bağımlılık alanında özellikle son yıllarda önemi artan bir yaklaşım olmuştur. Bununla beraber MG, obezite, diyet, egzersiz, sigarayı bırakma vb. alanlarda kullanılmaktadır (38,99). MG yönteminin ruhunda dört bileşen önemlidir. Bunlar; “iş birliği yapmak, şefkatle yaklaşmak, yol açmak ve anlamak”tır. “Anlama” bileşenini değer vermek, empatik atmosfer yaratmak, otonomi kazandırmak ve destekleme oluşturmaktadır (38). Bununla beraber MG’nin “ruhu”, empati ve onaylama ile kabul, bireysel otonomiye inanma ve bireysel güçleri ortaya çıkarma ilkelerinin hasta ile kurulan iş birliği sürecinde hayata geçirilmesiyle kendini gösterir. MG’nin temel teknikleri; açık uçlu sorular sormak, yansıtma dinleme, destekleme ve özetlemedir (100). MG, bireylerin yaşadıkları problemleri anlamalarını ve değişim doğrultusunda harekete geçmelerini sağlamak için uygulanan yardımın özel bir yöntemidir. MG, genellikle, bir kişinin davranış değişikliğiyle ilgili kararsızlık yaşadığı ya da değişime açık olduğu, ancak bunu başarma konusunda güveninin düşük olduğu durumlarda en uygun yöntemdir. Bu değişim, belirli bir davranışı durdurmak,

azaltmak, değiştirmek, başlatmak veya sürdürmek olabilmektedir. MG, dört süreci kapsayan bir yöntemdir. Bu süreçler; “katılım”, “odaklanma”, “ortaya çıkarma” ve “planlama”dır. MG, yaygın olarak BDT gibi diğer tedavilerle kullanılmaktadır (101,102).

Ambivalansı anlamak ve zmllemek, MG için temel bir stratejidir. MG, ambivalansın çözülmesi ve bireyin değişime yönlenmesine yardım etmek amacıyla kullanılmaktadır. MG’nin temel amaçlarından biri danışanların yaşadıkları kararsızlıklar üzerinde durarak değerlerinden ve deneyimlerinden bu kararsızlıkları çözmek için yararlanmaktır. Bir diğer önemli amacı ise, kişisel hedefler ve değerlerden ortaya çıkan, danışanın içsel değişim motivasyonunun arttırılmasıdır. Bu yaklaşım, danışanın diğerleri tarafından değişime yönelik olarak ikna edilmesi veya zorlanması çabaları gibi dış kaynaklardan baskı görmesinden çok, danışanın kendi değişim kararını almasına yardımcı olmayı vurgular (38). MG, sağlıksız davranışlar ile kişinin değerleri ve hedefleri arasındaki uyumsuzluğu vurgulamaktadır (100).

Bireysel ve kişisel tercihler aşırı kilo ve obezitenin ortaya çıkmasında kritik bir rol oynadığından, aşırı kilo ve obezite yönetiminde birincil adımlar olarak davranış değişikliği ve yaşam tarzı müdahaleleri önerilmektedir. Birçok alışma, optimal sağlık davranışlarının benimsenmemesiyle ilişkili ana faktörlerin, değişime yönelik motivasyon eksikliği ve davranış değişikliğini sürdürme stratejilerindeki başarısızlıklar olduğunu ortaya koymuştur. Değişim için motivasyonu arttırmak, öz yeterliliği geliştirmek ve öz düzenleme becerilerini geliştirmek gibi psikolojik stratejiler, aşırı kilo ve obezitenin yaşam tarzı aracılarını ele almak için gereklidir ve yararlı fiziksel aktivite ve kilo sonuçlarının en iyi belirleyicileridir. MG, kararsızlığın üstesinden gelmede ve davranış değişikliğine yönelik isteği arttırmada etkili olan yönlendirici bir davranış değişikliği tekniğidir. MG ilkeleri ve yöntemleri, davranış değişikliği konusunda kararsızlıkla ilişkili sorunları ele alır; buna azalan güven ve düşük öz yeterlilik de dhildir. MG’nin sağlık davranışı değişikliğini başlatmada iyi bilinen bir etkinliği vardır ancak hedef odaklı eylem planlamasında daha az etkilidir, bu da davranış değişikliğinin tekrarlamasına yol açabilir. Bu nedenle, tek başına uygulanmak yerine diğer aktif tedavilerle birleştirildiğinde daha etkili ve daha uzun süreli olduğu gösterilmiştir (35). MG’nin genel olarak sağlık sorunlarına ve sağlıklı yaşamın teşviki ile geliştirilmesine yararlı bir şekilde uygulanabileceği netlik kazanmıştır (38). Sağlık uzmanları, değişime hazır olma durumunu değerlendirmeye çalışırken, kilo vermeyi taahhüt etmek için kişisel motivasyonları değerlendirmek, hastaların bu taahhütte bulunma konusunda hissedebilecekleri kararsızlığı doğrulamak, bu çabada karşılaşılacak engelleri keşfetmek ve bu engelleri aşmak için kişisel kaynakları ortaya çıkarmak için

MG tekniklerini giderek daha fazla kullanmaktadır. MG'nin kilo vermede kullanımına ilişkin bir derlemede, mevcut literatürün MG'nin çeşitli uyarlamalarının kilo kaybı ve kilo kaybının sürdürülmesi, fiziksel aktivitenin artırılması ve diyetle bağlılığın iyileştirilmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Çalışmalar, MG'nin diğer davranışsal müdahalelerle birlikte kullanıldığında fiziksel egzersiz, diyet değişikliği ve tedaviye uyumu artırdığını göstermektedir (9).

Değişimi benimsemeye hazır olma durumunu değerlendirmek önemli olsa da, davranış değişikliğini ortaya çıkarmak zor olabilmektedir. İnsanların davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmak karmaşık olmaya devam etmektedir. MG kanıta dayalı psikolojik bir yöntemdir ve değişimi desteklemek için tasarlanmıştır. MG'nin amacı, empatik ve kabul edici bir ortamda, kişinin değişmek için kendi motivasyonlarını göz önünde bulundurmasına olanak tanıyan yararlı bir görüşmeyi geliştirmektir. İnsanlar genellikle kendi yaşamlarında değişim konusunda kararsızdır ve obezite konusunda uzmanlar tarafından verilen hizmetlere katıldıklarında bile herhangi bir değişiklik yapıp yapmayacaklarına karar vermekte zorlanabilmektedirler. Eğitim ve bilgilendirme yoluyla insanları ikna ederek değişimleri için baskı uygulamak şeklindeki geleneksel yaklaşım genellikle olumsuz bir etkiye yol açmakta ve potansiyel olarak değişmeme arzusunu artırmaktadır. MG'nin yol gösterici tarzı, insanların değişmesine yardımcı olmak için onların uzmanlığına ve katılımına ihtiyacımız olduğunu ve bunun da değişimin gerçekleşmesini destekleyebileceğini kabul etmektedir. MG, değişim diline (değişim konuşması) odaklanarak hem ilişkisel (ilgi çekici) hem de yönlendirici bir dizi görev dâhilinde belirli bir beceri dizisi sunmaktadır (36). Obez bireylerde MG kullanımında birçok teknik ve beceri kullanılmaktadır. Temel teknik ve beceriler aşağıda verilmiştir.

- Uyumsuzluk geliştirme: Hastanın şu an bulunduğu durum ile gelecekte olmak istediği yer arasındaki uyumu sorgulama anlamına gelir. Bu farkı ortaya çıkarmak, davranış değişikliğine yönelik motivasyonu artırabilir. Mevcut davranış ile hastanın kendi yaşam hedefleri ve değerleri arasındaki tutarsızlığı vurgulamak, şu anki davranışın olumlu ve olumsuz yönlerini birlikte değerlendirmek, hastaya özel olarak hazırlanmış risk bilgilerini ve geri bildirimleri sunmak uyumsuzluğu geliştirmeye yardımcı olan diğer tekniklerdir.
- Değişimi desteklemek: Geçmişte elde edilen başarıları vurgulamak ve hastanın sahip olduğu beceri ve güçlü yönleri dikkat çekmekle mümkündür.
- Onaylayıcı ifadeler: “Sağlığınızı iyileştirme konusunda gerçekten kararlısınız.” vb.

- Değişim Konuşmasını Ortaya Çıkarma: MG sürecinin temel hedeflerinden biri; konuşmayı hastanın kararsızlığını ve motivasyonunu keşfetmeye, uyumsuzlukları ortaya çıkarmaya ve hastanın değişim nedenlerini dile getirmesine yönlendirmektir. Bu hedefe yönelik temel sorular:
- “Neden değişmek istiyorsunuz?”
- “Değişimin sizin için ne kadar önemli?”
- “Sizin için en önemli değerler nelerdir?”
- “Davranışlarınız, değerlerinizle ne kadar uyumlu?”
- Değişim Ölçütleri Örnekleri: Değişimin önemi ve değişime hazır oluş düzeyi (önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli)
- Karar dengesi: Hastanın bir davranışı değiştirmek ya da değiştirmeme yönündeki düşüncelerini yapılandırmasına yardımcı olan klasik bir tekniktir (37).

Karar Dengesi

Karar dengesi; değişimin avantajları ve dezavantajlarının ortaya konulmasıdır. Karar dengesi, danışanların hem değişim hem de devam etme konuşmasını söze dökebileceklerini sağlamak amacıyla tüm artı ve eksilerin aktif olarak uyandırılması ve keşfedilmesini içermektedir. Basit karar dengesinde her iki taraf özetlenir; danışanın vardığı sonuç dinlenir ve anlaşılmaya çalışılır. Bu yöntem, danışanın ambivalansının her iki yönünü görmesine, görüşmecinin yalnızca olumlu değil olumsuz taraflarla da ilgilendiğini fark etmesine ve kişinin kendi ikilemlerini daha net ifade edebilmesine yardımcı olur (38,101). Yararlar ve zararlarla ilgili bilgi toplanırken, danışandan ayrıntılı açıklamalar istenmelidir. Örneğin, fazla kilolarla ilgili “sağlığımdan endişeliyim” cevabı alınırsa, bu kaygıların ne olduğu daha net sorularla açılmalıdır. Karar dengesi çalışması, görüşmeciye yansıtma, danışan odaklı olma ve yargısız dinleme becerileri kazandırır; aynı zamanda danışandan daha kapsamlı bilgi alınmasını sağlar. Danışanın değişime ilişkin tüm ambivalansı ve kaygıları açığa çıkar. Sürecin sonunda yapılan özet, bu ikilemin her iki tarafını da görünür kılar. Görüşmeci, obez bireylerde örneğin şöyle bir özet sunabilir: “Bir yandan yemek yemeyi sevdiğinizi, ekmezsiz ve tatlısız yapamayacağınızı söylüyorsunuz; diğer yandan fazla kilolu olma durumu size stres veriyor, çünkü nefes darlığı, diz ağrısı, beden imajında bozulma ve sağlık sorunları yaşadığınızı ifade ediyorsunuz. Bu oldukça zor bir durum olmalı. Bununla ilgili ne düşünüyorsunuz, ya da ne yapmak istiyorsunuz?”. Dörtlü karar dengesi, mevcut durumun ve değişimin, yararları ile zararlarını sırasıyla ele alır. Süreç;

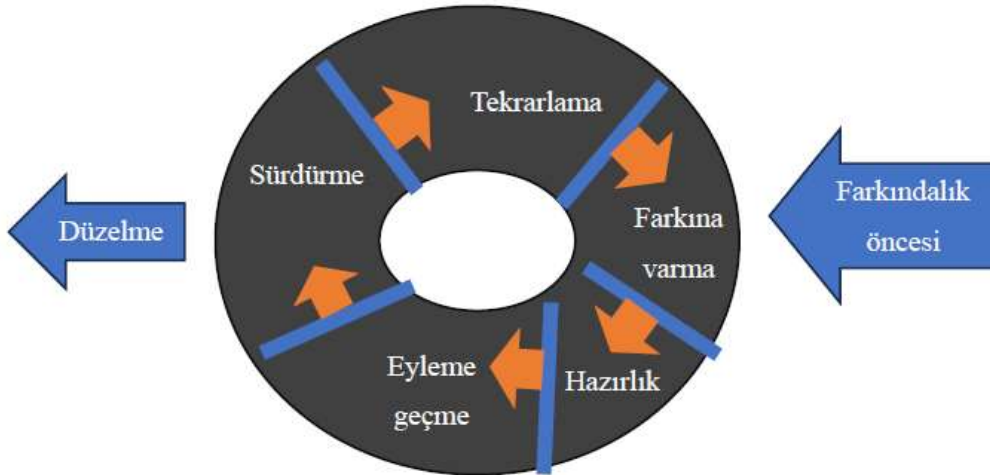
önce mevcut davranışın iyi yönlerinin sorgulanmasıyla başlar, ardından “o kadar iyi olmayan” yönleri değerlendirilir. Daha sonra değişimin olası olumsuz yönleri tartışılır ve son olarak değişimin olumlu yönleriyle süreç tamamlanır (Tablo 2.2.) (38).

Tablo 2.2. Dörtlü karar dengesi

Fazla kilolu olma durumu (şimdiki durum)		Kilo vermek (değişim)	
İyi yanlar	İyi olmayan yanlar	İyi olmayan yanlar	İyi yanlar
- Duygusal yemeyle stresi azaltma	- Kilo almak	- Stres altında olmak	- Kilo vermek
- Sevdiğin yiyecekleri yiyebilmek	- Nefes almakta güçlük, diz ağrısı vb. sağlık problemi yaşamak	- Sevdiğin yiyecekleri yiyememek	- Kronik hastalık riskini azaltmak
- Diyet stresinden kurtulmak	- Kronik hastalığa yakalanma riskinin artması	- Bazı toplumsal durumlardan mahrum kalmak	- Damgalanmadan kurtulmak
	- Çevredeki bireyler tarafından damgalanmak		- Solunum güçlüğü, diz ağrısı gibi semptomlardan kurtulmak
	- Kıyafet bulmada zorluk çekmek		- Rahat giysi seçimi yapmak

Değişim Süreci

Prochaska ve Di Clemente tarafından geliştirilen değişim döngüsü modeline göre, bireyin döngünün hangi aşamasında bulunduğunu belirlemek ve müdahaleyi bu aşamaya uygun şekilde planlamak önem taşır (Şekil 2.1.). Bu modelde amaç, farkındalık öncesindeki bireyin bir sonraki evre olan farkındalık aşamasına geçişini sağlamaktır (38).



Şekil 2.1. Değişim döngüsü

Değerleri ve Hedefleri Ortaya Çıkarmak

İnsanın hayatta var oluş amacını, yönelimlerini, yaşama gerekçesini ve benlik sunumunu belirleyen temel unsurlar, kalbin derinliklerinde hissedilen istekler olarak tanımlanan değerlerdir. MG çerçevesinde bireyin değerleri ve değer alanları netleştirilmektedir. Örneğin, sağlık birey için temel bir değer alanıdır. Ancak duygusal yeme davranışı, kısa vadede kişiye haz ve rahatlama sağlasa da, uzun vadede bu davranış bireyin sağlık değer alanına zarar vermektedir. Bu durum fark edildiğinde, kişi attığı adımları kendi değerleri doğrultusunda yönlendirme noktasında daha kararlı hâle gelmektedir. Dolayısıyla, duygusal yeme bireye geçici bir rahatlama sunsa da, uzun vadede sağlık değer alanıyla çelişerek olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu farkındalık sağlandığında, kişi attığı adımları değerleriyle uyumlu hale getirme noktasında daha tutarlı ve kararlı olmaktadır (38,103). Kişiye rehber değerlerinin neler olduğu sorulmalıdır. Bir 'sorun' davranış varsa, bu davranışın kişinin hedef ve değerleriyle ne kadar örtüştüğü öğrenilmeye çalışılmalıdır. Örneğin "Senin için neler önemli hayatta" şeklinde sorulabilir. Söz konusu davranışın, bir değer hayata geçirilmesini mi sağladığı, bunlara engel mi oluşturduğu yoksa ilişkisiz mi olduğu araştırılmalıdır. Bunlar öğrenildikten sonra, şimdiki durumla karşılaştırma yapılabilir (38). Obezitenin eksiksiz bir şekilde değerlendirilmesi, altta yatan nedenlerin, engellerin, komplikasyonların ve çoklu sağlık koşullarının tespit edilebilmesi ve spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, ilgili ve zamana bağlı (SMART) hedeflerin oluşturulabilmesi için altın standart olan yetenekli bir multidisipliner ekip gerektirir (36). Hedef belirleme sürecindeki SMART (mantıklı, akıllı) hedefler aşağıdaki içeriğe sahiptir.

- Specific (Spesifik): Hedefiniz açık ve net olmalıdır.
- Measurable (Ölçülebilir): Hedefinizin ne kadar ilerlediğini takip edebilmeniz için ölçülebilir olması gerekir.
- Achievable (Ulaşılabilir): Hedefiniz gerçekçi ve ulaşılabilir olmalıdır.
- Relevant (İlgili): Hedefiniz değerlerinizle ve hedeflerinizle uyumlu olmalıdır.
- Time-bound (Zamana bağlı): Hedefiniz için bir zaman sınırı belirlemek (92).

2.5. BDT ve MG Entegrasyonu: Araştırmanın Teorik Gerekçesi

BDT, psikolojik sorunların olayların kendisinden değil, olayların nasıl yorumlandığından kaynaklandığını savunur (78,79). Bu nedenle danışana, otomatik düşüncelerini tanıma, bilişsel çarpıtmalarını fark etme ve işlevsel alternatif düşünceler geliştirme becerisi kazandırır. Bu yönüyle BDT, bireyin değişim sürecinde “nasıl” değişeceğini, hangi

bilişsel ve davranışsal stratejilerle sorunların üstesinden gelebileceğini açıklığa kavuşturur (33,92,93). BDT, obezite tedavisinde Avrupa Fiziksel ve Rehabilitasyon Tıbbı Derneği tarafından “altın standart psikolojik müdahale” olarak önerilmektedir (32). Çalışmalar, BDT’nin yalnızca kilo kaybını artırmadığını, aynı zamanda duygusal yeme davranışlarını azalttığını ve bilişsel kısıtlamayı geliştirdiğini göstermektedir (5,32,38). Bunun yanı sıra duygu düzenleme ile psikolojik dayanıklılık arasında güçlü pozitif bir ilişki olduğu (104) düşünüldüğünde, duygu düzenleme becerilerinin artırılmasının psikolojik dayanıklılığı güçlendireceği söylenebilir (5,95).

MG ise, danışanların ambivalanslarını keşfetmelerine, değerlerini netleştirmelerine ve değişim için kendi içsel motivasyonlarını ortaya çıkarmalarına yardımcı olan danışan merkezli bir yaklaşımdır (38,98). MG’nin ruhu, empati, kabul ve işbirliği ilkelerine dayanır; bireyin değerleri ile mevcut davranışları arasındaki uyumsuzluğu görünür kılarak değişime yönelik güçlü bir içsel gerekçe oluşturur (38,100). Böylece MG, değişim için bireyin “neden” adım atması gerektiğini sorgulamasını ve bu soruya kendi içsel yanıtlarını bulmasını sağlar (38,100,103). Çalışmalar, MG’nin ambivalansı çözerek bireylerin değişime yönelik kararsızlıklarını azaltmada ve sağlık davranışı değişikliğini başlatmada etkili olduğunu göstermektedir (35,38). MG, obezite ve diyet gibi alanlarda kararsızlıkların aşılmasına yardımcı olmakta; kilo kaybının sürdürülmesi, fiziksel aktivitenin artırılması ve diyetle bağlılığın iyileştirilmesinde etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır (9,38). MG, bireylerin değerlerini netleştirerek değerleriyle uyumlu hedefler belirlemelerine yardımcı olmakta ve böylece değişime yönelik kararlılıklarını artırmaktadır. Bu süreç, olumlu başa çıkma stratejilerini destekleyerek psikolojik dayanıklılığın güçlenmesine katkı sağlayabilir (38,74,103). Ayrıca MG, danışanın güçlü yönlerini görünür kılarak ve değişime yönelik her türlü davranışını pekiştirerek umut, iyimserlik ve değişim olasılığına ilişkin inancı güçlendiren bir süreç olan destekleyici yaklaşımı etkin biçimde kullanmaktadır (38).

Bu bağlamda BDT ve MG’nin entegrasyonu teorik açıdan güçlü bir gerekçe sunmaktadır. BDT’nin yapılandırılmış teknikleri, bireyin işlevsiz bilişlerini fark etmesine, bu bilişlerin yerine işlevsel alternatif düşünceler geliştirmesine ve böylece düşünce ile davranış örüntülerinde değişiklikler yapmasına zemin hazırlarken (33,78,92,93) hasta katılımını ve bağlılığını artıran, tedaviye direnci azaltan ve motivasyonu yükselten yönüyle MG (38,103,105) bu değişimin benimsenmesini ve sürdürülebilirliğini kolaylaştırmaktadır. Başka bir ifadeyle, BDT değişim için gerekli araçları ve yöntemleri sunarken, MG bu

araçların kullanılmasına yönelik motivasyonu güçlendirir. Bu bütünlük yaklaşım, danışanın hem bilişsel ve davranışsal stratejileri uygulamasına hem de bunları sürdürmesine olanak tanır (26,38,105).

Dolayısıyla bu çalışmada BDT ve MG'nin birlikte kullanılması, bireylerin hem bilişsel-davranışsal düzeyde işlevsel beceriler geliştirmesini hem de değişimi içselleştirerek sürdürmesini sağlayacak teorik ve pratik bir zemin sunmaktadır. Entegrasyon sayesinde danışanlar, “nasıl” değişeceklerini öğrenirken aynı zamanda “neden” değişmeleri gerektiğini kavrayacak; böylelikle obezite ve duygusal yeme gibi karmaşık sorunlarda, duygusal yemeyi azaltmaya odaklanırken eşzamanlı olarak psikolojik dayanıklılığı arttıran daha güçlü, kapsamlı ve sürdürülebilir bir müdahale modeli elde edilecektir.

2.6. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Uygulayıcısı Olarak Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

19 Nisan 2011 tarihli “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”, psikiyatri hemşirelerine eğitim ve danışmanlık sorumlulukları kapsamında ruh sağlığı ekibi içinde grup terapisi süreçlerine katılma yetkisi vermektedir (106). Psikiyatri hemşireleri, özellikle ileri düzey uygulayıcı rollerde, danışanlara psikoterapi sağlayabilir ve farklı terapi ekollerinden teknikleri kullanarak tedavi planlarını şekillendirebilmektedir. Böylelikle, çeşitli psikoterapi yaklaşımlarını kullanarak danışanlara kanıta dayalı bakım sağlayabilmektedirler (107). Uzman psikiyatri hemşireleri, terapötik ilişki kurarken aktif dinleme, empatik yansıtma, açıklık, tutarlılık ve kabul gibi temel hemşirelik becerilerini kullanır; bu beceriler danışanın güçlendirilmesine, öz-yeterlik duygusunun artmasına ve iyileşmenin desteklenmesine katkı sağlar. Kişilerarası ilişki güven, saygı, empati ve işbirliği üzerine kuruludur ve güçlü bir terapötik bağ olmadan danışanın değişime yönelik motivasyonu ile terapiye katılımı düşük olur. Terapötik ittifakın merkezinde yer alan bu ilişki sayesinde danışan kendini daha güvende hisseder, daha açık olur ve değişim sürecine katılım gösterir. Hemşire psikoterapist, kabul, tahammül, sevecenlik, yargısız tutum, anlayış, iyi dinleme becerileri, dürüstlük ve empatinin iyileştirici bir biçimde ortaya çıkmasını sağlar (108).

BDT, psikiyatri hemşireleri tarafından en sık kullanılan terapilerden biridir (109). Uzman psikiyatri hemşireleri, BDT gibi davranışçı terapi yaklaşımlarını uygulamalarında kullanmakta ve danışanların davranış örüntülerini değiştirmelerine yardımcı olmaktadır (107). Bu süreçte hemşire, hastanın tekrarlayan olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının oluşmasını engellemeye yönelik stratejiler geliştirir; otomatik düşünce

kayıtları ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi tekniklerle danışanın olumsuz düşünce ve davranışlarını değiştirmesine destek olur, böylece hastanın işlevsiz düşüncelerini fark etmesi ve bunların duygusal sıkıntı ve davranışlarla ilişkisini anlaması sağlanır (110,111). Uzman psikiyatri hemşireleri, alternatif seçenekler üretmeyi teşvik ederek tek yönlü düşünmeyi kırar ve daha esnek bakış açıları geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, karar verme süreçlerinde avantaj-dezavantaj analizleri yaptırarak ‘ya hep ya hiç’ düşüncesini kırmaktadır (111). Psikiyatri hemşireleri, BDT teknikleri aracılığıyla bireylerin kişisel gelişimini desteklemeyi ve günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir (112). Bu noktada problem çözme yaklaşımı, hem hemşirelik sürecinin hem de psikiyatri hemşireliği uygulamalarında kullanılan BDT modellerinin merkezinde yer alarak hemşireye sistematik ve yapılandırılmış bir yol haritası sunmaktadır (109,111).

Hemşireler genellikle diğer sağlık profesyonellerinden daha uzun süreli ve anlamlı hasta etkileşimlerine sahiptir; bu da onları MG tekniklerini kullanmak için iyi bir konuma getirir. Özellikle psikiyatri hemşireleri, tedaviye uyum, madde kullanımı ve davranış değişikliğini ele almak için MG kullanabilir. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması [Nursing Interventions Classification (NIC)], MG’yi, sağlıkla ilişkili davranışları değiştirmeye yönelik olarak hastanın içsel motivasyonunu artırmayı amaçlayan yapılandırılmış bir iletişim tekniği olarak tanımlamaktadır. MG’nin bir NIC müdahalesi olarak doğrulanması, hemşireler tarafından daha yaygın benimsenmesini destekler ve uygulamanın belgelenmesini ve tutarlılığını artırmaktadır (113). MG, Psikiyatri İleri Düzey Hemşiresi için terapötik ittifak kurmada ve terapist olarak yargılayıcı olmayan bir pozisyon almada yararlı olması açısından değerli bir araçtır (114). İleri düzey psikiyatri hemşireliği uygulayıcıları, hem doğrudan hasta bakımında MG uygulamada hem de diğer sağlık profesyonellerinin MG becerilerini geliştirmede önemli bir rol üstlenirler (115). MG, psikiyatri hemşireleri için hastaları ruhsal sağlık problemleri konusunda yardım aramaya motive eden etkili bir süreç ve yararlı bir araç konumundadır. Bireylerin tedavi seanslarına katılımını artırarak sağlığın teşviki noktasında önemli katkılar sunabilir. Psikiyatri hemşireleri, MG’yi hastaların içsel motivasyonunu güçlendiren bir ön tedavi olarak kullanıp hem yatan hem de ayakta tedavide katılımı artırmada ve bireyleri topluma kazandırmada ideal konumdadır (116). BDT ve MG yaklaşımlarının her ikisi de terapötik iletişime, danışan merkezli çalışmaya, her bireyin değerli olduğuna, değişme potansiyelinin bulunduğu, empatik yaklaşıma ve bireyin her davranışının bir anlama sahip olduğunu ifade etmesinden dolayı psikiyatri hemşireliğinin süreci ve felsefesiyle örtüşmektedir (38,79,110,117).

Psikiyatri hemşiresi, yeme sorunu yaşayan bireyle güven temelli bir ilişki kurmalı; bireyin yeme davranışına eşlik eden duyguları fark etmesine ve bu duygularla başa çıkmasına yardımcı olmalıdır. Ayrıca bireyin değerli olduğunu hissettirmeli, olumlu özelliklerini ifade etmesini desteklemeli ve kişilerarası ilişkilerini keşfetmeye yönelik olarak teşvik etmelidir (118). Yeme bozukluklarında hemşirelik bakımının temel hedeflerinden biri, bireyin bağımsız biçimde sağlıklı yeme alışkanlığı geliştirmesi ve yaşamının kontrolünü kazanabilmesidir (119). Psikiyatri hemşireleri, duygusal yeme davranışı gösteren bireyleri duygularını fark etmeye ve ifade etmeye yönlendirebilir; olumsuz duygularla baş etme becerilerini geliştirmeleri, günlük enerji alımlarını izlemeleri ve gerektiğinde bir diyetisyenle iş birliği yapmaları konusunda destekleyici olabilir. Ayrıca danışanın kendini ifade etmesi için güvenli bir ortam sağlar. Bireyin duygularını dile getirmesine ve yemeye ilişkili olmayan baş etme mekanizmalarını kullanmasına yardımcı olmak amacıyla gevşeme tekniklerini öğretme, günlük tutmayı önerme, duyguları sorma ve stereotipik düşüncelerin değiştirilmesine destek olma gibi yöntemler kullanılabilir (13,118,120). Duygusal yeme davranışının azaltmada duygusal farkındalık kazanmak, yeme ve duygu günlüğü tutmak, açlık sinyallerini tanımak ve farkındalıkla beslenmeyi öğrenmek önemli müdahaleler arasındadır. Ayrıca bireylerin düzenli egzersize teşvik edilmesinin beyinde nörotransmitterleri dengeleyeceği ve duygusal yemenin azalmasını sağlayacağı ifade edilmektedir (93). Duygusal yeme sorunu olan kişiler duygularını tanımayı, yapılandırmayı/yeniden yapılandırmayı ve kendi kendilerini yönetmeyi öğrenmekten fayda sağlamaktadırlar (121). Psikiyatri hemşireleri, bakım verdikleri bireyin yaşadığı duyguları gözlemleyerek, duygu yönetme becerilerine yönelik müdahaleler için önemli veriler elde etmektedir. Bu doğrultuda sağlıklı duygu düzenleme kalıplarının öğretilmesi, duyguların anlamı ve nedenlerinin belirlenmesi gibi müdahaleler uygulanabilir. Psikiyatri hemşireleri, bireyin duygu yönetimi gereksinimlerine yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici tüm süreçlerde görev almaktadır (122). Yargılayıcı olmayan bir tutum sergileme, danışanın olduğu yerden başlama ve aktif dinleme gibi klinik beceriler, yoksunluğun tetiklediği yeme, diyet başarısızlığı ve kilo damgasının etkisini anlamaya dayanan şefkatli bir duruşla birleştğinde, diğer teknikleri kullanmaya elverişli, destekleyici bir ortam sağlayacağı vurgulanmaktadır (12).

Psikolojik dayanıklılığın psikiyatri hemşireliği alanındaki rolü iyi tanımlanmıştır. Hem hemşireler hem de bakım sundukları kişiler açısından önemli bir koruyucu faktör olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, ruh sağlığı hemşirelerinin uyguladıkları bakım, hizmet

sundukları kişilerin de psikolojik dayanıklılığını destekleyebilir (123). Psikiyatri hemşirelerinin eğitim ve rol modelleme yoluyla dayanıklılığı geliştirebilecekleri, bunun bakımın bir parçası olabileceği ifade edilmektedir (124). Terapötik ilişki, duygu düzenleme becerilerinin öğretilmesi ve sosyal destek ağlarının harekete geçirilmesi gibi uygulamalar, danışanların stresli yaşam olaylarıyla baş etmesine yardımcı olur. Böylece, hemşirelik bakımı hem bireysel hem de toplumsal düzeyde dayanıklılığı artırıcı bir işlev görür. Psikiyatri hemşireliği uygulamalarında, bireylerin güçlü yönlerini tanımalarını sağlamak ve sosyal destek ağlarını belirlemesine yardımcı olmak, hastaların dayanıklılıklarını artıracak yaklaşımlar arasında yer almaktadır (123). Bu yönüyle psikiyatri hemşireliği yaklaşımı MG'nin destekleyici yaklaşım tarzıyla örtüşmektedir (38).

Psikiyatri hemşireleri, obezite ile ilgili girişimlerin bir parçası olabilirler (125). Bu hasta grubuna yönelik literatür incelendiğinde, BDT ve MG yaklaşımlarının entegre şekilde kullanıldığı psikoeğitim modellerine dair yeterli sayıda deneysel çalışmanın bulunmadığı dikkat çekmektedir. Bu durum, her iki yöntemin birleşimini temel alan yapılandırılmış bir psikoeğitim programının geliştirilmesi ve etkililiğinin araştırılması açısından önemli bir boşluk ve aynı zamanda güçlü bir araştırma motivasyonu oluşturmaktadır. Bu bağlamda, psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanabilecek BDT temelli ve MG destekli psikoeğitim programı, özellikle obez bireylerde sık görülen duygusal yeme davranışları üzerinde düzenleyici bir etki yaratma ve psikolojik dayanıklılığı güçlendirme potansiyeli açısından öne çıkmaktadır. BDT'nin bireyin düşünce-duygu-davranış döngüsünü yeniden yapılandırmaya yönelik müdahaleleri ile MG'nin değişime yönelik içsel motivasyonu artıran stratejileri birleştiğinde, bu yaklaşım bireyin kendi sürecine aktif katılımını sağlayan, değişimi içselleştirmesine ve yaşam becerilerini kalıcı biçimde geliştirmesine olanak tanıyan bir yapı kazanabilir. Bu bütüncül psikoeğitim programı aracılığıyla psikiyatri hemşireleri, bireyin yeme davranışlarını tetikleyen bilişsel çarpıtmaları tanımalarına, duygusal regülasyon becerileri geliştirmesine ve içsel güç kaynaklarını fark ederek psikolojik dayanıklılığını artırmalarına katkı sunabilir. Aynı zamanda, danışmanlık süreci içerisinde bireyin tedaviye yönelik motivasyonu ve bağlılığı artarken, uzun vadede davranış değişikliği geliştirme olasılığı da güçlenmektedir. Bu yönüyle BDT ve MG'nin entegrasyonuna dayalı hemşirelik temelli psikoeğitim modeli, yalnızca bireysel semptomlara değil, aynı zamanda bireyin genel yaşam kalitesine ve psikososyal işlevselliğine de olumlu katkılar sunabilecek kapsamlı bir müdahale yaklaşımı olarak değerlendirilebilir.

3. MATERYAL VE METOT

Bu araştırma, ClinicalTrials.gov veri tabanında NCT06632171 protokol numarasıyla kayıtlıdır.

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü türde tasarlandı. Bu araştırmada, obez bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini incelemek için randomize kontrollü bir tasarım kullanıldı. Bu tasarım, araştırmanın hipotezleri ile uyumlu olup nedensel ilişkilerin saptanmasına olanak sağladı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ağustos 2024-Kasım 2025 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın katılımcıları, Muş Devlet Hastanesi ve Muş Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'ndeki diyetisyen polikliniklerine başvuran obez bireyler arasından seçildi. Bu merkezlerin seçilme nedeni, Muş ilindeki hedef popülasyonun tedavi için birincil başvuru noktaları olması ve bu sayede evrenin daha temsili bir kesimine ulaşma imkanı sunmasıdır. Müdahale programı olan psikoeğitim oturumları ise, Muş Alparslan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nin dersliklerinde gerçekleştirildi. Ayrıca zaman zaman dersliklerde bulunan tahta kullanıldı. Müdahale mekanının şehir merkezinde yer alması ve ulaşımının kolay olması, katılımcı yükünü hafifletip çalışma süresince katılımcı kaybı riskini en aza indirerek araştırmanın iç geçerliliğinin korunmasını sağladı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Muş Devlet Hastanesi ve Muş Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'nde diyetisyene başvuran obez bireylerden oluşmaktadır. Bu hastalar, çeşitli yaş gruplarından, cinsiyetlerden ve sosyoekonomik durumlardan oluşmaktadır.

Araştırmanın örnekleme, hedef evren içerisinde amaçlı örnekleme (purposive sampling) yöntemi kullanılarak seçildi. Bu yöntemde, araştırmanın amacına uygun olarak, önceden belirlenmiş dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler örnekleme alındı. Katılımcıların çalışmaya dahil edilebilmesi için gereken kriterler aşağıda listelendi.

3.3.1. Deney ve Kontrol Grubu İçin Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Beden kitle indeksinin (BKİ) 30 kg/m² veya üzerinde olması,
- 18-65 yaş aralığında bulunması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması ve aydınlatılmış onam formunu imzalaması,
- Görüşme ve psikoeğitim oturumlarını takip edebilecek düzeyde iletişim kurabilmesi,

3.3.2. Deney ve Kontrol Grubu İçin Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- İletişim ve değerlendirmeyi engelleyecek düzeyde dil (Türkçe okuryazarlık yetersizliği) ve/veya duyuşal/kognitif sorun (görme-işitme ağır kayıp, orta-ağır bilişsel bozukluk).
- Hekim tanısı ile belgelenmiş sekonder obezite (örn. aktif/teğavi altında olmayan hipotiroidi, Cushing sendromu) veya kilo artışı ile ilişkili ilaç kullanımı (ör. uzun süreli sistemik kortikosteroid, antipsikotik).
- Psikiyatrik tanı (örn. majör depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu) ve/veya psikotrop ilaç kullanımı.
- Hamilelik veya emzirme

3.3.3. Deney Grubu İçin Araştırmayı Tamamlamama Kriterleri

- Psikoeğitim oturumlarında toplam ≥ 3 devamsızlık (program 8 oturumdur).
- Oturumlarda operasyonel olarak tanımlanmış pasiflik (örn. 2 ardışık oturumda etkinlik/ödev teslim etmemek).
- Ciddi istenmeyen olay veya klinik güvenlik gerekçesi (araştırmacı/hekimin tıbbi kararı).
- Takip sürecinde yeni bir diyet/egzersiz programına başlamak.

3.3.4. Kontrol Grubu İçin Araştırmayı Tamamlamama Kriterleri

- Ölçüm seanslarına katılmamak
- Ölçüm seanslarında verilen bilgileri veya ölçekleri eksik veya yanlış doldurmak
- Ölçüm seansları sırasında veya sonrasında ciddi bir fiziksel veya psikolojik sorun yaşamak
- Ölçüm seansları dışında başka bir diyet veya egzersiz programına başlamak

3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Güç Analizi

Bu çalışmanın a priori güç analizi G*Power 3.1 ile gerçekleştirildi (F tests → ANOVA: Repeated measures, within-between interaction; A priori: Compute required sample size). Literatürde obezite grubunda çevrimiçi BDT temelli bir müdahale için Cohen's $d=0.65$ düzeyinde (orta-geniş) etki rapor edilmiştir (126). İki grup için standart yaklaşık dönüşüm $f \approx d/2$ kabul edilerek $f \approx 0.325$ elde edilmektedir. Etkileşim etkisini fazla tahmin etmemek amacıyla muhafazakâr biçimde $f=0.30$ kabul edilerek hesaplama yapıldı ($\alpha=.05$, $1-\beta=.95$, grup sayısı=2, ölçüm sayısı=3, tekrarlı ölçümler arası korelasyon $\rho=.50$, küresellik düzeltmesi $\epsilon=1.00$). G*Power çıktısına göre toplam asgari örneklem büyüklüğü $N=32$ ($N_1=N_2=16$), kritik $F=3.150$, $\lambda=17.28$, $df_1=2$, $df_2=60$ ve gerçekleşen güç=0.961 bulundu. Olası kayıplar göz önüne alınarak asgari N'nin üzerinde bir örneklem hedeflenmiş ve çalışmada 84 kişi randomize edilip 81 kişi analizde yer aldı; dolayısıyla güç gereksinimi fazlasıyla karşılandı. Araştırmanın veri toplama aşamasına başlamadan önce bahsi geçen iki merkeze düzenli olarak ziyaretler yapıldı. Buralarda obez bireylerle görüşüldü. Ayrıca bahsedilen merkezlerdeki toplam 3 diyetisyenle görüşülüp hastaları yönlendirmeleri konusunda yardım istendi. Çalışma 84 hasta ile başlatıldı. Deney grubundan 2 hasta iş yoğunluğu nedeniyle araştırmadan ayrıldı. Kontrol grubundan bir katılımcıya özel durumu nedeniyle ulaşılamadı. Belirtilen nedenlerden dolayı araştırma 40 deney, 41 kontrol olmak üzere toplamda 81 hasta ile gerçekleştirildi.

3.5. Katılımcıların Çalışmaya Alınması ve Randomizasyon Süreci

Araştırmacıya yönlendirilen bireylerle birebir ön görüşme yapılarak, çalışmanın dâhil etme ve dışlama kriterlerine (Bkz. Bölüm 3.3.1 ve 3.3.2) uygunlukları değerlendirildi. Kriterlere uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olduğunu beyan eden toplam 84 katılımcıdan, araştırmanın amacı, süreci, potansiyel risk ve faydaları hakkında detaylı bilgi içeren 'Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu'nu okuyup imzalamaları istendi.

Onam süreci tamamlanan 84 katılımcı, 1:1 atama oranıyla deney ($n=42$) ve kontrol ($n=42$) gruplarına basit rastgele atama (simple randomization) yöntemiyle atandı. Atama listesi, araştırmadan ve katılımcılardan bağımsız bir akademisyen tarafından 'Random Allocation Software 1.0.0' paket programı kullanılarak oluşturuldu. Bu yaklaşım, atama gizliliğini (allocation concealment) sağlayarak seçim yanlılığını önledi. Katılımcıların gruplara atanması sürecinde, araştırmacı oluşturulan sıralama hakkında bilgi sahibi değildi. Psikoeğitim gibi psikososyal müdahalelerin doğası gereği katılımcıların ve müdahaleyi

uygulayan araştırmacının körlenmesi mümkün olmamakla birlikte, çalışmanın objektifliğini artırmak amacıyla verilerin istatistiksel analizi, grup atamalarından haberdar olmayan (körleştirilmiş) bir biyoistatistikçi tarafından gerçekleştirildi. Bu şekilde, olası bir değerlendirme yanlılığının önüne geçildi.

Deney grubu: “1-2-5-6-7-8-10-13-14-15-16-17-18-19-24-25-26-28-34-36-43-45-46-47-48-49-52-53-60-62-65-67-68-71-72-74-76-77-80-81-82-83”

Kontrol grubu: “3-4-9-11-12-20-21-22-23-27-29-30-31-32-33-35-37-38-39-40-41-42-44-50-51-54-55-56-57-58-59-61-63-64-66-69-70-73-75-78-79-84”

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verilerinin toplanmasında kullanılan araçlar, "Tanıtıcı Özellikler Formu", (EK-4) “Duygusal Yeme Ölçeği”, (EK-5) "Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" (EK-6)'dır.

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı Özellikler Formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 9 sorudan (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, beden kitle indeksi, obezite düzeyi ve obezite süresi) oluşmaktadır.

3.6.2. Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)

Araştırmada katılımcıların duygusal yeme düzeylerini belirlemek amacıyla Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ) kullanılmıştır. Ölçek, Garaulet ve ark. (2012) tarafından bireylerin olumsuz duygulara tepki olarak yeme davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (127). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arslantaş ve ark. (2020) tarafından yapılmıştır (128). DYÖ, 10 maddeden ve üç alt boyuttan (yeme isteğini engelleyememe-disinhibition, yiyecek türleri-type of food, suçluluk hissi-guilt) oluşmaktadır. Maddeler, “0=Asla”, “1=Bazen”, “2=Genellikle” ve “3=Her zaman” seçeneklerinden oluşan 4'lü Likert tipi ölçek üzerinden yanıtlanmakta ve ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Ölçekten alınan yüksek puanlar, duygusal yeme davranışının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Orijinal çalışmada 0-5 puan aralığı “duygusal yiyici değil”, 6-10 puan aralığı “düşük düzeyde duygusal yiyici”, 11-20 puan aralığı “duygusal yiyici” ve 21-30 puan aralığı “çok duygusal yiyici” olarak sınıflandırılmıştır (127). Ölçeğin Türkçe

formunun güvenilirlik çalışmasındaki Cronbach α değerlerinin yeme isteğini engelleyememe boyutu için 0,81, yiyecek türleri boyutu için 0,57, suçluluk hissi boyutu için 0,64 ve ölçeğin tümü için 0,84 olduğu belirlenmiştir (128) (Ek-10). Bu araştırmada DYÖ'nün kullanılması, hem orijinal geliştirme çalışmasının hem de Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasının güvenilir sonuçları doğrultusunda, katılımcıların duygusal yeme davranışlarının ölçülmesinde uygun bir araç olması nedeniyle tercih edildi. Bu araştırmada kullanılan ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları; 'yeme isteğini engelleyememe' için 0.71, 'yiyecek türleri' için 0.71 ve 'suçluluk hissi' için 0.78 olarak bulundu. Bu araştırmada ölçeğin toplam Cronbach Alpha kat sayısı ise 0.71 olarak saptandı.

3.6.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

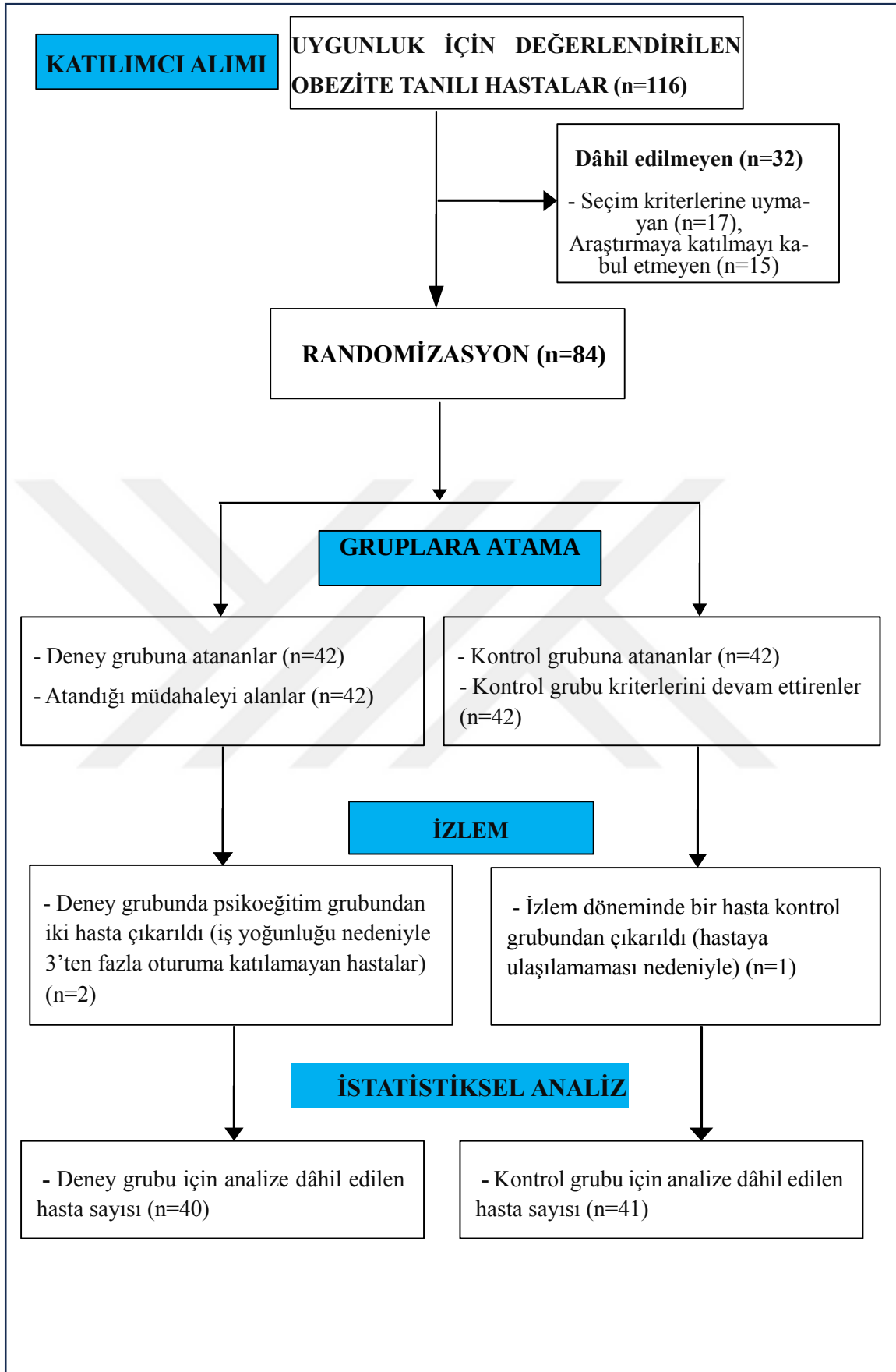
Araştırmada katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek amacıyla Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) kullanılmıştır. Ölçek, Işık (2016) tarafından geliştirilmiştir. PDÖ, 21 maddeden ve üç alt boyuttan (kendini adama, kontrol ve meydan okuma) oluşmaktadır. Maddeler, “kesinlikle katılmıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” arasında değişen 5’li Likert tipinde bir ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kendini adama boyutu 1, 2, 3, 5, 6, 18 ve 21. maddeden; kontrol boyutu 4, 10, 11, 12, 15, 19 ve 20. maddeden; meydan okuma boyutu ise 7, 8, 9, 13, 14, 16 ve 17. maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine işaret etmektedir. Ölçeğin 2. ve 15. maddeleri ters yönde puanlanmaktadır. PDÖ'nün güvenilirlik çalışması kapsamında, ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach α katsayısı hesaplanmıştır. Buna göre kendini adama alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı 0.62, kontrol alt boyutu için 0.69, meydan okuma alt boyutu için 0.74 ve toplam puan için 0.76 olarak belirlenmiştir (129) (Ek-11). Bu araştırmada PDÖ'nün kullanılması, bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin geçerli ve güvenilir biçimde değerlendirilebilmesini sağladığı için tercih edildi. Bu araştırmada kullanılan ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları; 'kendini adama' için 0.81, 'kontrol' için 0.81 ve 'meydan okuma' için 0.90 olarak bulundu. Bu araştırmada ölçeğin toplam Cronbach α kat sayısı ise 0.90 olarak saptandı.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama süreci, etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra Nisan 2025 tarihinde başlatıldı. Muş Devlet Hastanesi'nde ve Muş Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'nde diyetisyene başvuran obez bireyler bilgilendirilerek araştırmaya davet edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve rastgele olarak gruplara atanan tüm katılımcılardan (deney ve kontrol grubu), müdahale öncesi değerlendirme amacıyla ön test verileri toplandı. Ön test veri toplama seti; Tanıtıcı Özellikler Formu, Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden (PDÖ) oluştu. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildi.

Deney grubundaki katılımcılara, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan ve obez bireylerin duygusal yeme düzeylerini azaltmayı ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmayı amaçlayan BDT temelli ve MG destekli psikoeğitim programı uygulandı (5,38,78,79,91,101). Program, Muş Alparslan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nin eğitim odasında, sekiz hafta boyunca, her grup için haftada bir kez olmak üzere toplam sekiz oturum uygulandı. Katılımcılar, üçü 10'ar kişiden ve biri 12 kişiden oluşan dört gruba ayrıldı. Her oturum ortalama 75-90 dakika sürdü ve oturumlar arasında 15 dakika dinlenme arası verildi. Psikoeğitime çeşitli nedenlerle katılamayan katılımcılar için grup şeklinde toplam altı telafi oturumu düzenlendi. Deney grubundaki katılımcıların programa katılım oranı yüksek oldu ve oturumların büyük çoğunluğu planlandığı şekilde gerçekleştirildi. Bu durum, müdahalenin etkin bir biçimde uygulandığını ve telafi oturumlarının katılımcı kaybını önlemede önemli bir rol üstlendiğini gösterdi. Program sonunda deney grubundan son test verileri (Tanıtıcı Özellikler Formu, DYÖ, PDÖ) toplandı. İki ay sonra ise deney grubundan izlem testi toplandı.

Kontrol grubundaki katılımcılara başlangıçta ön test, deney grubuna paralel olarak son test ve izlem testi (Tanıtıcı Özellikler Formu, DYÖ, PDÖ) uygulandı. Süreç boyunca herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Araştırma tamamlandıktan sonra ise etik sorumluluk gereği, talep eden kontrol grubu üyelerine Ağustos ayında dört hafta boyunca haftada iki kez psikoeğitim desteği sunuldu (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Consort akış şeması

3.10. Müdahale Protokolü: BDT ve MG Destekli Psikoeğitim Programı

3.10.1. Müdahalenin Teorik Çerçevesi ve Yapısı

Araştırmanın müdahale kolunu, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Motivasyonel Görüşme (MG) ilkelerine dayalı olarak geliştirilen yapılandırılmış bir psikoeğitim programı oluşturmaktadır. Program, toplam sekiz oturumdan oluşmakta olup, her bir oturum haftada bir kez, yaklaşık 75-90 dakika sürecek şekilde tasarlandı. Programın temel amacı, katılımcıların duygusal yeme davranışlarını azaltmak ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmaktır.

Oturumların detaylı içeriği, hedefleri ve kullanılan teknikler Tablo 3.1’de (Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin İçeriği) başlığı altında sunulmuştur.

3.10.2. Pilot Çalışma ve Uygulanabilirlik

Programın uygulanabilirliği, küçük bir katılımcı grubunda gerçekleştirilen pilot çalışma ile test edildi. Pilot uygulama, oturumların süresi, içeriği ve yöntemlerinin katılımcılar için uygunluğunu değerlendirme fırsatı sunmuş ve gerekli görülen küçük uyarlamalar yapılarak programın nihai formu oluşturulmuştur.

3.10.3. Müdahaleyi Uygulayanın Yetkinliği

Psikoeğitim programı, araştırmacı tarafından uygulandı. Araştırmacı, müdahaleyi gerçekleştirmeden önce 52 saatlik Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi (Ek-12) ve 16 saatlik Motivasyonel Görüşme temel eğitimi (Ek-8) alarak gerekli teorik ve uygulamalı yetkinliği kazanmıştır.

3.10.4. Deney Grubuna Uygulanan Müdahale Süreci

Deney grubunu oluşturan bireylere program kapsamında sekiz oturumluk BDT temelli, MG destekli psikoeğitim uygulandı. Grup oturumları, araştırmacının liderliğinde haftada bir kez olmak üzere Muş Alparslan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi’nde yürütüldü.

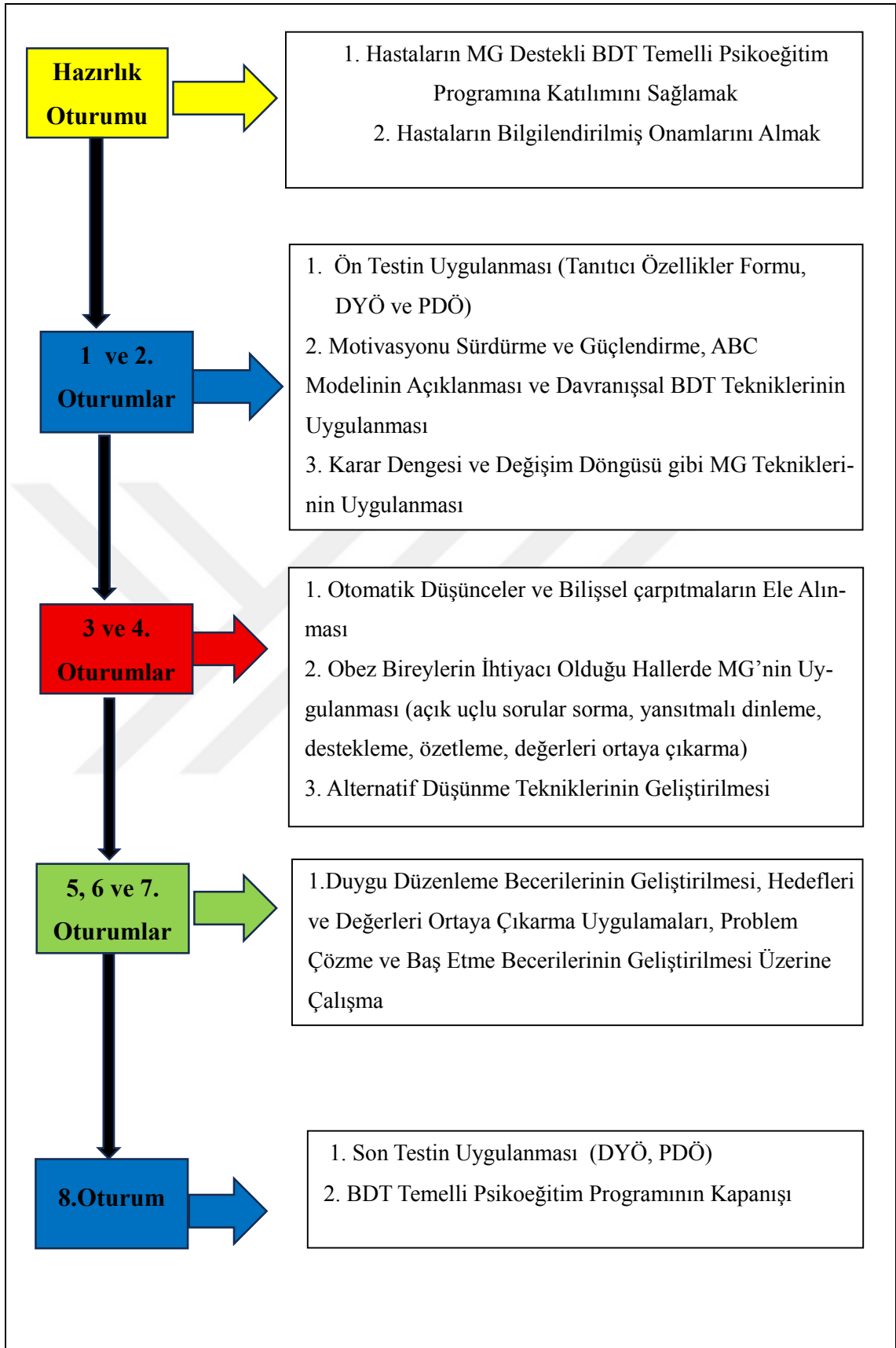
Müdahale süreci, hazırlık oturumu ile başladı. Bu oturumda katılımcılara çalışmanın amacı, önemi, süresi ve içeriği anlatıldı. Aydınlatılmış onam formları alındı ve tanışma etkinlikleriyle terapötik ittifak kuruldu. Hazırlık sonrasında uygulanan programın ilk aşamalarında, katılımcıların değişime yönelik istekliliklerinin artırılması, motivasyonlarının güçlendirilmesi ve sürdürülmesine odaklanıldı. Bu süreçte empatik ve destekleyici

yaklaşım, çelişkilerin gösterilmesi, dirençle çalışma, önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli kullanıldı. Ayrıca ABC modeli ile düşünce-duygu-davranış ilişkileri kavramsallaştırıldı ve davranışsal BDT tekniklerinden (uyaran kontrolü, kendini izleme, fiziksel aktivite planlama vb.) yararlanıldı (1-2. oturumlar). Katılımcılara otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtma ve türleri tanıtılmakla beraber, özellikle olumsuz otomatik düşünceleri fark etmeleri sağlandı. Obez bireylerde görülen olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtma türleri örneklerle ifade edildi. Otomatik düşünce kayıt formu ev ödevi olarak verildi (3. oturum). Bir sonraki oturumda (4. oturum) ise hastaların otomatik düşünce kayıt formuna yazdıkları oturumda beraberce işlendi. Formlara yazılan olumsuz otomatik düşünceler kanıt inceleme, çifte standart gibi alternatif düşünce geliştirme teknikleri ile incelendi (4. oturum).

Programın sonraki aşamalarında, duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi üzerinde duruldu. Bununla beraber duyguları kabullenme, ifade etme, nefes egzersizleri, dikkat dağıtma stratejileri, zaman yönetimi ve kendine yönerge oluşturma gibi duygu düzenleme becerileri anlatıldı (5. oturum). Bunu takiben, katılımcıların temel değerlerini keşfetmeleri ve bunların sağlıkla ilişkisini fark etmeleri sağlandı. Değerler ile davranışlar arasındaki uyumsuzluğa vurgu yapıldı. SMART (mantıklı) hedef belirleme yaklaşımı tanıtıldı ve bu yaklaşım ile değerlerle uyumlu hedefler oluşturuldu (6. oturum). Daha sonraki oturumda günlük yaşam sorunları ele alındı ve problem çözme basamakları, baş etme stratejileri ve gevşeme teknikleri üzerinde çalışıldı. Bu aşamada problem çözme çalışma formu (130) ile problem çözme sürecinde seçeneklerin gözden geçirilmesi, her bir seçeneğin artı ve eksi yönlerinin incelenmesi sağlandı. Katılımcılardan bir sonraki oturuma kadar formu doldurmaları istendi (7. oturum). Sonlandırma oturumunda ise hastaların problem çözme çalışma formuna yazdıkları değerlendirildi. Bu oturumda genel değerlendirme yapılmakla beraber, öğrenilen tekniklerin günlük yaşama aktarımı tartışıldı ve son testler uygulanarak süreç tamamlandı (8. oturum). Deney grubuna BDT temelli MG destekli psikoeğitim uygulama planı Şekil 3.2’de verilmiştir.

3.10.5. Kontrol Grubuna Uygulanan Standart Bakım

Kontrol grubundaki bireylere araştırma süresince herhangi bir psikoeğitim oturumu uygulanmadı. Araştırmanın tamamlanmasının ve son testlerin uygulanmasının ardından, kontrol grubunda yer alan bireylere de talepleri doğrultusunda psikoeğitim programı sunuldu.



Şekil 3.2. Deney grubuna BDT temelli MG destekli psikoeğitim uygulama planı

Tablo 3.1. Psikoeğitim programının içeriği

Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin İçeriği			
Hafta	Temel Amaçlar	Anahtar Kavramlar & Gündem Maddeleri	Kullanılan Teknikler & Etkinlikler
Hazırlık Oturumu	- Obez bireylerin bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim grubuna katılımlarını sağlamak - Katılımcılardan aydınlatılmış onamlarını almak -Hastaların programdan beklentilerini öğrenme - Ön test verilerini toplamak	- Tanışma -Hastalar hakkında bilgi toplamak -Psikoeğitimin içeriği ve oturumlar hakkında kısa bilgilendirme - Bilişsel davranışçı terapi ve motivasyonel görüşme kavramları ve ilkeleri - Ön testin uygulanması - Katılımcıların aydınlatılmış onam formlarını doldurması	- Hastalara isimlerini, yaşlarını, mesleklerini, hobilerini, ne kadar süredir obezite ile yaşadıklarını, tedavi sürecinde yaşamışlarsa hangi zorlukları tecrübe ettikleri ve beklentilerini sorarak tanışma etkinliği yapmak - Hastalara psikoeğitimin amacını, yöntemini, süresini, faydalarını ve katılım koşullarını anlatarak aydınlatılmış onam formunu imzalatmak - Hastalara obezite, bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, duygusal yeme psikolojik dayanıklılık kavramlarının tanıtılması ve programın içeriğine ve uygulamasına uyum sağlamalarına yardımcı olmak
1.OTURUM (Motivasyonu Güçlendirmek ve Sürdürmek)	-Hastaların önceki başarıkları yoluyla psikolojik dayanıklılığı ve motivasyonu artırmak - Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven- yeterlilik cetveli	- Hastalığın belirtilerini anlama, tedaviye engel olan unsurların değerlendirilmesi - Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven- yeterlilik cetveli uygulaması -Değişim için motivasyonun evreleri	- Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulaması - Hastaların tecrübelerine destekleyici bir yaklaşımda bulunmak - Oturum sonunda grup üyelerinin bugünkü süreci değerlendirmeleri istenip, katılımlarını

uygulaması	hakkında bilgilendirme ve hasta	teşvik etmek.
- Değişim için motivasyonun evreleri hakkında bilgilendirme ve hasta değerlendirmesi	değerlendirmesi	-Hastalara değişim için motivasyonun evreleri (ön düşünce, düşünce, hazırlık, eylem, sürdürme) hakkında bilgi verme ve hastaların hangi evrede olduğunu değerlendirmek.
- Destekleyici yaklaşımda bulunmak		- Hastaların değişim için hazır olup olmadıklarını, değişime karşı hangi engellerle karşılaştıklarını ve değişim için hangi kaynaklara sahip olduklarını belirlemek için, motivasyonel görüşme tekniklerinden yararlanmak. Örneğin, açık uçlu sorular, yansıtıcı dinleme, özetleme, değişim konuşması, değişim planı gibi teknikler kullanmak
		- Hastaların obezite ile ilgili deneyimlerini, zorluklarını ve başarılarını paylaşmalarını istemek, hastaların başarılı oldukları anları anlatmalarını istemek ve başarılarına destekleyici yaklaşımda bulunmak.
		- Obezite ve beraberinde getirdiği zorluklar (fiziksel, psikolojik, sosyal) hakkında bilgi vermek. Fiziksel boyutta obezite ile sık görülen komorbid hastalıklara (hipertansiyon, diyabet vb.) , sosyal boyutta damgalanma ve psikolojik boyutta depresyon ve anksiyete gibi problemlere değinmek.
2. OTURUM (ABC Modeli ve Davranışsal BDT)	- Bireyin obeziteye ilişkin düşünce ve inançlarını tanımlamak ve sorgulamak	- Yaşanan en az 5 duygunun isimlendirilmesi ev ödevinde hastalara duygu çarkını vermek ve duyguları isimlendirmede duygu

Teknikleri)	- Bilişsel davranışçı yaklaşımın ve ABC modelinin tanıtılması, - Temel BDT yaklaşımının anlaşılması, - Obezitede kullanılan davranışsal BDT tekniklerinin öğrenilmesi	çerçevesinin anlatılması, - ABC modeli kullanılarak düşünce-duygu-davranış ilişkisinin kurulmasına yönelik örnekler verilmesi - Uyaran kontrolü, kendini izleme, fiziksel aktivite planlama, beslenme eğitimi gibi davranışçı tekniklerin öğretilmesi	çarkından faydalanmak - Obezitenin ABC açısından formüle edilmesi - Olayların (A) duygulara, davranışlara (C) neden olmayacağını inançların (B) özellikle işlevsiz inançların duygulara neden olduğunu anlatmak - Katılımcıların konuyu daha iyi kavramsallaştırmaları adına ABC modelinin tahtaya çiziminin yapılması - ABC modelinin nasıl kullanılacağına dair örnekler vermek ve hastalardan günlük yaşamlarında karşılaştıkları olayları, düşünceler ile duygu ve davranışları ABC modeline göre kaydetmesini istemek, ABC formunu ev ödevi vermek. - Problem davranışını tetikleyen çevresel uyaranların azaltılması ve sağlıklı davranışları destekleyen uyaranların artırılmasının anlatılması - Danışanın davranışlarının sıklığını, süresini ve bağlamını fark ederek otomatikleşmiş örüntüleri görünür kılmak ve böylece davranış değişikliği için içgörü geliştirmesi, bu hedefle günlük tüketilen yiyecek-içecek türü, hangi saatte tüketildiği, miktarı ve kalorisinin kaydedilmesi - Düşük kalorili diyet, kalori açığı oluşturma, katı diyetin psikolojik yönü, kademeli egzersiz vb. uygulamanın anlatılması
---------------------	---	---	--

3. OTURUM (Otomatik Düşüncelerin ve Bilişsel Hataların Ele Alınması)	-Otomatik düşünceler hakkında bilgi sahibi olmak - Otomatik düşünceleri (olumlu/olumsuz) fark edip ifade edebilmek - Olumsuz otomatik düşüncelerin duygusal yeme üzerindeki etkisini öğrenmek - Bilişsel hataları öğrenme - Yaptığımız bilişsel hataları farketme	- Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması, - Otomatik düşünce, ara ve temel inanç kavramlarının anlatılması. - Bilişsel hataların örneklerle öğretilmesi ve konunun pekiştirilmesi - Bilişsel hataların duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisini anlatılması	- Hastalara otomatik düşüncelerin ne olduğu, nasıl ortaya çıktığı, nasıl fark edilebileceği, nasıl değiştirilebileceği konusunda bilgi vermek ve örnekler sunmak - Otomatik Düşünce Kayıt Formu ev ödevi verilerek hastaların bir sonraki oturuma kadar yaşadıkları en az bir otomatik düşünceyi (özellikle olumsuz) kaydetmelerini ve bu düşüncenin gerçekliğini araştırmalarını istemek - Sokratik sorgulama tekniği hakkında hastaları bilgilendirmek ve bu tekniğin otomatik düşünceleri sorgulamak için nasıl kullanılacağını göstermek - Rol oynama tekniği ile hastaların otomatik düşüncelerini açığa çıkarmak, öğrenme ve sosyal becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamak. - “Bilişsel hata nedir ?, bilişsel hata alt türleri” (Ya hep ya hiç, keyfi çıkarsama, aşırı genelleme vb.) konularında bilgi vermek ve obeziteye özgü bilişsel hata örnekleri ("kilo vermem imkansız", "bir kere kaçamak yaparsam her şey bozulur", "spor yapсам da bir faydası olmaz") vermek. - Alıştırmalarla konunun pekiştirilmesi - Duygusal yemeye sebep olan olumsuz otomatik düşüncelerin doğru olup olmadığının açıklanması - Hastalara bir önceki oturumda verilen
4. OTURUM (Alternatif Düşünce Geliştirme)	-Olumsuz otomatik düşünceler yerine olumlu ve işlevsel düşünceler/ alternatif düşünceler geliştirmek	- Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması, - Bir önceki oturumda verilen ödevler üzerinde durmak.	

-Sağlıksız düşünce yerine sağlıklı düşünce geliştirilerek duygu ve davranışın değişeceğini kavramak	- Olumlu ve işlevsel düşüncelerin nasıl olması gerektiği konusunda ipuçları verilmesi - Otomatik düşünceleri destekleyen ve onlara karşı olan kanıtları fark edip incelemek, -Düşüncelerin gerçekliğini ve işlevselliğini sorgulamak.	Otomatik Düşünce Kayıt Formu'na yazdıkları olumsuz otomatik düşüncelerine dair alternatif düşünce üretmelerini istemek ve bu konu hakkında beraber tartışmak - Tahtayı, olumsuz otomatik düşünce ile olumlu ve işlevsel düşünceler/alternatif düşünce şeklinde ikiye ayırmak ve hastalara bir önceki oturumda verilen ödevde yazdıkları otomatik düşüncelerinden örnekler vermelerini istemek - Sokratik sorgulama, çifte standart, kanıt inceleme, davranışsal deneme, düşüncenin işlevselliğini değerlendirme teknikleri ile bilişsel hataları ve olumsuz otomatik düşünceleri incelemek ve bu işlevsiz düşüncelerin yerine daha işlevsel düşünceleri yerleştirme
5. OTURUM (Duygu Düzenleme Becerilerinin Geliştirilmesi)	-Duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi -Duygu düzenlemenin öneminin anlaşılması - Duygu düzenleme tekniklerinin açıklanması - Duygu düzenleme güçlüğünün öneminin açıklanması	- Duygu, duygu düzenleme ve duygu düzenleme güçlüğü kavramlarının anlatılması, - Duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin öneminin vurgulanması, - Olumsuz duyguları kabullenme ve deneyimleme, duyguları ifade etme, fiziksel egzersiz yapma, nefes egzersizleri yapma, kendine yönerge verme/slogan bulma, dikkat dağıtacak etkinlikler yapma gibi etkinlikleri anlatmak ve eğitim sırasında uygulamak.

6. OTURUM (Hedefleri ve Değerleri Ortaya Çıkarmak)

- Danışanın hedeflerini ve değerlerini keşfetmek - Hastaların değerlerini netleştirmek, değerlendirmek ve değerleri ile bağlantılarını arttırmaya çalışmak - Bir 'sorun' davranış varsa, bu davranışın kişinin hedef ve değerleriyle ne kadar örtüştüğünü öğrenmeye çalışmak	- Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması, - Değerler üzerine hastalarla beraber kritik yapmak, - Danışanların yeni, gerçekçi ve somut hedefler koymasına yardımcı olmak, - Danışanların açık ve net hedefler bulmasını sağlamak, - Kişiyi rehber değerlerinin neler olduğunu sormak. - Değerleri ve Hedefleri Belirleme Çalışma Formu'nun dağıtılması ve doldurulması	- Hastalara değerlerin ne olduğu, nasıl belirleneceği, neden önemli olduğu, nasıl geliştirilebileceği konusunda bilgi vermek ve örnekler sunmak. 'Senin için neler önemli hayatta'' vb. sorular sormak. - Hedef belirleme sürecini hastalara adım adım açıklamak. (SMART hedefler). Spesifik (Spesifik) : Hedefiniz açık ve net olmalıdır. Measurable (Ölçülebilir): Hedefinizin ne kadar ilerlediğinizi takip edebilmeniz için ölçülebilir olması gerekir. Achievable (Ulaşılabilir): Hedefiniz gerçekçi ve ulaşılabilir olmalıdır. Relevant (İlgili): Hedefiniz değerlerinizle ve genel hedeflerinizle uyumlu olmalıdır. Time-bound (Zamana bağlı): Hedefiniz için bir zaman sınırı belirlemek. - "Sizin için önemli olan değerler nelerdir?", "Hedeflerinize ulaştığınızda hayatınızda neler değişecek?", " Değerleriniz sağlığınıza ilgili hedeflerle nasıl ilişkilendirilebilir " gibi açık uçlu sorular sorarak, danışanın düşüncelerini ve duygularını keşfetmesine yardımcı olmak. - Hastalara değişim gerektiren davranışların, bu değerler ile ne kadar örtüştüğünü tartışmak - Hastalara hedef belirlemenin ne olduğu, nasıl yapılacağı, neden önemli olduğu, nasıl geliştirilebileceği konusunda bilgi vermek ve
--	--	--

	örnekler sunmak - Hastalara Değerleri ve Hedefleri Belirleme Çalışma Formu'nu vererek, hayatlarında önemli buldukları değerlere uygun hedefleri, hedeflerine ulaşmak için atacakları adımları, hedeflerini ölçmek için kullanacakları kriterleri ve hedeflerini gerçekleştirdiklerinde hissedecekleri duyguları yazmalarını istemek - Hastalardan Değerleri ve Hedefleri Belirleme Çalışma Formu'na yazdıklarını paylaşmalarını istemek ve paylaşımlar üzerine konuşmak		
7. OTURUM (Baş Etme ve Problem Çözme Becerilerinin Geliştirilmesi)	- Katılımcıların “problem çözme” ve “baş etme” kavramlarını anlayabilmesi, - Katılımcıların problem çözmenin ve baş etmenin önemini kavrayabilmesi, - Katılımcılarda olumlu problem çözme yönelimi geliştirebilme. - Bireyin stresle başa çıkma becerilerini artırmak - Problemleri daha etkili bir şekilde çözme yeteneklerini geliştirmek	- Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması, - Bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları ve üzerinde çalışacakları sorun/sorunların belirlenmesi - Problemlerin ve stres kaynaklarının değerlendirilmesi - Problem Çözme Çalışması Formu'nun dağıtılması ve doldurulması - Problem çözme becerilerini geliştirmek için problem çözme aşamaları, problem çözme stratejileri, problem çözme engelleri, problem çözme tutumları, problem çözme stilleri gibi konularda bilgi verilmesi	- Hastalara problem çözmenin ne olduğu, nasıl yapılacağı, neden önemli olduğu, nasıl geliştirilebileceği konusunda bilgi vermek ve örnekler sunmak - Hastalara Problem Çözme Çalışma Formu vererek, karşılaştıkları problemleri, duygularını, hedeflerini, alternatif çözümlerini, seçtikleri çözümü, uygulama planını ve sonuçlarını yazmalarını istemek - Hastalardan Problem Çözme Çalışması Formu'na yazdıklarını paylaşmalarını istemek ve paylaşımlar üzerine konuşmak - Hastalara problem çözme aşamaları, problem çözme stratejileri, problem çözme engelleri, problem çözme tutumları, problem çözme stilleri gibi konularda bilgi vermek ve uygulamak - Derin nefes alma ve gevşeme tekniklerinin

öğretilmesi ve uygulanması	
8. OTURUM (Sonlandırma)	- Bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitimi değerlendirmek - Bir önceki oturumun özetlenmesi - Psikoeğitim Değerlendirme Formu'nun dağıtılması ve doldurulması - Hastalar tarafından psikoeğitim programının değerlendirilmesi - Hastalar ile psikoeğitim programında öğrenilen tekniklerin günlük hayatta nasıl devam ettirebileceğinin tartışılması - Karşılaşılabilecekleri zorluklar ve bunlarla baş etme yolları, psikoeğitim programının sona ermesinin yaratacağı duygular ve bunlarla baş etme yolları, psikoeğitim programının sonrasında yapabilecekleri aktiviteler ve destek kaynakları gibi konularda bilgi verilmesi - Son test verilerinin toplanması - Hastalara psikoeğitim programının sona erdiğini ve bugünün son oturum olduğunu söylemek - Hastalara Psikoeğitim Değerlendirme Formu vererek, psikoeğitim programının içeriği, uygulaması, etkililiği, verimliliği ve tatmini hakkındaki görüşlerini, beğendikleri ve beğenmedikleri yönleri, öneri ve eleştirilerini, psikoeğitim programından sonra yaşadıkları değişimleri ve psikoeğitim programının devam etmesini isteyip istemediklerini belirtmelerini istemek - Hastalardan Psikoeğitim Değerlendirme Formu'na yazdıklarını paylaşmalarını istemek ve paylaşımlar üzerine konuşmak - Hastalara psikoeğitim programında öğrendikleri teknikleri günlük hayatta nasıl devam ettirebilecekleri, karşılaşılabilecekleri zorluklar ve bunlarla baş etme yolları, psikoeğitim programının sona ermesinin yaratacağı duygular ve bunlarla baş etme yolları, psikoeğitim programının sonrasında yapabilecekleri aktiviteler ve destek kaynakları gibi konularda bilgi vermek ve örnekler sunmak. - Programın ardından destek almak için başvurabilecekleri kaynaklar (diyetisyen, psikolog, destek grupları) hakkında bilgi vermek.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Araştırmanın bağımsız değişkeni, deney grubuna uygulanan 8 oturumluk BDT temelli ve MG destekli psikoeğitim programıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenler ve sonuç noktaları:

Araştırmanın amacı ve hipotezleri doğrultusunda, müdahalenin etkinliği "eş-birincil sonuçlar" üzerinden değerlendirildi. Bu yaklaşım, çalışmanın her iki ana hedefe de eşit derecede odaklandığını yansıtmaktadır.

1. Eş-Birincil Sonuçlar (Co-primary Outcomes):

Duygusal Yeme Düzeyindeki Değişim: Katılımcıların DYÖ toplam puanlarında ön testten son teste ve izlem ölçümüne kadar olan değişim.

Psikolojik Dayanıklılık Düzeyindeki Değişim: Katılımcıların PDÖ toplam puanlarında ön testten son teste ve izlem ölçümüne kadar olan değişim.

Müdahalenin başarılı kabul edilmesi, her iki eş-birincil sonuç değişkeni üzerinde de istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde bir etki göstermesine bağlanmıştır.

2. İkincil Sonuçlar (Secondary Outcomes):

Müdahalenin etkisini daha detaylı incelemek amacıyla, ana ölçeklerin alt boyutlarındaki değişimler ikincil sonuçlar olarak belirlenmiştir. Bunlar:

- a) DYÖ alt boyutlarındaki (yeme isteğini engelleyememe, yiyecek türleri, suçluluk hissi) değişimler.
- b) PDÖ alt boyutlarındaki (kendini adama, kontrol, meydan okuma) değişimler.

3.12. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen nicel verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında aritmetik ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS), standart hata (SH), frekans (N), yüzdelik (%) ile maksimum (Maks.) ve minimum (Min.) değerler sunuldu. Deney ve kontrol gruplarının homojenliğinin değerlendirilmesi amacıyla Ki-Kare testi (Pearson ve Yates düzeltilmeli Ki-Kare) ile bağımsız gruplar için t-testi uygulandı. Katılımcıların tanımlayıcı ve klinik özellikleri deney ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldı ve grupların başlangıçta homojen olduğu belirlendi ($p>0.05$). Ölçeklere ilişkin normallik dağılımı çarpıklık ve basıklık değerleri üzerinden değerlendirilmiş olup, tüm değerlerin -3 ile +3 aralığında bulunması nedeniyle, ölçek toplam puanları ve alt boyutlarının normal dağılım gösterdiği kabul edildi (131).

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerini belirlemek amacıyla Cronbach Alpha katsayısı hesaplandı. Cronbach Alpha katsayısı $0.00 \leq \alpha < 0.40$ aralığında ise “güvenilir değil”, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ aralığında ise “düşük derecede güvenilir”, $0.60 \leq \alpha < 0.90$ aralığında ise “oldukça güvenilir” ve $0.90 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise “yüksek derecede güvenilir” olarak değerlendirildi (132). Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach- α katsayısı ile incelenmiş olup deney ile kontrol gruplarında farklı ölçüm zamanlarında katsayıların “düşük derecede güvenilir” ile “yüksek derecede güvenilir” arasında değiştiği saptandı.

Deney ve kontrol gruplarının ön test, son test ve izlem testi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki yönlü karma desenli varyans analizi (Two-Way Mixed ANOVA) uygulandı. Analiz sonucunda anlamlı bulunan grup $\times$ zaman etkileşimlerinde farkın yönünü ve kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Uygulamanın psikolojik dayanıklılık ve duygusal yeme üzerindeki etkilerini değerlendirmek için dummy değişkenli doğrusal regresyon analizi gerçekleştirildi. Regresyon analizleri, deney grubunda psikolojik dayanıklılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış ($\beta = 0.469$ $t = 4.723$, $p < 0.05$) ve duygusal yeme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ($\beta = -0.632$ $t = -7.251$, $p < 0.05$) olduğunu göstermiştir. Ayrıca, varyans analizlerinden elde edilen etki büyüklüğü (η^2) değerleri, psikolojik dayanıklılık (0.204) ve duygusal yeme (0.321) için orta düzeyde bir etkiyi göstermiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi %5 hata payı ($p < 0.05$) olarak kabul edildi.

3.13. Araştırmanın Etik İlkeleri

Bu araştırma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak planlandı ve yürütüldü. Araştırmaya başlamadan önce, 01.07.2024 tarihinde 2024/6028 Karar Sayısı ile İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan gerekli etik kurul onayı (EK-2) alındı. Ayrıca, araştırmanın yürütüleceği kurumların bağlı bulunduğu kurum olan Muş İl Sağlık Müdürlüğü’nden 03.12.2024 tarihli resmi kurum izni (EK-3) temin edildi.

Araştırmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü onam alındı. Verilerin toplanmasına başlanmadan önce, katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ifade edilerek “Özerklik” ilkesi gözetildi; araştırma yayınlansa dahi isim ve kimlik bilgilerinin kesinlikle gizli tutulacağı ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı belirtilerek “Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyuldu. Araştırmanın Adalet İlkesi gereğince, veri toplama süreci tamamlandıktan sonra, müdahaleden faydalanamamış olan ve gönüllü olan kontrol

grubundaki katılımcılara, izlem testi alındıktan sonra psikoeğitim programı hakkında bilgilendirme yapıldı ve beş kişiye grup şeklinde psikoeğitim desteği sunuldu.

3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın bulguları yorumlanırken, dikkate alınması gereken bazı metodolojik sınırlılıklar bulunmaktadır. İlk olarak, araştırmanın örneklemi, tek bir coğrafi bölgede (Muş) yer alan iki merkezden, yalnızca obezite tanısı almış gönüllü yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Bu durum, bulguların farklı sosyoekonomik ve kültürel özelliklere sahip bölgelerdeki bireylere genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Gelecekte, bu müdahalenin etkinliğinin daha geniş ve heterojen örneklemelerde test edildiği çok merkezli çalışmaların yapılması, bulguların dış geçerliliğini artıracaktır. İkinci olarak, araştırmanın bağımlı değişkenleri, tamamen öz bildirim dayalı ölçekler aracılığıyla ölçülür. Öz bildirim yöntemleri, sosyal istenirlik yanlılığı ve hatırlama hataları gibi potansiyel yanlılıklara açıktır. Bu durum, ölçülen değişimlerin gerçek büyüklüğünü bir miktar etkilemiş olabilir. İleriki çalışmalarda, bu sınırlılığı aşmak için öz bildirim ölçeklerinin yanı sıra, yiyecek tüketim günlükleri gibi davranışsal veya kortizol seviyeleri gibi fizyolojik ölçümlerin de dahil edildiği çoklu yöntemli (multi-method) tasarımların kullanılması önerilmektedir. Son olarak, çalışmanın izlem süresi iki ayla sınırlandırılmıştır. Bu süre, müdahalenin kısa ve orta vadedeki etkilerini değerlendirmek için yeterli olsa da, davranış değişikliğinin uzun vadedeki kalıcılığı hakkında kesin sonuçlara varmak için yetersiz kalabilir. Müdahalenin sürdürülebilir etkisini daha güvenilir bir şekilde değerlendirmek için 6 ay ve 1 yıl gibi daha uzun izlem sürelerini içeren boylamsal çalışmaların yürütülmesi büyük önem taşımaktadır. Son olarak, araştırmanın bir diğer metodolojik sınırlılığı, müdahaleyi uygulayan araştırmacının aynı zamanda verileri toplayan ve değerlendirmeyi yapan kişi olması nedeniyle uygulayıcı körlüğünün sağlanamamasıdır. Psikososyal müdahale çalışmaları sırasında bu durum sıkça karşılaşılan ve kaçınılması zor bir kısıtlılıktır. Araştırmacının müdahale grubuna yönelik beklentileri, "performans yanlılığı" (performance bias) riskini barındırabilir ve sonuçları potansiyel olarak etkileyebilir. Bu potansiyel yanlılığı en aza indirmek amacıyla, müdahale protokolü yapılandırılmış ve tüm oturumlar standart bir şekilde yürütüldü. Ayrıca, veri analizinin kör bir istatistikçi tarafından yapılması da bu sınırlılığı dengelemeye yönelik atılmış bir adımdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde obez bireylere verilen bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitimin hastaların duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılıkları üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular sunuldu. Bu bölümde beş temel bulgu sunuldu ve beş ayrı başlık altında ele alındı.

- Araştırmaya katılan katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik ve güvenirlik analizine ilişkin bulgular,
- BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin duygusal yeme ölçek puanı üzerindeki etkisi,
- BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin psikolojik dayanıklılık ölçek puanı üzerindeki etkisi,
- BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puanı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi bulguları.

4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin

Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların tanımlayıcı ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular sunuldu.

Deney ve kontrol grubunun klinik ve tanımlayıcı özellikleri ve bu özelliklerin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.1’de sunuldu. Yapılan analizler sonucunda, grupların klinik ve tanımlayıcı özellikleri açısından birbirinden farklı olmadığı, grupların homojen olduğu saptandı ($p>0.05$).

Tablo 4.1. Deney ve kontrol gruplarına göre bireylerin klinik ve tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler		Grup				Toplam		Test istatistiği; p değeri
		Deney		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	19-30	17	42.5	11	26.8	28	34.6	$\chi^2=4.194$, **p=0.241
	31-42	9	22.5	17	41.5	26	32.1	
	43-54	8	20.0	9	22.0	17	21.0	
	55 ve üzeri	6	15.0	4	9.8	10	12.3	
Cinsiyet	Kadın	20	50.0	17	41.5	37	45.7	$\chi^2=0.595$, **p=0.441
	Erkek	20	50.0	24	58.5	44	54.3	
Medeni durum	Bekâr	18	45.0	12	29.3	30	37.0	$\chi^2=0.373$, *p=0.657
	Evli	21	52.5	24	58.5	45	55.6	

Eğitim düzeyi	İlkokul	3	7.5	7	17.1	10	12.3	$X^2=3.056$, *p=0.735
	Ortaokul	1	2.5	2	4.9	3	3.7	
	Lise	6	15.0	4	9.8	10	12.3	
	Üniversite	22	55.0	18	43.9	40	49.4	
	Yüksek lisans	4	10.0	5	12.2	9	11.1	
	Doktora	4	10.0	5	12.2	9	11.1	
Gelir durumu	Gelirim giderimi karşılamıyor	12	30.0	15	36.6	27	33.3	$X^2=0.543$, **p=0.762
	Gelirim giderime eşit	18	45.0	18	43.9	36	44.4	
	Gelirim giderimden fazla	10	25.0	8	19.5	18	22.2	
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	18	45.0	15	36.6	33	40.7	$X^2=1.108$, *p=0.629
	Tam zamanlı çalışıyorum	19	47.5	24	58.5	43	53.1	
	Yarı zamanlı çalışıyorum	3	7.5	2	4.9	5	6.2	
BKİ	Hafif obez	25	62.5	24	58.5	49	60.5	$X^2=1.042$, *p=0.679
	Orta obez	12	30.0	11	26.9	23	28.4	
	Şiddetli obez	3	7.5	6	14.6	9	11.1	
Obezite düzeyi	Hafif obez	34	85.0	35	85.3	69	85.2	$X^2=2.046$, *p=0.462
	Orta obez	6	15.0	4	9.8	10	12.3	
	Şiddetli obez	0	0.0	2	4.9	2	2.5	
Obezite süresi	1-5 yıl	20	50.0	17	41.4	37	45.7	$X^2=1.284$, **p=0.526
	6-10 yıl	10	25.0	15	36.6	25	30.9	
	11 ve üzeri yıl	10	25.0	9	22.0	19	23.5	
Toplam		40	100.0	41	100.0	81	100.0	

χ^2 = Ki kare test istatistiği; *p= Yates Ki-kare; **p= Pearson Ki-kare; p<0.05, BKİ= Beden kitle indeksi

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik ve Güvenirlik Analizi

Bu bölümde, kullanılan ölçeklere ait normallik testi sonuçları ile güvenilirlik katsayılarına ilişkin bulgulara yer verildi.

Araştırmada kullanılan değişkenlere ait normallik analizi (çarpıklık ve basıklık değerleri) sonuçları Tablo 4.2’de verildi. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -3 ile +3 arasında olması psikolojik dayanıklılık ölçeği ve duygusal yeme ölçeği toplam ve alt boyutlarının zaman serisi içinde normal dağılıma sahip olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Değişkenlerin normallik testi sonuçları

Ölçek	Toplam ve Alt Boyutlar	Ölçüm Zamanı	Çarpıklık	Basıklık
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	PDÖ Toplam	Ön test	-0.506	-0.110
		Son test	-1.037	1.545
		İzlem testi	-1.018	1.407
	Kendini Adama	Ön test	-0.382	-0.330
		Son test	-0.835	0.627
		İzlem testi	-0.725	0.403
	Kontrol	Ön test	-0.443	-0.329
		Son test	-0.849	0.389
		İzlem testi	-0.917	0.680
	Meydan Okuma	Ön test	-0.749	0.180
		Son test	-1.046	1.781
		İzlem testi	-1.012	1.574
Duygusal Yeme Ölçeği	DYÖ Toplam	Ön test	0.315	-0.423
		Son test	0.375	-0.909
		İzlem testi	0.172	-1.100

Yeme İsteğini En-gelleyememe	Ön test	0.145	-0.732
	Son test	0.602	-0.051
	İzlem testi	0.509	-0.638
Yiyecek Türleri	Ön test	0.235	-0.748
	Son test	0.708	-0.032
	İzlem testi	0.703	0.015
Suçluluk Hissi	Ön test	0.382	-0.027
	Son test	0.552	0.051
	İzlem testi	0.669	0.137

DYÖ= Duygusal yeme ölçeği, PDÖ=Psikolojik dayanıklılık ölçeği.

Gruplara göre ölçeklerin güvenirlik katsayılarının incelenmesi Tablo 4.3’de sunuldu. Güvenirlik analizi sonucunda, deney ve kontrol gruplarında kullanılan ölçeklerin Cronbach- α katsayılarının ölçüm zamanlarına göre “düşük düzeyde güvenilir” ile “yüksek düzeyde güvenilir” arasında değiştiği belirlendi.

Tablo 4.3. Gruplara göre ölçeklerin güvenirlik katsayılarının incelenmesi

Ölçek	Toplam ve Alt Boyutlar	Ölçüm Zmanı	Madde Sayısı	Deney Grubu	Kontrol Grubu
				Cronbach- α katsayısı	Cronbach- α katsayısı
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	PDÖ Toplam	Ön test	21	0.945	0.886
		Son test		0.882	0.907
		İzlem testi		0.875	0.891
	Kendini Adama	Ön test	7	0.817	0.665
		Son test		0.558	0.718
		İzlem testi		0.548	0.651
	Kontrol	Ön test	7	0.820	0.782
		Son test		0.753	0.825
		İzlem testi		0.750	0.807
	Meydan Okuma	Ön test	7	0.907	0.754
		Son test		0.814	0.822
		İzlem testi		0.799	0.775
Duygusal Yeme Ölçeği	DYÖ Toplam	Ön test	10	0.715	0.673
		Son test		0.908	0.822
		İzlem testi		0.927	0.862
	Yeme İsteğini En-gelleyememe	Ön test	6	0.716	0.621
		Son test		0.865	0.748
		İzlem testi		0.895	0.792
	Yiyecek Türleri	Ön test	2	0.713	0.736
		Son test		0.706	0.641
		İzlem testi		0.750	0.616
	Suçluluk Hissi	Ön test	2	0.781	0.709
		Son test		0.644	0.618
		İzlem testi		0.652	0.702

Cronbach Alpha katsayısı $0.00 \leq \alpha < 0.40$ aralığında ise “güvenilir değil”, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ aralığında ise “düşük derecede güvenilir”, $0.60 \leq \alpha < 0.90$ aralığında ise “oldukça güvenilir” ve $0.90 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise “yüksek derecede güvenilir” olarak değerlendirildi. DYÖ= Duygusal yeme ölçeği, PDÖ=Psikolojik dayanıklılık ölçeği.

4.3. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Duygusal Yeme Ölçek Puanı Üzerindeki Etkisi

Bu bölümde, uygulamanın etkinliğini değerlendirmek amacıyla, deney ve kontrol grubundaki bireylerin deney öncesi, sonrası ve deneyden sonraki izlemde duygusal yeme puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular sunuldu (Tablo 4.4).

Farklı zamanlarda elde edilen duygusal yeme toplam ve alt boyut puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunuldu. Yapılan karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonunda grup ana etkisi, zaman ana etkisi ve grup ile zaman etkileşim etkisi (Grup x Zaman) incelendi.

Deney grubunun toplam “Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)” ön test puan ortalaması 16.85 ± 3.79 , son test puan ortalaması 7.10 ± 5.54 ve izlem testi puan ortalaması 6.82 ± 5.79 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 16.41 ± 3.38 , son test puan ortalaması 16.36 ± 5.55 ve izlem testi puan ortalaması 16.63 ± 5.16 olarak saptandı. Gerçekleştirilen iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamaması nedeniyle yapılan Greenhouse Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu görüldü [$F(1,79) = 37.263$, $p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.321$) değerlendirildiğinde, uygulamanın duygusal yeme üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Deney grubunun DYÖ alt boyutlarından “Yeme İsteğini Engelleymeme” ön test puan ortalaması 10.97 ± 2.45 , son test puan ortalaması 4.07 ± 3.57 ve izlem testi puan ortalaması 3.90 ± 3.72 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 11.58 ± 1.97 , son test puan ortalaması 8.17 ± 3.37 ve izlem testi puan ortalaması 8.43 ± 3.54 olarak saptandı. Gerçekleştirilen iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamaması nedeniyle yapılan Greenhouse Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu görüldü [$F(1,79) = 16.103$, $p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.169$) değerlendirildiğinde, uygulamanın duygusal yeme üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Deney grubunun DYÖ alt boyutlarından “Yiyecek Türleri” ön test puan ortalaması 3.30 ± 1.24 , son test puan ortalaması 1.62 ± 1.56 ve izlem testi puan ortalaması 1.60 ± 1.37 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 2.78 ± 1.60 , son test puan or-

talaması 2.85 ± 1.56 ve izlem testi puan ortalaması 2.83 ± 1.51 olarak saptandı. Gerçekleştirilen iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamaması nedeniyle yapılan Greenhouse Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu görüldü [$F(1, 79) = 41.125, p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.342$) değerlendirildiğinde, uygulamanın duygusal yeme üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Deney grubunun DYÖ alt boyutlarından “Suçluluk Hissi” ön test puan ortalaması 2.57 ± 1.39 , son test puan ortalaması 1.40 ± 1.17 ve izlem testi puan ortalaması 1.32 ± 1.12 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 2.27 ± 1.53 , son test puan ortalaması 2.49 ± 1.43 ve izlem testi puan ortalaması 2.56 ± 1.60 olarak belirlendi. Gerçekleştirilen iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamaması nedeniyle yapılan Greenhouse Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu görüldü [$F(1, 79) = 19.958, p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.202$) incelendiğinde, uygulamanın duygusal yeme üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 4.4. Duygusal yeme ölçeği ve alt boyutlarının iki yönlü karma desenli varyans analizi sonuçları

Ölçek / Alt Boyut	Ölçüm Zamanı	Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$ (N=40)	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$ (N=41)	Grup Etkisi (F, p, η^2)	Zaman Etkisi (F, p, η^2)	Grup $\times$ Zaman Etkileşimi (F,df, p, η^2)
DYÖ Toplam	Ön test	16.85 $\pm$ 3.79	16.41 $\pm$ 3.38	F=62.477,	F=35.918,	F(1,79)=37.263, p<0.001, $\eta^2=0.321$
	Son test	7.10 $\pm$ 5.54	16.36 $\pm$ 5.55	p<0.001,	p<0.001,	
	İzlem testi	6.82 $\pm$ 5.79	16.63 $\pm$ 5.16	$\eta^2=0.442$	$\eta^2=0.313$	
Yeme İsteğini Engelleyememe	Ön test	10.97 $\pm$ 2.45	11.58 $\pm$ 1.97	F=31.097,	F=122.242,	F(1,79)=16.103, p<0.001, $\eta^2=0.169$
	Son test	4.07 $\pm$ 3.57	8.17 $\pm$ 3.37	p<0.001,	p<0.001,	
	İzlem testi	3.90 $\pm$ 3.72	8.43 $\pm$ 3.54	$\eta^2=0.282$	$\eta^2=0.607$	
Yiyecek Türleri	Ön test	3.30 $\pm$ 1.24	2.78 $\pm$ 1.60	F=4.838,	F=35.613,	F(1,79)=41.125, p<0.001, $\eta^2=0.342$
	Son test	1.62 $\pm$ 1.56	2.85 $\pm$ 1.56	p=0.031,	p<0.001,	
	İzlem testi	1.60 $\pm$ 1.37	2.83 $\pm$ 1.51	$\eta^2=0.058$	$\eta^2=0.311$	
Suçluluk Hissi	Ön test	2.57 $\pm$ 1.39	2.27 $\pm$ 1.53	F=6.372,	F=8.400,	F(1,79)=19.958, p<0.001, $\eta^2=0.202$
	Son test	1.40 $\pm$ 1.17	2.49 $\pm$ 1.43	p=0.014,	p<0.001,	
	İzlem testi	1.32 $\pm$ 1.12	2.56 $\pm$ 1.60	$\eta^2=0.075$	$\eta^2=0.096$	

Not: Karma Desenli ANOVA (F); Serbestlik derecesi (df); Etki büyüklüğü (η^2); Ortalama (X); Standart sapma (SS); Duygusal yeme ölçeği (DYÖ). DYÖ’de yüksek puanlar daha yüksek düzeyde duygusal yemeyi (olumsuz) göstermektedir. Analizlerde iki yönlü karma desenli varyans analizi (Two-Way Mixed ANOVA) kullanılmıştır. Grup $\times$ Zaman etkileşiminde varsayım ihlali durumunda Greenhouse-Geisser veya Huynh-Feldt düzeltmeleri uygulanmıştır. Anlamlı bulunan etkileşimlerde Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma yapılmıştır.

Karışık ölçümler için yapılan iki yönlü varyans analizi sonucunda, grup ile zaman etkileşiminde (Grup x Zaman) bulunan anlamlı farkın kaynağı Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi ile incelendi ve her bir zamana göre gruplar arasındaki değişimlere ilişkin bulgular Tablo 4.5’de sunuldu.

Deney ve kontrol grubunun toplam “Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)” ön test puan ortalamaları farkının 0.435 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının -9.266 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının -9.809 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$).

DYÖ alt boyutlarından “Yeme İsteğini Engelleymeme” bakımından deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları farkının -0.610 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının -4.096 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının -4.539 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$).

DYÖ alt boyutlarından “Yiyecek Türleri” açısından deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları farkının 0.520 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının -1.229 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının -1.229 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.001$).

DYÖ alt boyutlarından “Suçluluk Hissi” açısından deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları farkının 0.307 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının -1.088 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının -1.236 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel bakımdan anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubunun duygusal yeme ölçeği ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre gruplar arası karşılaştırılması

Ölçek	Toplam ve Alt Boyutlar	Zaman	(I) grup	(J) grup	Ortalama Farkı (I-J)	S.H	p	%95 Güven Aralığı	
								Minimum Değer	Maksimum Değer
Duygusal Yeme Ölçeği	DYÖ Toplam	1	Deney	Kontrol	0.435	0.797	0.587	-1.152	2.023
		2	Deney	Kontrol	-9.266	1.232	p<0.001	-11.719	-6.813
		3	Deney	Kontrol	-9.809	1.218	p<0.001	-12.233	-7.386
	Yeme İsteğini Engelleyememe	1	Deney	Kontrol	-0.610	0.494	0.221	-1.594	0.374
		2	Deney	Kontrol	-4.096	0.772	p<0.001	-5.632	-2.560
		3	Deney	Kontrol	-4.539	0.807	p<0.001	-6.145	-2.933
	Yiyecek Türleri	1	Deney	Kontrol	0.520	0.320	0.108	-0.117	1.156
		2	Deney	Kontrol	-1.229	0.321	p<0.001	-1.867	-0.590
		3	Deney	Kontrol	-1.229	0.322	p<0.001	-1.869	-0.589
	Suçluluk Hissi	1	Deney	Kontrol	0.307	0.326	0.349	-0.342	0.955
		2	Deney	Kontrol	-1.088	0.291	p<0.001	-1.668	-0.508
		3	Deney	Kontrol	-1.236	0.307	p<0.001	-1.847	-0.625

DYÖ; Duygusal yeme ölçeği; 1=Ön Test, 2=Son Test, 3=İzlem Testi.

Deney ve kontrol gruplarının her birinin kendi içlerinde zaman içerisindeki değişimlerini değerlendirmek için Bonferroni testi uygulandı. İlgili analizin bulguları Tablo 4.6’da ve Şekil 4.1’de sunuldu.

Deney grubunda bulunan katılımcıların toplam “Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)” puan ortalamaları ön test ile son test ($p<0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Ancak son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p = 0.920$). Kontrol grubunda, DYÖ puan ortalamaları ön test ile son test ($p = 1.000$), ön test ile izlem testi ($p = 1.000$) ve son test ile izlem testi ($p = 1.000$) açısından anlamlı farklılık olmadığı görüldü.

Deney grubunda, DYÖ alt boyutlarından “Yeme İsteğini Engelleyememe” puan ortalamaları ön test ile son test ($p<0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p<0.001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Ancak son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ($p = 1.000$). Kontrol grubunda, DYÖ alt boyutlarından “Yeme İsteğini Engelleyememe” puan ortalamaları ön test ile son test ($p<0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Ayrıca son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p = 0.958$).

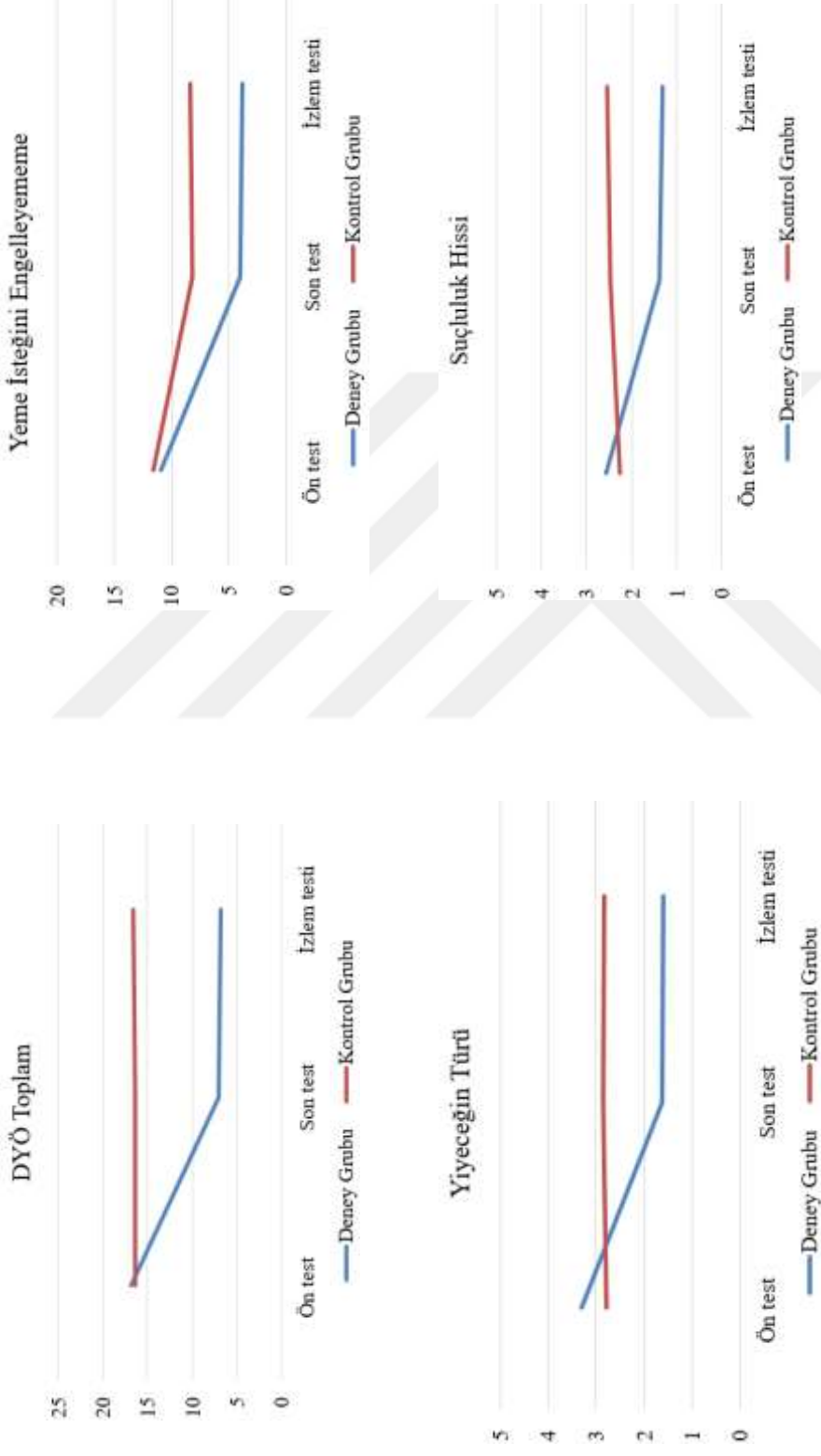
Deney grubunda, DYÖ alt boyutlarından “Yiyecek Türleri” puan ortalamaları ön test ile son test ($p<0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü. Ancak son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p = 1.000$). Kontrol grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Yiyecek Türleri” puan ortalamaları ön test ile son test ($p = 1.000$), ön test ile izlem testi ($p = 1.000$) ve son test ile izlem testi ($p = 1.000$) açısından anlamlı farklılık olmadığı saptandı.

Deney grubunda, DYÖ alt boyutlarından “Suçluluk Hissi” puan ortalamaları ön test ile son test ($p < 0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p < 0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Ancak son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p = 1.000$). Kontrol grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Suçluluk Hissi” puan ortalamaları ön test ile son test ($p = 0.355$), ön test ile izlem testi ($p = 0.229$) ve son test ile izlem testi ($p = 1.000$) açısından anlamlı farklılık olmadığı saptandı.

Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin duygusal yeme ölçeği ve alt boyutlarının gruba göre ölçüm zamanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Toplam ve Alt Boyutlar	Grup	(I) faktör	(J) faktör	Ortalama Farkı (I-J)	S.H	p	%95 Güven Aralığı	
								Minimum Değer	Maksimum Değer
DYÖ Toplam		Deney	1	2	9.750	0.986	$p < 0.001$	7.284	12.216
				3	10.025	1.002	$p < 0.001$	7.518	12.532
			2	3	0.275	0.266	0.920	-0.389	0.939
		Kontrol	1	2	0.049	0.907	1.000	-2.217	2.314
				3	-0.220	0.777	1.000	-2.162	1.723
			2	3	-0.268	1.358	1.000	-3.663	3.126
Yeme İsteğini Engelleme		Deney	1	2	6.900	0.622	$p < 0.001$	5.344	8.456
				3	7.075	0.652	$p < 0.001$	5.444	8.706
			2	3	0.175	0.229	1.000	-0.398	0.748
		Kontrol	1	2	3.415	0.612	$p < 0.001$	1.886	4.944
				3	3.146	0.644	$p < 0.001$	1.536	4.757
			2	3	-0.268	0.266	0.958	-0.933	0.396
Yiyecek Türleri		Deney	1	2	1.675	0.228	$p < 0.001$	1.106	2.244
				3	1.700	0.230	$p < 0.001$	1.125	2.275
			2	3	0.025	0.076	1.000	-0.165	0.215
		Kontrol	1	2	-0.073	0.132	1.000	-0.404	0.258
				3	-0.049	0.130	1.000	-0.375	0.277
			2	3	0.024	0.074	1.000	-0.160	0.209
Duygusal Yeme Ölçeği	Suçluluk Hissi	Deney	1	2	1.175	0.282	$p < 0.001$	0.470	1.880
				3	1.250	0.277	$p < 0.001$	0.558	1.942
			2	3	0.075	0.097	1.000	-0.168	0.318
		Kontrol	1	2	-0.220	0.138	0.355	-0.563	0.124
				3	-0.293	0.161	0.229	-0.695	0.110
			2	3	-0.073	0.101	1.000	-0.326	0.180

Not: $p < 0.05$; Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltme; Standart hata (S.H.); Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ); 1=Ön Test, 2=Son Test, 3=İzlem Testi.



Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubunun duygusal yeme ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem testi ölçüm grafiği. Not= Grup (1= Deney Grubu; 2= Kontrol Grubu)

4.4. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Psikolojik Dayanıklılık Ölçek Puanı Üzerindeki Etkisi

Bu bölümde, uygulamanın etkinliğini değerlendirmek amacıyla, deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin deney öncesi, sonrası ve deneyden sonraki izlem dönemindeki psikolojik dayanıklılık puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgulara yer verildi.

Farklı zamanlarda elde edilen psikolojik dayanıklılık toplam ve alt boyut puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunuldu. Gerçekleştirilen karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonunda grup ana etkisi, zaman ana etkisi ve grup ile zaman etkileşim etkisi (Grup x Zaman) incelendi.

Deney grubunun toplam “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)” ön test puan ortalaması 50.85 ± 16.75 , son test puan ortalaması 62.22 ± 10.87 ve izlem testi puan ortalaması 63.25 ± 11.00 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 53.71 ± 12.33 , son test puan ortalaması 54.76 ± 13.59 ve izlem testi puan ortalaması 55.07 ± 12.80 olarak saptandı. Gerçekleştirilen iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamaması nedeniyle gerçekleştirilen Greenhouse Geisser düzeltmesinin uygulandığı varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu belirlendi [$F(1,79) = 20.303, p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.204$) değerlendirildiğinde, uygulamanın psikolojik dayanıklılık üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Deney grubunun PDÖ alt boyutlarından “Kendini Adama” ön test puan ortalaması 16.07 ± 6.78 , son test puan ortalaması 20.75 ± 4.23 ve izlem testi puan ortalaması 21.50 ± 4.35 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 17.45 ± 4.93 , son test puan ortalaması 17.73 ± 5.43 ve izlem testi puan ortalaması 17.93 ± 5.02 olarak belirlendi. Yapılan iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamadığından gerçekleştirilen Greenhouse Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu saptandı [$F(1,79) = 18.466, p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.189$) değerlendirildiğinde, uygulamanın psikolojik dayanıklılık üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Deney grubunun PDÖ alt boyutlarından “Kontrol” ön test puan ortalaması 16.20 ± 4.53 , son test puan ortalaması 19.47 ± 3.60 ve izlem testi puan ortalaması 19.82 ± 3.54 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 16.63 ± 4.40 , son

test puan ortalaması 17.10 ± 4.73 ve izlem testi puan ortalaması 17.15 ± 4.59 olarak saptandı. Uygulanan iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamaması nedeniyle gerçekleştirilen Greenhouse Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu belirlendi [$F(1,79) = 14.096$, $p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.151$) değerlendirildiğinde, uygulamanın psikolojik dayanıklılık üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Deney grubunun PDÖ alt boyutlarından “Meydan Okuma” ön test puan ortalaması 18.57 ± 6.62 , son test puan ortalaması 22.00 ± 4.22 ve izlem testi puan ortalaması 22.27 ± 4.38 olarak belirlendi. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması 19.61 ± 4.55 , son test puan ortalaması 19.93 ± 5.01 ve izlem testi puan ortalaması 20.00 ± 4.76 olduğu belirlendi. Gerçekleştirilen iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arası farkların varyanslarının homojenliği koşulu (sphericity varsayımı) sağlanamaması nedeniyle yapılan Greenhouse Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi sonucunda, grup-zaman ortak etkisinin anlamlı olduğu belirlendi [$F(1,79) = 13.228$, $p < 0.001$]. Etki büyüklüğü ($\eta^2 = 0.143$) değerlendirildiğinde, uygulamanın psikolojik dayanıklılık üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 4.7. Psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının iki yönlü karma desenli varyans analizi sonuçları

Ölçek / Alt Boyut	Ölçüm Zamanı	Deney Grubu M $\pm$ SD (N 40)	Kontrol Grubu M $\pm$ SD (N 41)	Grup Etkisi (F, p, η^2)	Zaman Etkisi (F, p, η^2)	Grup $\times$ Zaman Etkileşimi (F,df, p, η^2)
PDÖ Toplam	Ön test	50.85 $\pm$ 16.75	53.71 $\pm$ 12.33	F=2.544, p=0.115, $\eta^2=0.031$	F=30.660, p<0.001, $\eta^2=0.280$	F(1,79)=20.303, p<0.001, $\eta^2=0.204$
	Son test	62.22 $\pm$ 10.87	54.76 $\pm$ 13.59			
	İzlem testi	63.25 $\pm$ 11.00	55.07 $\pm$ 12.80			
Kendini Adama	Ön test	16.07 $\pm$ 6.78	17.45 $\pm$ 4.93	F=2.408, p=0.125, $\eta^2=0.030$	F=25.147, p<0.001, $\eta^2=0.241$	F(1,79)=18.466, p<0.001, $\eta^2=0.189$
	Son test	20.75 $\pm$ 4.23	17.73 $\pm$ 5.43			
	İzlem testi	21.50 $\pm$ 4.35	17.93 $\pm$ 5.02			
Kontrol	Ön test	16.20 $\pm$ 4.53	16.63 $\pm$ 4.40	F=3.130, p=0.081, $\eta^2=0.038$	F=24.909, p<0.001, $\eta^2=0.240$	F(1,79)=14.096, p<0.001, $\eta^2=0.151$
	Son test	19.47 $\pm$ 3.60	17.10 $\pm$ 4.73			
	İzlem testi	19.82 $\pm$ 3.54	17.15 $\pm$ 4.59			
Meydan Okuma	Ön test	18.57 $\pm$ 6.62	19.61 $\pm$ 4.55	F=1.156, p=0.285, $\eta^2=0.014$	F=19.760, p<0.001, $\eta^2=0.200$	F(1,79)=13.228, p<0.001, $\eta^2=0.143$
	Son test	22.00 $\pm$ 4.22	19.93 $\pm$ 5.01			
	İzlem testi	22.27 $\pm$ 4.38	20.00 $\pm$ 4.76			

Not: Karma Desenli ANOVA (F); Serbestlik derecesi (df); Etki Büyüklüğü (η^2); Ortalama (X); standart sapma (SS); Psikolojik dayanıklılık Ölçeği (PDÖ).

Karışık ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonunda, grup ile zaman etkileşiminde (Grup $\times$ Zaman) saptanan anlamlı farkın kaynağı, Bonferroni Çoklu Karşılaştırma

Testi ile incelenmiş olup, her bir zamana göre gruplar arasındaki değişimlere ilişkin elde edilen bulgular Tablo 4.8’de sunuldu.

Deney ve kontrol grubunun toplam “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)” ön test puan ortalamaları farkının -2.857 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının 7.469 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.008$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının 8.177 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.003$).

PDÖ alt boyutlarından “Kendini Adama” açısından deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları farkının -1.388 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel bakımdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının 3.018 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.007$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının 3.223 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.003$).

PDÖ alt boyutlarından “Kontrol” açısından deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları farkının -0.434 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel bakımdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının 2.377 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.013$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının 2.679 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.004$).

PDÖ alt boyutlarından “Meydan Okuma” açısından deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları farkının -1.035 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları farkının 2.073 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.048$). Deney ve kontrol grubunun izlem testi puan ortalamaları farkının 2.275 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.028$).

Tablo 4.8. Deney ve kontrol grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre gruplar arası karşılaştırmaları

Ölçek	Toplam ve Alt Boyutlar	Zaman	(I) grup	(J) grup	Ortalama Farkı (I-J)	S.H	p	%95 Güven Aralığı	
								Minimum Değer	Maksimum Değer
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	PDÖ Toplam	1	Deney	Kontrol	-2.857	3.263	0.384	-9.351	3.637
		2	Deney	Kontrol	7.469	2.738	0.008*	2.018	12.920
		3	Deney	Kontrol	8.177	2.655	0.003*	2.893	13.461
	Kendini Adama	1	Deney	Kontrol	-1.388	1.316	0.295	-4.007	1.230
		2	Deney	Kontrol	3.018	1.083	0.007*	0.862	5.175
		3	Deney	Kontrol	3.223	1.044	0.003*	1.145	5.302
	Kontrol	1	Deney	Kontrol	-0.434	0.993	0.663	-2.410	1.542
		2	Deney	Kontrol	2.377	0.935	0.013*	0.516	4.239
		3	Deney	Kontrol	2.679	0.913	0.004*	0.862	4.496
	Meydan Okuma	1	Deney	Kontrol	-1.035	1.261	0.414	-3.544	1.474
		2	Deney	Kontrol	2.073	1.031	0.048*	0.022	4.124
		3	Deney	Kontrol	2.275	1.017	0.028*	0.251	4.299

Not: Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltme; Standart hata (S.H.); Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ); 1=Ön Test, 2=Son Test, 3=İzlem Testi.

Deney ve kontrol gruplarının her birinin kendi içlerinde zaman içerisindeki değişimlerini değerlendirmek amacıyla Bonferroni testi uygulandı. Bu analize ilişkin bulgular Tablo 4.9’da ve Şekil 4.2’de sunuldu.

Deney grubunda yer alan katılımcıların toplam “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)” puan ortalamaları ön test ile son test ($p < 0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p < 0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Fakat son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p = 0.365$). Kontrol grubunda, PDÖ puan ortalamaları ön test ile son test ($p = 0.542$), ön test ile izlem testi ($p = 0.275$) ve son test ile izlem testi ($p = 1.000$) bakımından anlamlı farklılık olmadığı belirlendi.

Deney grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Kendini Adama” puan ortalamaları ön test ile son test ($p < 0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p < 0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Fakat son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p = 0.567$). Kontrol grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Kendini Adama” puan ortalamaları ön test ile son test ($p = 1.000$), ön test ile izlem testi ($p = 0.252$) ve son test ile izlem testi ($p = 1.000$) açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlendi.

Deney grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Kontrol” puan ortalamaları ön test ile son test ($p < 0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p < 0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Ancak son test ile izlem testi arasındaki fark anlamlı olmadığı

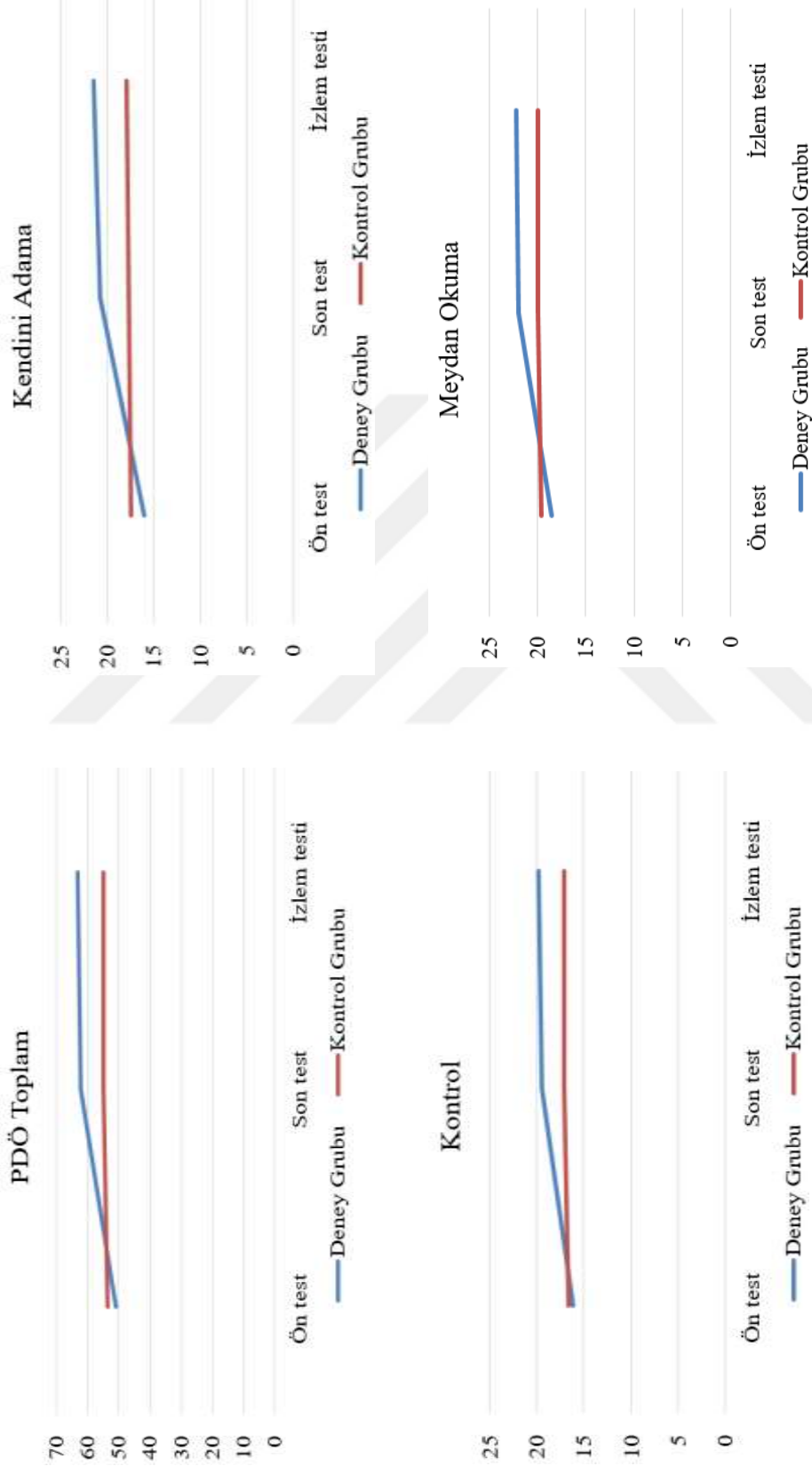
saptandı ($p = 0.963$). Kontrol grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Kontrol” puan ortalamaları ön test ile son test ($p = 0.537$), ön test ile izlem testi ($p = 0.487$) ve son test ile izlem testi ($p = 1.000$) bakımından anlamlı farklılık olmadığı belirlendi.

Deney grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Meydan Okuma” puan ortalamaları ön test ile son test ($p < 0.001$) ve ön test ile izlem testi ($p < 0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Fakat son test ile izlem testi arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p = 0.808$). Kontrol grubunda, PDÖ alt boyutlarından “Meydan Okuma” puan ortalamaları ön test ile son test ($p = 0.996$), ön test ile izlem testi ($p = 0.935$) ve son test ile izlem testi ($p = 1.000$) bakımından anlamlı farklılık olmadığı saptandı.

Tablo 4.9. Deney ve kontrol grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının gruba göre ölçüm zamanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Toplam ve Alt Boyutlar	Grup	(I) faktör	(J) faktör	Ortalama Farkı (I-J)	S.H	p	%95 Güven Aralığı	
								Minimum Değer	Maksimum Değer
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	PDÖ Toplam	Deney	1	2	-11.375	2.069	$p < 0.001$	-16.550	-6.200
				3	-12.400	2.300	$p < 0.001$	-18.154	-6.646
			2	3	-1.025	0.648	0.365	-2.646	0.596
		Kontrol	1	2	-1.049	0.770	0.542	-2.972	0.875
				3	-1.366	0.790	0.275	-3.340	0.608
			2	3	-0.317	0.527	1.000	-1.633	0.999
	Kendini Adama	Deney	1	2	-4.675	0.937	$p < 0.001$	-7.020	-2.330
				3	-5.075	1.040	$p < 0.001$	-7.678	-2.472
			2	3	-0.400	0.299	0.567	-1.148	0.348
		Kontrol	1	2	-0.268	0.300	1.000	-1.019	0.483
				3	-0.463	0.262	0.252	-1.117	0.190
			2	3	-0.195	0.204	1.000	-0.706	0.315
	Kontrol	Deney	1	2	-3.275	0.622	$p < 0.001$	-4.832	-1.718
				3	-3.625	0.678	$p < 0.001$	-5.321	-1.929
			2	3	-0.350	0.348	0.963	-1.221	0.521
		Kontrol	1	2	-0.463	0.339	0.537	-1.310	0.383
				3	-0.512	0.360	0.487	-1.411	0.387
			2	3	-0.049	0.242	1.000	-0.653	0.555
	Meydan Okuma	Deney	1	2	-3.425	0.767	$p < 0.001$	-5.344	-1.506
				3	-3.700	0.789	$p < 0.001$	-5.673	-1.727
			2	3	-0.275	0.245	0.808	-0.889	0.339
		Kontrol	1	2	-0.317	0.323	0.996	-1.124	0.490
				3	-0.390	0.381	0.935	-1.342	0.561
			2	3	-0.073	0.255	1.000	-0.711	0.564

Not: Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltme; Standart hata (S.H.); Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ); 1=Ön Test, 2=Son Test, 3=İzlem Testi.



Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık ölçeği ön test, son test ve izlem testi ölçüm grafiği. Not= Grup (1= Deney Grubu; 2= Kontrol Grubu)

4.5. BDT Temelli ve MG Destekli Psikoeğitimin Duygusal Yeme Ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Gerçekleştirilen kukla (dummy) değişkenli lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.10' da sunuldu. Ön test - son test farkına dayalı regresyon analizi sonuçlarına göre, uygulamanın PDÖ toplam puanı üzerindeki etkisi anlamlı bulundu [$F(1,79) = 22.303$; $p < 0.001$]. Modelin açıklayıcılık katsayısı ele alındığında, bağımlı değişken olan psikolojik dayanıklılık fark puanındaki değişimin %21'inin gerçekleştirilen uygulama tarafından açıklandığı görüldü ($R^2 = 0.210$). Regresyon katsayıları ele alındığında, grup değişkeninin (0 = kontrol grubu, 1 = deney grubu) regresyon modeli içerisindeki etkisinin anlamlı olduğu saptandı ($B = 10.326$, $\beta = 0.469$, $p < 0.001$). Bu bulgu, deney grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir artma gösterdiğini ortaya koymuştur.

Ön test ile izlem testi farkına dayalı regresyon analizi sonuçlarına göre, regresyon modelinin anlamlı olmadığı belirlendi [$F(1,79) = 20.996$; $p < 0.001$]. Modelin açıklayıcılık katsayısı ele alındığında, bağımlı değişken olan psikolojik dayanıklılık fark puanındaki değişimin %20'sinin gerçekleştirilen uygulama tarafından açıklandığı belirlendi ($R^2 = 0.200$). Regresyon katsayıları değerlendirildiğinde, grup değişkeninin (0 = kontrol grubu, 1 = deney grubu) regresyon modeli içerisindeki etkisinin anlamlı olduğu belirlendi ($B = 11.034$, $\beta = 0.458$, $p < 0.001$). Bu bulgu, deney grubunda yer alan katılımcıların kontrol grubuna kıyasla psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir artma gösterdiğini ortaya koydu.

Tablo 4.10. Uygulamanın psikolojik dayanıklılık ölçeği fark puanı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız Değişken	B	Std. Hata	Beta (β)	t	p	İkili r	Model Değeri			
								R ²	R ² Değişimi	F	p
PDÖ değişim											
Son test-Ön test farkı	Sabit	1.049	1.537	-	0.683	0.497	-	0.220	0.210	22.303	p<0.001
	Grup (0=Kontrol, 1=Deney)	10.326	2.187	0.469	4.723	p<0.001	0.469				
PDÖ değişim											
İzlem testi-Ön test farkı	Sabit	1.366	1.692	-	0.807	0.422	-	0.210	0.200	20.996	p<0.001
	Grup (0=Kontrol, 1=Deney)	11.034	2.408	0.458	4.582	p<0.001	0.458				

Not:Bağımlı değişken= Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) için son test ile ön test ve izlem testi ile ön test arasındaki fark puanıdır (Psikolojik Dayanıklılık Fark Puanı = Son Test - Ön Test ve İzlem Testi - Ön Test). Pozitif değerler psikolojik dayanıklılıkta artışı, negatif değerler ise azalmayı ifade etmektedir. B=Standartlaştırılmamış Regresyon Katsayısı; β =Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı; R^2 = Açıklayıcılık Katsayısı.

Uygulanan kukla (dummy) değişkenli lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.11’de sunuldu. Ön test - son test farkına dayalı regresyon analizi sonuçlarına göre, gerçekleştirilen müdahalenin DYÖ toplam puanı üzerindeki etkisi anlamlı bulundu [$F(1,79) = 52.572$; $p < 0.001$]. Modelin açıklayıcılık katsayısı değerlendirildiğinde, bağımlı değişken olarak kullanılan duygusal yeme fark puanındaki değişimin %39.2’sinin yapılan uygulama tarafından açıklandığı belirlendi ($R^2 = 0.392$). Regresyon katsayıları ele alındığında, grup değişkeninin (0 = kontrol grubu, 1 = deney grubu) regresyon modeli içerisindeki etkisinin anlamlı olduğu belirlendi ($B = -9.701$, $\beta = -0.632$, $p < 0.001$). Bu bulgu, deney grubundaki katılımcıların kontrol grubuna kıyasla duygusal yeme düzeylerinde anlamlı bir azalma gösterdiğini ortaya koydu.

Ön test ile izlem testi farkına dayalı regresyon analizi sonuçlarına göre, regresyon modelinin anlamlı olmadığı belirlendi [$F(1,79) = 66.625$; $p < 0.001$]. Modelin açıklayıcılık katsayısı ele alındığında, bağımlı değişken olarak kullanılan duygusal yeme fark puanındaki değişimin %44.7’si gerçekleştirilen uygulama tarafından açıklandığı belirlendi ($R^2 = 0.447$). Regresyon katsayıları değerlendirildiğinde, grup değişkeninin (0 = kontrol grubu, 1 = deney grubu) regresyon modeli içerisindeki etkisinin anlamlı olduğu belirlendi ($B = -10.245$, $\beta = -0.674$, $p < 0.001$). Bu bulgu, deney grubunda yer alan katılımcıların kontrol grubuna kıyasla duygusal yeme düzeylerinde anlamlı bir azalma gösterdiğini ortaya koydu.

Tablo 4.11. Uygulamanın duygusal yeme ölçeği fark puanı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız Değişken	B	Std. Hata	Beta (β)	t	p	İkili r	Model Değeri			
								R ²	R ² Değişimi	F	p
DYÖ değişim											
Son test-Ön test farkı	Sabit	-0.049	0.940	-	-0.052	0.959	-	0.400	0.392	52.572	p<0.001
	Grup (0=Kontrol, 1=Deney)	-9.701	1.338	-0.632	-7.251	p<0.001	0.632				
DYÖ değişim											
İzlem testi-Ön test farkı	Sabit	0.220	0.889	-	0.247	0.806	-	0.454	0.447	66.625	p<0.001
	Grup (0=Kontrol, 1=Deney)	-10.245	1.265	-0.674	-8.101	p<0.001	0.674				

Not: Bağımlı değişken= Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ) için son test ile ön test ve izlem testi ile ön test arasındaki fark puanıdır (Duygusal Yeme Fark Puanı = Son Test - Ön Test ve İzlem Testi - Ön Test). Pozitif değerler duygusal yemede artışı, negatif değerler ise azalmayı ifade etmektedir. B=Standartlaştırılmamış Regresyon Katsayısı; β =Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı; R^2 = Açıklayıcılık Katsayısı

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, tedavisinde egzersiz, farmakolojik ajanlar, diyet ve bariatrik cerrahinin bulunduğu, psikolojik yaklaşımların ise ihmal edildiği obez bireylerin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılıkları konusundaki mevcut ihtiyaçlarının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda bu araştırma obez bireylerde BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Bu kombine model araştırması, farklı sayılabilecek bir bakış açısını kullanmak suretiyle, obez bireylerde BDT ve MG'yi entegre ederek hastaların duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılıklarına odaklanan, özgün ve öncü nitelikte bir girişim olup, benzer çalışmalara temel oluşturabilecek bir model sunmaktadır. Bu çalışmada, duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık ile ilgili değerlendirmeler nicel yöntemler kullanılarak elde edilmiştir. Bu araştırmanın hipotezleri çerçevesinde obez bireyler açısından BDT ve MG duygusal yemeyi azaltmada ve psikolojik dayanıklılığı artırmayı desteklemede umut verici bir kombinasyon olmaya aday gözükmektedir. Klinik anlamda ise psikiyatri hemşireleri ve diğer klinisyenler bakımından BDT ve MG kombinasyonu obez bireylerde duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık noktasında faydalı bir yaklaşım olabilir. Ayrıca bu araştırmanın temel bileşenlerini oluşturan BDT ve MG kombinasyonu ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından, tartışma bölümü literatürde yer alan benzer psikososyal yaklaşımlar üzerine yapılmış çalışmaların bulguları doğrultusunda yapılandırılmıştır. Bu doğrultuda BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisi konusunda elde edilen bulgular, iki ayrı başlıkta ve mevcut literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Obez Bireylerin Duygusal Yeme Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Duygusal yeme, olumsuz duygularla baş etmek amacıyla aşırı gıda tüketimi olarak tanımlanmaktadır (14,20). Depresyon, anksiyete, öfke gibi duygulara yanıt olarak gelişen bu davranış, özellikle yüksek yağlı ve yüksek şekerli yiyecek tercihi ile karakterizedir (11,14,17). Günümüzde duygusal yeme, yalnızca yeme bozuklukları değil, aynı zamanda stres, depresyon, yetersiz duygu düzenleme ve düşük psikolojik iyi oluş gibi faktörlerle de yakından ilişkilidir. Duygusal yeme, kilo alımı ve kilo kontrolündeki zorluklarla ilişkili, obezite tedavisinde kritik bir değişken olarak görülmektedir. Duygusal yeme, stres

altında aşırı gıda tüketimine yol açarak metabolik değişiklikleri tetikleyebilir ve obezite ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların gelişmesine zemin hazırlayabilir. Bu durumun, kilo yönetimini güçleştirdiği ve kilo verme müdahalelerinin başarısını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (14,19,58). Duygusal yiyiciler, açlık ve tokluk sinyallerini doğru ayırt edemedikleri için fiziksel açlığı olumsuz duygularla karıştırabilir; bu da özellikle stres veya olumsuz duyguların yoğun olduğu anlarda kontrolsüz yeme eğilimini artırır. Kronik stres durumlarında hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin beklenmedik biçimde düşük kortizol üretmesi, yüksek yağ ve şeker içeren gıdalara yönelimi tetikleyebilir. Ayrıca bu kişiler, çevresel yiyecek ipuçlarına karşı daha duyarlıdır; yiyeceklerin görüntüsü veya kokusu, duygusal durumdan bağımsız olarak yeme davranışını başlatabilir (11,14,20).

Duygusal yemenin kilo alımı, yeme bozuklukları ve olumsuz sağlık göstergeleri (örn. inflamasyon, kardiyovasküler risk) ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (19). Obez veya fazla kilolu bireylerde duygusal yeme, duygu düzenleme stratejilerine erişim eksikliği, duygusal netlik yetersizliği ve hedefe yönelik davranışlarda zorluklarla bağlantılıdır (62). Bu bağlamda, duygu düzenleme güçlüklerinin, negatif duygusal yeme ile düzensiz yeme arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği; aleksitimi, düşük sıkıntı toleransı ve yetersiz duygusal zeka ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir (66,67). Duygusal yeme davranışının uzun vadede kilo kaybını sürdürmede önemli bir engel oluşturduğu (63) ve kilo kaybı sonrası yeniden kilo alma riskini artırdığı bilinmektedir (64,133). Obez yetişkinlerin yaklaşık yarısında yüksek düzeyde duygusal yeme görülmekte olup, duygusal yemenin vücut kitle indeksi, yağ oranı ve bel çevresiyle pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir (20). Dolayısıyla, duygusal yemenin azaltılmasının kilo yönetiminde başarı şansını artırabileceği öngörülmektedir (65). Rahatsız edici duyguları düzenlemek için sürekli olarak yiyeceğe başvurmak, bireylerin duygusal farkındalığını ve kendilerini anlamalarını engelleyebilmektedir (12). Terapötik müdahalelerde empati, saygı, kabul ve güvene dayalı iletişim büyük önem taşımaktadır (12,112). Yargılayıcı olmayan bir tutum, aktif dinleme ve danışanın bulunduğu yerden başlama gibi klinik beceriler, duygusal yeme döngüsünün kırılmasında etkili olabilir. Danışanların duygularını tanıma, yeniden yapılandırma ve kendi kendini yönetme becerilerini geliştirmek, bu davranışın azaltılmasında temel stratejilerden biridir (12).

Duygusal yeme, dünya genelinde artan stres ve psikolojik sorunlarla birlikte giderek yaygınlaşan bir sorun olup (11) etkili önleyici ve terapötik yaklaşımlara acil ihtiyaç

duyulmaktadır. Bu nedenle, duygusal yeme mekanizmalarının anlaşılması ve klinik müdahalelerin bu mekanizmalar üzerine inşa edilmesi, obezite yönetiminde kritik öneme sahiptir (14,20).

Bu araştırmada BDT Temelli ve MG destekli psikoeğitim uygulaması öncesi deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırılmasında duygusal yeme düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ve duygusal yeme düzeyi orta seviyede bulunmuştur. Bulgular, obez bireylerde duygusal yeme düzeyinin orta düzeyde olduğunu bildiren önceki araştırmalarla tutarlıdır (64,134-136). Bu durumun arka planında ise bireylerin duygu düzenleme güçlüğü yaşamaları, stresörler karşısında baş etme ve problem çözme becerilerinin düşük olması, yemenin obez bireylerin yaşamında bir baş etme yöntemine dönüşmesi gibi etkenlerin olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim uygulamasının ardından deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılması sonucunda, deney grubundaki katılımcıların duygusal yeme düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bu etkinin iki ay sonraki izlem testinde de devam ettiği gözlenmiştir. Deney grubundaki bireylerin psikoeğitim öncesi, sonrası ve izlem sürecindeki ölçümleri arasında anlamlı iyileşmeler görülmüştür. Deney grubunda son test ile izlem testi arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Ancak bu durum son testte görülen etkinin devam ettiğini göstermektedir. Kontrol grubunda bu ölçüm dönemleri arasında anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Bu sonuç “Obez bireylere verilen, bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim deney grubundaki hastaların duygusal yeme puan ortalamalarında kontrol grubundaki hastalara göre azalma sağlar” şeklindeki H₁ hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde bu araştırmada kullanılan BDT ve MG kombinasyonuna ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından, doğrudan bir karşılaştırma yapmak pek mümkün görünmemektedir. Obez bireylerde son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalar, BDT’nin duygusal yeme davranışı üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. Örneğin, Mohseni ve ark. (2022) tarafından Hollanda’da yürütülen ve 1.5 yıl süren yaşam tarzı değişikliği ile BDT müdahalelerinin birlikte uygulandığı grup temelli çalışmada, obez bireylerde duygusal yeme düzeylerinde anlamlı bir azalma saptanmıştır (137). Benzer şekilde, yine Hollanda’da gerçekleştirilen ve on haftalık bir BDT programını içeren çalışmada, müdahale sonrası duygusal yeme davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş gözlenmiştir (138). Ülkemizde gerçekleştirilen bir araştırmada ise, Geniş ve ark. (2022) tarafından yürütülen 16 haftalık BDT temelli müdahale programı sonucunda katılımcıların duygusal yeme puanlarında

anlamalı azalmalar elde edilmiştir (89). Buna ek olarak, Norveç'te bariatrik cerrahiye hazırlanan morbid obez bireylerle yürütülen 10 haftalık randomize kontrollü bir çalışmada BDT uygulanan grupta duygusal yeme düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde bir azalma bildirilmiştir (139). Hjelmesæth ve ark. (2019) tarafından Norveç'te gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise morbid obez bireylerin bariatrik cerrahi öncesinde biyopsikososyal açıdan değerlendirildiği randomize kontrollü klinik çalışmada, BDT'nin etkisi 10 hafta boyunca uygulanan bireysel müdahale ile incelenmiştir. Müdahalede duygusal yeme ve diğer işlevsiz yeme davranışları olumsuz duygu durumu tetikleyicileriyle birlikte ele alınmıştır. Sonuçlar, BDT grubunda kontrol grubuna göre duygusal yeme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde azalma olduğunu göstermiştir (140). Bir diğer çalışmada, obez bireylere uygulanan 8 haftalık grupla yapılan BDT müdahalesinin duygusal yeme, kontrolsüz yeme, anksiyete düzeyleri ve fizyolojik stres göstergeleri üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Müdahale sonunda grup BDT uygulanan grupta duygusal yeme ve kontrolsüz yeme puanlarında anlamlı azalma, bilişsel kısıtlama puanlarında ise artış gözlenmiştir. Ayrıca, parasempatik aktiviteyi yansıtan kalp hızı değişkenlik parametrelerinde anlamlı artış ve bazal kortizol düzeylerinde azalma kaydedilmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlar değerlendirildiğinde grup BDT'nin duygu düzenleme becerilerini güçlendirerek hem yeme davranışlarını hem de fizyolojik stres yanıtlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir (141). Bu bulgular, farklı kültürel ve yapısal bağlamlarda uygulanan BDT programlarının, duygusal yeme davranışının azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmanın müdahale kollarından biri olan MG'nin, obez bireylerde özellikle kilo verme girişimlerinde etkili olduğu çalışmalar bulunmaktadır (142-144). Bununla birlikte, MG'nin doğrudan duygusal yeme üzerine etkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Rabbani Parsa ve ark. (2018) tarafından yürütülen bir çalışmada, grupla uygulanan MG'nin obez bireylerde duygusal yeme ve anksiyete düzeylerini anlamlı biçimde azalttığı bildirilmiştir (40). Benzer şekilde, Mirkarimi ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada, MG uygulanan bireylerin "negatif duygular" alt boyutuna ilişkin öz-yeterlik puanlarında 2. ve 6. ay takiplerinde anlamlı ve sürdürülebilir düzeyde artışlar gözlenmiştir. Bu artış, bireylerin olumsuz duygular karşısında yeme davranışını kontrol etme becerilerinde gelişme sağladığını ve dolayısıyla duygusal yeme davranışında azalma yaşandığını düşündürmektedir (144). Elde edilen bu bulgular, MG'nin yalnızca kilo kaybı hedefiyle değil, aynı zamanda psikolojik kökenli yeme davranışlarının düzenlenmesine yönelik etkili bir yöntem olarak kullanılabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda, MG'nin duygusal yeme gibi karmaşık davranış örüntülerine yönelik uygulamalarda, BDT ile birlikte bütüncül bir yapı içinde değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar BDT ve MG kombinasyonunun duygusal yeme düzeyini azaltmada etkili olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Obez Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Psikolojik dayanıklılık, bireyin zorluklardan toparlanma veya iyileşme yeteneği olarak tanımlanmıştır (145). Ayrıca psikolojik dayanıklılığın, kişinin normal psikolojik ve fiziksel işleyişini sürdürürken stres ve zorlukların üstesinden gelerek iyi bir sonuç elde etmesini dinamik olarak sağlayan koruyucu faktör olduğu da ifade edilmektedir. Bu bağlamda psikolojik dayanıklılık, aşırı kilo/obezite ve kilo ayrımcılığının yaratabileceği stres dönemlerinde öne çıkan önemli koruyucu faktörlerden biridir (146). Bu dinamik süreç, ruh sağlığı, iyi oluş ve yaşam kalitesinin ayrılmaz bir parçası kabul edilmektedir (25). Bununla beraber dayanıklı bireylerin temel özellikleri arasında duygusal denge, öz farkındalık ve öz yeterlilik yer almakta ve bu nitelikler kültürler arasında ortak olarak kabul görmektedir (71). Duygusal dengenin dayanıklı bireylerin ortak özelliklerinden biri olduğu (71) ve psikolojik dayanıklılık ile duygun düzenleme becerileri arasında güçlü pozitif bir ilişki olduğu düşünüldüğünde (104), duygu düzenleme becerilerini geliştirme- nin (5,95) psikolojik dayanıklılığa katkıda bulunacağı söylenebilir.

Psikolojik dayanıklılık, obeziteye karşı bir koruyucu faktör olarak kabul edilmektedir. Bunun olası nedeni, stresin yeme davranışı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltma kapasitesiyle ilişkili olabileceği şeklinde değerlendirilmektedir. Çeşitli araştırmalar, dayanıklılığın algılanan stres ile aşırı yeme eğilimleri arasındaki ilişkiyi zayıflatabileceğini ortaya koymuştur (27,28). Ayrıca, psikolojik dayanıklılığın sağlıklı yeme davranışlarını ve obezite riskini azaltmada rol oynayabileceği ve bu açıdan koruyucu bir işlev üstlendiği vurgulanmaktadır (75). Nitekim, düşük psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek beden kitle indeksi ile ilişkili olduğu, buna karşın yüksek psikolojik dayanıklılığın stresin sağlığa zararlı etkilerini azaltmaya katkıda bulunduğu belirtilmektedir (72,73). Daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip bireylerin, stresi azaltmak amacıyla problem çözme, duygu düzenleme ve öz kontrol gibi daha sağlıklı başa çıkma stratejilerini tercih ettikleri bildirilmektedir (72). Bu nedenle, obez bireylerde psikolojik dayanıklılığın güç-

lendirilmesi, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının sürdürülmesi ve ruh sağlığının korunması açısından önemli bir unsur olarak görülmektedir (29,70,74). Bu bulgu, çalışmamızda uygulanan BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimde kullanılan tekniklerle de örtüşmektedir; çünkü bu müdahalede problem çözme ve duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesine yönelik uygulamalara yer verilmiştir (5,9,95). Ayrıca, sürece MG'nin destekleyici yaklaşımı da dâhil edilerek, bireylerin değerlerini ve hedeflerini ortaya çıkarmalarına imkân tanıyan yöntemler kullanılmıştır (38). Bu bağlamda BDT ile MG'nin entegre çalışılmasının obez bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını geliştirmede etkili olduğu ifade edilebilir.

Bu araştırmada BDT Temelli ve MG destekli psikoeğitim uygulaması öncesi deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırılmasında psikolojik dayanıklılık düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ve psikolojik dayanıklılık düzeyi orta seviyede bulunmuştur. Bulgular, obez bireylerde psikolojik dayanıklılık düzeyinin orta düzeyde olduğunu bildiren önceki araştırmalarla tutarlıdır (29,147).

Bu çalışmada, bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim uygulamasının ardından deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılması sonucunda, deney grubundaki katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bu etkinin iki ay sonraki izlem testinde de devam ettiği gözlemlenmiştir. Deney grubundaki bireylerin psikoeğitim öncesi, sonrası ve izlem sürecindeki ölçümleri arasında anlamlı iyileşmeler görülmüştür. Deney grubunda son test ile izlem testi arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Ancak bu durum son testte görülen etkinin devam ettiğini göstermektedir. Kontrol grubunda bu dönemler arasında anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir. Bu sonuç "Obez bireylere verilen, bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim deney grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarında kontrol grubundaki hastalara göre artma sağlar" şeklindeki H₂ hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde BDT temelli müdahalelerin obez bireylerin psikolojik dayanıklılıkları üzerine yapılan çalışmalar, araştırmamızın bulgularıyla örüşmektedir. Yapılan bir araştırmada 12 oturumluk BDT temelli müdahalenin obez kadınlarda benlik saygısı, psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme üzerinde anlamlı artışlar sağladığı, kontrol grubunda ise bu değişikliklerin gözlenmediği bildirilmiştir. Bu sonuçlar, BDT'nin obez bireylerde psikolojik iyilik halini güçlendirmede etkili bir yöntem olabileceğini göstermektedir (148). Khatibi ve ark. (2023) yürüttükleri çalışmada, obez kadın bireylere uygulanan

10 oturumluk grup BDT programının psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme becerileri üzerinde anlamlı etkileri olduğu gösterilmiştir. Terapötik müdahale sonrasında hem dayanıklılık hem de duygu düzenleme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenmiş ve bu etkilerin bir aylık takipte korunduğu bildirilmiştir. Bu bulgu, BDT temelli yaklaşımların obez bireylerde psikolojik iyilik halini güçlendirme ve baş etme becerilerini artırma konusunda etkili bir müdahale aracı olduğunu göstermektedir (149).

Çeşitli çalışmalarda MG'nin psikolojik dayanıklılık ve psikolojik iyi oluş üzerinde farklı örneklemelerde anlamlı değişiklikler oluşturduğu gözlenmektedir (150-152). Ancak literatürde, araştırmanın müdahale kollarından biri olan MG'nin obez bireylerde psikolojik dayanıklılık üzerine yapılan doğrudan bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte MG'nin davranış değişikliğini başlatma ve kilo vermede etkili olduğunu vurgulayan araştırmalar da bulunmaktadır (142,153,154). Bu çalışmanın bulguları, MG destekli psikoeğitimin obez bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyinde anlamlı bir artış sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte MG, bireyin değişimle ilgili kararsızlıklarını anlamasına ve çözümlemesine yardımcı olan yapısı sayesinde, değişimi destekleyen bazı içsel süreçleri etkileyebilmektedir (38,155). MG uygulamasında birey, mevcut davranışları ile kişisel değerleri arasındaki uyumsuzluğu fark ederek karar dengesi kurmaya yönlendirilir. Bu süreçte danışan; değişimin neden gerekli olduğunu, kendisi için ne ifade ettiğini ve hangi yaşam değerleriyle bağlantılı olduğunu keşfetme fırsatı bulmaktadır (37,98,155). MG süreci, açık uçlu sorular, yansıtıcı dinleme ve destekleyici ifadeler gibi tekniklerle bireyin mevcut durumunu anlamasına, güçlü yönlerini fark etmesine ve hedeflerine ulaşmak için yapabileceği değişimleri düşünmesine alan tanımaktadır. Bunlarla beraber MG'nin empatik, işbirliğine dayalı, cesaretlendirici, destekleyici ve içsel motivasyonu artırmaya yönelik yaklaşımlarının psikolojik dayanıklılığı artırmaya katkıda bulunduğu düşünülmektedir (37,38,100,156). Tüm bu unsurlar bir araya geldiğinde, birey kendi motivasyon kaynaklarını tanımlayabilir ve sürdürülebilir bir değişim sürecine daha istekli şekilde katılım gösterebilir (98). Bu yönüyle MG'nin, psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkileyebilecek nitelikler taşıdığı düşünülmektedir.

Obez bireylerde duygusal yeme davranışlarını azaltmada ve psikolojik dayanıklılığı artırmada BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin etkili olduğu görülmektedir. Müdahale sürecinde BDT'nin ABC modeli, bilişsel çarpıtmaları, özellikle olumsuz otomatik düşünceleri tanıtan ve bu işlevsiz düşüncelere alternatif düşünceler geliştirmeye yardımcı olan yapısı obez bireylere bilişsel anlamda katkıda bulunmaktadır. Ayrıca çalışmada BDT'nin uyaran kontrolü, kendini izleme gibi davranışçı teknikleri kullanılmıştır.

Bu sürece problem çözme ve duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin çalışmayı güçlendirdiği düşünülmektedir. MG'nin empatik, cesaretlendirici ve destekleyici yaklaşımının içsel motivasyonu artırdığı düşünülmektedir. Ayrıca MG'nin değer ve hedefe yönelik yaklaşımı, içsel motivasyonu harekete geçiren ve tetikleyen bir unsur olarak öne çıkmaktadır. BDT'nin bilişsel ve davranışsal stratejilerinin, MG'nin motivasyonu artıran, destekleyici, değer ve hedef odaklı yaklaşımıyla entegre edildiğinde çalışmanın güçlendiği düşünülmektedir. Bu bulgular, “Obez bireylere verilen bilişsel davranışçı terapi temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim ile deney grubundaki hastaların duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları girişim öncesi, girişim sonrası ve izlem dönemleri arasında farklılık gösterir” şeklindeki H₃ hipotezini desteklemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Obez bireylerde BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin, duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü yürütülen bu araştırma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Deney ve kontrol grubundaki obez bireylerin demografik ve tanıtıcı özellikleri açısından karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ve grupların benzer olduğu,
- Deney ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin orta seviyede olduğu ve puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık göstermediği; grupların başlangıç düzeyde benzer olduğu,
- Müdahale sonrasında, deney grubunun duygusal yeme puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde azaldığı, bu etkinin iki ay sonraki izlem sürecinde de sürdüğü,
- Aynı şekilde, deney grubunun psikolojik dayanıklılık puanlarının müdahale sonrasında anlamlı düzeyde arttığı ve bu artışın izlem testinde de korunduğu, kontrol grubunda ise bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Bu sonuçlar doğrultusunda, BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin, obez bireylerin duygusal yeme davranışlarını azaltmada ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini artırmada etkili bir yaklaşım olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma bulguları doğrultusunda öneriler aşağıda sunulmuştur:
- Obeziteyle mücadelede yalnızca diyet, egzersiz, bariatrik cerrahi ve farmakolojik yöntemlere odaklanmakla kalmayıp, psikolojik süreçleri de içeren yapılandırılmış, amacına uygun ve uzman psikiyatri hemşireleri tarafından oluşturulan psikoeğitim programlarının uygulanması ve yaygınlaştırılması,
- Psikiyatri hemşirelerinin bilişsel davranışçı terapi ve motivasyonel görüşme yaklaşımlarına dayalı temel eğitim programlarına katılımının teşvik edilmesi ve obez bireylere yönelik BDT temelli ve MG destekli uygulamalarda aktif görev almaları,

- BDT temelli ve MG destekli psikoeğitimin, psikiyatri hemşireleri ve diğer ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulama ve araştırmalarda daha geniş çapta kullanılmasının teşvik edilmesi,
- BDT ve MG yaklaşımlarını temel alan psikoeğitim uygulamalarının birinci basamak sağlık kurumları ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde yaygınlaştırılması,
- Uygulamaların erişilebilirliğini artırmak amacıyla dijital platformlar ve mobil uygulamalar aracılığıyla sunulabilecek programların geliştirilmesi,
- Psikoeğitim programlarının etkinliğini ve sürdürülebilirliğini değerlendiren, daha uzun süreli, daha farklı coğrafi bölgelerde ve geniş örneklem gruplarıyla gerçekleştirilecek ileri düzey araştırmaların yapılması,
- Psikososyal müdahale programlarının uzun vadeli etkilerini değerlendirmek amacıyla altı ay, bir yıl veya daha uzun dönemleri kapsayan takip çalışmalarının planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Melson E, Ashraf U, Papamargaritis D, Davies MJ. What is the pipeline for future medications for obesity? *Int J Obes.* 2024;49(3):433-51.
2. Kelly EJ, Reese AD, Carney BC, Keyloun JW, Palmieri TL, Moffatt LT, et al. Examining obesity and its association with burn injury: A secondary analysis of the transfusion requirement in burn care evaluation study. *J Surg Res.* 2023;290:221-31.
3. Kılıç K, Özdoğan Y. Obezite paradoksu. *Gazi Sağlık Bil.* 2022;7(1):164-72.
4. Mooney SJ, El-Sayed AM. Stigma and the etiology of depression among the obese: An agent-based exploration. *Soc Sci.* 2015;148:1-7.
5. Akkuş K, Şamar BŞ, Kılıç G, Sütcü ST. Obezitenin Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi - Terapi El Kitabı, 1. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2024:11-138.
6. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025 [Internet]. London: World Obesity Federation; 2025 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=23>
7. Tomiyama AJ. Stress and obesity. *Annu Rev Psychol.* 2019;70(1):703-18.
8. Berberoğlu Z, Hocaoglu Ç. Küresel sağlık sorunu ‘obezite’: Güncel bir gözden geçirme. *CBU-SBED.* 2021;8(3):543-52.
9. Van Dorsten B, Lindley EM. Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Med Clin North Am.* 2011;95(5):971-88.
10. Monda V, La Marra M, Perrella R, Caviglia G, Iavarone A, Chieffi S, et al. Obesity and brain illness: From cognitive and psychological evidences to obesity paradox. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2017;10:473-9.
11. Jurek JM, Maruda A. The role of emotional eating as relief mechanism from psychological distress and its impact on overall wellbeing. *Debates em Psiquiatria.* 2024;14:1-23.
12. Matz J, Frankel E. Beyond a Shadow of a Diet: The Comprehensive Guide to Treating Binge Eating Disorder, Emotional Eating, and Chronic Dieting, 3rd ed. New York, Routledge, 2024:14-58.
13. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal Yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 2018;27(1):70-82.

14. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Curr Diab Rep.* 2018;18(6):35.
15. Evgin D, Kılıç KM. Relationship between healthy life awareness, emotional eating, obesity awareness, and coping stress in adolescents. *Psychol Sch.* 2022;60(6):1898-917.
16. Wang H, He X, Tang Y, Tang J, Yang J. Unveiling the links between physical activity, self-identity, social anxiety, and emotional eating among overweight and obese young adults. *Front Psychol.* 2024;14:1255548.
17. Zhang R, Yang X, Yang R, Xu Z, Sui N, Gao X. Wanting to eat matters: Negative affect and emotional eating were associated with impaired memory suppression of food cues. *Appetite.* 2020;150.
18. Vasileiou V, Abbott S. Emotional eating among adults with healthy weight, overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Nutr Diet.* 2023;36(5):1922-30.
19. Ahlich E, Rancourt D. Boredom proneness, interoception, and emotional eating. *Appetite.* 2022;178:106167.
20. Işık K, Cengiz Z. The effect of sociodemographic characteristics of university students on emotional eating behavior. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(1):214-8.
21. Carbonneau N, Goodman LC, Roberts LT, Bégin C, Lussier Y, Musher-Eizenman DR. A look at the intergenerational associations between self-compassion, body esteem, and emotional eating within dyads of mothers and their adult daughters. *Body Image.* 2020;33.
22. Spinosa J, Christiansen P, Dickson JM, Lorenzetti V, Hardman CA. From socioeconomic disadvantage to obesity: The mediating role of psychological distress and emotional eating. *Obesity (Silver Spring).* 2019;27(4):559-64.
23. Morillo-Sarto H, López-del-Hoyo Y, Pérez-Aranda A, Modrego-Alarcón M, Barceló-Soler A, Borao L, et al. "Mindful eating" for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. *Eur Eat Disord Rev.* 2023;31(2):303-19.
24. Sultson H, Akkermann K. Investigating phenotypes of emotional eating based on weight categories: A latent profile analysis. *Int J Eat Disord.* 2019;52(9):1024-34.

25. Uzun ME, Kara Ö, Şirin H, Kaymaz N. Examination of relationship factors between psychological resilience and social support in adolescent obesity. *Arch Pediatr*. 2023;30(5):277-82.
26. Xiang L, Wan H, Zhu Y. Effects of cognitive behavioral therapy on resilience among adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):204.
27. Kılıç BO, Konuksever D. The obesity and psychological resilience in children: Investigating the connection. *Pediatr Pract Res*. 2023;11(3):86-91.
28. Thurston IB, Hardin R, Kamody RC, Herbozo S, Kaufman C. The moderating role of resilience on the relationship between perceived stress and binge eating symptoms among young adult women. *Eat Behav*. 2018;29:114-9.
29. Adam MY, Wani MA. Social support and resilience among obese people. *Madhya Pradesh Journal of Social Sciences*. 2022;26(3):127-35.
30. Alimoradi M, Abdolahi M, Aryan L, Vazirijavid R, Ajami M. Cognitive behavioral therapy for treatment of adult obesity. *International Journal of Medical Reviews*. 2016;3(1):371-9.
31. Tham M, Chong TWH. Evaluation of an online cognitive behavioural therapy weight loss programme as an adjunct to anti-obesity medications and lifestyle interventions. *Australas Psychiatry*. 2019;28(2):140-7.
32. Smith J, Ang XQ, Giles EL, Traviss-Turner G. Emotional eating interventions for adults living with overweight or obesity: A systematic review and meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3).
33. Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur MZ. Obezite ve bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;8(2):133-44.
34. Dalle Grave R, Sartirana M, Ghoch M El, Calugi S. Treating Obesity with Personalized Cognitive Behavioral Therapy, 1st ed. Cham, Springer International Publishing, 2018:33.
35. Barrett S, Begg S, O'Halloran P, Kingsley M. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1160.
36. Mallik R, Carpenter J, Zalin A. Assessment of obesity. *Clinical Medicine*. 2023;23(4):299-303.

37. Freshwater M, Christensen S, Oshman L, Bays HE. Behavior, motivational interviewing, eating disorders, and obesity management technologies: An Obesity Medicine Association (OMA) Clinical Practice Statement (CPS) 2022. *Obesity Pillars*. 2022;2:100014.
38. Ögel K, Şimşek M. Motivasyonel Görüşme Tekniği, 1. Baskı. İstanbul, Psikonet Yayınları, 2024:9-144.
39. Cassin SE, Atwood M. Psychiatric Care in Severe Obesity: An Interdisciplinary Guide to Integrated Care. In: Sockalingam S, Hawa R (eds). *Psychiatric Care in Severe Obesity: An Interdisciplinary Guide to Integrated Care*, 1st ed. Cham, Springer International Publishing, 2017:245-56.
40. Rabbani Parsa MJ, Mashhadi A, Bigdeli I. The effectiveness of group motivational interviewing in reducing emotional eating and anxiety in obese people: the moderator role of impulsiveness. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2018;7(2):44-61.
41. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obesity Reviews*. 2015;16(4):304-18.
42. Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(9):768-82.
43. Reiner M, Carrad I, Golay A. L'entretien motivationnel dans la thérapie cognitivo-comportementale des patients obèses. *Rev Med Suisse*. 2010;6(242):677-81.
44. Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(3):361-78.
45. Çakmur H, Güneş ÜB. Research the relationship between obesity and depression in outpatient clinics. *Turk J Fam Pract*. 2018;22(2):58-65.
46. Chambers R, Stather P. *Tackling Obesity and Overweight Matters in Health and Social Care*, 2nd ed. Boca Raton, CRC Press, 2022:7-22.
47. Ahmed B, Konje JC. The epidemiology of obesity in reproduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2023;89:102342.

48. Kehl S. Obesity at term: What to consider? How to deliver? Arch Gynecol Obstet. 2024;309(5):1725-33.
49. Değirmenci T, Oğuzhanoğlu NK, Varma GS, Özdel O, Fenkçi S. Psychological symptoms in obesity and related factors. Noro Psikiyatr Ars. 2015;52(1):42-6.
50. Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. Am J Manag Care. 2016;22(7):176-85.
51. Segula D. Complications of obesity in adults: a short review of the literature. Malawi Med J. 2014;26(1):20-24.
52. Eslick GD. Gastrointestinal symptoms and obesity: a meta-analysis. Obesity Reviews. 2011;13(5):469-79.
53. Gruchała-Niedoszytko M, Małgorzewicz S, Niedoszytko M, Gnacińska M, Jassem E. The influence of obesity on inflammation and clinical symptoms in asthma. Adv Med Sci. 2013;58(1):15-21.
54. Gökler ME, Bağcı HH, Keklik K, Erguder T, Üçüncü İ (Editörler). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı. Sağlık Bakanlığı. Ankara:2025.
55. Jiménez EG. Obesity: Etiologic and pathophysiological analysis. Endocrinología y Nutrición (English Edition). 2013;60(1):17-24.
56. Serra-Majem L, Bautista-Castaño I. Etiology of obesity: two “key issues” and other emerging factors. Nutr Hosp. 2013;28(5):32-43.
57. Kushner RF, Bray GA. Classification and Evaluation of the Overweight Patient. In: Bray GA., Bouchard Claude (eds). Handbook of Obesity, 4th ed. Boca Raton: FL, CRC Press, 2019:53-80.
58. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, et al. The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: A review of the current clinical evidence. Nutrients. 2023;15(5):1173.
59. Sundbom M, Järholm K, Sjögren L, Nowicka P, Lagerros YT. Obesity treatment in adolescents and adults in the era of personalized medicine. J Intern Med. 2024;296(2):139-55.
60. Ruban A, Stoenchev K, Ashrafian H, Teare J. Current treatments for obesity. Clinical Medicine. 2019;19(3):205-12.

61. Elran Barak R, Shuval K, Li Q, Oetjen R, Drope J, Yaroch AL, et al. Emotional eating in adults: the role of sociodemographics, lifestyle behaviors, and self-regulation—findings from a U.S. national study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1744-10.
62. Braden A, Barnhart WR, Kalantzis M, Redondo R, Dauber A, Anderson LN, et al. Eating when depressed, anxious, bored, or happy: An examination in treatment-seeking adults with overweight/obesity. *Appetite*. 2023;184:106510.
63. Kudlek L, Jones RA, Hughes C, Duschinsky R, Hill A, Richards R, et al. Experiences of emotional eating in an acceptance and commitment therapy based weight management intervention (SWiM): A qualitative study. *Appetite*. 2024;193:107138.
64. Wong L, Stammers L, Churilov L, Price S, Ekinici E, Sumithran P. Emotional eating in patients attending a specialist obesity treatment service. *Appetite*. 2020;151:104708.
65. Lattimore P. Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating. *Eat Weight Disord*. 2020;25(3):649-57.
66. McAtamney K, Mantzios M, Egan H, Wallis DJ. Emotional eating during COVID-19 in the United Kingdom: Exploring the roles of alexithymia and emotion dysregulation. *Appetite*. 2021;161:105120.
67. Willem C, Nandrino JL, Doba K, Roussel M, Triquet C, Verkindt H, et al. Interoceptive reliance as a major determinant of emotional eating in adult obesity. *J Health Psychol*. 2020;26(12):2118-30.
68. Crockett AC, Rokke PD, Myhre SK. Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *J Health Psychol*. 2015;20(5):670-80.
69. Kozak AT, Davis J, Brown R, Grabowski M. Are overeating and food addiction related to distress tolerance? An examination of residents with obesity from a U.S. metropolitan area. *Obes Res Clin Pract*. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2016;11.
70. Bozbulut R, Döğ er E, Ç amurdan MO, Bideci A. The effect of dietary acid load on cardiometabolic risk, psychological resilience and sleep quality in adolescents with obesity. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2025;17(1):58-67.

71. Foster BA, Weinstein K. Moderating effects of components of resilience on obesity across income strata in the national survey of children's health. *Acad Pediatr*. 2018;19(1):58-66.
72. Zheng N, Zhuang M, Zhu Y, Wang Y, Ye M, Zhang Y, et al. Association between psychological resilience and body mass index in a community-based population: A cross-sectional study. *Obes Sci Pract*. 2024;10(3):e761.
73. Mathieu J, Brunaud L, Reibel N, Moukah D, Witkowski P, Lighezzolo-Alnot J, et al. Low resilience in severe obesity: marker of adverse childhood experiences and current psychological disorders. *Eat Weight Disord*. 2022;27(8):3507-19.
74. McGarrity LA, Terrill AL, Martinez PL, Ibele AR, Morrow EH, Volckmann ET, et al. The role of resilience in psychological health among bariatric surgery patients. *Obes Surg*. 2022;32(3):792-800.
75. Guazzelli Williamson V, Lee AM, Miller D, Huo T, Maner JK, Cardel M. Psychological resilience, experimentally manipulated social status, and dietary intake among adolescents. *Nutrients*. 2021;13(3):806.
76. Ozdemir C, Akbas Gunes N. The effect of diet and regular exercise on psychological resilience in obese or overweight women. *Int J Clin Pract*. 2021;75(8):e14320.
77. Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Biopsychosoc Med*. 2021;15(1):1-4.
78. Simmons J, Griffiths R. Yeni Başlayanlar için Bilişsel Davranışçı Terapi, 3. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2023:5-202.
79. Beck JS. Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi. Şahin M (Çeviri editörü). 2. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2023:2-258.
80. Curwen B, Ruddell P, Palmer S. Brief Cognitive Behaviour Therapy, 2nd ed. London, SAGE Publications, 2002:17-18.
81. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 16. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2020:756-757.
82. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):597-609.

83. Shidara K, Tanaka H, Adachi H, Kanayama D, Sakagami Y, Kudo T, et al. Automatic thoughts and facial expressions in cognitive restructuring with virtual agents. *Front Comput Sci.* 2022;4:762424.
84. Boyacı M, İlhan T. Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının film analizi yöntemiyle incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2016;12(2):734-46.
85. Soylu C, Topaloğlu C. Bilişsel davranışçı terapide ev ödevi uygulamaları. *Current Approaches in Psychiatry.* 2015;7(3):280-8.
86. Karadere ME, Yazla E, Burhan HŞ, Turgal E, Kuru T, Türkçapar MH. Anti-depresan kullanan ve kullanmayan obez kadınlarda bilişsel davranışçı grup terapisinin etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2020;21(3):269-76.
87. Malkina-Pykh IG. An integrated model for evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral treatment of obesity. *Health Policy Technol.* 2013;2(2):110-8.
88. Dalle Grave R, Calugi S, Bosco G, Valerio L, Valenti C, El Ghoch M, et al. Personalized group cognitive behavioural therapy for obesity: a longitudinal study in a real-world clinical setting. *Eat Weight Disord.* 2020;25(2):337-46.
89. Geniş B, Kayalar A, Dönmez A, Coşar B. Effect of structured cognitive-behavioral group therapy on body weight, mental status and the quality of life in obese and overweight individuals: A16-week follow up study. *Türk Psikiyatri Derg.* 2022;33(1):11-21.
90. Jacob A, Moullec G, Lavoie KL, Laurin C, Cowan T, Tisshaw C, et al. Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol.* 2018;37(5):417-32.
91. Türkçapar MH. Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama, 22. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayınevi, 2023:108-366.
92. Friedman A, Cassin SE. Cognitive-Behavioral Therapy for Behavioral and Lifestyle Changes in Severe Obesity. In: Cassin S, Hawa R, Sockalingam S (eds). *Psychological Care in Severe Obesity: A Practical and Integrated Approach.* 1st ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2018:133-60.
93. Ünal GÖ. Obezitenin psikiyatrik yönü, tedavisinde davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi.* 2018;7(1):31-41.

94. Butryn ML, Clark VL, Coletta MC. Behavioral Approaches to the Treatment of Obesity. In: Akabas SR, Lederman SA, Moore BJ (eds). Textbook of Obesity: Biological, Psychological and Cultural Influences. 1st ed. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, 2012:253-72.
95. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Psikoterapide Duygu Düzenleme-Uygulayıcı Rehberi, 1. Baskı. Vatan S, (Çeviri editörü). Ankara, Nobel Yaşam, 2024:4-50.
96. Tao B, Lu T, Chen H, Yan J. The effects of moderate- to high-intensity physical exercise on emotion regulation and subsequent cognitive control in highly psychologically stressed college students. Healthcare. 2025;13(17):2100.
97. Song Y, Jia S, Wang X, Wang A, Ma T, Li S, et al. Effects of physical exercise on anxiety depression and emotion regulation in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Front Pediatr. 2025;12:1479615.
98. Simpson SA, McNamara R, Shaw C, Kelson M, Moriarty Y, Randell E, et al. A feasibility randomised controlled trial of a motivational interviewing-based intervention for weight loss maintenance in adults. Health Technol Assess (Rockv). 2015;19(50):1-378.
99. Bilgin S, Evcimen H. Fazla kilolu ve obez adölesanlarda motivasyonel görüşme tekniğinin kullanımı. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2020;10(2):258-62.
100. Hamera E. Motivasyonel Görüşme. İçinde: Psikiyatri Hemşireliği İleri Düzey Uygulamalar için Psikoterapi. Özbaş AA, Gürhan N (Çeviri Editörleri). Psychotherapy for Advanced Practice Psychiatric Nurse. Wheeler K (Editör). 2. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2020:299-312.
101. Miller WR, Arkowitz H. Motivasyonel Görüşmeyi Öğrenmek, Uygulamak ve Genişletmek. İçinde: Psikolojik Problemlerin Tedavisinde Motivasyonel Görüşme.Şahin M (Çeviri editörü), Kural HU (Çeviren). Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S (Editörler). 2 Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2019:1-32.
102. Miller WR. The evolution of motivational interviewing. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2023;51(6):616-32.
103. ACT’i Kolay Öğrenmek: İlkeler ve Ötesi İçin Hızlı Bir Başlangıç. Karatepe HT, Yavuz KF (Çeviri Editörleri). ACT Made Simple: An Easy-To-Read

- Primer on Acceptance and Commitment Therapy. 4. Baskı. İstanbul, Litera Yayıncılık, 2019:334.
104. Polizzi CP, Lynn SJ. Regulating emotionality to manage adversity: A systematic review of the relation between emotion regulation and psychological resilience. *Cognit Ther Res.* 2021;45(4):577-97.
 105. Zeki İlgar M, Coşgun-İlgar S. Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. *Eğitimde Kuram ve Uygulama.* 2019;15(1):47-73.
 106. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.
 107. Delaney KR, Heyland M. Overview of Psychotherapy. In: Tusaie KR, Fitzpatrick JJ (eds). *Advanced Practice Psychiatric Nursing: Integrating Psychotherapy, Psychopharmacology, And Complementary and Alternative Approaches Across the Life Span*, 3rd ed. New York, Springer Publishing Company, 2023:33-50.
 108. Wheeler K. The Nurse Psychotherapist and a Framework for Practice. In: Wheeler K (ed). *Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse: A How-to Guide for Evidence-Based Practice*, 3rd ed. New York, Springer Publishing Company, 2022:3-56.
 109. Fitzpatrick JJ. Introduction to the Development of Science, Education, and Credentialing for Psychiatric-Mental Health Advanced Practice. In: Tusaie KR, Fitzpatrick JJ (eds). *Advanced Practice Psychiatric Nursing: Integrating Psychotherapy, Psychopharmacology, And Complementary and Alternative Approaches Across the Life Span*, 3rd ed. New York, Springer Publishing Company, 2023:3-12.
 110. Demiralp M, Oflaz M. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2007;8(2):132-9.
 111. Clevenger SMF. Cognitive Behavior Therapy. In: Wheeler K (ed). *Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse: A How-to Guide for Evidence-Based Practice*, 3rd ed. New York, Springer Publishing Company, 2022:359-99.
 112. Serin Y, Şanlıer N. Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2018;9(2):135-46.

113. Lozano P, Butcher HK, Serrano C, Carrasco A, Lagares C, Lusilla P, et al. Motivational interviewing: Validation of a proposed NIC nursing intervention in persons with a severe mental illness. *Int J Nurs Knowl*. 2021;32(4):240-52.
114. Karzenowski A, Puskar K. Motivational interviewing: A valuable tool for the psychiatric advanced practice nurse. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32(7):436-40.
115. Mallisham SL, Sherrod B. The spirit and intent of motivational interviewing. *Perspect Psychiatr Care*. 2017;53(4):226-33.
116. Lawrence P, Fulbrook P, Somerset S, Schulz P. Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(9-10):699-718.
117. Çam O. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı*, 3. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2021:3-15.
118. Engin E, Ergün G. Beslenme ve Yeme Bozuklukları. İçinde: Engin E, Çam O (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 3 Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 2021:520-39.
119. Kaçmaz ED. Duygusal yeme davranışı olan üniversite öğrencilerinde roy uyum modeli temelli girişimlerin duygu yönetimine etkisi [doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2022.
120. Özbaş AA. Beslenme ve Yeme Bozuklukları. İçinde: Gürhan N (editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016:565-90.
121. Dol A, Bode C, Velthuisen H, van Strien T, van Gemert-Pijnen L. Application of three different coaching strategies through a virtual coach for people with emotional eating: a vignette study. *J Eat Disord*. 2021;9(1):1-15.
122. Çam MO, Soylu GT. Duygu düzenleme ve psikiyatri hemşireliğine yansımaları. *Curr Approaches Psychiatry*. 2021;13(2):192-206.
123. Macfarlane J. Positive psychology: resilience and its role within mental health nursing. *Br J Ment Health Nurs*. 2021;10(1):1-14.
124. Foster K, Roche M, Delgado C, Cuzzillo C, Giandinoto JA, Furness T. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(1):71-85.

125. Straebler SB, Owens RA. Integrative Management of Disordered Eating. In: Tusaie KR, Fitzpatrick JJ (eds). *Advanced Practice Psychiatric Nursing: Integrating Psychotherapy, Psychopharmacology, And Complementary And Alternative Approaches Across The Life Span*, 3rd ed. New York, Springer Publishing Company, 2023:279-306.
126. Rycheski GG, dos Santos GR, Bertin CF, Pacheco CN, Antunes L da C, Stanford FC, et al. Online cognitive-behavioral therapy-based nutritional intervention via instagram for overweight and obesity. *Nutrients*. 2024;16(23):4045.
127. Garaulet M, Canteras M, Morales E, López-Guimera G, Sánchez-Carracedo D, Corbalán-Tutau MD. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp*. 2012;27(2):645-51.
128. Arslantaş H, Dereboy F, Yüksel R, İnalkaç S. Duygusal yeme ölçeği'nin türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2019;30(10):1-10.
129. Işık Ş. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2016;4(2):165-82.
130. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, https://www.bilisseldavranisci.com/uploads/problem_cozme_calismasi.pdf Son Erişim Tarihi 20 Eylül 2025.
131. Osborne JW, Overbay A. The power of outliers (and why researchers should always check for them). *Pract Assess Res Eval*. 2004;9(1):1-8.
132. Can A. SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi, 5. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2017:391.
133. Annesi JJ, Johnson PH. Emotional eating: A treatment-worthy construct, or artifact of relations between mood and eating behaviors in younger and older women with obesity. *Scand J Psychol*. 2021;62(2):193-202.
134. Zare H, Rahimi H, Omidi A, Nematollahi F, Sharifi N. Relationship between emotional eating and nutritional intake in adult women with overweight and obesity: a cross-sectional study. *Nutr J*. 2024;23(1):129.

135. Goldbacher EM, Grunwald HE, LaGrotte CA, Klotz AA, Oliver TL, Musliner KL, et al. Factor structure of the Emotional Eating Scale in overweight and obese adults seeking treatment. *Appetite*. 2012;59(2):610-5.
136. Escandón-Nagel N, Però M, Grau A, Soriano J, Feixas G. Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *Int J Clin Health Psychol*. 2018;18(1):52-9.
137. Mohseni M, Kuckuck S, Meeusen REH, Jiskoot G, Lengton R, Savas M, et al. Improved physical and mental health after a combined lifestyle intervention with cognitive behavioural therapy for obesity. *Int J Endocrinol Metab*. 2022;21(1):e129906.
138. Paul L, Van Der Heiden C, Van Hoeken D, Deen M, Vlijm A, Klaassen R, et al. Three- and five-year follow-up results of a randomized controlled trial on the effects of cognitive behavioral therapy before bariatric surgery. *Int J Eat Disord*. 2022;55(12):1824-37.
139. Gade H, Hjelmæsæth J, Rosenvinge JH, Friberg O. Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: A randomized controlled trial. *J Obes*. 2014;2014(3):1-6.
140. Hjelmæsæth J, Rosenvinge JH, Gade H, Friberg O. Effects of cognitive behavioral therapy on eating behaviors, affective symptoms, and weight loss after bariatric surgery: A randomized clinical trial. *Obes Surg*. 2019;29(1):61-9.
141. Porto AP, Rabelo LN, Batista Do Nascimento E. A pilot study of obesity management: Contributions of cognitive-behavioral group therapy to stress, anxiety, and emotional Eating. *Actualidades en Psicología*. 2025;39.
142. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:40.
143. Van Dorsten B. The use of motivational interviewing in weight loss. *Curr Diab Rep*. 2007;7(5):386-90.
144. Mirkarimi K, Kabir MJ, Honarvar MR, Ozouni-Davaji RB, Eri M. Effect of motivational interviewing on weight efficacy lifestyle among women with

- overweight and obesity: A randomized controlled trial. *Iran J Med Sci.* 2017;42(2):187-93.
145. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina.* 2019;55:745.
 146. Borinsky S, Gaughan JP, Feldman-Winter L. Perceived overweight/obesity, low resilience, and body size dissatisfaction among adolescents. *Obes Res Clin Pract.* 2019;13(5):448-52.
 147. Adam M, Wani MA. Resilience and mental Health among obese and non-obese People. *J Posit Sch Psychol.* 2022;6(8):49-69.
 148. Khatibi F, Khanmohammasi-Otaghsara A, Fakhri MK. Comparison of the effectiveness of group acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy on self-worth, resilience and emotion. *Social Health.* 2021;8(4):69-80.
 149. Khatibi F, Otaghsara AK, Heydari S. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on resilience and emotion regulation in obese women of Amol City. *Appl Fam Ther J AFTJ).* 2022;3(5):20-34.
 150. Ahmadi R, Farahzad Boujeni S, Ghazanfari A, SHarifi T. Evaluation of the effectiveness of motivational interview group therapy on pain self-efficacy and resilience of patients with multiple sclerosis. *Iran J Health Psychol.* 2021;4(1):47-62.
 151. Ghaseminaei F, Derakhshan N. The effectiveness of motivational interviewing on resilience, sense of purpose, and social interest among adolescent girls in middle school. *Psychological Science and Education.* 2025;30(2):61-72.
 152. Afriwilda MT, Mulawarman M. The effectiveness of motivational interviewing counseling to improve psychological well-being on students with online game addiction tendency. *Islam Guid Couns J.* 2021;4(1):106-15.
 153. Azami S, Nourizadeh R, Mehrabi E, Poursharifi H, Farshbaf- Khalili A. Effect of motivational interviewing on dietary intake and weight changes among preconception women with overweight and obesity: A randomized controlled trial. *Crescent J Med. Biol Sci.* 2020; 7(2):260-6.

154. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, Harris D, Zhou Y, Snetselaar L, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: An RCT. *Pediatrics*. 2015;135(4):649-57.
155. Moizé V, Graham Y, Salas XR, Balcells M. Motivational interviewing (MI) in obesity care: Cultivating person-centered and supportive clinical conversations to reduce stigma: A narrative review. *Obes Sci Pract*. 2025;11(1):e70057.
156. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Onay Formu



EK-3. Kurum İzni



EK-4. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşınızı belirtiniz: ____
2. Cinsiyetinizi belirtiniz: () Kadın () Erkek () Diğer
3. Medeni durumunuzu belirtiniz: () Bekar () Evli
4. Eğitim düzeyinizi belirtiniz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora
5. Gelir durumunuzu belirtiniz: () Gelirim giderimi karşılamıyor. () Gelirim giderime eşit. () Gelirim giderimden fazla.
6. Çalışma durumunuzu belirtiniz: () Çalışmıyorum. () Tam zamanlı çalışıyorum. () Yarı zamanlı çalışıyorum. () Serbest meslek sahibiyim.
7. Beden kitle indeksinizi belirtiniz: _____ (Beden kitle indeksinizi, kilonuzu boyunuzun metre cinsinden karesine bölerek hesaplayabilirsiniz. Örneğin, 70 kg ağırlığında ve 1.70 m boyunda olan bir kişinin beden kitle indeksi $70/(1.70 \times 1.70)=24.22$ 'dir.)
8. Obezite düzeyinizi belirtiniz: () Hafif obez (Beden kitle indeksi 30-34.9) () Orta obez (Beden kitle indeksi 35-39.9) () Şiddetli obez (Beden kitle indeksi 40 veya üzeri)
9. Obezite sürenizi belirtiniz: _____ yıl

EK-5. Duygusal Yeme Ölçeği

DUYGUSAL YEME ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda duygularınızla yeme davranışlarınız arasındaki ilişkiyi irdeleyen bazı sorular bulunmaktadır. Sizin için en uygun ifadenin karşısına **ÇARPI (X)** işareti koyunuz.

	Asla	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Sizce hayatınızı tartılar mı yönetiyor? Ve sizin üzerinizde ruh halinizi değiştirecek kadar güçlü etkileri var mı?				
2. Belirli yiyecekleri arzuladığınız olur mu?				
3. Tatlı şeyler, özellikle çikolata yemeye başladığınızda kendinizi durdurmakta güçlük çeker misiniz?				
4. Yemek yerken, yeme miktarını kontrol etmekte sorun yaşadığınız olur mu?				
5. Sıkılmış, gergin veya kızgın hissettiğiniz zamanlarda bir şeyler yer misiniz?				
6. Yalnızken sevdiğiniz yiyecekleri daha çok tüketir ve kendinizi kontrol etmekte daha çok zorlanır mısınız?				
7. Tatlılar veya atıştırmalıklar gibi yasak yiyecekleri yediğiniz için kendinizi suçlu hissettiğiniz olur mu?				
8. Akşamüstü eve yorgun döndüğünüzde yediklerinizi kontrol etmekte daha çok güçlük çekiyor musunuz?				
9. Diyetiniz devam ederken, yemeyi kaçırdığınızda diyetten vazgeçip, özellikle şişmanlatıcı yiyecekleri, kontrolsüzce tükettiğiniz olur mu?				
10. Sizin yediklerinizi değil, yediklerinizin sizi kontrol ettiği hissine ne sıklıkla kapılırsınız?				

EK-6. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

0	1	2	3	4
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

1. Çalışmaktan çok keyif alıyorum.	0	1	2	3	4
2. Hayatın benim için monotonlaşmaya başladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
3. Çok çalışarak her zaman amacıma ulaşabilirim.	0	1	2	3	4
4. Çıkabilecek sorunları önceden kestirerek önlemlerimi alırım.	0	1	2	3	4
5. Devam ettiğim işime/okuluma/mesleğime yürekten bağlıyım.	0	1	2	3	4
6. Hayatımda ilginç ve zaman harcamaya değer şeylerin var olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
7. Her yeni deneyimin yaşamımı zenginleştirdiğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4
8. Hep aynı yaşam tarzına bağlı kalmak yerine riskli de olsa yeni şeyler denemeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
9. İnsan hatalarından öğrenir ve gelişir.	0	1	2	3	4
10. Kaderimi değiştirebileceğime inanırım.	0	1	2	3	4
11. Yargılarıma ve kararlarıma daima güvenirim.	0	1	2	3	4
12. Kişisel özgürlüklerimin sınırlandırılmasına genellikle büyük tepki gösteririm.	0	1	2	3	4
13. Kendimle ilgili bir şeyler öğrenmek benim için heyecan vericidir.	0	1	2	3	4
14. “Öldürmeyen şey güçlendirir” cümlesi beni ifade ediyor.	0	1	2	3	4
15. Önceden yaptığım bir programın dışına çıkmak zorunda kaldığımda rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
16. Yeni şeyler denemekten hoşlanırım.	0	1	2	3	4
17. Yaşamımda olan önemli değişiklikleri, kişisel gelişimim için bir fırsat olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18. Keyif aldığım etkinliklere düzenli olarak katılırım.	0	1	2	3	4
19. Yarın bana ne olacağı bugün yaptıklarımaya bağlıdır.	0	1	2	3	4
20. Yeni bir işe/projeye/göreve başladığımda ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim.	0	1	2	3	4
21. Yapacak bir şeylerimin olması benim için önemlidir.	0	1	2	3	4

EK-7. Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi



EK-8. Motivasyonel Görüşme Eğitimi



EK-9. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Sizi Doç. Dr. Erman Yıldız tarafından yürütülen ‘ ‘ Obez Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Duygusal Yeme ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisi ’ ’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **cıkma** hakkında hakkınız. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.**

1. ARAŞTIRMANIN ADI: Obez Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Psikoeğitimin Duygusal Yeme ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisi

2. KATILIMCI SAYISI: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 32 ’dir.

3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 8 hafta ’dır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI: Bu araştırmanın amacı, obez bireylerde bilişsel davranışçı temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitimin duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini incelemektir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

Deney ve Kontrol Grubu İçin Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Beden kitle indeksinin (BKİ) 30 kg/m² veya üzerinde olması,
- 18-65 yaş aralığında bulunması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması ve aydınlatılmış onam formunu imzalaması,
- Görüşme ve psikoeğitim oturumlarını takip edebilecek düzeyde iletişim kurabilmesi,

Deney ve Kontrol Grubu İçin Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- İletişim ve değerlendirmeyi engelleyecek düzeyde dil (Türkçe okuryazarlık yetersizliği) ve/veya duyuşal/kognitif sorun (görme-işitme ağır kayıp, orta-ağır bilişsel bozukluk).
- Hekim tanısı ile belgelenmiş sekonder obezite (örn. aktif/tedavi altında olmayan hipotiroidi, Cushing sendromu) veya kilo artışı ile ilişkili ilaç kullanımı (ör. uzun süreli sistemik kortikosteroid, antipsikotik).
- Psikiyatrik tanı (örn. majör depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu) ve/veya psikotrop ilaç kullanımı.
- Hamilelik veya emzirme

Deney Grubu İçin Araştırmayı Tamamlamama Kriterleri

- Psikoeğitim oturumlarında toplam ≥ 3 devamsızlık (program 8 oturumdur).
- Oturumlarda operasyonel olarak tanımlanmış pasiflik (örn. 2 ardışık oturumda etkinlik/ödev teslim etmemek).
- Ciddi istenmeyen olay veya klinik güvenlik gerekçesi (araştırmacı/hekimin tıbbi kararı).
- Takip sürecinde yeni bir diyet/egzersiz programına başlamak.

Kontrol Grubu İçin Araştırmayı Tamamlamama Kriterleri

- Ölçüm seanslarına katılmamak
- Ölçüm seanslarında verilen bilgileri veya ölçekleri eksik veya yanlış doldurmak
- Ölçüm seansları sırasında veya sonrasında ciddi bir fiziksel veya psikolojik sorun yaşamak
- Ölçüm seansları dışında başka bir diyet veya egzersiz programına başlamak

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada yapılacak işlemler şu şekildedir;

Araştırmanın tipi : Bu araştırma randomize kontrollü türde tasarlanmıştır. Bu araştırma, obez bireylerde bilişsel davranışçı temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitimin duyuşal yeme ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini incelemek için randomize kontrollü bir tasarım kullanmaktadır. Bu tasarım, araştırmanın hipotezleri ile uyumludur ve nedensel ilişkileri saptamaya olanak sağlar. Araştırmada, obez bireyler rastgele olarak deney ve kontrol grubuna

ayrılacaktır. Rastgele atama, gruplar arasındaki başlangıçtaki farklılıkları minimize eder ve araştırmanın iç geçerliliğini artırır. Deney grubuna bilişsel davranışçı temelli ve motivasyonel görüşme destekli psikoeğitim uygulanırken, kontrol grubuna herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Bu şekilde, müdahalenin etkisini kontrol grubu ile karşılaştırmak mümkün olacaktır. Her iki grubun da duygusal yeme ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri, müdahale öncesi ve sonrası ölçülecektir. Bununla beraber 2 ay sonra hastalardan izlem testi alınacaktır. Bu şekilde, müdahalenin kısa ve uzun vadeli etkilerini değerlendirmek mümkün olacaktır.

Araştırmanın yeri ve zamanı : Bu araştırma, Ağustos 2024 - Kasım 2025 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmanın katılımcıları, Muş Devlet Hastanesi ve Muş Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'ndeki diyetisyen polikliniklerine başvuran obez bireyler arasından seçilecektir. Bu merkezlerin seçilme nedeni, Muş ilindeki hedef popülasyonun tedavi için birincil başvuru noktaları olması ve bu sayede evrenin daha temsili bir kesimine ulaşma imkânı sunmasıdır. Müdahale programı olan psikoeğitim oturumları, Muş Alparslan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nin dersliklerinde gerçekleştirilecektir. Ayrıca, zaman zaman dersliklerde bulunan tahta da kullanılacaktır. Müdahale mekanının şehir merkezinde yer alması ve ulaşımının kolay olması, katılımcı yükünü hafifletmeyi ve çalışma süresince katılımcı kaybı riskini en aza indirerek araştırmanın iç geçerliliğinin korunmasını sağlamayı hedeflemektedir.

Araştırmanın evreni ve örnekleme: Araştırmanın evrenini, Muş Devlet Hastanesi ve Muş Merkez Sağlıklı Hayat Merkezi'nde diyetisyene başvuran obez bireylerden oluşmaktadır. Bu hastalar, çeşitli yaş gruplarından, cinsiyetlerden ve sosyoekonomik durumlardan oluşmaktadır.

Araştırmanın örnekleme, hedef evren içerisinden amaçlı örnekleme (purposive sampling) yöntemi kullanılarak seçilecektir. Bu yöntemde, araştırmanın amacına uygun olarak, önceden belirlenmiş dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler örnekleme alınacaktır. Katılımcıların çalışmaya dahil edilebilmesi için gereken kriterler yukarıda listelenmiştir.

Araştırmamızda, iki bağımsız grubun ortalamalarını karşılaştırmak için parametrik bir test olan bağımsız gruplarda t testini kullanmayı planladık. Bu çalışmanın a priori güç analizi G*Power 3.1 ile gerçekleştirildi (F tests → ANOVA: Repeated measures, within-between interaction; A priori: Compute required sample size). Bu test için, G*Power programı ile güç analizi yaptık ve örneklem büyüklüğünü belirledik. Güç analizinde, gerçekleşen güç=0.961 bulundu. Bu değerler, araştırmanın amacı ve hipotezleri ile uyumluydu. G*Power çıktısına göre toplam asgari örneklem büyüklüğü, her grupta 16 olmak üzere toplam 32 (deney: 16, kontrol: 16) katılımcıya ihtiyaç duyulduğu hesaplandı. Bu örneklem büyüklüğü, araştırmanın istatistiksel olarak yeterli ve güvenilir olmasını sağlayacaktır.

7. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

8. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar Doç.Dr. Erman Yıldız tarafından karşılanacaktır.

9. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günüün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

Adres :

İş:

Cep:

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı., Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

GÖNÜLLÜ		İM- ZASI/TARİH
<i>ADI-SOYADI</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VELİ/ VASİ (Varsa)		İM- ZASI/TARİH
<i>ADI-SOYADI</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŞTIRMACI		İM- ZASI/TARİH
<i>ADI-SOYADI ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

EK-10. Duygusal Yeme Ölçeği Kullanım İzni



EK-11. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Kullanım İzni



EK-12. Bilişsel Davranışçı Terapide ABC Modeli

Tarih	A= Olay (Soruna yol açan nedir?)	B= Düşünce (Ne Düşündünüz?)	C= Duygu ve Davranış (Ne hissettiniz?) (Ne yaptınız ?)

EK-13. Otomatik Düşünce Kayıt Formu

OLAY/DURUM	DUYGU	OTOMATİK DÜŞÜNCE/ O ANDA AKLINDAN GEÇENLER

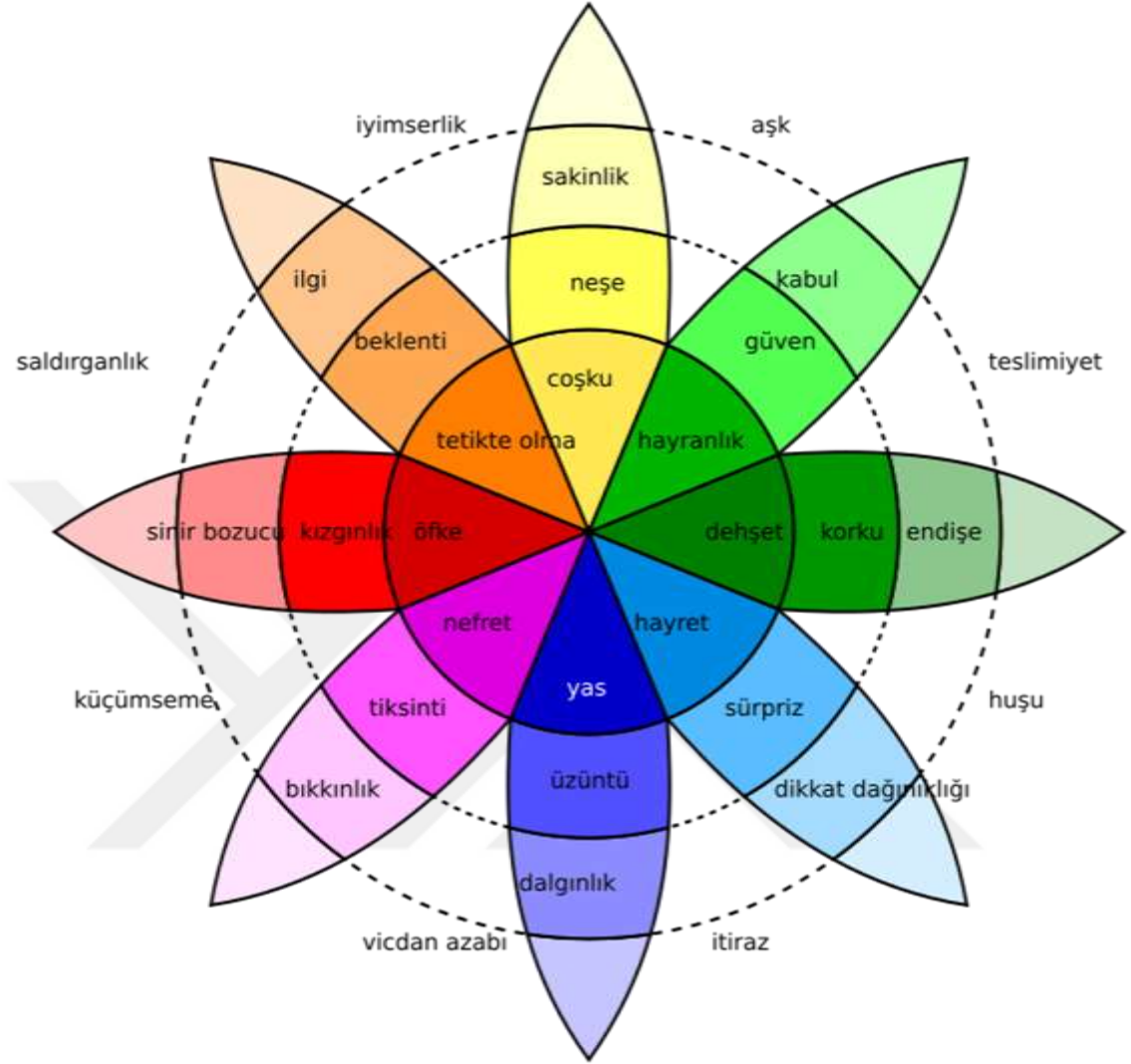
EK-14. Değerleri ve Hedefleri Belirleme Çalışması

Değerler	Hedefler

EK-15. Problem Çözme Çalışma Formu

Adım 1	Problemi Tanımlayın Problemi küçük adımlara bölün ve ilk nerden başlayacağınıza karar verin
Adım 2	Beyin fırtınası yapın ve ne kadar çok problemi çözmeye yardımcı fikir varsa yazın , ne kadar saçma görünseler de önemli değil - hiçbir çözümü kaçırmadan
Adım 3	Her bir cevabın olumlu ve olumsuz yönlerini düşünün, bir parça kağıda tek tek yazın.
Adım 4	İşe yarayacak görünen bir çözüm seçin, avantajları ve dezavantajları üzerine düşünün
Adım 5	Adım adım problemi çözmeye nelerin yardımcı olacağını planlayın. Ne? Ne zaman? Nasıl? Kimle ve neyle? Probleme ne sebep olmuş olabilir? Problemi nasıl ulaşıp çözebilirsiniz? Gerçekçi mi ulaşılabilir mi?
Adım 6	Yapın! Planı yürütün
Adım 7	Nasıl gittiğini gözden geçirin. Yardımcı oldu mu? İsteddiğiniz basamakları başarabildiniz mi? Eğer olmadıysa daha farklı nasıl yapabilirsiniz? Küçük de olsa amacınıza doğru ilerleme kaydettiniz mi? Ne öğrendiniz?
Adım 8	Eğer amacınıza ulaştıysanız - probleminizin diğer adımını düşünün. Eğer amacınıza tam ulaşamadıysanız - çözüm için ayarlamalar yapın, ya da adım 3 veya 4 e dönüp yeni olası çözümler bulun.

EK-16. Plutchik Duygu Çarkı



EK-17. Psikoeğitim Kitapçığı İçeriği

İÇİNDEKİLER

1. Hazırlık Oturumu	6
1.1 Psikoeğitim Programının İçeriği, Temel Kavramlar ve Teknikler.....	6
1.1.1 Obezite Nedir ?	6
1.1.2. Duygusal Yeme	6
1.1.3. Psikolojik Dayanıklılık.....	7
1.1.4. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Obezite	7
1.1.5. Motivasyonel Görüşme ve Obezite.....	8
2. Motivasyonu Sürdürmek ve Güçlendirmek (1. OTURUM)	8
2.1. Değişim için Motivasyonun Kurulmasında Önemlilik ve Güven-yeterlilik Cetveli.....	9
3. ABC Modeli ve Davranışsal BDT Teknikleri (2. Oturum).....	11
3.1. Bilişsel Davranışçı Terapide ABC Modeli	12
3.2. Kendini İzleme	13
3.3. Uyarı Kontrolü	14
4.Otomatik Düşüncelerin ve Bilişsel Hataların Ele Alınması (3. OTURUM)	16
4.1. Otomatik Düşünceler, Temel ve Ara İnançlar.....	17
4.3. Bilişsel hatalar/bilişsel çarpıtmalar	18
4.4. Bilişsel çarpıtma/bilişsel hata türleri	20
5. Alternatif Düşünce Geliştirme (4. Oturum)	22
5.1. Alternatif Düşünme Teknikleri	23
6. Duygu Düzenleme Becerilerinin Geliştirilmesi (5.Oturum).....	26
6.1. Duygu Düzenleme Becerileri	27
7. Değerleri ve Hedefleri Ortaya Çıkarmak (6. OTURUM).....	30
8. Problem Çözme ve Baş Etme Becerilerinin Geliştirilmesi (7.Oturum)	32
9. SONLANDIRMA (8. Oturum)	34
10. KAYNAKLAR	36