T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

ÇİFT FAKTÖR MODELİ ÇERÇEVESİNDE HAZIRLANAN ÇOK BOYUTLU MÜDAHALE PROGRAMININ EKZOJEN OBEZİTESİ OLAN ERGENLER ÜZERİNDE ETKİLİLİĞİ

MEHMET FATİH ŞİRAZ
19736002

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ALİ ERYILMAZ

2023

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

ÇİFT FAKTÖR MODELİ ÇERÇEVESİNDE HAZIRLANAN ÇOK BOYUTLU MÜDAHALE PROGRAMININ EKZOJEN OBEZİTESİ OLAN ERGENLER ÜZERİNDE ETKİLİLİĞİ

MEHMET FATİH ŞİRAZ
19736002
ORCİD NO: 0000-0001-5399-5898

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. ALİ ERYILMAZ

EKİM 2023

TEZ ONAY

Mehmet Fatih ŞİRAZ tarafından hazırlanan "Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Hazırlanan Çok Boyutlu Müdahale Programının Ekzojen Obezitesi Olan Ergenler Üzerinde Etkililiği" başlıklı çalışma, **[11/10/2023]** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda [oybirliği] ile başarılı bulunmuş ve jürimiz tarafından Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojjik Danışmanlık [Doktora] Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	**İmza**
Prof. Dr. Ali ERYILMAZ	……

Jüri Üyeleri	**İmza**
Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ	……
Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK	……
Doç. Dr. Durmuş ÜMMET	……
Doç. Dr. Seydi Ahmet SATICI	……

ÖZET

ÇİFT FAKTÖR MODELİ ÇERÇEVESİNDE HAZIRLANAN ÇOK BOYUTLU MÜDAHALE PROGRAMININ EKZOJEN OBEZİTESİ OLAN ERGENLER ÜZERİNDE ETKİLİLİĞİ

Bu araştırma kapsamında, araştırmacı tarafından geliştirilen çift faktör çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu müdahale programının ekzojen obezitesi olan ergenler üzerinde etkililiğinin incelenmesi hedeflenmiştir. Hazırlanan müdahale programının etkililiğini belirlemek amacıyla, 3x2'lik deney ve kontrol gruplu, öntest-sontest ölçümlü yarı deneysel desen kullanılmıştır. Araştırma kapsamında hazırlanan müdahale programı, duygu düzenleme teorileri, pozitif psikoloji ve ampirik çalışmalara dayanan, deneysel düzende kurgulanmış, ergenlere ve ebeveynlerine yönelik ayrı ayrı uygulamalar içeren kapsamlı bir programdır.

Araştırmanın çalışma grubu, Erciyes Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniğine kilo problemleri ile başvuran, 15-17 yaş arası ergenler oluşturmaktadır. Araştırmada 3 deneysel grupta 30 ergen ve onların birer ebeveyni olmak üzere toplam 60 kişi yer almaktadır. Araştırma için araştırmacı tarafından "Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan" "26.11.2021" tarihinde ve "2021/11" numaralı toplantı kararı sonucunda etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulan "Demografik ve Sağlık Veri Formu", "Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği", "Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği", "Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite Ölçeği" ve "Beden Kitle İndeks Hesaplanması" aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS İstatistik 23 versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının kategorik değişkenleri sayı ve yüzde olarak verilirken, sayısal değişkenlerin normal dağılım incelemesi basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanarak bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarının tanımlayıcı verilerinde farklılaşma *Ki Kare Testi*, gruplar arası öntest ölçümleri ve öntest-sontest fark puanlarının karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde *Tek Yönlü Anova*, normal dağılım göstermeyen verilerde *Kruskal Wallis testi*, grup için öntest-sontest farklılaşmaları *Wilcoxon İşaret Sıraları testi* ile gerçekleştirilmiştir. Gruplar arası anlamlı farklılık olduğunda *Post-Hoc Testleri* ve *Mann Whitney-U* testlerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık .05 ve .01 değerleri dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sonucunda müdahale programının deney gruplarında "Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği"nin puanlarını azalttığı ve beden kitle indekslerinde azalmaya yol açtığı, Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği puanlarını arttırdığı ancak kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulguları, literatür bilgisi ve araştırmalar doğrultusunda tartışılarak öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Beden Kitle İndeksi, Duygu Düzenleme Becerileri, Ergenlikte Obezite, Öznel İyi Oluş

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF THE MULTI-DIMENSIONAL INTERVENTION PROGRAM PREPARED WITHIN THE FRAMEWORK OF THE TWO-FACTOR MODEL ON ADOLESCENTS WITH EXOGEN OBESITY

Within the scope of this research, it was aimed to examine the effectiveness of the multidimensional intervention program prepared within the framework of the double factor developed by the researcher on adolescents with exogenous obesity. In order to determine the effectiveness of the prepared intervention program, a quasi-experimental design with 3x2 experimental and control groups, and pretest-posttest measurement was used. The intervention program prepared within the scope of the research is a comprehensive program based on emotion regulation theories, positive psychology, and empirical studies, designed in an experimental setting, and includes separate applications for adolescents and their parents.

The study group of research consists of adolescents between the ages of 15-17 who applied to the Erciyes University Pediatric Endocrinology Outpatient Clinic with weight problems. A total of 60 people, 30 of whom are adolescents and one of their parents, are included in the study in 3 experimental groups. Ethics committee approval was obtained for the research by the researcher from the "Yıldız Technical University Social and Human Sciences Research Ethics Committee" as a result of the meeting decision on "26.11.2021" and numbered "2021/11". The data of the study were collected through the "Demographic and Health Data Form", "Difficulties in Emotional Regulation Scale", "Adolescent Subjective Well-Being Scale", "Family Nutrition and Physical Activity Scale" and "Body Mass Index Calculation" created by the researcher. Data analysis was performed with SPSS Statistics version 23. While the categorical variables of the experimental and control groups were given as numbers and percentages, the normal distribution analysis of the numerical variables was found by calculating the kurtosis and skewness values. Chi-square test for differentiation in descriptive data of experimental and control groups, One-Way ANOVA for normally distributed data in comparison of pretest measurements and pretest-posttest difference scores between groups, Kruskal Wallis test for data not showing normal distribution, and Wilcoxon Sign Orders test for pretest-posttest differentiations for the group. Post-hoc tests and Mann-Whitney-U tests were used when there was a significant difference between the groups. Significance was determined by considering the values of .05 and .01.

As a result of the research, it was concluded that the intervention program decreased the scores of the "Difficulties in Emotion Regulation Scale" and caused a decrease in body mass indexes, and increased the scores of the Adolescent Subjective Well-Being Scale in the experimental groups, but there was no significant change in the control group. The research findings were discussed in line with the literature and research and suggestions were presented.

Keywords: Body Mass Index, Emotion Regulation Skills, Adolescent Obesity, Subjective Well-Being

ÖN SÖZ

Bu araştırmada "Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Hazırlanan Çok Boyutlu Müdahale Programının Ekzojen Obezitesi Olan Ergenler Üzerinde Etkililiği"nin incelenmesi hedeflenmiştir.

Özellikle araştırma alanımın belirlenme sürecinde, tez konumun netlik kazanmasından tezin tamamlanmasına kadar geçen sürede ve doktora eğitimim boyunca kendisinden birçok yararlı bilgi edindiğim tez danışmanım ve değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ali Eryılmaz'a teşekkür ediyorum.

Doktora eğitimine başladığım günden itibaren bana yol gösteren, tecrübelerini cömertçe paylaşan, hem ders eğitimim sürecinde hemde Tez İzleme Komitesinde engin bilgi ve deneyimleriyle bana ilham olan ve yol gösteren kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Mehmet Engin Deniz'e teşekkür ediyorum.

Tez çalışmam sürecinde Tez İzleme Komitesinde bana yol gösteren, beni motive eden, her ihtiyaç duyduğumda sorularıma yanıt bulabildiğim kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Durmuş Ümmet'e Teşekkür ediyorum. Tez Savunma Jürisine katılarak çalışmama katkı sunan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Erdinç Öztürk ve Sayın Doç. Dr. Seydi Ahmet Satıcı' ya teşekkür ediyorum. Doktora eğitimim sürecinde ders döneminde bilgilerinden yararlandığım ve bana farklı bakış açıları kazandıran kıymetli hocam Sayın Fulya Yüksel Şahin'ne şükranlarımı sunarım.

Bu süreçte bana yol arkadaşı olan ve desteklerini her zaman hissettiğim, kıymetli dostlarım Azmi Çağlar'a, Yakup İme'ye ve Yusuf Akyıl'a teşekkür ederim.

Ayrıca her zaman yanımda olan ve beni destekleyen, bu zorlu süreçte her konuda yardımını esirgemeyen annem ve kardeşlerime teşekkür ederim. Son olarak sabır ve anlayışla hep yanımda olan, her zaman hayatıma anlam katan ve yolumu aydınlatan hayat arkadaşım, sevgili eşim Ülkü Gül Şiraz'a ve canım kızım Gökçe'ye teşekkür ederim. Bu zorlu yolculukta hayatıma kattığınız anlam ve bana yaşattığınız güzellikler için sizlere minnettarım.

Mehmet Fatih Şiraz

Ekim, 2023; İstanbul

İÇİNDEKİLER

ÖZET..... iii
ABSTRACT..... iv
ÖN SÖZ..... v
İÇİNDEKİLER..... vi
TABLOLAR LİSTESİ..... x
ŞEKİLLER LİSTESİ..... xii
KISALTMALAR LİSTESİ..... xiii

1. BÖLÜM: GİRİŞ..... 1
1.1. Araştırmanın Amacı 5
1.2. Araştırmanın Önemi..... 6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri..... 8
1.4. Varsayımlar..... 9
1.5. Sınırlılıklar..... 9
1.6. Tanımlar..... 10

2. BÖLÜM: LİTERATÜR TARAMASI..... 11
2.1. Ergenlik Dönemi..... 11
2.1.1. Ergenlikte Gelişim Alanları..... 11
2.1.1.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Gelişim 11
2.1.1.2. Ergenlik Döneminde Cinsel Gelişim 13
2.1.1.3. Ergenlik Döneminde Kimlik Gelişimi..... 14
2.1.1.4. Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişimi..... 15
2.1.1.5. Ergenlik Döneminde Duygusal Gelişim 16
2.1.2. Ergen Sağlığı 17
2.1.2.1. Fiziksel Aktivitenin Önemi 18
2.1.3. Ergenlik Döneminde Obezite ve Temel Boyutları..... 19
2.1.3.1. Obezitenin Tanımı Ve Değerlendirilmesi..... 19
2.1.3.2. Obezitenin Sınıflandırılması Ve Etiyolojisi..... 21
2.1.3.3. Obezitenin Sıklığı Ve Yaygınlığı- Epidemiyoloji..... 22
2.1.3.4. Obezitenin Oluşmasını Etkileyen Faktörler..... 25
2.1.3.5. Obezitenin Komplikasyonları..... 30
2.1.3.6. Obezitesinin Tedavisi..... 33
2.2. Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Olumsuz Yeme Davranışının Kavramsal İncelemesi..... 39
2.2.1. Çift Faktör Modeli..... 39
2.2.2. Çift Faktör Modeli Ve Olumsuz Yeme Davranışları..... 42
2.2.2.1. Negatif Yön- Duygusal Yeme..... 43
2.2.2.2. Duygusal Yeme Ve Obezite İle İlgili Araştırmalar..... 44
2.2.2.3. Negatif Yön- Kontrolsüz/Otomatik Yeme..... 45
2.2.2.4. Kontrolsüz Yeme, Dürtüsellik ve Obezite İle İlgili Yapılan Araştırmalar..... 47

2.2.2.5. Pozitif Yön – Öznel İyi Oluş Ve Obezite……. 48
2.2.2.6. Öznel İyi Oluş Ve Obezite İle İlgili Yapılan Araştırmalar……..... 49
2.3. Obeziteye Yönelik Hazırlanan Ergen Müdahale Programının Ampirik Ve Kuramsal Temelleri ……..… 50
2.3.1. Çift Faktör Modeli Negatif Yönü……..... 51
2.3.2. Çift Faktör Modeli Pozitif Yönü ……. 57
2.4. Ebeveynlere Yönelik Hazırlanan Müdahale Programının Amprik ve Kuramsal Temelleri……..... 58

3. BÖLÜM: YÖNTEM…… 60
3.1. Araştırma Modeli…… 60
3.2. Evren ve Örneklem……. 61
3.3. Veri Toplama Araçları……..... 62
3.3.1. Kişisel bilgi formu……... 62
3.3.2. Antropometrik Ölçümler……..... 62
3.3.3. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği……..... 62
3.3.4. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği……..... 63
3.3.5. Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite (ABFA) ölçeği……. 63
3.4. Deney Öncesi Süreç…… 64
3.4.1. Programın Oluşturulması……..... 64
3.4.1.1. Çok Boyutlu Ergen Obezite Müdahale Programı…… 65
3.4.1.2. Ebeveyn Müdahale Programı ……..... 70
3.4.2. Pilot Uygulama Süreci ve Bulgular…… 72
3.4.3. Pilot Çalışma Sonuçlarının Değerlendirilmesi Ve Bu Doğrultuda Programda Yapılan Değişiklikler……. 75
3.5. Deneysel İşlem Süreci……..... 76
3.5.1. Deney gruplarının oluşturulması……. 76
3.5.2. Gözden Geçirilen Müdahale Programı (ergenlere yönelik)….. 77
3.5.3. Gözden Geçirilen Müdahale Programı (ebeveynlere yönelik)… 82
3.6. Verilerin Analizi…… 85

4. BÖLÜM: BULGULAR…….. 86
4.1. Demografik Ve Klinik Özelliklere Ait Değerler……..... 86
4.1.1. Deney 1 Grubunun Demografik Ve Klinik Özellikleri…… 86
4.1.2. Deney 2 Grubunun Demografik Ve Klinik Özellikleri …….. 85
4.1.3. Kontrol Grubunun Demografik Ve Klinik Özellikleri …… 88
4.1.4. Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Normal Dağılım İncelemeleri……... 89
4.1.5. Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırmaları……..... 90
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Yönelik İncelemeler……... 91
4.2.1. Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçek Sonuçları İle Yapılan İncelemeler……..…… 91
4.2.1.1. Deney 1 Grubunda Kullanılan Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri ……. 91
4.2.1.2. Deney 2 Grubunda Kullanılan Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri……..…… 92

4.2.1.3. Kontrol Grubunda Kullanılan Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri…….. 92
4.2.1.4. Gruplar Arası ABFA Ölçeğinin Öntest Ölçümlerinin Karşılaştırılması …… 93
4.2.1.5. Deney 1 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması..... 93
4.2.1.6. Deney 2 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması……. 94
4.2.1.7. Kontrol Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması……. 94
4.2.1.8. Gruplar Arası ABFA Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Karşılaştırılması……. 95
4.2.2. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçek Sonuçları İle Yapılan İncelmeler……. 96
4.2.2.1. Deney 1 Grubunda Kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri…….. 96
4.2.2.2. Deney 2 Grubunda Kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri……..…. 97
4.2.2.3. Kontrol Grubunda Kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri…….. 97
4.2.2.4. Gruplar arası Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması……..... 98
4.2.2.5. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 98
4.2.2.6. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Son Test Karşılaştırılması…….. 99
4.2.2.7. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 99
4.2.2.8. Gruplar Arası Duygu Düzenleme Zorlukları Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Karşılaştırılması……..... 100
4.2.3. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Sonuçları İle Yapılan İncelmeler……. 102
4.2.3.1. Deney 1 Grubunda Kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri…… 102
4.2.3.2. Deney 2 Grubunda Kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri…… 103
4.2.3.3. Kontrol Grubunda Kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri…… 103
4.2.3.4. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Gruplar Arası Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması……..... 103
4.2.3.5. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 104
4.2.3.6. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Son

Test Karşılaştırılması……..... 104
4.2.3.7. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması……. 105
4.2.3.8. Gruplar Arası Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Karşılaştırılması……..... 106
4.2.4. Beden Kitle İndeksi Sonuçları İle Yapılan İncelmeler……..... 107
4.2.4.1. Deney 1 Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması…. 107
4.2.4.2. Deney 2 Grubunda BKİ Öntest Son Test Karşılaştırılması... 107
4.2.4.3. Kontrol Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması..... 108
4.2.4.4. Gruplar Arası BKİ Öntest Sontest Farklarının Karşılaştırılması..... 109

5. TARTIŞMA……..... 111
5.1. Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Değişkenine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların İncelenmesi……..... 111
5.2. Çift Faktör Modeli Zemininde Negatif Yönde Çalışkan Duygu Düzenlemede Zorluklar Değişkenine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların İncelenmesi…… 113
5.3. Çift Faktör Modeli Zemininde Pozitif Yönde Çalışılan Öznel İyi Oluş Değişkenine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların İncelenmesi... 117
5.4. Ekzojen Obezitesi Olan Ergenlerle Çalışan Müdahale Programının Beden Kitle İndeksi Üzerinde Etkilerine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların İncelenmesi…… 119

6. BÖLÜM: SONUÇ/SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER…….. 122
6.1. Araştırmada Ulaşılan Sonuçlar……..... 122
6.2. Sınırlılıklar ve Öneriler…… 122

KAYNAKÇA……... 124

EKLER …… 145

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Uluslararası BKİ Değerlerine Göre Ağırlığın Sınıflandırılması…	20
Tablo 2.	Çocuk Ve Ergenlerde Fazla Kilo Ve Obezite……..	21
Tablo 3.	Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Hazırlanan Çok Boyutlu Müdahale Programının Kapsamı……..…….	51
Tablo 4.	Araştırma Sürecinin Modellenmesi…….	61
Tablo 5.	Çok Boyutlu Ergen Obezite Müdahale Programı……	65
Tablo 6.	Çok boyutlu ebeveyn müdahale programı……	70
Tablo 7.	Pilot Çalışma Grubu Demografik ve Klinik Özellikler……	74
Tablo 8.	Pilot Uygulamadaki Değişiklikleri İnceleyen Wilcoxon İşaret Sıralama Testi……..	75
Tablo 9.	Gözden Geçirilen Müdahale Programı (ergenlere yönelik)…….	78
Tablo 10.	Gözden geçirilmiş ebeveyn müdahale programı……..	83
Tablo 11.	Deney 1 Grubu Katılımcılarının Demografik Verilerinin Dağılımı.	86
Tablo 12.	Deney 1 Grubu Katılımcılarının Klinik Verilerinin Dağılımı……..	87
Tablo 13.	Deney 2 Grubu Katılımcılarının Demografik Verilerinin Dağılımı.	87
Tablo 14.	Deney 2 Grubu Katılımcılarının Klinik Verilerinin Dağılımı……..	88
Tablo 15.	Kontrol Grubu Katılımcılarının Demografik Verilerinin Dağılımı	88
Tablo 16.	Kontrol Grubu Katılımcılarının Klinik Verilerinin Dağılımı……..	89
Tablo 17.	Deney 1 Grubu Katılımcılarının Demografik Ve Antropometrik Ölçüm Değişkenleri Açısından Normallik İncelmesi……..	89
Tablo 18.	Deney 2 Grubu Katılımcılarının Demografik Ve Antropometrik Ölçüm Değişkenleri Açısından Normallik İncelmesi……..	90
Tablo 19.	Kontrol Grubu Katılımcılarının Demografik Ve Antropometrik Ölçüm Değişkenleri Açısından Normallik İncelmesi……..	90
Tablo 20.	Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	90
Tablo 21.	Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	91
Tablo 22.	Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	91
Tablo 23.	Aile Beslenme ve Fiziksel Aktvite Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri……...	92
Tablo 24.	Aile Beslenme ve Fiziksel Aktvite Ölçeği Öntest-Sontest Normallik incelemeleri……	92
Tablo 25.	Aile Beslenme ve Fiziksel Aktvite Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri……	93
Tablo 26.	Gruplar Arası ABFA Ölçeğinin Öntest Ölçümlerinin Karşılaştırılması…….....	93
Tablo 27.	Deney 1 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması…	93
Tablo 28.	Deney 2 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması…	94
Tablo 29.	Kontrol Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması…	94
Tablo 30	ABFA Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri…….	95
Tablo 31	Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi……	96
Tablo 32	Deney 1 Grubu Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri……	97

Tablo 33. Deney 2 Grubu Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri…… 97
Tablo 34 Kontrol Grubu Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri…… 98
Tablo 35. Gruplar Arası Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması…… 98
Tablo 36. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 99
Tablo 37. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 99
Tablo 38. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 100
Tablo 39. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri…… 101
Tablo 40. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi…… 102
Tablo 41. Deney 1 Grubu Ergen Öznel İyi Oluş ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri…… 102
Tablo 42. Deney 2 Grubu Ergen Öznel İyi Oluş ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri…… 103
Tablo 43. Kontrol Grubu Ergen Öznel İyi Oluş ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri…… 103
Tablo 44. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Gruplar Arası Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması…….. 104
Tablo 45. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…….. 104
Tablo 46. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması……..... 105
Tablo 47. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması…….. 105
Tablo 48. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri……. 106
Tablo 49. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi…… 106
Tablo 50. Deney 1 Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 107
Tablo 51. Deney 2 Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması…… 108
Tablo 52. Kontrol Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması……. 108
Tablo 53. BKİ Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri……. 109
Tablo 54. BKİ Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi…… 109

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	15 yaş üzeri aşırı kilolu ve obez nufus…….	23
Şekil 2.	Kadınların Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022…….	24
Şekil 3.	Erkeklerin Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022……..	24
Şekil 4.	Obezitenin Etiyolojisi ve Sonuçlarının Bütüncül Sunumu……...	32
Şekil 5.	Çift faktör Modeli Çerçevesinde Ruh Sağlığı……..	41
Şekil 6.	Müdahale Programının Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Dayanakları, Müdahale Alanları Ve Uygulama İçeriği……	58
Şekil 7.	Pilot Çalışmada Katılımcıların Başlangıçtan Deneme Tamamlanmasına Kadar Consort Diagram Akış Şeması ……	73
Şekil 8.	Deney Sürecinin Katılımcılarının Başlangıçtan Deneme Tamamlanmasına Kadar Consort Diagram Akış Şeması…….	77
Şekil 9.	Deney ve Kontrol Gruplarının ABFA Ölçeği Öntest Sontest Değişimi……	95
Şekil 10.	Deney ve Kontrol Gruplarının ABFA Ölçeği Öntest-Sontest Farkları…….	96
Şekil 11.	Deney ve Kontrol Gruplarının DDZÖ Öntest Sontest Değişimi…..	100
Şekil 12.	Deney ve Kontrol Gruplarının DDZÖ Ölçeği Öntest-Sontest Farkları……..	102
Şekil 13.	Deney ve Kontrol Gruplarının EÖİOÖ Öntest Sontest Değişimi….	105
Şekil 14.	Deney ve Kontrol Gruplarının EÖİOÖ Ölçeği Öntest-Sontest Farkları……..	107
Şekil 15.	Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ Öntest Sontest Değişimi……..	108
Şekil 16.	Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ Öntest Sontest Farkları……	110

KISALTMALAR LİSTESİ

ABFAÖ : Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite Ölçeği
BKİ : Beden Kitle İndeksi
CDS : Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
DDZÖ : Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
EÖİOÖ : Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği
FDA : Food and Drug Administration (Amerka Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi)
LEP : Leptin Geni
LEPR : Leptin Resptörü
OECD : Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
ÖİO : Özlen İyi Oluş
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
WHO : World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

İnsanoğlu varoluşundan itibaren her canlı organizmada olduğu gibi sağlıklı olarak yaşamını sürdürmek ister. Tarihsel süreçte, günümüze kadar yaşanan gelişmeler (sosyal, kültürel, ekonomik, teknolojik) her daim insan sağlığı üzerinde etkili olmuştur. Özellikle son 40 yıldaki gelişmeler sonucu bazı hastalıkların toplumda görülme sıklığının da arttığı görülmektedir. Özellikle gelişim açısından önemli dönemlerde karşılaşılan hastalıklar hem sağlığı olumsuz etkilemekte hem de gelişimsel açıdan telafisi olmayan aksamalara sebep olabilmektedir. Ergenlikte karşılaşılan obezite hastalığı da bunlardan bir tanesidir.

Bireyin gelişimi için önemli bir dönem olan ergenlik, çocukluk ve yetişkinlik arasında bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Emeksiz & Bideci, 2021). Bu dönemde, fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal alanlar açısından olgunlaşmanın gerçekleştiği, toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. WHO (World Health Organization-Dünya Sağlık Öğrgütü) ergenliği 10-19 yaş arası olarak tanımlarken (WHO, 2021a), alan literatüründe 11-14 yaş arası erken ergenlik, 15-17 yaş arası orta ergenlik ve 18-21 yaş arası geç ergenlik olarak incelenmektedir (Gilmore & Meersand, 2013). Yaklaşık olarak dünyadaki 7,2 milyar insandan yaklaşık 1.2 milyarı ergenlerden oluşturmaktadır (WHO, 2021a). Yaşam biçiminin ve davranışların şekillendiği bu süreçte, büyüme ve gelişmenin hem zamanında hemde sağlık olarak tamamlanabilmesi için yeterli ve dengeli beslenme önem taşımaktadır (Altay vd., 2018). Olumlu davranış kalıpları sağlığın korunmasına ve sağlıklı gelişime katkı sağlarken olumsuz davranışlar hastalıklarda artışa neden olmaktadır (Cherry vd., 2017; Koçak & Demir, 2022). Dışsallaştırma ya da içselleştirme sorunları olarak sınıflandırılan bu davranış kalıplarının sonucu olarak çocuk suçları, saldırganlık, okuldan kaçma, anksiyete, depresyon, kendine zarar verme, aşırı yemek yeme, hareketsiz yaşam ortaya çıkabilmektedir (Mikolajczak vd., 2009; Öztora, 2005; Steinberg, 2013). Özellikle ergen sağlığı açısından önemli bir yeri olan sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel, davranışsal, ruhsal problemlerle birlikte obezite gibi sorunlara yol açmaktadır (Petrillo & Meyers, 2002).

Teknolojik gelişmeler, sedanter yaşam tarzının benimsenmesi, gıdaya ulaşımın kolaylaşması ve sağlıksız işlem görmüş besin tüketiminin artması, bilgisayar ve televizyon başında uzun zaman geçirilmesi, online oyunlar gibi birçok çevresel etkenler ve davranış kalıpları ergenlik döneminde fazla kilo ve obezitenin öngörülebilir sebeplerindendir. Ergenlik dönemindeki gelişim alanlarının birbirleriyle bağlantılı olarak geliştiği göz önüne alındığında bu dönemde gelişen obezite hem gelişim dönemlerinin olumsuz etkilenmesine hem de ilerleyen yıllarda daha fazla fizyolojik (yüksek tansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, kas- iskelet sistemi hastalıkları vb.) ve psikolojik (düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete vb.) sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Bjerkeset vd., 2008; Gouveia vd., 2014; Satman vd., 2013; Wilson vd., 2002).

Ergen obezitesi hem sebepleri hem de sonuçları bakımından çok yönlü ele alınması gereken bir hastalıktır. Sağlıkta güncel yaklaşım olan biyopsikososyal yaklaşım bireye sadece tıbbi odaklı değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal alanları da odak alarak yaklaşmayı gerektirmektedir. Biyopsikososyal modelin merkezinde fiziksel sağlığın; biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki etkileşimler tarafından şekillendirildiği öncülü vardır (Who, 1948/2021b). Bir başka deyişle her fiziksel hastalığın psikolojik yönü olduğu ifade edilebilir. Bu sebeple obezite ile mücadelede ruh sağlığının önemi dikkat çekmektedir. Biyopsikososyal sağlık yaklaşımı zemininde bir müdahale alanı olan sağlık psikolojik danışmanlığı ve rehberlik hizmetleri, sağlık disiplini çerçevesinde şekillenmiştir (Eryılmaz & Şiraz, 2021). Ülkemizde yeterince tanınmayan sağlık psikolojik danışmanlığı ve rehberliği, bireylerin hastalıklarının ilerlemesini azaltmaya ve önlemeye çalışan, ayrıca sağlık durumlarını iyileştirmek için sağlık sorunlarına yönelik farkındalıklarını arttırarak ve başa çıkma becerilerinin güçlendirilerek müdahale yapılan bir alandır (Sperry & Carlson, 2002; Tulchinsky & Varavikova, 2014). Genel olarak bireyin sağlık, ilişkiler, psikolojik ve fiziksel boyutlarıyla ilgilenmektedir. Sağlık psikolojik danışmanlığı ve rehberlik temelde belirli bir sağlık sorununa müdahale ederek, iyileşmeyi ve nüksetmeyi önlemeye çalışırken kuram ve modellerin sağlık sorunlarının yönetimine uygulanmasından yararlanmaktadır (Sperry &Carlson, 2002). Sağlık psikolojik danışmanlığı ve rehberliği alanında kullanılabilecek modellerden birisi olan çift faktör modeli son yıllarda deneysel çalışmalarla güçlenerek alan literatürüne güncel bir bakış açısı kazandırmaktadır (Antaramian vd.,

2010; Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Schefer, 2008). Biyopsikososyal sağlık modeli ile uyumlu olarak tam bir ruh sağlığı için önerilen çift faktör modeli, sağlığın iki boyutundan bahsetmektedir. Geleneksel psikopatoloji odaklı yaklaşımlar gibi semptomun olmayışının ruh sağlığı için yeterli olmadığını, bunun yanı sıra yaşam doyumu, kendini kabul gibi olumlu faktörleride barındıran eksiksiz bir yaklaşımı önermektedir (Greenspoon & Saklofske, 2001; Ryff & Singer, 1998). Modelin negatif yönünde psikopatoloji, pozitif yönünde ise öznel iyi oluş yer almaktadır. Özetle psikopatolojide semptomu ortadan kaldırırken, olumlu duygularında hedeflenmesinin tam bir iyilik hali için gereklilik olduğu ifade edilmektedir (Suldo & Schefer, 2008; Ryff & Singer, 1998). Yapılan araştırmalarda özellikle çift faktör modelinin pozitif yönünün geleneksel psikopatoloji yaplaşımında hem değerlendirme hemde müdahale süreçlerinde ihmal edildiği vurgulanmaktadır (Greenspoon & Saklofske, 2001; Ryff & Singer, 1998). Özellikle fiziksel, sosyal ve kişilik gelişiminde önemli bir dönem olan ergenlikte obezitenin olumsuz etkileri sadece hastalık boyutunda kalmayıp bireyin bütün yaşamını etkilediği göz önüne alındığında, sadece kilo vermek çift faktör modeli zemininde bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir.

Obeziteyle mücadelede en önemli aşama sebebin doğru teşhis edilmesidir. Toplumda görülme sıklığı gittikçe artmakla birlikte bilimsel gelişmeler sayesinde hastalığın nedenleri daha kolay tespit edilmekte ve bu doğrultuda tedaviler verilebilmektedir. Bu sebepler arasında genetik faktörler, ilaç kullanımı, endokrinolojik nedenler, psikolojik nedenler, sosyal ve kültüler nedenler sayılabilir (Becker vd., 2007; Booth vd., 2017; Günöz, 2001; Garn vd., 1989). Ekzojen obezitenin nedenleri arasında ele alabileceğimiz psikolojik dinamiklerin ilk etkisi yeme davranışları üzerinde olmaktadır. Yeme davranışı obez bireylerde salt fizyolojik ihtiyacı gidermekten daha fazlası anlamına geldiği düşünüldüğünde, bu dinamiklerin etkilediği yeme davranışları, duygusal yeme (Thayer, 2003), otomatik yeme (Tuomisto vd., 1998) ve dürtüsel yeme (Angle vd., 2009) olarak tanımlanmaktadır. Bu üç yeme davranışı ekzojen obeziteye sebep olmakta ve ihtiyaç fazlası gıdanın alımına yol açmaktadır. Ancak, yeme davranışının yeniden çerçevelenmesi ile bireyler ihtiyaç fazlası tüketimden uzaklaşabilir.

Obeziteyi açıklayan kuramsal yaklaşımları incelediğimizde bunlardan ilki psikanalitik kuram temelli psikosomatik yaklaşımdır. Psikosomatik yaklaşım, ruhsal

bir sorun olduğunda bireyin bununla baş etmeye çalışırken bir savunma mekanizması olarak yeme davranışına yöneldiği ve nihayetinde obeziteye neden olduğunu vurgulamaktadır (Bruch, 1961; Kaplan & Kaplan, 1957). Bir diğer yaklaşım olan öğrenme kuramında ise obeziteyle ilişkili olan fazla yeme davranışı ve egzersiz alışkanlıklarının öğrenildiğini, bu nedenle yeniden öğrenilerek değiştirilebileceğini varsayılmaktadır. Bireyin erken dönem çatışmaları ya da kişiliği ile ilgili çıkarımlarda bulunulmamaktadır (Homme, 1965; Stuart, 1967). Bu ana kuramlara ek olarak alan literatüründe obeziteyi açıklayan farklı teorilere de raslanmaktadır. Örneğin kısıtlama teorisi, bireyin kilo kontrolü için aşırı besin kısıtlaması sonucunda yeme ataklarının ortaya çıkmasının obezite nedeni olarak değerlendirir (Herman & Mack, 1975). Dışsallık teorisinde ise, dış çevredeki uyaranların bireyi yemeye yönlendirerek kilo alımına neden olduğunu vurgulamaktadır (Schachter, 1968).

Ergenlik dönemi obezitesini etkileyen farktörler içerisinde ele alınması gereken bir başka konu ebeveyn tutumlarıdır. Ailenin yaşantısı ve yemek tarzları içerisinden edinilen yemek yeme alışkanlıkları yetişkinlik dönemlerinde de devam etmektedir (Klesges, 1991). Çocuk ve ergenlerde yapılan müdahalelerde ailenin etkin rol alması, tedavinin devamlılığını ve benimsenmesini güçlendirirken (Wong & Cheng, 2013), çocuk ve ergenler ebeveynlerin model olması (sağlıklı yeme alışkanlıkları, gıdanın ödül olarak kullanılmaması) ileriki yıllardaki tutum ve davranışları olumlu etkilemektedir (Beşikçi, 2010). Turner vd. (2005), yaptıkları bir araştırmada kız ergenlerin kilolarının ilgisiz ebeveyn (baba) ve olumsuz inançlarla pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Hem sürecin devamlılığı hem etkisi açısından ebeveynlerin de aktif rol üstlenmesi ergen obezitesiyle mücadelede gereklilik olarak düşünülebilir.

Alan literatüründe ergen obezitesine yönelik yapılan birçok farklı müdahale yöntemi bulunmaktadır. Bunlar arasında diyet uygulaması, egzersiz, cerrahi uygulamalar, farmakolojik tedavi ve psikolojik müdahaleler sıralanabilir (Akıncı, 2021; Perçinel, 2013; Zwiauer, 2000). Obezite tedavisi sürecinde sık karşılaşılan engellerden birisi olan tedaviyi erken bırakma açısından bakıldığında hastanın motivasyonu çok önemlidir (Tura, 2014). Multidisipliner bir yaklaşım olmadığında ve sadece bir boyuta (örn semptom olarak fazla yemek yeme davranışı) odaklanıldığında tedavinin tamamlanması güçleşecektir. Ergenlik döneminde obezite ile ilgili diyet uygulamaları kısa dönemde kilo verme açısından etkili olsa da uzun dönemdeki

etkileri hakkında kısıtlı veri bulunmaktadır ayrıca, tedaviye devamlılık ve diyetin yeme davranışı üzerindeki etkilerine dair yeterli veri bulunmamaktadır (Steinbeck vd., 2018). Diyet ve egzersizi karşılaştıran çalışmalarda da benzer şekilde uzun vadeli etki bilinmemekle birlikte bütünleşik programlarda kilo kaybının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ho vd., 2013). Diyet programlarının uygulanmasının bir başka olumsuz yönü ise yoksunluk hissinin artmasına ve tıkınırcasına yemeye yol açması ifade edilebilir (Polivy & Herman, 1999). Tedavide kullanılan diğer yöntemlerden farmakolojik tedavide ise kullanılan ilaçların sınırlı etkinin yanı sıra yan etkilerinin ergen popülasyonunda yeterli verisi bulunmamaktadır. Ek olarak bu ilaçların ergenlerde Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) onayının bulunmaması sebebi ile komplikasyon gelişmediği sürece tercih edilmemektedir (Styne vd., 2017). Cerrahi müdahaleler ise en son seçenek olarak değerlendirilmektedir. Bu müdahaleler için pübertenin tamamlanmış olması, final boy uzunluğuna ulaşılmış olması ve komorbiditenin varlığı gibi kriterler kilo problemi yaşayan çok az bir ergen grubuna müdahale olanağı vermektedir (Akıncı, 2021). Psikolojik müdahaleler incelendiğinde, öğrenme kuramı temelinde geliştirilen davranışçı yaklaşımda yeme davranışı analiz edilerek, olumlu olumsuz pekiştireçlere odaklanılıp yeni davranışın öğretilmesine odaklanılmakta ancak bu süreçte obeziteye sadece davranış odaklı yaklaşması ve tedaviden sonra yeniden kilo alımını önlemekte kısıtlı kalmaktadır (Cooper & Fairburn, 2001; Stuart, 1967; Wadden & Osei, 2004; Wing, 2002). Bilişsel temelli yaklaşımlarda ise bilişsel kavramsallaştırma yapılarak bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmeyi hedefler. Obezite ve yeme bozukluklarında günümüzde en sık kullanılan yaklaşım (Castelnuovo vd., 2017; Cooper ve ark., 2010; Fabricatore, 2007) olmakla birlikte semptom odaklı olduğu ve sağlığın pozitif yönünü ihmal ettiği söylenebilir. Bu yaklaşımlara ek olarak kullanılan motivasyonel yaklaşım (André & Béguier, 2015; Bennett vd., 2010), ya da pozitif psikoloji temelli (Daubenmier vd., 2011; Jakicic & Davis, 2011; Kelly & Stephen, 2016; Robertson, 2015; Rozehnalova, 2018) yaklaşımlar tek başına kilo vermeye yönelik kullanımından ziyade var olan yönteme destek olarak kullanılması önerilmektedir (Cotter vd., 2020; Kumar vd., 2018). Ancak alan literatüründe ve ülkemizde yapılan çalışmalar arasında çift faktör zemininde sağlığın iki yönünün ele alındığı kapsamlı bir deneysel müdahale programına rastlanmamıştır. Buda literatürdeki yaklaşımlarda ergen popülasyonunda biyopsikososyal sağlık açısından yeme davranışının ele alınması ve bütüncül bir

müdahaleye ihtiyaç olduğu anlamına gelmektedir. Bir başka dikkat çeken alan da ergen obezitesiyle ilgili aile temelli müdahaleler (Tura, 2014; Vasques vd. 2014) olmasına rağmen, ailenin sürece katılmasının etkisini inceleyen deneysel araştırmaya rastlanmamıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile çift faktör modeli zemininde ekzojen obezitesi olan ergenlerin olumsuz yeme davranışlarına (duygusal-dürtüsel ve otomatik yeme) yönelik hazırlanacak olan müdahale programıyla duygu düzenleme becerileri, öznel iyi oluşları, beden kitle indeksleri açsından etkililiğinin deneysel olarak sınanması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

- Müdahale uygulanılan ebeveynlerin aile beslenme ve fiziksel aktivite öntest-sontest puan fark ortalamaları ile müdahale programı uygulanmayan ebeveynlerin puan farkları arasında anlamlı farklılık var mıdır?
- Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 ve deney 2 grubunun duygu düzenlemede zorluklar ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?
- Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 ve deney 2 grubunun ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?
- Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 ve deney 2 grubunun beden kitle indeksi uygulama sonrası değişimfark puan ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların fark puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?
- Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun beden kitle indeksi uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, deney 2 grubundaki katılımcıların

ölçüm fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?

1.2.Araştırmanın Önemi

Obezite önemli bir halk sağlığı sorunu olarak toplumda görülme sıklığı giderek artmakla birlikte toplum sağlığını önemli düzeyde tehdit ettiğini görülmektedir. Gerekli önlemler alınmazsa ve yeterli müdahaleler yapılmazsa bu sağlık sorununun ilerleyen yıllarda halk sağlığı ve ekonomi açısından daha büyük zararlara sebebiyet vereceği söylenebilir. Bütün dünyayı etkileyen bu hastalıkla mücadelede yapılan müdahalelerin etkili olması için psikolojik müdahalelerinde de mutlaka yapılması zaruridir.

Literatürde yapılan araştırmalarda, obezitenin hem fizyolojik hem de psikolojik sağlık sorunlarına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneğin aşırı kilolu ve obez bireylerde hipertansiyon görülme sıklığını daha fazla olduğu (Wilson vd., 2002), obezite ile insülin direnci ve tip 2 diyabet ile arasında kuvvetli ilişkili olduğu (Satman vd., 2013), obezitenin bazı kanser türlerinde riski arttırdığı (kadınlarda endometrium, meme, yumurtalık, mide, kolon ve safra kesesi, erkeklerde ise prostat, mide ve kolon kanserleri) (Calle vd., 2003) sonucuna ulaşılmıştır. Dünya genelinde artan oranda görülen obezite sadece yetişkin popülasyonda değil çocuk ve ergen popülasyonda da hızla artmaktadır (Aydemir, 2010). Her yaş grubu açısından önemli bir sağlık sorunu olan obezitede, yetişkin obezlerin üçte biri çocukluk dönemlerinde de obez olduklarını belirtmektedir (Tezcan, 2009). Ayrıca ergenlik döneminde aşırı kilo ve obeziteden kaynaklı birçok problem, psikolojik sorunlara yol açarak yetişkinlik döneminde yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmekte (Aydemir, 2010) ve çevreden gelen olumsuz geri bildirimler bireyde benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır (Tezcan, 2009). Aşırı kilo ve obezitenin yaygın etkileri göz önüne alındığında bu önemli halk sağlığı sorununa müdahale etmenin ve önleyici sağlık yaklaşımları geliştirmenin önemi daha da artmaktadır.

Obezite sadece bireye ve ailelerine değil, aynı zamanda uluslara da büyük bir ekonomik yük yükler (Tremmel vd., 2017). Doğrudan ve dolaylı olarak bireysel ve toplumsal düzeyde maliyetleri mevcuttur. Doğrudan tıbbi maliyetler arasında hastalık sonucu ortaya çıkan tıbbi maliyetler arasında ayaktan ya da yatakta gördüğü sağlık hizmetlerinde yapılan laboratuvar tetkikleri, testleri ve reçete ile almış oldukları ilaç

tedavisi sayılabilir. Doğrudan tıbbi olmayan maliyetler ise, hastane dışı bakım ve sağlık merkezi ziyareti gibi maliyetlerden oluşmaktadır. Dolaylı maliyetler arasında ise hastalıklara bağlı, iş gücü kaybı, engellilik, işe gelmeme ve erken ölüm sayılmaktadır (Sandalcı & Tuncer, 2020).

Bu çerçevede obezitesi olan ergenlere psikolojik açıdan müdahale edilmesi tedavinin etkililiğinin artmasına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yapılacak bu çalışma ile halk sağlığı açısından önemli bir sorun olan obezite ile mücadelede daha etkin sonuçlara ulaşılabilmesi için bütüncül bir yaklaşımın etkisi belirlenecektir. Bireylerin daha sağlıklı yaşam sürerek obezite ve obeziteye bağlı hastalıklara yakalanma riski azalacaktır. Ayrıca hastalığa bağlı öznel iyi oluş (ÖİO) ile çalışılacak olması pozitif yönde ilerleme sağlanarak bireyin yaşam kalitesini arttıracağı öngörülmektedir. Daha etkin tedavi hastalığın iyileşme sürecini kısaltacak, nükslerin önlenmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca ergen obezitesine müdahalede ailenin sürece dâhil edilmesinin etkisinin öncül sonuçlarıda önemli bulgulara ulaşmamızı sağlayacaktır. Bu sayede hem ülke ekonomisinden sağlığa harcanan maddi imkânlardan hem de zaman açısından tasarruf edilebilecektir. Ayrıca alan literatüründe obeziteye yönelik yapılan çalışmalarda hem psikopatoloji hem pozitif odaklı hem de sürece ebeveynlerin dâhil edildiği çok boyutlu müdahaleye rastlanmamıştır. Yapılacak bu çalışma ile ergen obezitesi üzerinde etkin olacağı düşünülen kapsamlı bir müdahale programı alan literatürüne kazandırılacaktır.

1.3. Araştırmanın hipotezleri

Araştırma çerçevesinde belirlenen amaçlara yönelik hazırlanan ana hipotezler aşağıda verilmiştir.

Hipotez 1: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan ebeveyn psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun *aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği* öntest sontest puan farkı ortalamaları, ebeveyn müdahale programı uygulanmayan deney 2 ve kontrol grubundaki ebeveynlerin öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 2: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun duygu düzenlemede zorluklar ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol

grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 3: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 2 grubunun duygu düzenlemede zorluklar ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 4: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olacaktır.

Hipotez 5: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 2 grubunun ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olacaktır.

Hipotez 6: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun beden kitle indeksi uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların ölçüm fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 7: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 2 grubunun beden kitle indeksi uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların ölçüm fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Hipotez 8: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun beden kitle indeksi uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, deney 2 grubundaki katılımcıların ölçüm fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.

1.4. Varsayımlar (Sayıltılar)

Araştırmada aşağıdaki varsayımlar kabul edilmiştir.

- Programdaki etkinliklerin ekzojen obezitesi olan ergenlerde duygu düzenleme, dürtü kontrol ve farkındalık beceri düzeylerini artıracağı nitelikte olduğu varsayılmıştır.
- Programın katılımcıların kilo vermelerine yardımcı olacağı varsayılmıştır.
- Katılımcıların veri toplamada kullanılan ölçekleri objektif ve içtenlikle cevapladıkları varsayılmıştır.
- Katılımcıların oturumlara gönüllü ve istekli olarak katıldıkları varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırmanın yapısında bulunan veya araştırmacı tarafından bu araştırma için öngörülen başlıca sınırlılıklar aşağıda sıralanmıştır:

- Araştırmada elde edilen veriler, kullanılan ölçek ve ölçümlerin nitelikleri ile sınırlıdır.
- Deney gruplarına uygulanan müdahale programı 14 oturum ile sınırlıdır.
- Ebeveynlere yönelik hazrlanan müdahale programı 9 oturum ile sınırlıdır.
- Araştırma Kayseri Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji bölümüne başvuran ergen popülasyon ile sınırlıdır.
- Araştırma bulguları sadece çalışmanın örnekleminde yer alan bireyler için geçerli olması, çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

1.6. Tanımlar

Obezite (Şişmanlık) **:** Vücutta yağ dokusunun artışı ile yağ miktarının vücut sağlığını bozacak şekilde aşırı veya anormal birikmesidir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ) : Dünya sağlık örgütünce kategorize edilmiş olan kişinin ağırlığının (kg) boyunun metrekaresine (kg/m²) bölümünden çıkan tahmini vücut yağ oranı göstergesidir.

Öznel İyi Oluş **:** Olumsuz duyguların az yaşanması ve olumlu duyguların sık yaşanmasının yanı sıra yaşamdan yüksek doyum alınması

2. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Ergenlik Dönemi

Araştırmanın bu bölümünde ergenlik dönemi, ergen sağlığı ve ergen döneminde obezite ile igili bilgiler alan literatürü çerçevesinde incelerek sunulmuştur.

2.1.1. Ergenlikte Gelişim Alanları

Ergenlik dönemi çocukluktan erişkin hayata geçişte fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olgunlaşmanın gerçekleştiği bir dönemdir. Bu dönem, toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı zaman dilimi olmakla birlikte, beyin, nöroendokrin sistem, hormon düzeyleri, fiziksel özellikler, üreme sistemleri gibi alanlarda değişim ve farklılaşmalar meydana gelir (Susman & Rogol, 2004). Ergenlik dönemi başlangıcı ve seyri toplumlara, bireylere ve dönemlere göre değişmekle birlikte öngörülen sıra ile oluşmaktadır. Ne zaman başlayacağı genetik özellikler, beslenme, coğrafi koşular, sosyo-ekonomik koşullar gibi değişkenler tarafından etkilenmektedir (Emeksiz & Bideci, 2021). Öncelikle fiziksel değişimlerle başlayan bu dönemdeki büyümeye ve olgunlaşmaya paralel olarak cinsiyet özellikleri cinsel gelişim, bilişsel yetilerde gelişme, duygusal gelişim, sosyal ve kimlik gelişim görülür.

2.1.1.1. Ergenlikte Fiziksel Gelişim

Fiziksel gelişim, ergenlik dönemindeki değişimlerden arasında ilk olarak ele alınmaktadır. Bu değişimin en önemlisi hızlı fiziksel büyümedir. Ayrıca cinsiyet farklılıkları da ergenlik döneminin başlangıç zamanında farklılaşmaya sebep olmaktadır. Genellikle erkeklerde bu dönemin başlangıcı 9-14 yaşları arasında iken kızlarda 8-13 yaşları arasındadır. Gelişim sürecindeki ergen birkaç yıllık bir süreçte fiziksel olarak yetişkin ölçüm değerlerine ulaşır. İç organlarında, salgı bezi büyüklüklerinde, kemik-yağ ve kas kitlelerinde, iskelet yapısında belirgin düzeyde artış olur (Emeksiz & Bideci, 2021).

Ergenlerde, bazı yaş aralıklarında büyüme ve gelişme belirgin bir hızlanma gösterir. 11-16 yaşları arasında başlayan bu büyüme hızlanması “Ergenlikte büyüme atağı”

(pubertal growth spurt) olarak adlandırılır. Yaklaşık olarak yetişkin boy uzunluğunun %18 kadarı ergenlikte kazanılır. Kızlarda en hızlı artış 12-13 yaşlarında, erkeklerde 14-15 yaşlarında gerçekleşir. Ağırlıktaki değişim boyun hızla uzadığı dönemden sonra gerçekleşir. Boy uzamasının hızlanması kızlarda ergenliğin ilk dönemlerine erkeklerde ise ergenliğin ortalarında olmaktadır (Emeksiz & Bideci, 2021).

Hormonal değişim, ergenlikle meydana gelen bir başka değişim düzeydedir. DHEA (dehydroepiandrosterone) ve diğer adrenal androjenler genital kıllanmaya, vücut kokusuna, sivilceye ve prepubertal büyümeye neden olur (Havelock vd., 2004). Kızlarda östrojen, erkeklerde ise testosteron hormonu salgılanmasıyla ikincil cinsiyet karakteri gelişmeye başlar. Testosteron, erkeklerde genital gelişmeye neden olurken, buna karşılık kızlarda salınan östrojen meme gelişimine neden olur, büyüme atakları sırasında yağ dağılımlarını, kemik gelişimini teşvik eder ayrıca yumurtlama ve menstruasyonun uyarılmasına yardımcı olur. Kızlarda ikincil cinsiyet özellikleri göğüslerin büyümesi ile başlar, genital ve koltuk altı kıllanması ve adet başlangıcı olarak sıralanırken bu değişimler esnasında kalça ve boyda artışta olmaktadır. Erkeklerde ikincil cinsiyet özellikleri penisin ve testislerin büyümesi, genital kıllanma, hafif düzeyde ses değişimi, ilk boşalma, boy ve kiloda hızlı artış, koltuk altı kıllanması, önemli ses değişiklikleri ve yüzde kıllanma şeklinde olmaktadır (Emeksiz & Bideci, 2021).

Ergenlik dönemindeki fiziksel gelişimle ilgili sorun olduğunda bazı hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Erken ergenlik ve geç ergenlik, ergenliğin zamanlaması ile ilgili yaşanan sorunlar arasındadır. İkincil cinsiyet özelliklerinin belirginleşmesinin normal popülasyona göre öne kayması erken ergenlik olarak tanımlanmaktadır. Bu sınır kızlarda 8 iken erkeklerde 9 yaş olarak tanımlanır. Kızlarda görülme sıklığı erkeklere oranla 5 kat daha fazladır. (Alikaşifoğlu, 2021). Erken girilen ergenlik bireyde boy kısalığı, erken cinsel ilişki ve yaşa uygun olmayan davranışların görülmesinin yanı sıra, depresyon, anksiyete, düzensiz beslenme, suçluluk, madde kullanımı ve okul başarısızlığı veya bırakma dâhil olmak üzere ergen ruh sağlığı sorunlarının sebebi olabilmektedir (Mendle vd., 2018). Gecikmiş ergenlikte ise çocukların normal ergenlik sürecinin tipik başlangıcının çok ötesinde kızlarda 13 yaş erkekler 14 yaş tamamlandığı halde ergenliğin başlamaması durumdur. Kızların ergenlik belirtilerinin daha belirgin olması ve erkeklere göre daha erken ergenliğe giriyor olmaları gecikmiş ergenlik teşhisini daha erken yaşlara kaydırır. Gecikmiş

ergenliğin fiziksel sonuçları, kronolojik yaşlarına göre kısa boy ve olgunlaşmamış görünümü içerir (Gürbüz & Toplaoğlu, 2021). Psikososyal sonuçlar, sosyal geri çekilme, alay ve zorbalık, ebeveynlerin aşırı korunması, zayıf beden imajı, düşük benlik saygısı ve azalan akademik performansı içerir (Styne vd., 2017). Cinsiyet hormonlarının artışına paralel olarak ortaya çıkan bir başka sorun alanı ergenlik sivilceleridir. Sivilceler yüzde, göğüste, sırtta görülebilir. Ergenlikte sivilcelerin etkisiyle oluşabilen bazı psikolojik problemler arasında beden algısında bozulma, kendilik değerinde azalma, utanma, sosyal içe çekilme, öfke, ailevi problemler, depresyon ve anksiyete sayılabilir (Rubinow vd., 1987).

2.1.1.2. Ergenlik Döneminde Cinsel Gelişim

Cinsel gelişim, psikososyal gelişimin diğer yönleri gibi, ergenlik döneminde ilk kez ortaya çıkan tamamen yeni bir konu değildir. Küçük çocuklar cinsel organlarını merak ederler ve yetişkin orgazmından farklı olarak erken yaşta onlardan zevk alırlar. Cinsel gelişim yetişkinlikten önce daha belirgin olsa da, ergenliğin sonunda durmaz. Bununla birlikte, çoğu araştırmacı ergenliğin, cinsel yaşamın gelişimi için yaşam döngüsündeki en önemli zaman olmasa bile temelde önemli bir zaman olduğu konusunda hemfikirdelerdir (Steinberg, 2013).

Ergenlikten önce çocuklar, öpüşme, okşama, mastürbasyon yapma ve hatta cinsel ilişkiye girme yeteneğine sahiptir ancak ergenliğe kadar bireyler cinsel üreme yeteneğine sahip olmazlar (Herdt & McClintock, 2000). Ergenlikteki cinsel gelişimle birlikte erkeklerin meniyi boşaltabileceği veya kızların yumurtlayabileceği ve hamileliğin cinsel aktivitenin olası bir sonucu olduğu gerçeği, ergen ve diğerleri için cinsel davranışın doğasını ve anlamını önemli ölçüde değiştirir (Steinberg, 2013).

Cinselliğin artan önemi, sadece ergenliğin bir sonucu değildir. Özellikle bilişsel alandaki değişimler, cinsellikte de rol oynar. Ergenliğin başlıca görevlerinden biri cinsel isteklerle nasıl başa çıkılacağını ve cinsiyetin sosyal ilişkilere nasıl başarılı ve uygun bir şekilde dâhil edileceğinin kesinleştirilmesidir. Bu görevin çoğu doğası gereği bilişseldir ve bu görevlerin çoğu dönem boyunca gerçekleşen entelektüel yeteneklerin genişlemesi ile mümkün olur (Steinberg, 2013).

Ergen cinselliği ile ilgili yaşanabilecek sorunlar alan literatüründe üç başlık altında toplanmıştır. Bunlardan ilki ergenlik döneminde gebelik ve kürtajdır. Bir diğer sorun alanı cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmak ve bunların yayılmasına sebep

olmaktır (Miller & Moore, 1990). Son olarak ta sık cinsel aktivite ve çoklu seks partneri (Davis & Lay- Yee, 1999) olarak sıralanmıştır.

2.1.1.3. Ergenlikte Kimlik Gelişimi

Kimlik gelişimi, kimliği neyin oluşturduğu, kimliğin biçimini ve işlevleri ile ilgili sorular teorik yaklaşımlar yoluyla farklı şekilde cevaplanmaktadır. Bununla birlikte, tüm kimlik tanımları için temel olan, ideal olarak kimlik gelişimi, kişinin hayatta amacının olmasını ve belirli bir yön ile hareket etmesini, zaman ve mekanda iç tutarlılık ve süreklilik duygusu ile hareket etmesini sağlayan bir girişimdir (Kroger, 2006).

Ergenlik döneminde kimlik gelişimine dair en önemli çalışmaları yapan kuramcı Erik Ericson'dur. Erikson'un (1968) teorisi, gençlerin çeşitli gelişim aşamalarındaki klinik ve kültürler arası gözlemlerinden geliştirilmiştir. Kişinin, yaşam süresi boyunca sekiz psikososyal krizden geçtiğini düşünmektedir. Her kriz, şu ya da bu şekilde her yaşta mevcut olsa da, yaşam döngüsünün belirli bir döneminde özel bir önem kazanır çünkü biyolojik ve sosyal güçler, krizi ön plana çıkarmak için etkileşime girer. Erikson tanımlamış olduğu sekiz psikososyal yaşam dönemi bireyin gelişimi için kritik bir dönemi ifade ettiğini belirtmiştir. Her döneme olan bir özellik ya kazanılır ya da bu özellikle ilgili başarısızlık söz konusu olur. Bir kriz sağlıklı alternatif lehine çözüldüğünde gelişme artar. Ergenlik döneminde geçirilen aşama ise "Kimlige karsı rol karmaşası"dır, gençler, sosyal ilişkileri yeniden yapılandırma, toplumdaki yerlerini bulma ve gelecekteki yaşamları için önemli seçimler yapma sürecinin ortasındadır. Tüm ergenler kimlik oluşturma görevinde eşit derecede başarılı olamamakta, bazı ergenler açık ve entegre bir kimliğe ulaşırken, diğerlerinde kimlik karmaşası oluşmaktadır (Erikson, 1968). Marcia (1966), Erikson'nun kuramından hareketle, "*Başarılı kimlik (identity achievers)", "İpotekli kimlik (identity foreclosurers)", "Kararsız kimlik (identity moratoriums)"* ve *"Dağınık kimlik (Diffusion)"* olmak üzere dört kimlik statüsü tanımlamıştır.

Bireyler entelektüel olarak olgunlaştıkça ve bilişsel değişikliklere maruz kaldıkça, kendilerini daha sofistike ve daha farklı şekillerde kavramaya başlarlar. Kendilerini nispeten basit, somut terimlerle açıklama eğiliminde olan çocuklarla karşılaştırıldığında, ergenlerin karmaşık, soyut ve psikolojik kendi tanımlarını kullanma olasılıkları daha yüksektir (Steinberg, 2013). Ayrıca, gelişme ile bireylerin

kendilerini nasıl tanımladıkları ile gerçekte nasıl davranacakları arasında daha fazla tutarlılık ortaya çıkmaktadır (Davis-Kean vd., 2008).

Ergenlikteki kimlik gelişim sürecinde yaşanılan krizin başarılı biçimde çözülememesi, ya da gelişimi için gerekli imkân ve sürenin olmaması, kimlik gelişiminde sorunlarla sonuçlanabilmektedir. Bu sorunlardan bazıları arasında tutarsız, kopuk, tamamlanmamış bir benlik duygusuyla zaman algısında aksamalar (bazı şeyler gerçekte olduğundan çok hızlı gerçekleşirken diğerleri sonsuza kadar sürecek gibi görünür), işte ve okulda sorunlar, yakın ilişki kurmakta güçlük, cinsellikle ilgili endişeler ortaya çıkabilmektedir. Başka bir deyişle özerklik, yakınlık, cinsellik ve başarı alanlarında da sorunlar gözlenebilmektedir (Steinberg, 2013).

2.1.1.4. Ergenlikte Döneminde Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişim ile düşüncenin genişlemesinin, ergenlik gelişimi ve davranışı üzerinde önemli bir etkisi mevcuttur. Bazı yazarların görüşüne göre, ergenlik dünya hakkında daha karmaşık ve sofistike akıl yürütme biçimlerinin geliştirilmesi için kritik bir dönemdir (Kuhn, 2009). Bilişsel gelişim sürecinde organizma çevresinden gelen uyarıcıları alır, işler, değiştirir ya da olduğu gibi kabul eder, bunları birbiriyle uyumlu bir bütün oluşturacak şekilde bir araya getirir, bir nevi çevreye yönelik uyum süreci olarak da değerlendirilebilir (Ahioğlu-Lindberg, 2011).

Ergenlerin düşüncelerinin çocuklardan farklı ve daha gelişmiş olduğuna dair genel bir anlaşma olsa da, çocuklar ve ergenler arasındaki bilişsel farklılıkların altında yatan süreçler hakkında fikir birliği daha azdır. Fikir birliğinin az olması, teorisyenlerin genel olarak bilişsel gelişime yönelttikleri farklı bakış açılarından kaynaklanmaktadır. Farklı teorik perspektiflerden çalışan araştırmacılar farklı araştırma soruları sordukları, bilişsel büyümeyi ölçmek için farklı görevler kullandıkları ve bilişsel aktivitenin farklı yönlerini vurguladıkları için, çalışmaları ergenlik döneminde farklı, ama yine de uyumlu zihinsel gelişim tanımlamaları yapar.

Özellikle önemli olan iki teorik bakış açısı, Piaget' ci bakış açısı ve bilgi işleme bakış açısıdır. Ergen düşüncesine ilişkin bu iki görüş, genel olarak bilişsel gelişimin doğası hakkındaki farklı varsayımlardan başlasa da, her biri ergenlik döneminde düşünmenin neden değiştiği konusunda değerli bilgiler vermektedir (Kuhn, 2009). Genel olarak, Piaget' in bakış açısı benimseyen kuramcılar, bilişsel gelişimin

niteliksel olarak farklı aşamalardan oluşan sabit bir dizi yoluyla ilerlediğini, çocuklar tarafından kullanılan düşünce türünden ergenlik düşüncesi temelde farklı olduğunu savunurlar. Piaget' e göre, bilişsel gelişim dört aşamada ilerler: (1) Duyusal-Motor Dönem (0-2 yaş**),** (2) İşlem Öncesi Dönem (2-5 yaş)**,** (3) Somut İşlemler Dönemi **(**yaklaşık 6 yaşından erken ergenliğe kadar) ve (4) Soyut İşlemler Dönemi (ergenlikten yetişkinliğe kadar) (Steinberg, 2013).

Piaget, ergen düşüncesini bir bütün olarak tanımlamaya ve dönemi karakterize etmek için bir kapsayıcı kavramı (soyut işlemler dönemini) kullanmaya çalışırken, bilgi işleme yaklaşımcıları bireyler çocukluktan ergenliğe ve ötesine geçerken gelişen spesifik yetenekleri tanımlamaya çalışmıştır. Bilgi işleme bakış açısından çalışan araştırmacıların temel odağı "Ergenlerin onları çocuklardan daha iyi problem çözücü yapan şeyler hakkında düşünme biçimleri nelerdir?" sorusu üzerinedir. Bilgi işlemenin belirli bileşenlerindeki, özellikle ergenlik döneminde iyileşmenin meydana geldiği beş alan üzerinde yoğunlaşmıştır. Bunlar; dikkat, bellek, işlem hızı, organizasyon ve üstbiliştir (Steinberg, 2013). Birlikte ele alındığında, bu kazanımlar ergenlerin soyut, çok boyutlu ve varsayımsal düşünmede neden çocuklardan daha iyi olduğunu açıklamaya yardımcı olur.

Ergenlik aynı zamanda beyin fonksiyonlarında değişme zamanıdır. Prefrontal korteksi içeren iki spesifik değişiklik dikkat çekicidir: Birincisi, prefrontal korteks içindeki aktivasyon ergenlik döneminde daha fazla odaklanır ve ilgisiz beyin alanlarının aktivasyonu azalır. İkincisi, prefrontal kortekteki aktivite beynin diğer bölgelerindeki aktiviteyle giderek daha fazla koordine olur (Steinberg, 2013).

Ergenlik döneminde beyindeki diğer bir önemli fonksiyonel değişiklik, limbik sistemdeki birkaç nörotransmitterin aktivitesindeki değişiklikleri içerir. Bilişsel gelişimdeki aksamalar mantık, muhakeme, fonksiyonel düşünme becerilerini içeren üst bilişle ilgili sorunlar yaşanmasına neden olmakla birlikte, bunlara bağlı olarak risk alma, karar verme güçlükleri, problem çözme yetersizlikleri ile karşılaşılabilmektedir (Steinberg, 2013).

2.1.1.5. Ergenlik Döneminde Duygu Gelişimi

Ergenlik döneminde gençler ilk kez yetişkinlere benzer vücut kimyası, biliş ve fizik deneyimi yaşarlar. Bilişsel ve bedensel durumdaki ilk defa ergenlikte ortaya çıkan değişiklikler yetişkinliğe kadar devam eder. Ancak bu durumların yeni olması ve

ergenin bu konularda deneyimsiz olması, ergenin deneyimini yetişkinlerden farklı kılmaktadır. İlk kez ergenlikte ortaya çıkan operasyonel düşüncenin gelişimi, hormonal ve fizyolojik değişiklikler, kimlik gelişimi, artan akran yönelimi, sosyal beklentiler gibi durumların duygular üzerinde önemli etkileri vardır (Rosenblum & Lewis, 2006). Ergenlik yıllarının başlangıcında çoğu genç geniş bir duygu bilgisine, duygu terimleriyle ilgili geniş bir kelime dağarcığına sahiptir ve anlama becerilerini geliştirmektedirler (Larson & Brown, 2007).

Duygu, fizyolojik tepkiler ve fiziksel eylemlerle hissedilir ve ifade edilir, düşünceler ve kelimelerle yorumlanır. Duygu gelişimini üç başlıkta incelenmektedir, bunlar; duygunun tanınması, duygunun düzenlenmesi ve duygunun ifadesi olarak sıralanabilir. Duygu hem fizyolojik ve bilişsel süreçler hem de duygunun gösterimini kontrol eden sosyal kuralların öğrenilmesiyle düzenlenir. Ergenlerin, olumsuz duyguları düzenlenmesi ve olumlu duyguları arttırması için üstbilişsel stratejiler edinmesi gerekmektedir (Larson & Brown, 2007).

Duygu düzenlemenin farklı yönleri (örn. yoğunluk, değişkenlik, düzenleme kalıpları, strateji kullanımı) ve semptom (kaygı, öfke, üzüntü, depresif belirtiler vs.) ölçümleri arasındaki bulgular, duygularını düzenlemede sorun yaşayan ergenlerin hem içselleştirme hem de dışsallaştırma sorunlarına karşı daha savunmasız olduğunu göstermektedir (Silk, 2003). Duygu düzenlemede güçlük yaşayan yada işlevsel olmayan stratejiler kullanan ergenlerde madde kullanımı, suça karışma, gibi dışsallaştırma sorunları, depresyon, kendine zarar verme, aşırı yemek yeme gibi içselleştirme sorunları ortaya çıkmaktadır (Mikolajczak vd., 2009; Steinberg, 2013).

2.1.2. Ergen Sağlığı

Ergenlik dönemi sağlık ve hastalık açısından gelişimin çok önemli bir dönemidir. Bu dönemde ortaya çıkan veya pekişen, sağlıklı büyümeye ve gelişime katkıda bulunan, hem ergenlikte hem de yetişkinlik yıllarında bulaşıcı olan ya da olmayan birçok hastalığı önleyebilecek olumlu sağlık davranışları vardır. Bunlar arasında yeterli ve düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, yaralanma ve enfeksiyonu önleme stratejileri yer almaktadır (Cherry vd., 2017). Bunun dışında tütün kullanımı, alkol ya da diğer uyuşturucu madde kullanımı, korunmasız cinsel ilişki, şiddet olaylarına karışma gibi hastalık, sakatlık ve ölüm riskiyle bağlantılı sağlık açısından risk oluşturan davranışlar da ergenlik döneminde başlayabilir. Hastalıklar doğuştan olsa

veya çocuklukta başlasa bile (örn. Tip 1 diyabet), ergenlik dönemindeki yaşantının biçimi ilerleyen yıllardaki hastalık sonuçları üzerinde önemli etkileri vardır (Williams vd., 2002).

Ergenlik dönemindeki psikososyal sorunlar, klinik uygulayıcılar (psikologlar, psikolojik danışmanlar, sosyal hizmet uzmanları ve psikiyatristler) ve diğer uzmanlar tipik olarak madde kötüye kullanımı, dışsallaştırma bozuklukları ve içselleştirme bozuklukları olmak üzere üç kategori ile birbirinden ayırırlar. Madde bağımlılığı, alkol veya nikotin gibi yasal ilaçlar da dâhil olmak üzere ilaçların uyumsuz kullanımı; esrar, kokain veya ecstasy gibi yasa dışı ilaçlar ve uyarıcılar veya yatıştırıcılar gibi reçeteli ilaçlardır. Dışsallaştırıcı bozukluklar, gençlerin sorunlarının dışa dönük olduğu ve davranışsal problemlerde ortaya çıktığı bozukluklardır. Ergenlik döneminde sık görülen dışsallaştırma sorunları yasalar tarafından tanımlanan çocuk suçları, antisosyal saldırganlık ve okuldan kaçmadır. İçselleştirici bozukluklar ise, gençlerin sorunlarının içe çevrildiği ve depresyon veya anksiyete gibi duygusal ve bilişsel sıkıntıların ortaya çıktığı bozukluklardır. Madde bağımlılığı sorunları hem dışsallaştırıcı hem de içselleştirici problemlerle ortaya çıktığı veya eşzamanlı olduğu ve ilaçlarla deney yapan birçok ergenin ne içselleştirici ne de dışsallaştırıcı sorunları olmadığından, madde kötüye kullanımına ayrı bir sorun davranışı kategorisi olarak değerlendirilir (Steinberg, 2013).

İçselleştirme bozuklukları ve dışsallaştırma bozuklukları arasındaki fark ergenlik döneminde psikososyal sorunlar hakkında bilgi düzenlemek için yararlı olsa da, bazı ergenlerin her iki alanda da aynı anda sorun yaşadıklarını akılda tutmak önemlidir (Cosgrove vd., 2011) . Yani, suç işleyen veya başka davranış sorunları gösteren bazı ergenler de depresyon yaşayabilir (Loeber & Burke, 2011).

2.1.2.1. Ergenlikte Fiziksel Aktivitenin Önemi

Fiziksel aktivite enerji harcanmasını gerektiren ve çeşitli yoğunluklarda yapılabilen, iş, ev işleri, ulaşım, boş zaman aktiviteleri, bisiklet sürmek, spor yapmak, yürüyüş gibi hareketler olarak tanımlanmaktadır (Tremblay vd., 2017). Dünya sağlık örgütü ergenlerin günde ortalama en az 60 dakika orta veya şiddetli fiziksel aktivite yapmalarını önermektedir. Bunlar arasında spor, oyunlar, bisiklet sürmek, yürüyüş ya da beden eğitimi dersleri yer almaktadır. Ancak küresel çapta her 5 ergenden sadece

1'i bu rehbere uymaktadır. Ülkemizde de 11-17 yaş arası okula giden ergenlerde kızların fiziksel aktivite yersizliği %86, erkeklerin ise %77'dir (Who, 2023).

Düzenli fiziksel aktivite, hem zihinsel hem de fiziksel sağlığı geliştirir ve korumaya yardımcı olmaktadır. Orta veya şiddetli fiziksel aktivite, aşırı kilo ve obezitenin, diyabetin ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve kilonun korunmasında (Ekelund vd., 2012), kendine güvenin, benlik saygısının ve akademik başarının artmasında ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların azalmasında (Meydanlıoğlu, 2015) önemli bir role sahip olduğu bildirilmektedir.

Teknolojinin ilerlemesi ile günümüzde mesleki aktivitenin azalması, sık taşıt kullanımı, televizyon ve bilgisayar gibi teknolojik alatlerle geçirilen zamanın çok olması fiziksel aktivite düzeyini azaltmaktadır. Azalan aktivite sonucu besinlerden alınan enerjinin fazlası depolanarak fazla kilo ve obezite başta olmak üzere sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Öztora, 2005).

2.1.3. Ergenlik Döneminde Obezite ve Temel Boyutları

2.1.3.1. Obezitenin Tanımı ve Değerlendirilmesi

Sağlıklı bir yaşam için bireylerin günlük ihtiyaç duydukları enerji miktarını almaları gerekir. Hastalıktaki önemli bir kavram olan enerji dengesi, enerji alımını, enerji harcamasını ve enerji depolamayı içerir (Gunnarsdottir vd., 2014). Obezite, alınan enerji ve harcanan enerji dengesinin bozulması sonucu ihtiyaçtan fazla alınan enerjinin vücutta yağ dokularının artmasının bir yansıması olarak ifade edilebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından aşırı kilo ve obezite, sağlık açısından risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır (WHO, 2021c).

Dünya sağlık örgütü obeziteyi sınıflandırırken beden kitle indeksi (BKİ) kullanmaktadır (Smith & Smith, 2016). BKİ hesaplanırken kişinin kilo (aç karnına, ayakkabısız, oda kıyafetleri ile) ve boy ölçümleri yapılır. Elde edilen sonuçlardan kilogram cinsinden (kg) ağırlığın metre cinsinden boyun karesine (m^2) bölünerek BKİ elde edilir. Elde edilen sonuçlar 18-60 arası yetişkinler için kullanılmaktadır. 18,5 ila 24,9 arasında bir BKİ değerine sahip olan bireylerin sağlıklı bir kiloya sahip olduğunu, 25 ila 29,9 arasındaki değerlere sahip olan bireyin aşırı kilolu olduğu, 30'un üzerinde bir değere sahip olan bireyler obez, 40 üzeri sahip bireyler morbit

obez olarak kabul edilmektedir (WHO, 2021c). Yetişkin bireylerde uluslararası BKİ göre ağırlık sınıflandırması Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1.Uluslararası BKİ Değerlerine Göre Ağırlığın Sınıflandırılması

Sınıflama		BKİ (kg/m^2)
Zayıf (düşük ağırlıklı)	:	<18.50
Normal Ağırlık	:	18.50-24.99
Fazla kilolu (şişmanlık öncesi)	:	25.00-29.99
Obez (şişman)	:	≥30
I.Derece Obez	:	30.00-34.99
II.Derece Obez	:	35.00-39.99
III.Derece (morbid) Obez	:	≥40

Kaynak: WHO, 2021c

Pratikte bu ölçüm yararlı olsa da herkes için kesin bir doğru olarak kabul edilmemektedir. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde fiziksel gelişimin hızlı olduğu dönemlerde hatalı sonuçlara yol açabilir. Yine bireyin kas kütlesi fazla olması sebebiyle birey sağlıklı olsa bile obez ya da aşırı kilolu olarak nitelendirilebilir (Butcher vd., 2015).

Çocuklarda obezite belirlenirken yetişkinlerinkine benzer yöntemler kullanılmakla birlikte beden kitle indeksleri çocuğun yaşı ve cinsiyetine uygun normlara göre, çocuğun boy ve kilosu kullanılarak hesaplanır (Smith & Smith, 2016). Yaş ve cinsiyet göz önüne alınarak hesaplanan beden kitle indeksleri 85. ve 94. persantiller arasında olanlar aşırı kilolu, ≥95. persantil obez aralıktadır (Centers for Disease Control and Prevention-CDC, 2022). Çocuk ve ergenlerde fazla kilo ve obezite sınır değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

5 yaşın altındaki çocuklar için BKİ:

1) Fazla kilo, DSÖ Çocuk Büyüme Standartları medyanı üzerinde 2 standart sapmadan daha büyük boy-ağırlıktır.

2) Obezite: DSÖ Çocuk Büyüme Standartları medyanının 3 standart sapmasından daha büyük boy-ağırlıktır.

5-19 yaş arası çocuklar için BKİ:

1) Fazla kilo, DSÖ Büyüme Referansı medyanının üzerinde 1 standart sapmadan daha büyük,

2) Obezite, DSÖ Büyüme Referansı medyanının 2 standart sapmasından fazladır.

Tablo 2. Çocuk Ve Ergenlerde Fazla Kilo Ve Obezite

	Fazla kilo Sınırı		Obezite Sınırı	
Yaş	**Erkek**	**Kız**	**Erkek**	**Kız**
2	17.9	17.4	19.0	18.5
2.5	17.7	17.3	18.8	18.3
3	17.6	17.0	18.7	17.9
3.5	17.4	17.0	18.5	18.0
4	17.3	17.0	18.4	18.1
4.5	17.2	17.1	18.4	18.2
5	17.1	17.2	18.3	18.5
5.5	17.1	17.3	18.4	18.8
6	17.2	17.5	18.5	19.1
7	17.6	17.8	19.1	19.7
8	18.2	18.4	19.9	20.4
9	19.0	19.2	21.0	21.5
10	20.1	20.2	22.5	22.6
11	21.7	21.3	24.5	23.8
12	23.1	22.3	26.0	24.8
13	23.7	23.1	26.5	25.4
14	24.2	23.6	27.0	25.8
15	24.8	23.9	27.6	26.0
16	25.4	24.0	28.2	26.1
17	26.1	24.2	28.8	26.2
18	26.6	24.3	29.4	26.1

Kaynak: Neyzi vd., 2015

Çocuklarda obezitenin değerlendirilmesi yapılırken BKİ dışında vücut yağ miktarının ölçümünde doğrudan ve dolaylı olarak sınıflandırılabileceğimiz farklı teknikler kullanılabilir. Doğrudan ölçüm yöntemleri arasında dansitometri, bilgisayarlı tomografi (BT) ile vücut yağ dağılımı tespiti, biyoelektrik impedans analizi, ultrasonografi ile yağ kalınlığı ölçümü, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), Dual-Enerjili X-Işını Absorpsiyometrisi (DEXA) sayılabilir. Dolaylı ölçüm yöntemleri (antropometrik ölçümler) arasında, vücut kitle indeksi belirlenmesi, bel çevresi ölçümü, bel/kalça oranı, bel/boy oranı ve deri kıvrım kalınlığı ölçümü sayılabilir. Antropometrik ölçümler maliyetin düşük olması, tekrar edilebilir ve kolay uygulanabilir olması sebebi ile daha çok tercih edilmektedir (Akıncı, 2021).

2.1.3.2. Obezitenin Sınıflandırılması Ve Etiyolojisi

Obezite, temelde vücudun harcayabileceğinden fazla kalorinin alınarak yağ dokusunda depolanması olarak ifade edilmekle birlikte, birden fazla biyolojik, çevresel ve davranışsal faktörün etkileşime girerek meydana getirdiği heterojen bir

hastalıktır. Bir başka deyişle aşırı kilo ve obezite gelişimine yol açan nedenler çeşitlidir ve pek çok etiyolojik faktörle ilişkilidir. Bu faktörler iki ana başlıkta sınıflandırılır (Akıncı, 2021; O'Rahilly, 2009).

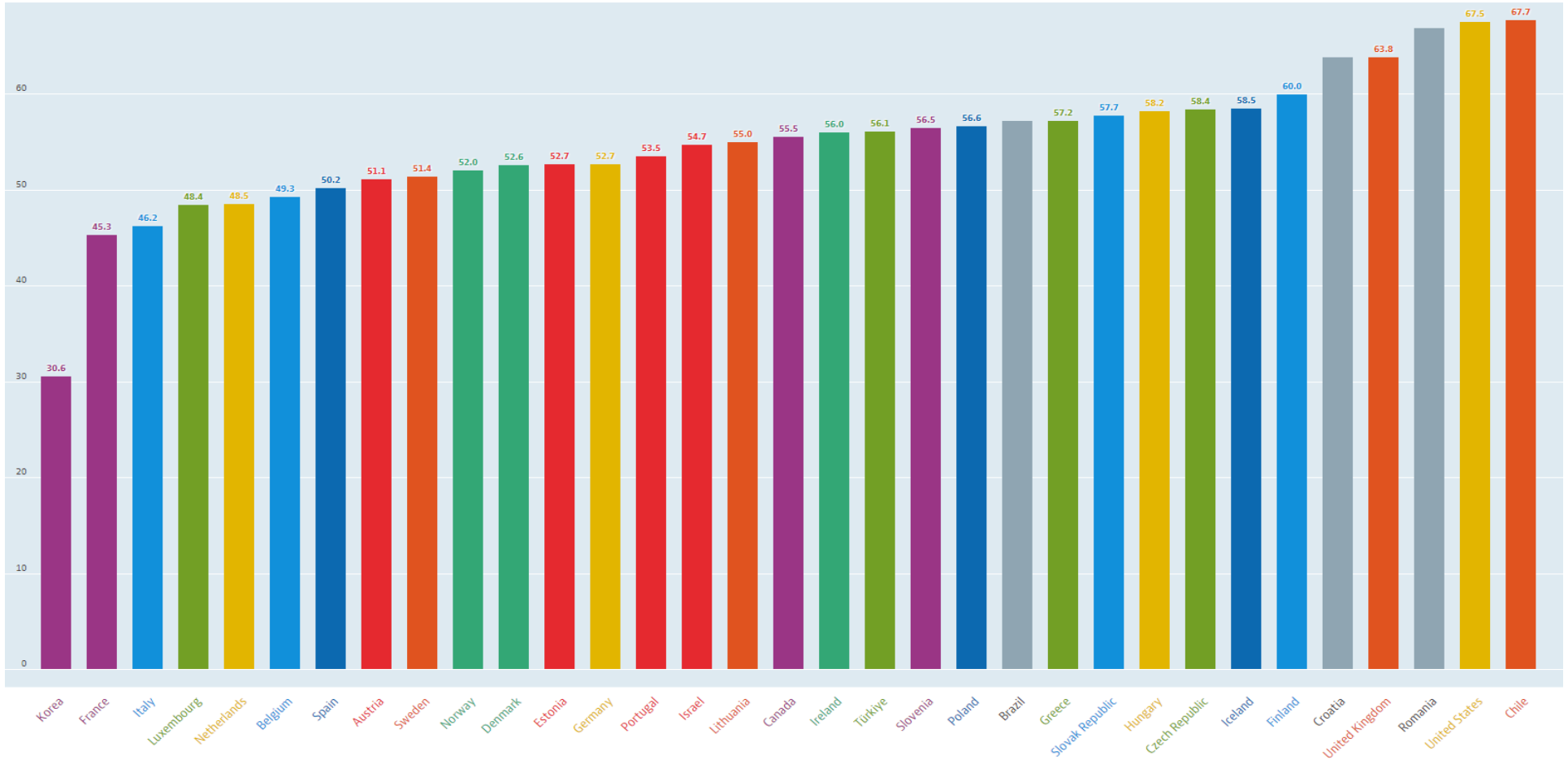
Bunlardan ilki; a) ekzojen obezite (primer obezite): alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlik olarak ifade edilir. Bir başka deyişle bireyin aşırı yemesinden kaynaklıdır. Örnek olarak; beslenme alışkanlıkları, bireysel öğrenme deneyimleri, fiziksel aktivite kısıtlılığı, psikolojik nedenler, sosyoekonomik düzey, ailesel problemler ve işlevsiz stresle baş etme mekanizmaları obezitenin oluşmasında önemli rol oynayan faktörlerdir (Becker vd., 2007; Garn vd., 1989; Gedik, 2003).

İkinci ana başlık ise; b) endojen obezite (seconder obezite): hormonal veya genetik bir bozukluğa bağlı olarak gelişen, sıklıkla altta yatan bir nedenin olduğu durumdur. Bunlar; endokrin nedenler, ilaçlar, genetik sendromlar olarak ifade edilebilir (Crino vd., 2003).

2.1.3.3.Obezitenin Sıklığı Ve Yaygınlığı- Epidemiyoloji

Dünya genelinde verilere baktığımızda 1975'ten bu yana aşırı kilolu veya obez yaygınlığı üç katına çıkmıştır. Yayınlanan raporda, 2016 yılında 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %39'u aşırı kilolu ve %13'ü obezdir. Obezite açısından cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların %15'i erkeklerin %11'i obezdir. Yine aynı raporda 5-19 yaş arası çocuk ve ergenlerin %18'i fazla kilolu ve obez olarak bildirilmiştir (Who, 2021c). Dünya sağlık örgütü obeziteyi 1997 yılında global salgın olarak adlandırmıştır ve bu salgına bağlı nedenlerden yılda 2.8 milyon kişi yaşamını yitirmektedir (Özdemir, 2016). Dünya genelinde "Ekonomik işbirliği ve kalkınma örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development-OECD)" (2023) 30 ülkeyi kapsayan verilerine baktığımızda 2022 yılında Türkiye'nin 15 yaş üzeri aşırı kilolu ve obez nüfusunun %56.1 olduğu görülmektedir. Veriler Şekil 1'de sunulmuştur.

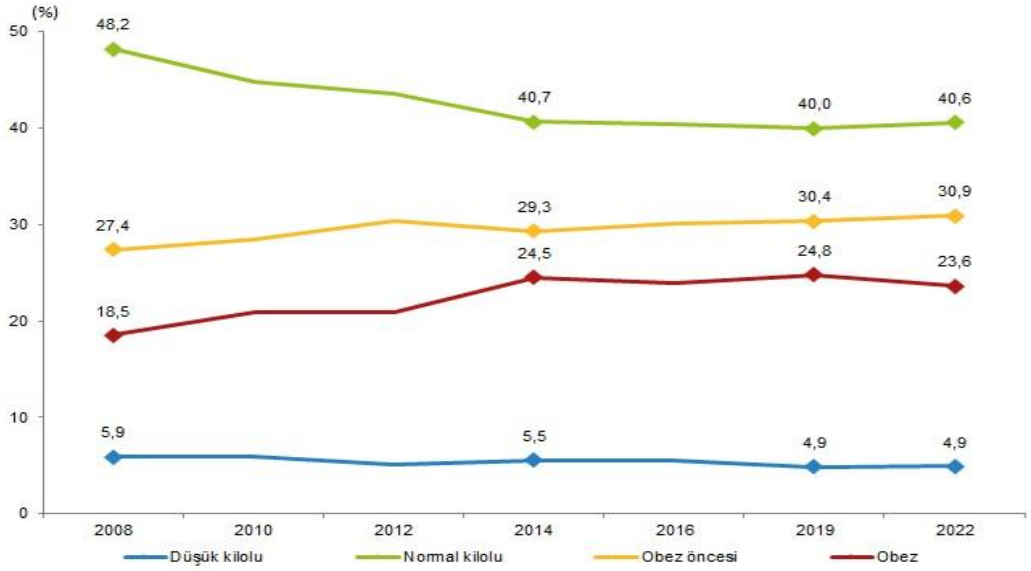
Şekil 1. 15 yaş üzeri aşırı kilolu ve obez nufus



Kaynak: OECD, 2023

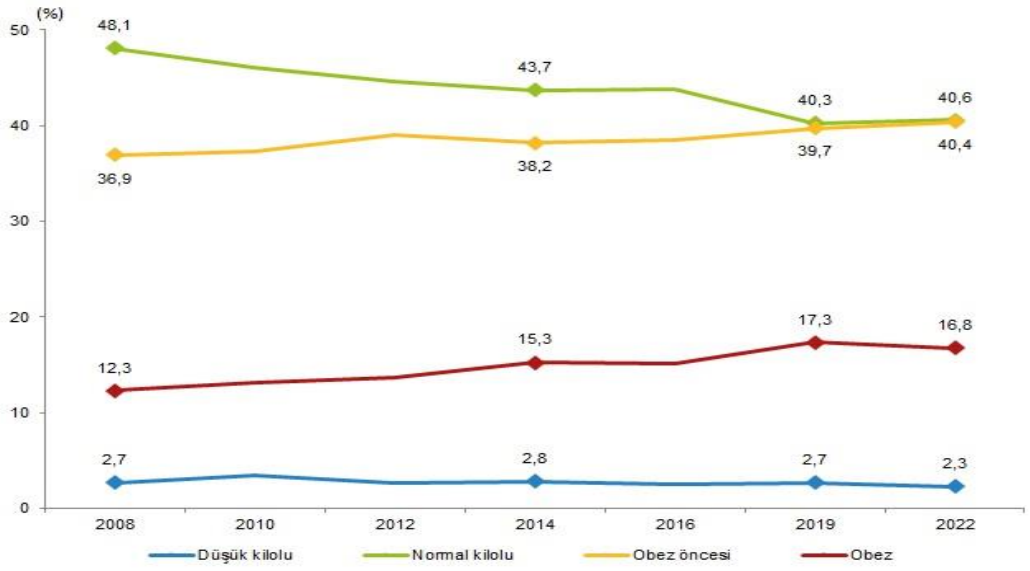
Türkiye' de ise Türkiye istatistik Kurumu (TÜİK)' nun (2023) yayınlamış olduğu raporda 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranının 2008 yılında %15.2, 2016 yılında %19,6, 2019 yılında %21,1, 2022 yılında 20,2 olduğu belirtilmiştir. Cinsiyet ayrımında bakıldığında; 2022 yılında kadınların %23,6'sının obez ve %30,9'unun obez öncesi (Şekil 2), erkeklerin ise %16,8'inin obez ve %40,4'ünün obez öncesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şekil 3).

Şekil 2. Kadınların Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2023

Şekil 3. Erkeklerin Vücut Kitle İndeksi Dağılımı, 2008-2022



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2023

Ülke genelinde okul öncesi çocuklarla yapılan çalışmada fazla kilo %8.6 obezite prevelansı %6.6 olarak (Santas & Santas, 2018), bölgesel olarak 6-18 yaş arası yapılan başka bir çalışmada kızlarda fazla kilo ve obezite sıklığı %13.7 erkeklerde %14.9 olarak saptanmıştır (Yazar vd., 2019). Başka bir çalışma da da ergen popülasyonunda kızlarda obezite oranı 12.4, erkeklerde ise 9.5 olarak saptanmıştır (Yılmaz vd., 2019).

Obezite çocukluk çağında en sık rastlanan kronik hastalıklardan birisidir. Genel olarak bakıldığında dünya genelinde 40 milyonun üzerinde çocuğun obez veya aşırı kilolu olduğu tahmin edilmektedir (Simith & Smith, 2016).

2.1.3.4. Obezitenin Oluşmasını Etkileyen Faktörler

Obezite, genetik, yaşam tarzı seçimleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite seviyeleri, çevresel faktörler, cinsiyet, psikolojik faktörler yaş olmak üzere birçok faktörden etkilenir. Hareketsiz yaşam tarzı sürdürürken özellikle yağ ve şeker oranı yüksek gıda tüketmek kilo alımına ve obezite gelişimine katkıda bulunabilir. Bu faktörleri şu şekilde özetleyebiliriz;

2.1.3.4.1. Genetik Faktörler

Obezitenin oluşumunda genetik faktörler önemli bir etkiye sahiptir. Genetik faktörler vücut yağ oranını ve bölgesele yağ dağılımını belirleyerek obeziteye sebebiyet verecek çevresel etkenler oluşmasa da obezite oluşabilmektedir (Akıncı, 2021). Araştırmalarda fazla kiloyla ilişkili yüzden fazla gen ve gen varyantı keşfedildi. Ancak genetik obezite riski her zaman gerçek obezite hastalığına dönüşmemektedir. Bu durum genetik, davranışsal ve çevresel etkiler ile bunun sonucunda ortaya çıkan epigenetik değişiklikler arasındaki karmaşık etkileşimlerin obezite oluşumunda etkili olduğunu düşündürmektedir (Golden & Kessler, 2020).

Obezitenin genetik nedenleri iki başlık altında incelenebilir. Bunlar monogenik ve poligenik tiplerdir. Monojenik obezite, temel olarak gıda alımı, tokluk, vücut ağırlığı ve enerji metabolizmasının düzenlenmesi için gerekli olan hipotalamustaki leptin/melanokortin sistemdeki genlerdeki mutasyonlar olarak tanımlanabilir (Ranadive & Vaisse, 2008). Leptin hormonu yeme davranışlarını, ergenliğin başlangıcını ve T hücre bağışıklığını düzenlemektedir. Obezitesi olan çocukların yaklaşık %3'ünde leptin (LEP) geninde ve leptin reseptöründe (LEPR) mutasyonlar

vardır (Soliman vd., 2012). Monogenetik obezite nadir olmakla birlikte genelde erken çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır (Golden & Kessler, 2020). Poligenik obezite ise, birden fazla genetik varyantın birleşik etkisinin neden olduğu, obezitenin daha yaygın şeklidir. Gen-Çevre Etkileşimi olarak da bilinen genetik duyarlılık ve çevre arasındaki etkileşimin sonucudur (Reddon vd., 2016).

Çalışmalar, obezitesi olan bireylerin artan gıda alımı, fiziksel aktivite eksikliği, azalmış metabolizma ve vücut yağını depolama eğilimi gibi eylemlerini etkileyebilecek genetik bir varyasyona sahip olduğunu göstermiştir (Castillo vd., 2017). Yapılan çalışmalarda, genlerin obezite hastalığının oluşmasında etkili olduğunu göstermiştir. Bluk vd. (2003) 2163 ikiz üzerinde yaptıkları araştırmada, obezitenin ortak çevresel etkenlerden az etkilendiğini ve kalıtsal bir durum olduğuna dair sonuçlara ulaşmıştır (Bulik vd., 2003). Bir başka araştırmada, anne babası şişman olan çocuğun obez olma riski %80 iken ebeveynlerden birisi şişman ise bu risk %40, her iki ebeveyni de şişman olmayanlarda ise risk %2 olarak bulunmuştur (Günöz, 2001).

2.1.3.4.2. Cinsiyet ve Yaş Faktörü

Obezite her iki cinsiyette de görülmekle birlikte yetişkin kadınlarda görülme sıklığı yetişkin erkeklere oranla daha yüksektir (Bhurosy & Jeewon, 2014; Erbaş, 2007). Küresel olarak bakıldığında yakın dönemde yapılan kapsamlı bir incelemde, 68 ülkedeki araştırmalar değerlendirildiğinde, her 2 obezitesi olan erkeğe karşın 3 obezitesi kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buda obezite prevalansının kadınlarda erkeklere göre yaklaşık %50 daha fazla olduğunu göstermektedir (Wells vd., 2012). Bu bulguyu destekler biçimde hem kentsel hem de kırsal bölgelerdeki kadınların yağlanmaya yatkınlığının tüm yaş gruplarında erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gu vd., 2005).

Kilo alımındaki cinsiyet farklılıkları yalnızca fizyoloji nedeniyle değil aynı zamanda farklı sebeplerle de ortaya çıkabilir (Wells vd., 2012). Ekonomik açıdan bakıldığında; kadınlardaki obezite oranlarının yüksekliğinin orta gelirli ülkelerde erkeklere göre en yüksek olduğu, düşkü gelirli ülkelerde erkeklere oranla yüksek olduğu gözlenirken, yüksek gelirli ülkelerde kadınlar ve erkeklerdeki obezite farkının ortadan kalkktığı görülmektedir (Ameye & Swinnen, 2019). Bu durum ise cinsiyet eşitsizliğinin ve gelir düzeyinin düşük olmasının kadınlar üzerindeki risk faktörünü

arttırdığını düşündürmekte ve kadının statüsünün iyileştirilmesinin obezite ile mücadelede önemli olduğunu göstermektedir (Wells vd., 2012).

Ergenlikte ise Benzer şekilde adolesan kızlarda obezitenin başlama ve devam etme riski erkeklere göre daha yüksektir. Ayrıca kızlar yeme bozuklukları geliştirme açısından daha yüksek risk altındadır (Öztora, 2005). Bu riski arttıran etkenler arasında cinsiyet farklılıkları ile ilgili olarak, kadın cinsiyet hormonları daha yüksek stres duyarlılığına ve sürekli stres tepkilerine katkıda bulunması söylenebilir (Styne, 2017).

Obezite her yaş grubunda görülebilmektedir. Obezite ile yaş faktörü ilişkilendirildiğinde doğum öncesi aşırı veya yetersiz beslenmeye maruz kalma, erken bebeklik döneminde hızlı büyüme, çocuklukta erken yağlanma ve erken ergenlik gelişimi obezitenin gelişiminde rol oynamaktadır (Adair, 2008). Erken dönem oluşan obezitelerin (bebeklik dönemi) çoğunlukla endojen (sendromik) obezitenin bir belirtisi iken (Thaker, 2017), ergenlik döneminde ortaya çıkan obeziteler genellikle ekzojendir (Anderson, 2018). Kalıcı yağlanmanın oluştuğu kritik dönemlerden sonuncusu olan ergenlikteki yağlanma sonucu oluşan obezitenin erişkinlikte de devam etme riski yüksektir (Akıncı, 2021).

2.1.3.4.3. Beslenme Alışkanlıkları ve Yaşam Biçimi

Beslenme alışkanlıkları obezite üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Tercih edilen besinler, tüketilen besinin miktarı, yeme hızı, gibi faktörler obeziteye sebep olmaktadır. Ergenlik dönemindeki yanlış beslenme alışkanlıkları yetişkinlikte bireylerin beslenme biçimlerini doğrudan etkilemektedir. Çocukluktan itibaren gelişen hatalı beslenme olarak ta nitelendirilen yüksek kalorili besin tüketimi, hızlı yemek, beslenme döngüsünün düzensiz olması, gece yeme alışkanlıkları, hazır gıda tüketimi sağlıksız beslenme biçimidir. Hatalı beslenme davranışı özellikle ergenlik döneminde önlem alınmadığı takdirde ömür boyu sürecek beslenme bozukluklarına ve obeziteye yol açabilmektedir (Yiğit, 2006).

Beslenmeyle alınan enerji miktarının artmasına karşın hareketsiz bir yaşam sürme obeziteye neden olmaktadır (Günöz, 2001). Fiziksel aktivite, çocukluk ve ergenlik döneminde obezitenin önlenmesinde önemli rol oynamakla birlikte ergenlik dönemindeki cinsel olgunlaşma ve buna eşlik eden fiziksel aktivite kısıtlılığı obezite gelişmesi açısından riskli dönemler olarak kabul edilmektedir (Hills vd., 2011).

Teknolojinin kullanımı ve gelişmesine bağlı olarak günlük yaşamda fiziksel aktivite azalmaktadır. Televizyon ve bilgisayar başında harcanan zaman sedanter yaşamına sebep olmaktadır. Bireylerin ihtiyacı olan günlük enerji miktarı artmış olsa bile fiziksel aktivitenin azalması obeziteye neden olmaktadır (Gedik, 2003).

2.1.3.4.4. Sosyoekonomik Ve Psikososyal/Kültürel Etmenler

Çocuğun içinde bulunduğu ortamın sosyoekonomisi, sosyal yaşamını ve duygu durumunu etkileyen olaylar obeziteye yol açtığı gibi obezitenin bir sonucu da olabilmektedir. Bu olaylar arasında yüksek ya da düşük sosyoekonomik durum, okul başarısızlığı, arkadaş edinememe, aile içi problemler gibi stres yaratan durumlar sayılabilir. Önceden üst sosyoekonomik düzedeki ülkelerde obezite sıklığı daha yüksek iken son açıklanan verilerde düşük ve orta gelir gruplara kaymıştır (Akıncı, 2021).

Yapılan araştırmalar hem yüksek sosyoekomik düzeyin hem de düşük sosyoekonomik düzeyin (Booth vd., 2017) obezite için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki bireylerin gıdaya ulaşma imkânlarının kolay olması, sedanter yaşam tarzları gibi faktörler obeziye yol açarken, düşük sosyoekonomik bireylerde sağlıklı gıdaya ulaşma imkânının kısıtlı olması, trans yağ ve enerji bakımından yoğun besinleri almak zorunda kalmaları obezitede etkili olmaktadır (Bhurosy & Jeewon, 2014).

Tüketim alışkanlığının değiştiği günümüzde bazı bireyler tüketimi teşvik eden bir kültürde olmalarına bağlı olarak kilo problemi yaşayabilirler. Aile içi ilişkiler, sıkı denetim ya da denetimin olmayışı gibi durumlarda yeme davranışında bozulmalara neden olmaktadır (Garn vd., 1989). Yine bireylerin kendilerine yakın hissettikleri kişilerin obez olması, kendilerinin de obez olma ihtimalini büyük oranda arttırmaktadır. Erkol ve Khorshid (2004) yapmış oldukları araştırmada obez bireylerin, obezitesi olanların ailelerinde olmayanlara göre, obez birey bulunma oranının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.1.3.4.5. Psikolojik Faktörler

Obezitenin gelişiminde bir başka etken insan ruh sağlığıdır. Hangi gıdanın seçileceği, tüketim miktarı, tüketim hızı gibi davranış kalıplarının arkasında fizyolojik ihtiyaçtan ziyade psikolojik faktörler bulunmaktadır. Beslenmenin temel aksiyonu olan yemek

yeme davranışı bireyin psikolojisinden etkilenebilmektedir. Örneğin, yemek yeme davranışı bireyin içinde bulunduğu duygu durumdan etkilenebilmektedir (Ganley, 1989), ya da bireyin dürtü kontrol güçlükleri yemeğin miktarını, sıklığını, hızını etkilemektedir (Angle vd., 2009). Yine psikoloji alanına giren bir başka konu öğrenilmiş davranış kalıplarıdır. Birey fiziksel ihtiyacı olduğu için değil gıda uyaranıyla karşılaştığı için, ya da farkında olmadan, otomatik biçimde eyleme geçmesidir (Tuomisto vd., 1998).

Obezite ve psikolojik faktörler arasındaki ilişki çift yönlüdür. Örneğin, obezite depresyona yol açabilirken, depresyonda obeziteye yol açabilmektedir. Faith vd. (2011), yaptıkları bir incelemede obezitenin sonucu olarak depresyonu araştıran 10 çalışma ve depresyonun sonucu olarak obeziteyi araştıran 15 çalışmada, araştımaların % 80'inde obezitenin depresyona yol açtığı, % 53'ünde ise depresyonun obeziteye yol açtığı sonuçlarını bildirmektedir.

Kuramsal açıdan bakıldığında insanların neden aşırı yemek yediği sorusu yanıtlanmaya çalışılırken iki grup bakış açısının ön plana çıktığı görülmektedir. Bu yaklaşımlardan birisi psikanalitik kurama dayanan ve içsel nedenlerden dolayı yemek yeme davranışının ortaya çıktığı psikosomatik bakış açısı (Kaplan & Kaplan, 1957), diğeri ise öğrenme kuramlarına dayanan, dışsal uyaranların etkisi ile ekolojik bir bakış açısıdır (Stuart, 1967). Psikosomatik yaklaşımda, obezitenin varlığı duygusal bir sorunun belirtisi olarak değerlendirir. Bu soruna bağlı olarak yeme davranışının ise bir savunma mekanizması olduğunu, yani sorunlarla baş etmenin yolu olduğunu savunur. Bu yaklaşım, aşırı yemenin kökenini erken dönem yaşantılarına dayandırmaktadır. Psikoseksüel gelişim basamaklarından ilki olan oral dönemdeki saplanma sonucu besinler, erken dönemde karşılanmayan ihtiyaçların sembolleştirilmiş hali olarak değerlendirir (Bruch, 1961). Birey terk edilme ve yalnız duygusuyla baş ederken, karşılanmayan sevgi yemek yeme davranışı ile telafi edilmeye çalışılır. Yetişkinlik yıllarında ise tıpki çocukluk yılları gibi olumsuz duygulardan kaçınmak için yemek yemeğe yönelmek bir başetme çabasıdır (Kaplan & Kaplan, 1957).

Öğrenme kuramı zemininde temellenen yaklaşımlar, yeme ve egzersiz davranışlarının öğrenilen bir bileşen içerdiği ve bu nedenle yeniden öğrenilebileceği veya değiştirilebileceği varsamaktadır. Psikosomatik bakış açısının tersine öğrenme ilkeleri ile hastalığı açıklar ve tedaviyi yapılandırır. Sorunun erken dönem çatışmaları

ile ilgilenmemekle birlikte hastanın kişiliği hakkında hiçbir varsayımda bulunmaz ve ödevlere dayalı çalışmalar yapılır (Stuart, 1967). Kendine hakim olmanın geliştirilmesinin aşamalar şu şekilde aktarılmaktadır. İlk olarak, kontrol edilecek tepkinin (aşırı yeme analizi), bu tepkinin öncüllerinin ve sonuçlarının ayrıntılı analizi yapılır. Aşırı yeme analizi, tepkinin topografyasının, oluştuğu koşulların ve sonuçlarının kesin bir tanımını içermektedir. İkinci adım, uygun miktarda yiyecek yemeyi kolaylaştıran davranışların tanımlanmasıdır. Üçüncü adım, bu davranış kalıplarını kontrol eden olumlu veya olumsuz pekiştireçlerin belirlenmesidir. Dördüncü adımda ise, önceden seçilen tepkinin olasılığını değiştirmek için pekiştireçle ilgili müdahale aşamadır (Homme, 1965).

Kuramların yanı sıra yeme davranışını açıklayan başka teorilerde öne sürülmüştür. Bunlardan bir tanesi kısıtlama teorisidir. Kısıtlama teorisinde bireyler kilo almamak için beslenmekten kaçınır ancak, bu kaçınma bırakıldığında ise yeme atakları ortaya çıkar ve kilo alımına yol açar (Herman & Mack, 1975). Dışsallık yaklaşımda ise, yeme davranışının, tat ve koku gibi dış uyaranlara yanıt olarak gerçekleştiğini savunur, temelde fiziksel açlığın belirtileri öğrenilemediğinden yemek yemek için dışsal uyaranlara ihtiyaç duyulmaktadır (Schachter, 1968).

2.1.3.5. Obezitenin Komplikasyonları

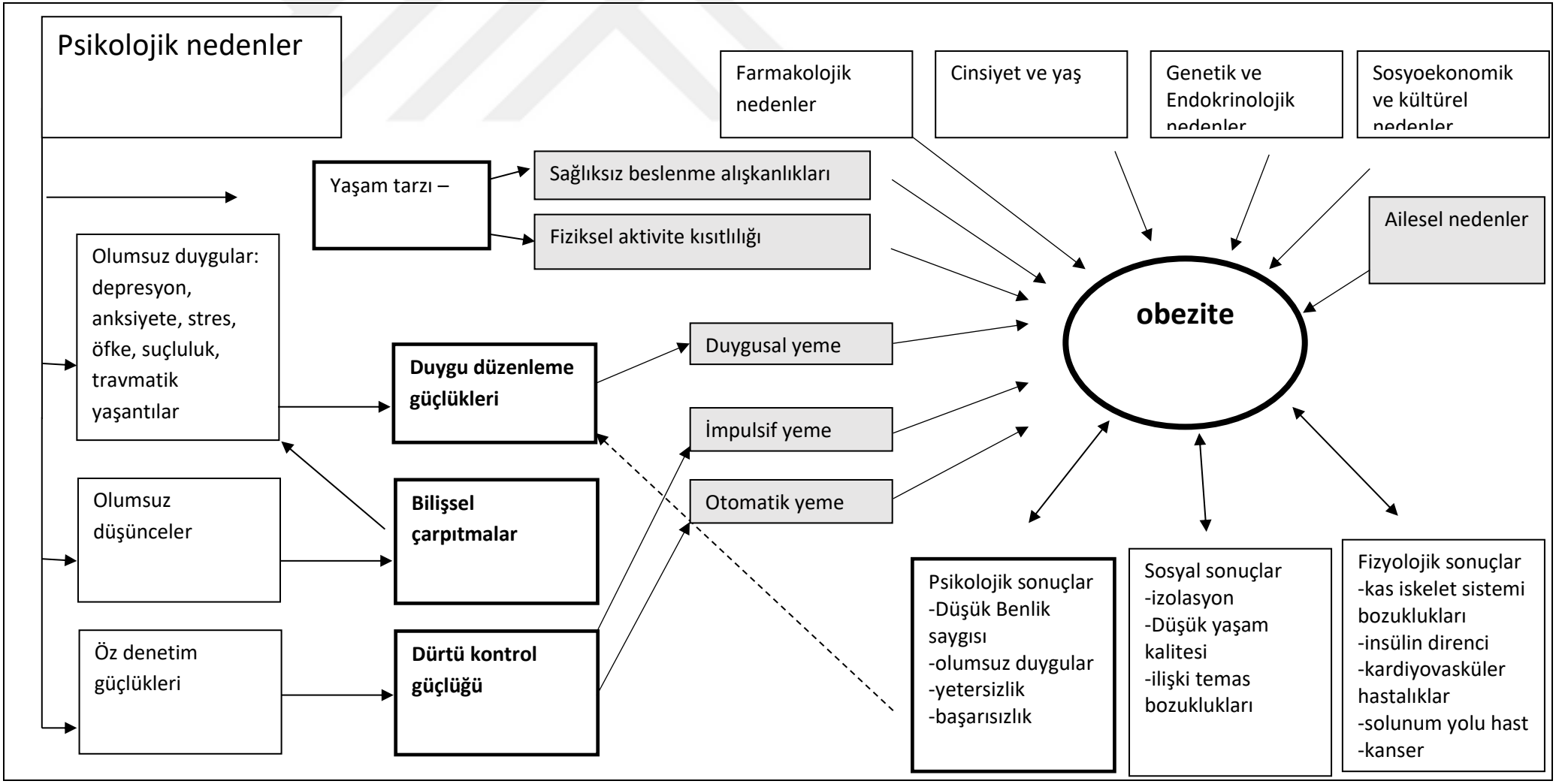
Obezite nedenleri geniş kapsamlı olduğu kadar obezitenin sebep olduğu sağlık sorunları da çok fazladır. Yağ dokusundaki artış sonucu salgılanan inflamatuvar sitokinler enerji dengesini ve iştah-doygunluk mekanizmalarını bozarak organizmanın bütün sitemine etki eder (Akıncı, 2021). Obezitenin neden olduğu rahatsızlıklar arasında yüksek tansiyon, diabet, insülin direnci, koroner kalp hastalığı, metabolizma bozuklukları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, kanser gibi fizyolojik hastalıklara neden olmaktadır (Satman vd., 2013; Wilson vd., 2002). Genel olarak, çoğu çalışma, kişinin BKİ'si arttıkça kronik hastalık ve ölüm risklerinin arttığını göstermektedir (Calle vd., 2003).

Fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra obezitenin ruh sağlığı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam tarzı sonuçları üzerinde ciddi etkileri vardır. Aşırı kilo, depresyon ve anksiyete (Bjerkeset vd., 2008), düşük benlik saygısı ve olumsuz benlik imajı (Griffiths vd., 2010), beden imgesi memnuniyetsizlik (Gouveia vd., 2014), ilişki bozuklukları, sosyal izolasyon, mesleki zorluklar, ruh hali değişimleri, yaşam

memnuniyetsizliği ve önemli ölçüde düşük yaşam kalitesi gibi psikolojik ve çevresel sorunlar (Aydemir, 2010; Becker vd., 2007; Tezcan, 2009) sayılabilir. Yaşanan sağlık sorunlarının bireylerin yaşamlarını birçok düzeyde etkilemesi bu hastalıkla mücadeleye daha fazla önem verilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde obezite psikolojik problemlere yol açmakla birlikte bu sorun yetişkinlik dönemini de etkilemektedir. Kişilik gelişiminde önemli bir dönem olan ergenlikte obezitenin varlığı ileriki yıllarda atlatılsa bile psikolojik etkileri devam edebilmektedir ve kişilik gelişimini olumsuz etkilemektedir (Aydemir, 2010). Alan literatürü çerçevesinde obezitenin etiyolojisi ve sonuçları Şekil 4'de özetlenmiştir.

Şekil 4. Obezitenin Etiyolojisi ve Sonuçlarının bütüncül sunumu



2.1.3.6. Obezitesinin Tedavisi

Çocukluk çağı ve ergenlikte obezitenin yaşamın ileriki dönemlerindeki obezite ve sağlık problemlerine yol açtığı belirlendikten sonra bu dönemde obezite önleme çalışmaları hız kazanmıştır (Akıncı, 2021). Pediatrik obezitenin tedavisinde farmakoterapi seçenekleri oldukça sınırlı olması nedeniyle uygun beslenme, egzersiz ve davranış değişikliğini vurgulayan kapsamlı bir müdahalenin oluşturulması çok önemlidir (Güngör, 2014).

Obezite tedavisindeki amaç, enerji alımında ve enerji harcanmasında kalıcı değişiklikler elde etmektir. Bunun için ihtiyaç olan yaşam tarzı değişikliklerini de içeren obezite yönetimin en önemli bileşenler arasında önleme, koruma, kilo kaybı sayılabilir (Zwiauer, 2000). Tedavi süreci, birincil ve ikincil önleme olarak da gruplandırabileceğimiz yaklaşımlarda öncelikle fazla kiloluluğun/obezitenin önlenmesini hedeflerken, sonrasında, enerji alımı ve harcanması arasıdanki dengenin sağlanarak, davranışsal değişikliklerle kalıcı yaşam tarzı değişimine odaklanılarak sağlık teşvik edilmektedir. Her iki durumda da ailelerin sürece dâhil edilmesi, bu değişimlerin diğer aile üyelerine de yayılmasına yardımcı olmaktadır (Güngör, 2014; Zwiauer, 2000).

Obezite sebepleri ve sonuçları itibarıyla komplike bir hastalık olmakla beraber tedavisi de oldukça zordur. Tedavinin başarılı olabilmesi için obezitenin nedeninin doğru olarak tespit edilmesi önemli bir aşamadır. Farklı disiplinler farklı tedavi yöntemleri uygulamakla birlikte mutidisipliner bir yaklaşımın daha etkin olacağı bildirilmektedir (Perçinel, 2013).

Ekzojen obezitenin tedavisinde temel nokta alınan enerji miktarının azaltılması ve harcanan enerji miktarının arttırılmasıdır (Çöl, 1998). Çocuklarda obezite tedavisi sürecinde erken bırakma, sürece odaklanma açısından hastanın motivasyonu çok önemlidir. Çocuklar ve ergenler genellikle aile yönlendirmesi ile tedavi sürecine girdiklerinden bu durumun kendi yaşam biçimlerinde kaynaklı olduğunu düşünmemektedirler. Çocuk ve ergenlerde tedavi sürecinde ailenin sürece dâhil edilmesi, empatik ve destekleyici yaklaşımı tedavide uyumu arttırmaktadır (Tura, 2014).

Tedavilerde genel olarak yaşam tarzı değiştirme, ilaç ve cerrahi müdahale, diyet, egzersiz programları gibi yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir. Bu yöntemler tek olarak kullanılabildiği gibi birleştirilerek de kullanılmaktadır. Bu tedaviler;

2.1.3.6.1. Diyet Tedavisi

Obezitede ilk akla gelen yöntemlerden bir tanesi diyet uygulamasıdır. Diyet tedavisi kısaca, alınan enerjinin harcanandan enerjiden daha az olması olarak ifade edilebilir. Ancak diyet, kontrolsüz ve bilinçsiz yapıldığında sağlık riskleri oluşturacağıda göz ardı edilmemelidir (Çöl, 1998).

Beslenme planı düzenlenirken aşırı kalori kısıtlamasından kaçınılmakta, çocuk ve ergenlerin gelişme ve büyümesi için ihtiyaç duyulan enerji ve besin kaynaklarının alınmasına dikkat edilmektedir. Ayrıca profesyonel olarak hazırlanmış olmalı ve vitamin, protein ve mineral bakımından da hem dengeli hem de yeterli olması gerekmektedir. Diyet tedavisinde taze meyve-sebze tüketimi ile mineral ve vitamin ihtiyaçlarının karşılanması, posalı gıdalar ile tokluk hissinin artması hedeflenmektedir (Akıncı, 2021).

Çocuklarda ve ergenlerde besin kısıtlaması ya da diyet gibi uygulamalardan önce dengeli beslenme ve fiziksel aktiviteye öncelik verilmelidir. Kahvaltının ihmal edilmesi, düzensiz öğünler, atıştırmalıkların ve yüksek kalorili gıdaların tüketiminin kontrol edilmemesi üzerinde durulması gereken ilk ve en basit önlemler arasındadır (Öztora, 2005) Yaşa uygun kalorinin %50-55'ini karbonhidratlar, %30'unu yağlar, %15-20 'si proteinlerden sağlanmaktadır. Sağlıklı beslenmede dikkat edilmesi gereken önemli konu besin çeşitliliği ve günlük olarak ihtiyaç duyulan enerji miktarıdır. Besin çeşitliliği için Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "*Türkiye Beslenme Rehberi*"nde beş başlık yer almaktadır. Önerilen bu gıdaların gruplarının (1.Süt ve ürünleri grubu, 2. Et, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar grubu, 3. Ekmek ve tahıllar, 4. Sebze grubu 5. Meyve grubu) tüketilmesi yönündedir. Önerilen miktarlar Ek. 1' de verilmiştir (Aksoy vd., 2015).

2.1.3.6.2. Egzersiz

Teknolojik gelişmelerle paralel olarak artan hareketsiz yaşam (asansör, yürüyen merdiven, kısa mesafede araç kullanımı), televizyon bilgisayar karşısında harcanan zamanın artması, sedander yaşamın benimsenmesi hem obeziteye yol açan etkenler

olarak hemde risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin nedeni olarak artan enerji alımı ve harcanan enerji arasındaki dengenin bozulması ifade edildiğinden fiziksel aktivitenin arttırılması ile harcanan enerji miktarını arttırmanın obezitenin azaltılmasında etkili olacağı ifade edilmektedir (Cameron vd., 2003).

Mevcut tedaviye düzenli egzersizlerin eklenmesi ile düzenli kilo kaybı ve verilen kilonun korunması sağlanır. Ayrıca risk faktörleri azaltılarak kardiyovasküler hastalıklar, diyabet vb. komplikasyon riskleri de azaltılır (Jakicic & Davis, 2011). Çocuk ve ergenlerde günde 20-60 dakika arası tempolu yürüyüş, koşma, bisiklet sürme gibi aktiviteler önerilmektedir. Ancak kalori kısıtlaması olmadığında orta düzeyde egzersiz kilo kaybına neden olmamaktadır. Bununla birlikte, azalan kalori alımıyla birlikte egzersiz, önemli kilo kaybı sağlayabilir ve bunu koruyabilir (Styne vd., 2017).

Obeziteyle mücadelede yeterli ve dengeli beslenme kadar fiziksel aktivite düzeyini arttırmak da önemlidir. Yapılan sağlık taramalarında Türkiye'de tüm yaş gruplarında fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Yaş cinsiyet ve fiziksel aktivite durumlarına göre ihtiyaç duyulan enerji miktarı "Türkiye Beslenme Rehberi-TÜBER" tarafından eşleştirilmiştir. Verilere ait bilgiler Ek-2'de sunulmuştur (Özçelik vd., 2015).

2.1.3.6.3. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi, kronik obezitesi olan, düşük kalorili diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulamaları yapılmasına rağmen sonuç alınamayan hastalarda kullanılan bir yaklaşımdır. İlaç tedavisine başlamadan önce diğer yöntemler en az 6 ay uygulanmalıdır. Normal sürecin dışında başka bir hastalıkla ilgili cerrahi müdahale için ve morbid obezlerde uygulanılan diyet ve egzersize ek olarak ta ilaç tedavisi kullanılabilmektedir (Akıncı, 2021).

Tedavide kullanılan ilaçların olumsuz yan etkileri sebebiyle yaygın kullanım alanı bulamamıştır. Halen dünyada obezite tedavisinde kullanılan piyasaya sürülmüş az sayıda ilaç bulunmaktadır. Kullanılan ilaçlar enerji harcanmasını arttıran, iştahı azaltan (sempatomimetrikler) ve metabolizmayı hızlandıran olmak üzere üç başlık altında incelenebilir (Akıncı, 2021).

Günümüzde yetişkinlerde kullanılan kilo verme ilaçları, çocuk ve ergen popülasyonunda endikasyon dışı kullanım için Amerka Birleşik Devletleri Gıda ve

İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) onayının bulunmaması, ilaçlarla ilgili obez çocuklar ve ergenlerde sınırlı sayıda güvenilir çalışma olması, yetişkinlerde çoğu ajan için gösterilen sınırlı etkililik gibi nedenlerle 16 yaşın altındaki kişilere reçete edilmemesi önerilmektedir (Styne vd. 2017).

2.1.3.6.4. Bariyatrik Cerrahi Tedavisi

Obezite birçok sağlık sorununa yol açabilmektedir. Özellikle morbit obezitesi olan, pübertesini tamamlamış ve final boya yaklaşmış ya da orta-ciddi komorbiditesi olan hastalarda besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik olarak cerrahi işlemler uygulanmaktadır (Akıncı, 2021).

Cerrahi yöntem ilaç tedavisi, yaşam tarzı değişikliği gibi müdahalelerde sonuç alınamayan hastalarda düşünülmektedir. Uygulanılan yöntemler: ayarlanabilir mide bandajı ile gastroplasty (midenin üst bölümünde şişirilebilir bir band geçirilir), biliopankreatik diversion ve duodenal switch (mide küçültüldükten sonra uzun bir ince barsak segmenti baypas edilir), intragastrik balon (mideye balon yerleştirilir), vertikal sleeve gastrektomi (midenin %80 çıkarılır), gastrik bypass (midenin üst kısmına bir mide poşu yaratıldıktan sonra ince barsağın distal kısmı ile birleştirilerek mide bypass edilir) (Styne vd., 2017).

Ergen popülasyonda en sık kullanılan yöntemler gastrik bypass ve vertikal sleeve gastrektomidir. Yapılan araştırmalarda bu yöntemlerle beden kitle indeksinde %28 düzeyinde azalma sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (Le Roux & Heneghan, 2018). Yapılan müdahale ile mide kapasitesi azalır ve birey daha az gıda tüketimi ile doygunluk hissine ulaşır. Bariyatrik cerrahiden sonra iyileşme süreci zor olmakla birlikte iki yıl içerisinde önemli ölçüde bir kilo kaybı yaşanır (Butcher vd., 2015). Her ne kadar uygulamada kullanılıyor olsa da cerrahi operasyonlar için belirli bazı kriterler bulunmaktadır ve mümkün olduğu sürece kullanılmaması önerilmektedir (Styne vd., 2017).

2.1.3.6.5. Psikolojik Tedavi

Obezitenin klasik diyet ve egzersiz tedavisinde başarı sağlansa bile uzun vadeli sonuçlar tatmin etmemektedir. Kalıcı bir kilo verme ve verilen kilonun korunması için ruh sağlığı desteğinin olması gerektiği gün geçtikçe kabul görmektedir. Psikolojik açıdan yapılan müdahalelere aşağıda özetlenmiştir.

Davranışçı yaklaşım, aşırı kilo ve obezite tedavisi olarak ilk 1960'ların sonlarında uygulanmıştır. Öğrenme teorisinde zemininde temellenen bu yaklaşım, temelde yeme ve egzersiz davranışlarının öğrenilen bir bileşen içerdiği ve bu nedenle yeniden öğrenilebileceği veya değiştirilebileceği varsaymaktaydı (Stuart, 1967). Ayrıca, davranışçılar, uyumsuz yeme kalıplarını ve egzersiz alışkanlıklarını değiştirmek için kişinin bu davranışları kontrol eden ve pekiştiren çevresel ipuçlarını değiştirmeye çalışması gerektiğini belirtmektedir (Wing, 2002).

Günümüzde aşırı kilolu ve obeziteyi tedavi etmek için kullanılan davranışçı yaklaşımlar iki ana varsayımı kullanır: (1) obez bireyler uyumsuz yeme ve egzersiz kalıpları sergiler, (2) bu uyumsuz davranışlar, kilo kaybına yol açan spesifik müdahalelerle değiştirilebilir (Jacob & Isaac, 2012).

Davranışçı yaklaşımın temelinde, yeme davranışı sırasında kendini izleme, davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler, hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma, uyaran kontrol tekniklerinin kullanımı ve sorun çözme eğitiminden oluşmaktadır (Wadden & Osei, 2004).

Davranışçı yaklaşım, obeziteyi uyumsuz düşünce ve inançların bir ürünü olmaktan çok, doğası gereği davranışsal olarak görür. Bu sebeple uzun vadeli obezite yönetiminde en büyük zorluk gibi görünen bilişsel faktörlerin yeniden kilo alımına katkısını ihmal etmektedir. Davranışçı müdahale tekniklerinin nüksleri önlemede kısıtlı kalması, tedaviden sonraki kaybedilen kilonun geri alınması sebebiyle yerini yeniden kilo alma sorununu ve bir hedef olarak kilo koruma ihmalini önlemek için bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır (Cooper & Fairburn, 2001).

Bilişsel davranışçı yaklaşım, obezite için de en çok tercih edilen müdahale yöntemi olarak kabul edilmektedir (Castelnuovo vd., 2017). Bilişsel davranışçı terapide kalıcı değişim için obezite ile ilgili bilişsel kavramsallaştırma, bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmeyi hedefler. Esas amaç kilo kaybından ziyade kilo kaybetmenin önündeki engelleri ortadan kaldırmak ve hastaların bilişlerini düzenleyerek etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri kazandırmaktır (Cooper & Fairburn, 2001). Bilişsel davranışçı yaklaşım obezitede yeniden kilo alma sorunuyla özellikle ilgili olabilecek bazı yeme bozukluklarına (bulimia nervosa, aşırı yeme bozukluğu) başarıyla uygulanmaktadır (Cooper ve ark., 2010).

Pek çok açıdan, bilişsel davranışçı terapi (BDT), davranışçı terapiye benzer. Her ikisi de geçmişten ziyade şimdiye ve geleceğe odaklanan probleme yönelik tedavilerdir. Hastaların değişim sürecinde aktif katılımcılar olmasını gerektiren benzer işbirlikçi terapötik yaklaşım kullanırlar ve her ikisi de etkinliklerini değerlendirmek için deneysel kanıtlar ararlar (Cooper & Fairburn, 2002). Davranış değişikliğine yönelik bazı bilişsel yaklaşımlar (örneğin problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma) bazen yeme ve egzersiz davranışında değişikliklere neden olmak için obezitenin standart davranışsal tedavide kullanılmaktadır (Fabricatore, 2007).

Obezite tedavisinde BDT'nin ana rolü, yeniden kilo alma sorununu ve bir hedef olarak kilo koruma ihmalini ele almaktır. Bu, üç ana unsur takip ederek başarılır: (1) Kilo verme ve kilo koruma arasında net bir ayrım çizerek, (2) Kilo korumasının hedef olarak kabul edilmesinin önündeki olası engelleri ele alarak, (3) Hastaların etkili kilo kontrolü için gerekli olan davranışsal becerileri ve bilişsel tepkileri edinmesine ve uygulamasına yardımcı olarak (Cooper & Fairburn, 2002).

Motivasyonel yaklaşımlar, açısından tedavi sürecinde önemli bir etken olan davranış değişikliğindeki motivasyon, sürecin devamı için faydalıdır. Motivasyonel yaklaşımla tedavi motivasyonu arttırılarak ve teşvik edilerek sağlık davranışının devamlılığı sağlanır (Ceylan & Törüner, 2020). Davranış değişikliği için bireyin öz yeterliliğini ve kişisel kontrolünü geliştirmeye çalışır. Kişisel hedefler ile mevcut davranış arasındaki tutarsızlığı vurgulayarak motivasyonu artırmak için etkileşimli, empatik bir dinleme stili kullanılmaktadır (DiLillo vd., 2003).

Ergenlik döneminde yapılan motivasyonel görüşme ile adolesanın öz-yeterliliği ve otonomisi desteklenirken içsel motivasyonu arttırılmaya çalışılır (André & Béguier, 2015). Ayrıca bireyin sağlık davranışını değiştirmeyi düşünmeye başlaması, istemesi ve bu değişimin gerçekleşmesi için değişim sürecinin her aşamasında motivasyon gereklidir. Yapılan çalışmalarda düzenli olarak planlanan randevularının bir parçası olarak motivasyonel görüşme müdahalesi alan bireylerde önemli ölçüde daha fazla kilo azalması ve fiziksel aktivitede önemli artışlar olduğunu bildirilmiştir (Bennett vd., 2010).

Pozitif psikoloji, son yıllarda kilo verme ve koruma için kullanılan diğer psikolojik yaklaşımların yanında alan literatürde yer almaya başlamıştır. Düzenli olarak olumlu duygu deneyimlerini artıran pozitif psikoloji uygulamaları, bireylerin sağlık

davranışlarıyla ilgili daha iyi başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve sorunlara alternatif çözümler bulma konusunda daha esnek ve yaratıcı olmalarına yardımcı olabilir (Tchanturia vd., 2015). Góngora (2014) 247 ergen öğrenci üzerinde yaptığı araştırmada pozitif duygu, bağlılık ve yaşamdaki anlamın ergen kızlarda yeme bozukluğu semptomları ile negatif ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır (Góngora, 2014).

Tüm pozitif psikolojik kavramlar arasında, yeme bozukluğu ve obezite tedavisi ile ilgili olarak minnettarlık, öz şefkat, farkındalık çalışılan kavramlardır. Minnettarlığa dayalı müdahalelerin, işlevsiz yeme ve vücut memnuniyetsizliğinin yanı sıra depresyon semptomlarını azalttığı bulunmuştur (Wolfe & Patterson, 2017).

Braun, Park ve Gorin (2016), yaptıkları meta analiz çalışmasında öz şefkatin olumsuz beden algısı ve yeme bozukluğuna karşı koruyucu bir faktör olduğunu bildirmişlerdir (Braun vd., 2016). Günlük olarak kendine şefkat uygulamasının klinik olmayan popülasyonlarda uyumsuz yeme alışkanlıklarını azalttığı bulunmuştur (Kelly & Stephen, 2016), bu da yeme bozukluğu olan bireylere müdahale ederken şefkati hedeflemenin önemini ortaya koymaktadır.

Farkındalık temelli yaklaşımlar incelendiğinde, duygusal yeme ve kontrolsüz yemeye odaklanıldığı görülmektedir (Evirgen, 2010; Türk, 2018). Farkındalık, deneyimlere nitelikli bir şekilde dikkat verme süreci olarak tanımlanmaktadır (Kabat-Zinn, 1990). Bir başka deyişle birey bir duruma maruz kaldığında düşünce ve duygusunu yargısız fark edebilmesi ve kabul edebilmesi olarak ifade edilebilir (Holzel ve ark., 2011).

Yapılan araştırmalar uzun vadeli sürdürülebilir bir kilo vermenin tek yolunun yeme davranışı ve fiziksel aktivite konusunda farkındalığının yüksek olması gerektiğini göstermektedir (Jakicic & Davis, 2011). Bazı araştırmalar, yeme psikopatolojisinde farkındalık temelli müdahalelerin etkinliğini değerlendirmiş, katılımcıların duygularına yanıt olarak yeme eğiliminde azalma ve otomatik yemede azalma olduğunu bildirmiştir (Daubenmier vd., 2011).

2.2. Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Olumsuz Yeme Davranışının Kavramsal İncelemesi

2.2.1. Çift Faktör Modeli

Geleneksel ruh sağlığı modelinde temel müdahale alanı psikopatoloji endekslidir. Yapılan çalışmalar sıkıntıları ya da rahatsızlıkları gidermeye odaklanırken, psikolojik

sorunların olmaması, daha yüksek düzeyde ruh sağlığı göstermek için yeterli bir koşul olmadığı (Suldo vd., 2011) eleştirileri sonucunda bireysel işleyişin olumlu yönlerine ve mutluluğa odaklanan pozitif yaklaşımlar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) ortaya çıkmıştır.

Pozitif psikolojinin arka planında bireysel işleyişin yapıcı yönlerine odaklanmak, bireylerin kendini gerçekleştirmelerine ve mutluluklarına odaklanmak esastır (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Bu yeni yaklaşımın yanı sıra geleneksel modelin sınırlılıklarını ele alan aynı zamanda pozitif kavramlara odaklanan modeller öne sürülmüştür. Bunlardan birisi olan çift faktörlü ruh sağlığı sistemi (Greenspoon & Saklofske, 2001) isimlendirilen bu yaklaşımda ruh sağlığını, pozitif (iyi oluş) ve negatif (psikopatoloji) boyutların eksiksiz olarak bütünleştiği bir durum olarak görülmesi gerektiğini öne sürer.

Bu bütüncül yaklaşımda ruh sağlığını, geleneksel psikopatoloji odaklı yaklaşımdaki gibi yalnızca hastalık veya bozukluğun yokluğu değil (Suldo & Schefer, 2008), aynı zamanda yaşam doyumu, kendini kabul etme ve sosyal katkı gibi olumlu faktörlerin varlığından oluşan eksiksiz bir yaşam olarak görülmektedir (Ryff & Singer, 1998). Bu model ruh sağlığı değerlendirmelerinde psikopatolojinin yanında pozitif göstergelerin de içermesini önermektedir (Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008). Bir başka deyişle psikopatolojiyi önlemek ve tedaviye etmeninin yanı sıra olumlu duygulanım durumlarının da göz önünde bulundurulma gerekmektedir. Özetle ruh sağlığının negatif yönünü psikopatoloji, pozitif yönünü öznel iyi oluş (ÖİO) oluşturmaktadır (Suldo & Schefer, 2008).

Çift faktör modeli olarak tanımlanan bu yaklaşımda psikopatoloji ve öznel iyi oluş kavramı bir sürekliliğin iki kutbu olarak ele alınmaz (Greenspoon & Saklofske, 2001). Bu iki kavram birbiri ile ilişkili ve birbirini tamamlayan yapılar olarak değerlendirir (Petersen vd., 2020). Bu nedenle, en az dört ruh sağlığı çeşidi olduğu ifade ederler. Bunlar:

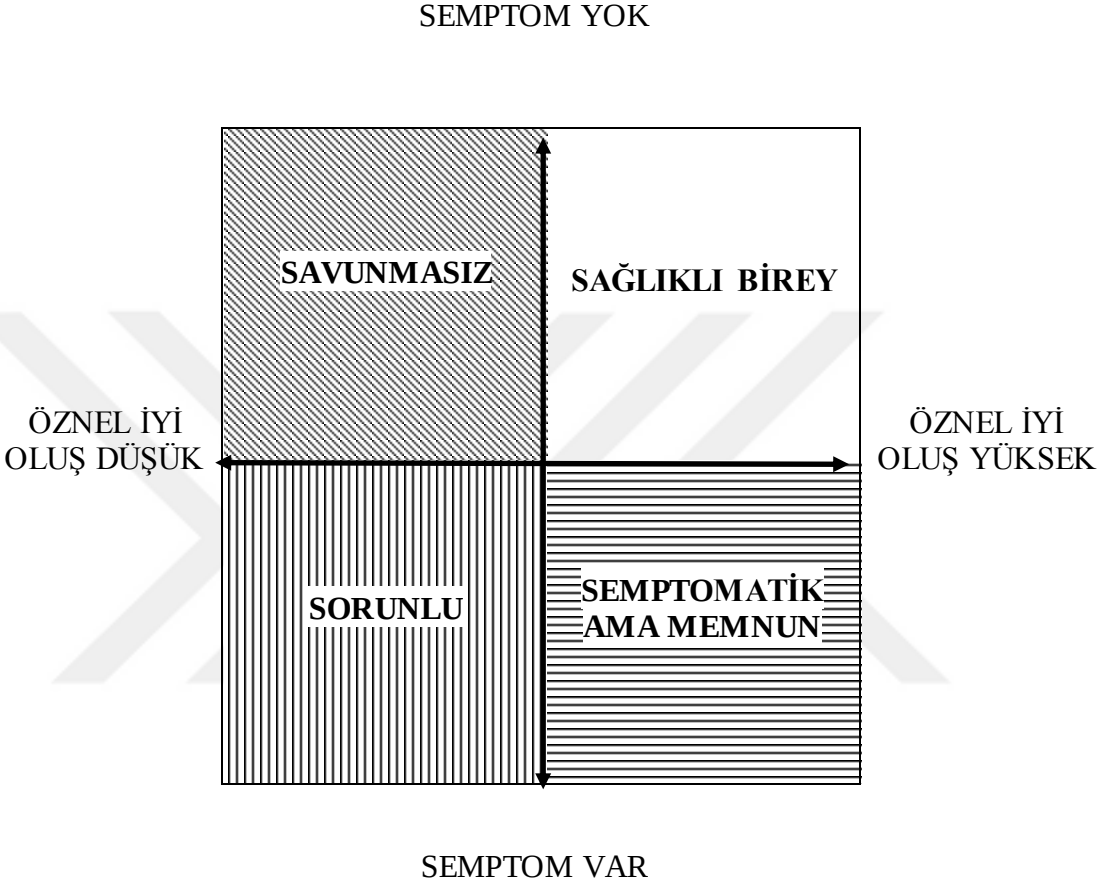
(1) düşük semptomlar ve yüksek iyilik hali (yani 'tam akıl sağlığı'),

(2) düşük semptomlar ve düşük iyilik hali (yani 'savunmasız'),

(3) yüksek semptomlar ve yüksek refah (yani 'semptomatik ama memnun')

(4) yüksek semptomlar ve düşük refah (yani 'sorunlu') (Suldo & Shaffer, 2008; Suldo vd., 2011). Alan literatürü çerçevesinde çift faktör modelinin sağlık kavramı Şekil 5'de gösterilmiştir.

Şekil 5. Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Ruh Sağlığı



Çift faktör modelinin alan literatürü tarafından da desteklediği görülmektedir. Alan literatüründe; Greenspoon ve Saklofske (2001)' nin 407 öğrenci ile yaptıkları araştırmada, öğrenciler psikopatoloji ölçütleri ve ÖİO ölçütlerinde yüksek veya düşük puanlara göre dört ruh sağlığı grubundan birine sınıflandırıldı. Bu iki faktör kullanılarak, dört farklı çocuk grubu belirlendi. Birinci grup, olumlu ruh sağlığı ile karakterize edilebilecek, ÖİO puanları yüksek ve psikopatoloji puanları düşük olan gençleri içermektedir. İkinci bir grup, psikopatolojileri yüksek ve ÖİO puanları düşük olan çocuklar olarak düşünülebilir. Üçüncü bir katılımcı grubu, önemli psikopatoloji belirtileri göstermedi, ancak düşük ÖİO seviyeleri bildirdikleri için pozitif ruh sağlığı olan gençlerden ayırt edildi. Geleneksel psikolojik araştırmalarda

da değinilmeyen son katılımcı grubu, önemli psikopatolojik semptomlar sergilemelerine rağmen yüksek ÖİO' a sahipti. Sonuç olarak; düşük psikopatolojiye sahip bireyler arasında, yüksek ÖİO' a sahip olanlar önemli ölçüde daha olumlu genel benlik saygısına, akademik özyeterliğe, kontrol odağına ve kişilerarası ilişkilere sahipti. Ayrıca, önemli psikopatolojik semptomları olan bireyler arasında, yüksek ÖİO olan çocuklar, genel benlik saygısı, sosyallik ve kontrol odağı konusunda daha olumlu puanlarla, yine daha iyi sonuç aldı. Genel olarak, psikopatolojisi yüksek ve ÖİO düşük olan gençler, yordayıcı değişkenler üzerinde en olumsuz puanlara sahip olma eğilimindeydi. Bu sonuçlar, bir çocuğun ruh sağlığının doğru bir şekilde anlaşılması için hem ÖİO hem de psikopatolojinin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Suldo ve Shaffer (2008), pozitif ruh sağlığını basitçe akıl hastalığının yokluğu olarak kavramsallaştıran geleneksel tek faktörlü modeller kullanılarak beklenenden daha az sayıda ergenin pozitif ruh sağlığına sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle patolojinin olduğu ama öznel iyi oluşunda yüksek olduğu grup pozitif ruh sağlığı açısından hatalı tanımlanmaktadır. Yine geleneksel modellerin, psikopatolojinin olmadığı ve öznel iyi oluşun düşük olduğu grubu gözden kaçıracağını belirtmektedir (Suldo & Schefer, 2008). Antaramian vd. (2010) 764 ortaokul öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada ise, yüksek ya da düşük psikopatoloji ile yüksek ya da düşük öznel iyi oluşa sahip olmalarına göre öğrencileri dört gruba ayırdılar. Genel olarak en avantajlı okul performansı için hem öznel iyi oluşun yüksekliği hem de psikopatolojinin yokluğuna ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşmışlardır.

2.2.2. Çift Faktör Modeli Ve Olumsuz Yeme Davranışları

Sebepleri ve sonuçları itibariyle obezite geniş kapsamlı olduğu için müdahale yöntemleri de çeşitlidir. Alan literaründe obezite ile mücadelede kullanılan müdahale programları incelendiğinde müdahale alanlarının psikopatoloji/semptom odaklı ya da pozitif odaklı olduğu görülmektedir. Ancak çift faktör modeline uygun tasarlanmış bir müdahaleye rastlanmamıştır. Önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen obezite ile etkin mücadele yöntemlerinin geliştirilme ihtiyacı bir zaruriyettir. Bu sebeple de çok boyutlu ve etkililiği maksimize etmek için müdahale programı çift faktör modeline uygun olarak temellendirilmiştir. Çift faktör model çerçevesinde çalışmamızın negatif yönünde olumsuz yeme davranışları (duygusal yeme, dürtüsel ve otomatik yeme) ve pozitif yönünde öznel iyi oluş aşağıda açıklanmıştır.

2.2.2.1. Negatif Yön- Duygusal Yeme

Ekzojen (basit) obezite alınan kalori miktarı ve harcanan enerji arasındaki dengesizlikten kaynaklıdır (Becker vd., 2007). Burada ilk akla gelen davranış yeme davranışıdır. Yeme davranışı beslenmeye odaklı iken arkasında birçok dinamik barındırmaktadır. Psikolojik açıdan değerlendirildiğinde bu davranış sadece beslenme olayını ifade etmemekle birlikte altında yatan psikolojik süreçler vardır.

Gelişmiş ülkelerde besinlere kolay erişim sağlanması ve anksiyeteye yemek yiyerek çözüm aranması gibi nedenlerde obezitede artışa yol açabilmektedir. Bu durumdan fizyolojik açlıktan ziyade psikolojik açlık sorumludur (Ata vd., 2014). Fizyolojik açlıktan daha çok duygusal durumla bağlantılı olan besin tüketme davranışı duygusal yeme şeklinde tanımlanmaktadır. İnsanların olumsuz yaşantılara yönelik duygularına tepki olarak yemek yemesine olarak tanımlanır (Thayer, 2003). Duygusal yeme davranışı kaygıyı azaltma aracı olarak kullanılmaktadır (Kaplan & Kaplan, 1957), ayrıca bu davranışa sadece yeme bozukluğu olan yada obezitesi olan bireylerin dışında normal kilodaki bireylerde başvurabilmektedir (Bekker vd., 2004).

Duygusal yemenin temel belirleyicisi öfke, depresyon, yalnızlık, can sıkıntısı ve kaygı gibi olumsuz duyguları azaltma çabası olduğu belirtilmektedir. Örneğin sıkıldığında, yalnız kaldığında, öfkelendiğinde, huzursuz olduğunda, üzüldüğünde yemek yemeye yönelme olarak ifade edilebilir. Bu tür yemenin olumsuz duygular üzerinde azaltıcı etkisi olduğuda görülmektedir (Ganley, 1989).

Yaşanan yoğun duygulanım ile duygusal yeme tetiklenmekte ve bu davranışın sonucunda depresif kaygılı ruh hali de artmaktadır (Thayer, 2003). Tüketilen besin sonucu vucudun endorfin salgılaması sonucu birey kısa süre içinde kendini iyi hissederken, bu gıdaların yüksek kalorili olması, kilo alımına yol açması pişmanlık ve suçluluk gibi duyguları da beraberinde getirebilmektedir (Booth, 1978).

Duygusal yemenin gıda alımını artırması ve bunun sonucunda da kilo alımına yol açması sebebiyle bu davranışı açıklamaya çalışan teoriler obezite çalışmaları çerçevesinde şekillenmiştir. Duygusal yeme davranışı ile ilişkilendirilencek bu teorilerden ilki olan psikosomatik teoride, duygusal yeme davranışında bulunan obez bireylerin duyguları hakkında farkındalıklarının olmadığı ve duygulanımı tanıma becerisinin bulunmadığını öne sürer. Bu teoriye göre, çocuktan kaynaklanan belirti ve sinyallere uygun yanıt vermemenin sonucu olarak vücut durumlarını doğru

şekilde tanımlamayı öğrenmek için gereken bilgilerin iletilmesinde belirgin eksiklikler oluşur. Böylece daha sonraki sembol ve kavram oluşumundaki çarpıklıkları fark edecek yapılar oluşturamaz. Obezitesi olan bireyler aç olduklarının farkında olmadığından iştah gibi içsel uyaranlara ya da açlık ve tokluk hislerine cevap olarak değil duygulara cevap olarak yerler (Bruch, 1961). Duygusal yeme ile ilişkilendirilen bir başka teori kaçış teorsidir. Bu teorinin savunduğu görüşe göre, birey, olumsuz açıdan farkındalık yaratan durumlardan kaçınmak için haz verici yeme davranışına yönelir. Bireyler bu teoriye göre bu ortamlardan kaçarken, dış uyaranlara yönelir ve dikkatlerini de bu yönde toplarlar, bu sayade olumsuz içsel farkındalık hakkında düşünmek zorunda kalmazlar. Aşırı yemek yeme davranışı ile düşük farkındalık ve anlamlı düşünmenin reddedilmesi birlikte görülür (Heatherton & Baumeister, 1991).

2.2.2.2. Duygusal Yeme ve Obezite ile İlgili Araştırmalar

Duygusal yemek yeme, tatlılar, çikolatalar, kekler ve bisküviler gibi tatlı yada tatlı olmayan enerjisi yoğun gıdalarla atıştırmalıkların daha fazla alımıyla ilişkilidir (Lopez-Cepero vd., 2019). Bu sebeple de duygusal yeme kilo alımında önemli bir rol oynadığı söylenebilir (Lazarevich vd., 2016).

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınların duygusal yeme davranışını erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca benlik saygısı düştükçe duygusal yeme davranışlarında da artış saptanmıştır (Kubar, 2017). Gearhardt vd. (2012), 81 obezitesi olan hasta ile yaptıkları araştırmada yemek yeme davranışına yönelmenin, olumsuz duygulanım, duygu düzenleme güşükleri ve daha düşük öz saygı puanları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu sonucuna ulaştılar. Bir başka deyişle duygusal yemenin arkasındaki psikopatoloji duygu düzenleme güçlüğü olarak ifade edilebilir.

Mexico City'deki bir devlet üniversitesindeki toplam 1453 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada duygusal yeme ve beden kitle indeksi (BKİ) arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Hem kızlarda hem de erkeklerde depresif belirtiler duygusal yeme ile ilişkili iken, duygusal yeme depresyon ve BKİ arasında arabulucu etkisi olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar açısından obezite müdahalelerinde duygu yönetim becerilerinin önemi vurgulanmıştır (Lazarevich vd., 2016).

Koenders ve van Strien (2011) 1562 kişi üzerinde yaptığı prospektif araştırmada yüksek düzeyde duygusal yeme kilo alımıyla ilişkiliyken, yüksek düzeyde spor yapma kilo kaybıyla ilişkili olarak bulundu. Ayrıca kısıtlı yemek yemenin BKİ'deki değişiklik üzerinde önemli bir etkisi bulunmadı. Konttinen vd. (2019) yaptığı prospektif araştırmada da depresyon ve duygusal yeme pozitif olarak ilişkiliydi ve ikisi de BKİ'de 7 yıllık sürede daha yüksek artışı öngördü. Bir başka bulgu olarak gece uykusu süresi, duygusal yeme ilişkilerini yönetirken, yaş, depresyon ilişkilerini yönetti. Daha spesifik olarak, duygusal yeme, daha kısa uyuyanlarda (7 saat veya daha az) daha yüksek BKİ ilişkili iken daha uzun uyuyanlarda (9 saat veya daha fazla) daha düşük BKİ ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye' de yapılan çalışmalarda da uluslararası literatürü destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin Evirgen'in (2010) yapmış olduğu araştırmada 70 obez, 52 aşırı kilolu ve 82 normal kilolu örneklemde incelemelerde bulunmuş ve obez kişilerin normal kilodaki kişilere göre duygusal sebeplerle yemeye daha fazla başvurduğu sonucuna ulaşmıştır. Araştırmada ayrıca duygusal yemenin duygu düzenleme ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Bir başka araştırmada Seven (2013) hayatlarında 5 den fazla diyet yapanların duygusal yeme davranışları, daha az diyet yapanlardan fazladır. Ayrıca duygusal sebeplerle yeme davranışının en sık kadınlarda ve obezlerde gözlendiği sonucuna da ulaşılmıştır.

2.2.2.3. Negatif Yön- Kontrolsüz/Otomatik Yeme

Yeme davranışı ile ilgili bir başa konu bireyin açlık ihtiyacı karşılanmış olmasına rağmen yemeyi sürdürmesine sebep olan öz düzenleme kapasitesindeki yetersizliktir. Öz-düzenleme ve kontrol becerilerindeki eksiklikler obezitenin etiyolojisinde yaygın olarak yer almaktadır. Kontrol becerilerindeki eksiklikler obez bireylerin hayatlarının diğer alanlarında olduğu gibi yeme davranışı üzerinde de etkisini göstermektedir (Guerrieri vd., 2008). Kontrolsüz yeme olarak adlandırlan bu durum, kontrolü kaybetme hissi ile aşırı yeme davranışını ifade etmektedir (Angle vd., 2009). Kontrolsüz yeme, bireylerin yiyeceklerin dışsal uyaranlarına cevap olarak sağlıksız gıdaları aşırı tüketimi ile karakterize olan bir yeme stilidir (Booth vd., 2018). Bu kontrolsüz ve tıkınırcasına yeme biçimi bir gıdanın aşırı biçimde ve kontrolsüzce tüketilmesidir (Masheb vd., 2011). Birey dürtüsel olarak yemek yemeyi sürdürür ve buda kilo alımına yol açar, ayrıca dürtü kontrolünde yaşanan güçlükler tedavi

sürecini de yarıda bırakılmasına neden olur (Guerrieri vd., 2008; Hjördis & Gunnar, 1989).

Kontrolsüz yeme ile ilişkilendirilen obezite teorilerinden birisi kısıtlama teorisidir. Bu teori hem duygusal yeme hemde kontrolsüz yeme ile ilişkilendirilebilir. İlk olarak Herman ve Mack (1975) tarafından önerilmiştir. Bu teoriye göre bireyler vücut ağırlığını ve görünümünü korumak için için düzenli olarak yiyecek alımında kısıtlamaya gitmekte ve bu davranış bir kere kırıldığında aşırı yeme davranışı ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifadeyle besin kısıtlaması yoksunluk hissine neden olmakta ve sonuç olarak problemli tıkınırcasına yeme davranışı ortaya çıkarak kilo değişimine sebep olmaktadır (Polivy & Herman, 1999).

Özetle kontrolsüz yeme davranışının üzerinde belirleyici etkisi olduğu düşünülen üç unsurdan bahsedilmektedir: Birincisi, çocuklarda obezitenin temel sebepleri arasında ele alınan dürtüsel davranma güdüsüdür (Thamotharan vd., 2013). İkincisi, çevrede bulunan iştah açıcı besinlerin dışsal uyaranlarından etkilenmeye yönelik eğilimdir (Schachter, 1968). Üçüncü olarak kısıtlı besin alımı ve katı diyet programlarının uygulanması yoksunluk hissinin artmasına ve tıkınırcasına yemeye yol açmaktadır (Polivy & Herman, 1999).

Dürtüsel yeme problemi olan bireylerde besin kısıtlaması öz düzenlemede başarısızlığa neden olmaktadır (Johnson vd., 2012). Dürtüsel yemenin yanı sıra Herman ve Polivy (2008) obez bireylerin dış ipuçlarına daha duyarlığı olduğunu ifade etmektedir. Özellikle duyusal (lezzet, koku) ipuçlarına normal kilodaki bireylerden daha duyarlıdırlar.

Araştırmalar, insanların çoğunlukla fiziksel olarak aç olduklarını fark ettikleri için değil, yiyeceklerin dışsal uyaranlarıyla ya da öğün zamanı olduğu için yediklerini göstermektedir (Tuomisto vd., 1998). Bu durumda ortaya çıkan yeme problemi "otomatik yeme" olarak tanımlanır. Otomatik yeme, farkında olmadan/bilinçsiz yeme eylemidir ve niyet olmadan başlar. Başladıktan sonra kontrolsüz devam eder ve bu eylem sırasında birey çok az çaba harcar. Ayrıca bir yiyeceği görmek ya da ulaşılabilecek seviyede bulundurmak da yiyecek tüketimini artırmaktadır (Bargh & Chartrand, 1999).

Otomatik yemede bireyler açlık gibi fiziksel uyaranları fark ettikleri için değil besinlerin lezzet, koku gibi dış uyarıcılarından etkilendiği ya da öğün zamanı olduğu

için yediklerini göstermektedir (Tuomisto vd., 1998). Alan literatüründe dışsallık teorisi (Schachter, 1968) ile de açıklanan bu durumda obez bireylerdeki yeme davranışında dışsal ipuçlarının daha etkili olduğu vurgulanmaktadır.

Schachter (1968)'in içsel dışsal teorisinde, obezitesi olan bireylerin açlığın fiziksel belirtilerini öğrenemediğini, bu sebeple öğrenilemeyen bu içsel uyaranlar karşısında yemeyi başlatma ve durdurma davranışları için dışsal uyaranlara ihtiyaç duyulduğunu vurgular. Bu kişilerin besinlerin dışsal uyaranlarında daha duyarlıdır. Yemek yeme davranışı açlık-tokluk hissinden ziyade besinlerin dışsal uyaranlarına (renk, görünüm, koku gibi) cevaben ortaya çıkar (Schachter, 1968). Normatif uyaranlar genellikle herkesi etkilemekle birlikte, lezzet gibi duyusal uyaranların obez bireyleri daha fazla etkilediği gözlenmiştir (Herman & Polivy, 2008).

Son olarak geleneksel obezite yaklaşımının temel odağını oluşturan yaşam tarzı önemli bir faktördür. Hareketsiz yaşam tarzı ve yetersiz egzersiz hem çocukluk döneminde hem de ergenlik döneminde obezitenin oluşmasına sebep olan nedenlerdendir. Örnek olarak; Fiziksel aktivitenin azaltılmasıyla birlikte televizyon izlerken ve bilgisayar başındayken besin tüketimidir (Gedik, 2003; Hills vd., 2011).

2.2.2.4. Kontrolsüz Yeme, Dürtüsellik ve Obezite İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Obezite ve dürtüsellikle ilgili alan literatürü incelendiğinde birçok çalışma yapıldığı görülmektedir genel olarak yiyeceklere karşı dürtüsellik, obezitede artan yiyecek alımına yol açan potansiyel bir faktör olarak kabul edilmektedir (Schag vd., 2013). Ayrıca kontrolsüz yeme obezite ile ilişkilendirilirken (Cornelis vd., 2014) dürtüsellik yeme davranışı üzerindeki kontrolü azaltmakta ve tedaviyi yarıda bırakma açısından da önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Hjördis & Gunnar, 1989).

Mobbs vd. (2010) yapmış oldukları çalışmada 47 deney ve 47 kontrol grubunda aşırı kilolu ve obez kişilerin normal kilolu kişilere göre hızlı tepki verme, azim eksikliği ve ödüle duyarlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonuçlar, obez ve fazla kilolu kişilerin otomatik davranışları engellemekte güçlük çektiklerini ve ödüle karşı daha yüksek bir hassasiyete sahip olduklarını göstermektedir. Jiang ve Hong (2016) 147 kız üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada dürtüsellik, yeme davranışı ve aktivite düzeyi ile beden kitle indeksi arasında ilişki saptamışlardır.

Çocuklarla yapılan çalışmalarda obez çocukların (N=41) zayıf çocuklara (N=40) göre daha dürtüsel olduğu ve öz kontrollerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Verbeken vd., 2009). Obez çocuklar üzerinde yapılan bir başka araştırmada da obez grupta en dürtüsel olanların en fazla kiloya sahip olduğu, ayrıca dürtüsel çocukların daha az kilo verdikleri sonuca ulaşmışlardır (Nederkoorn vd., 2007). Thamotharan vd. (2013) yapmış oldukları meta analiz sonucunda da yaşları 2-21 arasında olan 3898 örneklem büyüklüğünde toplam 23 makale incelenmiştir. El de edilen sonuçlarda, sağlıklı kilolu çocuklara göre aşırı kilolu/obez çocuklar arasında dürtüselliğin daha yüksek olduğunu bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda Annagür vd. (2012), 48 obez ve 48 sağlıklı birey üzerinde yaptıkları araştırmada, obez bireylerde depresyonu olan ve olmayanları karşılaştırmış, sonuç olarak obez olan ve depresyonu olanları dürtüselliklerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Altan (2012) yaptığı çalışmada 298 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmasındaki bulgulardan bir tanesi yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında pozitif yönde ilişki saptanmasıdır. Türk' ün (2018) üniversite öğrencileri ile yaptığında araştırmada ise kontrolsüz yeme ile duygusal yemenin birlikte arttığı görülmektedir. Ayrıca yeme farkındalığı ve duyguları yönetme becerileri azaldıkça kontrolsüz yemenin arttığı araştırma bulguları arasındadır.

Özetle ekzojen obezitenin gelişimine neden olan üç yeme biçiminin arkasındaki dinamikler; dürtü kontrol güçlükleri ve duygu düzenleme güçlükleri ve farkındalık düzeyindeki düşüklükle ile ilişkilidir. Bu sebeple çift faktör modeline uygun olarak müdahale programının psikopatolojik yönünde duysal, dürtüsel/kontrolsüz ve otomatik yeme davranışları ele alınacaktır.

2.2.2.5. Pozitif Yön – Öznel İyi Oluş ve Obezite

Genel olarak bakıldığında mutluluk hayatın temel amaçlarından birisidir. İnsanların yaşamlarında yaptıkları birçok aktivitenin (daha fazla gelir elde etmek, sınavı kazanmak, olimpiyatlarda başarılı olmak, istikrarlı bir aile hayatı kurmak vs.) temel motivasyonu mutluluktur. Mutluluk, bir duygudan ziyade iyi bir hayat yaşamak olarak ifade edilebilir. İnsanlar mutlu olmak için haz arayışına girerler ve birçok eylemde bulunabilirler. Bazen bu girişimler işlevsel olurken bazen ise bu haz arayışları geçici ve riskli eylemleri beraberinde getirebilir. Örneğin haz arayışı için

yapılan sağlık açısından riskli yarışlardan sigara tüketimi gibi aşırı yemek yeme eylemi de kısa süreli haz sağlarken uzun sürede alınan kilolar ile beraberinde suçluluk ve mutsuzluk baskın hale gelmektedir (Katsaiti, 2012).

Psikolojide "*mutluluk*" pozitif psikoloji kavramlarından öznel iyi oluş olarak ifade edilmektedir. Öznel iyi oluşun olumlu duygular, olumsuz duygular ve yaşam doyumu olmak üzere üç önemli öğesi bulunmaktadır (Diener, 1984; Eryılmaz, 2009; Lyubomirsky vd., 2005). Kapsamlı bir tanım yapacak olursak öznel iyi oluş, olumsuz duyguların az yaşanması ve olumlu duyguların sık yaşanmasının yanı sıra yaşamdan yüksek doyum alınması olarak tanımlanmaktadır (Diener, 1984).

Araştırmalar iyi oluşun üç faktörden etkilendiğini göstermiştir. Bunlar: 1) genetik yatkınlık, 2) medeni durum, finansal istikrar ve eğitim olmak üzere demografik özellikler 3) davranışsal arayışlar için motivasyon sağlayan kasıtlı düşünceler ve eylemler (Lyubomirsky vd., 2005). İnsanlar olumlu duygu deneyimlediğinde bu biliş ve davranışlarda esnekliği teşvik eder, ardından genişleyen bu davranışlar yararlı beceriler ve kaynaklar oluşturur ve sağlığı iyileştirir (Fredricson, 2004).

2.2.2.6. Öznel İyi Oluş Ve Obezite İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Literatürde öznel iyi oluşun belirleyicilerine dair birçok araştırma yapılmıştır. Örneğin; Stres (Coyle & Vera, 2013), depresyon ve anksiyete (Derdikman-Eiron vd., 2011) ve benlik saygısı (Du vd., 2017) gibi birçok değişkenle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bazı araştırmalar, aşırı kilolu veya obez olmanın öznel iyioluş, mutluluk veya yaşam memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemiştir ve bireylerin öznel iyi oluşlarının, aşırı kilo ve obeziteden kaynaklı sağlık durumu ve sosyal önyargı aracılığıyla önemli ölçüde olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Böckerman vd., 2014; Forste & Moore, 2012; Katsaiti, 2012; Kuroki vd., 2016). Forste ve Moore (2012) öznel iyi oluşun önemli bir öğesi olan yaşam doyumu ile obezitenin ilişkisini incelemiş ve sağlıklı kilodaki ergenlerin daha yüksek yaşam doyumu belirttiklerini bulmuşlardır. Böckerman vd. (2014) 4 bin üzerindeki örneklem ile yaptıkları çalışmada obezite ile öznel iyi oluş arasında güçlük bir ilişki saptamıştır ancak sağlık sorunları kontrol edildiğinde obezitenin öznel iyi oluşa etkisinin azaldığı ve aralarındaki ilişkinin kısıtlı hale geldiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu bulgulardan farklı olarak literatürdeki en geniş örneklemle yapılan bir başka araştırmada Kuroki vd. (2016) 1.465.219 kişinin ulusal araştırmalarından

yararlanarak obezite, fazla kilo ve yaşam memnuniyeti üzerinde yaptıkları araştırmada obezitesi olan kişilerin yaşam memnuniyetinde önemli düzeyde düşüklük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu ilişki ekonomik ve obeziteye bağlı sağlık sorunları kontrol edildiğinde de devam ettiğini, ayrıca obez bireylerin yemek yeme konusunda sağlıksız kararlar verdiklerini bulmuşlardır (Kuroki vd., 2016).

Sonuç olarak insanların mutluluk motivasyonlarının ve olumsuz duygulardan kaçma isteklerinin duygusal yeme aracılığıyla fazla kilo alımına sebep olduğu görülmekte fakat insanların öznel iyi oluşlarının düşük olması sebebiyle mi kilo aldılar yoksa obezite hastalıkları olduğu için mi mutsuzlar hala araştırılması gereken bir konudur. Bizim çalışamamızda obeziteye müdahale ederken çift faktör modeli çerçevesinde tam bir iyilik hali oluşturmak için ve olumsuz duygu yaşayan birelerin işlevsel olmayan arayışlara yönelmek yerine daha işlevsel başetme becerileri kazandırılması ve obezite ile mücadelede fayda sağlayacağı öngörüldüğü için öznel iyi oluş arttırılması üzerinde de durulacaktır.

2.3. Obeziteye Yönelik Hazırlanan Müdahale Programının Ampirik Ve Kuramsal Temelleri

Ekzojen obezitenin nedenlerinin çok geniş bir yelpazede değerlendirilmesi müdahalelerin de çeşitliliği üzerinde etkili olmuştur. Salt fiziksel aktiviteye ya da besin kısıtlamasına dayanan müdahalelerin yanı sıra bilişlere, duygulara ve davranışlara yönelik müdahalelerin yapıldığı görülmektedir. Obezite ile mücadele ederken yapılan deneysel çalışmalarda müdahale alanlarına bakıldığında, anormal yeme davranışı (Feliurovira vd., 2013), bilişsel değişim, farkındalık ve duygu düzenleme (Cotter vd., 2020; Dalen vd., 2010; Daubenmier vd., 2011; Hadley vd., 2020), stres (Jastreboff vd., 2018) gibi psikopatolojinin kapsamında ele alınan değişkenler olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmaların ve deneysel uygulamaların sayısı hızla artmakla birlikte literatürde obezite ile mücadelede kullanılmaya başlayan bir başka yaklaşımın pozitif psikoloji müdahaleleri olduğu görülmektedir.

Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu müdahale programında müdahalenin negatif (psikopatoloji) yönünde duygu düzenleme, dürtü kontrol ve farkındalık; pozitif yönünde öznel iyi oluş değişkenleri kademeli olarak çalışılmak üzere yapılandırılmıştır. Psikopaloji yönünde çalışılan değişkenler belirlenirken alan literatüründe sıklıkla ekzojen obezitenin nedeni olarak aktarılan anormal yeme

alışkanlıklarına müdahale hedeflenmiştir. Anormal yeme davranışlarının (duygusal yeme-dürtüsel yeme- otomatik yeme) temel itici güçleri olan dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlükleri sabit değildir ve davranışsal müdahaleler yoluyla değiştirilebilmektedir (Peckham & Johnson, 2018). Müdahale programımızda bu anormal yeme alışkanlıklarını değiştirmek için duygu düzenleme becerisi, dürtü kontrol becerisi ve farkındalık kazandırmaya odaklanılmıştır. Öncelikle ampirik olarak desteklenen müdahaleler ve alan literatüründe kullanılan müdahaleler ayrıntılı olarak taranmıştır. Duygusal yeme davranışına yönelik duygu düzenleme stratejilerinden, dürtüsel yeme davranışında dürtüselliği azaltmak için ikili dürtü teorisi temelinde dürtü kontrol becerileri stratejilerinden, otomatik yeme davranışlarına yönelik farkındalık tekniklerinden yararlanılmıştır. Araştırmanın pozitif yönünde öznel iyi oluşu arttırmaya odaklanılarak pozitif psikoloji etkinliklerinden yararlanılmıştır. Oturumlar bu dört dayanaktan yola çıkarak bütüncül bir müdahaleye uygun olarak yapılandırılmıştır.

Tablo 3. Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Hazırlanan Çok Boyutlu Müdahale Programının Kapsamı

	Çift Faktör Modeli	
	Negatif Yön	Pozitif Yön
Müdahale alanı	Duygu düzenleme Dürtüsellik Farkındalık	Öznel iyi oluş

2.3.1. Çift Faktör Modeli Negatif Yön

Obezitesi olan ergenler, olumsuz duygu durumlarından kaçmak, kaçınmak veya bunların olumsuz etkilerini en aza indirmek için genellikle olumsuz duygudurum durumlarında aşırı yemek yerler. Dolayısıyla aç olmadıklarında duygusal yeme meydana gelebilir ve yeme doyma noktasının ötesine geçerek kalori alımını artırabilir ve obeziteyi teşvik edebilir (Vandewalle vd., 2014). Obezitesi olan ergenlerde uyumsuz duygu düzenleme stratejileri (örn. Bastırma: duyguyu ifade etme davranışını engellemeye yönelik davranışsal bir strateji) daha fazla duygusal yeme ile ilişkilendirilirken, uyarlanabilir stratejiler (örn. yeniden değerlendirme: sıkıntıyı azaltmanın bir yolu olarak stresli bir durum hakkında olumlu yorumlar veya bakış açıları üretme stratejisi) daha az duygusal yeme ile ilişkilendirilmiştir (Reinelt vd., 2020). Genel olarak yeniden değerlendirme, daha iyi sağlık durumu, daha az

olumsuz duygulanım ve bastırmaya göre daha iyi uyum sağlama ile ilişkilidir (Gross, 2013).

Duygular çoğunlukla yararlı olmakla beraber bazen yıkıcı olabilmektedir. Obez ergenlerde yapılan çalışmalarda duygu düzenleme güçlüklerinin artan duygusal yeme ve tıkınırcasına yeme ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Czaja vd., 2009). Hadley vd., (2020) ergenlerle yapmış oldukları çalışmada, geliştirdikleri duygu düzenleme müdahalesinin, standart davranışsal kilo kontrol programına göre daha fazla kilo vermeye yardımcı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Obezite ile ilişkili olan duygusal yeme psikopatolojisinin arkasında bireylerin duyguları anlama, hissetme, düzenleme ve tepki oluşturma mekanizmansın işleyişinde problem vardır. Özellikle duygusal yeme davranışları sergileyen bireylerde duygu düzenleme becerilerinin kazanılması değişim için bir gereklilik olduğu söylenebilir.

Duygu düzenleme, bireylerin duygularını yönetmek için yaptıkları aktif çabadır. Bireyin duygularını düzenleyebilmesi için öncelikle bu duyguları tanıyabilmesi, hissedebilmesi gerekmektedir. Duygu düzenleme becerisi olan bir birey, duyguları anlama ve hissetme becerilerinin yanı sıra olumlu duyguları arttırma ve olumsuz duyguları azaltma yeteneğine de sahiptir (Goodall vd., 2012). Duygu düzenleme, genel olarak, stresli ve stresli olmayan durumlarda olumlu duygusal durumu sürdürmek veya olumsuz duygusal durumu iyileştirmek veya bastırmak için kullanılan stratejiler dizisi olarak tanımlanmaktadır (Gross, 2013).

Duygu düzenlemede temel amaç verilen duygusal tepkileri değiştirmektir (Gross, 2002). Bu tepkileri değiştirirken duyguların yoğunluğunu azaltarak rahatlama sağlanmaya çalışılır. Bunun yaparkende izleme, değerlendirme ve değiştirilmesinden sorumlu içsel ve dışsal süreçleri kapsamaktadır (Thompson, 1994). Bireyler, duygusal deneyimlerinin veya duygu uyandıran olayın büyüklüğünü ve/veya türünü değiştirmek için düzenleyici stratejiler kullanırlar (Diamond & Aspinwall, 2003; Gross, 1998).

Kuramsal açıdan baktığımızda alan literatüründe duygu düzenlemeye yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlardan en kapsamlı olanı Gross'un (1998;2002;2013) *süreç modelidir*. Süreç modeli iki ana başlıkta ele alınır. Bunlardan ilki duygusal tepkinin ortaya çıkmasından önce ortaya çıkan öncül duygu düzenlemedir. Öncül düzenlemede durum seçimi (duyguları düzenlemek amacıyla belirli insanlara, yerlere

veya nesnelere yaklaşmak veya bunlardan kaçınmak anlamına gelir), durum değiştirilmesi (durumun değiştirilerek olumluya çevirilmesi), dikkat yayılması (Dikkat odağını değiştirmeye yönelik stratejiler genel anlamda dikkati dağıtma, konsantrasyon ve ruminasyon başlıkları altında gruplandırılabilir) ve bilişsel değişim (Bilişsel değişimin özellikle dikkat çeken bir biçimi yeniden değerlendirmedir. Bu, duygusal etkisini değiştirecek şekilde durumu bilişsel olarak dönüştürmeyi içerir) olmak üzere dört duygu düzenleme süreci vardır. İkinci başlık ise duygusal tepkinin ortaya çıkmaya çıkmasından sonra sergilenen tepki odaklı (duygusal tepkiyi değiştirme çabası) düzenlemedir. Burada duygusal tepkinin fizyolojik, deneyimsel ve davranışsal öğelerinin düzenlenmesini içeren tepki düzenleme bulunmaktadır. Süreç modelinde her aşama bir hedeftir ve açıklanan bu beş aşamada (durum seçimi, durum değiştirilmesi, dikkat yayılması, bilişsel değişim ve tepki değişimi) birey duygularını düzenleyebilir.

Duygu düzenleme stratejilerine bir başka yaklaşım *bilişsel duygu düzenleme* kuramıdır. Garnefski vd. (2001) duygu düzenlemenin bilişsel boyutuna odalanmıştır ve dokuz farklı stratejiden bahsetmiştirler. Bunlar; kendini suçlama (kişinin yaşantılarından dolayı kendine yönelik suçluluk), diğerlerini suçlama (yaşantılarının sorumluluğunu çevre ya da diğer kişilere atfetme), ruminasyon (olumsuz duygu ve düşünceler üzerinde tekrarlayan bir odaklanma) ve felaketleştirme (yaşantılarını dehşet verici olarak algılayıp, bunun üzerine odaklanma), kabul etme (kişinin yaşadığı deneyimi kabullenerek teslim olması), pozitife tekrar odaklanma (hoşa gitmeyen bir yaşantıda o duruma odaklanmak yerine hoşa giden ve neşeli başka şeylere odaklanma), plana tekrar odaklanma (kişinin yaşantısına dair hangi adımları atacağı, olumsuz yaşantıyı nasıl ele alacağına dair bir planlama yapmasını), bakış açısını yerleştirme (bir olayın kişi için anlamlı olmayan boyutları üzerinde durmayarak sadece deneyimi ile ilgili kısımları üzerine odaklanma) ve pozitif yeniden değerlendirme (kişinin yaşantısına yeni bir anlam kazandırarak, kendi kişisel gelişimine katkı sağlaması) baş etme stratejilerinden oluşmaktadır.

Duygu düzenleme bir başka bakış açısıda sürecin bazı aşamalardan oluştuğunu vurgular. Bunlardan ilki farkındalık ve anlama, ikincisi kabul, üçüncüsüde hedefe uygun davranma ve dürtüsel davranışı kontrol etme, dördüncü adım ise etkili duygu düzenleme stratejinerine erişim olarak sıralanmıştır. Bu adımların herhangi birinin

veya tamamının olmayışı duygu düzenleme güçlüğünün veya duygudurum bozukluğunun varlığına işaret eder (Gratz & Roemer, 2004)

Aldoa ve NOlen-Hoeksema (2010) da duygu düzenleme stratejilerini işlevsellik bakımından sıralayarak, bilinçli farkındalık, yeniden değerlendirme ve problem çözmeyi uyumlu stratejiler başlığı altında, ruminasyon, tepkiyi bastırma ve davranışsal kaçınmayı ise uyumsuz olarak gruplandırmışlardır. Duygu düzenleme ile ilgili iki temel strateji olan yeniden değerlendirme ve problem çözme becerisi kazandırma stres ve başa çıkma teorileri ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlara dayanmaktadır (Aldoa & NOlen-Hoeksema, 2010). Yeniden değerlendirme bir duyguyu (örneğin, olumsuz bir duygu) farklı şekilde yorumlamak (örneğin, daha olumlu veya tarafsız bir şekilde) amacıyla yeniden düşünmeye yönelik bilişsel bir stratejidir (Gross, 2013). Problem çözme becerileri ise direkt olarak duygu düzenlemeye yönelik doğrudan girişimler olmamakla birlikte (Aldao vd., 2010) düşük düzeydeki problem çözme becerileri yeme bozukluklarına sebep olduğu bilinmektedir (VanBoven & Espelage, 2006).

Ergenlerde yapılan bir meta alaniz çalışmasında 35 araştırmanın incelemesi yapılmıştır. İnceleme sonucunda uyumlu stratejilerinin (bilişsel yeniden değerlendirme, problem çözme ve kabullenme) depresyon ve anksiyete semptomları ile negatif ilişkili olduğu, uyumsuz stratejilerin (kaçınma, bastırma ve ruminasyon) ise pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Schäfer vd., 2017). Bu bulguları destekler nitelikte başka bir çalışmada Wante vd., (2018) ergenlede dikkati yönlendirme, yeniden değerlendirme, kabul etme stratejilerinin farklı duygulanım düzeylerinde farklılaşmadığı sonucunu bildirmektedir. Buda problem çözme, dikkati yönlendirme, yeniden değerlendirmeve kabul gibi uyumlu stratejilerin olumlu etkilere yol açtığını, bu stratejilerin psikolojik sorunlara karşı önleyici ve iyileştirici olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Olumsuz yeme davranışlarından bir diğeri dürtüsel yemedir. Kuramsal olarak bakıldığında dürtüyü açıklayan birçok kuramcı olduğu söylenebilir. Bunlardan bazıları insanları harekete geçiren şeylerin temel biyolojik ihtiyaçlar (su, yiyecek, cinsellik, acıdan kaçınma ve hazza ulaşma) olduğunu vurgularken (Hull, 1943), bazıları hem biyolojik ihtiyaçların yanı sıra psikolojik ve sosyal ihtiyaçlar olduğunu öne sürmektedir (Maslow, 1943). Davranışların güdüleyicisi olarak dürtülerin kontrol edilememesi dürtüsellik olarak ifade edilir. Dürtüsel bireyler, eylemlerinin

sonuçlarını tam olarak düşünmeden ve çabuk karar verme eğilimindedirler ve hazzı ertelemekte güçlük çekerler (Ainslie, 1975). Dürtüselliğin önemli bir yönü, hazzı ertelemedeki zorluklarda sergilenen gecikmiş sonuçlara karşı duyarsızlıktır (Lawyer vd., 2015). Dürtüsellikle ilgili bir başka yön hızlı tepki verme, planlama eksikliği ve irade eksikliği ile ilişkilidir (Cre´pin, vd., 2010). Özetle dürtü kısa vadeli hedonik bir tepkiyle sonuçlanan güçlü bir teşvik olarak ifade edilebilir. Dürtüsellikte iki bağımsız bileşen vardır ve bunlar; herhangi bir zihinsel değerlendirme yapmadan hareket etmek diğeri uzun süreli kazançlar yerine kısa süreli kazançların seçilmesi olarak ifade edilir (Daruna & Barnes, 1993).

Dürtüsellikle ilgili teorilerden birisi olan ikili süreç teorisinde, zihinsel süreçlerin otomatik ve kontrollü olmak üzere iki ayrı sınıfta işlediğini vurgular. Otomatik süreçlerde yüksek düzeyde zihinsel aktivite olmadan önceki deneyimlere dayanan süreçlerdir. Bilinçli bir karar olmaksızın ortaya çıkar, daha az maliyetlidir, durdurulması güçtür ve eylemi yapan bireyin bilinçli düşüncesi olmadan meydana gelir. Kontrollü kararlar ise bireyin alternatifleri değerlendirdiği ve daha bilinçli bir karar verdiği büyük ölçüde bilinçli süreçlerdir. Bu süreçler kasıtlı olarak gerçekleşir, bilişsel kaynakların kullanılmasını gerektirir, kararı veren kişi süreci gönüllü olarak durdurabilir ve zihinsel süreç bilinçlidir (Amsel, vd., 2009).

Dürtüsellik ve obezite ile ilgili yapılan çalışmalarda; kontrolsüz yemenin, zamanla aşırı enerji alımı olasılığını arttıran, kilo alımı ve obeziteye zemin hazırlayan bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pasold vd. , 2014). Ayrıca ergenlik dönemindeki kontrolsüz yeme, yetişkinlikte anksiyete, depresyon ve daha ciddi yeme bozuklukları ile de ilişkili olduğunu bildirilmektedir (Byrne vd., 2019). Dürtüselliği daha yüksek olan veya olumsuz duygular yaşarken aceleci davranma eğiliminde olan ergenler, duygusal yeme ve tıkınırcasına yemeye yönelmeleri daha olası olduğu (Waxman, 2009), obez bireylerin önemli ölçüde dürtü kontrol güçlükleri yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Chamberlain vd., 2015).

Benzer şekilde dürtüsellik ve gece yemelerinin obezite üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Uncu vd., 2020) Schachter'in (1968) içsel dışsal teorisine göre; dışsal yeme tutumunda yemek yeme davranışı besinle aynı ortamda iken mevcuttur. Besinin özellikleri (koku, görünüş vs) bireyi etkiler ve buna bağlı olarak birey aşırı yemek yer, onun haricindeki durumlarda yemek odaklı bir algıları yoktur.

Yapılan araştırmalarda yiyeceklerin özelliklerinin yiyecek alımını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Guerrieri vd., 2008).

Dürtüsellik ve obezite arasındaki güçlü lişkiyi gösteren bir başka çalışmada, van Egmond-Froehlich vd. (2012), 253 obezitesi olan ergenle görüşmüş ve dikkatsizlik ve dürtüselliğin kilo verememe ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Dürtüsellikle obezite arasındaki ilişki (dürtüsel yeme davranışı) göz önünde bulundurulduğunda obez bireylere dürtü kontrol eğitiminin verilmesinin müdahalede önemli bir boyut olacağı öngörülebilir.

Çift faktör modelinin negatif yönündeki son olumsuz yeme davranışı otomatik yemedir. Özellikle fazla yeme davranışı ile ilişkili olan ekzojen obezitede son yıllarda farkındalık temelli müdahalelerin sayısının arttığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar farkındalığın, obezite tedavisinin önemli bir bileşeni olduğunu öne sürmektedir (Godsey, 2013; Kristeller & Wolever, 2010), ayrıca obezite ile ilişkili yeme patolojilerinin tedavisinde farkındalığın etkili bir tedavi olabileceği amprik olarak desteklenmektedir (Cotter vd., 2020).

Farkındalık, yargısız bir şekilde şimdiki ana dikkat etme deneyimini ifade eder (Kabat-Zinn, 2003). Farkındalık temelli müdahalelerin amacı, çeşitli farkındalık egzersizlerinin sistematik olarak öğretilmesi ve uygulanması sayesinde sıkıntıyı azaltan ve refahı iyileştiren beceriler geliştirmektir (Kristeller & Wolever, 2010). Farkındalık becerilerinin, öz düzenleme üzerinde önemli bir rol üstlendiği ifade edilmektedir. Bireyler gıdalarla olan ilişkilerinde duyusal ve duygusal ipuçları hakkında farkındalıklarını arttırarak değiştirdiğinde öz düzenleme becerilerinin de güçleneceği söylenebilir (Dalen vd., 2010; Kristeller & Wolever, 2010). Farkındalık eğitimi, duygu düzenlemeyi, kişinin karar verme süreçlerini ve içsel deneyimler konusundaki farkındalığını geliştirmektedir (Kristeller vd., 2014). Alanyazınında ergenlerin farkındalık temelli müdahaleleri genel olarak kabul ettiklerini bildirmektedir (Burke, 2010).

Alan literatüründe deneysel çalışmalarla da desteklendiği üzere farkındalık temelli müdahaleler düzensiz yeme ile ilişkili olan dürtüselliği azaltmak ve duygu düzenleme becerilerini geliştirmek için öne sürülmektedir (Kumar vd., 2018). Genel olarak değerlendirdiğimizde uzun vadeli sürdürülebilir bir kilo vermenin tek yolunun yeme davranışı ve fiziksel aktivite konusunda farkındalık düzeyinin yüksek olması

gerektiği söylenebilir (Jakicic & Davis, 2011). Özetle farkındalık eğitiminin obezite ile mücadelede etkililiği ampirik olarak ta desteklenmektedir. Özellikle anormal yeme davranışlarından olan otomatik yeme üzerindeki doğrudan yararı, duygu düzenleme ve dürtüsellik üzerindeki destekleyici yararı göz önüne alındığında önemli bir dayanak noktası olarak farkındalık etkinlikleri müdahale programına dâhil edilmiştir.

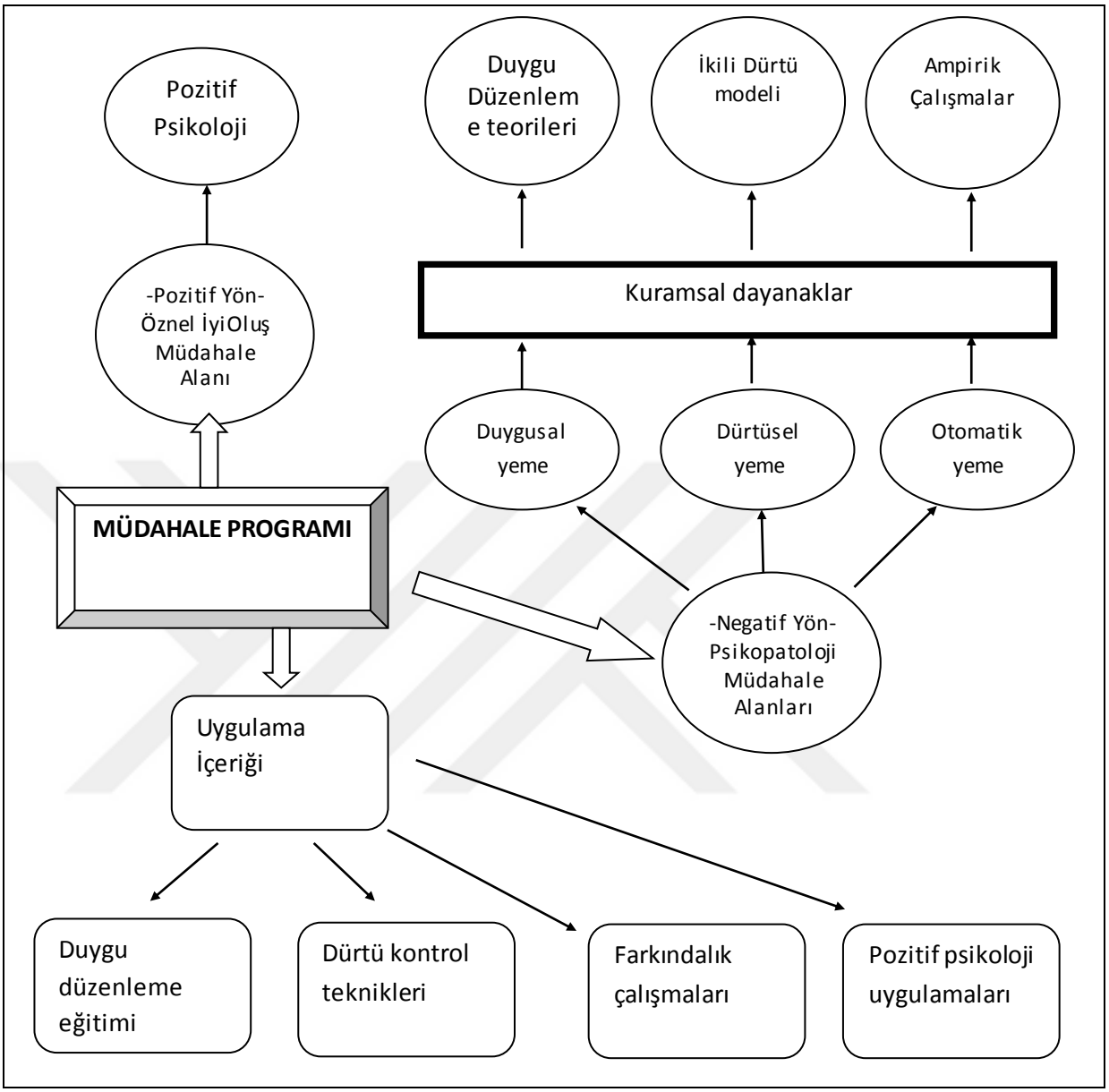
2.3.2. Çift Faktör Modeli Pozitif Yönü

Müdahalenin pozitif yönü (öznel iyi oluş) çalışılırken öznel iyi oluş ile ilgili alan literatürü incelenmiştir. Yapılan ampirik araştırmalar, bireylerin öznel iyi oluş düzeylerinin beş önemli strateji doğrultusunda yükseltilebileceğini göstermektedir. Pozitif psikoloji temelli bu stratejiler; çevreden pozitif tepki almak, çevreye pozitif tepki vermek, istekleri doyurmak, dini inancın gereğini yerine getirmek ve mutluluğu korumak olarak değerlendirilmektedir (Buss, 2000; Eryılmaz, 2011; Tkach & Lyubomirsky, 2006).

Olumlu duygu deneyimlerini artıran bu müdahaleler, obezite hastalarının sağlık davranışlarıyla ilgili daha iyi başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve sorunlara alternatif çözümler bulma konusunda daha esnek ve yaratıcı olmalarına yardımcı olabilir (Tchanturia vd., 2015). Bu stratejiler kullanılırken öznel iyi arttırmada etkili bir yöntem olan pozitif psikoloji uygulamalarından yararlanılmıştır. Geleneksel tedavi yaklaşımlarının çoğu, pozitif nitelikler ve kaynaklar oluşturmaktan ziyade akıl hastalığının semptomlarını hafifletmeye odaklansa da, pozitif psikolojinin ana odağı hastalık değil iyi olma halidir (Park vd., 2004).

Alan literatüründe pozitif psikoloji uygulamaları depresyon (Sin & Lyubomirsky, 2009), bağımlılık (Krentzman, 2013), alkol kötüye kullanımı (Akhtar & Boniwell, 2010), ve şizofreni (Meyer vd., 2012) gibi psikopatolojik durumlarda başarılı şekilde uygulandığını gösterilmektedir. Bunların yanı sıra pozitif psikoloji obeziteye bağlı yeme bozuklukları (Harrison vd., 2016; Steck vd., 2004) başta olmak üzere obezite ile ilişkili komorbiditelerde kullanıldığı görülmektedir. Yapılan meta analiz sonuçlarında pozitif psikoloji uygulamalarının öznel iyi oluşu arttırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sin & Lyubomirsky, 2009). Geliştirilen müdahale programının çift faktör modeli çerçevesinde dayanakları, müdahale alanları ve uygulama içeriği Şekil 6' de modellenmiştir.

Şekil 6. Müdahale Programının Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Dayanakları, Müdahale Alanları Ve Uygulama İçeriği



2.4. Ebeveynlere Yönelik Hazırlanan Müdahale Programının Amprik ve Kuramsal Temelleri

Alan literartüründe psikoeğitim grupları, eğitsel içeriklidir ve bireylerin becerilerini geliştirmeyi hedefleyen bir grup çalışması olarak tanımlanır. Psikoeğitim gruplarında etkileşim önemli önemli olmakla birlikte önleme ve bilgi vermeye odaklanır. Bunların yanı sıra belirli bilgiler ve beceriler de öğretilmeye çalışılır (DeLucia-Waack, 2006). Ailelerle gerçekleştirilen psikoeğitim müdahalelerinde bilgi verme ve başaçıkma stratejilerinin kazandırılması hedeflenmektedir. Psikoeğitim programında

amaç, stresi azaltmak, bilgi öğretmek, duygusal destek sağlamak, başaçıkma stratejileri öğretmek ve tedavi uyumunu arttırmak sayılabilir (Atkinson vd., 1996; Daley vd., 1992)

Bu nedenle ebeveyn müdahale programı oluşturulurken bilgi verme, motivasyon, etkileşim odaklı olmasına özen gösterilmiştir. Konu ile ilgili alan literatürü incelenmiş, kullanılacak uygulama ve teknikler belirlenerek program düzenlenmiştir.

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ebeveynlerin model davranışları ilerleyen yaşlardaki tutum ve davranışları üzerinde önemli etkiye sahiptir. Sağlıksız yemek alışkanlığı olan ailelerin çocuklarında da bu eğilim artmaktadır. Yemek zamanları çoğu ebeveyn için sağlıklı yiyecek tüketme, sağlıksızdan uzak durma, yemek yemeye odaklamaya çalışma gibi baskıların yapıldığı yaşantılara dönüşmektedir. Çocuklar üzerinde yapılan baskılar zaman içerisinde sağlıklı sağlıksız besin ayrımı ya da tokluk açlık farkındalığının algılanmasını olumsuz etkilemekte ve çocuklar sağlıklıdan uzaklaşmaktadır. Yine çocuklar üzerinde gıdanın bir ödül mekanizması olarak kullanılması da ilerleyen dönemlerde alışkanlık haline gelebilmektedir (Beşikçi, 2010).

Alan literatürü incelendiğinde ergenlerle yapılan çalışmalarda yapılan müdahalelerde ailelerin dâhil edilmesinin obezitenin prognozunda olumlu etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tura (2014) yapmış olduğu çalışmada aile temelli müdahale sonucu, çocukların ebeveynlerle ilişkilerinin düzeldiğini, yeme şeklinin olumlu anlamda değiştiği, daha dengeli ve sağlıklı besinler tüketmeye başladığını, artık kendini daha sağlıklı ve mutlu hissettiğini belirtmiştir. Çocuk ve ergenlerle çalışırken tedaviye başlanma güçlükleri ve tedaviyi yarıda bırakmanın önüne geçilmesi, tedavi uyumunun arttırılması için ailelerin de sürece katılması gereklidir.

Bütüncül yaklaşım olması sebebiyle daha önceki araştırmalarda da çocuk ve ergenlerle yapılan müdahalelere bakım verenlerin dâhil edilmesinin etkiyi kuvvetlendirdiği bilindiğinden ergenlerin bakım veren 1 ebeveynleri de sürece dâhil edilerek *"Ebeveyn müdahale"* programına alınacaktır.

3. YÖNTEM

Bu araştırma, ekzojen obezitesi olan ergenlerde çok boyutlu müdahale programının etkililiğin belirlemek amacıyla, nicel araştırma yöntemlerinden deneysel yöntem kullanılarak desenlenmiştir. Bu bölümde araştırmanın modeline, evren ve örneklem bilgilerine, veri toplama araçlarına, araştırma sürecinde verilerin toplanma aşamalarına, müdahale programının geliştirilme sürecine ve programın içeriğine, elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemlere yönelik bilgiler aktarılacaktır.

3.1. Araştırma Modeli

Deneysel modellerin farklı sınıflandırmaları bulunmaktadır. Bunlar bağımlı değişken üzerinde denenmek istenen değişkenin etkisinin gözlem sayısına, örneklem kontrol biçimlerine, araştırmaya katılan grup sayısına göre sınıflandırmalar yapılmıştır. (Akt. Karasar, 1995: 95): Buna göre deneme modelleri üç grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar; 1. Deneme Öncesi Modeller, 2. Yarı Deneme Modelleri, 3. Gerçek Deneme Modelleri olarak sıralanmaktadır.

Bu çalışmada, deneme modellerinden öntest-son test kontrol gruplu yarı deneysel yöntem kullanılarak desenlenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenini, ekzojen obezitesi olan ergenlere yönelik hazırlanan çok boyutlu müdahale programı olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri, duygu düzenleme becerisi, öznel iyi oluş, antropometrik ölçümler (kilo, boy, beden kitle indeksi) olarak belirleniştir. Araştırmada deney grubu 1 (hem ergenlere hem de ebeveynlere müdahale yapılan grup), deney grubu 2 (sadece ergenlere müdahale yapılan grup) ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayrılacaktır. Gruplar oluşturulduktan sonra ilk ölçümler yapılarak, deney grubu 1 de ekzojen obezitesi olan ergenlere ve ebeveynlerine, deney grubu 2 de ergenlere müdahale programları uygulanacaktır. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale programı uygulanmayacaktır. Daha sonra ikinci ölçümler yapılacak ve çalışmanın uygulama aşaması tamamlanacaktır. Araştırma süreci Tablo 4'de modellenmiştir.

Tablo 4. Araştırma Sürecinin Modellenmesi

	İlk ölçüm	Uygulama	İkinci ölçüm
Grup1	$Q_{1.1}$	Ergenlere ve ebeveynlerine Müdahale programı Uygulanacak	$Q_{1.2.}$
Grup2	$Q_{2.1.}$	Ergenlere Müdahale programı Uygulanacak	$Q_{2.2.}$
Kontrol	$Q_{3.1.}$	Uygulama yok	$Q_{3.2.}$

Q, ölçüm

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Erciyes Üniversitesi çocuk endokrinoloji polikliniğinde obezite tedavisi gören 15-17 yaş ergenler olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemi belirlenirken olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda ilk grupta 10 ergen ve 10 ebeveyn (hem ergenlere hemde ebeveynlerine müdahale); ikinci grupta 10 ergen ve üçüncü grupta 10 ergen (müdahale yok) üzerinde çalışma yürütülecektir.

Dâhil edilme kriterleri,

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar. (Hem ergen hem de ebeveyninin ikisinde de gönüllülük şartı aranır),
- 15 ila 17 yaş arasındaki cinsiyet ve yaşa göre BMI ≥95. persentil üzerindeki ergenler;

Dışlama kriterleri;

- Belirlenen yaş grubunun dışında kalanlar,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar (Ergen ya da ebeveynden herhangi birisinin yada her ikisinin de gönülsüz olması),
- Tedaviye aktif olarak katılamayacak durumda olanlar,
- Endojen obezitesi olanlar (genlere, hormonal bozukluklara, ilaç kullanımına vs. bağlı obezitesi olanlar),
- Araştırmaya katılımı engelleyecek önemli tıbbi hastalığı olanlar,
- Çalışmaya katılımı engelleyebileceği düşünülen sağlıksız ev ortamı (barınma problemi, sabit ikametin olmaması) olanlar;
- Mental retardasyonu olanlar,

- Psikotik bozukluğu olanlar,
- Araştırmanın yapılacağı dönemde psikoterapi ya da başka bir kilo verme programı alanlar araştırma dışı bırakılacaktır.

3.3. Veri Toplama Araçları:

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda yaş, eğitim düzeyi gibi demografik ve sağlık verilerinin olduğu sorular yer almaktadır (EK-3).

3.3.2. Antropometrik Ölçümler

Obezite ve fazla kiloluk, pratikte çoğunlukla beden kitle indeksi (BKİ) ile değerlendirilmektedir (WHO, 2021c). BKİ, bireyin kilogram cinsinden ağırlığının (kg) metre cinsinden boy uzunluğunun karesine (m2) bölünmesi (kg/m2) ile bulunmaktadır (Kulendran vd., 2017). Hazırlanan formda boy, vücut ağırlığı, vücut kitle indeks ölçümüne yönelik 3 bölüm yer almaktadır (EK-4). Vücut ağırlığı ve boy, çalışmaya başlamadan önce ve çalışmanın sonunda her katılımcı için kaydedildi. Vücut ağırlığı ve boy ölçümü dijital ölçüm cihazı ile yapıldı. Ölçümlerde katılımcıların ayakkabısız ve mümkün olan minimum giysilerle olmasına dikkat edildi. Ölçümlerde kullanılan cihaz ve özellikleri EK-5' de verilmiştir.

3.3.3. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, 36 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçek olup 6 alt boyutu vardır. Ölçeğin Türkçe'ye kazandırılması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması, 14-17 yaş grubunda Sarıtaş-Atalar vd. (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin örnek maddeleri EK 6'da verilmiştir. Ölçeğin iç geçerliliğini belirlemek için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı Cronbach α =.93 bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutlarının iç tutarlılık kat sayılarının Cronbach α =.80-.89 arasında değiştiği gözlenmiştir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin test-tekrar test guvenirliği .88 (n:21) bulunmuştur. Ölçek için kesme puanı belirlenmemiş olmakla birlikte yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğünün varlığına işaret etmektedir. Alt ölçekler şu şekildedir:

1. Amaç (negatif duygudurumunda amaca yönelik davranışı başlatma; artan puanlar amaca yönelik davranış başlatmada güçlüklere işaret eder),

2. Strateji (duygudurum düzenlemede etkin stratejiler kullanabilme; artan puanlar etkin stratejiler kullanmada güçlüklere işaret eder),

3. Dürtüsellik (dürtüsel davranışların kontrol edilmesi; artan puanlar dürtüsel davranışların kontrolünde yaşanan zorluklara işaret eder),

4. Farkındalık (duygusal yanıtların farkında olma; artan puanlar duygusal yanıtlarda farkındalığın azalmasına işaret eder),

5. Netlik (duygusal yanıtlarda net olma; artan puanlar duygusal yanıtlarda netliğin azalmasına işaret eder) ve

6. Kabul etmemedir (negatif duyguların kabulü, artan puanlar negatif duyguların kabul edilmesinde yaşanan güçlüklere işaret eder).

3.3.4. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği

Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği, Eryılmaz (2009) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 15 maddeden oluşan likert tipi dört boyutludur. Ölçeğin açıklanan varyansı %61.64'dür. Ölçek dört boyutludur. Bu boyutlar; aile ilişkilerinde doyum, önemli kişilerle ilişkilerde doyum, yaşam doyumu ve olumlu duygulardır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .86 ve Spearman Brown değeri .83; test tekrar test yöntemine dayalı güvenirlik değeri ise .83'tür. Yapılan analizler sonucunda, ölçeğin yeterli düzeyde geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçekten yüksek puan almak, stratejileri yüksek düzeyde kullanmak anlamına gelmektedir. Ölçeğin örnek maddeleri EK 7'de verilmiştir.

3.3.5. Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite (ABFA) ölçeği

Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite Ölçeği, Ihmels vd. tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin güncel formu 20 maddeden oluşmakta olup, dörtlü likert tipinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenirlik çalışması Özdemir tarafından (2020) yapılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan 20-80 arasında değişmektedir. Toplam puan karşılaştırılırken bir kesim noktası (cut off) değeri bulunmadığından, yüksek puanlar çocuğun obezitesi için daha az riskli aile uygulamalarını ve çocuk davranışlarını ifade ederken, düşük puanlar ise yüksek riskli aile ortamı ve uygulamalarıyla, çocuk davranışlarını ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,76 ve test-tekrar test güvenirlik korelasyon katsayısı 0,92'dir. Ölçeğin örnek maddeleri EK 8'de verilmiştir.

3.4. Deney Öncesi Süreç

Öncelikle obeziteye ilişkin alanyazını okunarak, obeziteye yönelik psikolojik müdahalenin amaçları belirlenmiştir. Literatürde sıklıkla karşılaşılan üç olumsuz yeme davranışı (duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme) ve obeziteye yönelik diğer psikolojik müdahaleler incelenmiştir. Daha sonra programın genel amaçları ve oturum hedefleri belirnerek tez danışmanı süpervizörlüğünde çalışılmıştır. Hazırlanan araştırma önerisi ile Yıldız Teknik Üniversitesi Etik kurulundan izin alınmıştır (EK 9). Daha sonra araştırmanın yapılacağı Erciyes Ünversitesi Çocuk Endokrinoloji bölümüde başvurularak çalışmanın yapılabileceğine dair izin alınmıştır (EK 10).

3.4.1. Programın Oluşturulması

Bu çalışmada ergenlerde olumsuz yeme davranışlarını azaltarak kilo vermelerine yardımcı olacak Psikoeğitim programı geliştirilmiştir. Program geliştirme sürecinde çift faktör modeli, duygu düzenlemede teorileri, ve pozitif psikoloji ile ilgili kuramsal ve deneysel çalışmalar okunmuş, obeziteyle ilgili yapılan psikolojik müdahale programları incelenmiştir.

Temel alınan çift faktör modeli zemininde iki çalışma alanı (negatif yön: duygusal, dürtüsel ve otomatik yeme; pozitif yön: öznel iyi oluşu arttırma) üzerinden içerik oluşturulmuştur. Duygusal yeme ile ilişkilendirilen ve çalışmamızın literatür kısmında ayrıntılı tartışılan duygu düzenleme becerilerini güçlendirmek için süreç modelinden (Gross, 1998) yararlanılmıştır. Duygusal yeme davranışına müdahale için uyumlu duygu düzenleme stratejilerinden yeniden değerlendirme ve problem çözme üzerine yönelik stratejilere uygun etkinlikler kullanılmıştır. Yeniden değerlendirme stratejisi başlığı altında duyguları tanıma, anlama, hissetme, düzenleme ve tepki oluşturma aşamaları kazandırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca programda düktüsel ve otomatik olumsuz yeme davranışları içinde dürtü kontrolünü arttıracak etkinlikler ve bilinçli farkındalık etkinlikleri kullanılmıştır. Öznel iyi oluşu arttırmak içinde pozitif psikoloji etkinliklerinden yararlanılmıştır. Ayrıca programın hazırlanma aşamasından hem yurt içi hem yurt dışı obeziteye yönelik hazırlanan yapılandırılmış müdahale programları incelenerek bu programların içeriklerinden, önerilerinden yararlanılarak program hazır hale getirilmiştir. Oturumların başlangıç aşamasında tanışma etkinlikleri kullanıldı (Altınay, 2021). Duygu düzenleme

becerilerini arttırmak için yeniden düzenleme stratejisi, ve bilinçli farkındalığı arttırmak için Arch, & Craske (2006), Cotter vd. (2020) Hadley vd. (2020), Boutelle vd. (2018) ve Matsumoto & Smith (2001) çalışmalarından, dürtüsel yeme davranışını azaltmak için kaçınma ve uyaranlara dur diyebilme tekniklerinden (Eryılmaz, 2020). Öznel iyi oluşu arttırmak için akış listem, şükür nedenlerim, minnettarlık mektubu, iyimser düşünme, mutlu eden 3 olay ve iltifat etme etkinliklerinden (Emmons & McCullough, 2003; Eryılmaz, 2021; Magyar-Moe, 2009; Stephen & Schueller, 2010) yararlanılmıştır. Oturumlar tamamlandıktan sonra uzman görüşleri ve tez danışmanın süpervizyonu eşliğinde uygulanabilir hale getirilerek pilot uygulama aşamısına devam edilmiştir. Öncelikle örneklem belirlenip hasta havuzu oluşturulmaya çalışılmıştır. Hastaların özellikli bir grup olması ve tedavi konusunda hasta yararı gözetilmiştir. Daha sonra ergen hastalardan oluşan gruba 15 haftalık, ebeveynlerine 9 haftalık Psikoeğitim yapılarak son ölçümler tamamlanmıştır. Elde edilen veriler analiz edilerek tez danışmanı süpervizyonu eşliğinde değerlendirilerek tez izleme kurulu üyelerine sunulmuştur. Daha sonra program zenginleştirilmiş ve son halini almıştır. Süreç aşamalar halinde aşağıda aktarılmaktadır.

Yapılan incelemelerde müdahale programlarının genel olarak 6 ile 16 hafta olarak tasarlandırıldığı görülmektedir. Müdahale programlarında standart bir uzunluk yoktur, ancak daha uzun süreli (saat veya hafta olarak ölçülen) müdahalelerin nispeten daha kısa müdahalelerden daha etkili olma eğiliminde olduğuna inanılmaktadır (Sin & Lyubomirsky, 2009). Bu sebeple müdahale programının içeriği ile uyumlu olarak program 15 hafta olarak tasarlandı.

3.4.1.1. Çok Boyutlu Ergen Obezite Müdahale Programı

Tablo 5. Çok Boyutlu Ergen Obezite Müdahale Programı

	Tema / Amaç	Psikoeğitim İçeriği	Süreç/ Etkinlik	Kazanımlar / Ev ödevi
1.	Yapılama, Grup aidiyetinin oluşturulması, Psikoeğitim programın kavranması,	Grup danışmanının kendini ve ÇBOM programını tanıtması, Grup üyelerinin birbirleriyle tanışıp gruba ısınmalarının sağlanması, Grup kurallarının belirlenmesi, Grup ve bireysel gerçekçi hedeflerin belirlenmesi Gruba umut aşılanması, pozitif gerçekçi	- Tanışma etkinliği - Pozitif değişime odaklanma becerisine dikkat çekmek için grup sürecinde katılacakları belli olduğu andan oturuma gelene kadar hissettikleri değişimlerin, duygu ve düşüncelerin paylaşılması - hedeflerim etkinliği	*Kazanımlar* - Grup üyeleri ile kaynaşır ve kendini grubun bir üyesi olarak hisseder. - Grup süreci hakkında bilgi edinir ve uyulması gereken kuralları kavrar. - Grup içinde kendini açmanın önemini anlar. - Değişim motivasyonu içselleştirir *Ev ÖDEVi* -Günlük aktivite kaydı

		yorumlama alışkanlığının kazanılması		
2.	Obeziteyi tanıma / Farkındalık	Obezite hakkında bilgilendirme Yaşam alanlarının tanıtılması ve obezitenin bu alanlar üzerindeki etkileri	- Hastalıkla ilgili öyküsünün paylaşılması -hastalığın psikolojik, sosyal, fiziksel sağlığa etkilerin paylaşılması -Obezite hakkında kuramsal bilginin verilmesi -Nefes egzersiz ile beden farkındalığı ve kas gevşetme çalışılması	*Kazanımlar* -katılımcılar kendi öykülerini paylaşır -hastalıklarının yaşam alanlarına etkileri hakkında farkındalık kazanır *Ev ödevi* -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite) -Nefes egzersizinin her gün pratik yapılması
3.	Obeziteyi tanıma / Farkındalık	Obezitenin nedenleri Kendini izleme	Obezitenin nedenleri ve obezitenin sürmesine yol açan davranış kalıpları ve tartışılması (duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme) -sağlıklı yaşam meditasyonu	*Kazanımlar* -Obezitenin nedenlerini öğrenirler -Obezitenin devam etmesini sağlayan davranışları kavrarlar -Kendi bedenleri ile ilgili farkındalık kazanırlar -Beden farkındalığı ve nefes farkındalığı egzersizlerini öğrenirler *Ev Ödevi* -beden farkındalığı ve nefes egzersizi -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
4	Sağlıklı beslenme	Sağlıklı beslenme Besin grupları Kalori değerleri ve yaşa göre ihtiyaç miktarı	Sağlıklı beslenme ile ilgili kuramsal bilginin verilmesi, İhtiyaç duyulan enerji miktarı ve alınan enerji miktarının farkındalığının kazanılmasına yönelik etkinlik. Sağlıklı beslenme odaklı beslenme programı hazırlama Mutluluğa yönelik akış listem etkinliği	*Kazanımlar* Sağlıklı beslenmenin önemini kavrar Besin gruplarını ve ihtiyacımız olan kalori miktarlarını bilir. Beslenme alışkanlığı hakkında farkındalık kazanır. *Ev ödevi* -Bir haftalık sağlıklı beslenme programı yapmak -Akış listem 1. Etkinliğin yapılması -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
5	Duyguları tanıma farkındalık	Duyguları tanıma Yeme farkındalığı	Duygu isimlendirme/ olumlu ve olumsuz duyguların sınıflandırılması Dikkatli yeme / Kuru üzüm etkinliği (kuru üzümü yerken düşünce ve hisleri not etmeye, lezzet ve doku tercihlerini gözlemlemeye ve her kuru	*Kazanımlar* - Duygu ve Beden farkındalığı kazanır -Olumlu /olumsuz duyguları ayırt edebilir -dikkatli yeme ve otomatik yemenin etkilerini ayırt eder. *Ev Ödevi*

			üzümün mümkün olduğunca tam olarak tadını çıkarmaya vurgu yapılır. Katılımcılar genellikle deneyimin yoğunluğuna, her bir kuru üzümün farklılığına ve yemenin lezzet, hız ve açlığa odaklanarak yapıldığında bir avuç dolusu kuru üzümü "dikkatsizce" yemekten nasıl farklı olduğuna dair farkındalıklarını paylaşırlar)	-her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete odaklanarak) farklı gıdalarda kullanma -beden farkındalığı ve nefes egzersizi -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
6	Duygu işlevi	Duygular ve işlevleri Duygulara uygun tepkiler verme	Duyguların işlevlerinin tartışma, hissedilen duygu karşısında uygun eylemler üretebilme Olumlu ya da olumsuz duygular karşısında verilen otomatik tepkileri gözlemleme, bunların yerine işlevsel tepki üretme etkinliği Rahatlatıcı meditasyon çalışması	*Kazanımlar* -olumlu ya da olumsuz duygular karşısında uygun tepkiler geliştirebilir. *Ev ödevi* -her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete ve hıza odaklanarak) farklı gıdalarda kullanma -Akış listem 2. Etkinliğin yapılması -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
7	Açlık farkındalığı	Duygusal açlık ve fiziksel açlık Açlık tetikleyicileri	Uyaran kontrolü Açlık ve aşerme ayırdı Açlık ipuçları Duygusal açlık ve fiziksel açlık belirtileri tartışılır. Katılımcılardan fiziksel olarak ne kadar aç olduklarını, 10'u mümkün olduğunca aç ve 1'i hiç aç olmayan 10 puanlık bir ölçekte not etmeleri istenir. Daha sonra açlık derecelerini belirlemek için kullanılan fiziksel sinyalleri netleştirmeleri istenir.	*Kazanımlar* -duygusal açlık ve fiziksel açlık ayrıt edebilir. -duygusal açlığı gidermek için uygun aktivitelere yönelir *Ev ödevi* -her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemeklere uygulamak -beden farkındalığı ve nefes egzersizi -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite
8	Tokluk farkındalığı	Duygusal tokluk ve fiziksel tokluk Tokluk belirtileri	Tokluk için gereken bedensel ihtiyaçların neler olduğu üzerinde durulur. Doyduğumu nasıl anlarım? Kendi yaşamında tokluk belirtilerini yakalama etkinliği yapılır.	*Kazanımlar* Tokluk için ihtiyaçlarını bilir Tokluk belirtilerini öğrenir. Fiziksel tokluğa ulaştığında ne yapması gerektiğini öğrenir. *Ev ödevi* -her gün dikkatli yeme tekniğini (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemeklerde kullanma -Akış listem 3. Etkinliğin yapılması

				-Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite
9	Problem çözme	Problem çözme becerileri Duygulara uygun yanıtlar verme	Seçilen soruna problem çözme becerisi aşamalarını uygulama Yoğun duygular karşısında problem çözme becerilerini kullanma -nefes farkındalığı etkinliği Şükür nedenlerim (Katılımcıların yaşamlarında şükranlıklarını grup üyeleri ile paylaşmaları)	*Kazanımlar* -problem çözme becerisinin basamaklarını öğrenir -problem çözme basamaklarını seçtiği bir soruna uygular -yoğun duygulanımlar karşısında problem çözme becerisinin basamaklarını kullanmayı öğrenir *Ev Ödevi* -her gün nefes meditasyonu yapmak -problemlerimi çözüyorum etkinliği -Hayatında önemli olan birisine minnettarlık mektubu yazmak -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
10	Dürtüsel Yeme döngüsü	Dürtüsel yeme ve Dürtüsel yemeyi aktive eden fiziksel (koku, tat, görüntü) durumları tanıma ve etkilerini inceleme	Katılımcılarla yemek yeme aktive eden durumlar üzerinde tartışılır. Kendilerini etkileyen özellikleri sıralamaları istenir (koku, tat, görüntü, ulaşılabilirlik, doyduktan sonrada yemeye devam Olumluyu yakalama oyunu (katılımcının seçtiği bir örnekte olumlu yönler bulunmaya çalışılır. (Mümkün oldukça fazla)	*Kazanımlar* -Dürtüsel yemenin ne olduğunu kavrar -Dürtüsel yemesinde etkili olan özellikleri bilir -Karşılaştığı olaylar, durumlar ile ilgili olumlu yönlere odaklanma becerisi geliştirir. *Ev ödevi* --her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemekte kullanma -mutlu eden 3 olay: Bir sonraki oturuma kadar her gün kendisini mutlu eden 3 olayın yazılması -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
11	Dürtüsel yeme ve baş etme stratejileri	Dürtüsel yeme karşısında kullanılacak teknikler ve kaçınma tekniği,	Kaçına tekniğinin tanıtılması Kaçınma tekniği pratiği uygulaması- Dürtüsel uyaranlar karşısında Gevşeme tekniğinin pratiği	*Kazanımlar* -Dürtüsel yeme karşısında kullanabilecekleri teknikleri bilir -kaçınma tekniğinin mantığını kavrar *Ev ödevi* *-kaçınma ve gevşeme tekniklerini kullanma* -Minnettarlık günlüğü tutmak -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)

12	Dürtüsel yeme ve baş etme stratejileri	Dürtüsel yeme karşısında kullanılacak tekniklerden içsel olumlu konuşma ve becerisi kullanma.	İçsel olumlamalar tanıtılarak katılımcılarla olumlama uygulaması yapılır. İltifat etme etkinliği	*Kazanımlar* - Dürtüsel yeme karşısında kullanabilecekleri teknikleri bilir -içsel olumlamaları bilir ve uygular. *Ev ödevi* -her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemekte kullanma -İltifat etme etkinliği yapma -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
13	Dürtüsel yeme ve baş etme stratejileri	Dürtüsel yeme karşısında kullanılacak tekniklerden hayır diyebilme becerisi kullanma.	Uyaranlara dur diyebilme etkinliği (koku, tat görsellik içeren gıdalara hayır diyebilmenin yolları çalışılır) Mutluluğa yönelik akış listesi etkinliği	*Kazanımlar* - dürtüsel yemeyi aktive eden uyaranlara hayır diyebilme becerisi kazanır *Ev ödevi* -her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemekte kullanma -Yardım etme etkinliği -akış listesindeki ilk aktiviteyi yapmak -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
14	Yıkım önleme	Beş aşamalı yıkım önleme planının tanıtılması	Yıkım önleme planının yapılması Gelecek amaçlarım ve eylem planı etkinliği	*Kazanımlar* -katılımcılar kendi yıkım önleme planını yapar -hastalık tekrarında neler yapması gerektiğini bilir Ev ödevi -akış listesindeki ikinci aktiviteyi yapmak -her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemekte kullanma -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
15	Sonlandırma	Değerlendirme Gelecek amaçları	Katılımcıların başarılı oldukları alanlar üzerinde durulur İlk oturumda konuşlan hedeflerim etkinliğinin değerlendirilmesi Programın genel değerlendirilmesi ve vedalaşma	*Kazanımlar* Katılımcıların başarıları hakkında farkındalıkları pekişir Programın etkisini sözel olarak ifade eder Geleceğe yönelik hedefleri netleştirir *Ev ödevi* Gelecek eylem planını uygula

3.4.1.2. Ebeveyn Müdahale Programı

Ebeveynlere yapılacak olan müdahalenin amacı, ergenlere yapılacak müdahaleye paralel olarak ebeveynlerin süreci kavraması, obeziteyi tanıması, olumlu ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi, iletişimin kuvvetlendirilmesi, problem çözme becerilerinin kazandırılması, problemle davranışlarla baş etme gibi beceriler kazandırmayı hedeflemektedir. Yapılacak olan psikoeğitim içeriği amaçları ve içeriği Tablo 6' da özetlenmiştir.

Tablo 6. Çok Boyutlu Ebeveyn Müdahale Programı

	Tema / Amaç	**Psikoeğitim İçeriği**	**Süreç/ Etkinlik**	**Kazanımlar / Ev ödevi**
1.	Yapılama, Grup aidiyetinin oluşturulması, Psikoeğitim programın kavranması,	Grup danışmanının kendini ve çok boyutlu ebeveyn müdahale programının tanıtılması, Grup üyelerinin birbirleriyle tanışıp gruba ısınmalarının sağlanması, Grup kurallarının belirlenmesi,	- Tanışma etkinliği -Çocuklarının Hastalığı ile ilgili öykünün paylaşılması -Bu güne kadar kullandıkları çözüm yollarının tartışılması Ebeveynlerin çocuklarına yönelik verilen eğitimden beklentilerinin belirlenmesi Gruba umut aşılanması, pozitif gerçekçi yorumlama alışkanlığının kazanılması	*Kazanımlar* - Grup üyeleri ile kaynaşır ve kendini grubun bir üyesi olarak hisseder. - Grup süreci hakkında bilgi edinir ve uyulması gereken kuralları kavrar. - Grup içinde kendini açmanın önemini anlar.
2.	Obeziteyi tanıma Farkındalık	Obezitenin nedenleri Obezite mücadele yolları	Obeziteyi tanıma, nedenlerinin ve sürmesine yol açan davranış kalıpları ve tartışılması (duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme) Müdahale sürecinde ebeveynlerin katkılarının önemi üzerinde durulması Obezitesi olan ergen ebeveyni olarak süreçte aktif rol almanın önemi üzerine tartışma	*Kazanımlar* -Obeziteyi tanır, nedenlerini bilir -Obezitenin sürmesine sebep olan davranışları bilir. - daha önce kullandığı çözüm yollarından yararlı olanları fark eder - Daha önce kullandığı çözüm yollarından faydasız olanları fark eder -Süreçte aktif olmanın önemini kavrar
3.	Olumlu Ebeveynlik/ koşulsuz kabul	Olumlu ebeveyn stratejileri Kontrol yerine destekleme	Sağlıklı etkileşimin ön koşulu olarak olumlu ebeveynlik	*Kazanımlar* -olumlu ebeveynlik stratejilerini bilir -süreçteki sorumluluğu ile

		Sorumluluk kabulü ve koşulsuz kabul	etkinliği Çocuğumu tanıyorum ve koşulsuz kabul çalışması	ilgili farkındalık kazanır -Desteklemenin önemini kavrar -olumlu pekiştirmeyi kullanır *Ev ödevi* -Olumlu ebeveynlik stratejileri kaydı tutma -Her gün için iki olumlu stratejide bulunmak
4	Sağlıklı beslenme	Sağlıklı beslenme Besin grupları Kalori değerleri ve yaşa göre ihtiyaç miktarı	Sağlıklı beslenme ile ilgili kuramsal bilginin verilmesi, İhtiyaç duyulan enerji miktarı ve alınan enerji miktarının farkındalığının kazanılmasına yönelik etkinlik. Sağlıklı beslenme odaklı beslenme programı hazırlama	*Kazanımlar* Sağlıklı beslenmenin önemini kavrar Besin gruplarını ve ihtiyacımız olan kalori miktarlarını bilir. Beslenme alışkanlığı hakkında farkındalık kazanır. *Ev ödevi* Bir haftalık sağlıklı beslenme programı yapmak
5	İletişim	Sağlıklı iletişim becerileri	Sağlıklı iletişim kurma yollarını tartışma, Empati, saygı, ben dili, etkin dinleme gibi temel iletişim becerilerine yönelik rol play etkinliği	*Kazanımlar* Temel iletişim becerilerini bilir. *Ev ödevi* Sağlık iletişim gözlem formunu her gün için doldurma -Olumlu davranışlar için pekiştirme kullanma
6	Problem çözme becerileri	Problem çözme becerileri Duygulara uygun yanıtlar verme	Seçilen soruna problem çözme becerisi aşamalarını uygulama Yoğun duygular karşısında problem çözme becerilerini kullanma her ebeveynin çocuğuna minnettarlık mektubu yazması	*Kazanımlar* -problem çözme becerisinin basamaklarını öğrenir -problem çözme basamaklarını seçtiği bir soruna uygular -yoğun duygulanımlar karşısında problem çözme becerisinin basamaklarını kullanmayı öğrenir *Ev ödevi* -Problem çözme becerilerini günlük yaşamda karşılaştığı sorunlarda kullanma
7.	Problem davranışlarla mücadele	Çocuklarda görülen problem davranışlar neler? Nedenleri neler? Problem davranışlarla mücadele yöntemleri	Problem davranışlarla ilgili yaşantı paylaşımı? Ne ? Ne zaman? Ne sıklıkla? Ne şiddette? Ebeveyn çocuk sorun alanları neler Sorunlarla	*Kazanımlar* Problem davranışları bilir Problem davranışlarla nasıl mücadele edebileceğini öğrenir Çocuğu ile ilgili sorun yaşadığı alanlarını tanımlar *Ev ödevi*

			mücadelede neler yapıyor Problem listesi hazırlama Problem davranışlara çatışma çözme aşamalarını uygulama Minnettarlık etkinliği	-problem listesindeki problemlere uygu stratejiler uygulama ve kayıt tutma Minnettarlık mektubunun paylaşılması
8	Yıkım önleme	Beş aşamalı yıkım önleme planının tanıtılması	Yıkım önleme planının yapılması	*Kazanımlar* -katılımcılar yıkım önleme planını yapar -hastalık tekrarında neler yapması gerektiğini bilir
9	Sonlandırma		Müdahale programının değerlendirilmesi Duygu ve düşüncelerin paylaşımı Gelecek eylem planı hazırlanması Vedalaşma	*Kazanımlar* - Katılımcıların kazanımları hakkında farkındalıkları pekişir Programın etkisini sözel olarak ifade eder Geleceğe yönelik hedefleri netleştirir Ev Ödevi Geleceğe yönelik eylem planının uygulanması

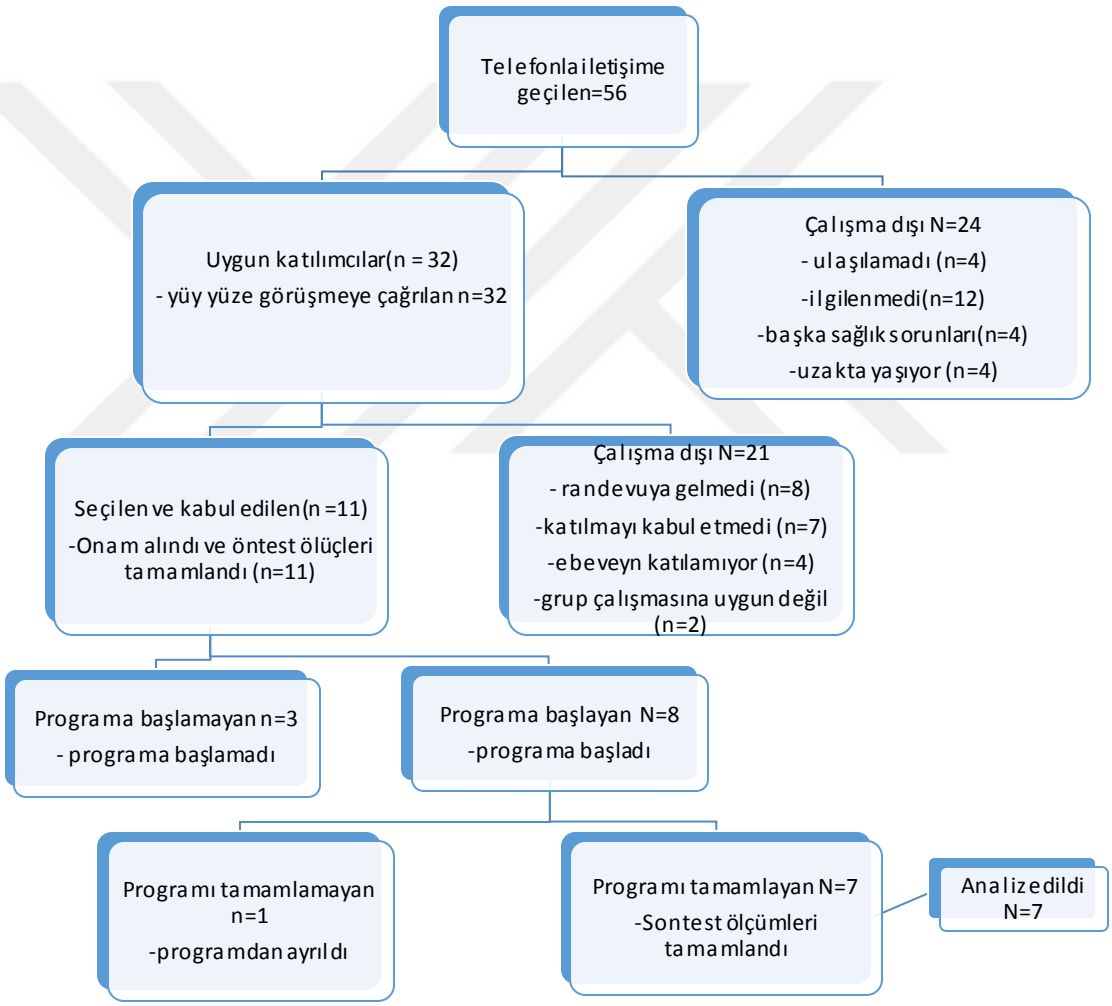
3.4.2. Pilot Uygulama Süreci ve Bulgular

Ergenlere yönelik hazırlanan müdahale programı, içerik ve yapı uygunluğu açısından deneysel işlem öncesinde pilot uygulama yapılarak gözden geçirilmiştir. Yapılan pilot uygulama ile programın eksik yönlerini tespit etme, yapısal uygunluğunu belirleme ve katılımcılar üzerindeki etkisini test etme imkanı elde edilmiştir.

Pilot uygulama, Çocuk Endokrinoloji bölümüne kilo problemi sebebi ile başvuru yapan, daha önce diyetiyetisyen tarafından verilen önerilere ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayamayan ergenler arasından uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Başlangıçta kriterleri karşılayan (BMI≥95 persentil, endojenin olmaması, diyet yada farmakolojik tedavi almıyor olmak, psikiyatrik hastalığı olmaması) toplamda 56 kişi ile telefonla iletişim kurularak görüşüldü. Bunlardan 24 kişi programa dâhil olmak istemedi. 32 ergen ve ailesi yüz yüze görüşmeye çağrıldı. Görüşmeye gelen 16 kişiye müdahale programı tanıtıldı. Katılmayı kabul eden kişiler belirlendikten sonra (N=11), hem ergenlerden hem de ebeveynlerinden aydınlatılmış onam formu alındı. Haziran 2022 arasında öntest uygulamaları tamamlandı. Katılımcılardan 3 tanesi ilk oturuma katılmadan programdan çıkmak istediklerini

bildirdi. Diğer 8 ergen ile temmuz 2022 tarihinde görüşmeler başlandı. Katılımcıdan 1 tanesi 2 oturumdan fazla katılım sağlamadığı için verileri değerlendirilmeye dâhil edilmedi. Kalan 7 kişi ile 15 haftalık görüşmeler tamamlandı. Ergenlerle yapılan oturumlarla paralel olarak her katılımcının bir ebeveyni ile de psikoeğitim çalışması yapıldı. Müdahale bitiminde son test ölçümleri yapılarak veri toplama süreci tamamlandı. Katılımcıların araştırmanın başlangıcından pilot çalışma süreci tamamlanmasına kadar süreç Şekil 7' deki akış şemasında verilmiştir.

Şekil 7. Pilot Çalışmada Katılımcıların Başlangıçtan Deneme Tamamlanmasına Kadar Consort Diagram Akış Şeması



Pilot uygulamada son test ölçümlerini tamamlayan katılımcıların verileri incelendiğinde, hem yapısal uygunluk hem de kilo verme açısından anlamlı düzeyde etkili olduğu görülmektedir. Katılımcıların demografik verileri incelendiğinde; Yaşları 15- 16 arasında değişmektedir. Boy ölçümleri 1.62-1.85 cm arasında

değişirken kilo dağılımları 77,40-122,80 arasındadır. Beden kitle indeksleri açısından yapılan hesaplamalar sonucu tamamının yaşa ve cinsiyete standardize edilen obezite kriterlerini karşıladığı bulundu. 2 katılımcının (%29) ailesinde obez birey yokken diğer 5 katılımcının (%71) anne ya da kardeşi obezdir.

Müdahale programına başlayan katılımcıların %88 i (5 kız; 2 erkek) süreci tamamladı. Programı tamamlayan katılımcıların %100'ü 13-15 (ortalama 13,86) oturuma katıldı. Oturumların süresi 60-90 dakika arasında sürdü. Süre öngörülen düzeyde olmakla birlikte 7. ve 8. oturumlar genel ortalamanın altında kalmaktadır (sırasıyla 60 dk. 65dk.). Her oturumdan sonra katılımcılara oturum yeterliği ve memnuniyet düzeyleri ile ilgili 1-10 arası puanlama yapmaları istenmiştir. Katılımcılar yeterliğe ortalama 9,94 puan, memnuniyete ise ortalama 10 puan verdiler. Demografik ve klinik özelliklerin dağılımları ve ilişkili veriler Tablo 7' de sunulmuştur.

Tablo 7. Pilot Çalışma Grubu Demografik Ve Klinik Özellikler

	M (SD)	Range
Yaş	15.43±0.54	15-16
Cinsiyet- n (%)		
Kız	5 (%71)	
Erkek	2 (%29)	
Ölçümleri		
Kilo	101.24±16.84	77,40-122,80
Boy	1.69±.08	1.62-1.85
BKİ	35.24±5.31	28.89-43.13
Ailede obez	Yok	2 (%29)
	Anne	4 (%57)
	Kardeş	1 (%14)
Yapısal değişkenler ve memnuniyet		
Oturumlara Katılım	13,86 (%92.4)	13-15
Program tamamlama oranı	% 88	
Oturum Süreleri (dakika)	82.67±11.16	60-90
ODF-A	9.94±.08	9-10
ODF-B	10	10-10

ODF-A Oturum Değerlendirme Formu A) Bugünkü oturumun içeriğinin yeterli olduğunu düşünüyorum. ODF-B Oturum Değerlendirme Formu B) Bugünkü oturumdan memnun kaldım. "

Öntest sontest ölçümleri karşılaştırıldığında katılımcıların BKİ istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı *(z=-2.197; p<.05)* ayrıca bu etkininde büyük *(r=.58)* olduğu görülmüştür. Duygu düzenlemede yaşanan zorluklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı *(z=-2.197; p<.05)* ayrıca bu etkininde büyük *(r=.58)* olduğu görülmüştür. Farkındalık açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

azaldığı *(z=-2.388; p<.05)* ayrıca bu etkininde büyük *(r=.64)* olduğu görülmüştür. Ergen öznel iyi oluşları açsından açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artışın olduğu *(z=-1.997; p<.05)* ayrıca bu etkininde büyük *(r=.53)* olduğu görülmüştür. Aile Beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı *(z=-2.371; p<.05)* ayrıca bu etkininde büyük *(r=.63)* olduğu görülmüştür. Yapılan analize ait veriler Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Pilot Uygulamadaki Değişiklikleri İnceleyen Wilcoxon İşaret Sıralama Testi

	Öntest	Sontest	Fark	Wilcoxon işaret testi					EB
	Ort±ss	**Ort±ss**		**N. ranks .**	**P. ranks**	**Eşitlik**	***z***	***p***	***r***
BKİ	35.24±5.31	34.06±5.53	-1,18	6	1	0	**-2.197**	**.028**	**.58**
DDZ Ölçeği	101.57±17.14	74.85±15.45	-26,72	6	1	0	**-2.197**	**.028**	**.58**
Netlik	14.71±4.54	10.28±3.09	-4,43	6	1	0	-1863	.063	.49
Farkındalık	20.00±2.58	12.29±3.54	-7,71	7	0	0	**-2.388**	**.017**	**.64**
Dürtüsellik	14.14±7.90	13.57±6.08	-,57	4	3	0	-.339	.734	.10
Kabul etmeme	15.00±10.29	10.14±3.43	-4,86	4	2	1	-1.363	.173	.36
Amaç	18.14±4.22	12.57±5.35	-5,57	5	2	0	-1.863	.063	.58
Strateji	19.57±7.00	16.00±5.32	-3,57	5	2	0	-1.524	.128	.41
EÖİO Ölçeği	44.71±8.20	50.00±6.95	5,29	1	5	1	**-1.997**	**.046**	**.53**
Aile ilişkilerinde doyum	13.14±1.95	13.71±1.50	,57	2	3	2	-.962	.336	.26
Önemli kişilerle ilişkilerde doyum	11.43±2.23	12.86±3.02	1,43	2	4	1	-1.476	.140	.64
yaşamdoyumu	6.28±2.81	9.14±1.77	2,86	0	5	2	**-2.060**	**.039**	**.55**
Pozitif duygular	13.86±2.55	14.28±1.70	,42	1	4	2	-.677	.498	.18
ABFAÖ	47.42±5.62	67.28±3.30	19,86	0	7	0	**-2.371**	**.018**	**.63**

ABFA- AileBeslenme ve Fiziksel kativite; BKİ- Beden Kitle İndeksi; DDZ- Duygu Düzenlemede Zorluklar; EÖİO- Ergen ÖznelİyiOluş

3.4.3. Pilot Çalışma Sonuçlarının Değerlendirilmesi Ve Bu Doğrultuda Programda Yapılan Değişiklikler

Temelde bu pilot çalışma yeni geliştirilen müdahale programının yapısal uygunluğu ve uygulanabilirliğini araştırarak sonuçları ortaya koymaktır. Yapılan incelemelerde müdahale programının katılımcılar ve klinisyen açısından bazı revizyonlar yapıldıktan sonra uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Pilot uygulama sonuçlarından yola çıkılarak tez danışmanı ile değerlendirildikten sonra yapılan düzenlemeler şunlardır.

- Öncelikli olarak oturumların yapısal uygunluğu ve sürelerine odaklanıldı. İlk olarak 7. ve 8. Oturumların öngörülenden kısa sürede bitmesi değerlendirilmiştir. Hem konu bütünlüğü hem de programın zaman standardını korumak için iki oturumun birleştirilerek tek oturum haline getirilmesinin daha uygun olacağı düşünülerek program 14 oturum üzerinden yeniden revize edilmiştir.
- Bazı etkinliklerin süresinin öngörülenden fazla uzadığı gözlenmiştir. Bu sebeple oturum içerikleri incelenerek bazı etkinliklerde değişim yapılmıştır.
- Oturumlarda işlenilen temalar gözden geçirilerek yeni davranış kalıplarının oluşmasını kolaylaştırma adına ev ödevlerinde ek düzenleme yapılmıştır.
- Ebeveynlerle yapılan psikoeğitim uygulaması gözden geçirilerek yapılan gözlemler ve katılımcıların geri bildirimleri doğrultusunda zenginleştirilmiştir.

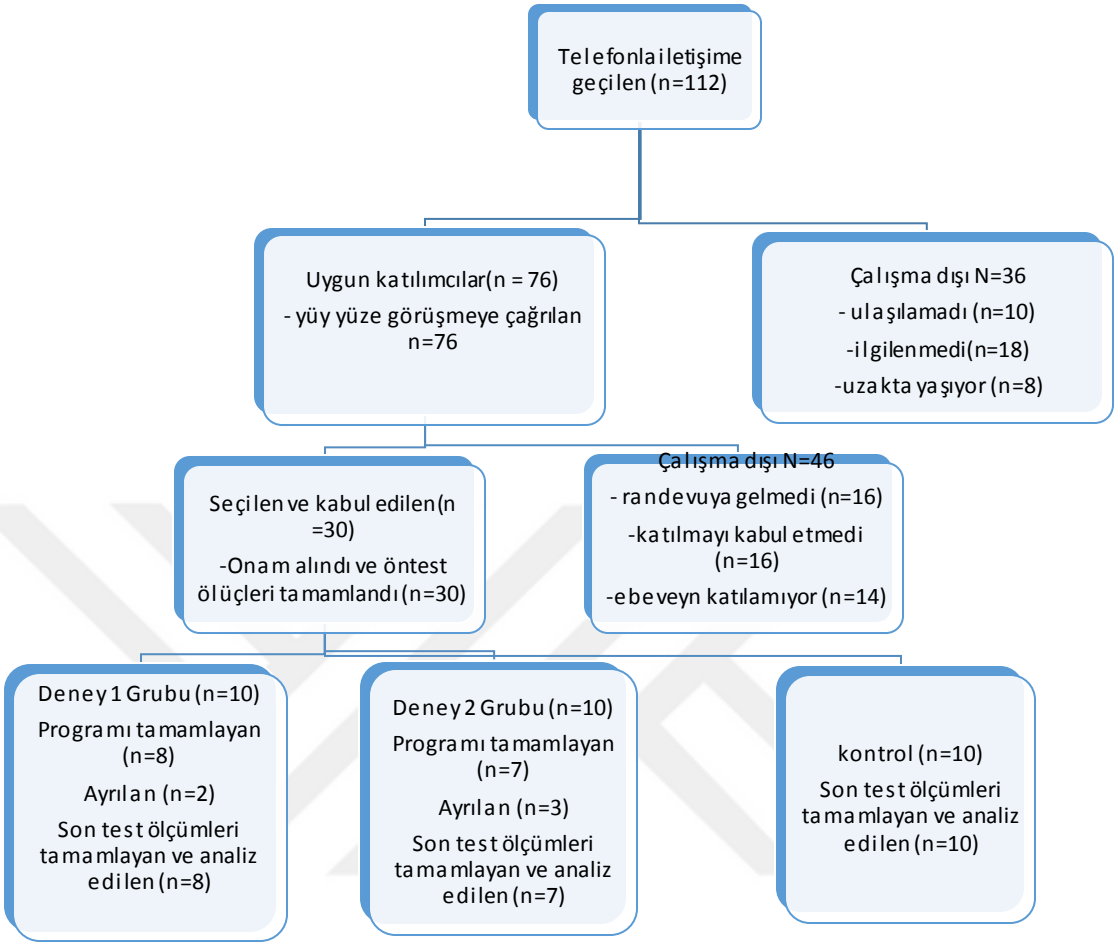
3.5. Deneysel İşlem Süreci

3.5.1. Deney gruplarının oluşturulması

Deneysel işlem sürecinde deney grupları oluşturulurken yarı deneysel süreç izlenmiştir. Her grup için seçkisiz (random) atama yapılmayarak hedeflenen sayıya ulaşıldığında deney süreci başlatılmıştır. Bunun nedeni bekleme süresinin uzun olması sebebiyle mevcut hastaların tedavi konusunda gecikme yaşamasının önüne geçmektir. Gruplar arasındaki farklılığı minimuma indirmek için deney 1 grubu tamamlandıktan sonra deney 2 grubu ve kontrol grubu oluşturulurken yaş, eğitim, cinsiyet açısından eşleştirilmeye çalışılmıştır.

Katılımcılar Erciyes Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji bölümüne obezite şikâyeti ile başvuran 15-17 yaş arasında, daha önce diyetisyen tarafından verilen önerilere ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayamayan ekzojen obezitesi olan ergenler arasından uygun örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Toplamda 112 katılımcıdan kriterleri karşılayan ve onam formu imzalayan 30 ergen (10 deney 1 grubuna; 10 deney 2 grubuna; 10 kontrol grubuna atandı) ile araştırmanın deney süreci yürütülmüştür. Deney 1 grubunda hem ergen hemde bir ebeveyni müdahale programına tabi tutulmuştur. Deney 2 grubunda sadece ergenler müdahale programına tabi tutulmuştur. Kontrol grubunda ise herhangi bir müdahale programı uygulanmamıştır. Deney süreci Aralık 2022 ile Mayıs 2023 arasında tamamlanmıştır. Deney sürecinden araştırma tamamlana kadar katılımcıların akış şeması Tablo 8'de sunulmuştur.

Şekil 8. Deney Sürecinin Katılımcılarının Başlangıçtan Deneme Tamamlanmasına Kadar Consort Diagram Akış Şeması



3.5.2. Gözden Geçirilen Müdahale Programı (Ergenlere Yönelik)

Ekzojen obezitesi olan ergenlere yönelik hazırlanan müdahale programı 14 oturumdan oluşmaktadır ve her oturum 90 dakika sürmektedir. Müdahale programının oturumlara ait temaya, konuya, amaca, kazanımlara ve kullanılan etkinlere ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir (Tablo 9). Programın uygulanma sürecine ilişkin örnek oturumlar Ek 15'de özetlenmiştir.

Tablo 9. Gözden Geçirilen Müdahale Programı (ergenlere yönelik)

Oturum	Tema	Amaç	Kazanım	Etkinlik	Ev ödevi
1	Yapılama	-Müdahale programının etkin ve verimli geçmesi için ihtiyaç duyulan grup dinamiklerinin oluşturulmaya başlanması -Programın tanıtılması -Hedeflerin belirlenmesi	- Grup üyeleri ile kaynaşır ve kendini grubun bir üyesi olarak hisseder. - Grup süreci hakkında bilgi edinir ve uyulması gereken kuralları kavrar (Ek-11). - Grup içinde kendini açmanın önemini anlar. - Değişim motivasyonu içselleştirir - Grup ve bireysel hedeflerini bilir	- Tanışma etkinliği - Hedeflerim etkinliği (Ek-12) - Pozitif değişime odaklanma becerisine dikkat çekmek için grup sürecinde katılacakları belli olduğu andan oturuma gelene kadar hissettikleri değişimlerin, duygu ve düşüncelerin paylaşılması	-Günlük aktivite kaydı (Ek-13)
2	Obeziteyi tanıma / Farkındalık	Obezite hakkında bilgilendirme Yaşam alanlarının tanıtılması	- Katılımcılar kendi öykülerini paylaşır - Hastalıklarının yaşam alanlarına etkileri hakkında farkındalık kazanır - Obezite hakkında kuramsal bilgiyi öğrenir -Beden farkındalığı ve nefes farkındalığı egzersizlerini öğrenir ve uygular	-Nefes egzersiz Obezite etki inceleme formu (Ek-14)	-Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite) -Nefes egzersizinin her gün pratik yapılması
3	Obeziteyi tanıma / Farkındalık	Obezitenin nedenleri ve obezitenin sürmesine yol açan davranış kalıpları ve tartışılması (duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme)	-Obezitenin nedenlerini öğrenirler -Obezitenin devam etmesini sağlayan davranışları kavrarlar -Kendi bedenleri ile ilgili farkındalık kazanırlar	Kas gevşeme egzersizi Obezite nedenlerim formu	-Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite) -Nefes ve kas gevşeme egzersizinin her gün pratik yapılması
4	Sağlıklı beslenme	Sağlıklı beslenme ile ilgili kuramsal bilginin verilmesi, İhtiyaç duyulan enerji miktarı ve alınan enerji miktarının farkındalığının kazanılması	Sağlıklı beslenmenin önemini kavrar Besin gruplarını ve ihtiyacımız olan kalori miktarlarını bilir. Beslenme alışkanlığı hakkında farkındalık kazanır	Sağlıklı beslenme odaklı beslenme programı hazırlama Mutluluğa yönelik akış listem etkinliği	-Sağlıklı beslenme programı yapmak -Akış listem 1. Etkinliğin yapılması -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
5	Duyguları tanıma farkındalık	Duyguların tanıtılması ve olumlu/ olumsuz duygu sınıflandırmasının öğrenilmesi	- Duygu ve Beden farkındalığı kazanır -Olumlu /olumsuz duyguları ayırt edebilir	Duygu isimlendirme/ olumlu ve olumsuz duyguların sınıflandırılması etkinliği	-Her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete odaklanarak) farklı gıdalarda kullanma

		Yeme farkındalığı hakkında bilgilendirme	-Dikkatli yeme ve otomatik yemenin etkilerini ayırt eder.	Dikkatli yeme / Kuru üzüm etkinliği	-Beden farkındalığı ve nefes egzersizi -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
6	Duyguların işlevi	Duygular ve işlevlerinin öğrenilmesi Duygulara verilen tepkileri öğrenme ve uygun tepki üretme becerisi geliştirme	-Duyguları tanır ve işlevlerini bilir -olumlu ya da olumsuz duygular karşısında uygun tepkiler üretebilir.	-Olumlu ya da olumsuz duygular karşısında verilen otomatik tepkileri gözlemleme, bunların yerine işlevsel tepki üretme etkinliği -Rehberli meditasyon çalışması	-Her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete ve hıza odaklanarak) farklı gıdalarda kullanma -Akış listem 2. Etkinliğin yapılması -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
7	Açlık-Tokluk farkındalığı	Duygusal ve fiziksel açlık/ tokluk farkındalığının öğrenilmesi Fiziksel açlık tetikleyicilerini bilme Fiziksel tokluk belirtilerini bilme	- Duygusal açlık ve fiziksel açlık ayrıt edebilir. - Duygusal açlığı gidermek için uygun aktivitelere yönelir - Fiziksel tokluk belirtilerini öğrenir. - Fiziksel tokluğa ulaştığında ne yapması gerektiğini öğrenir.	Açlık belirtilerim etkinliği Tokluk belirtilerim etkinliği	-Her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemeklere uygulamak -Akış listem 3. Etkinliğin yapılması -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite
8	Problem çözme	Problem çözme basamaklarının öğrenilmesi	-problem çözme becerisinin basamaklarını öğrenir -problem çözme basamaklarını seçtiği bir soruna uygular -yoğun duygulanımlar karşısında problem çözme becerisinin basamaklarını kullanmayı öğrenir	-Nefes farkındalığı etkinliği -Şükür nedenlerim (Katılımcıların yaşamlarında şükranlıklarını grup üyeleri ile paylaşmaları)	-Her gün nefes egzersizi yapmak -problemlerimi çözüyorum etkinliği -Hayatında önemli olan birisine minnettarlık mektubu yazmak -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
9	Dürtüsel Yeme döngüsü	Dürtüsel yeme ve Dürtüsel yemeyi aktive eden fiziksel (koku, tat, görüntü)	-Dürtüsel yemenin ne olduğunu kavrar -Dürtüsel yemesinde etkili olan özellikleri bilir	Mutlu eden 3 olay etkinliğinin tanıtılması ve pratik uygulama	-Her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa

		durumları tanınması ve etkilerini incelenmesi	-Karşılaştığı olaylar, durumlar ile ilgili olumlu yönlere odaklanma becerisi geliştirir.		odaklanarak) ana yemekte kullanma -mutlu eden 3 olay: Bir sonraki oturuma kadar her gün kendisini mutlu eden 3 olayın yazılması -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
10	Dürtüsel yeme ve baş etme stratejileri-1	Dürtüsel yeme karşısında kullanılacak teknikler ve kaçınma tekniğini öğrenme Sağlıklı yaşam alışkanlıklarını öğrenme	-Dürtüsel yeme karşısında kullanabilecekleri teknikleri bilir -kaçınma tekniğinin mantığını kavrar -Sağlıklı yaşam alışkanlıklarını bilir ve kendi listesini oluşturur	-Kaçınma tekniğini kullanma -Sağlıklı yaşam etkinliklerim listesi	-Minnettarlık günlüğü tutmak -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
11	Dürtüsel yeme ve baş etme stratejileri-2	Özdenetim kavramını öğrenme Özdenetimi artırma yollarını bilme	Özdenetim kavramını bilir. Öz denetim kavramını arttırmak için neler yapabileceğini öğrenir.	İltifat etme etkinliği	-Her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemekte kullanma -İltifat etme etkinliği yapma -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
12	Dürtüsel yeme ve baş etme stratejileri-3	Dürtüsel yeme karşısında kullanılacak tekniklerden hayır diyebilme becerisi öğrenme Dürtüsel uyaranlara hayır denilmediğinde karşılaşacağı zararları öğrenme Hayır diyebilme becerisini güçlendirme yollarını öğrenme	- dürtüsel yemeyi aktive eden uyaranlara hayır diyebilme becerisi kazanır Hayır demediğinde karşılaşcağı zararları bilir Hayır diyebilme becerisini güçlendirebilceği teknikleri (gevşeme, sağlıklı beslenme, mesafe koyma, erteleme vb.) bilir	Uyaranlara dur diyebilme etkinliği (koku, tat görsellik içeren gıdalara hayır diyebilmenin yolları çalışılır) Mutluluğa yönelik akış listesi etkinliği	-Her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemekte kullanma -Yardım etme etkinliği -akış listesindeki ilk aktiviteyi yapmak -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)

13	Sağlığı koruma	Beş aşamalı yıkım önleme planının tanıtılması	-katılımcılar kendi yıkım önleme planını yapar -hastalık tekrarında neler yapması gerektiğini bilir	Yıkım önleme planının yapılması Gelecek amaçlarım ve eylem planı etkinliği	-akış listesindeki ikinci aktiviteyi yapmak -her gün dikkatli yeme tekniği (lezzete, hıza, açlığa odaklanarak) ana yemekte kullanma -Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
14	Vedalaşma	Değerlendirme Gelecek amaçları	Katılımcıların başarıları hakkında farkındalıkları pekişir Programın etkisini sözel olarak ifade eder Geleceğe yönelik hedefleri netleştirir	Vedalaşma	Gelecek eylem planını uygula

3.5.3. Gözden Geçirilen Müdahale Programı (ebeveynlere yönelik)

Ekzojen obezitesi olan ergenlerin ebeveynlerine yönelik hazırlanan müdahale programı 9 oturumdan oluşmaktadır ve her oturum 90 dakika sürmektedir. Müdahale programının oturumlara ait temaya, konuya, amaca, sürece, kazanımlara ve kullanılan etkinlere ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir (Tablo 10). Programın uygulanma sürecine ilişkin örnek oturumlar ise Ek 16'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Gözden Geçirilmiş Ebeveyn Müdahale Programı

Oturum	Tema	Amaç	Kazanım	Etkinlik	Ev ödevi
1	Yapılama	-Müdahale programının etkin ve verimli geçmesi için ihtiyaç duyulan grup dinamiklerinin oluşturulmaya başlanması -Psikoeğitim programın tanıtılması -Grup kurallarının belirlenmesi -Çocukarlına yönelik beklentilerinin belirlenmesi -Çocuklarının hastalıkları ile ilgili öykü paylaşımı yapılması	- Grup üyeleri ile kaynaşır ve kendini grubun bir üyesi olarak hisseder. - Grup süreci hakkında bilgi edinir ve uyulması gereken kuralları kavrar. - Grup ve bireysel hedeflerini bilir	- Tanışma etkinliği - Hastalık öyküsü paylaşımı	
2	Obeziteyi tanıma / Farkındalık	Obezite hakkında bilgilendirme Obezite mücadele yolları	-Obeziteyi tanır, nedenlerini bilir -Obezitenin sürmesine sebep olan davranışları bilir. - daha önce kullandığı çözüm yollarından yararlı olanları fark eder - Daha önce kullandığı çözüm yollarından faydasız olanları fark eder -Süreçte aktif olmanın önemini kavrar	-Çözüm yollarım etkinliği	
3	Olumlu Ebeveynlik / koşulsuz kabul	Olumlu ebeveyn stratejilerini öğrenme Kontrol yerine destekleme Sorumluluk kabulü ve koşulsuz kabul	-olumlu ebeveynlik stratejilerini bilir -süreçteki sorumluluğu ile ilgili farkındalık kazanır -Desteklemenin önemini kavrar -olumlu pekiştirmeyi kullanır	Sağlıklı etkileşimin ön koşulu olarak olumlu ebeveynlik etkinliği Çocuğumu ne kadar tanıyorum çalışması	-Olumlu ebeveynlik stratejileri kaydı tutma -Her gün için iki olumlu strateji kullanmak
4	Sağlıklı beslenme	Sağlıklı beslenme ile ilgili kuramsal bilginin verilmesi, İhtiyaç duyulan enerji miktarı ve alınan enerji miktarının farkındalığının kazanılmasın	Sağlıklı beslenmenin önemini kavrar Besin gruplarını ve ihtiyacımız olan kalori miktarlarını bilir. Beslenme alışkanlığı hakkında farkındalık kazanır	Sağlıklı beslenme odaklı beslenme programı hazırlama	Bir haftalık sağlıklı beslenme programı yapmak
5	İletişim	Sağlıklı iletişim becerilerinin öğrenilmesi	Temel iletişim becerilerini bilir.	Sağlıklı iletişim kurma etkinliğinin yapılaması	Sağlık iletişim gözlem formunu her gün için doldurma -Olumlu davranışlar için pekiştirme kullanma

6	Problem çözme	Problem çözme basamaklarının öğrenilmesi	-problem çözme becerisinin basamaklarını öğrenir -problem çözme basamaklarını seçtiği bir soruna uygular -yoğun duygulanımlar karşısında problem çözme becerisinin basamaklarını kullanmayı öğrenir	Şükür nedenlerim (Katılımcıların yaşamlarında şükranlıklarını grup üyeleri ile paylaşmaları)	-Problem çözme becerilerini günlük yaşamda karşılaştığı sorunlarda kullanma
7	Problem davranışlarla mücadele	Besin ihtiyacı karşılanırken çocuklarda görülen problem davranışlar neler? Nedenleri neler? Neden devam ediyor? Hangi çözüm yollarını denediler? Sık karşılaşılan problem davranışların bilinmesi	Problem davranışları bilir Problem davranışların nedenlerini bilir Problem davranışın sürmesine neden olan davranış kalıplarını öğrenir Problem davranışlarla nasıl mücadele edebileceğini öğrenir Sık karşılaşılan problem davranışları öğrenir	Problem davranış listesi Minnettarlık mektubu (Katılımcıların çocuklarına minnettarlık mektubu yazmaları istenir)	-problem listesindeki problemlere uygu stratejiler uygulama ve kayıt tutma Minnettarlık mektubunun paylaşılması Problem davranışlarla mücadele
8	Sağlığı koruma	Beş aşamalı yıkım önleme planının tanıtılmas	-katılımcılar kendi yıkım önleme planını yapar -hastalık tekrarında neler yapması gerektiğini bilir	Yıkım önleme planının yapılması Gelecek amaçlarım ve eylem planı etkinliği	
9	Vedalaşma	Değerlendirme Gelecek amaçları	Katılımcıların başarıları hakkında farkındalıkları pekişir Programın etkisini sözel olarak ifade eder Geleceğe yönelik hedefleri netleştirir	Vedalaşma	Gelecek eylem planını uygula

3.6. Verilerin Analizi

Çalışmanın örnekleminin demografik verileri tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin öncelikle normallik varsayımı, varyans eşitliği, regresyon eğrilerinin eşitiliği gibi ön değerlendirme ölçümleri yapılarak kullanılacak analiz yöntemleri belirlenmiştir. Normallik varsayımının karşılanıp karşılanmadığı incelenirken, betimsel değerler (basıklık katsayısı, çarpıklık katsayısı vb.), grafikler ve istatistiksel testler (Kolmogorov-Simirnov, Shapiro Wilk) sıklıkla kullanılan yöntemlerdir (Büyüköztürk, 2011). Bu çalışmada da normallik varsayımı Shapiro wilk testi ve basıklık - çarpıklık değerlerine bakılarak kontrol edilmiştir. Literatürde basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1 +1 (Hair vd., 2019:s.48), -2 +2 değerlerinde kabul edilebileceğine dair açıklamalar bulunmaktadır (George & Mallery, 2019:s.114). Elde edilen niceliksel verilerin incelenmesinde; normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik testlerden Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Post Hoc yöntemlerinden homojen gruplarda Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Anlamlılığın yordayıcısı olarak etki büyüklükgünü belirlemek için "*eta kare= Gruplar arası karaler toplamı / Karaler toplamı* (Pallant, 2016)" değerleri hesaplanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde parametrik olmayan testlerden Wilcoxon T testi, Kruskal wallis ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Wilcoxon İşaretli Sıralar Testinden elde edilen bulguların anlamlı farkların etki büyüklüğünün hesaplanması için Rosenthal's formula $r = Z\sqrt{N}$ formülü kullanıldı (Pallant, 2016). Etki büyüklükleri Cohen tarafından yapılan sınıflamaya göre yorumlanmıştır. Buna göre r = .10 - .29 arasındaki etkiler düşük, r = .30 - .49 arasındaki etkiler orta; r= .50 ve daha yüksek düzeyde olan etkiler ise büyük olarak kabul edilmektedir (Cohen, 1988). Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında kikare testinden (beklenen değerler karşılanmadığında *Fisher's Exact Ki-Kare* testi) yararlanılmıştır.

Araştırma verileri incelenirken SPSS23 analiz programından faydalanılmıştır. Anlamlılık $p<.05$ ve $p<.01$ olarak ele alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde ekzojen obezitesi olan ergenlere yönelik hazırlanan müdahale programının etkililiğini test etmek için yapılan deneysel uygulama ve elde edilen nicel bulgularına yer verilmiştir. Öncelikli olarak deney ve kontrol gruplarının betimsel ve normallik incelemeleri yapılmıştır. Ardından gruplar açısından öntest puan karşılaştırmaları yapılmıştır. Daha sonra öntest-sontest puanlarındaki değişimler grup içi ve gruplar arası karşılaştırmaları yapılmıştır. Böylece hazırlanan psikoeğitim programının obezite, duygu düzenleme zorlukları ve ergen öznel iyi oluş açsından etkisi değerlendirilerek tespit edilmiştir.

4.1.Demografik Ve Klinik Özelliklere Ait Değerler

4.1.1. Deney 1 Grubunun Demografik Ve Klinik Özellikleri

Deney 1 grubunda müdahale programına başlayan katılımcıların yaşları 15-17 (ort±ss;15.60±0.70) değişmektedir. Katılımcıların 6'sı kız (%60) 4'ü erkek (%40) tır. Deney 1 grubundaki katılımcıların demografik özelliklerin dağılımları ve ilişkili veriler Tablo 11' de sunulmuştur.

Tablo 11. Deney 1 Grubu Katılımcılarının Demografik Verilerinin Dağılımı

Yaş (ort±ss)/ min-max		15.60±0.70	15-17
Cinsiyet- n (%)	Kız	6 (%60)	
	Erkek	4 (%40)	

Katılımcılardan 5 kişinin (%50) ailelerinde obezitesi olan en az 1 kişi bulunmaktadır. Kilogram cinsinden yapılan ölçümlerde kiloları 82.00-126.00 (ort±ss; 102.98±14.99) arasında, santimetre cinsinden yapılan ölçümlerde boyları 156-1.83 (ort±ss; 169±.7.39) arasında değişmektedir.

Hesaplanan beden kitle indeksleri ise 30.12-43.87 (ort±ss; 36.17±4.28) arasındadır. Daha önce obezite ve fazla kilo mücadele için 2 katılımcı (%20) herhangi bir girişimde bulunmazken, 7 kişi (%70) sadece diyet, 1 kişi (%10) hem diyet hem de egzersizi aynı anda kullanmıştır. Deney 1 grubundaki katılımcıların klinik özelliklerin dağılımları ve ilişkili veriler Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Deney 1 Grubu Katılımcılarının Klinik Verilerinin Dağılımı

Ailede obezitesi olan - n (%)	Yok	5 (%50)	
	Anne	2 (%20)	
	Baba	2 (%20)	
	Kardeş	1 (%10)	
Kronik hastalık - n (%)	Yok	8 (%80)	
	Hipertriod+sedef	1 (%10)	
	Tansiyon	1 (%10)	
Psikiyatrik hastalık - n (%)	Yok	10 (%100)	
	Var	0	
Antropometrik Ölçümler - (ort±ss)/ min-max	Kilo	102.98±14.99	82.00-126.00
	Boy	169±.7.39	156-1.83
	BKİ	36.17±4.28	30.12-43.87
Obezite için kullanılan yöntem n (%)	Yok	2 (%20)	
	Diyet	7 (%70)	
	Diyet+egzersiz	1 (%10)	

4.1.2.Deney 2 Grubunun Demografik Ve Klinik Özellikleri

Deney 2 grubunda müdahale programına başlayan katılımcıların yaşları 15-17 (ort±ss; 16.10±0.99) değişmektedir. Katılımcıların 7'si kız (%70) 3'ü erkek (%30) dir. Deney 2 grubundaki katılımcıların demografik özelliklerin dağılımları ve ilişkili veriler Tablo 13 de sunulmuştur.

Tablo 13. Deney 2 Grubu Katılımcılarının Demografik Verilerinin Dağılımı

Yaş (ort±ss)/ min-max		16.10±0.99	15-17
Cinsiyet- n (%)	Kız	7 (%70)	
	Erkek	3 (%30)	

Katılımcılardan 5 kişinin ailelerinde obezitesi olan en az 1 kişi bulunmaktadır. Kilogram cinsinden yapılan ölçümlerde kiloları 70.0-120.00 Arasında (ort±ss; 95.00±18.59), santimetre cinsinden yapılan ölçümlerde boyları 152-177 (ort±ss; 165.9±.7.95) arasında değişmektedir. Hesaplanan beden kitle indeksleri ise 29.76-43.03 (ort±ss; 34.27±4.73) arasındadır. Daha önce obezite ve fazla kilo mücadele için 4 katılımcı (%40) herhangi bir girişimde bulunmazken, 3 kişi (%30) sadece diyet, 1 kişi (%10) egzersiz, 2 kişi (%20) hem diyet hemde egzersizi aynı anda kullanmıştır. Deney 2 grubundaki katılımcıların klinik özelliklerin dağılımları ve ilişkili veriler Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14. Deney 2 Grubu Katılımcılarının Klinik Verilerinin Dağılımı

Ailede obezitesi olan - n (%)	Yok Kardeş Anne Baba Anne Baba kardeş	5 (%50) 3 (%30) 1 (%10) 1 (%10)	
Kronik hastalık - n (%)	Yok Astım hipertansiyon İnsülin direnci Vitiligo	6 (%60) 1 (%10) 1 (%10) 1 (%10) 1 (%10)	
Psikiyatrik hastalık - n (%)	Yok Var	10 (%100) 0	
Antropometrik Ölçümler - (ort±ss)/ min-max	Kilo Boy BKİ	95.00±18.59 165.9±.7.95 34.27±4.73	70.0-120.00 152-177 29.76-43.03
Obezite için kullanılan yöntem n (%)	Yok Diyet Egzersiz Diyet+egzersiz	4 (%40) 3 (%30) 1 (%10) 2 (%20)	

4.1.3.Kontrol Grubunun Demografik Ve Klinik Özellikleri

Kontrol grubunda bulunan katılımcıların yaşları 15-17 (ort±ss; 16.10±0.74) değişmektedir. Katılımcıların 5'si kız (%50) 5'ü erkek (%50) dir. Kontrol grubundaki katılımcıların demografik özelliklerin dağılımları ve ilişkili veriler Tablo 15' de sunulmuştur.

Tablo 15. Kontrol Grubu Katılımcılarının Demografik Verilerinin Dağılımı

Yaş (ort±ss)/ min-max		16.10±0.74	15-17
Cinsiyet- n (%)	Kız Erkek	5 (%50) 5 (%50)	

Katılımcılardan 3 kişinin ailelerinde obezitesi olan en az 1 kişi bulunmaktadır. Kilogram cinsinden yapılan ölçümlerde kiloları 78.70-122.50 Arasında (ort±ss; 99.15±14.36), santimetre cinsinden yapılan ölçümlerde boyları 162-187 (ort±ss; 171.55±.9.08) arasında değişmektedir. Hesaplanan beden kitle indeksleri ise 29.62-37.74 (ort±ss; 33.55±2.67) arasındadır. Daha önce obezite ve fazla kilo mücadele için 3 katılımcı (%30) herhangi bir girişimde bulunmazken, 2 kişi (%20) sadece diyet, 1 kişi (%10) egzersiz, 4 kişi (%40) hem diyet hemde egzersizi aynı anda kullanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların klinik özelliklerin dağılımları ve ilişkili veriler Tablo 16 da sunulmuştur.

Tablo 16. Kontrol Grubu Katılımcılarının Klinik Verilerinin Dağılımı

Ailede obezitesi olan - n (%)	Yok	7 (%70)	
	Kardeş	1 (%10)	
	Anne kardeş	1 (%10)	
	Anne Baba kardeş	1 (%10)	
Kronik hastalık - n (%)	Yok	9 (%90)	
	İnsülin direnci	1 (%10)	
Psikiyatrik hastalık - n (%)	Yok	10 (%100)	
	Var	0	
Antropometrik Ölçümler - (ort±ss)/ min-max	Kilo	99.15±14.36	78.70-122.50
	Boy	171.55±.9.08	162-187
	BKİ	33.55±2.67	29.62-37.74
Obezite için kullanılan yöntem n (%)	Yok	3 (%30)	
	Diyet	2 (%20)	
	Egzersiz	1 (%10)	
	Diyet+egzersiz	4 (%40)	

4.14.Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Normal Dağılım İncelemeleri

Araştırmamız yarı deneysel olarak tasarlanmıştır. Elde dilen verilerin güvenirliğini arttırmak için gruplar demografik değişkenler açısından başlangıç aşamasında eşitlenmeye çalışıldı. Öncelikle normallik varsayımı değerlendirilmesi yapıldı. Yapılan incelemede Deney 1 grubunda yaş, boy, kilo ve BKİ basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1.345 ile .879 arasında olduğu, dolayısıyla ±2 arasında olması sebebiyle Deney 1 grubunda ölçümlerin normal dağılım gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Deney 1 grubunun normal dağılım incelemesi Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Deney 1 Grubu Katılımcılarının Demografik Ve Antropometrik Ölçüm Değişkenleri Açısından Normallik İncelemesi

	Basıklık	**Çarpıklık**	**Shapiro wilk *p***
Yaş	-.146	.780	**.008**
Boy	.879	.412	.776
Kilo	-1.345	.036	.631
BKİ	-.169	.074	.498

BKİ; Beden Kitle İndeksi

Yapılan incelemede Deney 2 grubunda boy, kilo ve BKİ değerlerinin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -.370 ile .041 arasında olduğu, dolayısıyla ±2 arasında olması sebebiyle Deney 2 grubunda ölçümlerin normal dağılım gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Yaş değişkeni basıklık ve çarpıklık değerinin sırasıyla -2.300, -.237 olduğu dolayısıyla Deney 2 grubunda normal dağılım göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır. Deney 2 grubunun normal dağılım incelemesi Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Deney 2 Grubu Katılımcılarının Demografik Ve Antropometrik Ölçüm Değişkenleri Açısından Normallik İncelemesi

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk *p*
Yaş	**-2.300**	-.237	**.001**
Boy	-.094	-.402	.444
Kilo	-1.370	.373	.190
BKİ	-.402	1.041	**.043**

BKİ; Beden Kitle İndeksi

Yapılan incelemede Kontrol grubunda yaş, boy, kilo ve BKİ değerlerinin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -.913 ile 1.037 arasında olduğu, dolayısıyla ±2 arasında olması sebebiyle kontrol grubunda ölçümlerin normal dağılım gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Kontrol grubunun normal dağılım incelemesi Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Kontrol Grubu Katılımcılarının Demografik Ve Antropometrik Ölçüm Değişkenleri Açısından Normallik İncelemesi

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk *p*
Yaş	-.734	-.166	**.036**
Boy	-.173	1.037	**.048**
Kilo	-.582	.396	.733
BKİ	-.913	-.198	.722

BKİ; Beden Kitle İndeksi

4.1.5. Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırmaları

Grupların demografik ve klinik ölçüm değerlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı normal dağılım gösteren gruplarda parametrik testlerden One Way Anova ile normal dağılım göstermeye gruplarda parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis testi ile incelendi.

Elde edilen sonuçlara göre yaş *(X^2=2.377; p>.05)*, kilo *(F=1.196; p>.05)*, boy *(F=.615; p>.05)*, ve BKİ *(F=1.140; p>.05)*, açısından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaşmaya rastlanmamıştır *(p>.05)*. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20. Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Deney 1 Ort±Ss	Deney 2 Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	*F/X^2*	*p*
+Yaş	15.60±0.70	16.10±0.99	16.10±0.74	a2.377	.305
++Kilo	102.98±14.99	95.00±18.59	99.15±14.36	b1.196	.318
++Boy	169±.7.39	165.9±.7.95	171.55±.9.08	b.615	.548
++BKİ	36.17±4.28	34.27±4.73	33.55±2.67	b1.140	.335

BKİ; Beden Kitle İndeksi, + Kruskal-Wallis ++One Way Anova, aX^2 değeri, bF değeri, df 2-27

Grupların demografik değişkenlerinden kategorik olanlar gruplar açısından farklılaşıp farklılaşmadığı ki kare testi ile incelendi. Elde edilen sonuçlara göre

cinsiyet *(x^2=.833; p>.05)* açısından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaşmaya rastlanmamıştır. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21. Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney 1	Deney 2	Kontrol		
		N(%)	N(%)	N(%)	X^2	*p*
Cinsiyet	Kız	6 (%60)	7 (%70)	5 (%50)	.833	.893
	Erkek	4(%40)	3 (%30)	5 (%50)		

Fisher's Exact Ki-Kare, $^{**}p<0.01$

Grupların klinik özelliklerinden kategorik değişkenler gruplar açısından farklılaşıp farklılaşmadığı ki kare testi ile incelendi. Elde edilen sonuçlara göre ailede obezitesi olma durumu *(x^2=1.086; p>.05)*, kronik hastalık *(x^2=2.609; p>.05)*, psikiyatrik hastalık *(x^2=2.069; p>.05)*, ve obezite için kullanılan yöntemler *(x^2=11.167; p>.05)* açısından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaşmaya rastlanmamıştır. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 22. Grupların Demografik Ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney 1	Deney 2	Kontrol		
		N(%)	N(%)	N(%)	X^2	*p*
Ailede obezitesi olan	Yok	5 (%50)	5 (%50)	7 (%70)	1.086	.722
	Var	5 (%50)	5 (%50)	3 (%30)		
Kronik hastalık - n (%)	Yok	8 (%80)	6 (%60)	9 (%90)	2.609	.430
	Var	2 (20%)	4 (%40)	1 (%10)		
Psikiyatrik hastalık - n (%)	Yok	10 (%100)	10 (%100)	10 (%100)	2.069	1.000
	Var	0	0	0		
Obezite için kullanılan yöntem	Yok	2 (%20)	4 (%40)	3 (%30)	11.167	.141
	Diyet	7 (%70)	3 (%30)	2 (%20)		
	Egzersiz		1 (%10)	1 (%10)		
	Diyet+egzersiz	1 (%10)	3 (%20)	4 (%40)		

4.2.Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Yönelik İncelemeler

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçeklere ait grup içi ve gruplar arası betimsel, normal dağılım ve öntest sontest incelemelerine yer verilmiştir.

4.2.1. Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite (ABFA) Ölçeği İncelemeleri

4.2.1.1. Deney 1 Grubunda Kullanılan ABFA Ölçeğinin ÖnTest–Sontest Sonuçlarının Betimsel ve Normal Dağılım İncelemeleri

Deney 1 grubunda kullanılan aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile

incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklı- çarpıklık değerlerinin 1.159 ile -1.786 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla Deney 1 grubunda uygulanan aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeğinin normal dağıldığı görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 23'de sunulmuştur.

Tablo 23. Aile Beslenme ve Fiziksel Aktvite Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
Ölçek			***p***
ABFA-Öntest	-1.786	-.688	**.038**
ABFA-Sontest	-.1.060	1.159	.138

ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği

4.2.1.2. Deney 2 Grubunda Kullanılan ABFA Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri

Deney 2 grubunda kullanılan aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklı- çarpıklık değerlerinin 2.390 ile -1.435 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla Deney 2 grubunda uygulanan aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği sontest ölçümlerinin normal dağılmadığı görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 24'de sunulmuştur.

Tablo 24. Aile Beslenme ve Fiziksel Aktvite Ölçeği Öntest-Sontest Normallik incelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
			p
ABFA-Öntest	-.841	-.140	.604
ABFA-Sontest	**2.390**	-1.435	.236

ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği

4.2.1.3. Kontrol Grubunda Kullanılan ABFA Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri

Kontrol grubunda kullanılan aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklı- çarpıklık değerlerinin .837 ile -.189 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla kontrol grubunda uygulanan aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği ölçümlerinin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 25'de sunulmuştur.

Tablo 25. Aile Beslenme ve Fiziksel Aktvite Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
ölçek			***p***
ABFA-Öntest	-.094	-.189	.956
ABFA-Sontest	.837	.075	.988

ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği

4.2.1.4.Gruplar Arası ABFA Ölçeğinin Öntest Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar Aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan One Way Anova analiz sonucunda aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği puanlarının gruplar açısından farklılaşmadığı görülmüştür *(F=3.017; p>.05)*. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26. Gruplar Arası ABFA Ölçeğinin Öntest Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Deney 1	Deney 2	Kontrol			
	Ort±Ss	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	***F***	***p***	η^2
ABFA	42.37±6.54	49.00±5.19	50.20±8.33	3.017	.070	.215

One Way Anova df 2-22

4.2.1.5.Deney 1 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması

Deney 1 grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Wilcoxon işaret sıraları testi ile incelenmiştir. Yapılan analizlerde grup üyelerinin tamamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu *(z=-2.524; p<.05)* sonucuna ulaşılmıştır.

Deney 1 grubunda aile beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinde anlamlı düzeyde artma olmuştur. Buda aile içinde riskli ortamların azaldığı anlamına gelmektedir. yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27. Deney 1 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E.B.
	Ort±ss	**Ort±ss**	**Negatif s.**	**Pozitif s.**	**Eşitlik**	***z***	***p***	***r***
ABFA	42.37±6.54	59.37±3.85	0	8	0	-2.524	**.012***	.505

*ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği; Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.01*

4.2.1.6.Deney 2 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması

Deney 2 grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Wilcoxon işaret sıraları testi ile incelenmiştir. Yapılan analizlerde grup üyelerinin 1 tanesinde puanlarda düşüş, 3 tanesinde puanlarda artış 3 tanesinde ise değişim

olmamıştır. Yapılan inceleme sonucu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı *(z=-1.461; p>.05)* sonucuna ulaşılmıştır.

Deney 2 grubunda aile beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinde anlamlı düzeyde değişim olmamıştır. Buda aile içinde riskli ortamlarda değişim olmadığı anlamına gelmektedir. yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 28'de sunulmuştur.

Tablo 28. Deney 2 Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E.B.
	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
ABFA	49.00±5.19	50.14±4.63	1	3	3	-1.461	.144	.391

*ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği; Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.05*

4.2.1.7. Kontrol Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması

Kontrol grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı Wilcoxon işaret sıraları testi ile incelenmiştir. Yapılan analizlerde grup üyelerinin 6 tanesinde puanlarda düşüş, 4 tanesinde puanlarda artış olmuştur. Yapılan inceleme sonucu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı *(z=-.826; p>.05)* sonucuna ulaşılmıştır.

Kontrol grubunda aile beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinde anlamlı düzeyde değişim olmamıştır. Buda aile içinde riskli ortamlarda değişim olmadığı anlamına gelmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 29'da sunulmuştur.

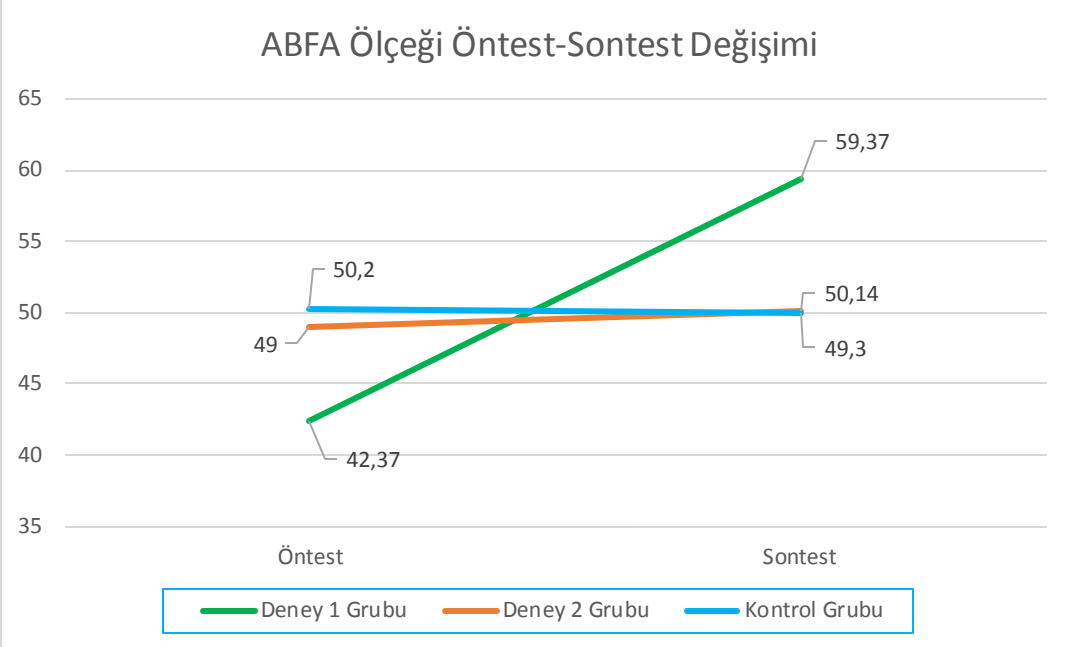
Tablo 29. Kontrol Grubu ABFA Ölçeği Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E.B.
	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
ABFA	50.20±8.33	49.30±6.27	6	4	0	-.826	.409	.185

*ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği; Wilcoxon işaret sıraları testi, **p<0.01*

Deney ve kontrol gruplarına uygulanılan ABFA ölçeğinin öntest sontest değişimlerinin görsel sunumu Şekil 9' da sunulmuştur.

Şekil 9. Deney ve Kontrol Gruplarının ABFA Ölçeği Öntest Sontest Değişimi



ABFA; Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite Ölçeği

4.2.1.8. Gruplar Arası ABFA Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar arası farklılaşmanın anlamlı olup olmadığını incelemek için ABFA ölçeği öntest-sontets farkları hesaplandı. Ardından bu farklar ile ilgili normallik dağılımları incelenerek analizler yapıldı. Yapılan incelemeler sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

ABFA ölçek öntest-sontest fark puanları normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu Aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği fark puanının basıklık- çarpıklık değerlerinin -1.334 ile 1.673 arasında değişmektedir. Sonuç itibariyle ABFA ölçeği fark puanlarının tüm gruplarda normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. ABFA Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
ölçek			***p***
Deney 1 Grubu ABFA fark puanları	1.673	-.131	.419
Deney 2 Grubu ABFA fark puanları	-1.334	-.577	.271
Kontrol Grubu ABFA fark puanları	-.919	.027	.277

ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği

Gruplar Aile beslenme ve fiziksel aktivite ölçeği fark puanı değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan One Way Anova analiz sonucunda aile beslenme ve

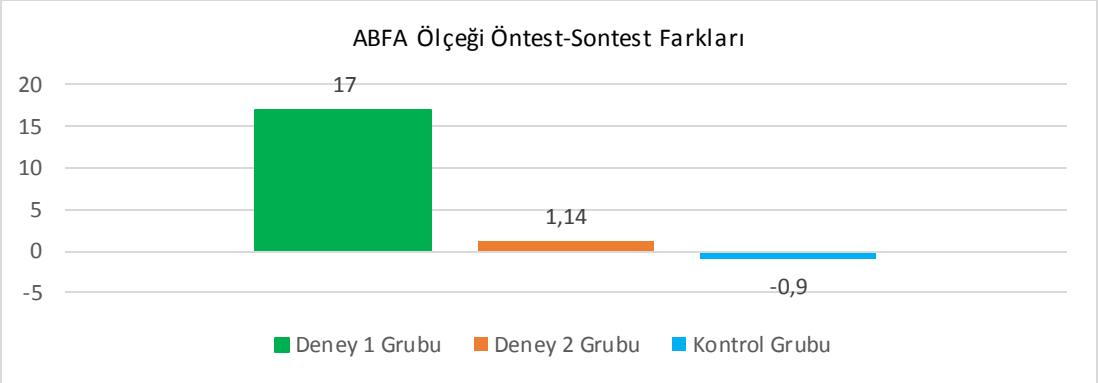
fiziksel aktivite ölçeği fark puanlarının gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu *(Welch's F =37.060; p<.01)* sonucuna ulaşıldı. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu belirlemek için yapılan bonferroni post hoc yöntemi sonucunda Deney1 grubunun, Deney 2 *(p<.01)* ve kontrol grubuna *(p<.01)* göre anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna ulaşıldı. Böylece ailelere müdahale programı uygulanan katılımcıların ABFA anlamlı düzeyde yükseldiği görüldü. Ancak Deney2 ve Kontrol Grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı *(p>.05)* sonucuna ulaşıldı. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 31'de sunulmuştur. Deney ve kontrol gruplarına uygulanılan ABFA ölçeğinin öntest sontest farklılaşmalarının görsel sunumu Şekil 10'da sunulmuştur.

Tablo 31. ABFA Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi

	Deney 1	Deney 2	Kontrol				
	Ort±Ss	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	***F***	***p***	η^2	***Anlamlı fark***
ABFA	-17.00±5.18	-1.14±1.86	.90±2.99	[a]37.060	.000**	.846	Deney 1 - Deney2 Deney 1 - Kontrol

*ABFA; Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği; One Way Anova [a] Welch's F **p<0.01, df 2-22*

Şekil 10. Deney ve Kontrol Gruplarının ABFA Ölçeği Öntest-Sontest Farkları



ABFA; Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite Ölçeği

4.2.2. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçek Sonuçları İle Yapılan İncelmeler

4.2.2.1.Deney 1 Grubunda Kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri

Deney 1 grubunda kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklık- çarpıklık değerlerinin 1.113 ile -.517 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla Deney 1

grubunda uygulanan Duygu Düzenlemede zorluklar ölçeğinin normal dağıldığı görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 32'de sunulmuştur.

Tablo 32. Deney 1 Grubunda Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

Ölçek	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
Duygu düzenleme - Öntest	-.308	1.113	.490
Farkındalık - Öntest	-.815	.821	.080
Dürtüsellik - Öntest	1.308	.607	.660
Duygu düzenleme - Sontest	-.074	-.517	.506
Farkındalık – Sontest	-1.770	.340	.175
Dürtüsellik – Sontest	1.357	-.504	.607

4.2.2.2.Deney 2 Grubunda Kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel ve Normal Dağılım İncelemeleri

Deney 2 grubunda kullanılan Duygu Düzenlemede zorluklar ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklı- çarpıklık değerlerinin -1.697 ile .584 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla Deney 2 grubunda uygulanan Duygu Düzenlemede zorluklar ölçeğinin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 33'de sunulmuştur.

Tablo 33. Deney 2 Grubu Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

Ölçek	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
Duygu düzenleme - Öntest	-1.697	.091	.314
Farkındalık - Öntest	**4.399**	**2.075**	**.002**
Dürtüsellik - Öntest	-.159	-.915	.255
Duygu düzenleme Toplam Sontest	-1.327	.584	.252
Farkındalık – Sontest	1.268	1.201	.250
Dürtüsellik – Sontest	-1.334	.577	.271

4.2.2.3. Kontrol Grubunda Kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri

Kontrol grubunda kullanılan Duygu Düzenlemede Zorluklar ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklı- çarpıklık değerlerinin -.651 ile -.279 arasında değiştiği görülmüştür.

Sonuç itibarıyla kontrol grubunda uygulanan Duygu Düzenlemede zorluklar ölçeğinin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 34'de sunulmuştur.

Tablo 34. Kontrol Grubu Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
Duygu düzenleme - Öntest	-.651	-.279	.747
Farkındalık - Öntest	**2.137**	-.841	.540
Dürtüsellik - Öntest	-1.120	.482	.256
Duygu düzenleme Sontest	-.474	-.395	.757
Farkındalık – Sontest	1.634	-.736	.575
Dürtüsellik – Sontest	-1.668	.079	.256

4.2.2.4.Gruplar arası Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar Aile beslenme ve fiziksel aktivite değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan One Way Anova analiz sonucunda duygu düzenleme zorlukları ölçeği puanlarının gruplar açısından farklılaşmadığı görülmüştür *(F=.505; p>.05)*. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 35'de sunulmuştur.

Tablo 35. Gruplar Arası Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Deney 1	Deney 2	Kontrol			
	Ort±Ss	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	***F***	***p***	η^2
+Duygu düzenleme	88.00±18.18	93.28±15.03	85.40±15.65	[a].505	.610	.044
++Farkındalık	17.12±2.23	16.28±2.21	18.80±2.65	[b]4.809	.090	
+Dürtüsellik	12.75±3.23	12.71±2.13	12.52±3.01	[a].087	.917	

One Way Anova df 2-22++Kruskal-Wallis, [a] F değeri [b] X^2değeri df 2-22

4.2.2.5. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

Deney 1 grup içi öntest-sontest puanları arasında farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir. Örneklem sayısının yetersiz olması sebebi ile bu analiz için parametrik olmayan testlerden wilcoxon işaret sıraları testi kullanıldı. Deney 1 grubunda Duygu düzenle zorlukları üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu *(z=-2.524; p<.05)* sonucuna

ulaşılmıştır. Deney 1 grubunda duygu düzenlemede yaşanan zorluklarda anlamlı düzeyde azalma olmuştur. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon işaret sıraları testi					E.B.
	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
Duygu düzenleme	88.00±18.18	77.12±12.83	8	0	0	-2.524	**.012***	.631
Farkındalık	17.12±2.23	14.62±2.38	8	0	0	-2.588	**.010***	.647
Dürtüsellik	12.75±3.28	11.25±1.75	4	0	4	-1.841	.066	.460

*Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.01*

4.2.2.6.Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Son Test Karşılaştırılması

Deney 2 grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Örneklem sayısının yetersiz olması sebebi ile bu analiz için parametrik olmayan testlerden wilcoxon işaret sıraları testi kullanıldı. Deney 2 grubunda Duygu düzenle zorlukları üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu *(z=-2.384; p<.05)* sonucuna ulaşılmıştır. Deney 2 grubunda duygu düzenlemede yaşanan zorluklarda anlamlı düzeyde azalma olmuştur. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon işaret sıraları testi					E. B.
Değişkenler	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
Duygu düzenleme	93.28±15.03	85.85±12.73	7	0	0	-2.384	**.017***	.637
Farkındalık	16.28±2.21	15.85±1.67	2	0	5	-1.342	.180	.359
Dürtüsellik	12.71±2.13	12.14±1.86	3	2	2	-.707	.480	.189

*Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.05*

4.2.2.7. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

Kontrol grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Örneklem sayısının yetersiz olması sebebi ile bu analiz için parametrik olmayan testlerden wilcoxon işaret sıraları testi kullanıldı.

Kontrol grubunda Duygu düzenleme zorlukları üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı *(z=-1.015; p>.05)* sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubunda duygu düzenlemede yaşanan zorluklarda anlamlı düzeyde değişim olmamıştır. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 38'de sunulmuştur.

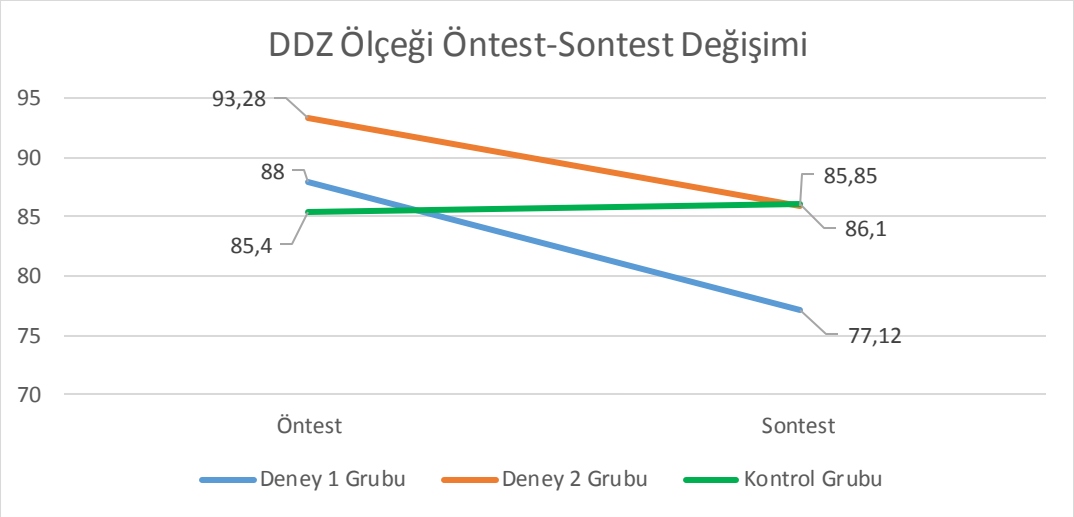
Tablo 38. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E. B.
Değişkenler	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Negatif s.**	**Pozitif s.**	**Eşitlik**	***z***	***p***	***r***
Duygu düzenleme	85.40±14.72	86.10±13.05	4	5	1	-1.015	.310	.227
Farkındalık	18.80±2.65	18.90±2.76	0	1	9	-1.000	.317	.223
Dürtüsellik	12.20±3.55	12.60±2.98	1	4	5	-.966	.334	.216

Wilcoxon işaret sıraları testi, $^{**}p<0.01$

Deney ve kontrol gruplarına uygulanılan DDZ ölçeğinin öntest sontest değişimlerinin görsel sunumu Şekil 11' da sunulmuştur.

Şekil 11. Deney ve Kontrol Gruplarının DDZÖ Öntest Sontest Değişimi



DDZÖ; Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

4.2.2.8.Gruplar Arası Duygu Düzenleme Zorlukları Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar arası farklılaşmanın anlamlı olup olmadığını incelemek için Duygu düzenleme zorlukları ölçeği öntest-sontets farkları hesaplandı. Ardından bu farklar ile ilgili normallik dağılımları incelenerek analizler yapıldı. Yapılan incelemeler sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

DDZ ölçek öntest-sontest fark puanları normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu duygu düzenlemede zorluklar ölçeği fark puanının basıklık- çarpıklık değerlerinin -1.606 ile .747 arasında değişmektedir.

Sonuç itibariyle DDZ ölçeği fark puanlarının tüm gruplarda normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
			p
Deney 1 Grubu DDZ fark puanları	.747	.905	.499
Farkındalık	.875	1.323	**.004**
Dürtüsellik	**4.923**	**2.133**	**.002**
Deney 2 Grubu DDZ fark puanları	-.835	-.968	.067
Farkındalık	**2.361**	1.760	.001
Dürtüsellik	**2.666**	1.487	.104
Kontrol Grubu DDZ fark puanları	-1.606	-.166	.319
Farkındalık	**10.00**	-3.162	**.000**
Dürtüsellik	1.027	.474	.108

DDZ; Duygu düzenlemede zorluklar Ölçeği

Gruplar duygu düzenlemede zorluklar ölçeği öntest-sontest fark puanları açısından karşılaştırıldı. Analiz sonuçları incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu *(F=18.602; p<.01)* sonucuna ulaşıldı.

Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu belirlemek için yapılan bonferroni post hoc yöntemi sonucunda Deney1 grubunun *(p<.01)* ve Deney 2 *(p<.05)* grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde faklılaştığı sonucuna ulaşıldı. Böylece müdahale programı uygulanan katılımcıların DDZ anlamlı düzeyde azalma olduğu görüldü.

Ancak Deney1 ve Deney 2 Grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farkılaşma olmadığı *(p>.05)* sonucuna ulaşıldı. Deney1 grubundaki katılımcılar Deney 2 grubundaki katılımcılardan duygu düzenleme zorluklarında daha fazla azalma olmasına rağmen bu fark anlamlı değildir.

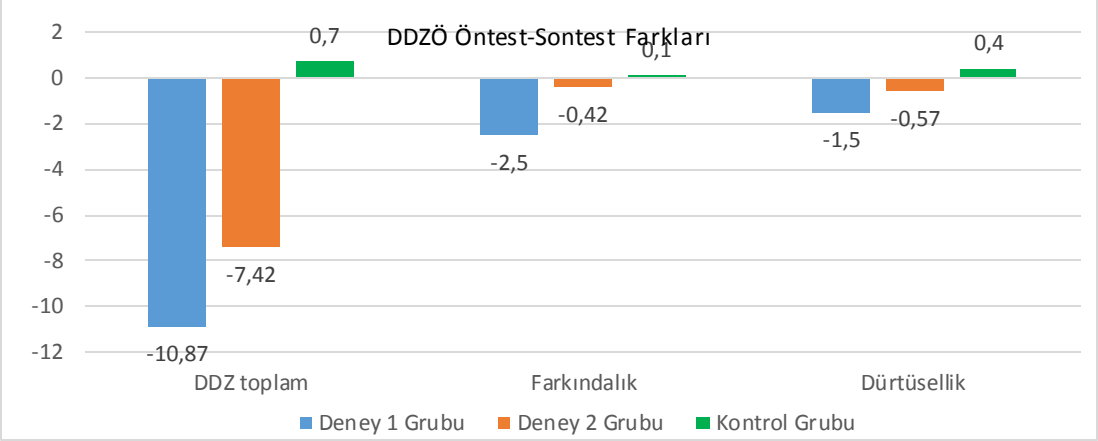
Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 40'da sunulmuştur. Duygu düzenlemede zorluklar ölçeği öntest sontest fark puanlarının görsel sunumu Şekil 12'de sunulmuştur.

Tablo 40. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi

	Deney 1 Ort±Ss	Deney 2 Ort±Ss	Kontrol Ort±Ss	*F/X²*	*p*	*Η²*	*Anlamlı fark*
Duygu düzenleme	10.87±5.86	7.42±3.95	-.70±2.21	[a]18.601	**.000****	.628	Deney 1 – Kontrol; Deney 2 - Kontrol
++Farkındalık	2.50±.75	.42±.78	-.10±.31	[b]19.028	**.000**		Deney 1 – Deney2; Deney 1 - Kontrol
++Dürtüsellik	1.50±2.39	.57±1.71	-.40±1.17	[b]5.284	.071		

*One Way Anova ++Kruskal-Wallis, [a] F değeri [b] X²değeri, **p<0.01, df 2-22*

Şekil 12. Deney ve Kontrol Gruplarının DDZÖ Ölçeği Öntest-Sontest Farkları



DDZÖ; Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

4.2.3.Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Sonuçları İle Yapılan İncelmeler

4.2.3.1.Deney 1 Grubunda Kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri

Deney 1 grubunda kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklık- çarpıklık değerlerinin -2.194 ile -.099 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla Deney 1 grubunda uygulanan Ergen Öznel İyi Oluş ölçeğinin ön test ölçümlerinin normal dağılım göstermediği görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 41'de sunulmuştur.

Tablo 41. Deney 1 Grubu Ergen Öznel İyi Oluş ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

Ölçek	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
Ergen öznel iyi oluş Toplam -Öntest	**-2.194**	-.099	.144
Ergen öznel iyi oluş Toplam -Sontest	-1.660	-.402	.330

4.2.3.2.Deney 2 Grubunda Kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri

Deney 2 grubunda kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklık- çarpıklık değerlerinin -1.328 ile .575 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla Deney 2 grubunda uygulanan Ergen Öznel İyi Oluş ölçeğinin ölçümlerinin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42. Deney 2 Grubu Ergen Öznel İyi Oluş ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

Ölçek	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
Ergen öznel iyi oluş Toplam -Öntest	-1.328	.575	.279
Ergen öznel iyi oluş Toplam -Sontest	-1.269	.434	.624

4.2.3.3.Kontrol Grubunda Kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeğinin Ön Test – Sontest Sonuçlarının Betimsel Ve Normal Dağılım İncelemeleri

Kontrol grubunda kullanılan Ergen Öznel İyi Oluş ölçeğinin öntest-sontest ölçümleri normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ölçek toplam puanlarının basıklık- çarpıklık değerlerinin -1.508 ile 2.621 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç itibarıyla komtrol grubunda uygulanan Ergen Öznel İyi Oluş ölçeğinin ölçümlerinin öntest ölçümlerinin normal dağılım göstermediği görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 43'de sunulmuştur.

Tablo 43. Kontrol Grubu Ergen Öznel İyi Oluş ölçeği Öntest-Sontest Normallik İncelemeleri

Ölçek	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
Ergen öznel iyi oluş Toplam -Öntest	**2.621**	-1.508	.072
Ergen öznel iyi oluş Toplam -Sontest	-.501	-.560	.625

4.2.3.4.Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Gruplar Arası Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar ergen öznel iyi oluş değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Kruskal Wallis test sonucunda ergen öznel iyi oluş ölçeği puanlarının gruplar açısından

farklılaşmadığı görülmüştür *(X^2=2.502; p>.05)*. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 44'de sunulmuştur.

Tablo 44. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Gruplar Arası Ön Test Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Deney 1	Deney 2	Kontrol			
	Ort±Ss	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	X^2	*p*	η^2
Ergen öznel iyi oluş	42.00±7.25	43.42±7.25	46.70±11.05	2.502	.286	.100

Kruskal-Wallis, df 2-22

4.2.3.5.Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

Deney 1 grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ergen öznel iyi oluş üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu *(z=-2.524; p<.05)* sonucuna ulaşılmıştır.

Deney 1 grubunda öznel iyi oluşta anlamlı düzeyde artma olmuştur. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 45'de sunulmuştur.

Tablo 45. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 1 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E.B.
	Ort±ss	**Ort±ss**	**Negatif s.**	**Pozitif s.**	**Eşitlik**	***z***	***p***	***r***
EÖİOÖ	42.00±7.25	51.25±6.40	0	8	0	-2.524	**.012***	.631

*EÖİOÖ; Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği, Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.01*

4.2.3.6.Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Son Test Karşılaştırılması

Deney 2 grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ergen öznel iyi oluş üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu *(z=-1.997; p<.05)* sonucuna ulaşılmıştır.

Deney 2 grubunda öznel iyi oluşta anlamlı düzeyde artma olmuştur. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 46'da sunulmuştur.

Tablo 46. . Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Deney 2 Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E. B.
	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
EÖİOÖ	43.42±7.25	46.71±6.42	1	5	1	-1.997	**.046***	.533

*EÖİOÖ; Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği, Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.05*

4.2.3.7.Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

Kontrol grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ergen öznel iyi oluş üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı *(z=-.652; p>.05)* sonucuna ulaşılmıştır. kontrol grubunda öznel iyi oluşta anlamlı düzeyde değişim olmamıştır. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 47'de sunulmuştur.

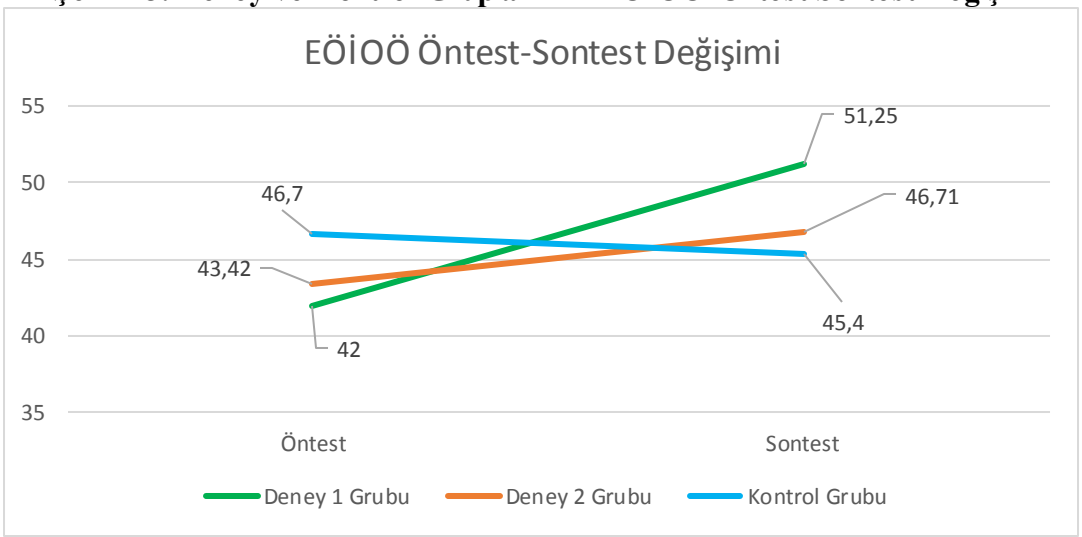
Tablo 47. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Kontrol Grubu Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E. B.
	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
EÖİOÖ	46.70±11.05	45.40±7.27	5	4	1	-.652	.514	.145

*EÖİOÖ; Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği, Wilcoxon işaret sıraları testi, **p<0.01*

Deney ve kontrol gruplarına uygulanılan EÖİOÖ öntest sontest değişimlerinin görsel sunumu Şekil 13' da sunulmuştur.

Şekil 13. Deney ve Kontrol Gruplarının EÖİOÖ Öntest Sontest Değişimi



EÖİOÖ; Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği

4.2.3.8.Gruplar Arası Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar arası farklılaşmanın anlamlı olup olmadığını incelemek için ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest-sontets farkları hesaplandı. Ardından bu farklar ile ilgili normallik dağılımları incelenerek analizler yapıldı. Yapılan incelemeler sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

Ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest-sontest fark puanları normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu ergen öznel iyi oluş ölçeği fark puanının basıklık- çarpıklık değerlerinin -1.417 ile 3.123 arasında değişmektedir. Sonuç itibariyle EÖİO ölçeği fark puanlarının tüm gruplarda normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 48'de sunulmuştur.

Tablo 48. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk p
Deney 1 Grubu EÖİO fark puanları	**3.123**	-1.417	.129
Deney 2 Grubu EÖİO fark puanları	-.195	.421	.783
Kontrol Grubu EÖİO fark puanları	-.172	-.538	.766

EÖİOÖ; Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği

Gruplar ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest-sontest fark puanları açısından karşılaştırıldı. Analiz sonuçları incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu *(X^2=10.117; p<.01)* sonucuna ulaşıldı. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu belirlemek için yapılan mann whitney u testi sonucunda Deney1 grubunun Deney 2 Grubu *(p<.05)* ile kontrol grubuna *(p<.01)* göre anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna ulaşıldı. Böylece Deney 1 grubunda EÖİO anlamlı düzeyde arttığı görüldü. Ancak Deney2 ve Kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı *(p>.05)* sonucuna ulaşıldı. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 49'da sunulmuştur.

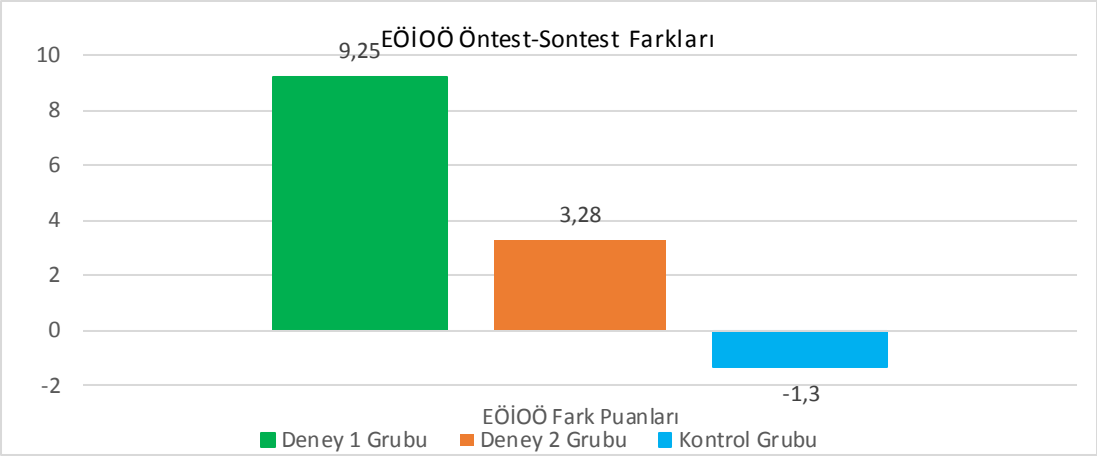
Tablo 49. Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi

	Deney 1	Deney 2	Kontrol				
	Ort±Ss	**Ort±Ss**	**Ort±Ss**	X^2	*p*	η^2	***Anlamlı fark***
Ergen öznel iyi oluş	-9.25±5.49	-3.28±3.35	1.30±6.53	10.117	.006**	.427	Deney 1-Kontrol; Deney 1–Deney2

*Kruskal-Wallis, **p<0.01, df 2-22*

Deney ve kontrol gruplarına uygulanılan EÖİOÖ öntest sontest farklarının görsel sunumu Şekil 14' de sunulmuştur.

Şekil 14. Deney ve Kontrol Gruplarının EÖİOÖ Ölçeği Öntest-Sontest Farkları



EÖİOÖ; Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği

4.2.4.Beden Kitle İndeksi Sonuçları İle Yapılan İncelmeler

4.2.4.1.Deney 1 Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması

Deney 1 grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Beden kitle indeksleri üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamının beden kitle indekslerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu *(z=-2.521; p<.05)* sonucuna ulaşılmıştır. Deney 1 grubunda beden kitle indekslerinde anlamlı düzeyde azalma olmuştur. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 50'de sunulmuştur.

Tablo 50. Deney 1 Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E.B.
	Ort±ss	Ort±ss	Neg. s.	Poz. s.	Eş.	z	p	r
BKİ	35.79±4.78	34.41±4.42	8	0	0	-2.521	**.012***	.630

*BKİ; Beden Kitke İndeksi, Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.01*

4.2.4.2.Deney 2 Grubunda BKİ Öntest Son Test Karşılaştırılması

Deney 2 grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Beden kitle indeksleri üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamının beden kitle indekslerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu *(z=-2.201; p<.05)* sonucuna ulaşılmıştır. Deney 2 grubunda beden kitle

indekslerinde anlamlı düzeyde azalma olmuştur. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 51'de sunulmuştur.

Tablo 51. Deney 2 Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test					E. B.
	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
BKİ	35.71±5.04	34.59±4.93	6	0	1	-2.201	**.028***	.588

*BKİ; Beden Kitke İndeksi , Wilcoxon işaret sıraları testi, *p<0.05*

4.2.4.3.Kontrol Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması

Kontrol grubundan elde edilen öntest-sontest ölçümlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Beden kitle indeksleri üzerine yapılan analizlerde; grup üyelerinin tamamının beden kitle indekslerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı *(z=-.474; p>.05)* sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubunda beden kitle indekslerinde anlamlı düzeyde değişim olmamıştır. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 52'de sunulmuştur.

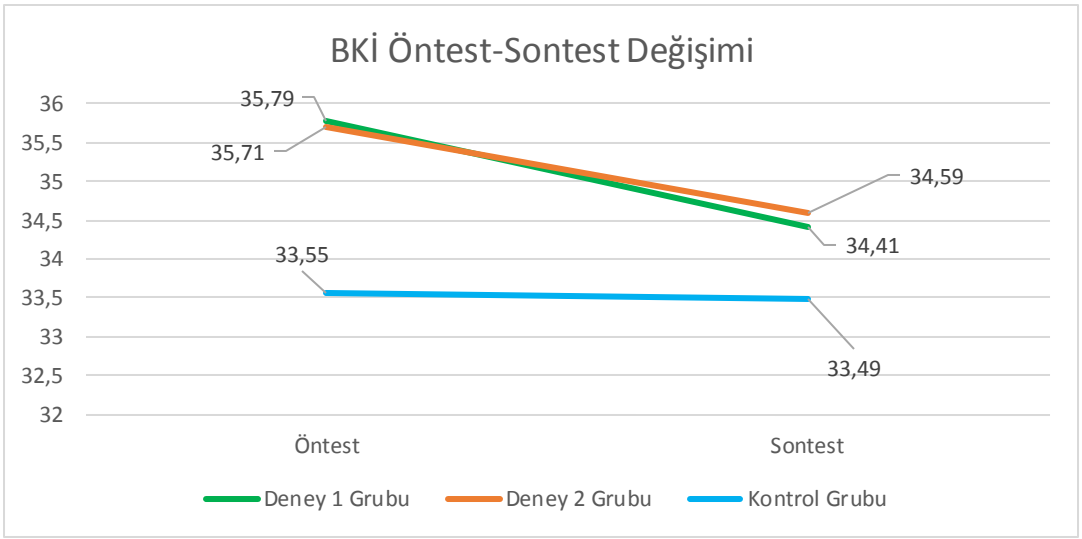
Tablo 52. Kontrol Grubunda BKİ Öntest Sontest Karşılaştırılması

	Öntest	Sontest	Wilcoxon signed rank test			4,47		E. B.
	Ort±ss	Ort±ss	Negatif s.	Pozitif s.	Eşitlik	*z*	*p*	*r*
BKİ	33.55±2.67	33.49±2.69	4	5	1	-.474	.635	.106

*BKİ; Beden Kitke İndeksi, Wilcoxon işaret sıraları testi, **p<0.01*

Deney ve kontrol gruplarının BKİ ön ölçüm ve son ölçüm değerlerinin görsel sunumu Şekil 15'te sunulmuştur.

Şekil 15. Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ Öntest Sontest Değişimi



BKİ; Beden Kitle İndeksi

4.2.4.4.Gruplar Arası BKİ Öntest Sontest Farklarının Karşılaştırılması

Gruplar arası farklılaşmanın anlamlı olup olmadığını incelemek için öntest-sontets farkları hesaplandı. Ardından bu farklar ile ilgili normallik dağılımları incelenerek analizler yapıldı. Yapılan incelemeler aşağıda sunulmuştur.

Deney 1 grubunda kullanılan ölçeklerinin öntest-sontest fark puanları normal dağılım açısından basıklık-çarpıklık ve shapiro wilk testi ile incelendi. Yapılan inceleme sonucu BKİ fark puanının basıklık- çarpıklık değerlerinin -1.216 ile .999 olduğu saptanmıştır. Sonuç itibariyle fark puanlarının normal dağılım gösterdiği görülmektdir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 53'de sunulmuştur.

Tablo 53. BKİ Öntest Sontest Fark Puanlarının Normal Dağılım İncelemeleri

	Basıklık	Çarpıklık	Shapiro wilk
			p
Deney 1 Grubu BKİ fark puanları	.451	.999	.399
Deney 2 Grubu BKİ fark puanları	.383	.624	.750
Kontrol Grubu BKİ fark puanları	-1.216	.179	.650

BKİ, Beden Kitle İndeksi

Müdahale programı sonrası gruplar arası BKİ fark puanblarının karşılaştırmasında kullanılan One Wayt ANOva sonuçları BKİ değişkeni açısından incelendiğinde; gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılaşama olduğu *(F=9.428; p<.01)* sonucuna ulaşıldı. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu belirlemek için yapılan bonferroni post hoc yöntemi sonucunda Deney1 grubunun *(p<.01)* ve Deney 2 *(p<.05)* grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde faklılaştığı sonucuna ulaşıldı. Böylece müdahale programı uygulanan katılımcıların BKİ anlamlı düzeyde azalma olduğu görüldü. Ancak Deney1 ve Deney 2 Grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farkılaşma olmadığı *(p>.05)* sonucuna ulaşıldı. Deney1 grubundaki katılımcılar Deney 2 grubundaki katılımcılardan fazla kilo vermelerine rağmen bu fark anlamlı değildir. Yapılan analizlerle ilişkili veriler Tablo 54'de sunulmuştur.

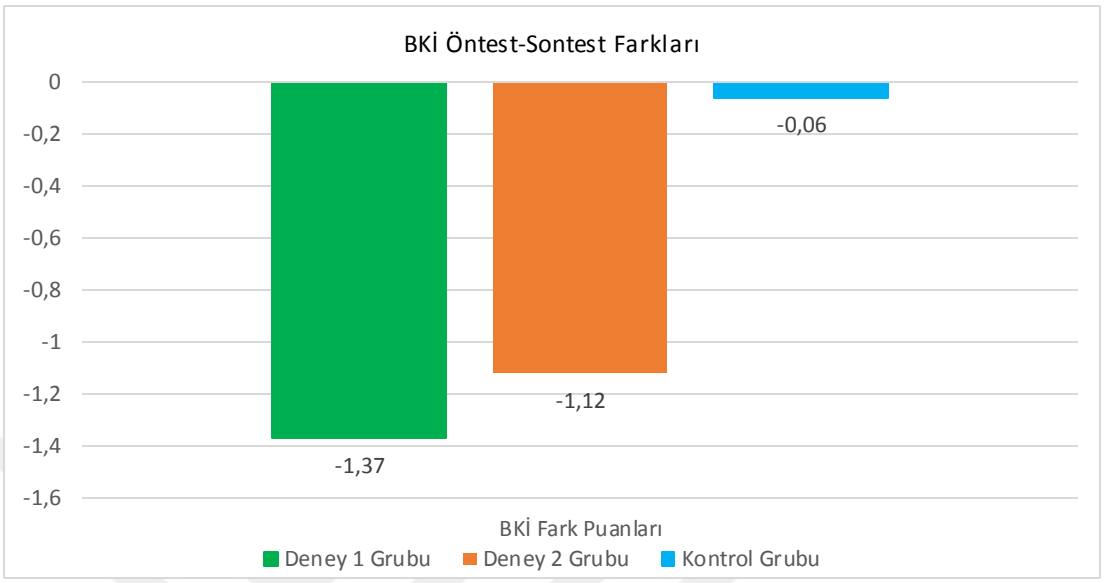
Tablo 54. BKİ Öntest Sontest Farklarının Gruplar Açısından Farklılaşma Düzeylerinin İncelenmesi

	Deney 1	Deney 2	Kontrol				
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	*F*	*p*	η^2	*Anlamlı fark*
BKİ	1.37±.79	1.12±.83	.06±.42	9.428	**.001****	.462	Deney 1 - Kontrol Deney 2 - Kontrol

*One Way Anova , **p<0.01, df 2-22*

Deney ve kontrol gruplarının BKİ ön ölçüm ve son ölçüm değerlerinin farklarının görsel sunumu Şekil 16'te sunulmuştur.

Şekil 16. Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ Öntest Sontest Farkları



BKİ; Beden Kitle İndeksi

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, hem olumsuz yeme davranış paternleri hem de öznel iyi oluşu bir arada sentezleyerek çift faktör kuramı (Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008) çerçevesinde ekzojen obezitesi olan ergenlere yönelik hazırlanan psikoeğitim müdahale programının kilo vermeye, duygu düzenleme güçlüklerine ve öznel iyi oluşa etkisi incelenmiştir. Genel olarak araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, müdahale programı uygulanılan gruplarda BKİ azalma, duygu düzenlemede iyileşme, öznel iyi oluşta artış olmuştur. Ayrıca ebeveynlerin dâhil edildiği grupta aile içerisinde obezite açısında riskli ortamların azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın bu bölümünde deneysel uygulama sonrası öntest-sontest nicel ölçüm puanlarına uygulanan analizden elde edilen bulgular, araştırmanın denenceleri ve alan yazını çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1.Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Değişkenine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların Değerlendirmesi

Bireyin yetiştiği ortamın gelişimi ve alışkanlıkları üzerinde etkisi göz ardı edilemez. Bu sebeple bu çalışmada ekzojen obezitesi olan ergenlere yönelik müdahale programı hazırlarken sürece aileleri de dâhil etmenin etkisine de odaklanılmıştır. Bu çalışmada sürece aileyi dâhil etmenin etkisini değerlendirmek için kullanılan "*aile beslenme ve fiziksel aktivite (ABFA) ölçeği*" ne ait hipotez "Hipotez 1: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan ebeveyn psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun aile beslenme ve fiziksel aktivite öntest sontest puan farkı ortalamaları, ebeveyn müdahale programı uygulanmayan deney 2 ve kontrol grubundaki ebeveynlerin öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır." olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada aile beslenme ve fiziksel aktivite değişkenine yönelik elde edilen bulgulara göre deney1, deney2 ve kontrol grupları ABFA ölçeği öntest ölçümleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Dolayısıyla deney öncesi grupların ABFA değişkeni açısından benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir. Deneysel süreçte

sadece deney 1 grubu katılımcılarının birer ebeveynine 9 haftalık psikoeğitim programı uygulanmış deney2 ve kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Yapılan incelemelerde deney1 grubunun, deney 2 ve kontrol grubundan anlamı düzeyde farklılaştığı ancak deney 2 ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak deney 1 grubu lehine olan bu farklılaşmada çocuğun obezitesi için riskli aile uygulamalarının ve çocuk davranışlarının azaldığı anlamına gelirken, deney2 ve kontrol gruplarında obezite için riskli aile uygulamaları ve çocuk davranışlarında değişim olmadığı görülmüştür. Bu bulgular neticesinde birinci hipotezimiz doğrulanmıştır.

Alan yazını incelendiğinde, çocuk ve ergenlerde yapılan müdahalelerde ailenin sürece dâhil edilmesi tedavide uyumu arttırmakla (Tura, 2014) birlikte etkin aile üyeleri çocukların sağlık sorunlarına müdahale programını benimsemelerini güçlendirmektedir (Wong & Cheng, 2013). Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ebeveynlerin model davranışları, sağlıksız yeme alışkanlıkları, yemek yeme konusundaki baskıcı tutum, gıdanın ödül mekanizması olarak kullanılması gibi davranış kalıpları ilerleyen yılardaki tutum ve davranışlar üzerinde önemli etkiye sahiptir (Beşikçi, 2010). Obezite ile mücadelede tutum ve davranışlarda sürekliliğin önemli olduğu göz önünde bulundurulduğunda tedavi uyumlarını sağlamak ve sürekliliği sağlamak için aile katılımı önemli bir konudur (Brown vd., 2015). Bir başka deyişle çocuk ve ergenlerle çalışırken tedaviye başlanma güçlükleri ve tedaviyi yarıda bırakmanın önüne geçilmesi, tedavi uyumunun arttırılması için ailelerin de sürece katılması gereklidir. Aile işlevselliği ile çocuklukta aşırı kilo ve obezite arasında önemli ilişkiler bulunmakla beraber, zayıf aile işleyişinin çocuklarda ve ergenlerde obezite ve aşırı kilo riskinin artmasıyla ilişkilidir (Halliday vd., 2014). Uluslararası Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Dernekleri Küresel Federasyonu'nun yakın zamanda (2020) yayınlamış olduğu raporda da çocukluk çağı obezitesi ile etkili biçimde mücadele için toplumsal standartları ele alan entegre çok bileşenli bir yaklaşım gerektiği vurgulanmış ve aile alışkanlıklarına müdahalenin de gerekliliklerden birisi olduğu belirtilmiştir (Koletzko vd., 2020). Benzer şekilde ülkemizde yapılan çalışmalarda da Tura (2014), yapısal aile sistemleri kuramı temelli psikoeğitim çalışmada müdahalenin aile temelli yapılmasının, aile içi ilişkilerde olumlu değişime sebep olduğunu, kurallara uyumun artmasını sağladığını, yeme

şeklinin olumlu anlamda değiştiği, daha dengeli ve sağlıklı besinler tüketmeye başladığını belirtmiştir.

Ailelerin sürece dâhil edilmesinin bir başka önemi, obezitenin prognozunda olumlu etkiye sahip olmasıdır. Özellikle aile içi tutumların aşırı denetim odaklı olması ya da denetimden yoksun olması yeme davranışlarında bozulmaya sebep olabilmektedir (Garn vd., 1989). Beslenme konusunda olumsuz ebeveyn uygulamaları arasında kısıtlama, yemek için baskı ve izleme yer alır. Artan farkındalık ve bu uygulamalardan kaçınma, özellikle gıda kısıtlamasıyla ilgili olarak çok önemlidir. Bu tutumlar kısıtlanmış ürünlere yönelik tercihini ve alımını azaltmaktan yerine daha fazla arttırma gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir (Brown vd., 2015). Yavuz ve Selçuk (2018) yapmış olduğu çalışmada bu bulguları destekler nitelikte olup kısıtlama davran ışının özdenetimi azalttığı ve açlık olmadığından da yeme davranışına neden olduğu yönündedir. Vasques vd. (2014) yapmış oldukları meta analizde obeziteye yönelik yapılan çalışmaları incelendiklerinde, ebeveynlerin sürece dâhil edildiği araştırmaların etki büyülüğünün daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla müdahale sürecine ailelerin dâhil edilmesi obezite için risk oluşturan ev ortamlarının iyileştirmenin yanı sıra BKİ değişkeni ile birlikte ele alındığında etki büyüklüğünü arttırarak daha fazla kilo vermeyi kolaylaştırmıştır.

Alan literatürü ile uyumlu olarak araştırma bulgularımızda ergen obezitesi ile mücadelede ailelerin sürece dâhil edilmesinin, obezite açısından riskli ortamları azalttığı ve bu etkinin önemli olduğu yönündedir. Çok değişkenli kompleks bir sağlık problemi olan obeziteye müdahalede ailelerin dahil edilmesi gereklilik olarak düşünülebilir.

5.2.Çift Faktör Modeli Zemininde Negatif Yönde Çalışkan Duygu Düzenlemede Zorluklar Değişkenine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların Değerlendirmesi

Ekzojen obezitenin sebebi olarak ihtiyaçtan fazla yeme davranışının nedenlerinden birisi olan duygusal yeme davranışı, yukarıda tartışıldığı üzere duygu düzenleme becerilerindeki güçlüklerle ilişkilendirilmektedir (Evirgen, 2010; Gearhardt vd., 2012). Bu sebeple müdahale programında öncelikle duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesine odaklanılmıştır. Bu çalışmada müdahale programının duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisini belirlemek için kullanılan "*duygu düzenlemede zorluklar (DDZ) ölçeği*" ne ait hipotezler "Hipotez 2: Çift faktör modeli

çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun duygu düzenlemede zorluklar ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır."; "Hipotez 3: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 2 grubunun duygu düzenlemede zorluklar ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır." olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada duygu düzenlemede zorluklar değişkenine yönelik elde edilen bulgulara göre deney1, deney2 ve kontrol grupları DDZ ölçeği öntest ölçümleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Dolayısıyla deney öncesi grupların duygu düzenlemede zorluklar değişkeni açısından benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir. Müdahale programı uygulandıktan sonra gruplar arasında DDZ ölçeği fark puan ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır. Deney 1 ve deney 2 grupları öntest sontest puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanırken, kontrol grubunda öntest sontest puan ortalamaları arasında fark bulunmamaktadır. İkili karşılaştırmalarda da deney 1 grubunun DDZ ölçeği fark puan ortalamalarının kontrol grubundan faklılaştığı, deney 1 grubunda duygu düzenleme zorlularında anlamlı iyileşmeler olduğu görülmektedir. Bu bulgu neticesinde ikinci hipotezimiz doğrulanmıştır. Deney 2 grubunun DDZ ölçeği fark puan ortalamalarının kontrol grubundan faklılaştığı, deney 2 grubunun duygu düzenleme zorlularında anlamlı iyileşmeler olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgu neticesinde de üçüncü hipotezimiz doğrulanmıştır. Sonuç itibarıyla müdahale programının, katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerini azaltmada etkili olduğu ve etkisinin önemli düzeyde olduğu bulunmuştur.

Müdahale sonrası duygu düzenleme güçlüklerindeki azalma, bir başka deyişle duygu düzenleme becerilerindeki iyileşme bulgusu programın bu yöndeki etkisini göstermektedir. Daha önce duygu düzeleme becerileri ile ilişkisini açıkladığımız duygusal yeme davranışının (Evirgen, 2010; Gearhardt vd., 2012) azaldığının bir göstergesidir. Alan literatüründe olumsuz duygulanım veya stres ile kilo alımı arasında genel olarak pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir (Anderson vd., 2011;

Midei & Matthews, 2009). Kişi strese duyarlıysa zayıf duygu düzenleme becerileri gelişir (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012) ve bu durum duygularla başa çıkmak için yiyecek kullanarak uyumsuz stratejilerin kullanılmasını gerektirebilir (Taut vd., 2012). Benzer şekilde duygu düzenleme ve obezite ilişkisinde duygu düzenleme stratejileri yeme davranışı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Aparicio vd., 2016). Olumsuz duyguların yaşandığı durumlarda, duygu düzenleme becerilerindeki yetersizlik duygusal yemeye neden olmakta ve kilo alımını artırmaktadır (Lazarevich vd., 2016). Perçinel vd. (2016), yapmış oldukları çalışmada ekzojen obezitesi olan ergenlerle kontrol grubunu karşılaştırmış (N*deney*=30; N*kontrol*=30) ve deney grubunun duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmalar, çalışmamızda bir müdahale alanı olan duygu düzenleme becerisi geliştirmeye odaklanmanın önemini desteklemektedir. Araştırma sonuçlarımızı destekler şekilde Boutelle vd., (2018) ergenlerle yaptığı çalışmada duygu düzenleme becerilerinin, duygusal beslenme ve kilo kaybını azaltmada yardımcı olduğunu, olumsuz duygulara yanıt olarak yeme davranışının azaldığı sonucuna ulaştılar. Benzer şekilde kilo yönetimi stratejilerini ve duygu düzenleme beceri eğitimini birleştiren bir müdahaleyi (HealthTRAC) davranışsal kilo yönetimi müdahalesini (SBWC) karşılaştırıldığında HealthTRAC grubunda BKİ'nde daha fazla azalma olduğu ve duygu düzenleme becerilerinin daha fazla kullanıldığını bulundu (Hadley vd., 2020). Sonuç itibarıyla literatürdeki deneysel çalışma sonuçları da bulgularımızı destekler nitelikte ve duygu düzenleme temelli müdahalelerin duygusal yemeyi azaltarak kilo vermede etkili olduğu görülmektedir.

Çift faktör modelinin negatif yönünde müdahale programında çalışılması hedeflenen diğer bir boyut olarak farkındalık temelli uygulamalar yapılmıştır. Deney 1 grubunda öntest son test ölümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılaşırken Deney 2 ve kontrol gruplarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine gruplar arası öntest-sontest fark puanları kaşılaştırıldığında farklılık olduğu ve bu farklılığın deney1 grubu lehine olduğu görülmektedir. Alan literatürü incelendiğinde de farkındalık çalışmalarının obezite ile mücadelede umut verici olsa da destekleyici olarak kullanılması önerilmektedir. Ruffault vd. (2016) tarafından yürütülen 12 çalışmanın meta-analizi, farkındalık eğitiminin dürtüsel yeme davranışları ve aşırı yeme üzerindeki olumsuz etkilerini ve ayrıca fiziksel aktivite seviyeleri üzerindeki olumlu etkileri ortaya koymuştur. Bununla birlikte, kilo kaybı için önemli bir etkisinin olmadığı sonucuna

ulaşmışlardır. Daha yavaş yeme, beslenme eğitimi ve yapılandırılmış yemek planlaması, eğitimin olmamasına kıyasla önemli ölçüde daha fazla kilo azaltmaya yol açmaktadır (Pedersen vd., 2007). Yakın dönemde yapılan deneysel bir çalışmada Cotter vd. (2020), 11 ergen (M*yaş* = 14.36) üzerinde yaptığı çalışmada obezitesi olan ergenlerde farkındalık temelli müdahalenin etkisini araştırmışlardır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte BKİ ve duygu düzenlemede değişim düşük düzeyde etki büyüklüğü (sırasıyla cohen'd = 0.31; − 0.22) sonuçları bildirmektedirler. Yazarlar obezitesi olan ergenlerde farkındalık müdahalesini mevcut davranışsal müdahaleleri güçlendirebileceğini açıklamaktadır. Farkındalık temelli ergen grubunda yapılan bir başka araştırmada Kumar vd. (2018) ergen grubu (N=22; M*yaş*,15.6) BKİ veya BKİ z skorunu düşürmede etkili olmadığı ancak farkındalığı arttırdığı sonucunu bildirmektedirler. Araştırmalar, farkındalık meditasyonunun özellikle kilo vermeye yardımcı olduğunu göstermiştir (Mantzios & Giannou, 2014; Mantzios & Wilson, 2015). Bununla birlikte, diğer terapötik unsurlar farkındalık meditasyonu ile birlikte uygulandığında, tek başına farkındalık meditasyonuna kıyasla elde edilen kilo kaybında önemli farklılıklar saptanmıştır (Mantzios & Wilson, 2015). Sonuç itibarıyla bizim sonuçlarımızda da müdahale gruplarında farkındalık düzeylerinin artması literatür ile paralellik göstermekte, deney 1 grubunda anlamlı farklılaşma olduğu (cohen'd= .64), deney 2 grubunda anlamlı farklılaşma olmadığı (cohen'd= .32) sonucun ulaşılmıştır. Bu bulgu sonucunda, programın ergenlerdeki farkındalık düzeyindeki etkisinin yüksek ve kilo verme konusu etkili olduğu, ancak tek başına BKİ doğrudan etkisi olmadığı düşünülmektedir. Müdahale programı uygulanan gruplardaki farklı sonuçların araştırmamızın yarı deneysel olması sebebi ile örneklemin randomize olmaması, gruplardan birisinde ailelere de müdahale yapılması ile açıklanabilir. Ancak bununla ilgili daha kesin sonuçlar için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çift faktör modelinin negatif yönünde müdahale programında çalışılması hedeflenen diğer bir boyut olarak dürtü kontrol becerisi geliştirmeye odaklanılmıştır. Sonuçlarımız incelendiğinde deney 1 ve deney 2 gruplarında dürtüsellikle azalma olduğu sırasıyla orta ve düşük düzeyde etkiye (cohen'd= .46; .19) sahip olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Obezitesi olan ergenlere yönelik dürtü kontrolü ile ilgili yapılan deneysel çalışmaların ise kısıtlı olmakla birlikte Preuss vd. (2017) engelleyici kontrol eğitimi ve duygu düzenleme becerileri

kazandırmaya yönelik hazırladıkları bilişsel davranışçı yaklaşım temelli tedavi programı (impulsE) ile diyet ve egzersizin olduğu tedavi grubu kıyaslamasında dürtü kontrol eğitimi alanların dürtüselliklerinde azalmanın ve gıda karşısında daha kontrollü oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Bizim araştırmamızda ise dürtü kontrol eğitiminin etkisinin destekleyici olduğu söylenebilir ancak dürtüsellikte anlamlı bir iyileşmeden söz edilememektedir. Dürtüsellik değişkeninde değişimin beklenen düzeyde olmaması birkaç faktör sebebi ile açıklanabilir. Bunlar arasında değişimin zaman alacağı uzun soluklu değerlendirmelerinde yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca programımızda dürtüsellik ile ilgili 4 oturumun ayrılmıştır ve dürtü kontrolden ziyade dürtüsel yeme ile baş etmeye odaklanılmıştır. Elde edilen sonuç dürtüselliği genel olarak ölçmekle birlikte dürtüsel yeme konusunda detay bilgi vermemektedir. Sonuç itibarıyla çalışmamızda dürtüsel yemeye yoğunlaşılması ve bununla baş etmeye çalışılması BKİ etkili olmakla birlikte genel bir dürtü kontrol becerisi kazandırmayı amaçlamadığından alan yazını ile uyumsuz olduğunu düşünülmemektedir.

5.3.Çift Faktör Modeli Zemininde Pozitif Yönde Çalışılan Öznel İyi Oluş Değişkenine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların Değerlendirmesi

Çift faktör modelinin pozitif yönünde öznel iyi oluşu arttırmaya odaklanılmıştır. Bu çalışmada müdahale programının öznel iyi oluş üzerindeki etkisini değerlendirmek için "ergen öznel iyi oluş ölçeği (EÖİOÖ)" kullanıldı. Bu ölçeğe ilişkin hipotezler sırasıyla "Hipotez 4: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olacaktır.", "Hipotez 5: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 2 grubunun ergen öznel iyi oluş ölçeği öntest sontest puan farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların öntest-sontest puan fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olacaktır." olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada öznel iyi oluşa yönelik elde edilen bulgulara göre deney1, deney2 ve kontrol grupları EÖİO ölçeği öntest ölçümleri arasında anlamlı farklılık

bulunmamaktadır. Dolayısıyla deney öncesi grupların öznel iyi oluş değişkeni açısından benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir. Müdahale programı uygulandıktan sonra gruplar arasında EÖİO ölçeği fark puan ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır. Deney 1 ve deney 2 grupları öntest sontest puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanırken, kontrol grubunda öntest sontest puan ortalamaları arasında fark bulunmamaktadır. İkili karşılaştırmalarda da deney 1 grubunun EÖİO ölçeği fark puan ortalamalarının kontrol grubunda faklılaştığı, deney1 grubu katılımcılarının özneliyi oluşlarında anlamlı düzeyde artış olduğu görülmektedir. Bu bulgu neticesinde dördüncü hipotezimiz doğrulanmıştır. Deney 2 grubunun EÖİO ölçeği fark puan ortalamalarının kontrol grubunda faklılaşmadığı, deney 2 grubunda iyileşme olmakla beraber kontrol grubuyla kıyaslandığında bu iyileşmenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu bulgu neticesinde beşinci hipotezimiz doğrulanmamıştır. Sonuç itibarıyla müdahale programı uygulanan grupların katılımcılarının öznel iyi oluşlarının iyileştiği, ancak ailelerin sürece dâhil edilmesinin bu iyileşmenin anlamlılığı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Alan literatünde yapılan incelemelerde obezitesi olan bireylerin öznel iyi oluşların düşük olduğu bilinmektedir. Berger (2004), obezite ile öznel iyi oluş arasında negatif korelasyon bildirmektedir. Benzer şekilde Böckerman vd. (2014)' de obezitesi olan ergenlerin iyi oluşlarının normal grupla kıyaslandığında daha düşük olduğu sonucuna ulaştılar. Alan literatüründe başarılı bir kilo vermeyi sürdürebilmek için öznel iyi oluşun geliştirilmesine odaklanan deneysel çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte bu alandaki ilk çalışma Robertson (2015) tarafından yapılmıştır. Öznel iyi oluşu arttırmak için pozitif psikoloji müdahalelerinin etkisini araştırdığı çalışmasında, obezitesi olan 4 kadın katılımcı ile 4 hafta boyunca üç kavramı (umut, güçlü yönler ve minnettarlık) içeren bir müdahale programı tasarlamıştır. Müdahalenin hemen ardından her dört kişiden ikisi 1,2 ile 1,6 kg arasında kilo verdi. Üç ay sonraki takip değerlendirmesinde, dört katılımcının üçünde 0.2 ile 4.0 kg arasında kilo kaybı kaydedildi. İncelenen örneklem çok küçük olmasına rağmen, bu araştırma, daha geniş odaklı bir programın aşırı kilolu ve obez popülasyonlara potansiyel uygulanabilirliği için temel oluşturmaktadır (Robertson, 2015). Pozitif psikolojinin aşırı kilo ve obezite için alternatif veya tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılıp kullanılamayacağını araştıran bir başka çalışmada Rozehnalova (2018), obezitesi

olan 20 katılımcı ile 6 haftalık minnettarlık, farkındalık, öz şefkat, güçler, umut ve mutluluk kavramlarının çalışıldığı pozitif psikoloji temelli bir araştırma yaptı. Kontrol gruplu yapılan müdahale programı sonucunda, müdahale grubundaki 5 katılımcı 1 ila 12 kg arasında kilo kaybederken, kontrol grubundaki 5 katılımcı 1 ila 3 kg arasında kilo aldı. Müdahale programındaki katılımcıların psikolojik iyi oluşlarının da anlamlı düzeyde artığı sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde farklı yaklaşımlar olmakla birlikte obezitede öznel iyi oluşun arttırılması ve pozitif psikoloji kullanımı nispeten yeni ve araştırma süreci devam etmektedir. Bu çalışmamızda da salt öznel iyi oluşu arttırmanın BKİ üzerinde büyük etkisi olduğu düşünülmemekle birlikte dolaylı olarak motivasyonun ve tedavi bağlılığının artmasına, ek olarak stres baş etme becerilerini güçlendirmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Nitekim stres faktörü ile obezitenin duygusal yeme davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir (Christaki vd., 2013).

Araştırmamızda müdahale programının deney 1 grubundaki öznel iyi oluş üzerinde yüksek bir etki düzeyiyle (cohen'd= .63) alan literatürü ile uyumlu olarak iyileşme gösterirken, deney 2 grubunda yüksek bir etki (cohen's d=.53) ile iyileşme olmakla beraber kontrol grubu katılımcılarından istatistiksel olarak farklaşmaması örneklemin kısıtlı olması ve ebeveynlerin sürece katılmamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Deney 1 grubunun ebeveynlerinin sürece dâhil edilerek aile ortamı, ilişkiler, aşırı denetim odaklı olması ya da denetimden yoksun tutumlar ve gıda kısıtlaması gibi tutumlar hakkında farkındalık kazanmaları davranış kalıplarını değiştirerek dolaylı olarak ta ergenlerin öznel iyi oluşlarının daha fazla iyileşme göstermesine sebep olduğu düşünülmektedir.

5.4.Ekzojen Obezitesi Olan Ergenlerle Çalışan Müdahale Programının Beden Kitle İndeksi Üzerinde Etkilerine İlişkin Bulgularla İlgili Sonuçların Değerlendirmesi

Bu çalışmada müdahale programının ağırlık üzerindeki etkisini değerlendirmek için antropometrik ölçümler kullanıldı. Elde edilen ölçümler grup içi öntest-sontest ve gruplar arası fark puanları karşılaştırması olarak iki şekilde analiz edildi. Bu ölçümlere ilişkin hipotezler sırasıyla "Hipotez 6: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun beden kitle indeksi uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları,

müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların ölçüm fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.", "Hipotez 7: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 2 grubunun beden kitle indeksi uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, müdahale programı uygulanmayan kontrol grubundaki katılımcıların ölçüm fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır.", "Hipotez 8: Çift faktör modeli çerçevesinde hazırlanan çok boyutlu psikoeğitim müdahale programına katılan deney 1 grubunun beden kitle indeksi uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, deney 2 grubundaki katılımcıların ölçüm fark ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olacaktır." olarak belirlenmiştir.

Müdahale programı uygulandıktan sonra gruplar arasında BKİ fark puanları arasında farklılık bulunmaktadır. Deney 1 ve deney 2 grupları uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanırken, kontrol grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları arasında fark bulunmamaktadır. İkili karşılaştırmalarda da deney 1 grubu uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, kontrol grubundan faklılaştığı, deney1 grubu katılımcılarının BKİ anlamlı düzeyde düşüş olduğu görülmektedir. Bu bulgular neticesinde altıncı hipotez doğrulandı. Deney 2 grubu uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, kontrol grubundan faklılaştığı, deney2 grubu katılımcılarının BKİ anlamlı düzeyde düşüş olduğu görülmektedir. Bu bulgular neticesinde yedinci hipotez doğrulandı. Deney 1 grubu uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm farkı ortalamaları, deney 2 grubundan faklılaşmadığı görülmektedir. Bu bulgular neticesinde sekizinci hipotez doğrulanmadı. Sonuç itibarıyla müdahale programı uygulanan grup katılımcılarının beden kitle indekslerinin azaldığı sonucuna ulaşıldı. Ancak deney 1 deney 2 grubu arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Alan literatüründe yapılan incelemelerde çocukluk çağı obezitesinin çok boyutlu olması müdahale çeşitliliğini de artmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalara yanıt olarak hazırlanan psikolojik müdahale stratejileri zaman içinde revize edilerek kanıtlara ulaşmaya çalışmaktadır. Yapılan güncel müdahalelere bakıldığında, Miri ve ark. (2019), yaptıkları randomize kontrollü çalışmada bilişsel davranışçı yaklaşımın obezite üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Altı haftalık süren çalışma sonucu

müdahale uygulanan grubun (N=110) BKİ anlamlı düzeyde değişim olmuş ve bu anlamlılığında büyük bir etkiye (η^2= .39) sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızdaki bulguları desteklemekle birlikte araştırmamızdaki BKİ değişiminin etki büyüklüğü η^2= .46 olarak saptanmıştır. Yakın zamanda yapılan başka bir araştırmada Boutelle vd. (2018) 21 ergenle duygusal yeme davranışlarına yönelik duygu düzenleme becerisi geliştirmeye odaklı deneysel çalışma yürütmüştür. Araştırma sonucu katılımcıların anlamlı düzeyde olmamakla birlikte kilo verdikleri ve takip incelemelerinde de kilo vermeye devam ettikleri bulgusuna ulaşılmıştır. Bu sonuç obezite yönetiminde duygu düzenleme becerilerini geliştirmenin kilo vermeye yardımcı olduğu sonucuyla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Sonuç itibarıyla, alan literatürüyle uyumlu olarak çift faktörlü müdahale programımızın BKİ değişiminde büyük bir etki gücüyle etkili olduğu, sürece ailelerin katılmasının, farkındalık, dürtüsellik ve öznel iyi oluş müdahalelerinin bütün olarak kilo vermeye yardımcı olduğu sonucuna ulaşımıştır.

6. SONUÇ/ SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, ekzojen obezitesi olan ergenlere yönelik olarak hazırlanan müdahale programının uygulanmasıyla ortaya çıkan sonuçlara ve ileride yapılacak benzer çalışmalara katkı vermesi amacıyla bazı önerilere yer verilmiştir.

6.1.Araştırmada Ulaşılan Sonuçlar

- Çalışmamızda hazırlanan müdahale programı, pilot uygulama ve deneysel süreç sonucu uygulanılabilir olduğu görülmüştür.
- Araştırmamızın temel bulgusu müdahale programının ekzojen obezitesi olan ergenlerde kilo verme konusunda etkili olduğu yönündedir.
- Müdahale programına katılan ergenlerde duygu düzenleme becerilerinde iyileşme olduğu sonucun ulaşılmıştır.
- Obezite gibi komplike bir hastalıkta ebeveynlerin sürece dahil edilmesi obezite için risk faktörlerinin azalması sonucu kilo vermeyi kolaylaştırmıştır.
- Müdahale programı uygulanan ergenlerde öznel iyi oluşlarında artış olduğu gözlenmiştir.

6.2. Sınırlılıklar ve Öneriler

Bu bölümde hem bu çalışmanın ilerlemesi hem de ilerleyen araştırmalara yol gösterici olması açısından bu sınırlılıkları dikkate alınarak bazı öneriler sunulmuştur. Araştırma sonuçlar müdahale programının etkili olduğunu gösterse de, sınırlılıkların göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Literatürle uyumlu olmakla birlikte, müdahale programının etkisinin daha fazla kontrol gruplu deneysel çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Müdahale programı yeni araştırmalarla ihtiyaç duyulan revizyonlar yapılarak daha etkili hale getirilebilir. Ayrıca farklı müdahale programları ile deneysel tasarlanmış araştırmalar ile karşılaştırılması programın etkisi hakkında daha fazla bilgi sağlayacaktır. Araştırmamızdaki bir başka sınırlılık örneklem büyüklüğünün az olması ile ilgilidir.

Çalışılan grubun özellikli olması, tedavi konusunda motivasyon düşüklüğü katılımcı alımında zorluklar yaşanmasına sebep olmuştur. Daha geniş örneklemlere uygulama yapılması elde edilen verileri güçlendirecektir. Sonuçlar 15-17 yaş arası ergenlerle sınırlıdır, öte yandan, elde edilen etki büyüklükleri geniş vaka serileri ile yapılacak uygulamalar için umut vericidir. Farklı yaş grupları ile araştırma yapılması programın etkililiği hakkında daha fazla bilgi verecektir. Araştırmanın etkisi ortaya konmuş olsa da boylamsal çalışmalara da ihtiyaç vardır. Uzun vadeli (örneğin altı aylık veya bir yıllık) boylamsal araştırmalarla sonuçların değerlendirilmesi müdahalenin etkinliği hakkında daha fazla bilgi sağlayacaktır.

Obezite her ne kadar kronik ve metabolik bir hastalık olsa da psikolojik müdahalenin önemli olduğu görülmektedir. Özellikle bu hasta grupları ile çalışan profesyonellerin (psikologlar, psikolojik danışmanlar) psikolojik müdahaleleri ihmal etmemeleri gerekmektedir. Ek bilgi olarak obezitede çift faktör modelinin farklı çalışmalarda test edilmesi önemli bulgular sağlayacaktır.

Obezitede koruyucu ruh sağlığı uygulamaları önemlidir. Obezitesi olan ergen popülasyonu ile çalışan psikolog ve psikolojik danışmanların, sağlık kurumlarında ve okullarda özellikle sağlık psikolojik danışmanlığı zemininde iyileştirici, koruyucu ve önleyici rehberlik açısından grup çalışmaları yaparak bu kronik hastalığın artış hızını azaltabilirler.

Ergenlik döneminde obezite üzerinde ebeveynlerin etkisi hem çalışmamızda hemde literatürde ortaya konmuştur. Okul temelli hazırlanan müdahalelerde sadece bireye yönelik müdahale ile sınırlı yaklaşımda bulunmak yerine ailelere yönelik çalışmalar yapılması süreç açısından önemli bir ihtiyaçtır. Özellikle ebeveynlerin model olan davranışları, aşırı katı yada aşırı serbest yetiştirme tarzları, gıdayı ödül amacıyla kullanımı hakkında farkındalık kazandırılması hem müdahale sürecini destekleyecek hemde olası risk faktörlerini azaltacaktır.

KAYNAKÇA

Ahioğlu-Lindberg, E.N. (2011). Ergenlikte bilişsel gelişim, *Kastamonu Eğitim Dergisi, 19*(1), 1-10. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/817540

Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin, 82*(4), 463-496. https://doi.org/10.1037/h0076860

Akhtar, M., & Boniwell, I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents. *Groupwork, 20*(3), 6-31. https://doi.org/10.1921/095182410X576831

Akıncı, A. (2021) Ekzojen obezite. F. Darendeliler, Z. Aycan, C. Kara, S. Özen, S. & E. Eren (Ed.), *Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet* içinde (ss.1236-1250). İstanbul Tıp Kitabevleri.

Aksoy, M., Nişancı, F., Kızıl, M., Çakır, B., & Çarkçı, M. (2015). Besin öğeleri ve besin grupları. G. Pekcan, N. Şanlıer, & M. Baş (Ed.). *Türkiye Beslenme Rehberi-TÜBER* içinde (ss. 29-49). Kayhan Ajans.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 276. https://doi.org/10.1037/a0023598

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

Alikaşifoğlu, A. (2021) Erken püberte. F. Darendeliler, Z. Aycan, C. Kara, S. Özen, S. & E. Eren (Ed), *Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet* içinde (ss.678-705). İstanbul Tıp Kitabevleri.

Altan, H. (2021). *Yeme bağımlılığı ve dürtüsel davranış arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Yayın No: 693429), [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Altay, M., Cabar, H. D. & Altay, B. (2018). Adolesan dönemi çocuklarda beslenme ve okul sağlığı. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2*(1), 173-180. https://doi.org/10.30561/sinopusd.414093

Altınay, D. (2021). *Psikodrama grup psikoterapisi* (16. Baskı, s. 131). Nobel Akademik Yayıncılık.

Ameye, H., & Swinnen, J. (2019). Obesity, income and gender: the changing global relationship. *Global Food Security, 23*, 267-281. https://doi.org/10.1016/j.gfs.2019.09.003

Amsel, E., Close, J., Sadler, E., & Klaczynski, P. A. (2009). College Students' Awareness of Irrational Judgments on Gambling Tasks: A Dual-Process Account. *The Journal of Psychology, 143*(3), 293–317. https://doi.org/10.3200/JRLP.143.3.293-317

Anderson, K. L. (2018). A review of the prevention and medical management of childhood obesity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *27*(1), 63-76. https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.08.003

Anderson, S. E., Murray, D. M., Johnson, C. C., Elder, J. P., Lytle, L. A., Jobe, J. B., Saksvıg, B. I., & Stevens, J. (2011). Obesity and depressed mood associations differ by race/ethnicity in adolescent girls. *International Journal of Pediatric Obesity*, *6*(1), 69-78. https://doi.org/10.3109/17477161003728477

André, N., & Béguier, S. (2015). Using motivational interviewing as a supplement to physical activity program in obese adolescents: a RCT study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *20*(4), 519-523. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0219-7

Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M. T., Lindfors, P., Matti, L., & Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *6*(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-41

Annagür, B. B., Orhan, F. Ö., Özer, A., Tamam, L., & Erhan, Ç. (2012). Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, *49*(1), 14-19. https://doi.org/10.4274/npa.y5961

Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(4), 462-472. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x

Aparicio, E., Canals, J., Arija, V., De Henauw, S., & Michels, N. (2016). The role of emotion regulation in childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Nutrition Research Reviews*, *29*(1), 17-29. https://doi.org/10.1017/S0954422415000153

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(12), 1849-1858. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.007

Ata, A. , Vural, A., & Keskin, F. (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal, 14*(3), 74-84. https://doi.org/10.17098/amj.02494

Atkinson, S. M., Denise, A., & Coia, W. (1996). The impact of education groups for people with schizophenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, *168*(2), 199-204. https://doi.org/10.1192/bjp.168.2.199

Aydemir, A. (2010). *Çocuk ve ergenlerde obezite, depresyon ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişki: İstanbul örneği.* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi], Maltepe Üniversitesi.

Bargh, J.A., & Chartrand, T.L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, *54*(7),462–479. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.462

Becker, S., Rapps, N., & Zipfel, S. (2007). Psychotherapie bei Adipositas-Ein systematischer Überlick. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *57*(11), 420-427. https://doi.org/10.1055/s-2007-986202

Bekker, M. H., van de Meerendonk, C., & Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, *36*(4), 461-469. https://doi.org/10.1002/eat.20041

Bennett, G. G., Herring, S. J., Puleo, E., Stein, E. K., Emmons, K. M., & Gillman, M. W. (2010). Web-based weight loss in primary care: a randomized controlled trial. *Obesity*, *18*(2), 308-313. https://doi.org/10.1038/oby.2009.242

Berger, B. G. (2004). Subjective well-being in obese individuals: The multiple roles of exercise. *Quest*, *56*(1), 50-76. https://doi.org/10.1080/00336297.2004.10491815

Beşikçi, A. O. (2010). Erken yaşta görülen obezite: Nedenleri ve tedbirler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 23*, 82-85.

Bhurosy, T., & Jeewon, R. (2014). Overweight and obesity epidemic in developing countries: a problem with diet, physical activity, or socioeconomic status?. *The Scientific World Journal*, (*2014)*,1-7. https://doi.org/10.1155/2014/964236

Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American Journal of Epidemiology*, *167*(2), 193-202. https://doi.org/10.1093/aje/kwm280

Booth, D. A. (1978). Acquired behavior controlling energy intake and output. *Psychiatric Clinics of North America*, *1*(3), 545-579. https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)31039-6

Booth, H. P., Charlton, J., & Gulliford, M. C. (2017). Socioeconomic inequality in morbid obesity with body mass index more than 40 kg/m2 in the United States and England. *SSM-Population Health*, *3*(2017), 172-178. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.012

Booth, C., Spronk, D., Grol, M., & Fox, E. (2018). Uncontrolled eating in adolescents: The role of impulsivity and automatic approach bias for food. *Appetite*, *120*, 636-643. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.024

Boutelle, K. N., Braden, A., Knatz-Peck, S., Anderson, L. K., & Rhee, K. E. (2018). An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity. *Eating Disorders*, *26*(1), 79-91. https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418252

Böckerman, P., Johansson, E., Saarni, S. I., & Saarni, S. E. (2014). The negative association of obesity with subjective well-being: is it all about health?. *Journal of Happiness Studies*, *15*(4), 857-867. https://doi.org/10.1007/s10902-013-9453-8

Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A eview of the literature. *Body Image*, *17*(2016), 117-131. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003

Brown, C. L., Halvorson, E. E., Cohen, G. M., Lazorick, S., & Skelton, J. A. (2015). Addressing childhood obesity: opportunities for prevention. *Pediatric Clinics*, *62*(5), 1241-1261. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.05.013

Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders: a conceptual approach. *Psychiatric Quarterly*, *35*(3), 458–481. https://doi.org/10.1007/BF01573614

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(3), 293-298. https://doi.org/10.1002/eat.10140

Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 133-144. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x

Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, *55*(1), 15-23. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.15

Butcher, J. N., Hooley, J. M. & Mineka, S. (2015) *Abnormal psychology*. Pearson Education Limited.

Büyüköztürk, Ş (2011). *Sosyal bilimler için veri analizleri el kitabı*. Pegem Akademi Yayınları

Byrne, M. E., LeMay-Russell, S., & Tanofsky-Kraff, M. (2019). Loss-of-control eating and obesity among children and adolescents. *Current Obesity Reports*, *8*(1), 33-42. https://doi.org/10.1007/s13679-019-0327-1

Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *New England Journal of Medicine*, *348*(17), 1625-1638. https://doi.org/10.1056/NEJMoa021423

Cameron, A. J., Welborn, T. A., Zimmet, P. Z., Dunstan, D. W., Owen, N., Salmon, J., Dalton, M., Jolley, D., & Shaw, J. E. (2003). Overweight and obesity in Australia: the 1999–2000 Australian diabetes, obesity and lifestyle study (AusDiab). *Medical journal of Australia*, *178*(9), 427-432. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05283.x

Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., ... & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*. *10,* 165-173. https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278

Castillo J. J., Orlando R. A., & Garver W. S. (2017). Gene-nutrient interactions and susceptibility to human obesity. *Genes & Nutrition,*. *12*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12263-017-0581-3

Centers for Disease Control and Prevention-CDC. (2022, 21 Mart). *Defining childhood weight status*. https://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.html

Ceylan, Ç., & Törüner, E. K. (2020). Obezite riski ve obezitesi olan adölesanlarda teknoloji temelli motivasyonel görüşme programlarının etkisi. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, *1*(1), 69-80.

Chamberlain, S. R., Derbyshire, K. L., Leppink, E., & Grant, J. E. (2015). Obesity and dissociable forms of impulsivity in young adults. *CNS Spectrums*, *20*(5), 500-507. https://doi.org/10.1017/S1092852914000625

Cherry, A. L., Baltag, V., & Dillon, M. E. (2017). International handbook on adolescent health and development. *The Public Health Response*. (ss. 1-13). Springer

Christaki, E., Kokkinos, A., Costarelli, V., Alexopoulos, E. C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2013). Stress management can facilitate weight loss in Greek overweight and obese women: a pilot study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *26*(1), 132-139. https://doi.org/10.1111/jhn.12086

Cohen, J. (1988). *Stastical power analysis fort he behavioral sciences*. (ikinci basım, s.83). Lawrence Erlbaum Associates

Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Conner, M.E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(8), 706-713. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(5), 499-511. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Cognitive-behavioral treatment of obesity. T. A. Wadden & J. Stunkard (Ed.), *Handbook of Obesity Treatment* içinde (ss. 465 - 479). The Guilford Press.

Cornelis, M. C., Rimm, E.B., Curhan, G. C., Kraft, P., Hunter, D.J., Hu, F. B., & van Dam, R. M. (2014). Obesity susceptibility loci and uncontrolled eating, emotional eating and cognitive restraint behaviors in men and women. *Obesity (Silver Spring), 22* (5), E135-141. https://doi.org/10.1002/oby.20592

Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corley, R. C., Ehringer, M. A., Young, S.E., Hewitt, J. K. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39(1), 109–123*. https://doi.org/10.1007/s10802-010-9444-8

Cotter, E. W., Hornack, S. E., Fotang, J. P., Pettit, E., & Mirza, N. M. (2020). A pilot open-label feasibility trial examining an adjunctive mindfulness intervention for adolescents with obesity. *Pilot and Feasibility Studies*, *6*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s40814-020-00621-1

Coyle, L. D., & Vera, E. M. (2013). Uncontrollable stress, coping, and subjective well-being in urban adolescents. *Journal of Youth Studies, 16*(3), 391-403. https://doi.org/10.1080/13676261.2012.756975

Crépin, C., Carrard, I., Perroud, A., Van der Linden, M., & Golay, A. (2010). Managing impulsivity in obesity with problem solving. *Revue Medicale Suisse*, *6*(231), 46-50.

Crino, A., Greggio, N. A., Beccaria, L., Schiaffini, R., Pietrobelli, A., & Maffeis, C. (2003). Diagnosis and differential diagnosis of obesity in childhood. *Minerva Pediatrica*, *55*(5), 461-470.

Czaja, J., Rief, W., & Hilbert, A. (2009). Emotion regulation and binge eating in children. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(4), 356-362. https://doi.org/10.1002/eat.20630

Çöl, M. (1998). Halk Sağlığı Yönünden Obezite. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 51*(3), 173-176. https://doi.org/10.1501/Tipfak_0000000554

Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful eating and living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary therapies in medicine*, *18*(6), 260-264. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008

Daley, D. C., Bowler, K. ve Cahalene, H. (1992). Approaches to patient and family education with affective. *Patient Education And Counseling*, *19*(2), 163-174. https://doi.org/10.1016/0738-3991(92)90195-O

Daruna, J. H., & Barnes, P. A. (1993). A neurodevelopmental view of impulsivity. W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Ed.), *The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment* içinde (ss. 23–37). American Psychological Association.

Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R. H., Kemeny, M., Karan, L., & Epel, E. (2011). Mindfulness ıntervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity*, *2011*, 1–13. https://doi.org/10.1155/2011/651936

Davis-Kean, P.E., Huesmann, L.R., Jager, J., Collins, W.A., Bates, J.E., Lansford, J.E. (2008). Changes in the Relation of Self-Efficacy Beliefs and Behaviors Across Development. *Child Development*, *79*(5), 1257–1269. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01187.x

Davis, P., & Lay-Yee, R. (1999). Early sex and its behavioral consequences in New Zealand. *Journal of Sex Research*, *36*(2), 135–144. https://doi.org/10.1080/00224499909551978

DeLucia-Waack, J. L. (2006). *Leading psychoeducational groups for children and adolescents*. Sage Publications.

Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M.S., Bratberg, G.H., Taraldsen, G., Bakken, I.J., & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study, *Scandinavian Journal of Psychology*, *52*(3), 261-267 https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00859.x

Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 125-156. https://doi.org/10.1023/A:1024521920068

Diener, E., (1984). Subjective well-being. *Psychoogical Bulletin*. *95*(3), 542–575. https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542

DiLillo, V., Siegfried, N. J., & West, D. S. (2003). Incorporating motivational interviewing into behavioral obesity treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*(2), 120-130. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80020-2

Du, H., King, R.B., Chi, P. (2017) Self-esteem and subjective well-being revisited: The roles of personal, relational, and collective self-esteem. *Plos One* 12(8): e0183958. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183958

Ekelund, U., Luan, J. A., Sherar, L. B., Esliger, D. W., Griew, P., Cooper, A., & International Children's Accelerometry Database (ICAD) Collaborators. (2012). Moderate to vigorous physical activity and sedentary time and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. *JAMA, 307*(7). https://doi.org/10.1001/jama.2012.156

Emeksiz, H.C. & Bideci, A. (2021) Püberte fizyolojisi. F. Darendeliler, Z. Aycan, C. Kara, S. Özen, S. & E. Eren (Ed), *Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet* içinde (ss.652-678). İstanbul Tıp Kitabevleri.

Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 377–389. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377

Erbaş, Ü. (2007). *Orta yaş obez bayanlara yönelik kalistenik egzersizlerin fiziksel ve fizyolojik etkileri.* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi.

Erikson, E.H. (1968). *Adolescence, identity, youth and crisis,* (s. 128-135). Norton

Erkol, A., & Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, *14*(2), 101-107. https://doi.org/10.5222/terh.2004.05769

Eryılmaz, A. (2009). Ergen öznel iyi oluş ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi,* 7(4), 975-989.

Eryılmaz, A. (2011). Ergen öznel iyi oluşunun, öznel iyl oluşu arttırma stratejilerini kullanma ile yaşam amaçlarını belirleme açısından incelenmesi. *Düsünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 24*(1), 44-51. https://doi.org/10.5350/DAJPN2011240106

Eryılmaz, A. (2020). *Psikolojik sorunlara müdahale ve kendi kendine yardım kitabı.* (beşinci basım). Pegem Akademi

Eryılmaz, A. (2021). *Mutluluğun başucu kitabı* (dördüncü basım). Pegem Akademi

Eryılmaz, A. & Şiraz, M. F. (2021). Psikolojik danışmanlık ve rehberlikte önemli bir alan: sağlık psikolojik danışmanlığı ve rehberliği . *Milli Eğitim Özel Eğitim ve Rehberlik Dergisi, 1*(2), 269-300. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ozelegitimrehberlikdergisi/issue/66067/1031879

Evirgen, N. (2010). *The prevalence of emotıonal eatıng and ıts relatıon to affect regulatıon ın a turkısh sample of obese, overweıght and normal weıghted women* (Yayın No: 271192), [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Fabricatore, A. N. (2007). Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference?. *Journal of the American dietetic association*, *107*(1), 92-99. https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.10.005

Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T. A., Fabricatore, A., Nguyen, A. M., & Heymsfield, S. B. (2011). *Evidence for prospective associations among*

depression and obesity in population-based studies. Obesity Reviews, 12(5), e438–e453. https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2010.00843.x

Feliu Rovira, A., París Miró, N., Zaragoza-Jordana, M., Ferré Pallàs, N., Chiné Segura, M., Sabench Pereferrer, F., & Escribano Subias, J. (2013). Eficacia clínica y metabólica de una nueva terapia motivacional (OBEMAT) para el tratamiento de la obesidad en la adolescencia. *Anales de Pediatría, 78*(3), 157–166. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.06.006

Forste, R., & Moore, E. (2012). Adolescent obesity and life satisfaction: Perceptions of self, peers, family, and school. *Economics & Human Biology*, *10*(4), 385-394. https://doi.org/10.1016/j.ehb.2012.04.008

Fredrickson, B. L. (2004). The broaden–and–build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, *359*(1449), 1367-1377. https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512

Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *8*(3), 343-361. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C

Garn, S. M., Sullivan, T. V., & Hawthorne, V. M. (1989). Fatness and obesity of the parents of obese individuals. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *50*(6), 1308-1313. https://doi.org/10.1093/ajcn/50.6.1308

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311-1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(5), 657-663. https://doi.org/10.1002/eat.20957

Gedik, O. (2003). Obezite ve çevresel faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, *2*(1), 1-4.

George D., & Mallery M. (2019). *IBM SPSS statistics 25 step by step: A simple guide and reference,* (15. basım). Routledge.

Gilmore, K. J. & Meersand, P. (2013) *Normal child and adolescent development*. American Psychiatric Press.

Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary therapies in medicine*, *21*(4), 430-439. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.06.003

Golden, A., & Kessler, C. (2020). Obesity and genetics. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *32*(7), 493-496. https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000447

Góngora, V. C. (2014). Satisfaction with life, well-being, and meaning in life as protective factors of eating disorder symptoms and body dissatisfaction in adolescents. *Eating Disorders*, *22*(5), 435-449. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.931765

Goodall, K., Trejnowska, A., & Darling, S. (2012). The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 52*(5), 622-626. https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.008

Gouveia, M. J., Frontini, R., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2014). Quality of life and psychological functioning in pediatric obesity: the role of body image dissatisfaction between girls and boys of different ages. *Quality of Life Research, 23*(9), 2629-2638. https://doi.org/10.1007/s11136-014-0711-y

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective wellbeing and psychopathology. *Social Indicators Research, 54*(1), 81–108. https://doi.org/10.1023/A:1007219227883

Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, *5*(4), 282-304. https://doi.org/10.3109/17477160903473697

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281–291. https://doi.org/10.1017/S0048577201393198

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, *13*(3), 359. https://doi.org/10.1037/a0032135

Gu, D., Reynolds, K., Wu, X., Chen, J., Duan, X., Reynolds, R. F., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome and overweight among adults in China. *Lancet*, 365, 1398–1405. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66375-1

Guerrieri, R., Nederkoorn, C., & Jansen, A. (2008). The interaction between impulsivity and a varied food environment: its influence on food intake and overweight. *International Journal of Obesity*, *32*(4), 708-714. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803770

Gunnarsdottir, T., Rogers, R. J., Jakicic, J. M., & Hill, J. O. (2014). 35 Leisure-Time physical activity and obesity. G.A. Bray & C. Bouchard (ed.) *Handbook of Obesity* içinde (ss. 385-391). CRC Press.

Güngör, N. K. (2014). Overweight and obesity in children and adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, *6*(3), 129. https://doi.org/10.4274/jcrpe.1471

Günöz, H. (2001). Çocuk ve adölesanlarda obezite. *Aktüel Tıp Dergisi, 6*(2), 58-61.

Gürbüz, F. & Topaloğlu, A.K. (2021) Püberte fizyolojisi. F. Darendeliler, Z. Aycan, C. Kara, S. Özen, S. & E. Eren (Ed), *Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet* içinde (ss.706-717). İstanbul Tıp Kitabevleri.

Hadley, W., Houck, C., Barker, D., Wickham, B., Bogner, J., & Jelalian, E. (2020). Preliminary impact of an adapted emotion regulation intervention for adolescents with overweight and obesity attempting to lose weight. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *41*(9), 706-715. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000837

Hair JF., Black WC., Babin BJ., & Anderson RE. (2019). *Multivariate data analysis. Preparing for multivariate analysis*, (Sekizinci basım). Cengage.

Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J., & Renzaho, A. M. N. (2014). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, *38*(4), 480-493. https://doi.org/10.1038/ijo.2013.213

Harrison, A., Al-Khairulla, H., & Kikoler, M. (2016). The feasibility, acceptability and possible benefit of a positive psychology intervention group in an adolescent inpatient eating disorder service. *The Journal of Positive Psychology*, *11*(5), 449-459. https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1117125

Havelock, J.C., Auchus, R.J., Rainey, W.E. (2004). The Rise in Adrenal Androgen Biosynthesis: Adrenarche. *Seminars in Reproductive Medicine*, 22(04), 337–347. https://doi.org/10.1055/s-2004-861550

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, *110*(1), 86-108. https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86

Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*. *43*(4), 647-60. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x

Herman, C. P., & Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: The sensory-normative distinction. *Physiology and Behavior*, *94*(5),722–728. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.04.014

Herdt, G., & McClintock, M. (2000). The Magical Age of 10. *Archives of Sexual Behavior, 29*(6), 587–606. https://doi.org/10.1023/a:1002006521067

Hills, A. P., Andersen, L. B., & Byrne, N. M. (2011). Physical activity and obesity in children. *British Journal of Sports Medicine*, *45*(11), 866-870. doi:10.1136/bjsports-2011-090199

Hjördis, B., & Gunnar, E. (1989). Characteristics of Drop-outs from a long-term behavioral treatment program for obesity. *International Journal of Eating Disorders*, *8*(3), 363-368. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<363::AID-EAT2260080311>3.0.CO;2-3

Ho, M., Garnett, S. P., Baur, L. A., Burrows, T., Stewart, L., Neve, M., & Collins, C. (2013). Impact of dietary and exercise interventions on weight change and metabolic outcomes in obese children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Pediatrics*, *167*(8), 759-768. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.1453

Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work. Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspectiva. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 537-559. https://doi.org/10.1177/1745691611419671

Homme, L. E. (1965). Perspectives in Psychology: XXIV Control of coverants, the operants of the mind. *The Psychological Record*, *15*(4), 501-511. http://sci-hub.tw/10.1007/BF03393622

Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior: an introduction to behavior theory*. Appleton-Century.

Ihmels, M. A., Welk, G. J., Eisenmann, J. C., & Nusser, S. M. (2009). Development and preliminary validation of a Family Nutrition and Physical Activity (FNPA) screening tool. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *6*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-14

Jacob, J. J., & Isaac, R. (2012). Behavioral therapy for management of obesity. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, *16*(1), 28. https://doi.org/10.4103/2230-8210.91180

Jakicic, J. M., & Davis, K. K. (2011). Obesity and physical activity. *Psychiatric Clinics*, *34*(4), 829-840. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.08.009

Jastreboff, A. M., Chaplin, T. M., Finnie, S., Savoye, M., Stults-Kolehmainen, M., Silverman, W. K., & Sinha, R. (2018). Preventing childhood obesity through a mindfulness-based parent stress intervention: A randomized pilot study. *The Journal of Pediatrics*, *202*, 136-142. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.011

Jiang, X., & Hong, Y. (2016). *Prediction of BMI by impulsivity, eating behavior and activity level. SHS Web of Conferences, 24*(2016), *1-6.* https://doi.org/10.1051/shsconf/20162402005

Johnson, F., Pratt, M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*, *36*(5), 665-674. https://doi.org/10.1038/ijo.2011.156

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness.* Dell

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 125*(2), 181–201. https://doi.org/10.1097/00005053-195704000-00004

Karasar, N. (1995). *Bilimsel araştırma yöntemi.* (24. Basım). Nobel Akademik Yayıncılık

Katsaiti, M.S., (2012). Obesity and happiness. *Applied Economics*, *44*(31), 4101–4114. https://doi.org/10.1080/00036846.2011.587779

Kelly, A. C., & Stephen, E. (2016). A daily diary study of self-compassion, body image, and eating behavior in female college students. *Body Image*, *17*, 152-160. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.006

Klesges, R. C., Stein, R. J., Eck, L. H., Isbell, T. R., & Klesges, L. M. (1991). Parental influence on food selection in young children and its relationships to childhood obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *53*(4), 859-864. https://doi.org/10.1093/ajcn/53.4.859

Koçak, K., & Demir, L. S. (2022). Ergenlerde sağlık okuryazarlığı ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Mevlana Tıp Bilimleri Dergisi, 2*(3), 112-119. https://doi.org/10.56752/Mevmedsci.2022.14

Koenders, P. G., & van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53*(11); 1287-1293. https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31823078a2

Koletzko, B., Fishbein, M., Lee, W. S., Moreno, L., Mouane, N., Mouzaki, M., & Verduci, E. (2020). Prevention of childhood obesity: a position paper of the Global Federation of International Societies of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (FISPGHAN). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 70*(5), 702-710. https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002708

Konttinen, H., Van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P., & Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8

Krentzman, A. R. (2013). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(1), 151–165. https://doi.org/10.1037/a0029897

Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders, 19*(1), 49-61. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605

Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness, 5*(3), 282-297. https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1

Kroger, J. (2006). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Sage Publications.

Kubar, M. (2017*). Lise örnekleminde bağlanma stili ve benlik saygısının duygusal yeme ile ilişkisi*. (Yayın No: 458773), [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Kuhn, D. (2009). Adolescent thinking. (R. Lerner ve L. Steinberg Edt.), *Handbook of Adolescent Psychology* (3rd basım, ss. 152–186) içinde. New York: Wiley.

Kulendran, M., Borovoi, L., Purkayastha, S., Darzi, A., & Vlaev, I. (2017). Impulsivity predicts weight loss after obesity surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 13*(6), 1033-1040. https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.12.031

Kumar, S., Croghan, I. T., Biggs, B. K., Croghan, K., Prissel, R., Fuehrer, D., ... & Sood, A. (2018). Family-based mindful eating intervention in adolescents with obesity: a pilot randomized clinical trial. *Children, 5*(7), 93. https://doi.org/10.3390/children5070093

Kuroki, M., (2016). Life satisfaction, overweightness and obesity. *International Journal of Wellbeing* 6(2), 93–110. https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.519

Larson, R. W., & Brown, J. R. (2007). *Emotional development in adolescence: What can be learned from a high school theater program? Child Development, 78*(4), 1083–1099. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01054.x

Lawyer, S. R., Boomhower, S. R., & Rasmussen, E. B. (2015). Differential associations between obesity and behavioral measures of impulsivity. *Appetite*, *95*(2015), 375-382. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.031

Lazarevich, I., Camacho, M. E. I., del Consuelo Velázquez-Alva, M., & Zepeda, M. Z. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, *107*, 639-644. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.011

le Roux, C. W., & Heneghan, H. M. (2018). Bariatric surgery for obesity. *Medical Clinics*, *102*(1), 165-182. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.011

Loeber, R., & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and ınternalizing problems. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 34–46. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00713.x

Lopez-Cepero, A., Frisard, C. F., Lemon, S. C., & Rosal, M. C. (2019). Association between emotional eating, energy-dense foods and overeating in Latinos. *Eating Behaviors*, *33*(2019), 40-43. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.03.001

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, *9*(2), 111-131. https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111

Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist's guide to positive psychological interventions*. Academic press

Mantzios, M., & Giannou, K. (2014). Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *6*(2), 173-191. https://doi.org/10.1111/aphw.12023

Mantzios, M., & Wilson, J. C. (2015). Exploring mindfulness and mindfulness with self-compassion-centered interventions to assist weight loss: theoretical considerations and preliminary results of a randomized pilot study. *Mindfulness*, *6*(4), 824-835. https://doi.org/10.1007/s12671-014-0325-z

Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*(5), 551–558. https://doi.org/10.1037/h0023281

Masheb, R. M., Grilo, C. M., & White, M. A. (2011). An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(7), 618-624. https://doi.org/10.1002/eat.20853

Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation. Psychological Review, 50(4), 370–396.* https://doi.org/10.1037/h0054346

Matsumoto, M., & Smith, J. C. (2001). Progressive muscle relaxation, breathing exercises, and ABC relaxation theory. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(12), 1551-1557. https://doi.org/10.1002/jclp.1117

Mendle J., Ryan R.M., & McKone K.M.P. (2018). Age at menarche, depression, and antisocial behavior in adulthood. *Pediatrics. 141*(1), 1-8. https://doi.org/10. 1542/ peds.2017-1703

Meydanlıoğlu, A. (2015). Çocuklarda fiziksel aktivitenin biyopsikososyal yararları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *7*(2), 125-135. https://doi.org/10.5455/cap.20140714124129

Meyer, P. S., Johnson, D. P., Parks, A., Iwanski, C., & Penn, D. L. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, *7*(3), 239-248. https://doi.org/10.1080/17439760.2012.677467

Midei, A. J., & Matthews, K. A. (2009). Social relationships and negative emotional traits are associated with central adiposity and arterial stiffness in healthy adolescents. *Health Psychology*, *28*(3), 347. https://doi.org/10.1037/a0014214

Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology, 48*(2), 181-193. https://doi.org/10.1348/014466508X386027

Miller, B.C., Moore, K.A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: research through the 1980s. *Journal of Marriage and the Family, 52(4), 1025*. https://doi.org/10.2307/353317

Miri, S. F., Javadi, M., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., Björk, M., & Pakpour, A. H. (2019). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *13*(3), 2190-2197. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.05.010

Mobbs, O., Crépin, C., Thiéry, C., Golay, A., & Van der Linden, M. (2010). Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient Education and Counseling*, *79*(3), 372-377. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.03.003

Nederkoorn, C., Jansen, E., Mulkens, S., & Jansen, A. (2007). Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(5), 1071-1075. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.05.009

Neyzi, O., Bundak, R., Gökçay, G., Günöz, H., Furman, A., Darendeliler, F., & Baş, F. (2015). Reference values for weight, height, head circumference, and body mass index in Turkish children. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 7*(4), 280-293. https://doi.org/10.4274/jcrpe.2183

O'Rahilly, S. (2009). Human genetics illuminates the paths to metabolic disease. *Nature*, *462*(7271), 307-314. https://doi.org/10.1038/nature08532

Organisation for Economic Co-Operation and Development-OECD-" (2023, 2 Ağustos). *Owerweight or Obes Population,* https://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm

Özçelik, A. Ö., Akbulut, G., Bilgiç, P., Yardımcı, H., & Yılmaz, E. (2015). Sağlıklı vücut ağırlığının sağlanması ve korunması. G. Pekcan, N. Şanlıer, & M. Baş (Ed.). *Türkiye Beslenme Rehberi-TÜBER* içinde (ss. 51-60). Kayhan Ajans.

Özdemir M. (2016). Türkiye'de ve dünyada obezite epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nutrition and Dietetics-Special Topics, 2*(1): 1-5.

Özdemir, Ş. (2020). *Çocukluk çağı obezitesini değerlendirmede kullanılan Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite ÖlçeğininTürkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması*. (Yayın No: 621044), [Uzmanlık tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi], YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Öztora, S. (2005). *İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması*. [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Pallant, J. (2016). *SPSS Suvival manuel. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. (6. basım). McGraw Hill education

Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(5), 603-619. https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748

Pasold, T. L., McCracken, A., & Ward-Begnoche, W. L. (2014). Binge eating in obese adolescents: emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *19*(2), 299-312. https://doi.org/10.1177/1359104513488605

Peckham, A. D., & Johnson, S. L. (2018). Cognitive control training for emotion-related impulsivity. *Behaviour Research and Therapy*, *105*, 17-26. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.03.009

Pedersen, S. D., Kang, J., & Kline, G. A. (2007). Portion control plate for weight loss in obese patients with type 2 diabetes mellitus: a controlled clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, *167*(12), 1277-1283. https://doi.org/10.1001/archinte.167.12.1277

Perçinel İ. (2013). *Anorexia Nervosa ve Eksıjen Obezite Tanılı 11-18 Yaş Arası Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi.* (Yayın No: 360373), [Uzmanlık Tezi, İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Percinel, I., Ozbaran, B., Kose, S., Simsek, D. G., & Darcan, S. (2018). Increased deficits in emotion recognition and regulation in children and adolescents with exogenous obesity. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *19*(2), 112-118. https://doi.org/10.1080/15622975.2016.1265147

Petersen, K. J., Humphrey, N., & Qualter, P. (2020). Latent class analysis of mental health in middle childhood: Evidence for the dual-factor model. *School Mental Health*, *12*(6), 1-15. https://doi.org/10.1007/s12310-020-09384-9

Petrillo, J. A., & Meyers, P. F. (2002). Adolescent dietary practices: a consumer health perspective. *The Clearing House*, *75*(6), 293-296. https://doi.org/10.1080/00098650209603958

Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: why do dieters overeat?. *International Journal of Eating Disorders*, *26*(2), 153-164. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R

Preuss, H., Pinnow, M., Schnicker, K., & Legenbauer, T. (2017). Improving inhibitory control abilities (ImpulsE)—A promising approach to treat impulsive eating?. *European Eating Disorders Review*, *25*(6), 533-543. https://doi.org/10.1002/erv.2544

Rachlin, H. (2009). *The science of self-control*. Harvard University Press.

Ranadive S. A. & Vaisse C. (2008) Lessons from extreme human obesity: monogenic disorders. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. 37*(3), 733–51. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2008.07.003

Reddon H., Guéant J.L., & Meyre D. (2016) The importance of gene-environment interactions in human obesity. *Clinical Science, 130*(18), 1571–97. https://doi.org/10.1042/CS20160221

Reinelt, T., Petermann, F., Bauer, F., & Bauer, C. P. (2020). Emotion regulation strategies predict weight loss during an inpatient obesity treatment for adolescents. *Obesity Science & Practice*, *6*(3), 293-299. https://doi.org/10.1002/osp4.410

Robertson, S. (2015). *A positive psychological approach to weight loss and maintenance in obese Australians*. [Unpublished doctoral thesis]. University of Adelaide. https://hdl.handle.net/2440/98150

Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2006). Emotional development in adolescence. G.R. Adams, M.D. Berzonsky (Ed.) *Blackwell Handbook Of Adolescence içinde*, (ss.269-289). Blackwell Publishing

Rozehnalova, J. (2018). *The role of positive psychology in the treatment of overweight and obesity, and its effects on molecular genetic pathways involved*. (Yayın No: 782450), [Doctoral dissertation, University of Bolton]. https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.782450

Rubinow, D.R., Peck, G.L., Squillace, K.M., & Gantt, G.G. (1987). Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *Journal of the American Academy of Dermatology, 17*(1), 25–32. https://doi.org/10.1016/s0190-9622(87)70166-2

Ruffault, A., Czernichow, S., Hagger, M. S., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., Boujut, E., & Flahault, C. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, *11*(5), 90-111. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.09.002

Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health, *Psychological Inquiry, 9*(1), 1-28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1

Sandalcı, U., & Tuncer, G. (2020). Obezitenin doğrudan ve dolaylı maliyetlerine ilişkin bir değerlendirme. *Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi, 12*(2), 29-44

Santas, F., & Santas, G. (2018). Prevalence of pre-school children for overweight/obesity in Turkey. *World Journal of Pediatrics*, *14*(1), 77-83. https://doi.org/10.1007/s12519-017-0103-9

Sarıtaş-Atalar, D., Gençöz, T., & Özen, A. (2015). Confirmatory factor analyses of the difficulties in emotion regulation scale (DERS) in a Turkish adolescent sample. *European Journal of Psychological Assessment, 31*(1):12-19. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000199

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., ... & Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, *28*(2), 169-180. https://doi.org/10.1007/s10654-013-9771-5

Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science, 161*(3843), 751-756. doi: 10.1126/science.161.3843.751

Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder–a systematic review. *Obesity Reviews, 14*(6), 477-495. https://doi.org/10.1111/obr.12017

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(2), 261-276. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, *55*(1), 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5

Seven, H. (2013). *Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisi* (Yayın No: 340660), [Yüksek lisans tezi, Haliç üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, *74*(6), 1869-1880. https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x

Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(5), 467 – 487. https://doi.org/10.1002/jclp.20593

Smith, K. B., & Smith, M. S. (2016). Obesity statistics. *Primary care: clinics in office practice*, *43*(1), 121-135. https://doi.org/10.1016/j.pop.2015.10.001

Soliman A.T., Yasin M. & Kassem A. (2012). Leptin in pediatrics: a hormone from adipocyte that wheels several functions in children. *Indian Journal of Endocrinol Metabolism*. *16*(Suppl. 3):S577–87. https://doi.org/10.4103/2230-8210.105575

Sperry, L. & Carlson, J. (2002). What is health counseling? J. Donnelly (Ed.), *Health Counseling: Application And Theory* içinde (ss.1-15). Brooks Cole

Steck, E. L., Abrams, L. M., ve Phelps, L. A. (2004). Positive psychology in the prevention of eating disorders. *Psychology in the Schools*, *41*(1), 111–117. https://doi.org/10.1002/pits.10143

Steinberg, L. (2013). *Adolescence* (10. Basım). McGraw-Hill

Steinbeck, K. S., Lister, N. B., Gow, M. L., & Baur, L. A. (2018). Treatment of adolescent obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, *14*(6), 331-344. https://doi.org/10.1038/s41574-018-0002-8

Stephen M. Schueller (2010): Preferences for positive psychology exercises, *The Journal of Positive Psychology*, *5*(3), 192-203. http://dx.doi.org/10.1080/17439761003790948

Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, *5*(4), 357-365.

Styne, D. M., Arslanian, S. A., Connor, E. L., Farooqi, I. S., Murad, M. H., Silverstein, J. H., & Yanovski, J. A. (2017). Pediatric obesity—assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(3), 709-757. https://doi.org/10.1210/jc.2016-2573

Suldo S.M., & Shaffer E.J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review, 37*(1), 52-68. https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087908

Suldo, S. M., Thalji, A., & Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-being, psychopathology, and mental health status yielded from a dual-factor model. *The Journal of Positive Psychology, 6*(1), 17–30. https://doi.org/10.1080/17439760.2010.536774

Susman E. J., Rogol A. (2004). Puberty and psychological development. R.M. Lerner, L. Steinberg (Ed., İkinci basım), *Handbook of Adolescent Psychology* içinde (ss.15-44). John Wiley&Sons

Taut, D., Renner, B., & Baban, A. (2012). Reappraise the situation but express your emotions: impact of emotion regulation strategies on ad libitum food intake. *Frontiers in Psychology*, *3*, 359. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00359

Tchanturia, K., Dapelo, M. A. M., Harrison, A., & Hambrook, D. (2015). Why study positive emotions in the context of eating disorders?. *Current Psychiatry Reports*, *17*(1), 1-12. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0537-x

Tezcan B. (2009). *Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar* [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. T.C Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Thaker, V. V. (2017). Genetic and epigenetic causes of obesity. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, *28*(2), 379. https://doi.org/10.1542/9781581109405-genetic

Thamotharan, S., Lange, K., Zale, E. L., Huffhines, L., & Fields, S. (2013). The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(2), 253-262. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.001

Thayer, R. E. (2003). *Calm energy: How people regulate mood with food and exercise*. Oxford University Press.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2-3), 25-52. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x

Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, *7*(2), 183-225. https://doi.org/10.1007/s10902-005-4754-1

Tremblay, M.S., Aubert, S., Barnes, J.D., Saunders, T.J., Carson, V., Letimer-Cheung, A.E., Chastin, S.F.M., Altenburg, T.M. & Chinapaw, M.J.C. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral*

Nutrrition Physical Activity, 14(75), 1-17. https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8

Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M., & Saha, S. (2017). Economic burden of obesity: a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(4), 435. https://doi.org/10.3390/ijerph14040435

Tulchinsky, T.H., & Varavikova, E.A. (2014) *Expanding the concept of public health. The new public health* (3. Basım, ss. 43-90), Academic Press.

Tuomisto, T., Tuomisto, M. T., Hetherington, M., & Lappalainen, R. (1998). Reasons for initiation and cessation of eating in obese men and women and the affective consequences of eating in everyday situations. *Appetite, 30*(2), 211-222. https://doi.org/10.1006/appe.1997.0142

Tura, G. (2014). *Yapısal Aile Sistemleri Kuramı Temelli Psikoeğitim Programının Aile Ortamı, Yeme Tutumu Ve Obeziteye Etkisi: Vaka Çalışması*, (Yayın No: 363443), [Doktora tezi, Sakarya Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Turner, H.M., Rose, K.S., & Cooper, M.J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity, 29*(4), 381-387. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802915.

Türk, M. (2018). *Farkındalık temelli psikoeğitim programının üniversite öğrencilerinin duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve duyguları yönetme becerileri üzerindeki etkisi.* (Yayın No: 528194), [Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Türkiye İstatistik Kurumu -TÜİK- (2023, 2 Ağustos). *Türkiye Sağlık Araştırması*. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Health-Survey-2022-49747.

Uncu, F., Evcimen, H., & Gülnaroğlu, B. (2020). Investigation of the relationship between impulsivity and night eating attitudes of obese and nonobese individuals. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care, 15*(2), 98-101. https://doi.org/10.1089/bari.2017.0058

van Egmond-Froehlich, A., Claußnitzer, G., Dammann, D., Eckstein, E., Bräuer, W., & de Zwaan, M. (2013). Parent reported inattention and hyperactivity/impulsivity as predictor of long-term weight loss after inpatient treatment in obese adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 46*(1), 39-46. https://doi.org/10.1002/eat.22043

VanBoven, A. M., & Espelage, D. L. (2006). Depressive symptoms, coping strategies, and disordered eating among college women. *Journal of Counseling & Development, 84*(3), 341-348. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00413.x

Vandewalle, J., Moens, E., & Braet, C. (2014). Comprehending emotional eating in obese youngsters: the role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity, 38*(4), 525-530. https://doi.org/10.1038/ijo.2013.233

Vasques, C., Magalhães, P., Cortinhas, A., Mota, P., Leitão, J., & Lopes, V. P. (2014). Effects of intervention programs on child and adolescent BMI: a meta-analysis study. *Journal of Physical Activity and Health, 11*(2), 426-444. https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0035

Verbeken, S., Braet, C., Claus, L., Nederkoorn, C., & Oosterlaan, J. (2009). Childhood obesity and impulsivity: an investigation with performance-based measures. *Behaviour Change*, *26*(3), 153-167. https://doi.org/10.1375/bech.26.3.153

Wadden T.A. & Osei S. (2004). The Treatment of Obesity: An Overview. T.A.Wadden & A.J.Stunkard (Ed.). *Handbook of Obesity Treatment* içinde (ss. 229-248). Guilford Press

Wante, L., Van Beveren, M. L., Theuwis, L., & Braet, C. (2018). The effects of emotion regulation strategies on positive and negative affect in early adolescents. *Cognition and Emotion*, *32*(5), 988-1002. https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1374242

Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *17*(6), 408-425. https://doi.org/10.1002/erv.952

Wells, J. C., Marphatia, A. A., Cole, T. J., & McCoy, D. (2012). Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: understanding the female excess. *Social Science & Medicine*, *75*(3), 482-490. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.029

Williams, P. G., Holmbeck, G. N., & Greenley, R. N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 828–842. https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.828

Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H., & Kannel, W. B. (2002). Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Archives of Internal Medicine*, *162*(16), 1867-1872. https://doi.org/10.1001/archinte.162.16.1867

Wing, R. R. (2002). Behavioural weight control. T.A. Wadden & A.J. Stunkard (Ed.), *Handbook of Obesity Treatment* içinde (ss. 301 - 316). Guilford Press.

Wolfe, W. L., & Patterson, K. (2017). Comparison of a gratitude-based and cognitive restructuring intervention for body dissatisfaction and dysfunctional eating behavior in college women. *Eating Disorders*, *25*(4), 330-15. https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1279908

Wong, E. M., & Cheng, M. M. (2013). Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(17-18), 2519-2530. https://doi.org/10.1111/jocn.12098

World Health Organization.-WHO- (2021a, Mart 21). *What is definition of adollesent?* https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health

World Health Organization.-WHO- (1948/2021b, Eylül 20). *What is the WHO definition of health?* https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions

World Health Organization.-WHO- (2021c, Eylül 20). *Obesity and overweight?* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

World Health Organization.-WHO- (2023, Eylül 10). *Global Stattus report on physical activity 2022*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153

Yazar, A. , Kılıçaslan, M., Akın, F. & Arslan, Ş. (2019). Konya ilinde 6-18 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı. *Bozok Tıp Dergisi, 9*(1), 123-129. https://dergipark.org.tr/en/pub/bozoktip/issue/44160/544877

Yavuz, H. M., & Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite, 120,* 491-499. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.001

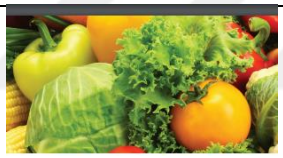
Yılmaz, S., Calikoglu, E., & Kosan, Z. (2019). Prevalence of obesity among adolescents in Eastern Turkey: A cross-sectional study with a review of the local literature. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, *22*(8), 1070-1070. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_418_18

Yiğit, Y. S. (2006). *Düzce ili ismet paşa ilköğretim okulu 6, 7 ve 8. sınıflara devam eden öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri, alışkanlıkları ve obezite durumları üzerine bir araştırma. (*Yayın No: 187267), [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK ulusal Tez Merkezi.

Zwiauer, K. F. (2000). Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, *159*(S1), S56-S68. https://doi.org/10.1007/PL00014367

EKLER

Ek 1. Günlük Tüketilmesi Gereken Besin Grupları ve Önerilen Miktarlar

		Besin grubu	Tüketilmesi gereken miktar
1)		Süt ve ürünleri grubu	Her gün yetişkin bireylerin 3 porsiyon, çocukların, adolesan dönemi gençlerin, gebe ve emzikli kadınlarla menopoz sonrası kadınların 2-4 porsiyon süt ve ürünlerini tüketmeleri gerekir
2)		Et, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar grubu	Et – yumurta-kuru baklagiller-sert kabuklu yemiş/yağlı tohum grubundan yetişkin bireyler ve gençler günde 2.5-3 porsiyon tüketmelidir.
3)		Ekmek ve tahıllar	Ekmek ve tahıllar genç erkekler (14-18 yaş) 7-8 porsiyon, genç kızlarda ve yetişkinler 4-5 porsiyon tüketmelidir
4)		Sebze grubu	Günde en az 2.5-3 porsiyonu sebze tüketilmelidir. Alınan bu sebzeler kendi içlerinde de en az iki porsiyon yeşil yapraklı sebze (ıspanak, brokoli gibi) veya domates gibi diğer sebzeler olmalıdır.
5)		Meyve grubu	Günde en az 2-3 porsiyonu meyve tüketilmelidir. Alınan bu meyve ise portakal, limon gibi turunçgiller veya antioksidanlardan zengin diğer meyveler olarak önerilir.

Kaynak: Türkiye Beslenme Rehberi-TÜBER, 2015

Ek 2. Yaş Cinsiyet ve Fiziksel Aktivite Düzeyine Göre İhtiyaç Duyulan Enerji Gereksinimleri

ENERJİ	**ÇOCUK VE ADOLESANLAR**			**YETİŞKİNLER**		
	Az aktif **PAL=1.4**	**Orta aktif** **PAL=1.6**	**Aktif** **PAL=1.8**	**Az aktif** **PAL=1.4**	**Orta aktif** **PAL=1.6**	**Aktif** **PAL=1.8**
1000 kkal	E:2 Yaş K:2-3 yaş					
1200 kkal	E:3-5 yaş K:4-6 yaş					
1400 kkal	E:6-7 yaş K:7-9 yaş	E:4-5 yaş K:5-6 yaş		K>70 yaş		
1600 kkal	E:8-10 yaş K:10-11 yaş	E:6-7 yaş K:7-9 yaş	E:5 yaş K:5-6 yaş	K:40-69 yaş	K>70 yaş	
1800 kkal	E:11-12 yaş K:12-14 yaş	E:8-10 yaş K:10-11 yaş	E:6-7 yaş K:7-8 yaş	K:18-39 yaş E>60 yaş	K:40-69 yaş	K>70 yaş
2000 kkal	E:13 yaş **K: 15-18 yaş**	E:11-12 yaş K:12-14 yaş	E:8-10 yaş K:9-11 yaş	E:50-59 yaş	K:19-39 yaş E>70 yaş	K:60-69 yaş
2200 kkal	E:14 yaş	E:13 yaş K:15-18 yaş	E:11 yaş K:12-13 yaş	E:18-49 yaş	E:60-69 yaş	K:30-59 yaş
2400 kkal	**E:15-16 yaş**	E:14 yaş	E:12 yaş **K:14-16 yaş**		E:30-59 yaş	E>60 yaş K:19-29 yaş
2600 kkal	**E:17-18 yaş**	**E:15 yaş**	E:13 yaş **K:17-18 yaş**		E:19-29 yaş	E:40-59 yaş
2800 kkal		**E:16-17 yaş**	E:14 yaş			E:19-39 yaş
3000 kkal		**E:18 yaş**	**E:15-16 yaş**			
3200 kkal			**E:17-18 yaş**			

Kaynak: Türkiye Beslenme Rehberi-TÜBER, 2015

Ek 3. Demografik ve Sağlık Veri Formu

ERGEN DEMOGRAFİK VERİ FORMU

AD SOYAD	:		TELEFON	:	
CİNSİYET	:	( ) K ( ) E	YAŞ	:	
ANNE EĞİTİMİ	:	( ) Yok	BABA EĞİTİMİ	:	( ) Yok
	:	( ) Okur-yazar		:	( ) Okur-yazar
	:	( ) İlköğretim		:	( ) İlköğretim
	:	( ) Orta öğretim		:	( ) Orta öğretim
	:	( ) Yüksek öğretim		:	( ) Yüksek öğretim

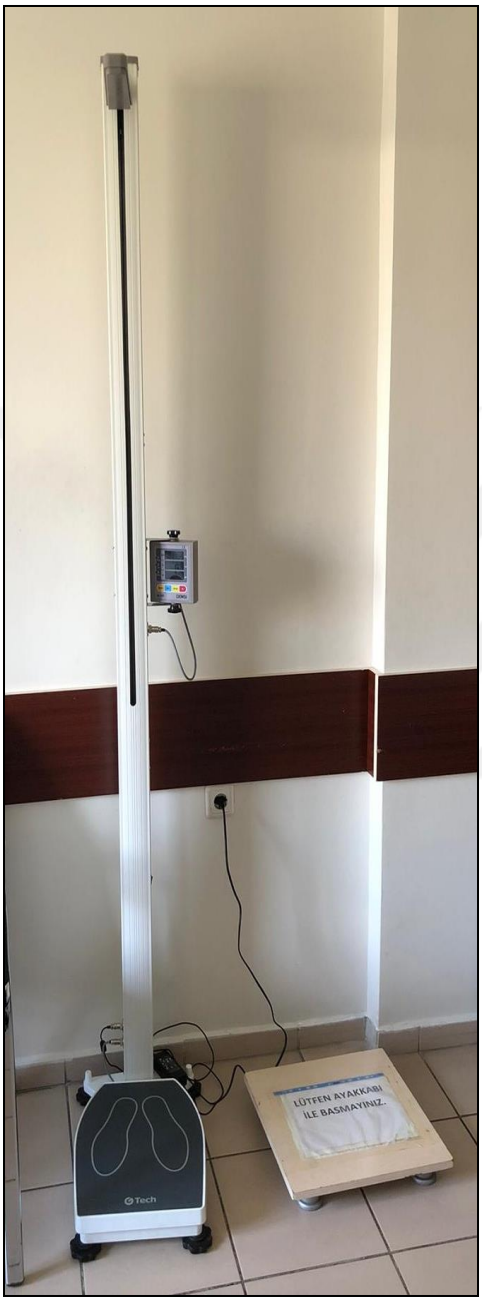
SAĞLIK VERİ FORMU

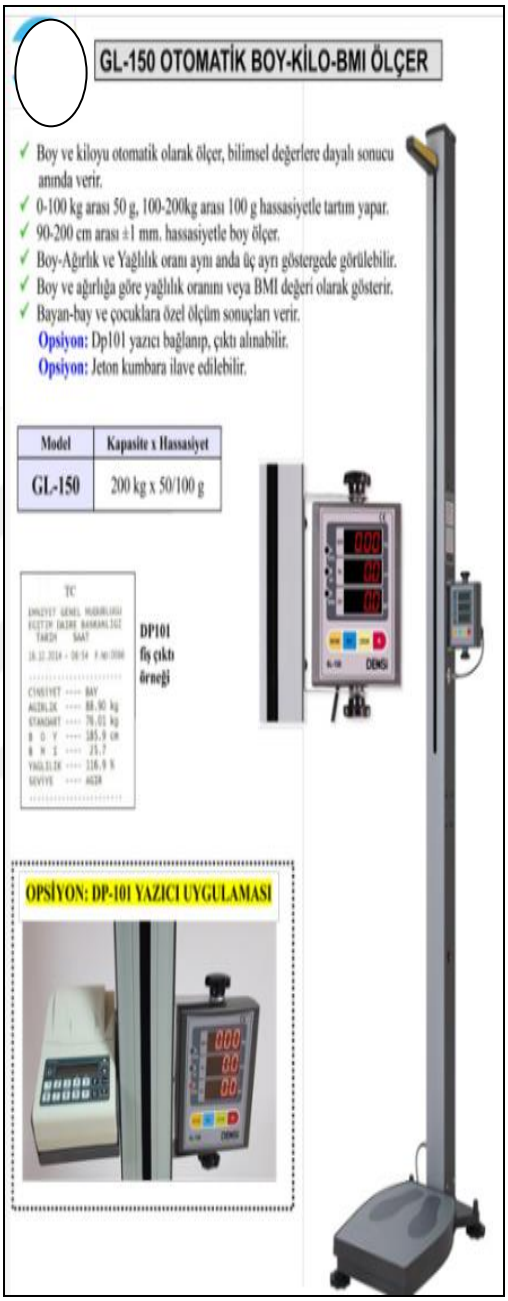
Doktor tarafından teşhisi konmuş herhangi bir kronik hastalığınız varmı? diyabet vs	:	( ) Evet Tanı …… ( ) Hayır	Aile Obez birey var mı?	:	( ) Anne ( ) Baba ( ) Kardeş ( ) ( ) Yok
Psikiyatrik tedavi alıyor musunuz?	: :	( ) Evet …… ( ) Hayır	Düzenli kullandığınız ilaçlar		
Daha önce obezite ile baş edebilmek için kullanılan yöntemler	:	( ) Diyet ….. kez denedim ( ) Egzersiz ( ) Farmakolojik tedavi ( ) Bariyatrik cerrahi ( ) Psikolojik tedavi Diğer ……			

Ek 4. Antropometrik Ölçümler

Boy	……..cm
Yaş	……..kg.
BKİ	

Ek 5. Vücut Ağırlığı Ve Boy Ölçümünde Kullanılan Cihaz ve Özellikleri





Ek 6: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği Örnek Maddeleri

Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz. Değerlendirmenizi uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.
4. Ne hissettiğim konusunda net bir fikrim vardır.
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

…

Ek 7: Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği Örnek Maddeler

Ergen Öznel İyi Oluş Ölçeği

1 Ailem beni sever
2 Ailem beni destekler
3 Ailem bana saygı duyar
4 Ailem sağlıklı
5 İnsanlara karşı sabırlıyım
..

Ek 8: Aile Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Ölçeği Örnek Maddeler

Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite Ölçeği:

Ailenin Öğünleri
1. Çocuğunuz ne sıklıkta evde ya da okulda kahvaltı yapıyor? 2. Çocuğunuz ne sıklıkta günde en az bir öğününü aileden en az bir kişiyle birlikte yiyor?
Ailenin Yeme Alışkanlıkları
3. Çocuğunuz ne sıklıkta TV izlerken birşeyler yiyor? (Ana ve ara öğünler dâhil) 4. Aileniz ne sıklıkta "Fast food/ayaküstü yenilen yiyecekleri" yiyor?
Gıda Tercihleri
5. Aileniz ne sıklıkta paketlenmiş "yenmeye hazır" gıdalar tüketiyor? (Sıklıkla fırında veya mikrodalga fırında ısıtılmak üzere hazırlanmış dondurulmuş ürünler ya da raf ürünleri dâhil) **6.** Çocuğunuz ne sıklıkta ana ya da ara öğünlerde meyve ve sebze yiyor? (Paketlenmiş meyve suları hariç) ...

Ek 9. Yıldız Teknik Üniversitesi Etik Kurul Kararı

YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

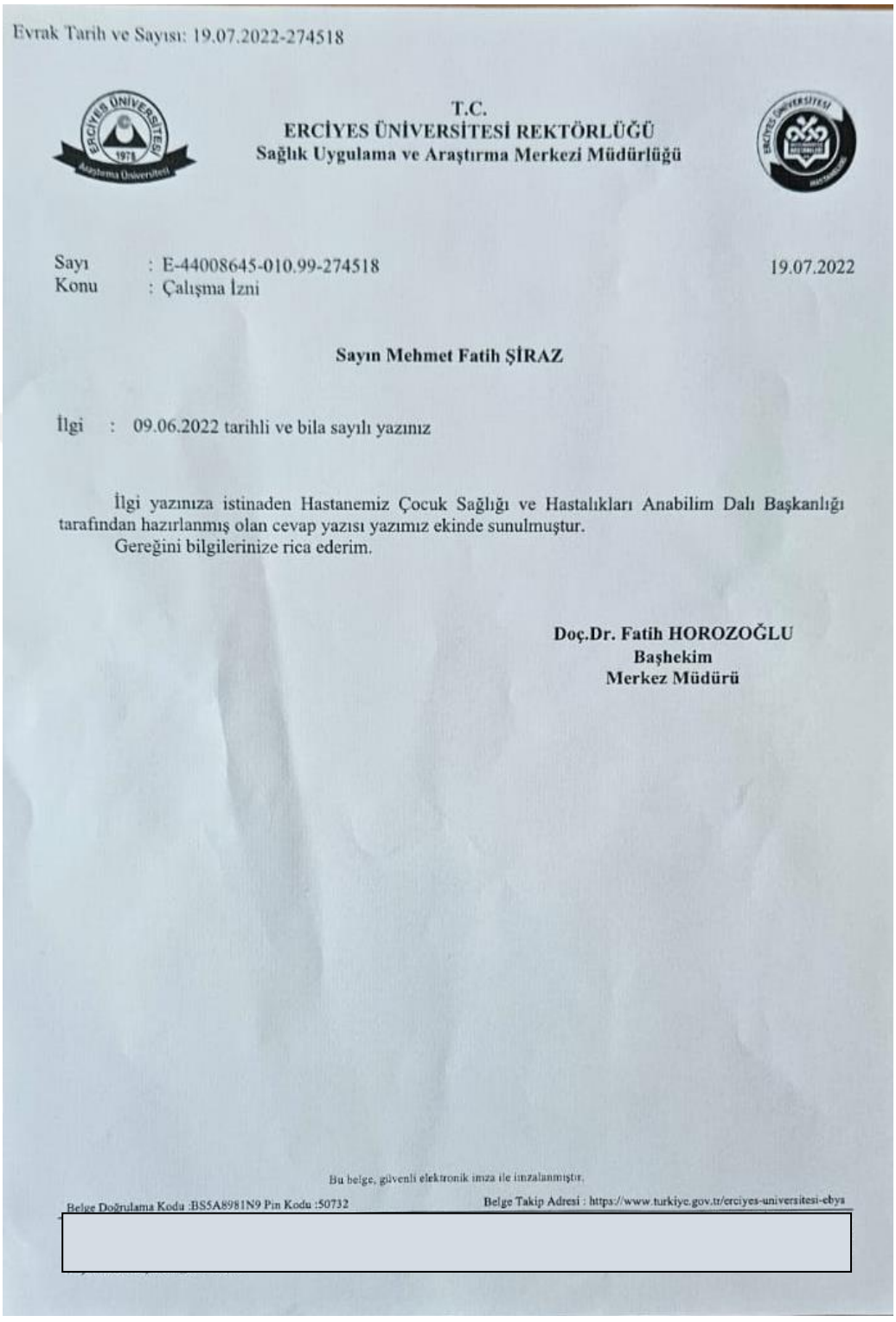
Toplantı Tarihi: 26.11.2021 **Toplantı No: 2021.11**

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU TOPLANTI KARARI

Yürütücülüğünü Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü öğretim üyelerinden Prof Dr. Ali ERYILMAZ danışmanlığında lisansüstü öğrencisi MEHMET FATİH ŞİRAZ tarafından yapılacak olan "Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Hazırlanan Çok Boyutlu Müdahale Programının Ekzojen Obezitesi Olan Ergenler Üzerinde Etkililiği" adlı çalışma ve bu çalışmada kullanılacak veri toplama araçları ve yöntemlerine ilişkin bilgilerde etiğe aykırı herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Etik Kurul Üyeleri

Ek 10. Erciyes Üniversitesi Çalışma Uygulama İzni s.1



Evrak Tarih ve Sayısı: 19.07.2022-274518

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-44008645-010.99-274518 19.07.2022
Konu : Çalışma İzni

Sayın Mehmet Fatih ŞİRAZ

İlgi : 09.06.2022 tarihli ve bila sayılı yazınız

İlgi yazınıza istinaden Hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından hazırlanmış olan cevap yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Fatih HOROZOĞLU
Başhekim
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BS5A8981N9 Pin Kodu :50732 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/erciyes-universitesi-ebys

Ek 10. Erciyes Üniversitesi Çalışma Uygulama İzni s.2

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.07.2022-274819

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-76309330-622.03-271829 05.07.2022
Konu : Çalışma İzni Uygunluğu (Mehmet Fatih ŞİRAZ)

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.06.2022 tarihli ve 257088 sayılı yazınız

İlgi yazınız gereğince, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümünde doktora öğrencisi olan Uzm. Psikolog Mehmet Fatih ŞİRAZ'ın " Çift Faktör Modeli Çerçevesinde Hazırlanan Çok Boyutlu Müdahale Programının Ekzojen Obezitesi Olan Ergenler Üzerindeki Etkinliği " konulu doktora tezinin uygulamasını anabilim dalımızda yapması Haziran 2022 döneminde yapılan akademik kurul toplantısında görüşülmüş ve kabul edilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Duran ARSLAN
Anabilim Dalı Başkanı

Ek:Akademik Kurul Kararı

Belge Doğrulama Kodu :BSVA8LBB0R Pin Kodu :65582 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/erciyes-universitesi-ebys

Ek 11. Grup Kuralları

GRUP KURALLARI

- Tüm seanslara katılmak gerekmektedir. İki seansa katılmayan kişi programa devam edemez.
- Seanslar haftada bir kere, belirli gün ve saatlerde yapılır. Seans başladıktan 10 dk. sonra gelen katılımcılar grup etkileşimini olumsuz etkileyeceğinden gruba alınmazlar.
- Grupta üyelerin aktardıkları her türlü bilgi gizli kalır ve grup terapisti ve diğer katılımcılar tarafından başkaları ile paylaşılamaz. Grup terapisti katılımcının kendisine veya çevresine zarar verme ihtimali olduğuna inanırsa katılımcının bilgisi dâhilinde gerekli bilgileri hastanın doktoru ve ailesi ile paylaşabilir.
- Grupta katılımcılar söz alarak konuşurlar ve birbirlerinin sözünü kesmezler.
- Grupta katılımcıların olumsuz ve yıkıcı eleştiri yapması, bir başkasını rencide edecek yorumda bulunması, hakaret etmesi ya da küfürlü konuşması yasaktır. Böyle durumlarda grup danışmanı gerekli görürse katılımcıyı seans içinde ya da uzun süreli olarak gruptan uzaklaştırabilir.
- Grup üyelerinin birbirlerine saygılı olmaları zorunludur.
- Gruptaki üyelerin birbirlerini yargılamamaları ve diğer üyeleri oldukları gibi kabul etmeleri gerekir.
- Katılımcıların seans sırasındaki etkinliklere katılmaları ve ev ödevlerini yapmaları beklenmektedir.
- Grup sürecine devam etme zorunluluğu bulunmamakla birlikte, çalışmaya devam etmek istemeyen katılımcının grup liderine bunu bildirmesi beklenmektedir.
- Grup seansları on katılımcıdan oluşur. Gruplar kapalı grup biçiminde sürdürülür. Sonradan üye katılımı olmayacaktır.

Ek 12. Hedeflerim Etkinliği

HEDEFLERİM

- **NEDEN BU GRUBA KATILDINIZ? BU GRUBA KATILMAKTAKİ HEDEFİNİZ NE?**

KISA SÜRELİ GRUP HEDEFLERİM

-
-
-
-

UZUN SÜRELİ GRUP HEDEFLERİM

-
-
-
-

- **BU ÇALIŞMADA HEDEFLERİNİZE ULAŞMADA NE GİBİ ZORLUKLARLA KARŞILAŞACAĞINIZI DÜŞÜNÜYORSUNUZ?**
  -
  -
  -
  -

- **BU ÇALIŞMADA HEDEFLERİNİZE ULAŞMAYI KOLAYLAŞTIRACAK NE GİBİ KAYNAKLARINIZ VAR?**
  -
  -
  -
  -

Ek 13. Fiziksel Aktivite Kayıt Formu

FİZİKSEL AKTİVİTE KAYDI FORMU

Adı Soyadı : **Kaçıncı Hafta:**

Formu Doldururken amaç günlük fiziksel aktivite ile geçirilen zamanın belirlenmesidir. Örnek aktivitelerden hangilerini yaptığınızı ve yapılan aktiviteleri süreleri ile birlikte not alın. Listede olmayan aktivitelerde (aktif ya da pasif) bulunursanız bunları da ekleyin lütfen.

Aktif (fiziksel efor sarf edilen) aktiviteler: Yürümek, Koşmak, Dans etmek, Aletli jimnastik, Bisiklet sürmek, Top oynamak vb.	**Aktivite Süresi** ARTTIR							Pasif (Fiziksel efor sarf edilmeden) yapılan aktiviteler: oturarak zaman geçirme, bilgisayar kullanma, televizyon izleme, telefonda sosyalmedya kullanımı vb.	**Aktivite Süresi** AZALT						
GÜNLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**GÜNLER**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
YÜRÜME								TV İZLEME							
KOŞMAK								BİLGİSAYAR KULLANMA							
YÜZMEK								TLF SOSYAL MEDYA							

Ek 14. Obezite Etki İnceleme Formu

OBEZİTE ETKİ İNCELEME FORMU

1. **Obezitenin fiziksel sağlığınız üzerindeki etkileri nelerdir?**

2. **Obezitenin psikolojik sağlığınız üzerindeki etkileri nelerdir?**

3. **Obezitenin sosyal çevrenizle etkileşim üzerindeki etkileri nelerdir?**

4. **Obezitenin yakın ilişkileriniz üzerindeki etkileri nelerdir?**

5. **Obezitenin okul yaşantınız-akademik etkililiğiniz üzerindeki etkileri nelerdir?**

6. **Obezitenin spor alışkanlıklarınız üzerindeki etkileri nelerdir?**

Ek 15. Ergenlere Yönelik Çok Boyutlu Obezite Müdahale Programı (Örnek Oturumlar)

1. HAFTA

TEMA : Yapılama - Hoşgeldin
SÜRE : 90. Dk.
METERYAL :

- Hedeflerim formu, Günlük aktivite kaydı formu

AMAÇ :

- Müdahale programının etkin ve verimli geçmesi için ihtiyaç duyulan grup dinamiklerinin oluşturulmaya başlanması
- Programın tanıtılması
- Bireysel ve grup hedeflerinin belirlenmesi

KAZANIMLAR :

- Grup üyeleri ile kaynaşır ve kendini grubun bir üyesi olarak hisseder.
- Grup süreci hakkında bilgi edinir ve uyulması gereken kuralları kavrar.
- Grup içinde kendini açmanın önemini anlar.
- Değişim motivasyonu içselleştirir
- Grup ve bireysel hedeflerini bilir

SÜREÇ :

Bu oturumda, grup üyelerinin birbirleriyle tanışması, gruba uyum sağlaması, grup kurallarının kavranmasına odaklanılmıştır. Bununla birlikte grup üyelerine genel amaçlar, grup sürecinde yapılacaklar ve oturumlar hakkında bilgilendirme yapılır.
Grup üyelerine kısa bir tanıtım yapılarak " Bu grup çalışmasının ekzojen obeziteye yönelik hazırlanmış olan müdahale programı ile obezitede etkin rol oynayan yeme davranışlarını düzenlemektir. Bu doğrultuda duygusal yeme, dürtüsel yeme ve otomatik yeme davranışlarına odaklanılacaktır. Grup sürecinde duygu düzenleme becerileri, dürtü kontrol becerisi, farkındalık, öznel iyi oluş üzerine çalışmalar yapılacaktır. Bu amaçlara ulaşmak için 14 hafta boyunca haftada bir gün, 90 dk toplanarak oturumlarımızı gerçekleştireceğiz. Her oturumda oturum konusu ile paralel uygulamalar yapılacak ve ev ödevleri verilecektir." Açıklaması yapılır. Ardından tanışma etkinliği yapılır (Altınay, 2021). Tanışma etkinliği tamamlandıktan sonra grup kuralları belirlenir (Ek-11) ve grup kurallarının olduğu liste grup üyelerine dağıtılır. Pozitif değişime odaklanma becerisine dikkat çekmek için grup sürecinde katılacakları belli olduğu andan oturuma gelene kadar katılımcılardan hissettikleri değişimlerin, duygu ve düşüncelerin paylaşılması istenir. İlk olarak grup lideri kendi hislerini, düşüncelerini paylaştıktan sonra sırasıyla her üyenin paylaşım yapmaya motive eder Çalışmadan sonra hedeflerim formu (Ek-9) dağıtılır ve üzerine konuşulur. Grup üyelerinin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması istenerek grup lideri tarafından özetleme yapılarak ev ödevi için günlük aktivite takip formu (Ek-10) tanıtılır ve hafta boyunca doldurmaları istenir. Ev ödevlerini yapmanın katkıları üzerinde durularak oturum sonlandırılır.

EV ÖDEVİ :

- Günlük aktivite kaydı

2. HAFTA

TEMA : Obeziteyi tanıma / Farkındalık

SÜRE : 90. Dk.

METERYAL :

- Obezite etki inceleme formu

AMAÇ :

- Obezite hakkında bilgilendirme
- Yaşam alanlarının tanıtılması

KAZANIMLAR :

- Katılımcılar kendi öykülerini paylaşır
- Hastalıklarının yaşam alanlarına etkileri hakkında farkındalık kazanır
- Obezite hakkında kuramsal bilgiyi öğrenir
- Beden farkındalığı ve nefes farkındalığı egzersizlerini öğrenir ve uygular

SÜREÇ :

Bu oturumda katılımcıların obeziteyi tanıması ve obezite hakkında farkındalık geliştirmeleri ayrıca nefes egzersizi öğrenmelerine odaklanılır. Öncelikle önceki oturum ile bağlantının kurulması ve ev ödevi konusunda yaşanan olumlu olumsuz durumların değerlendirilmesi yapılır. Yaşanan güçlükler üzerinde durularak katılımcıların motivasyonları kuvvetlendirilmeye çalışılır. Daha sonra katılımcılardan sırasıyla hastalığı ile ilgili öyküsünü paylaşması istenir. Ne zaman başladı, ne kadar süredir obezite ile mücadele ediyor? Bununla ilgili hangi çözüm yöntemleri denedi? Bütün üyeler hastalık öykülerini paylaştıktan sonra grup lideri özetleme yapar. İşlevsel davranışları ile ilgili pozitif değerlendirmelerde bulunarak önemini vurgular ve bu davranış kalıplarının pekişmelerine yardımcı olur. Oturumun sonraki bölümünde katılımcılara yaşam alanları tanıtılarak obezitenin bu alanlardaki etkileri belirlenmeye çalışılır. "Şimdi sizinle yaşam alanlarının neler olduğu ve bu alanlarda yaşadığınız etkileri konuşacağız. Yaşam alanları dediğimiz bizim hayatımızın bölümleri olarakta ifade edebiliriz. Bunlar fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal çevre, ilişkiler, aile, okul, spor .. olarak sayılabilir. Şimdi sizlerden bu alanlarla ilgili açıklamaları okumanızı ve bunlar üzerinde obezite hastalığının etkilerini yazmanızı istiyorum." açıklaması yapıldıktan sonra obezite etki inceleme formu (Ek-14) dağıtılarak doldurmaları istenir. Her üye tamamladıktan sonra Üyelere çalışma esnasında neler yaşadıkları, nasıl hissettikleri sorulur. Her alan için üyelerden geri bildirimler alınır. Bu uygulamalardan sonra katılımcılara obezite hakkında kuramsal bilgiler verilir. Örn: obezite nedir?, sebepleri nelerdir?, dürmesine sebep olan olumsuz davranışlar nelerdir? vs. Daha sonra kuramsal bilgi ile ilgili katılımcılardan geri bildirimler alınır. Bu konu hakkında farkındalıklarının güçlenmesine odaklanılır. Oturumum son kısmında nefes egzersizi yapılır (Arch, & Craske, 2006; Kim vd., 2016). Etkinlik tamamlandığında grup üyelerinin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması istenerek grup lideri tarafından özetleme yapılarak ev ödevleri belirlenerek ve ev ödevlerini yapmanın katkıları üzerinde durularak oturum sonlandırılır.

EV ÖDEVİ :

- Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
- Nefes egzersizinin her gün pratik yapılması

3. HAFTA

TEMA : Obeziteyi tanıma / Farkındalık

SÜRE : 90. Dk.

METERYAL :

- Obezite nedenlerim formu

AMAÇ :

- Obezitenin nedenleri ve obezitenin sürmesine yol açan davranış kalıpları ve tartışılması (duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme)

KAZANIMLAR :

- -Obezitenin nedenlerini öğrenirler
- -Obezitenin devam etmesini sağlayan davranışları kavrarlar
- -Kendi bedenleri ile ilgili farkındalık kazanırlar

SÜREÇ :

Bu oturumda katılımcıların Obezitenin nedenleri ve obezitenin sürmesine yol açan davranış kalıpları ve tartışılması (duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme) üzerine odaklanılır, ayrıca progresif gevşeme egzersizi öğrenilir. Öncelikle önceki oturum ile bağlantının kurulması ve ev ödevi konusunda yaşanan olumlu olumsuz durumların değerlendirilmesi yapılır. Yaşanan güçlükler üzerinde durularak katılımcıların motivasyonları kuvvetlendirilmeye çalışılır. Daha sonra katılımcılardan obeziteye neden olan davranışları listelemeleri istenir. Bunun için aşağıdaki soruları yanıtlanır ve genel özetleme yapılır. "Şimdi sizlerden obeziteye neden olan davranışları söylemenizi istiyorum. Örneğin; hızlı yemek yemek" Sırasıyla bütün üyelerden katılım yapması beklenir. "Sağlıklı yemek yeme davranışı nasıl olmalıdır?, Ne kadar yemek yemeliyiz?, Ne zaman yemek yemeliyiz?, Ne sıklıkla yemek yemeliyiz?" soruları ile ilgili tartışma yapılır. Tartışma sonunda literatür bilgileri çerçevesinde obeziteye neden olan yeme biçimleri ile ilgili açıklama yapılır "obeziteye neden olan yeme biçimlerini genel olarak 3 başlıkta sınıflandırabiliriz. Duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme. Duygusal yeme bireyin yaşamış olduğu olaylar karşısında hissettiği duyguları düzenlemede güçlük yaşadığı için yemeğe yönelir. Dürtüsel yemeden birey yiyecek uyaranları karşısında dürtülerini kontrol edemez ya da yemek yemeğe başladıktan sonra durma konusunda güçlük yaşar. Otomatik yeme ise bireyin yediği yemeği fark etmediği, tv izlerken, tlf ile ilgilenirken, aç olmasa da gıda ile karşılaştığı zamanlarda yeme davranışında bulunmasıdır. Obezitede birey bu hatalı yeme biçimlerinden birisini ya da birkaçını kullanır." Açıklama yapıldıktan sonra obezite nedenlerim formu doldurularak farkındalık kazandırılmaya çalışılır. Her üye tamamladıktan sonra Üyelere çalışma esnasında neler yaşadıkları, nasıl hissettikleri sorulur. Her alan için üyelerden geri bildirimler alınır. Oturumum son kısmında progresif gevşeme egzersizi öğretilir ve uygulamalı olarak yapılır (Matsumoto & Smith, 2001). Etkinlik tamamlandığında grup üyelerinin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması istenerek grup lideri tarafından özetleme yapılarak ev ödevleri belirlenir ve ev ödevlerini yapmanın katkıları üzerinde durularak oturum sonlandırılır.

EV ÖDEVİ :

- Günlük aktivite kaydı (önceki haftadan %10-15 arttırılmış aktivite)
- Nefes ve kas gevşeme egzersizinin her gün pratik yapılması

Ek 16. Ebeveynlere Yönelik Müdahale Programı (Örnek Oturumlar)

1. HAFTA

TEMA : Yapılama - Hoşgeldin
SÜRE : 90. Dk.
AMAÇ :

- Müdahale programının etkin ve verimli geçmesi için ihtiyaç duyulan grup dinamiklerinin oluşturulmaya başlanması
- Psikoeğitim programın tanıtılması
- Grup kurallarının belirlenmesi
- Çocuklarına yönelik beklentilerinin belirlenmesi
- Çocuklarının hastalıkları ile ilgili öykü paylaşımı yapılması

KAZANIMLAR :

- Grup üyeleri ile kaynaşır ve kendini grubun bir üyesi olarak hisseder.
- Grup süreci hakkında bilgi edinir ve uyulması gereken kuralları kavrar.
- Grup ve bireysel hedeflerini bilir

SÜREÇ :

Bu oturumda, grup üyelerinin birbirleriyle tanışması, gruba uyum sağlaması, grup kurallarının kavranmasına odaklanılmıştır. Bununla birlikte grup üyelerine genel amaçlar, grup sürecinde yapılacaklar ve oturumlar hakkında bilgilendirme yapılır.

Grup üyelerine kısa bir tanıtım yapılarak " Bu grup çalışmasının ekzojen obezitesi olan ergenlerin ebeveynlerine yöneliktir. Bu doğrultuda obezite farkındalığı, olumlu ebeveynlik, sağlıklı iletişim, problem çözme, problem davranışlarla mücadele alanlarına odaklanılacaktır. Grup sürecinde bilgi verme ve pratik uygulamalar üzerine çalışmalar yapılacaktır. Bu amaçlara ulaşmak için 9 hafta boyunca haftada bir gün, 60-90 dk arası toplanarak oturumlarımızı gerçekleştireceğiz. Her oturumda oturum konusu ile paralel uygulamalar yapılacak ve ev ödevleri verilecektir."

Açıklaması yapılır. Ardından tanışma etkinliği yapılır. "Tanışma etkinliğinde çalışmada amacımız birbirimizin isimlerini tanımak. Şimdi grup üyelerinin birbirlerini tanıması için bir çalışma yapacağız. Bu çalışmada amacımız birbirimizi tanımak. Sırasıyla kendinizi tanıtmanızı ve çocuğunuzun en sevdiğiniz yönünü paylaşmanızı istiyorum." Grup lideri adını söyleyerek zincir başlatır. Üyelerin tamamı paylaşımlarını yaptıktan sonra grup lideri grup kurallarına değinir ve etkinlik sonlandırılır.

Daha sonra sırasıyla her katılımcının çocuğunun hastalığı ile ilgili öyküsünü paylaşması istenir. Ne zaman başladı, ne kadar süredir obezite ile mücadele ediyor? Bununla ilgili hangi çözüm yöntemleri denedi? Bütün üyeler hastalık öykülerini paylaştıktan sonra grup lideri özetleme yapar. İşlevsel davranışları ile ilgili pozitif değerlendirmelerde bulunarak önemini vurgular ve bu davranış kalıplarının pekişmelerine yardımcı olur.

Oturumun son bölümünde grup üyelerinin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması istenerek grup lideri tarafından özetleme yapılarak oturum sonlandırılır.

2. HAFTA

TEMA : Obeziteyi tanıma / Farkındalık

SÜRE : 90. Dk.

METERYAL :

Çözüm yollarım etkinlikği

AMAÇ :

- Obezite hakkında bilgilendirme
- Obezite mücadele yolları

KAZANIMLAR :

- Obeziteyi tanır, nedenlerini bilir
- Obezitenin sürmesine sebep olan davranışları bilir.
- Daha önce kullandığı çözüm yollarından yararlı olanları fark eder
- Daha önce kullandığı çözüm yollarından faydasız olanları fark eder
- Süreçte aktif olmanın önemini kavrar

SÜREÇ :

Bu oturumda katılımcıların obezite hakkında bilgi edinmesine ve ebeveynnin etkileri hakkında farkındalık kazanmasına odaklanılır. Öncelikle önceki oturum ile bağlantının kurulmasına ve yaşanan güçlükler üzerinde durularak katılımcıların motivasyonları kuvvetlendirilmeye çalışılır. Daha sonra grup lideri alan lietratürü çerçevesinde obezite ile ilgili bilgilendirme yapar. "Obezite tüm dünyayı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yaştan bireyi etkilemekle birlikte tedavisi mümkün olan bir hastalıktır. Doğru tedavi edilebilmesi için sebeplerin doğru tespit edilmesi önemli bir konudur. Obezitenin bilinen birçok sebebi olabilir. Bunlar genetik, hormonal, farmakolojik ve psikolojik olabilir. Bizim burada ele alacağımız konular obeziteye neden olan yeme davranışı biçimlerini değiştirmeye yöneliktir. Daha önce belirttiğimiz gibi ekzojen obeziteye alınan kalori ve harcanan kalori arasındaki dengesizilik sebep olmaktadır. Bi diğer deyişle aşırı yeme davranışı etkili olmaktadır. Bu sebeple yeme biçimini ve yeme biçimi üzerinde etkili olabilen psikolojik durumlara müdahale ederek obezite ile mücadelenizi güçlendirebilirsiniz. Bu yeme biçimlerini 3 başlıkta sınıflandırabiliriz. Duygusal yeme, dürtüsel yeme, otomatik yeme. Duygusal yeme bireyin yaşamış olduğu olaylar karşısında hissettiği duyguları düzenlemede güçlük yaşadığı için yemeğe yönelir. Dürtüsel yemeden birey yiyecek uyaranları karşısında dürtülerini kontrol edemez ya da yemek yemeğe başladıktan sonra durma konusunda güçlük yaşar. Otomatik yeme ise bireyin yediği yemeği fark etmediği, tv izlerken, tlf ile ilgilenirken, aç olmasa da gıda ile karşılaştığı zamanlarda yeme davranışında bulunmasıdır." Açıklaması yapıldıktan sonra katılımcılardan çocuklarının bu hastalığı ile mücadele için bu güne kadar denediğiniz çözüm yollarını paylaşmaları istenir. Tüm katılımcılar paylaşım yaptıktan sonra özetleme yapılır, kullanılan işlevsel çözüm yolları pekiştirilir. İşlevsel olmayanlar hakkında avantaj dezavantaj uygulaması yapılarak bölüm sonlandırılır. Daha sonra ebeveynlerin çocukları üzerindeki etkileri hakkında farkındalık kazanmaları için tartışma başlatılır. Katılımcıların görüşleri alındıktan sonra özetleme yapılarak aşağıdaki açıklama yapılır. "Çocukların tedavilerine katkı sağlamak; yapılan araştırmalar tedavi sürecinde aile desteğinin çok önemli olduğunu göstermektedir. Yapılan desteğin işlevsel ve sağlıklı olması ergenlerin hem tedaviyi yarım bırakmalarını azaltmakta hem de motivasyonlarını arttırmaktadır. En önemli konulardan birisiside bireyler birçok davranışı aile içerisinde model alarak öğrendiklerini unutmamak gerekir. Tedavi sürecinin hassas olduğunu unutmamak gerekir. Bu sebepler çocuklardan istenilen davranışların ya da yaşam biçiminin aile

tarafından benimsenmesi çok önemlidir. Şimdi söyleyeceğimiz maddeler sadece çocuklarınız için değil sizin ve ailenizin yaşamını sağlıklı biçimde devam ettirmesi için her üyenin benimsemesi ve uygulaması gerekir. Çok basit bir örnekle açıklayacak olursak ebeveynlerinin elinde hiç kitap görmeyen, ebeveynlerinde birşeyler öğrenme motivasyonunu görmeyen bir çocuğun okuma alışkanlığının gelişmesi çok zordur.

- Olumlu davranışlarını sözel olarak ifade etmek ve iltifat etmek
- Günlük olarak düzenli ve sağlıklı ev yemekleri yapmak
- Mevsim sebzelerini, bakliyat ve besinleri dengeli olarak kullanmak
- Şeker Karbonhidrat içeren besinleri tüketmemek
- Alışverişlerde hazır gıda, aburcubur (cips, kola) almamak
- Yemek saatlerinin düzenli olmasını sağlamak
- Besinleri ödül olarak kullanmamak
- Çocuklarla birlikte aktivitelere katılmak
- Aile olarak birlikte yapılan etkinliklerin arttırmak
- Çocuklara yemek yeme ya da yememe konusunda baskı yapmamak
- Çocukların motivasyonlarını düşürecek söylemlerden kaçınmak. Eleştirel konuşmalardan kaçınmak (zaten yapamazsın, işe yaramazsın…)
- Çocukların yapabileceği aktivite yada işlerde onlara fırsat tanımadan hemen onların yerine yapmak (odayı toplamak, yatağını düzeltmek, kıyafetlerini katlamak gibi bireysel sorumluluk alanına giren eylemleri onların yerine yapmak)
- Düzenli uyku uyuyabilecekleri ortam sağlamak
- Hareketli bir yaşam biçimini benimsemek ve çocuklara model olmak."

Etkinlik tamamlandığında grup üyelerinin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması istenerek grup lideri tarafından özetleme yapılarak oturum sonlandırılır.

3. HAFTA

TEMA : Olumlu Ebeveynlik / koşulsuz kabul

SÜRE : 90. Dk.

AMAÇ :

- Olumlu ebeveyn stratejilerini öğrenme
- Kontrol yerine destekleme
- Sorumluluk kabulü ve koşulsuz kabul

KAZANIMLAR :

- olumlu ebeveynlik stratejilerini bilir
- süreçteki sorumluluğu ile ilgili farkındalık kazanır
- Desteklemenin önemini kavrar
- olumlu pekiştirmeyi kullanır

SÜREÇ :

Bu oturumda katılımcılara olumlu ebeveynlik ilkeleri ve stratejileri hakkında grup üyelerine bilgi verilerek mevcut davranışları hakkında içgörü kazanmaları hedeflenir. Öncelikle önceki oturum ile bağlantının kurulmasına ve yaşanan güçlükler üzerinde durularak katılımcıların motivasyonları kuvvetlendirilmeye çalışılır. Daha sonra katılımcılara olumlu ebeveynlik hakkında aşağıdaki bilgiler aktarılır ve üzerinde tartışılır. "Bir ebeveynlik yaklaşımı olarak olumlu ebeveynlik, çocukların ve ergenlerin gelişimine katkıda bulunarak onların davranışlarını yapıcı şekilde yönetebilmektir. Bu amaçla çocuklarla sağlıklı iletişim kurulur, onlara ilgi ve sevgi gösterilir, güvenli bir ortam sağlanarak olumlu bir öğrenme ortamı oluşturulur. Tutarlı bir disiplin uygulanır. Ayrıca çocuklarla ilgili gerçekçi beklentiler oluşturulur. Olumlu Ebeveynlik için bireylerin kendine zaman ayırmaları da önemli bir ilke olarak sayılabilir. Şimdi sizlerle her ilkeyi çalışalım. Grup lideri her ilke başlığını açar ve katılımcıların görüşlerini alır. Geri bildirimler doğrultusunda yapılması gerekenler sıralanır.

- Sağlıklı iletişim kurmak
  - Empati yapabilmeli
  - Etkin dinlemeli
  - Saygılı olmalı
  - Açık ve net konuşmalı
  - Dolaylı mesajlardan kaçınmalı
- İlgi ve sevginin gösterilmesi
  - Çocuklara sevdiğini sözel ve bedensel olarak ifade etmek (seni seviyorum, sen benim için değerlisin.. çocuklara sarılmak..)
  - Onları koşulsuz kabulü yansıtmak
  - Onlarla vakit geçirmek
  - Onlara model olmak
  - İlgi alanlarına saygı duymak
- Güvenli bir ortam sağlamak
  - Çocuk ve ergenlerin ihtiyacı olan beslenme, barınma, sağlık koşullarını en az asgari düzeyde sağlamak
  - Çocukların fiziksel, psikolojik, sözel şiddete ya da tehdide maruz kalmayacakları yaşam alanı sağlanması
- Olumlu öğrenme ortamı oluşturmak
  - Kendilerini ifade etme imkânı tanımak

- Gelişim dönemlerinin ihtiyacına uygun materyal, alan, eğitim imkanlarına ulaşmalarını sağlamak
- Öğrenme süreçlerinde motivasyonel desteği düzenli vermek
- İlgi alanlarında gelişimlerini desteklemek

• Tutarlı bir disiplin anlayışı

- Anne – baba ortak karar alarak çelişkili kurallardan kaçınılması
- Aynı davranışa farklı zamanlarda farklı tepkiler vermekten kaçınmak
- Ebeveyn-çocuk ilişkisinde sağlıklı sınırları korumak

• Gerçekçi beklentilerde olmak

- Çocuğun gelişim dönemine uygun beklentilerde olmak
- Çocuğun gelişim dönemine uygun sorumluluk geliştirmesini desteklemek
- Her dönemde öğrenilmesi gereken fiziksel, sosyal, psikolojik, eğitsel konular vardır. Bu sebeple çocuğun öğrenme hakkına saygı duymak ve gerektiğinden fazla onun sorumluluklarını üstlenmemek

• Kendine zaman ayırmak

- Olumlu ebeveyn olmak için önce bireyin sağlıklı olması önemli. Bu sebeple ruhsal ve fiziksel sağlığın gereklerini ihmal etmemek.

Uygulama tamamlandıktan sonra katılımcılardan geri bildirim alınarak özetleme yapılır. Daha sonra çocuğumu ne kadar tanıyorum etkinliği yapılarak grup üyelerinin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşması istenerek grup lideri tarafından özetleme yapılarak oturum sonlandırılır.