



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**OBEZİTE KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ, YAŞANTISAL
KAÇINMA VE TEKRARLAYICI DÜŞÜNCE YAPISININ
KİLO VERME İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Özlem KILIÇ
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Ocak, 2020

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

OBEZİTE KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ, YAŞANTISAL
KAÇINMA VE TEKRARLAYICI DÜŞÜNCE YAPISININ
KİLO VERME İLE İLİŞKİSİ

Dr. Özlem KILIÇ
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Turan KARATEPE

İSTANBUL
Ocak, 2020

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Özlem KILIÇ'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "Obezite Kliniğine Başvuran Hastaların Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yaşantısal Kaçınma ve Tekrarlayıcı Düşünce Yapısının Kilo Verme ile İlişkisi" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Turan KARATEPE

İMZA



Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN



Doç. Dr. Ekrem ORBAY



Doç. Dr. Ekrem ORBAY
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip. No: 19221/22/05 Dip. Tez. No: 44210
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tez Savunma Tarihi: 06/01/2020

Yazar Bildirimi

“OBEZİTE KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ, YAŞANTISAL KAÇINMA VE TEKRARLAYICI DÜŞÜNCE YAPISININ KİLO VERME İLE İLİŞKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Özlem KILIÇ;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığı “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Ocak, 2020

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Dr. Öğr. Üyesi Hasan Turan KARATEPE
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Özlem KILIÇ

İlk olarak beni dünyaya getiren, her türlü nazımı çeken, kararlarımın en büyük destekçisi, her zaman arkamda olan canım annem Fatma GÜNAYDIN'a ve canım babam Yaşar GÜNAYDIN'a,

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre boyunca eğitimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma;

Asistanlık hayatım boyunca hoca olarak bilgilerini ve tecrübelerini paylaşmasıyla, zorlandığım her safhada desteğini ve güvenini hissettiren, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen Doç. Dr. Zuhal AYDAN SAĞLAM'a ve Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran MUTLU'ya;

Tez sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, değerli tez hocam Dr. Öğretim Üyesi Hasan Turan KARATEPE'ye;

Asistanlık sürecinde bana destek olan ve bu sürecin daha verimli ve keyifli olmasını sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma;

Biricik oğlumla keyifli vakitler geçirerek ders çalışmama katkıda bulunan kardeşim Osman GÜNAYDIN ve eşimin tüm güzel ailesine;

Hayatıma girmesiyle hayatıma renk katan, bakış açımı güzelleştiren, gülüşümü anlamlılaştıran, güzel oğlum Enver Özgür KILIÇ'a

Ve son olarak hayatımda olduğu için hep şükredeceğim, her zaman yanında olmaktan huzur ve şeref duyduğum sevgilim, eşim İbrahim KILIÇ'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özlem KILIÇ

Özet

OBEZİTE KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ, YAŞANTISAL KAÇINMA VE TEKRARLAYICI DÜŞÜNCE YAPISININ KİLO VERME İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Bu araştırma obez hastalarda kilo verme ile duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, tekrarlayıcı düşünce yapısı ve duygusal yeme arasında ilişki olup olmadığını araştırmak ve kilo verme ile bu parametrelerdeki bir değişimi gözlemlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 01.03.2019-31.05.2019 tarihleri arasında İ.M.Ü Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniğine ilk kez başvuran 18 yaş ve üzeri BKİ $\geq$ 30 olan 108 obez birey dahil edilip, prospektif olarak 6 ay takip edildi. İlk başvuru anında obez gruba sosyodemografik veri formu, Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği (DDGÖ-16), kabul eylem formu² (KEF-2), ruminatif düşünce biçimi ölçeği (RDBÖ), Penn State endişe ölçeği (PSEÖ), duygusal yeme (DY), Hastane-anksiyete ölçeği (HADS ölçeği) uygulandı. 6.ay takip sonrası hastalara aynı ölçekler tekrar uygulanıp, başlangıç ve 6.ay ölçüm olarak BKİ değişimi ile karşılaştırılması yapıldı. Kontrol grubuna obez olmayan, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan 68 kişi dahil edildi ve aynı ölçekler uygulanıp, 108 kişilik obez grupla karşılaştırması yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan obez hasta hasta grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve sigara kullanım oranı açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>,05$). Obez olan grubun duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, duygusal yeme, ruminasyon, endişe skorları ve tıknırcasına yeme bozukluğu oranı kontrol grubundan anlamlı seviyede yüksektir ($p<,05$). Buna rağmen obez ve kontrol grup örneklemlerimiz arasında anksiyete ve depresyon değişkenleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>,05$). Obez örneklem ($n=108$) korelasyon analizinde, duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, duygusal yeme, ruminasyon, endişe, anksiyete, depresyon ve tıknırcasına yeme bozukluğu skorlarının tamamının birbiriyle arasında anlamlı pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p<,05$). 6 aylık izlem sonucunda 46 obez hasta takibe devam

etmiştir, ortalama kilo değişimi % 7,62 dir (kilo alan 3 kişi dahil). Bu kilo değişimi ile beraber duygusal yeme, ruminasyon, endişe skorları ve tıknırcasına yeme bozukluğu oranı da anlamlı seviyede azalma tespit edilmiştir ($p<,05$). 6 aylık izlem sonucunda duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, depresyon ve anksiyete skorlarında anlamlı değişme gözlenmemiştir ($p>,05$). Başlangıç ölçüm skorları ile kilo verme oranı arasındaki ilişki incelendiğinde, başlangıç duygu düzenleme güçlüğü ile kilo verme oranı arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur ($r=-372$, $p<,05$).

Sonuç: Obezitede psikolojik zorlantılara neden olan duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma ve tekrarlayıcı düşünme tutumu sağlıklı kontrol grubuna göre fazladır. Psikolojik müdahale yöntemleri olmadan sadece kilo verme ile psikolojik sıkıntıya sebep olan parametrelerde (duygusal yeme, ruminasyon, endişe) belirgin azalma görülmektedir. Olumsuz duygulardan kaçınmayı azaltmaya yönelik ve duygusal düzenlemeye yönelik psikoterapi müdahalelerinin obezite programlarına eklenmesinin kilo değişimi ve kazanımların korunması adına önemli olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Obezite, duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, ruminasyon, endişe

Abstract

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL REGULATION DIFFICULTY, EXPERIENTIAL AVOIDANCE AND REPETITIVE THOUGHT STRUCTURE AND WEIGHT LOSS OF PATIENTS APPLIED TO OBESITY CLINIC

Aim: This study was conducted to determine whether there is a relationship between weight loss and difficulties in emotion regulation, experiential avoidance, repetitive thought structure and emotional eating in obese patients and whether there is a change in these parameters with weight loss.

Method: The study included 108 obese individuals with BMI $\geq$ 30, aged 18 years and over who applied to the Obesity Outpatient Clinic of Istanbul Medeniyet University Göztepe Training and Research Hospital for the first time between 01.03.2019-31.05.2019 and the individuals were followed for 6 months prospectively. At the time of first admission, sociodemographic data form, Difficulties in Emotion Regulation Scale Brief Form (DERS-16), Acceptance and Action Questionnaire-2 (AAQ-2), Ruminative Thought Style Questionnaire (RTSQ), Penn State Worry Scale (PSWS), emotional eating scale (EES), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was conducted. After the 6th month follow-up, the same scales were re-conducted to the patients and the BMI change was measured. The control group consisted of 68 non-obese individuals with no history of psychiatric disease. The control group was used in comparing with the group of 108 obese patients.

Results: There was no significant difference between the obese patient group and the control group in terms of age, gender and smoking rate ($p > .05$). In the obese group, emotion regulation difficulty, experiential avoidance, emotional eating, rumination, worry scores and binge eating disorder rate were significantly higher than the control group ($p < .05$). However, no significant difference was found between the obese and control groups in terms of anxiety and depression variables ($p > .05$). In the correlation analysis of the obese sample ($n = 108$), a significant positive correlation was found between all of emotion regulation difficulty, experiential avoidance, emotional eating, rumination, worry, anxiety,

depression and binge eating disorder scores ($p < .05$). At the end of the 6-month follow-up, 46 obese patients continued to follow up, with an average weight change of 7.62% (including 3 weight gainers). Emotional eating, rumination, worry scores and binge eating disorder rate decreased significantly with this weight change ($p < .05$). No significant change was observed in emotion regulation difficulty, experiential avoidance, depression and anxiety scores at the end of 6-month follow-up ($p > .05$). When the relationship between initial scale scores and weight loss rate was examined, a significant negative correlation was found between initial emotion regulation difficulty and weight loss rate ($r = -.372$, $p < .05$).

Conclusions: In obesity, emotional regulation difficulties, experiential avoidance and repetitive thinking attitude which cause psychological difficulties are higher than healthy control group. Without psychological intervention methods, there is a significant decrease in the some parameters (emotional eating, rumination, worry) that cause psychological distress by weight loss. We think that the psychotherapy interventions which reduce the avoidance of negative emotions and regulate emotions should be integrated to obesity programs, it will be important for losing weight efficiently and also for preservation of weight after the weight loss.

Key Words: Obesity, difficulty in emotion regulation, experiential avoidance, rumination, worry

İçindekiler

Şekil Listesi	xi
Tablo Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 OBEZİTE	2
2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	2
2.1.2. Obezitenin Tanısı ve Ölçüm Yöntemleri.....	3
2.1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	3
2.1.4. Obezitenin Etiyolojisi	5
2.1.5. Obezitenin Komplikasyonları	6
2.1.6. Obezitenin Tedavisi.....	7
2.1.6.1. Bilişsel-Davranışçı Terapi	9
2.1.7. Obezite ve Psikiyatrik Faktörler	9
2.2 DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ.....	10
2.2.1. Duygu Düzenleme	10
2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri	11
2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlükleri	11
2.2.4. Yaşantısal Kaçınma	12
2.2.5. Tekrarlayıcı Düşünce.....	13
2.2.5.1. Ruminasyon	13
2.2.5.1.1. Ruminasyon Tanımı	13
2.2.5.1.2. Ruminasyonla ilgili Kuramlar	14
2.2.5.2. Endişe	16
2.2.6. Duygusal Yeme.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI.....	19
3.2 ÖLÇME ARAÇLARI	20
3.3 ÇALIŞMA	22
3.4 İSTATİSTİK YÖNTEMLER.....	22

4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	35
5.1 TARTIŞMA	35
5.2 TEZİN KISITLILIKLARI	39
5.3 SONUÇ	39
Kaynaklar	41
Ekler	53
Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu	54
Ek-2: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)	55
Ek-3: Kabul ve Eylem Formu	56
Ek-4: Ruminatif Düşünme Stili Ölçeği	57
Ek-5: Penn State Endişe Ölçeği	58
Ek-6: Duygusal Yeme	59
Ek-7: Had Ölçeği	59
Etik Kurul Onay Formu	60

Şekil Listesi

2.1:	Türkiye’de Obezite Prevelansının Yıllara Göre Değişimi (DSÖ).....	4
2.2:	Obezite Prevelansları	5
4.1:	Obez Grubun Yaş Dağılımı	24
4.2:	Obez Grubun Cinsiyet Dağılımı	25
4.3:	Obez Gruptaki Medeni Dağılım	25
4.4:	Obez Grubun Eğitim Durumunun Dağılımı	26
4.5:	Obez Grubun Meslek Dağılımı	26
4.6:	Obez Grupta Sigara Kullananların Dağılımı	27
4.7:	Obez Grupta Ailede Obezite Dağılımı	27
4.8:	Obez Grubun BKİ Dağılımı	28
4.9:	Obez Grubun BKİ’ ye Göre Sınıflandırılmasının Dağılımı	28
4.10:	Kilo Verme Yüzdesinin Dağılımı	29

Tablo Listesi

2.1:	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu 2017; Obezite Sınıflandırılması	3
2.2:	European Guidelines Obezite Komplikasyonları	7
2.3:	Ruminasyon ve Endişenin Farkları	17
2.4:	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri	18
4.1:	Normallik Testi	29
4.2:	Obez Grup ve Kontrol Grubu Demografik Veri Karşılaştırılması	30
4.3:	Obez ve Kontrol Grubu Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	31
4.4:	Bağımlı Örneklem Fark Analizi	32
4.5:	Korelasyon Analizi	33
4.6:	Kilo Verme İle İlk Ölçüm Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi	34

BDT	Bilişsel-Davranışçı Terapi
BİÖ	Bioelektrik İmpedans Ölçümü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DEXA.....	Dual Enerji Absorbsiyon Yöntemi
DDGÖ.....	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DDG	Duygu Düzenleme Güçlüğü
DM	Diyabetes Mellitus
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
DY	Duygusal Yeme
HADS.....	Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği
KEF-2	Kabul Eylem Formu-2
Kg	kilogram
MS.....	Metabolik Sendrom
OKB.....	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖF	Özgül Fobi
PB.....	Panik Bozukluk
PSEÖ	Penn State Endişe Ölçeği
RDBÖ	Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği
SF.....	Sosyal Fobi
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP I	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması I
TURDEP II	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması II
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TYB.....	Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YK.....	Yaşantısal Kaçınma

GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite; karmaşık bir oluşuma sahip olup ortaya çıkmasında psikolojik, çevresel (sosyal ve kültürel), genetik, fizyolojik, metabolik ve davranışsal sebeplerin rol oynadığı kronik, multifaktöriyel bir hastalıktır. Aşırı kilolu ve obez insanların prevalansı hem gelişmekte olan ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerde endişe verici bir hızla artmaktadır. Ekonomik gelişme, modernleşme ve kentleşmenin getirdiği çevresel ve davranışsal değişiklikler, küresel obezitenin yükselişiyle ilişkilendirilmiştir (1).

Obezite gelişimine katkıda bulunan faktörler; beslenme alışkanlıkları, azalmış fiziksel aktivite, uyku açlığı, ilaçların indüklediği kilo artışı, sigara içmeyi azaltmak, endokrin bozukluklar, ortam ısısındaki değişebilirliğin azalması, etnisite ve yaş dağılımındaki değişkenler, gebelik yaşının artması, intrauterin etkiler, yüksek BKİ'li bireylerin genetik eşleşmesi, politika değişiklikleri psikolojik faktörler ve enfeksiyonlar olarak bildirilmiştir (2).

Obezite gelişiminde etkisi olan faktörlerden birisi olarak psikolojik mekanizmalar 50'li yıllardan itibaren akademik dünyanın ilgi merkezinde bulunmaktadır. Bilişsel psikolojinin hakimiyet kazandığı 70'li yıllardan itibaren düşünce düzeyindeki unsurların obeziteye etkisi çalışılmıştır.

Obezlerle alakalı yapılan çalışmalarda egzersizin, yaşam tarzı değişikliklerinin kilo verme üzerine etkisini inceleyen, kilo verme ile anksiyete, depresyon, benlik saygısı gibi psikolojik belirtilerin değişimini gözlemleyen çalışmalar mevcuttur. Bizde araştırmamızda obez bireyleri 6 ay takip ederek tedavi sonrası kilo verme ile DDG, yaşantısal kaçınma, tekrarlayıcı düşünce yapısı ve duygusal yemenin bir ilişkisi var mı ve kilo verince bu parametrelerde bir değişim var mı bunu gözlemek istedik.

GENEL BİLGİLER

2.1 OBEZİTE

2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite; vücudun aldığı enerji ve harcadığı enerji arasındaki dengenin bozulması sonucu yağ dokunun artması ile kardiovasküler sistem, solunum sistemi, sindirim sistemi ve hormonal sistemleri etkileyen mortalite ve morbiditeye sebep olan kronik, psikolojik, sosyal bir hastalıktır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi, sağlığı bozacak miktarda vücutta anormal yağ birikmesi olarak tanımlamaktadır.

Vücut ağırlığının erkeklerde %20-25'ini kadınlarda %25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Yağ oranın erkekte %25, kadında ise %33 üzerine çıkmasına obezite denmektedir (1).

Obezite yağın vücuttaki dağılımına göre tiplendirilmektedir, abdominal birikime android tip obezite (elme tip obezite) denir ve erkeklerde sık görülür, yağ hücrelerinin boyutlarının artmasıyla meydana gelir. Yağın ekstremitelerde, gluteofemoral bölgede birikmesiyle oluşan obeziteye; jineoid tip obezite (armut tipi obezite) denir ve kadınlarda sık görülür, yağ hücrelerinin sayılarının artmasıyla meydana gelir (1).

DSÖ sıklıkla obezitenin sınıflandırılmasında Beden kitle indeksini (BKİ) kullanmaktadır (3). BKİ bireyin ağırlığının (kg), boyunun (cm) karesine bölünmesiyle hesaplanır. Yetişkinlerde BKİ'ye göre obezite sınıflandırılması tablo 2.1 verilmiştir.

Tablo 2.1: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2017; Obezite Sınıflandırılması

	BKİ(kg/m ²)	Obezite Sınıfı
Düşük Kilolu	<18,5	
Normal	18,5-24,9	
Fazla Kilolu	25-29,9	
Obezite	30-34,9	1
	35-39,9	2
Morbid Obezite	≥40	3

2.1.2. Obezitenin Tanısı ve Ölçüm Yöntemleri

BKİ güvenilir ve kolay uygulanabilir olduğundan obezite tanısında çalışmalarda en çok tercih edilen yöntem olmuştur (1). BKİ vücuttaki yağ miktarı hakkında dolaylı olarak fikir verir fakat vücuttaki yağ dağılımı hakkında bizi bilgilendirmez

Amerikan Kalp Birliği'nin tanımına göre; bel kalça oranının kadınlarda 0,88 erkeklerde 0,95 üzerinde olması riskli kabul edilmiştir (Bel kalça oranı: cm olarak bel çevresinin kalça çevresine bölünmesiyle hesaplanır). Bel çevresinin kadında 80 cm, erkekte 94 cm üzeri olması metabolik sendrom (MS) için tanı kriteridir (4).

Son yıllarda giderek yaygınlaşan biyoelektriksel impedans ölçümü (BİÖ) noninvaziv olduğundan ve radyasyon içermediğinden tanı için kullanılabilir.

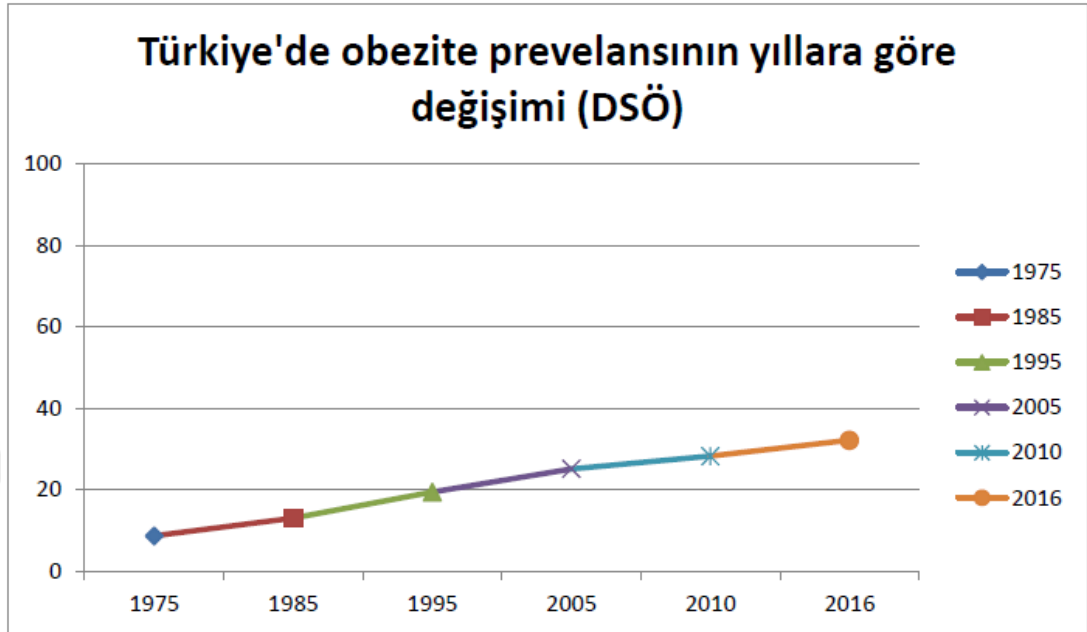
Obezite tanısında kullanılan diğer yöntemler dual enerji X-Işını absorpsiyometrisi (DEXA), deri kıvrım kalınlığı, hidrodansitometre, potasyum izotopu, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleridir. Bu yöntemlerin bir kısmı pahalı olmaları nedeniyle epidemiyolojik çalışmalarda tercih edilmemektedir (1).

2.1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite dünya genelinde son 50 yılda giderek artarak pandemi halini almaktadır (5). Obezitenin yaygınlığı özellikle batı ülkelerinde sürekli bir artışa sahiptir, öyle ki birçok batı ülkesinde toplumun yaklaşık yarısı fazla kiloludur (6).

DSÖ'ye göre dünyada obezite 1975'ten günümüze yaklaşık üç kat artmıştır. 2016 yılındaki verilere bakarsak dünyada 650 milyondan fazla obez birey

olduğu görülmektedir. Yetişkin nüfusun %39'unun fazla kilolu ve %13'ünün obez olduğu tahmin edilmekte (1).

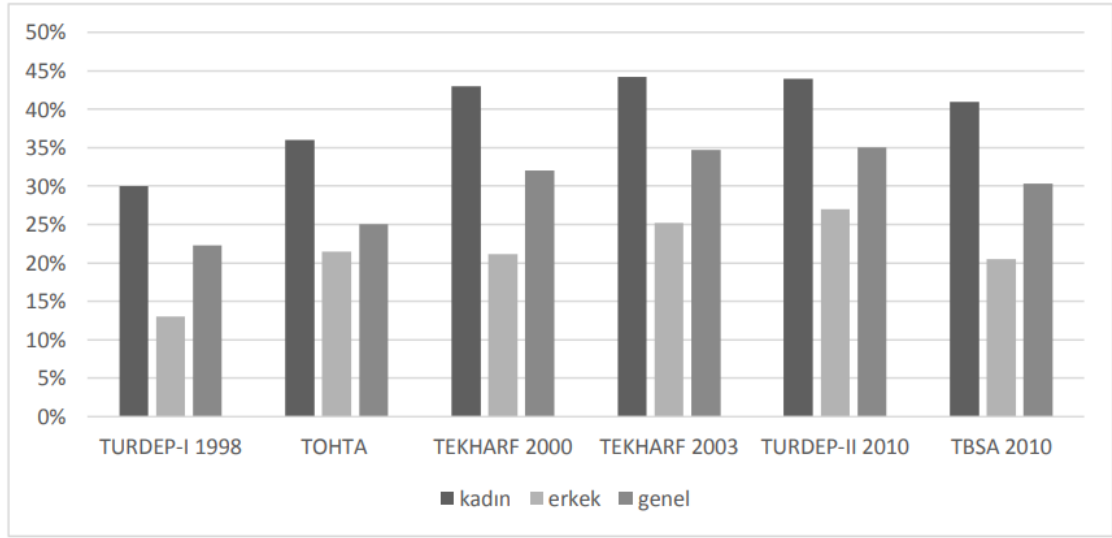


Şekil 2.1: Türkiye’de Obezite Prevelansının Yıllara Göre Değişimi (DSÖ)

Ülkemizde de obezite yaygınlığı hızla artmaktadır. 1997-1998 yılında yapılan Türkiye’de yapılan 20 yaş ve üstü kişilerin dahil edildiği Türkiye diyabet epidemiyoloji (TURDEP)-1 çalışmasına göre obezite prevalansı toplumda %22,3, erkeklerde %12,9, kadınlarda ise %29,9 olarak saptanmıştır. 2010 yılı TURDEP-2 çalışmasında ise, obezite prevalansı %31,2 olarak saptanıp, erkeklerde %27,0, kadınlarda ise %44,0 olarak tespit edilmiştir TURDEP-1 ve TURDEP-2 çalışmaları mukayese edildiğinde, 1997’den 2010 yılına kadar obezite prevalansının yaklaşık yarısı kadar arttığı görülmektedir (2).

2010 yılında ki Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasında 18 yaş üstü bireylerde obezite prevalansı %30,3 (kadında %41, erkekte %20,5) saptanmıştır. Coğrafi dağılıma göre ise; en yüksek prevalans %33,1 ile Batı Karadeniz bölgesi, en düşük prevalans %20,5 ile Orta Anadolu bölgesidir (2).

Türkiye’ de yapılan çalışmaların obezite prevalansları Şekil 2.2’de gösterilmiştir (7).



TURDEP: Türkiye Kardiyoloji Derneği “Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi” Araştırması,
TOHTA: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması,
TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri,
TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması.

Şekil 2.2: Obezite Prevelansları

2.1.4. Obezitenin Etyolojisi

Obezitenin oluşumunda biyolojik ve çevresel faktörler rol oynar.

Çevresel faktörler; obezite ve fazla kiloluluğa hem makro düzeyde (tüm popülasyonu etkileyen) hem de mikro düzeyde (bireyi etkileyen) etki etmektedir. Antropolojik çalışmalar farklı kültürlerde obezitenin yaygınlığını etkileyen çeşitli faktörleri ortaya koymaktadır. Tarih boyunca insanlar, avcı toplayıcılık veya çiftçilik gibi faaliyetlerle sürekli olarak aktif bir hayata sahiptiler. Teknolojinin gelişimiyle birlikte aktif hareket ciddi oranda azaldı. Bu değişiklikler aşama aşama oldu ve dünyada bugünkü obezite yaygınlığı meydana geldi (8).

Popülasyonun aktivite seviyesi teknolojinin yanı sıra sosyal ve hükümet politikalarından da etkilenmektedir; motorlu araç kullanımı ve alternatif ulaşım yollarının yürümeyi azaltması, yoğun kentleşmeyle çevredeki yeşil alanların azalması ile bisiklet sürme, yürüyüş yapma top oynama imkanlarının azalması gibi (6).

Gelişen teknolojiler yiyecek arzını da etkiledi ve bu popülasyonun yeme alışkanlıklarını da değiştirdi. Yiyecek üretiminde endüstrileşme, yiyecek muhafaza tekniklerinde gelişme, süpermarket zincirleri, hazır gıdalar (fast

food) birçok ülkede yeme alışkanlıklarını değiştirdi. Bunların tümü olurken özellikle yüksek yağ oranına sahip yiyeceklerin arzındaki artış dikkat çekmektedir. Ve bu yüksek yağ içeren gıdalar alternatifi ürünlere göre daha az sağlıklı fakat daha ucuzdur.

Obezitenin biyolojik nedenlerine bakacak olursak, bu mevzu çevresel faktörler kadar anlaşılmış değildir. Obezitenin kalıtımında, kişilerin ağırlılığını küçük miktarda farklılık yaratan çoklu genlerin (polygenic) yattığı kabul edilir (9).

Obezite genel obezite ve abdominal obezite olarak sınıflandırılabilir. Ve abdominal obezite daha fazla sağlık riskine sebep olmaktadır. Cinsiyet de ayrıca obezite gelişiminde etkilidir. Erkeklerin metabolizmaları daha aktiftir ve vücutlarında daha az yağsız kütle bulunmaktadır. Ayrıca erkeklerin fiziksel olarak kadınlardan daha aktif yaşama sahip olmaları da daha olasıdır. Bu erkeklerin kilogramda daha fazla yağ yakacakları anlamına gelmektedir (10). Yaş da obezite gelişiminde etkili bir faktördür. Eğer obezite çocuklukta gelişirse, yetişkinlikte obez olma riski artar.

Obezite tüm bu nedenlerin rol aldığı kronik, multifaktöriyel bir hastalıktır (11).

Birçok epidemiyolojik çalışma yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyokültürel etkenler (medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu), biyolojik faktörler ve davranışsal faktörlerin(fiziksel aktivite, sigara, alkol, medde bağımlılığı) obeziteye yol açtığını göstermiştir. Buna ek olarak santral sinir sistemi harabiyeti ve diğer nöroendokrin nedenler (Cushing Sendromu, Polikistik Over Sendromu, Hipotiroidizm, İnsülinoma, Kraniofaringiyoma), kromozomal anomaliler nedeniyle oluşan değişik sendromal nedenlere (Turner Sendromu, Klinefelter Sendromu, Cohen Sendromu, Carpenter Sendrom, Down Sendromu gibi) bağlı olarak da obezite gelişebilir (12)

2.1.5. Obezitenin Komplikasyonları

Obezite; tedavi edilmediğinde doku ve organları olumsuz etkileyen, yaşam süresini kısaltan, yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalıktır. Adipoz doku endokrin bez gibi davranıp salgıladığı 80 yakın adipokinle inflamasyon, insülin direnci ve endotel disfonksiyonuna neden olarak obez kişilerde hem

komplikasyonlara zemin hazırlar hem de obezitenin devamına ve artışına sebep olur (2).

Obezitenin komplikasyonları tablo 2.2’de gösterilmiştir (13).

Tablo 2.2: European Guidelines Obezite Komplikasyonları

Obezitenin Komplikasyonları
1. Metabolik Komplikasyonlar
DM
İnsülin Direnci
Dislipidemi
Metabolik Sendrom
Gut
Düşük Dereceli Enflamasyon
2. Kardiyovasküler Sistem Bozuklukları
Hipertansiyon
Koroner Kalp Hastalığı
Konjestif Kalp Yetmezliği
İnme
Venöz Tromboemboli
3. Solunum Sistemi bozuklukları
Astım
Uyku Apne Sendromu
4. Kanser
Böbrek, İnce Barsak, Özefagus, Kolon, Rectum, Karaciğer, Pankreas, Lösemi, Lenfoma, Multipl Myelom
Kadın: Endometrium, Servix, Meme Ca Menopoz sonrası
Erkek: Prostat
5. Osteoartrit
6. Gastrointestinal Sistem
Safra Kesesi Hastalıkları
Non Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı
GÖRH
Herni

2.1.6. Obezitenin Tedavisi

Son yıllarda yaşam tarzı değişikliği, farmakoterapi, bariatrik cerrahi olmak üzere 3 tedavi modeli kullanılmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği düzenli fizik aktivite, sağlıklı beslenme ve davranış müdahalesini içerir (14).

Obezite tedavisinde hedef kilo vermenin ötesinde kalıcı yaşam tarzı değişikliğini oturtmak ve verilen kiloyu korumak olmalıdır. Kişiye özel

hedefler belirlenmeli ve kontrolsüz kilo kaybı önlenmelidir. Obezite tedavisinin amaçlarından biri de komorbiditilerin yönetimi olmalıdır (15).

İlk hedef 6 ay içinde ağırlığının % 5-10'unu kaybettirmek olmalıdır.%5-10 arası kilo kaybı obezite ile ilişkili hipertansiyon, dislipidemi ve Tip2 DM gibi metabolik hastalık riskinde azalmaya veya bu hastalıklarda düzelmeye neden olur (16, 17).

Bazal metabolizma hızından az olmayacak şekilde günlük aldığı kalori miktarını 500-1000kcal azaltma önerilmelidir. Düşük kalorili diyetler hastanın tercihine ve tıbbi durumuna göre tercih edilmeli, çok düşük kalorili diyetler (<800 kcal/gün) sadece sınırlı durumlarda kullanılmalıdır.

Günlük enerjinin %15-12'si proteinden, %25-30'u yağlardan ve %55-60'ı karbonhidratlardan alınmalıdır. En az 2 litre su tüketimi önerilmektedir.

Sağlıklı beslenme teşvik edilmeli, sebze tüketiminin artırılması önerilmelidir. Fasulye, baklagiller, mercimek, tahıl, şekerli hububat, lif, deniz ürünlerinin artan alımı da vurgulanmalıdır. Eklenmiş şekerler ve katı yağ içeren gıdaların yanı sıra şekerli içecekler ve alkollü içeceklerin tüketiminden de kaçınılmalıdır (18).

Diyet tedavisinin yanında egzersiz karın içi yağlanmayı azaltıp kas kütlesini arttırarak kardiyovasküler risk faktörlerine olumlu yönde etki gösterir. Egzersizin Benlik saygısını arttırdığı, anksiyete ve depresyonu azalttığı çalışmalarda gösterilmiştir (18).

Obezite tedavisinde haftada 4 gün 40 dakika orta yoğunluklu fiziksel aktivite önerilmektedir. Fiziksel aktivite haftada 2-3 seans direnç egzersizleriyle desteklenmelidir (19). Bu şekilde yapılan egzersiz hafif kilo kaybı sağlar ve kilo alımını önler. Haftada 300 dk orta yoğunlukta ki egzersiz daha fazla kilo kaybı sağlar ve kilo almayı önler (20). Lakin seçilecek egzersiz türü, süresi, sıklığı ve yoğunluğu için her hasta bireysel değerlendirilmeli ve egzersiz dışında da sedanter yaşamdan korunulmalıdır.

Yaşam tarzı değişikliğine rağmen BKİ>30 veya yaşam tarzı değişikliği ve ek komorbid faktörle beraber BKİ>27 olan hastalarda farmakoterapi denenebilir. Türkiye'de orlistat ve liraglutid bulunmaktadır. 3 ay sonra farmakoterapinin etkinliği değerlendirilmelidir.

18-60 yaş arası BKİ>40 olan yaşam tarzı değişikliği +ilaç/ilaçsız olan veya BKİ≥35-39,9 kg/m² olup; yaşam tarzı değişikliği +ilaçlı/ilaçsız+obezite ilişkili komplikasyonları bulunan hastalarda bariatrik cerrahi denenebilir (21).

2.1.6.1. Bilişsel-Davranışçı Terapi

Yaşam tarzı değişikliğinin bir parçası olan davranışçı terapi kilo yönetiminin uzun dönemde korunmasında rol oynamaktadır (2). Davranışçı terapi tedavisi en az 16 hafta sürmeli ve minimum 1 yıl verilen kilonun korunması sağlanmalıdır (22).

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT) tedavisi kendi kendini gözlemleme, uyaran kontrolü, makul bir hedef belirleme, beslenme ve fiziksel aktivite eğitimleri, alternatif davranış geliştirme, yüz yüze ve grup toplantıları, problem çözmek için sistematik yaklaşımlar, stres azaltma, bilişsel yeniden yapılandırma, motivasyonel görüşme, psikolojik danışma ve sosyal destekten oluşmaktadır (14). Davranışsal yaşam tarzı müdahalesi, bir hastanın etnik, kültürel, sosyoekonomik ve eğitim altyapısı durumuna uyarlanmalıdır (14). Diyet, egzersiz ve davranış terapisinden oluşan yaşam tarzı müdahalesi, ortalama 6 ayda yaklaşık 8 kg ağırlık kaybı sağlar ki bu da yaklaşık %5-10 kilo kaybı demektir (23).

BDT ile kilo kaybı ile hedeflenen kiloya ulaşamamak bile öğrenilen yeni alışkanlıklar fazla kilo alımını önleyebilir (24).

2.1.7. Obezite ve Psikiyatrik Faktörler

Obezite, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, şizofreni ve birçok psikiyatrik bozuklukta sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (25). Obezite ve mental bozukluklar üzerine yapılmış çalışmaların derlendiği bir çalışmada obezitenin depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (26). Yapılan bir çalışmada obez bireylerle obez olmayan bireyleri karşılaştırdıklarında obez bireylerde duygu durum bozukluklarının, anksiyete bozukluklarının ve somatoform bozuklukların daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (27). Deveci ve arkadaşlarının yaptıkları başka bir çalışmada psikiyatrik bozuklukların obeziteye %42 oranında eşlik ettiği bulunmuştur (28).

Jorm ve arkadaşları obez kadınlarda normal kilolu kadınlara göre depresyon ve anksiyete belirti düzeylerini yüksek olarak saptamalarına karşın, obez ve normal kilolu erkekler arasında böyle bir farklılık olmadığını belirtmiştir (29). Yine bir çalışmada depresif bozukluk ile kadınların vücut kitle indekisinde artış görülürken, erkeklerde böyle bir ilişki saptanmamıştır (30).

Obezitenin patogenezinde dürtüsellikğin önemi ve bu kişilerin ödül sistemindeki bozukluğun dürtüsel olarak yemek yemeye sonuçlandığı belirtilmektedir (31). Bu konuyla ilgili birçok çalışmada obez kişilerin normal kilolulara göre dürtüsellik skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (32). Dürtüsellik düzeyleri yüksek olan bireyler, yeme davranışını kontrol edemediklerini, yüksek kalorili besinlere olan isteklerinin fazla olduğunu söylemektedirler. Ayrıca obezite tedavisinin yarıda bırakılmasında dürtüsellikğin önemli bir neden olduğu gösterilmiştir (33).

Mizaç ve karakter envanteri kullanılarak yapılan çalışmalarda obez kişilerin, kendini kabul, sorumluluk, hedefe yönelme ve özerklik gibi özellikleri içeren "kendi kendini yönetme" ve "sebat etme" alt ölçeği puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (34).

2.2 DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ

2.2.1. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, dışsal ve içsel süreçleri kullanarak duygusal hedefleri izlemek düzenlemek, değerlendirmek ve değiştirmek olarak tanımlanmaktadır (35). Başka bir çalışmada kişilerin duygularını istemli ya da istemsiz olarak değiştirdiği ve düzenlediği süreç olarak tanımlanmıştır (36).

Gross, duygu düzenlemeyi; duyguların farkında olmak, duyguyu tanımak ve kabul etmek; olumsuz bir duygu yaşandığı zaman dürtüleri kontrol edip, duruma uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanarak hedefe ulaşılması olarak tanımlamıştır (37).

Başarılı duygu düzenleme stratejileri, duygusal ilişki, akademik ve iş hayatında ki performans ve psikolojik sağlık ile doğrudan ilişkilidir (35, 37).

2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri

Gross duygu düzenlemesinin belli stratejilerle yapılabileceğini iddia etmiştir (38). Kişiler bu stratejileri kullanarak yaşadıkları olumlu ve olumsuz duygularını artırıp azaltabilirler.

Gross iki temel duygu düzenleme stratejisinin olduğunu savunmuştur. İlki duygu ortaya çıkmadan gerçekleşen bilişsel düzenlemeleri kapsayan öncül odaklı (adaptif, uyumlu) stratejiler, ikincisi duyguya yönelik oluşan tepki odaklı (maladaptif, uyumsuz) stratejilerdir (37). Adaptif stratejiler (kabul, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve olayın değerini azaltma) pozitif duygu deneyimini artırırken, maladaptif stratejiler (kaçınma, özeleştirme, içsel yaşantının bastırılması, endişe, ruminasyon) olumsuz duygu yaşantısını artırmaktadır (38).

Duygu düzenleme stratejilerinin psikolojik bozukluklarla ilişkisi tespit edilmiştir. Örneğin, depresyon ve anksiyete belirtilerinin açıklanmasında maladaptif stratejilerin kullanımının etkili olduğu düşünülmektedir (39). Duygu düzenleme stratejilerindeki yetersizliğin, yeme bozukluklarına yol açabileceğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (40). Yeme bozukluğu olan bireylerin daha az oranda adaptif duygu düzenleme stratejilerini kullandıkları, olumsuz duygu durumdan kaçmak için maladaptif stratejileri kullandıkları tespit edilmiştir (40). Örneğin, bulimia nervosa ve anoreksiya nervosa hastalarının yaşadıkları olumsuz duyguları azaltmaya yönelik, tıknırcasına yeme sonrasında çıkarma ve aşırı egzersiz gibi uyumsuz stratejileri kullandıkları belirtilmektedir (41). Kişiler uyumlu duygu düzenleme stratejilerini kullandıkça yeme davranışlarının iyileştiği gözlemlenmiştir (42).

2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlükleri

Duygu düzenleme güçlüğü, duygunun fark edilememesi, kabul edilmemesi, anlaşılabilmesi, uygun duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmaması olarak tanımlanmıştır (43).

Kişilerin yaşadığı duyguyla baş etmesinde ki güçlük olarak da tanımlanan duygu düzenlemede yaşanan güçlük, kişiler arası ilişkileri ve genel işlevselliği etkileyerek hayat kalitesini düşürmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü olumsuz duyguları artırırken olumluları azaltmakta ve bunun sonucu olarak maladaptif davranışlar ortaya çıkmaktadır (40). Uyumsuz duygu düzenleme sonucunda kişilik bozuklukları, psikolojik semptomların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (44). Majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, alkol ve madde bozukluklar ve sınırda kişilik bozukluğu gibi birçok psikolojik problemin oluşmasına sebep olduğu tespit edilmiştir (40).

2.2.4. Yaşantısal Kaçınma

Yaşantısal kaçınma (Experiential Avoidance) kişilerin olumsuz içsel süreçlerini (duygular, düşünceler, dürtüler, hatıralar, bedensel hisler, imajinasyonlar) deneyimlemekteki isteksizlik ve bu deneyimlerin yapısını ya da sıklığını değiştirmek amacıyla yapılan eylemleri kapsar (45).

Yaşantısal kaçınma (YK) depresyon ve anksiyete olmak üzere birçok psikopatolojinin etiyolojisinde rol oynamaktadır (46). YK'nın ruminasyon, endişe ve depresif belirtilerle ilişkili olduğunu saptamış çalışmalar bulunmaktadır (47). Yapılan çalışmalar, YK'nın uyum bozucu davranışlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (48).

Yaşantısal kaçınma stratejisinin uzun süreli kullanımı kişinin yaşam alanlarını daraltır, duyguların ve düşüncelerin bunaltıcı hale gelmesine neden olur, işlevselliği düşürür ve yaşamdan keyif alamaz hale gelmesine neden olur (49).

Duygusal kaçınma, bilişsel kaçınma ve davranışsal kaçınma gibi farklı kaçınma stratejilerinden oluşan yaşantısal kaçınmanın, psikolojik problemlerin oluşmasında ve gelişmesinde önemi büyüktür (50). Günlük hayat içinde psikolojik yardım arayışı içinde olmayan insanlar da yaşantısal kaçınma olarak duygu ve düşüncüyü baskılama ya da davranışsal kaçınma gibi kaçış stratejileri kullanabilirler. Psikopatolojiyi bu stratejilerin kullanımı değil kişilerin olumsuz içsel deneyimleri yaşamamak adına kendileri için önemli olan alanlardan uzak kalma işlevi taşıyan kaçınma

girişimleri belirlemektedir. Bu nedenle Hayes ve arkadaşları yaşantısal kaçınmayı tüm psikopatolojilerin temeline yerleştirmektedir (45).

2.2.5. Tekrarlayıcı Düşünce

Tekrarlayıcı düşünceler endişe, ruminasyon, iç-gözlem, depresif ruminasyon, travmanın duygusal işlenimi, girici düşünceler, planlama ve tekrarlama gibi isimlendirilen kişinin karşılaştığı sorunlarla başa çıkma stratejisi olarak sergilediği uygun olmayan ve istenilen sonucu tesis etmeyen zihinsel çabalar olarak tanımlanır (51).

Segerstrom ve arkadaşları yapısal eşitlik modellemesi ile ruminasyon ve endişenin tekrarlayıcı düşünce yapısının bir parçası olduğunu iddia etmişlerdir ve endişe maddelerini ayırttırdıktan sonra ruminasyonun depresyon ve kaygı ile alakalı olduğunu, ruminasyon maddelerini ayırttırdıktan sonra da endişenin depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (52).

2.2.5.1. Ruminasyon

2.2.5.1.1. Ruminasyon Tanımı

Ruminasyon teriminin tanımına bakıldığında çeşitli tanımlar arasında benzerlik olmasına rağmen farklı araştırmacılar tarafından farklı şekilde tanımlanmıştır.

Conway ve arkadaşları ruminasyonu kişinin kendi sıkıntıları ve çevrenin vermiş olduğu üzüntülerden oluşan düşüncelerin tekrarlanması olarak tanımlamıştır (53). “Watkins ruminasyonun sadece psikopatolojik süreçlerle ilişkili olmadığını, kişinin kendisi, kaygıları ve yaşantıları hakkında tekrarlayıcı ve süregelen düşüncelerinin bütün insanlarda görülen zihinsel bir süreç olduğunu vurgulamıştır” (51). Gold ve Wegner rumimasyonu; kişinin geçmişindekileri aniden, istemsiz olarak sıkıntı verici ve belli noktalara ait tekrarlayıcı düşünceler olarak tanımlamışlardır (54). Martin ve Tesser ruminasyonu “ortak bir konu etrafında dönen, düşünmeyi gerektirecek koşullar olmadığında dahi tekrarlayan bilinçli düşünce biçimi” olarak tariflemişlerdir (55).

Pasif bir eylem olarak nitelendirilen ruminasyon; sorunu çözmek yerine sorunu defalarca düşünme eğilimidir (56). Ruminasyon, işlevsiz duygu

düzenleme stratejisi olarak da kabul edilmektedir. Ruminasyonun artması insanların duygularını ifade etmesini zorlaştırır (57). Rippere ruminasyonu; sürekli tekrar eden depresif düşünce olarak tanımlayıp, negatif ruh haline karşı tepki olduğunu savunmuştur. Ruminatif düşüncelerin örnekleri arasında: 'Neden bu kadar negatif tepkiler veriyorum, ben neden kilo veremiyorum, ruh halim çok kötü' gibi benzer kalıplar yer almaktadır (58).

Ruminasyon, kişinin hoşuna giden eylemleri yapma isteğini azaltır, geleceğe yönelik kötümser olmasına yol açar, olayları yanlış yorumlamasına ve problem çözmede başarısızlığı neden olur ve kişinin sosyal desteğinin azalmasına yol açar (59, 60).

Ruminasyon sayesinde kişiler; kendi duygularına, problemlerine karşı iç görü kazandıklarını, sorunlarla ilişkili bağlantıları ortaya koyduklarını, neler olup bittiğine dair sebepleri tasnif ettiklerini ve olumsuz anıları anlamlandırmaya çalıştıklarını rapor etmişlerdir (59, 61).

Ruminasyon biçare bir halde kontrol edilemeyen durumla yüzleştirir bunun sonucu kişi durumla baş etmek için herhangi bir hareket ortaya koyamaz. Yani ruminasyon kişiyi sadece tahammül edilemeyen durumdan alıkoyan bilişsel bir aktivite değil aynı zamanda deprese bireyi geri çekilme ve hareketsizliğe ikna eden kanıtlar sağlar. İnsanlar ruminasyonla umutsuzluklarını besleyen bir sürü kanıt bulurlar ve sonunda pes ederler (62).

2.2.5.1.2. Ruminasyonla ilgili Kuramlar

1) Tepki Stilleri Kuramı: 1990'ların başında bu kurama göre ruminasyon başa çıkma stratejisi olarak kabul görmüştür (63). Ruminasyonu sonucu etkileyebilecek her türlü uyumlu ya da uyumsuz, sadece stresli durumlarla başedebilmeyi amaçlayan bir tepki biçimi olarak tanımlamışlardır. Ruminatif düşünceye sahip kişiler sürekli olarak kendi olumsuz fikirleriyle meşguldürler ve bu şekilde dış hayattan kendilerini soyutlayarak problemlerine çözüm bulabileceğini düşünürler (64). Bu bireyler 'baş edemem, benimle ilgili sorun ne gibi pek çok düşünceye sahiptirler ve bu düşünceler bireyin sürekli bir kısır döngüde kalmasına neden olur (65). Ruminasyon döngüsü sürekli kullanıldığında sosyal destek kaybı meydana gelmektedir ve bu sosyal kayıp olumsuz duygu durumunda artışa yol

açmaktadır (64). Nolen-Hoeksema'ya göre ruminasyonun üç önemli özelliği vardır:

- 1- ruminatif düşünme şiddetli döngü haline gelerek negatif ruh halini artırıp kişide depresyon hissine neden olur,
- 2- ruminasyon kişiyi sürekli olumsuz anılarla meşgul ederek kişinin motivasyon kaynaklarını düşünmesine engel olur,
- 3- ruminasyon da problemin sürekli olumsuz yönleri düşünüldüğü için çözüme yönelik hareketi engellenir.

2) Hedefe İlerleme Kuram: Martin ve Tesser ruminasyonun zeigarnik etkinin bir örneği olduğunu savunmuşlardır. Tamamlanmamış bilginin daha fazla bellekte kalma eğilimine zeigarnik etki denilmektedir (66). Bu kurama göre ruminasyon, henüz ulaşılamamış yüksek hedefler hakkında tekrar tekrar düşünme eğilimine denilmektedir. Ruminasyonun yüksek hedeflere ulaşmada bir basamak olarak görmektedirler fakat ruminasyonun her zaman faydalı olduğunu düşünmemektedirler (55, 66). Yani ruminasyonun her zaman hedefe ulaşmak için yeterli olmasa da işlevinin bu olduğunu savunmuşlardır. Ruminasyon, bireylerin hedeflerine ulaşamadıklarında ortaya çıkmaktadır. Hedefle ilgili bilgilere ulaşılabilir kılar ve kişi ulaşılamayan hedefle ilgili bilgileri algılayıp işler ve böylece ruminasyon hedefe ulaşmada yardımcı olur (66).

3) Strese Tepki Olarak Ruminasyon Kuramı: Bu kurama göre ruminasyon; strese sebep olan olaydan sonra olumsuz çıkarım ile alakalı sürekli düşünme eğilimi olarak tanımlanmış (67). Bu kurama göre ruminasyon depresif ruh halinden önce meydana gelir Tepki stilleri kuramında ise depresif ruh haline tepki olarak ruminasyonun meydana geldiği savunulur. 1999 yılında yapılan bir araştırmaya göre depresyon etyolojisinde ruminasyonun önemli rol oynadığı saptanmıştır (68). Bir başka araştırmada da ruminasyonun majör depresyonda atakların artmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (67).

4) Üzüntüye İlişkin Ruminasyon Kuramı: Conway, Csank, Holm ve Blake'e göre; kişinin üzüntülü ve sıkıntılı haline neden olan koşullarla ilgili tekrar eden düşüncelerdir ruminasyon (53). Bu düşünceler;

- 1- Negatif ruh halinin doğasıyla ilgilidir,
- 2- Hedefe yönelik olmayıp kişiyi harekete geçirmek için motive etmez,
- 3- Kişi ruminasyonuyla meşgulken sosyalleşemez.

Bu kurama göre ruminasyon negatif bir içeriğe sahip olup sorunu çözmeyi kolaylaştırmaz; kişinin aniden ve istemsiz olarak oluşturduğu tekrarlayıcı düşüncelerdir. Bu kurama ilişkin yapılan araştırmalar ruminasyonun depresyonu kötüleştirdiğini tespit etmektedir (69, 70).

2.2.5.2. Endişe

En yaygın tanım ile endişe; sonucu belli olmayan bir veya daha fazla negatif sonuç olması muhtemel bir konu üstünde çözüm bulmaya yönelik zihinsel çaba (71). Bir başka tanıma göre sonucu belli olmayan gelecekteki olaylar için duyulan kaygıya paralel zihinsel uğraş (72). Bu bağlamda endişe, beklenti kaygısı veya gelecek olaylara ilişkin kronik kaygı ile işlevsel olmayan bir başa çıkma çabası olarak da kabul edilebilir (73). Endişenin fazla olması insanın olaylar üzerinde kontrolünün olmadığı hissini uyarır ve bu belirsizlik tahammülsüzlüğe neden olur (74). Kronik, aşırı ve genellenmiş endişe, tanısız olarak yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) DSM-IV kriterlerinden biridir (75) ve yaygın olarak Penn State Endişe Ölçeği ile değerlendirilir (76). Endişe YAB dışında panik bozukluk (PB), sosyal fobi (SF), özgül fobi (ÖF) gibi birçok kaygı bozukluklarında ve obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) gözlenen bilişsel bir etkinlik olarak saptanmıştır (77).

Ruminasyon ve endişe birçok ortak özellik barındırır. İkisinde kişinin kendi ile alakalı, istemsiz ve aniden olan, sürekli tekrar eden düşünce vardır (73). Genelleştirme, dikkati olumsuz uyarıdan başka bir yöne yönlendirmede yoksunluk, problem çözmede yetersizlik, dikkat ve konsantrasyon düşüklüğü ortak özellikleridir (56).

Birçok teorisyen tarafından ikisi arasındaki farkın zamandan kaynaklandığını iddia edilmiştir (73, 78). Endişe ileride oluşabilecek tehlikelere odaklanırken, ruminasyon gelecekte bir tehdit olsa bile geçmişe dayanan kötü bir anının nasıl olup bittiği ve anlamı çözmeye yönelik tekrarlayıcı düşüncelerdir (79, 80).

Endişe müdahale edilebilir ve kesin olmayan durumla alakalıyken, ruminasyon kesinlikle kontrol edilemez durumla alakalıdır. Yani kişiler endişeliyken kontrolün kendilerinde olmadığını düşünseler bile çok çalışırlarsa kontrolü ele alabileceklerine inanırlarken (73), ruminasyonda kişinin akıbet ile alakalı kesinlikle kontrol edilemez olduğuna dair bir ön yargısı vardır (80). Ruminasyon ve endişe arasındaki farklar tablo 2.3 gösterilmiştir (62).

Tablo 2.3: Ruminasyon ve Endişenin Farkları

Ruminasyon	Endişe
1- Geçmişe ve şimdiye yönelik	1- Geleceğe yönelik
2- Kaybetmiş olmaya, kaybın anlamına ve kişisel hastane odaklı	2- Yaklaşmakta olan tehlike ihtiva eden durumlara odaklı
3- Bilinçli motivasyon; olayların derin anlamını kavramak, iç görü kazanmak, sorun çözmek	3- Bilinçli motivasyon; tehlikeyi öngörmek ve hazırlıklı olmak
4- Bilinçdışı motivasyon; dayanılmaz durumlardan ve harekete geçme sorumluluğundan kaçınmak	4- Bilinçdışı motivasyon; olumsuz ruh halinden ve acı verici imajdan kaçınmak

2.2.6. Duygusal Yeme

Duygusal yeme 20. yüzyılda kaygı gibi olumsuz duygulara cevap olarak yemek yeme olarak tanımlanırken (81), 21. yüzyılda olumlu ya da olumsuz duygulanım sonrası gözlenen aşırı yeme tepkisi olarak tanımlanmıştır(82). Duygusal yeme açlık hissi veya yemek yeme zamanı geldiği için değil de sadece ve sadece duygulara cevap olarak ortaya çıkan yeme davranışı olarak ifade edilir (83).

Duygusal yemede; yemek yeme davranışlarının ruh halindeki değişimlere karşı uygunsuz baş etme stratejisinin sonucu olduğu düşünülmektedir (84, 85). Bir çalışmada duygusal uyaranların iştahı %30 oranında artırdığı ve yine %48 oranında baskıladığı tespit edilmiş, duyguların yeme davranışı üzerindeki bu etkisinin nasıl olduğu açıklanamamıştır (86).

Duygusal yeme obez kişilerde (87), yeme bozukluğu olan kadınlarda (88) ve normal kiloda olup diyet yapanlarda (83) sık görüldüğü tespit edilmiştir (89).

Obez kişilerle yapılan araştırmalar neticesinde bu kişilerin olumsuz duygularını azaltmak için yedikleri tespit edilmiştir (90). Obez kişiler görünüm ve kilonun vermiş olduğu memnuniyetsizlik, sürekli diyet yapma gibi sebeplerden ötürü daha fazla olumsuz duygu yaşarlar ve bu durum obezlerde duygusal yeme için tetikleyici bir faktör olur (91).

Duygusal yemenin, yeme bozukluklarından bulimia nervosa ve tikanırcasına yeme bozukluğuyla da ilişkisi vardır (92, 93). Yeme bozukluğu olan popülasyon ve olmayan popülasyon ikisinde de duygusal yeme ve tikanırcasına yeme bozukluğu arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur (89). Duygusal yeme puanlarındaki değişimle tikanırcasına yeme bozukluğunun atakları arasında ilişki saptanmıştır (94).

Tikanırcasına yeme bozukluğu daha önce bir yeme bozukluğu olarak değerlendirilmeyip bulimiya nervozada görülen bir belirti olarak kabul görmüştü. Ancak DSM-5'te yeme bozukluklarından biri olarak tanımlanmıştır. Tikanırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri tablo 2.4'de gösterilmiştir (95).

Tablo 2.4: Tikanırcasına Yeme Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Yineleyici tikanırcasına yeme dönemleri
1- Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla yiyeceği ayrı bir zaman biriminde yeme
2- Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması
B. Tikanırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder
1- Olağandan çok daha hızlı yeme
2- Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme
3- Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme
4- Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme
5- Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma
C. Tikanırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur
D. Bu tikanırcasına yeme davranışı ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur
E. Tikanırcasına yemeye bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tikanırcasına yeme yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI

Bu çalışma İ.M.Ü Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan etik kurul izni alınarak prospektif tipte bir çalışma olarak planlanmış ve yapılmıştır. Çalışmaya 01.03.2019-31.05.2019 tarihleri arasında İ.M.Ü Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniğine ilk kez başvuran obez bireylerden çalışmaya alınma kriterlerine uyan, aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalayan 108 kişi dahil edilmiş standart obezite tedavi yaklaşımıyla 2 haftalık aralıklarla 6 ay takip edilmiştir. Kontrol grubu olarak aile hekimi obezite polikliniğine başvuran hastaların yanında gelen obez olmayan yakınlarından ve aile hekimi polikliniğine başvuran obez olmayan hastalardan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup imzalayan 68 kişi dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniğine başvuran BKİ $\geq$ 30 olan, 18 yaş üstü bireyler
2. Bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalayan çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler
3. Halihazırda psikiyatrik tedavisi olmayıp, psikotik bozukluk tanısı (bipolar bozukluk, şizofreni spektrum bozuklukları) olmayan bireyler

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalamayan bireyler
2. Psikiyatrik tedavi alan veya psikotik bozukluk tanısı olan hastalar

3. Testleri anlayacak düzeyde eğitimi olmayan mental ya da sosyal geriliği olan hastalar
4. Gebeler ve emzirme döneminde olanlar
5. 8 yaş altı bireyler

3.2 ÖLÇME ARAÇLARI

Sosyodemografik veri formu: Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere içinde yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, boy-kilo, sigara içip içmediği, ailede obezite olup olmadığı ve psikiyatrik hastalık olup olmadığı gibi bilgileri edinmek için sosyodemografik veri formu doldurtuldu. (bkz. Ek-1)

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği(DDGÖ-16): Duygu düzenlemedeki güçlük düzeyini ölçmek için 2016 yılında Bjureberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tipinde (0 = hemen hemen hiç, 4 = hemen hemen her zaman) 16 maddeden oluşur. Beş faktörlü yapı gösteren ölçekte açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme alt boyutları bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Yiğit ve Yiğit tarafından yapılmıştır (96). Orijinal çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,92 bulunurken uyarlama çalışmasında da bu değer 0,92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçek geneli için 0,88'lik iç tutarlılık katsayısı bulunurken açıklık alt boyutu için 0,84, amaçlar alt boyutu için 0,77, dürtü alt boyutu için 0,77, stratejiler alt boyutu için 0,81 ve kabul etmeme alt boyutu için 0,72'lik Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. (bkz. Ek-2)

Kabul Eylem Formu-2 (KEF-2): S. Hayes ve arkadaşları tarafından Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin temellerini oluşturan yaşantısal kaçınma (experiential avoidance) ve psikolojik katılığın (psychological inflexibility) kişilerdeki farklılıklarını ölçmek için geliştirilmiş ilk Kabul ve Eylem Formu'nun daha güçlü istatistiksel verilere sahip olan ikinci versiyonudur (97). Ölçek 7'li likert tipindedir ve toplam puanın artması psikolojik katılığın ve yaşantısal kaçınmanın arttığını göstermektedir. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yavuz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (98).(bkz. Ek-3)

Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği (RDBÖ): Jay.K. Brinker ve David J.A. Dozois'in geliştirdiği 20 maddeden oluşan ölçek, likert tipi 7'li puanlama sisteminden oluşmaktadır (7:beni çok iyi tarifliyor, 1:beni hiç tariflemiyor). Ölçek Ruminatif düşünceyi tekrarlayıcı, kontrol edilemeyen bir düşünce biçimi olarak ele almaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2010 yılında Karatepe ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. "RDBÖ'nin güvenirlik çalışması için; ölçeğin iç tutarlılığı, madde-toplam puan korelasyonu ve test-tekrar test güvenirliği değerlendirilip, RDBÖ'nin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu ve her maddenin ölçek bütünü içinde uyumlu ve birbirini tamamlar nitelikte olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği için hesaplanan Pearson korelasyon katsayısı yüksek düzeyde güvenilir (0,84) bulunmuştur. RDBÖ'nin geçerlik çalışmasında yapı geçerliği için yapılan faktör analizinde, tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Eşzaman ve ayırt edici geçerlilik çalışmasında karşılaştırılan ölçeklerle anlamlı ilişkiler elde edilmiştir" (62). (bkz. Ek-4)

Penn State Endişe Ölçeği (PSEÖ): 16 maddeden oluşan ölçek likert tipi 5'li puanlama sisteminden oluşmaktadır (1:benim için hiçbir zaman doğru değil, 5:benim için her zaman doğru). Ölçek aşırı, süregelen ve kontrol edilemeyen özelliklerle belirli patolojik endişeyi ölçmek üzere Meyer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (76). Ölçeğin toplam puanındaki artış endişe düzeyinin de arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Boysan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (99). (bkz. Ek-5)

Duygusal Yeme Ölçeği: Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek hem alt boyutlara göre hem de toplam puan vermektedir. Yüksek puanlar yüksek düzeyde duygusal yeme eğilimini göstermektedir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, 10 madde ve üç alt boyuttan oluşan modelin (yeme isteğini engelleyememe: 4, 5, 6, 8, 9, 10, yiyecek türleri: 2,3 suçluluk hissi: 1-7) iyi uyum verdiğini göstermiştir ($\chi^2= 97.28$, $sd= 31$, $RMSEA= .080$, $CFI= .95$, $IFI= .95$, $GFI= .94$, $AGFI= .90$, $SRMR= .048$). Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayıları, yeme isteğini engelleyememe alt ölçeği için .87, yiyecek türleri alt ölçeği için .67, suçluluk hissi alt ölçeği için .59 ve ölçeğin tüm maddeleri için .88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Akın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (100). (bkz. Ek-6)

Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HADS ölçeği): Toplam 14 sorudan oluşan dörtlü likert tipi bir ölçektir. İki alt ölçek depresyon (çift sayılar) ve anksiyeteyi (tek sayılar) değerlendirmektedir. Cronbach α değeri HADS-A için 0.818 ve HADS-D için 0.793 olarak bulunmuştur. 1983 yılında Zigmond ve arkadaşları tarafından psikiyatri kliniği dışındaki hastane kliniklerindeki hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarını tanımlamak amacıyla tasarlanmıştır (101). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk kez Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (102). (bkz. Ek-7)

3.3 ÇALIŞMA

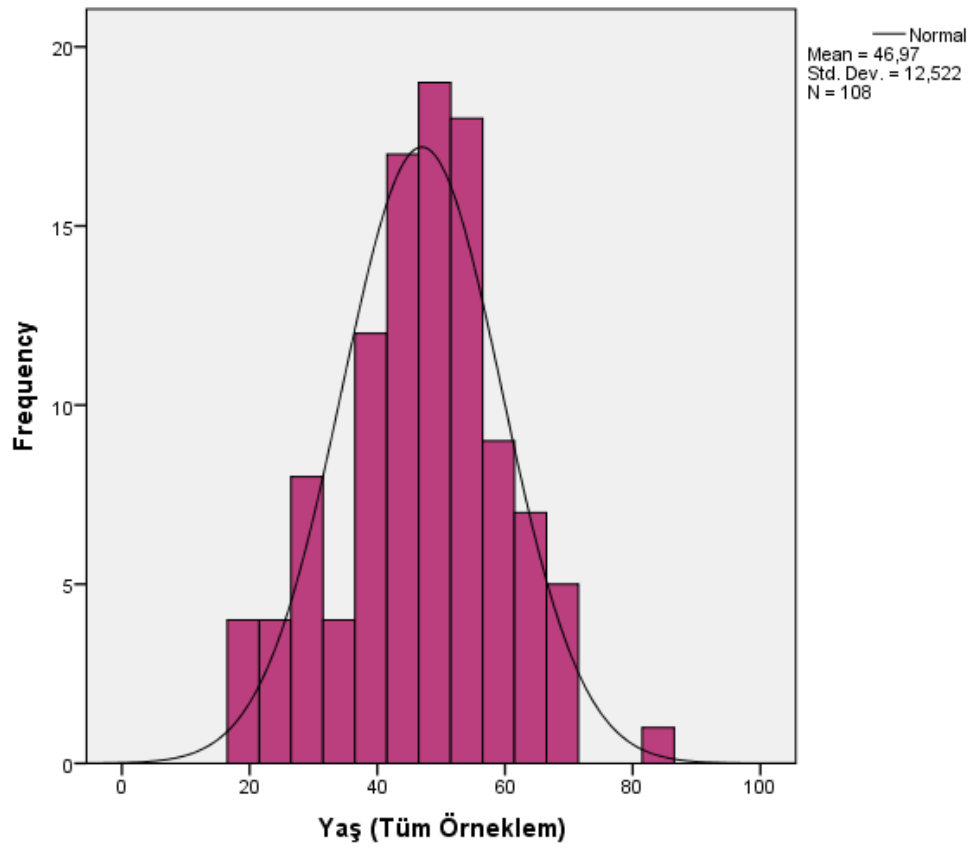
Obezite sahibi örneklem grubunda 108 kişi bulunmaktadır. Bu kişilerin 46'sı 6. aydaki ölçüme katılmıştır. Obezite sahibi olmayan, normal BKİ ne sahip örneklem boyutu 68'dir. Araştırmamıza katılan katılımcılardan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, kilo, boy, sigara kullanımı ve ailede obezite bulunma durumu soyodemografik bilgileri elde edilmiştir. Katılımcıların BKİ 'leri bioelektriksel impedans analiz ölçüm cihazıyla ölçülmüştür. Hem obez hasta grubuna hem de normal BKİ ne sahip gruba Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Kabul Eylem Formu-2, Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği, Penn State Endişe Ölçeği, Duygusal Yeme Ölçeği ve Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği uygulanmış ve her bir katılımcı için skorlar elde edilmiştir. Obez grup 2 haftalık standart obezite tedavi yaklaşımıyla 6 ay takip edilerek 6. Ay takiplerinde 46 kişiye DDGÖ, RDBÖ, DY ölçeği, PSEÖ, HADS ölçeği ve KEF-2 ölçekleri tekrar uygulanmıştır. İlk Ölçümler obez ve kontrol grubu olarak karşılaştırmış obezlerdeki sonuçlar değerlendirilmiş, sonrasında obez hastalar başlangıç ve 6.ay ölçüm olarak gruplandırılıp tedavi öncesi ve sonrası sonuçlar karşılaştırılmıştır.

3.4 İSTATİSTİK YÖNTEMLER

Tez istatistik araştırmaları için IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır. İstatistik analizinde değişkenlerin hangilerinde parametrik

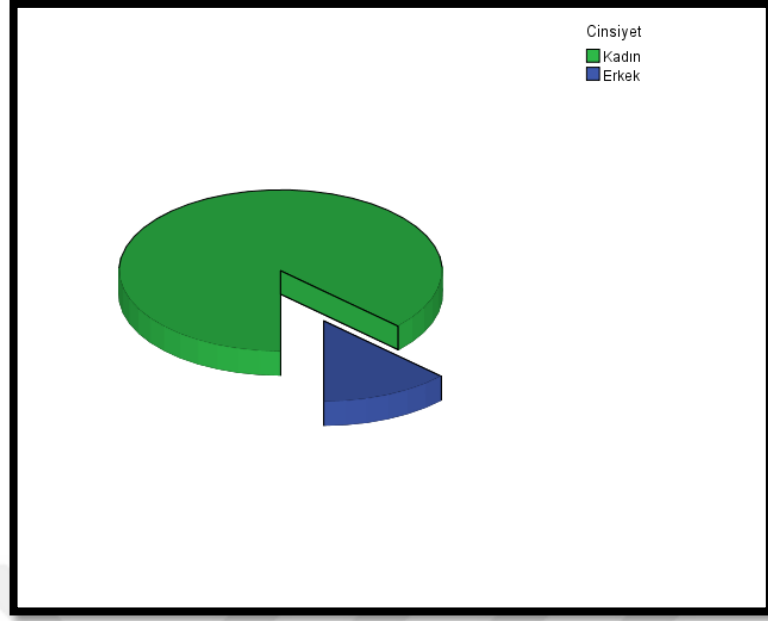
hangilerinde non parametrik yöntemlerin kullanılacağına karar vermek için normallik testi uygulanmıştır. Karar vermede Shapiro-Wilk p değerleri kullanılmıştır. İlk olarak, Mann-Whitney U testi kontrol ve obez örneklem gruplarının sosyodemografik uygunluğunu tespit etmek üzere uygulanmıştır. İkinci olarak obez örneklem ve kontrol grupları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Mann Whitney U ve Bağımsız Örneklem t testleri kullanılmıştır. Daha sonra obez örneklem grubunda başlangıç ve 6. ay ölçümleri arasındaki fark analizinde Bağımlı Örneklem t ve Wilcoxon Signed Ranks testleri kullanılmıştır. Ve daha sonra analizde kullanılan ölçek skorlarının birbirleriyle ilişkilerini anlamak adına, çeşitli sosyodemografik verileri kontrol ederek parçalı korelasyon analizi yapılmıştır. Ve son olarak, başlangıç ölçek skorlarının kilo değişimi ile ilişkisini ölçmek için parçalı korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR



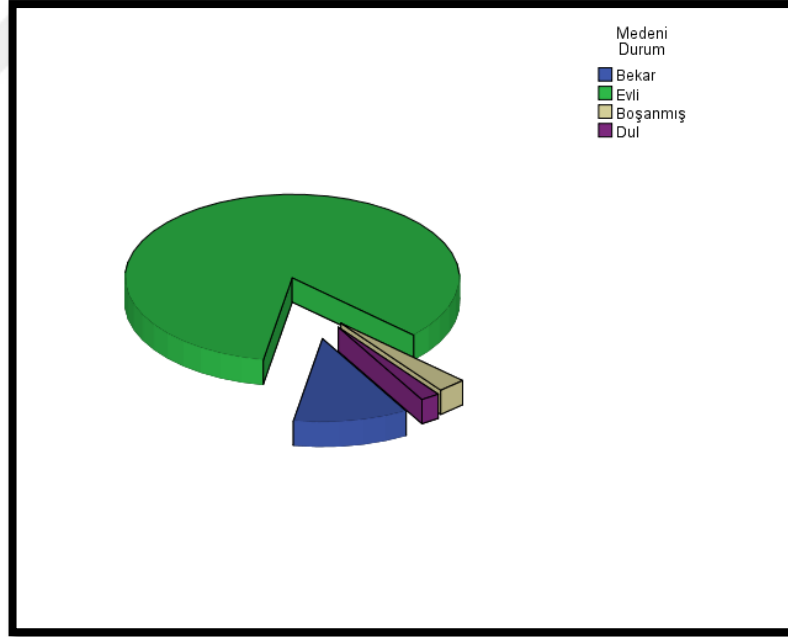
Şekil 4.1: Obez Grubun Yaş Dağılımı

Obez grup örnekleminde toplam 108 kişi bulunmaktadır. Grubun yaş ortalaması 46,97 ve sd=12,522 dir. Shapiro Wilk testine göre p=0,334 olup, normal dağılmaktadır.



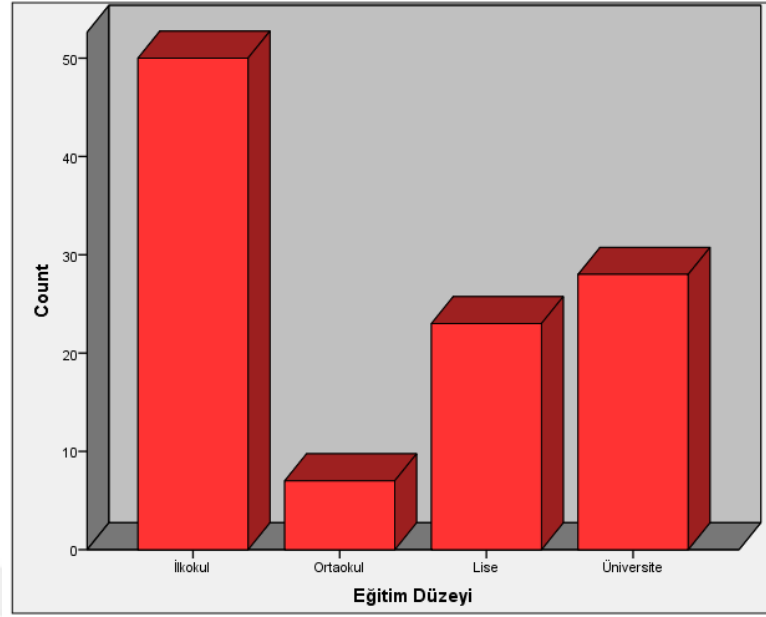
Şekil 4.2: Obez Grubun Cinsiyet Dağılımı

Obez örneklem grubumuzda 94 kadın 14 erkek bulunmaktadır.



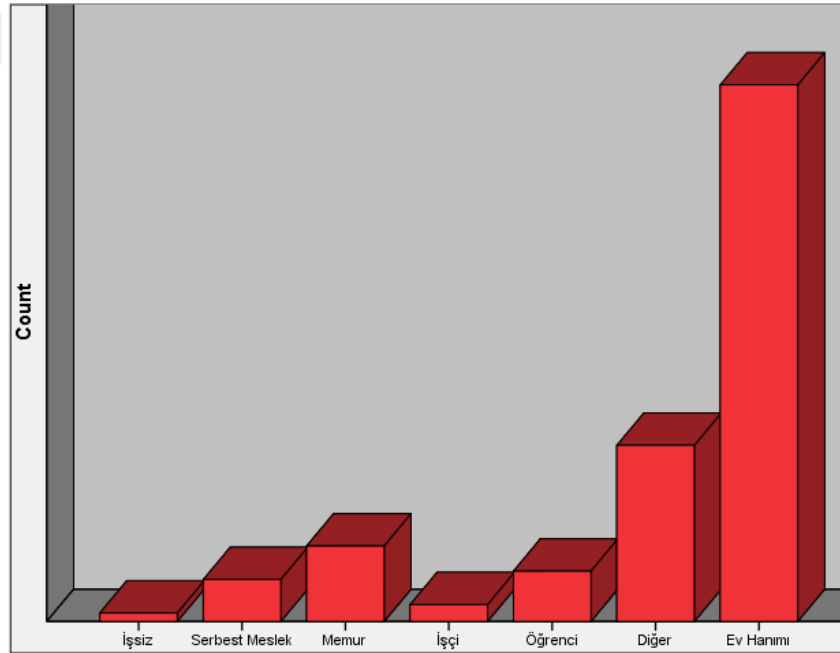
Şekil 4.3: Obez Gruptaki Medeni Dağılım

Obez örneklem katılımcılarımızın medeni durumları: 12 kişi bekar, 91 kişi evli, 3 kişi boşanmış ve 2 kişi duldur.



Şekil 4.4: Obez Grubun Eğitim Durumunun Dağılımı

Obez örneklemimizde 50 ilkokul, 7 ortaokul, 23 lise ve 28 üniversite mezunu bulunmaktadır.



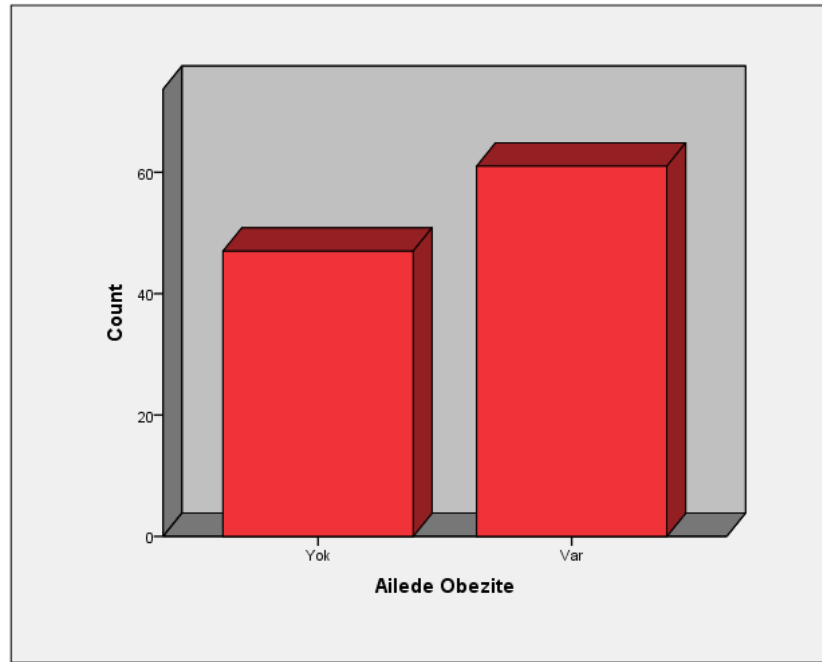
Şekil 4.5: Obez Grubun Meslek Dağılımı

Örneklemimizdeki 1 kişi işsiz, 5 kişi serbest meslek, 9 kişi memur, 2 kişi işçi, 6 kişi öğrenci, 21 kişi diğer ve 64 kişi ev hanımı grubunda yer almaktadır.



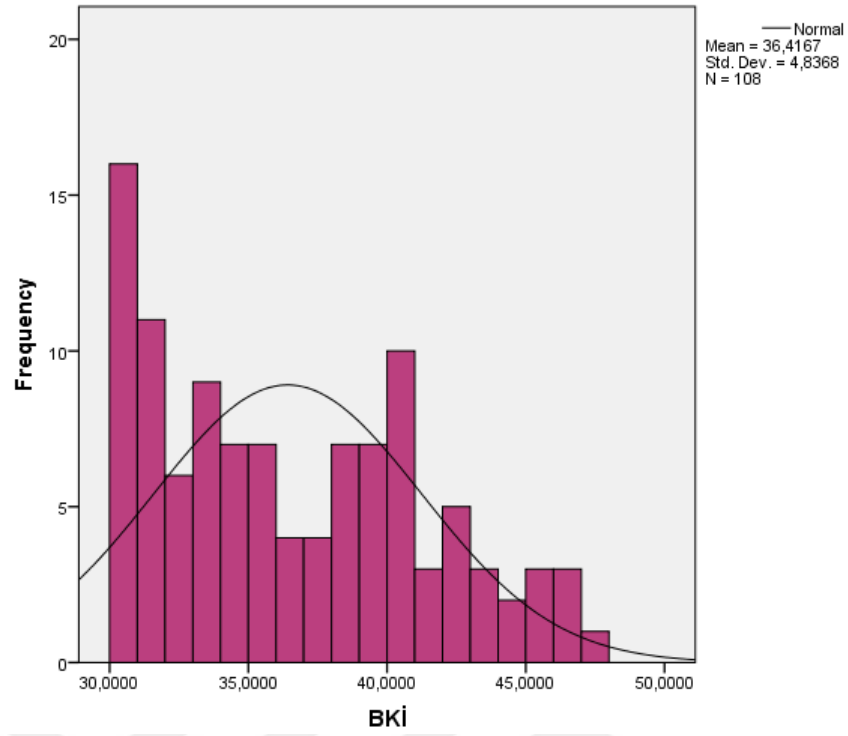
Şekil 4.6: Obez Grupta Sigara Kullananların Dağılımı

Örneklerimizde 28 kişi sigara kullanmaktadır, 80 kişi ise kullanmamaktadır.



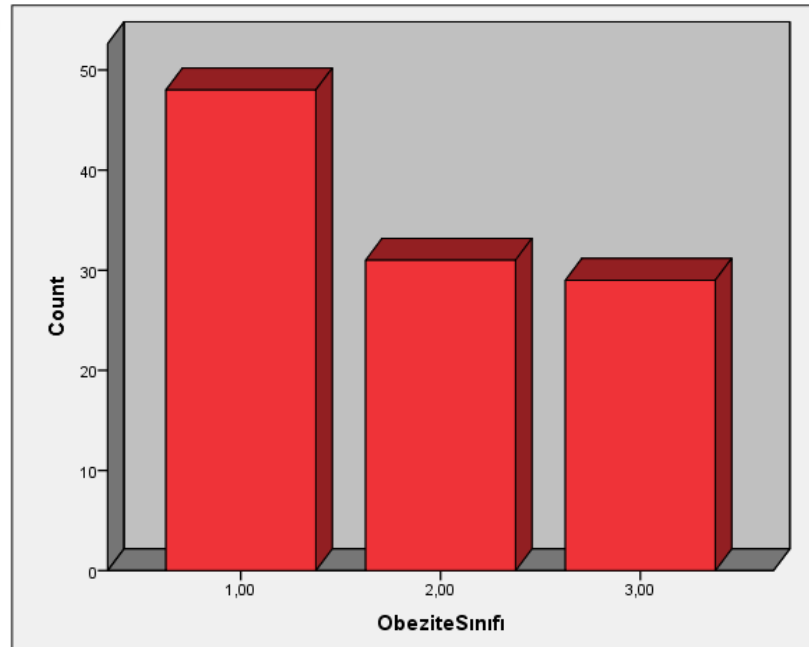
Şekil 4.7: Obez Grupta Ailede Obezite Dağılımı

Obez örneklem grubunda 47 bireyin ailesinde obez birey bulunmamaktadır, 61 kişinin ise ailesinde en az bir obez birey bulunmaktadır.



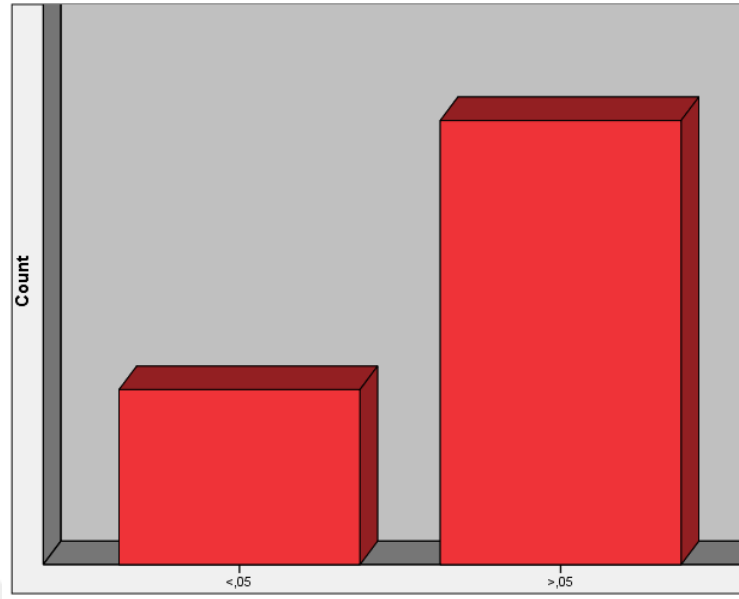
Şekil 4.8: Obez Grubun BKİ Dağılımı

Obez grubun beden kitle indeksi ortalaması 36,42 kg/m², sd=4,84.



Şekil 4.9: Obez Grubun BKİ'ye Göre Sınıflandırılmasının Dağılımı

Tüm obez örneklemini içerisinde 48 kişi 1. derece, 31 kişi 2. derece ve 29 kişi 3. derece obezdir.



Şekil 4.10: Kilo Verme Yüzdesinin Dağılımı

6 aylık izlem sonucunda 46 kişiden 3 ü kilo aldı, 10 kişi ise % 5 in altında kilo (kg) verdi. 33kişi % 5 in üzerinde kilo (kg) vermiştir. % 5 kilo verme referans noktasına göre, obezite kliniği başarı oranı %72 dir.

Tablo 4.1: Normallik Testi

	Obez Örneklem N=108		Kontrol Grubu N=68		Obez Örneklem (Bağımlı Gruplar) N=46			
	Ortalama	Shapiro- Wilk p	Ortalama	Shapiro- Wilk p	Ortalama 1	Shapiro- Wilk p	Ortalama 2	Shapiro- Wilk p
Yaş	46,97	0,33	44,43	0,00	49,02	0,25	49,02	0,25
Cinsiyet	0,87	0,00	0,87	0,00	0,88	0,00	0,88	0,00
Medeni								
Durum	0,97	0,00	0,93	0,00	1,09	0,00	1,09	0,00
Eğitim								
Düzeyi	2,29	0,00	3,28	0,00	2,33	0,00	2,33	0,00
Sigara								
Kullanımı	0,26	0,00	0,19	0,00	0,19	0,00	0,19	0,00
Ailede								
Obezite	0,56	0,00	0,13	0,00	0,56	0,00	0,56	0,00
BKİ	36,31	0,00	23,05	0,17	36,83	0,17	33,77	0,34
DDG	31,63	0,00	25,96	0,00	31,21	0,00	30,79	0,00
KEF	18,44	0,00	14,56	0,00	18,91	0,02	17,60	0,00
DY	12,76	0,02	7,41	0,00	12,30	0,16	9,14	0,01
Ruminasyon	78,51	0,26	67,10	0,05	79,21	0,74	73,33	0,04
Endişe	45,63	0,19	41,01	0,05	44,45	0,42	42,67	0,28
Anksiyete	6,93	0,04	6,28	0,07	7,26	0,39	7,47	0,10
Depresyon	5,54	0,00	4,66	0,00	6,05	0,13	5,77	0,12
TYB	0,09	0,00	0,00	-	0,12	0,00	0,00	-

Obez ve kontrol grupları bağımsız fark testleri

Tablo 4.2: Obez Grup ve Kontrol Grubu Demografik Veri Karşılaştırılması

		Obez Grup N=108	Kontrol Grubu N=68	Test Değeri p
Yaş (Yıl)	Sıra Ortalaması	94,38	79,17	z:-1,929
	Ort±Ss	46,97±12,522	44,43±11,979	p=0,054 a
Cinsiyet	Sıra Ortalaması	88,59	88,35	z:-0,052
	Ort±Ss	0,87±0,337	0,87±0,340	p=0,958 a
Sigara Kullanımı	Sıra Ortalaması	90,81	84,82	z:-1,037
	Ort±Ss	0,26±0,440	0,19±0,400	p=0,300 a
Ailede Obezite	Sıra Ortalaması	103,20	65,15	z:-5,692
	Ort±Ss	0,56±0,498	0,13±0,340	p=0,000**a

a Mann Whitney U Test

**p < 0,01

Obez ve kontrol gruplarının demografik açıdan karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır ve obez grubun yaş ortalaması ile kontrol grubunun yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmamaktadır (p=0,054), cinsiyet değişkeni için gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmamaktadır (p=0,342), gruplar arasında sigara kullanımında istatistiki olarak önemli bir farklılık bulunmamaktadır (p=0,300). Ve obezitenin karakteristiği gereği çevresel veya genetik faktör olma ihtimali sebebiyle obez grup ile kontrol grubu arasında ailede obezite bulunma durumunda istatistiki olarak önemli bir farklılık vardır (z=-5,692, p=0,000). Gruplar oldukça benzer sosyodemografik özellikler içermeleri bakımından bağımsız örneklem fark testleri için uygun görünmektedir.

Tablo 4.3: Obez ve Kontrol Grubu Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Obez Grup N=108	Kontrol Grubu N=68	Test Değeri p
BKİ (kg/m²)	Sıra Ortalaması	122,50	34,50	z:-11,157
	Ort±Ss	36,31±4,990	23,05±2,407	p=0,000**a
DDG	Sıra Ortalaması	100,17	69,97	z:-3,831
	Ort±Ss	31,63±10,402	25,96±8,029	p=0,000**a
KEF	Sıra Ortalaması	98,32	72,90	z:-3,228
	Ort±Ss	18,44±8,960	14,56±8,025	p=0,001**a
DY	Sıra Ortalaması	105,00	62,30	z:-5,419
	Ort±Ss	12,77±6,520	7,41±5,623	p=0,000**a
Ruminasyon	Ort±Ss	78,51±25,177	67,10±25,233	t:-2,923
				p=0,004**b
Endişe	Ort±Ss	45,63±13,748	41,01±14,198	t:-2,125
				p=0,035*b
Anksiyete	Sıra Ortalaması	91,18	84,25	z:-0,881
	Ort±Ss	6,93±3,952	6,28±3,808	p=0,378 a
Depresyon	Sıra Ortalaması	93,71	80,22	z:-1,718
	Ort±Ss	5,550±3,730	4,66±3,811	p=0,086 b
TYB	Sıra Ortalaması	91,65	83,50	z:-2,576
	Ort±Ss	0,09±0,291	0,00±0,000	p=0,010*a
a Mann Whitney U Test		b Student-t Test	p** <0,01	p* <0,05

Obez grubun beden kitle indeksi ($m=31,63 \text{ kg/m}^2$) kontrol grubunun beden kitle indeksinden ($m=23,05 \text{ kg/m}^2$) istatistiksel olarak önemli derecede daha büyüktür ($U=2412,00$, $p=,000$).

Obez grubun duygu düzenleme güçlüğü (DDG) skoru ($m=36,31$) kontrol grubunun duygu düzenleme güçlüğü (DDG) skorundan ($m=25,96$) istatistiksel olarak önemli derecede daha büyüktür ($U=2412,00$, $p=,000$).

Obez grubun kabul eylem (KEF) skoru ($m=18,44$) kontrol grubunun kabul eylem (KEF) skorundan ($m=14,56$) istatistiksel olarak önemli derecede daha büyüktür ($U=2611,00$, $p=,001$).

Obez grubun duygusal yeme (DY) skoru ($m=12,77$) kontrol grubunun duygusal yeme (DY) skorundan ($m=7,41$) istatistiksel olarak önemli derecede daha büyüktür ($U=1890,00$, $p=,000$).

Obez grubun ruminasyon skoru ($m=78,51$) kontrol grubunun ruminasyon skorundan ($m=67,10$) istatistiksel olarak önemli derecede daha büyüktür ($t=-2,923$, $p=,004$).

Obez grubun endişe skoru ($m=45,63$) kontrol grubunun endişe skorundan ($m=41,01$) istatistiksel olarak önemli derecede daha büyüktür ($t=-2,125$, $p=,035$).

Obez grubun anksiyete skoru ($m=6,93$) ile kontrol grubunun anksiyete skoru ($m=6,258$) arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık yoktur ($p>,05$).

Obez grubun depresyon skoru ($m=5,550$) ile kontrol grubunun depresyon skoru ($m=4,66$) arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık yoktur ($p>,05$).

Obez grubun tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) skoru ($m=0,09$) kontrol grubunun tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) skorundan ($m=0,00$) istatistiksel olarak önemli derecede daha büyüktür ($U=3332,00$, $p=,010$).

Tablo 4.4: Bağımlı Örneklem Fark Analizi

		Başlangıç N=46	6. Ay N=46	Test Değeri p
BKİ1-BKİ2 (kg/m²)	Ort±Ss	36,83±4,839	33,77±4,760	t:8,155 p=0,000**a
DDG1-DDG2	Ort±Ss	31,21±9,236	30,79±10,741	z:-1,056 p=0,291 b
KEF1-KEF2	Ort±Ss	18,91±8,423	17,60±9,384	z:-1,311 p=0,190 b
DY1-DY2	Ort±Ss	12,30±6,293	9,14±5,167	z:-2,979 p=0,003**b
Ruminasyon1-Ruminasyon2	Ort±Ss	80,89±22,554	73,33±22,899	z:-2,303 p=0,021*b
Endişe1-Endişe2	Ort±Ss	48,53±13,269	42,67±14,732	t:3,175 p=0,003**a
Anksiyete1-Anksiyete1	Ort±Ss	7,26±4,537	7,47±5,030	t:-0,090 p=0,929 a
Depresyon1-Depresyon2	Ort±Ss	6,05±4,060	5,77±4,180	t:0,386 p=0,701 a
TYB1-TYB2	Ort±Ss	0,12±0,324	0,00±0,000	z:-2,236 p=0,025*b
a Student-t Test		b Wilcoxon Signed Ranks Test		p** <0,01
p*<0,05				

Bağımlı örneklem t testi sonucuna göre: örneklemimizin 2. beden kitle indeksi (BKİ2) skoru ($m=33,77$ kg/m²) 1. beden kitle indeksi (BKİ1) skorundan ($m=36,83$ kg/m²) istatistiksel olarak önemli seviyede küçüktür (t:8,155, $p=0,000$).

Endişe2 skoru ($m=42,67$) endişe1 skorundan ($m=48,53$) istatistiksel olarak önemli seviyede küçüktür (t:3,175, $p=0,003$).

Anksiyete2 ($m=7,47$) ve anksiyete1 ($m=7,26$) skorları arasında istatistiki olarak önemli bir farklılık yoktur ($p>,05$).

Depresyon2 (m=5,77) ve depresyon1 (m=6,05) skorları arasında istatistiki olarak önemli bir farklılık yoktur ($p>,05$).

Wilcoxon işaretli sıralar testine göre: DDG2 (m=30,79) ve DDG1 (m=31,21) skorları arasında istatistiki olarak önemli bir farklılık yoktur ($p>,05$).

KEF2 (m=17,60) ve KEF1 (m=18,91) skorları arasında istatistiki olarak önemli bir farklılık yoktur ($p>,05$).

DY2 skoru (m=9,14) DY1 skorundan (m=12,30) istatistiksel olarak önemli seviyede küçüktür (Z:-2,979, $p=0,003$).

Ruminasyon2 skoru (m=73,33) Ruminasyon1 skorundan (m=79,21) istatistiksel olarak önemli seviyede küçüktür (Z:-2,303, $p=0,021$).

TYB2 skoru (m=0,00) TYB1 skorundan (m=0,12) istatistiksel olarak önemli seviyede küçüktür (Z:-2,236, $p=0,025$).

Tablo 4.5: Korelasyon Analizi

Korelasyon Analizi										
Control Değişkenleri		DDG	KEF	Duygusal Yeme	Ruminasyon	Endişe	Anksiyete	Depresyon	TYB	
Yaş & Cinsiyet & Medeni Durum & Eğitim Düzeyi & Sigara & Ailede Obezite & Meslek	DDG	Korelasyon	1,000	,674	,320	,599	,527	,577	,484	,344
		P		,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000
		Df	0	99	99	99	99	99	99	99
	KEF	Korelasyon	,674	1,000	,214	,449	,423	,581	,555	,301
		P	,000		,031	,000	,000	,000	,000	,002
		Df	99	0	99	99	99	99	99	99
	Duygusal Yeme	Korelasyon	,320	,214	1,000	,344	,383	,329	,238	,258
		P	,001	,031		,000	,000	,001	,017	,009
		Df	99	99	0	99	99	99	99	99
	Ruminasyon	Korelasyon	,599	,449	,344	1,000	,569	,607	,427	,202
		P	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,043
		Df	99	99	99	0	99	99	99	99
	Endişe	Korelasyon	,527	,423	,383	,569	1,000	,620	,421	,278
		P	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,005
		Df	99	99	99	99	0	99	99	99
	Anksiyete	Korelasyon	,577	,581	,329	,607	,620	1,000	,641	,338
		P	,000	,000	,001	,000	,000		,000	,001
		Df	99	99	99	99	99	0	99	99
	Depresyon	Korelasyon	,484	,555	,238	,427	,421	,641	1,000	,236
		P	,000	,000	,017	,000	,000	,000		,018
		Df	99	99	99	99	99	99	0	99
	TYB	Korelasyon	,344	,301	,258	,202	,278	,338	,236	1,000
		P	,000	,002	,009	,043	,005	,001	,018	
		Df	99	99	99	99	99	99	99	0

108 katılımcı içeren obez hasta örnekleminizde kullandığımız anket skorlarının korelasyon analizinde, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, ailede obez hasta bulunma durumu ve meslek değişkenlerinin etkileri kontrol altına alınmış ve yukarıdaki tablo elde edilmiştir. Buna göre, DDG, KEF, duygusal yeme, ruminasyon, endişe, anksiyete, depresyon ve TYB skorlarının tamamının birbirleriyle pozitif ikili ilişkileri bulunmaktadır.

Tablo 4.6: Kilo Verme İle İlk Ölçüm Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi

		Kilo verme ile ilk ölçüm skorları arasındaki korelasyonlar							
Kontrol Değişkenleri		DDG	KEF	DY	Ruminasyon	Endişe	Anksiyete	Depresyon	TYB
Yaş & cinsiyet & medeni durum & eğitim düzeyi & sigara & ailede obezite	Korelasyon	-,372	-,085	-,065	-,145	,016	-,025	-,167	-,059
	p	,018	,602	,692	,371	,921	,879	,304	,718
	df	38	38	38	38	38	38	38	38

6 aylık çalışmamızın 2 ayağına da katılan bireylerden elde ettiğimiz kilodaki değişim oranları ile başlangıç ölçek skorları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. İlk DDG skoru ile kilo değişim oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki vardır ($r=-0,372$, $p=0,018$).

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen araştırmalar, obez kişilerde bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, şizofreni, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve yeme bozukluklarının sık görüldüğünü bildirilmişlerdir. Bunla beraber, ülkemizde ve tüm dünyada obezitenin psikososyal yönüyle ilgili çalışmalar giderek artmaktadır.

Jorm ve arkadaşları obez kadınlarda normal kilolu kadınlara göre depresyon ve anksiyete belirti düzeylerini yüksek olarak saptamalarına karşın, obez ve normal kilolu erkekler arasında böyle bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir (29). Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez kadınlarda obez olmayanlara göre anksiyete ve depresyon oranı fazla iken, obez olan erkek ve obez olmayan erkek arasında böyle bir fark saptanmamıştır (103). Carpenter ve arkadaşları kadınlarda BKİ ile depresyonun pozitif ilişkili, erkeklerde ise tam tersi negatif ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (30). Pan ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada depresyonu olan kadınların depresyonu olmayan kadınlara göre daha obez olduklarını tespit etmişlerdir (104). 2018 yılında Özmen tarafından yapılan bir uzmanlık tezi araştırmasına göre obez bireylerle obez olmayan bireyler karşılaştırıldığında obez bireyler de beç depresyon ve beç anksiyete oranları daha yüksek saptanmıştır (105).

Lillis ve arkadaşları yaşantısal kaçınma ve BKİ arasında önemli bir pozitif ilişki bulmuşlardır (106). Koenders ve arkadaşlarının 2011 yılında ve Ozier ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmalarda duygusal yeme ile BKİ arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (107, 108). Yurt dışında

Gabelman tarafından yapılan tez çalışmasında duygusal yeme ve ruminasyonun BKİ ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir (109).

Galletly ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların kilo kaybetmesi ile depresyon oranlarında azalma ve benlik saygılarında artış gözlemlenmiştir (110). Foster ve arkadaşlarının kadınlardan oluşan bir örnekleme, 6 aylık araştırma süresinde, obezite tedavisi sonucunda kilo, depresyon ve tıknırcasına yeme bozukluğunda anlamlı azalma bulmuşlardır (111). 2019 yılında Çelik tarafından yapılan uzmanlık tezi araştırmasına göre obez hastalarda 1 aylık tedavi sonucunda fiziksel aktivite ve benlik saygısı düzeylerinin arttığı, anksiyete ve depresyon belirtilerinin azaldığı görülmüştür (7).

Williams obez bireylerde duygu düzenleme güçlüğü ile duygusal yemenin ilişkili olduğunu tespit etmiştir (112). Davis ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları çalışmayla duygusal yeme ve TYB arasında ilişki bulmuşlardır (113). Yine Masheb ve arkadaşlarının obez bireylerde yapmış olduğu çalışmada TYB ve DY arasında ilişki saptanmıştır (114). Obez ergenler üzerinde yapılmış bir çalışmada duygusal yeme ve ruminasyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur (115), Gabelman tarafından yapılan tez sonucuna göre de DY ve ruminasyon arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (109).

Bizim çalışmamız; BKİ ortalamaları istatistiki olarak anlamlı biçimde farklılık gösteren obez örneklem ve sağlıklı kontrol grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum ve sigara kullanımı açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Çalışmamızda obez ve kontrol grubunun depresyon ve anksiyete skorlarının anlamlı olarak farklı olmaması, obez kişilerin depresyon ve anksiyete bozukluğu semptomları sergileme oranlarının obez olmayanlarla eşit olduğunu göstermektedir. Atlantis ve Baker tarafından yapılan bir sistematik literatür makalesinde, obezitenin depresif semptomların (depresyon değil) insidansını tahmin edebildiğine dair zayıf seviyede kanıt bulunmuştur (116), Gariepy ve arkadaşlarının anksiyete ve obezite ilişkisini araştıran 16 makaleyi inceleyen sistematik meta analiz çalışması anksiyete ve obezite arasında orta seviyeli pozitif ilişki bulmuştur (117). Çalışmamızın bir sonucu olarak toplumda en sık görülen psikiyatrik hastalıklar (depresif bozuklar ve anksiyete bozuklukları) açısından obez grubunda bir yatkınlık görülmediği söylenebilir. Fakat her ne kadar bir

psikiyatrik bozukluk açısından farklılık saptanmasa da duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, tekrarlayıcı düşünme ve duygusal yeme açısından obezitenin kontrol grubuna göre belirgin bir farklılık sergilediği gösterilmiştir. Bu sonuca göre obezlerin psikiyatrik tanı alma oranları normal popülasyonla aynı görünse de hem duygu düzenleme güçlüğü hem tekrarlayıcı düşünce ve duygusal yeme açısından psikolojik bir sıkıntı içinde olma risklerinin yüksek olduğu söylenebilir. Obez popülasyonda duygu düzenleme güçlüğü ve yaşantısal kaçınma düzeylerinin fazla olması olumsuz içsel deneyimlerle (duygu, düşünce, fiziksel duyum ve imajinasyon) baş etmede zorluk yaşadıklarını, olumsuz içsel yaşantılarını azaltmaya yönelik yoğun bir mücadele içinde olduklarını ifade etmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre bu mücadelenin bir kısmının da ruminasyon ve endişe gibi tekrarlayıcı düşünce biçimlerinden oluştuğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar klinik ortamda obez popülasyonun psikolojik sıkıntılarının değerlendirilmesinde psikiyatrik tanılara yönelik bir bakıştan ziyade psikolojik-kognitif mekanizmaların ve olumsuz içsel yaşantılara yönelik başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesinin daha anlamlı olacağını işaret etmektedir.

6 aylık takip sonucunda BKİ lerinde anlamlı bir azalma gözlenen 46 katılımcının ruminasyon, endişe ve duygusal yeme ortalamalarında anlamlı bir azalma saptanmıştır. Bu sonuç tekrarlayıcı düşünme içeriğinin önemli bir unsurunun da obezite ve BKİ ile ilgili kognisyonlar olduğunu işaret etmektedir. Bu sonuçlar aynı zamanda obezlerde yaşanan olumsuz bilişsel süreçlerin psikolojik müdahale yapılmadan da diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri ve benzeri davranışsal düzenlemelerle gerileyebileceğini göstermektedir. Bu bulgu Jacobson ve arkadaşlarının “Davranışsal Aktivasyon” terapi modelini geliştirdiği, bilişsel müdahale olmadan sadece davranışsal müdahaleler sonucunda depresyon skorlarında gerileme saptadığı çalışmaları ile de uyumludur (118, 119). Çalışmamız, kilo vermeye yönelik müdahalelerin sadece BKİ üzerinde değil, olumsuz psikolojik süreçlerinin dengelenmesinde de etkili olabileceğini göstermektedir.

Bunun yanında BKİ’nde, ruminasyon, endişe ve duygusal yeme ortalamalarında anlamlı bir azalma saptanmasına rağmen duygu düzenleme güçlüğü ve yaşantısal kaçınma stratejilerinde azalma olmaması,

kişinin genel baş etme eğiliminin kilo verme ile değişmediğini göstermektedir. Bu bulgu uygulanan diyet programları, egzersiz ve hatta bariatrik cerrahilerle hedeflenen kilo kaybının gerçekleşmesinde bir müddet sonra tekrar kilo alınması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Lauti ve arkadaşları tarafından yapılan bir sistematik literatür çalışması, bariatrik ameliyattan 2 yıl ve 6 yıl sonrasında kilo alım oranını sırasıyla % 5,7 ve 75,6 dır (120). Ünal tarafından yazılmış bir doktora tezinde, bariatrik ameliyat sonrası kişilerin % 13,7 sinde kilo alımının olduğu ve bu bireylerin duygusal yeme, depresyon ve yeme endişesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (121). King ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, bariatrik ameliyattan 2 yıl ve 5 yıl sonrasında 5 BKİ ve fazlası kadar kilo alanların oranı sırasıyla 20,7 ve 43,6 dır (122). Yaşantısal kaçınma ve duygu düzenleme zorlukları psikolojik sorunlarla karşılaştığı zaman kişinin ortaya koyduğu davranış eğilimlerindeki maladaptif tutumları işaret eder. Bu eğilimler özellikle bu sorunun merkeze alındığı psikoterapi müdahaleleri ile değişebilmektedir. Bilişsel-Davranışçı Terapi yaklaşımlarında terapideki değişim alanı genellikle (iç ve dış ortamda oluşan) soruna karşı verilen tepki düzeylerindeki değişimdir. Bu açıdan bakıldığında YK ve duygu düzenleme stratejilerindeki değişim, doğrudan terapi yaklaşımları ile mümkün olmaktadır. Çalışmamızda psikolojik bir müdahale yapılmadığı için YK ve duygu düzenleme güçlüğünde değişim olmaması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızın 2 ayağına da katılan bireylerden elde ettiğimiz kilodaki değişim oranları ile başlangıç ölçek skorları arasında korelasyon analizi sonucunda sadece DDG parametresinin kilo değişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Hem kilo değişiminde ilişkili parametrenin DDG olması hem de kilo değişimi olan grupta DDG ve YK düzeylerinde değişiklik olmaması, olumsuz duygulardan kaçınmayı azaltmaya yönelik ve duygusal düzenlemeye yönelik psikoterapi müdahalelerinin obezite programlarına eklenmesinin kilo değişimi ve kazanımların korunması adına önemli olacağını düşündürmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarının YK ve DDG ne yönelik psikoterapi müdahalelerinin uzun dönem etkilerinin gözlemlendiği yeni çalışmalara öncül olmasını ümit etmekteyiz.

5.2 TEZİN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın örnekleminin İMÜ Göztepe EAH Aile Hekimliği Obezite Bölümü'ne başvuran obez hastaları içermesi nedeniyle daha dirençli hastaların başvurduğu düşünülüp, toplumda yer alan obezleri yansıtmamaktadır. Araştırmamızın bir başka kısıtlılığı, araştırma örnekleminin hasta sayısının azlığıdır. Bu durum değişkenler arası ilişkilerin istatistiki olarak anlamsız çıkmasına neden olmuş olabilir. Daha fazla sayıda örnekleme ve farklı klinik ortamlarda benzer çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

5.3 SONUÇ

108 kişilik obez örneklem grubu ile normal BKİ ne sahip bireylerin ölçek skorlarını karşılaştırdığımızda, obez örneklem grubunun duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, duygusal yeme, ruminasyon, endişe ve tıknırcasına yeme bozukluğu skorları kontrol grubunun skorlarından istatistiki olarak önemli seviyede yüksektir. Fakat obez örneklem ve kontrol grubunda anksiyete ve depresyon skorları için istatistiki olarak önemli farklılık yoktur.

Obez örneklem grubunda başlangıç ve 6. ay ölçümlerini karşılaştırdığımızda, beden kitle indeksi, duygusal yeme, ruminasyon, endişe ve tıknırcasına yeme bozukluğu skorlarının 6. ay gözleminde istatistiki olarak önemli seviyede azaldığı tespit edilmiştir.

Başlangıç ve 6. ay ölçümleri arasında, duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, anksiyete ve depresyon skorları için istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

108 kişilik obez örnekleme, duygu düzenleme güçlüğü, yaşantısal kaçınma, duygusal yeme, ruminasyon, endişe, anksiyete, depresyon ve tıknırcasına yeme bozukluğu skorlarının birbirleriyle ilişkisi korelasyon analizi ile incelenmiş ve her birinin bir diğeriyle arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. Yani bu değişkenlerden birindeki artış diğer değişkende de artışa karşılık gelmektedir.

Başlangıç ölçek skorları ile kilo değişim yüzdesi arasında korelasyon analizinde, yalnızca başlangıç duygu düzenleme güçlüğü ile kilo verme yüzdesi arasında negatif bir korelasyon tespit edilmiştir. Böylece, başlangıç duygu düzenleme skoru yüksek olan bireylerin daha az kilo verdikleri gözlemlenmiştir.

Bu sonuçlar klinik ortamda obez popülasyonun psikolojik sıkıntılarının değerlendirilmesinde psikiyatrik tanılara yönelik bir bakıştan ziyade psikolojik-kognitif mekanizmaların ve olumsuz içsel yaşantılara yönelik başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesinin daha anlamlı olacağını işaret etmektedir.

Olumsuz duygulardan kaçınmayı azaltmaya yönelik ve duygusal düzenlemeye yönelik psikoterapi müdahalelerinin obezite programlarına eklenmesinin kilo değişimi ve kazanımların korunması adına önemli olacağını düşünmekteyiz. Özellikle bariatrik cerrahiye göndereceğimiz hastalarda verilen kiloyu korumak adına altta yatan psikolojik faktörlerin değerlendirilmesi önemli olacaktır.

Bu çalışma sonucunda psikiyatrik hastalıkların temelini oluşturan yaşantısal kaçınma, tekrarlayıcı düşünce yapısı ve DDG gibi psikopatolojik parametrelerin daha iyi tanınması ve hastalık oluşmadan müdahale edebilmek için bu konuyla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Serter R. Obezite atlası Ocak 2013.
2. Nazan YARDIM SK, Özlem SARIŞEN ADIGÜZEL, Zehra KELAT, Melek ATABEY, Meryem SAYGI. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları İçin Obezite Ve Diyabet Klinik Rehberi. ANKARA 2017.
3. Obesity and overweight [Internet]. World Health Organization. [cited 22 November 2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
4. Belgin ÜNAL GE, Gönül DİNÇ HORASAN, Sibel KALAÇA, Kaan SÖZMEN. TÜRKİYE KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI ÇALIŞMASI. 2013:OBEZİTE SAYFA 139-45.
5. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nature Reviews Endocrinology. 2019;1.
6. Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane database of systematic reviews. 2005(2).
7. ÇELİK E. Obezite Nedeniyle Başvuran Bireylerin Tedavi Öncesi Ve Sonrası Anksiyete-Değerlendirilmesi Durumlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. 2019.
8. Egger G, Donovan RJ, Giles-Corti B, Bull F, Swinburn B. Developing national physical activity guidelines for Australians. Australian and New Zealand journal of public health. 2001;25(6):561-3.
9. Ravussin E, Bouchard C. Human genomics and obesity: finding appropriate drug targets. European Journal of Pharmacology. 2000;410(2-3):131-45.
10. French SA, Jeffery RW, Wing RR. Sex differences among participants in a weight-control program. Addictive Behaviors. 1994;19(2):147-58.

11. James WPT, Jackson-Leach R, Mhurchu CN, Kalamara E, Shayeghi M, Rigby NJ, et al. Overweight and obesity (high body mass index). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. 2004;1:497-596.
12. Obezite T, Grubu HÇ. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2017;11-9.
13. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European guidelines for obesity management in adults. Obesity facts. 2015;8(6):402-24.
14. Allison KC, Crow SJ, Reeves RR, West DS, Foreyt JP, DiLillo VG, et al. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. Obesity. 2007;15(5):1287-93.
15. Kelly T, Yang W, Chen C-S, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. International journal of obesity. 2008;32(9):1431.
16. Thompson J. Management of obesity in Scotland: development of the latest evidence-based recommendations. Proceedings of the Nutrition Society. 2010;69(2):195-8.
17. Seagle HM, Wyatt HR, Hill JO. Obesity: overview of treatments and interventions. Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease. 2013:445-64.
18. O'reardon JP, Ringel BL, Dinges DF, Allison KC, Rogers NL, Martino NS, et al. Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. Obesity research. 2004;12(11):1789-96.
19. Poirier P, Després J-P. Exercise in weight management of obesity. Cardiology clinics. 2001;19(3):459-70.
20. Carlson SA, Fulton JE, Schoenborn CA, Loustalot F. Trend and prevalence estimates based on the 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. American journal of preventive medicine. 2010;39(4):305-13.

21. Appachi S, Kashyap SR. 'Adiposopathy'and cardiovascular disease: the benefits of bariatric surgery. Current opinion in cardiology. 2013;28(5):540-6.
22. Erge S. Obezitede diyet tedavisini destekleyen davranışsal tedavi. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2003;2:75-82.
23. Hsu LG, Betancourt S, Sullivan SP. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. International Journal of Eating Disorders. 1996;19(1):23-34.
24. Jones LR, Wadden TA. State of the science: behavioural treatment of obesity. Asia Pacific journal of clinical nutrition. 2006;15.
25. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E. Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı. Ankara: TPD Yayınları. 2013(Obezitenin psikiyatrik tanılarla bağlantıları).
26. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Browne MAO. Obesity and mental disorders in the adult general population. Journal of psychosomatic research. 2008;64(1):97-105.
27. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. Psychological bulletin. 1991;110(1):86.
28. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6:84-91.
29. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. Australian and New Zealand journal of public health. 2003;27(4):434-40.
30. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. American journal of public health. 2000;90(2):251.
31. Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(4):572-82.

32. Davis C, Strachan S, Berkson M. Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*. 2004;42(2):131-8.
33. Hjördis B, Gunnar E. Characteristics of Drop-outs from a long-term behavioral treatment program for obesity. *International Journal of Eating Disorders*. 1989;8(3):363-8.
34. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Personality characteristics and body image in obese individuals. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2014;6(2):191-9.
35. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*. 1994;59(2-3):25-52.
36. Rottenberg J, Gross JJ. When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):227-32.
37. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.
38. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*. 2001;10(6):214-9.
39. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 2007;23(3):141-9.
40. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):217-37.
41. Peñas-Lledó E, Vaz Leal FJ, Waller G. Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*. 2002;31(4):370-5.
42. Burrows T, Skinner J, McKenna R, Rollo M. Food addiction, binge eating disorder, and obesity: is there a relationship? *Behavioral Sciences*. 2017;7(3):54.

43. Gratz KL, Roemer L. 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*. 2004;26(1):41-54.
44. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 2010;66(4):442-55.
45. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996;64(6):1152.
46. Spinhoven P, Drost J, de Rooij M, van Hemert AM, Penninx BW. A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior therapy*. 2014;45(6):840-50.
47. Tull MT, Gratz KL. Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;22(2):199-210.
48. Stewart SH, Zvolensky MJ, Eifert GH. The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior modification*. 2002;26(2):274-96.
49. Dalrymple KL, Morgan TA, Lipschitz JM, Martinez JH, Tepe E, Zimmerman M. An integrated, acceptance-based behavioral approach for depression with social anxiety: Preliminary results. *Behavior modification*. 2014;38(4):516-48.
50. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*. 2004;54(4):553-78.
51. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*. 2008;134(2):163.

52. Segerstrom SC, Tsao JC, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive therapy and Research*. 2000;24(6):671-88.
53. Conway M, Csank PA, Holm SL, Blake CK. On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of personality assessment*. 2000;75(3):404-25.
54. Harrington JA, Blankenship V. Ruminative Thoughts and Their Relation to Depression and Anxiety 1. *Journal of Applied Social Psychology*. 2002;32(3):465-85.
55. Martin LL, Tesser A. Some ruminative thoughts. *Advances in social cognition*. 1996;9:1-47.
56. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*. 2000;109(3):504.
57. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*. 2002;9(3):177-90.
58. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment: Wiley Online Library; 2004.
59. Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of personality and social psychology*. 1993;65(2):339.
60. Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of women quarterly*. 2001;25(1):37-47.
61. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2001;8(2):160-4.
62. Karatepe HT. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması İstanbul 2010.
63. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin*. 1987;101(2):259.

64. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*. 1991;61(1):115.
65. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. " Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of personality and social psychology*. 1999;77(4):801.
66. Martin LL, Shrira I, Startup HM. Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. 2004:153-75.
67. Robinson MS, Alloy LB. Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*. 2003;27(3):275-91.
68. Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, Whitehouse WG, Rose DT, Robinson MS, et al. The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of abnormal psychology*. 2000;109(3):403.
69. Just N, Alloy LB. The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of abnormal psychology*. 1997;106(2):221.
70. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & Emotion*. 1993;7(6):561-70.
71. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*. 1983;21(1):9-16.
72. YILMAZ PAE. Endişe ve ruminasyonun kaygı ve depresyon belirtileri üzerindeki rolü. 2015.
73. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*: Guilford press; 2004.

74. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(2):215-26.
75. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008;3(5):400-24.
76. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(6):487-95.
77. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour research and therapy*. 1992;30(1):33-7.
78. Watkins E, Moulds M, Mackintosh B. Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour research and therapy*. 2005;43(12):1577-85.
79. Kashdan TB, Roberts JE. Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21(3):284-301.
80. Lyubomirsky S, Tucker KL, Caldwell ND, Berg K. Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of personality and social psychology*. 1999;77(5):1041.
81. Faith MS, Allison DB, Geliebter A. Emotional eating and obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. 1997.
82. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, Saraçlı Ö, Coşkun H. Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16:44-53.
83. Bekker MH, van de Meerendonk C, Mollerus J. Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;36(4):461-9.

84. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56(2):267.
85. Spoor ST, Bekker MH, Van Strien T, van Heck GL. Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*. 2007;48(3):368-76.
86. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*. 2008;50(1):1-11.
87. Ouwens MA, van Strien T, van der Staak CP. Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*. 2003;40(3):291-8.
88. Telch CF, Agras WS. Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*. 1996;20(3):271-9.
89. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(4):171-8.
90. Macht M, Simons G. Emotions and eating in everyday life. *Appetite*. 2000;35(1):65-71.
91. Müller J, Dettmer D, Macht M. The Attitudes to Chocolate Questionnaire: Psychometric properties and relationship to dimensions of eating. *Appetite*. 2008;50(2-3):499-505.
92. Eldredge KL, Agras WS. Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *International journal of eating disorders*. 1996;19(1):73-82.
93. Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity research*. 2003;11(2):195-201.
94. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*. 1995;18(1):79-90.
95. Association D-AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.

96. Yiğit İ, Yiğit MG. Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*. 2017;1-9.
97. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011;42(4):676-88.
98. Yavuz F, Ulusoy S, Iskin M, Esen FB, Burhan HS, Karadere ME, et al. Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2016;26(4):397-408.
99. Boysan M, Keskin S, Beşiroğlu L. Penn State Endişe Ölçeği Türkçe formunun hiyerarşik faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2008;18(3):174-82.
100. AKIN A, YILDIZ B, ÖZÇELİK B. DUYGUSAL YEME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ. *Journal of International Social Research*. 2016;9(44).
101. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
102. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 1997;8:187-280.
103. Chen Y, Jiang Y, Mao Y. Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women's Health*. 2009;18(10):1687-92.
104. Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimäki M, Okereke OI, Lucas M, et al. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International journal of obesity*. 2012;36(4):595-602.

105. ÖZMEN HG. Oezite Polikliniğine Başvuran Kadınların Cinsel İşlevlerinin, Hastaların Beden Kitle İndeksleri, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisi. 2018.
106. Lillis J, Levin ME, Hayes SC. Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology*. 2011;16(5):722-7.
107. Koenders PG, van Strien T. Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(11):1287-93.
108. Ozier AD, Kendrick OW, Leeper JD, Knol LL, Perko M, Burnham J. Overweight and obesity are associated with emotion-and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008;108(1):49-56.
109. Gabelman RB. The Associations Among Emotional Eating, Gender, BMI, and Rumination: Illinois Institute of Technology; 2017.
110. Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1996;17(2):125-8.
111. Foster GD, Wadden TA, Kendall PC, Stunkard AJ, Vogt RA. Psychological effects of weight loss and regain: a prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(4):752.
112. Williams BV. Emotion Regulation and Eating: An Evaluation of the Relationship Between Difficulties in Emotion Regulation and Eating Patterns in Obese Patients Seeking Bariatric Surgery. 2017.
113. Davis C, Levitan RD, Carter J, Kaplan AS, Reid C, Curtis C, et al. Personality and eating behaviors: a case-control study of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(3):243-50.

114. Masheb RM, Grilo CM. Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(2):141-6.
115. Kubiak T, Vögele C, Siering M, Schiel R, Weber H. Daily hassles and emotional eating in obese adolescents under restricted dietary conditions—The role of ruminative thinking. *Appetite*. 2008;51(1):206-9.
116. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International journal of obesity*. 2008;32(6):881.
117. Gariepy G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*. 2010;34(3):407.
118. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006;74(4):658.
119. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*. 2001;8(3):255-70.
120. Lauti M, Kularatna M, Hill AG, MacCormick AD. Weight regain following sleeve gastrectomy—a systematic review. *Obesity surgery*. 2016;26(6):1326-34.
121. ÜNAL Ş, SEVİNÇER GM, MANER AF. Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Geri Alımının; Gece Yeme, Duygusal Yeme, Yeme Endişesi, Depresyon ve Demografik Özellikler Tarafından Yordanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1).

122. King WC, Hinerman AS, Belle SH, Wahed AS, Courcoulas AP. Comparison of the performance of common measures of weight regain after bariatric surgery for association with clinical outcomes. *Jama*. 2018;320(15):1560-9.



Ekler

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

Başvuru Tarihi :
Adı Soyadı :
Doğum Tarihi :
Cinsiyet :
Dosya No :
Tel :
Kilo :
Boy :
BMI :

EĞİTİM DÜZEYİ:

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ Okur-yazar değil | ☐ İlkokul | ☐ Ortaokul |
| ☐ Lise | ☐ Üniversite Meslek | ☐ İşsiz |
| ☐ Serbest Meslek | ☐ Memur | ☐ İşçi |
| ☐ Öğrenci | ☐ Diğer | |

MEDENİ HALİ:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| ☐ Bekar | ☐ Evli |
| ☐ Boşanmış | ☐ Dul |

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Sigara kullanıyor mu? | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| Psikiyatrik tedavi alıyor mu? | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| Psikotik bozukluk tanısı var mı? | ☐ Evet | ☐ Hayır |

Ek-2: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-10)	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

Ek-3: Kabul ve Eylem Formu

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.					1 2 3 4 5 6 7	
2. Hislerimden korkarım.					1 2 3 4 5 6 7	
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.					1 2 3 4 5 6 7	
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.					1 2 3 4 5 6 7	
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar					1 2 3 4 5 6 7	
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.					1 2 3 4 5 6 7	
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor					1 2 3 4 5 6 7	

Ek-4: Ruminatif Düşünme Stili Ölçeği

Bu anket insanların düşünceleriyle ilgili ifadeler içermektedir. Hepimizin düşüncelerinin özellikleri farklıdır ve bu nedenle doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz ve her biri için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini cümlelerin başındaki boşluğa yazınız.

(Hiç) 1 2 3 4 5 6 7 (Çok iyi)

1. ___Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.
2. ___Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.
3. ___Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.
4. ___Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.
5. ___Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırıyorum.
6. ___Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınyım.
7. ___Kendimi, gün içerisinde "Keşke yapsaydım" dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.
8. ___Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, "keşke şöyle davransaydım" dediğim farklı senaryolar hayal ederim.
9. ___Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.
10. ___Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu o kadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.
11. ___İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.
12. ___Bir problem hakkında saatlerce düşünsem de sorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.
13. ___Hakkında ne kadar düşünürsem düşüneyim, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.
14. ___Bazen bir şeyler hakkında saatlerce oturup düşündüğüm olur.
15. ___Bir meseleyi çözmeye çalışırken, zihnimde farklı noktalara dağılan uzun bir tartışma yaşar gibi olurum.
16. ___Oturup geçmişteki güzel olayları hatırlamak hoşuma gider.
17. ___Heyecan verici bir olayı beklerken, bu olay ile alakalı düşünceler, o anda yaptığım işi engeller.
18. ___Bazen, bir konuşma sırasında bile, alakasız düşüncelerin zihnime hücum ettiği olur.
19. ___Yakın zamanda önemli bir görüşme yapacaksam, zihnimde sürekli olarak bunu tekrar etme eğilimim vardır.
20. ___Önemli bir olay yaklaşıyorsa bununla ilgili düşünmekten kendimi alamam.

Ek-5: Penn State Endişe Ölçeği

Her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını, aşağıda verilen ölçekten yararlanarak değerlendiriniz. Sizin için uygun olan rakamı ilgili maddenin yanındaki boşluğa yazınız.

1	2	3	4	5
Benim için Hiç bir zaman doğru değil		Benim için bazen doğru		Benim için her zaman doğru
___ 1. Her şeye yetişebilecek kadar zamanım olmasa bile bunun için endişelenmem.				
___ 2. Endişelerim beni bunaltır.				
___ 3. Bir şeyler hakkında endişelenmeye eğilimli değilim.				
___ 4. Pek çok durum beni endişelendirir.				
___ 5. Bir şeyler hakkında endişelenmemem gerektiğini biliyorum; ancak kendime engel olamıyorum.				
___ 6. Baskı altında olduğumda çok fazla endişelenirim.				
___ 7. Her zaman bir şeyler hakkında endişeleniyorum.				
___ 8. Endişe veren düşünceleri aklımdan uzaklaştırmayı kolay bulurum.				
___ 9. Bir işi bitirir bitirmez, yapmak zorunda olduğum her şey için endişelenmeye başlarım.				
___ 10. Hiçbir şey için asla endişelenmem.				
___ 11. Bir sorun hakkında yapabileceğim daha fazla bir şey olmadığında o konu hakkında daha fazla endişelenmem.				
___ 12. Hayatım boyunca endişeli birisi oldum.				
___ 13. Birden bir şeylere endişelenmekte olduğumu fark ederim.				
___ 14. Bir kere endişelenmeye başladığımda durduramam.				
___ 15. Her zaman endişelenirim.				
___ 16. Tümüyle yapılp bitirilinceye kadar planladığım işler hakkında endişelenmeye devam ederim.				

Ek-6: Duygusal Yeme

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip bu durumu ne kadar yaşadığınızı en iyi ifade eden seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.		Hiçbir zaman	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
1	Fazla kilolarım duygusal durumumu önemli oranda etkiler ve değişmesine yol açar.	0	1	2	3
2	Bazı yiyecekleri yemeyi canım çok ister.	0	1	2	3
3	Bazı tatlı yiyecekleri özellikle çikolatayı yemeden duramam.	0	1	2	3
4	Yediğim bazı yiyeceklerin miktarını kontrol etmekte zorlanırım.	0	1	2	3
5	Stresli, kızgın ve sıkıntılı hissettiğimde yemek yerim.	0	1	2	3
6	Yalnızken sevdiğim yiyecekleri daha çok yerim ve kendimi bu konuda kontrol etmem.	0	1	2	3
7	Şeker ve çerez gibi fazla yenmemesi gereken yiyecekleri yediğimde suçluluk duyarım.	0	1	2	3
8	İş yorgunluğu yaşadığımda geceleri diyetimi bozarım.	0	1	2	3
9	Diyetimi bozduğumda, kilo yapan yiyecekleri kontrolsüz biçimde yerim.	0	1	2	3
10	Ne yiyeceğimi kontrol etmekten çok yiyecekler beni kontrolü altına alır.	0	1	2	3

Ek-7: Had Ölçeği

Hasta adı soyadı: _____

Tarih: _____

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve geçen haftayı göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum. ☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, bazen ☐ Hiçbir zaman	8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum. ☐ Hemen hemen her zaman ☐ Çok sık ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman
2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum. ☐ Aynı eskisi kadar ☐ Pek eskisi kadar değil ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil	9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum. ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Oldukça sık ☐ Çok sık
3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum. ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor. ☐ Hayır, hiç öyle değil	10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim. ☐ Kesinlikle ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum. ☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Şimdi pek o kadar değil ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐ Artık hiç değil	11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum. ☐ Gerçekten de çok fazla ☐ Oldukça fazla ☐ Çok fazla değil ☐ Hiç değil
5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor. ☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil ☐ Yalnızca bazen	12) Olacakları zevkle bekliyorum. ☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Her zamankinden biraz daha az ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az ☐ Hemen hemen hiç
6) Kendimi neşeli hissediyorum. ☐ Hiçbir zaman ☐ Sık değil ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman	13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum. ☐ Gerçekten de çok sık ☐ Oldukça sık ☐ Çok sık değil ☐ Hiçbir zaman
7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum. ☐ Kesinlikle ☐ Genellikle ☐ Sık değil ☐ Hiçbir zaman	14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum. ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Pek sık değil ☐ Çok seyrek

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 06.02.2019

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Obezite Kliniğine Başvuran Hastaların Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yaşantısal Kaçınma ve Tekrarlayıcı Düşünce Yapısının Kilo Verme İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Hasan Turan Karatepe				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐			
		FAZ 2	☐			
		FAZ 3	☐			
FAZ 4		☐				
Gözlemsel ilaç çalışması		☐				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐				
İlaç dışı klinik araştırma		☒				
Retrospektif	☐					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/0039	Tarih: 06.02.2019				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan

İmza:

Y. Zeldir

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 06.02.2019

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obezite Kliniğine Başvuran Hastaların Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yaşantısal Kaçınma ve Tekrarlayıcı Düşünce Yapısının Kilo Verme İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan

İmza:

(Handwritten signature of Prof. Dr. Derya Büyükkayhan)