

TC.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**KİLOYA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİ
YORDAYAN DEĞİŞKENLER VE CERRAHİ
TEDAVİYE BAŞVURAN OBEZİTE
HASTALARININ EBEVEYN PSİKOLOJİK
KONTROLÜ, YEME DAVRANIŞI VE
PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DİYETİSYEN
DESTEĞİ ALAN OBEZİTE HASTALARIYLA
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELDEM ERDEM

İstanbul, Eylül 2017

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

KİLOYA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİ YORDAYAN
DEĞİŞKENLER VE CERRAHİ TEDAVİYE
BAŞVURAN OBEZİTE HASTALARININ EBEVEYN
PSİKOLOJİK KONTROLÜ, YEME DAVRANIŞI VE
PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DİYETİSYEN
DESTEĞİ ALAN OBEZİTE HASTALARIYLA
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELDEM ERDEM

141106103

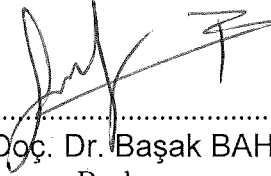
Danışman Öğretim Üyesi:

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Altan Atalay

İstanbul, Eylül 2017

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,


22.09.2017 tarihinde tezinin savunmasını yapan 14 11 06 103 numaralı Eldem ERDEM'e ait "Kiloya Bağlı Yaşam Kalitesini Yordayan Değişkenler ve Cerrahi Tedaviye Başvuran Obezite Hastalarının Ebeveyn Psikolojik Kontrolü, Yeme Davranışı ve Psikopatoloji Açısından Diyetisyen Desteği Alan Obezite Hastalarıyla Karşılaştırılması" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikolojisi) Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak ~~Oy Birliği/Oy Çokluğuyla~~ Kabul Edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Başak BAHTİYAR
Başkan



Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide PUR KARABULUT
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Ayşe ALTAN ATALAY
(Üye) Danışman

ŞEKİL ONAY SAYFASI

05.10.2017

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,	
Aşağıda bilgileri bulunan lisansüstü öğrencinin tezi şekil yönünden tarafımda incelenmiş ve Enstitüye teslim edilmesi uygun bulunmuştur.	
Anabilim Dalı Başkanı Adı-Soyadı Prof. Dr. Gürkan Doğan imza	
ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
ADI SOYADI	Eldem Erdem
ÖĞRENCİ NUMARASI	141106103
ANABİLİM DALI	Psikoloji
PROGRAMI	YÜKSEK LİSANS
DANIŞMANI	Yard. Doç. Dr. Ayşe Altan Atalay
TEZ BAŞLIĞI	KİLOYA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER VE CERRAHİ TEDAVİYE BAŞVURAN OBEZİTE HASTALARININ EBEVEYN PSİKOLOJİK KONTROLÜ, YEME DAVRANIŞI VE PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DİYETİSYEN DESTEĞİ ALAN OBEZİTE HASTALARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI
SAVUNMA TARİHİ	22.09.2017
e-posta	eldemerdem09@gmail.com
İç Kapak	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Tez Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yemin	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Özet (Türkçe Başlık-Türkçe Özet/İngilizce Başlık-İngilizce Özet)	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
İntihal Raporu	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Önsöz	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
İçindekiler	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Kısaltmalar Listesi	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Tablolar Listesi (varsa)	<input checked="" type="checkbox"/> Tablo yok <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değildir
Şekiller Listesi (varsa)	<input checked="" type="checkbox"/> Şekil yok <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değildir
Ekler Listesi (varsa)	<input checked="" type="checkbox"/> Ek yok <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değildir
Sayfa Genişliği	<input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değildir
Yazı Tipi	<input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değildir
Referans Kullanımı	<input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değildir
Kaynakça	<input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değildir
Özgeçmiş	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

YEMİN METNİ

22/09/2017

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kiloya Bağlı Yaşam Kalitesini Yordayan Değişkenler Ve Cerrahi Tedaviye Başvuran Obezite Hastalarının Ebeveyn Psikolojik Kontrolü, Yeme Davranışı Ve Psikopatoloji Açısından Diyetisyen Desteği Alan Obezite Hastalarıyla Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımda yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin “Kaynakça”da gösterilenlerden oluştuğunu, “Kaynakça”da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Öğrenci Numarası

141106103

Adı-Soyadı

Eldem Erdem

imza



ÖZET

Kiloya Bağlı Yaşam Kalitesini Yordayan Değişkenler Ve Cerrahi Tedaviye Başvuran Obezite Hastalarının Ebeveyn Psikolojik Kontrolü, Yeme Davranışı Ve Psikopatoloji Açısından Diyetisyen Desteği Alan Obezite Hastalarıyla Karşılaştırılması

Bu çalışma kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yordayan değişkenleri belirlemeyi ve obezite cerrahisi adayları ile obezite cerrahisini seçmeyip diyetisyen desteği alan obezite kişileri psikopatoloji, yeme tutumları, algılanan ebeveyn kontrolü ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Psikopatolojiyi anksiyete ve depresyon; yeme tutumlarını kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme davranışı; algılanan ebeveyn kontrolünü anne-baba psikolojik kontrolü ve yaşam kalitesi kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini oluşturur. Obezite psikopatoloji, yeme davranışları ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ile alanyazında sıkça çalışılan konular arasındadır.

Araştırma toplam 158 (114 obezite cerrahisi adayı, 44 diyetisyen desteği alan) katılımcıdan oluşmaktadır. Veri toplamak için demografik form, Beck Anksiyete Envanteri, Anne ve Baba Psikolojik Kontrol Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Beck Depresyon Envanteri ve Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Anketi (Kısa Form) kullanılmıştır.

Verilerin analizinde IBM SPSS kullanılarak Pearson Korelasyon, Bağımsız Örneklem t Testi, Çoklu Varyans Analizi ve Regresyon analizi yapılmıştır.

Sonuçlar kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin depresyon, anksiyete, vücut kitle indeksi ve dışsal yeme davranışı tarafından yordandığını ve iki örneklemin birbirinden kısıtlayıcı yeme davranışı ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi açısından farklılaştığını göstermektedir. Diyetisyen desteği alan katılımcılar daha fazla kısıtlayıcı yeme davranışı gösterirken; obezite cerrahisine başvuran katılımcıların yaşam kaliteleri diğer gruba oranla daha düşüktür. Alanyazınla tutarlılık gösteren sonuçlar ilgili yazın çerçevesinde tartışılmıştır. Gelecekteki çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Obezite, Psikopatoloji, Ebeveyn Psikolojik Kontrolü, Yeme Davranışları, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Predictors of Weight Related Quality of Life and a Comparison Between Bariatric Surgery Patients and Patients Who Get a Dietary Treatment in Terms of Parental Psychological Control, Eating Behaviors and Psychopathology

The study aims to explore the predictors of impact of weight on quality of life and to compare bariatric surgery candidates and people who involved dietary treatment in terms of psychopathology, eating attitudes, perceived parental control and quality of life. Operational definition of psychopathology is depression and anxiety; eating attitudes are restrained, emotional and external eating behaviors; perceived parental control is maternal and paternal psychological control and quality of life is impact of weight on quality of life. Psychopathology, eating behaviors and impact of weight on quality of life are frequently studied with obesity.

Number of participants is 158 (114 bariatric surgery candidates and 44 people who get dietary treatment). Demographic forms, Beck Anxiety Inventory, Mother and Father Psychological Control Scale, Dutch Eating Behavior Questionnaire and The Impact of Weight on Quality of Life (Lite form) were used to collect data.

Pearson Correlation, Independent Samples t test, MANOVA and Regression were conducted for the analysis of results by IBM Statistics.

Results revealed that depression, anxiety, body mass index and external eating predict the impact of weight on quality of life and bariatric surgery candidates and dietary treatment group are differentiated in terms of restrained eating and quality of life. Dietary treatment group showed high restrained eating behavior and bariatric surgery candidates reported low quality of life. Results are consistent with literature findings and they were discussed in the light of literature and suggestions were given for further studies.

Key Words: Obesity, Psychopathology, Parental Psychological Control, Eating Behaviors, Quality of Life

URKUND


Urkund Analysis Result

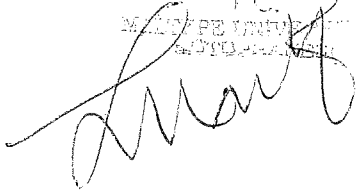
Analysed Document: eldemintihal.docx (D30410944)
Submitted: 2017-09-07 08:07:00
Submitted By: sedaicin@maltepe.edu.tr
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

uygundur
Trd. Doc. Dr. Ayşe Altın Atalay


TC.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANE


ÖNSÖZ

Öncelikle, bu tez çalışmasının en başından itibaren anlayışlı, sabırlı ve destekleyici tutumlarıyla her zaman bilgisine ve tecrübesine başvurabileceğimi bildiğim değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ayşen Altan Atalay'a teşekkürlerimi sunarım. Tez vesilesiyle kendisinden öğrendiklerim paha biçilemez. Kendisi ile böyle bir çalışma içerisinde bulunmak benim için çok değerliydi.

Çalışmakta olduğum obezite cerrahisi kliniğinde başta Prof. Dr. Mehmet Ali Yerdel ve Prof. Dr. Ahmet Gökhan Türkçapar olmak üzere tez sürecinde araştırmanın gerçekleşmesi için desteklerini esirgemeyen herkese teşekkür etmek isterim. Özellikle iş arkadaşım Diyetisyen Fatma Kahraman'ın desteği olmasaydı araştırmadaki verilerin toplanması çok daha zor olacaktı. Obez kişilere diyet tedavisi ile destek veren diyetisyenlere ulaşmam sayesinde kolaylaştı.

Tez savunma jürimde bulunan Yrd. Doç. Dr. Başak Bahtiyar'a ve Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide Pur'a katkılarından ve geri bildirimlerinden dolayı teşekkür ederim.

Eylül Dinlerer ve İpek Sarıbal da hem yüksek lisans hem de tez sürecinde hayatımda iyi ki varlar dediğim kişiler oldular. Birçok zaman yalnız olmadığımı hissettiren arkadaşlarıma her şey için teşekkür ederim.

Son olarak, her zaman arkamda olduklarını bildiğim, bana inanan ve güvenen, desteklerini esirgemeyen aileme ne kadar teşekkür etsem az. Ayrı şehirlerde olsak da varlıkları her zaman hissettirdiler. Kardeşim Simay'ın ise yanımda olması en büyük güç kaynağımdı. Bana verdikleri ve kazandırdıkları her şey için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
İNİTİHAL RAPORU	vii
ÖNSÖZ	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
GRAFİKLER LİSTESİ	xiv
EKLER LİSTESİ.....	xv
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Obezite	2
1.1.1. Obezitenin Tanımı	2
1.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Obezite.....	3
1.2. Obezitenin Etiyolojisi.....	5
1.2.1. Genetik Yatkınlık ve Çevrenin Etkisi.....	5
1.2.2. Besin İçerikleri ve Kalori Alımı	7
1.2.3. Sosyoekonomik Düzey	8
1.2.4. Fiziksel Aktivite Düzeyi.....	10
1.2.5. Psikolojik Faktörler	11
1.3. Obezitenin Tedavisi.....	14
1.3.1. Geleneksel Tedavi Yöntemleri	15
1.3.1.1. Diyet Tedavisi	15
1.3.1.2. Fiziksel Aktivite	17
1.3.1.3. İlaç Tedavisi	19
1.3.2. Cerrahi Tedavi.....	19
1.3.2.1. Obezite Cerrahisinde Psikolojik Değerlendirme:	22
1.4. Yeme Davranışları.....	26

1.4.1. Kısıtlayıcı Yeme Davranışı	28
1.4.2. Duygusal Yeme Davranışı.....	31
1.4.3. Dışsal Yeme Davranışı	33
1.5. Psikopatoloji.....	35
1.5.1. Depresyon.....	35
1.5.2. Anksiyete.....	41
1.6. Algılanan Ebeveyn Kontrolü.....	45
1.6.1. Ebeveyn Psikolojik Kontrolü	45
1.7. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi	47
1.8. Tezin Amacı ve Hipotezleri	51
1.9. Tezin Önemi.....	52
2. BÖLÜM	54
YÖNTEM.....	54
2.1. Katılımcılar.....	54
2.2. Veri Toplama Araçları.....	56
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	56
2.2.2. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	56
2.2.3. Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Ölçeği	56
2.2.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi	57
2.2.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	57
2.2.6. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği-Kısa Form	58
2.3. İşlem	58
2.4. Verilerin Çözümlemesi.....	59
3. BÖLÜM	60
SONUÇLAR	60
3.1. Değişkenlerin Tanımlayıcı Değerleri	60
3.2. Değişkenlerin Birbirleriyle Olan İlişkileri.....	61
3.3. Obezite Cerrahisine Başvuran ve Başvurmayıp Diyetisyen Desteği Alan Obez Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Anne ve Baba Psikolojik Kontrolü ve Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Açısından Karşılaştırılması.....	62

3.4. Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar ile Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Ölçeğinin Alt Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması	63
3.5. Obezite Cerrahisine Başvuranlar ve Başvurmayıp Diyetisyen Desteği Alan Obez Katılımcıların Yeme Davranışları Açısından Karşılaştırılması.....	65
3.6. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisini Yordayan Değişkenlerle İlişki Düzeyinin Belirlenmesi	67
4. BÖLÜM	69
TARTIŞMA	69
4.1. Sonuçların Tartışılması.....	69
4.1.1. Değişkenlerin Korelasyonel İlişkisi	69
4.1.2. İki Örneklem Araştırmadaki Değişkenler Açısında Karşılaştırılması.....	74
4.1.3. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisini Yordayan Değişkenler	78
4.2. Çalışmanın Güçlü ve Sınırlı Yanları	79
4.3. Gelecekteki Araştırmalar için Öneriler	81
4.4. Klinik Çıkarımlar	82
5. BÖLÜM	84
KAYNAKLAR.....	84
6. BÖLÜM	126
EKLER.....	126
ÖZGEÇMİŞ	148

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

NHLBI: National Heart, Lung and Blood Institute

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	50
Tablo 2. Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	51
Tablo 3. Katılımcıların Yaş ve VKİ Değerleri.....	51
Tablo 4. Diyetisyen Desteği Alan Kişilerin Ay Bazında Tedavi Süreleri.....	51
Tablo 5. Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistik Değerleri.....	56
Tablo 6. Değişkenler Arası Korelasyon.....	58
Tablo 7. Obezite Cerrahisine Başvurmuş Katılımcılar ile Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Anne ve Baba Psikolojik Kontrolü ve Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Açısından Karşılaştırılması.....	59
Tablo 8. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Ölçeğinin Alt Ölçekleri için Çoklu Varyans Analizi Değerleri.....	60
Tablo 9. Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar ile Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Ölçeğinin Alt Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması.....	60
Tablo 10. Yeme Davranışlarının Çoklu Varyans Analizi Değerleri.....	62
Tablo 11. Yeme Davranışlarının İki Grup İçin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	62
Tablo 12. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisini Yordayan Değişkenler.....	64

GRAFİKLER LİSTESİ

- Grafik 1.** Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Gruplar Arası Ortalamaları59
- Grafik 2.** Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İki Örneklem Arasında Anlamli Çıkan Alt Ölçekleri.....61
- Grafik 3.** Kısıtlayıcı Yeme Davranışının İki Grup için Ortalamaları.....63

EKLER LİSTESİ

Ek-1: Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar için Onay Formu.....	126
Ek-2: Diyetisyen Desteği Alan Katılımcılar için Onay Formu.....	127
Ek-3: Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar için Demografik Form.....	128
Ek-4: Diyetisyen Desteği Alan Katılımcılar için Demografik Form.....	129
Ek-5: Beck Anksiyete Envanteri.....	131
Ek-6: Psikolojik Kontrol Ölçeği- Anne Formu.....	132
Ek-7: Psikolojik Kontrol Ölçeği- Baba Formu.....	134
Ek-8: Hollanda Yeme Davranışı Anketi.....	136
Ek-9: Beck Depresyon Envanteri.....	141
Ek-10: Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Kısa Formu.....	144

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Obezite, dünya genelinde görülme sıklığı artan; beraberinde birçok yandaş hastalığa sebep olabilen ve erken yaşta ölüme yol açabilen ciddi bir sağlık sorunudur (Collins ve Bentz, 2009; Aronne, Nelinson ve Lillo, 2009; Sturm, 2003; Bender, Trautner, Spraul ve Berger, 1998). Obezitenin tedavisinde geleneksel yöntemlerden etkili sonuç alınamaması bariatrik cerrahi (obezite cerrahisi) oranını ve cerrahiden elde edilen başarıyı arttırmıştır (Sarwer, Wadden ve Fabricatore, 2005).

Öncelikli olarak fizyolojik hastalıklarla ilişkilendirilen obeziteye psikolojik açıdan bakıldığında ise depresyon ve kaygı ile olan ilişkisi dikkat çekmektedir (Pine, Goldstein, Wolk ve Weissman, 2001; Garipey, Nitka ve Schmitz, 2010). Depresyon ve anksiyete doğrultusunda şekillenen obeziteye kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme davranışları da etki etmekte ve kilo artışına sebep olmaktadır (Thayer, Newman ve McClain, 1994; Herman ve Mack, 1975; Schachter'in 1968 ve 1971). Carper, Fisher ve Birch (2000) ebeveyn psikolojik kontrolünün yeme davranışlarını şekillendirdiğini söyler. Tüm bu değişkenlerle ilişkili görülen obezite kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Kushner ve Foster, 2000).

Günümüzde obezitenin tedavisinde en etkili bulunan yöntemlerden biri olan obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayıp tedavisini diyetisten desteği ile sürdüren örneklem arasındaki farklılıklar henüz yeterince araştırılmamıştır. Alanyazındaki araştırmalar çoğunlukla iki tedavi yönteminin fizyolojik sağlık üzerindeki etkilerini ve kilo verme üzerindeki etki oranları açısından ele alınmaktadır (Mingrone ve ark., 2015; Liu ve ark., 2015). Bu alandaki soruları yanıtlamaya en yakın çalışmalar, ameliyat olan hastalar ve ameliyattan vazgeçen hastaların karşılaştırıldığı çalışmalardır. Ameliyata uygunluk kriterlerini sağladığı halde ameliyattan vazgeçen hastaların özelliklerine bakıldığında çelişkili sonuçlar görülmektedir. Şöyle ki, Sockalingam ve arkadaşları

(2012), ameliyata başvurmayan hastalarda daha yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve diğer Eksen I bozukluklarının görüldüğünden bahsederken; Pitzbul ve arkadaşları (2014) obezite cerrahisi programına başvuran hastaların daha sonra ameliyat olmaktan vazgeçmelerinin sebeplerini bilinmeyen sebeplere bağlamışlardır ve alanda daha çok çalışma yapılması gerektiğine dikkat çekmişlerdir. Vartanian ve Fardouly (2013) ise farklı bir bakış açısı getirerek hastaların bariatrik cerrahiyi seçmeme sebeplerinden birinin çevrelerinde insanlar tarafından kilo verme konusunda sorumluluk sahibi olmadıkları açısından yaftalanacaklarını düşünmeleri olduğunu öne sürmüştür.

1.1. Obezite

1.1.1. Obezitenin Tanımı

Latince “yemekten dolayı” anlamına gelen obezite, dünya genelinde görülme sıklığı gitgide artan kronik bir hastalıktır ve insan vücudunda sağlığı bozacak düzeyde yağ birikmesi olarak tanımlanır (Orhan ve Mözbey, 2002; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2013). Obezitenin tarihi neredeyse insanlık kadar eskiye dayanır ve hatta bu süreç içinde aşırı kilo ve obeziteye bakış açısı da değişime uğramıştır. Örneğin, yiyecek kıtlığının görüldüğü dönemlerde vücudun savunulması için fazladan enerji birikimi olarak görülen obezite, o dönemlerde evrimsel açıdan adaptif olan bir durumdu ve kişinin hayatta kalma şansını artırmaktaydı (Ionut ve Bergman, 2015). Diğer taraftan Eski Yunan ve Roma döneminde obezite, aç gözlülük ya da bir tür karakter kusuru olarak tanımlanmaktaydı ve düşük iradede kaynaklandığı düşünülmekteydi (Hill, 2011). Sanayi devrimiyle beraber üretime gelen hız aynı şekilde çalışanlardan da beklenirken, aşırı kilolu kişiler hantal, yavaş ve sağlıksız olarak nitelendirilmekteydi (Özarmağan ve Bozbora, 2002). Günümüzde ise obez kişiler kendilerini ve bedenleri kontrol etmede yetersiz, tembel ve aşırı duygusal kişiler olarak algılanmaktadır (Puhl ve Brownell, 2001). Bunlara ek olarak son dönemde obezitenin tanımında bir takım değişiklikler olmuş ve vücuda alınan enerjiyle bu enerjinin harcanması arasındaki dengesizlikten dolayı vücutta yağ birikmesi olarak tanımlanmaya başlamıştır (Speakman, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna (2000) göre obezite, göz ardı edilen bir halk sağlığı problemidir ve beraberinde erken yaşta ölüme sebep olurken; tip 2 diyabet, yüksek tansiyon, karaciğer yağlanması, polikistik over, uyku apnesi, ortopedik rahatsızlıklar, kanser ve kalp-damar hastalıkları gibi birçok komorbiditede artışa yol açar (Lin ve ark., 2015; Adair ve Pleatman, 2008; Bender, Trautner, Spraul ve Berger, 1998; Collins ve Bentz, 2009; Speakman, 2004). Ayrıca toplum tarafından dışlanma ve damgalanma da obeziteyle beraber artış gösteren olumsuz durumlardır (Lin, Barlow ve Mathur, 2015). Obezite hastalarında kiloya bağlı olarak yaşam kalitesi düşer ve depresyon, kaygı bozukluğu gibi eksen 1 psikiyatrik hastalıklarında artış görülür (Glinski, Wetzler ve Goodman, 2001). Fizyolojik ve psikolojik hastalıkları beraberinde getiren obezite, tüm dünya genelinde insan sağlığı açısından önem arz eden bir konu haline gelmiştir.

Bugün teknik olarak vücuttaki yağ miktarını kesin olarak ölçen bir teknik olmasa da klinik açıdan obeziteyi belirlemede en sık kullanılan yöntemlerden biri Vücut Kitle İndeksinin (VKİ) hesaplanmasıdır (Lin ve ark., 2015; Villanueva, 2012). Bu parametre obezite tanısının konulmasında kullanılan önemli ölçütlerdendir (Villanueva, 2012). Kilogram cinsinden kilonun, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi VKİ'ni verir (Boeka, Dunn ve Lokken, 2010). Bu doğrultuda 20 yaş ve üstü kişiler VKİ'ine göre 18.5 altında düşük kilolu, 18.5-24.9'da normal, 25.0-29.9'da şişman, 30 ve üstünde obez, 30-34.9'da birinci dereceden obez, 35-39.9'da ikinci dereceden obez, 40 ve üstünde ise morbid obez (üçüncü dereceden) olarak sınıflandırılır (DSÖ, 2016).

1.1.2. Dünyada ve Türkiye'de Obezite

Dünya genelinde obezite alanında yapılan yaygınlık çalışmaları geçmişten günümüze obezitede artışın olduğunu göstermektedir (DSÖ, 2013). Obezite dünya genelinde ölüme sebep olan faktörler arasında 5.sırada yer almaktadır (World Heart Federation, 2015). DSÖ'nün (2015) verilerine göre 2014 senesinde dünyadaki yetişkin popülasyonununun %13'ü obez olarak sınıflandırılabilir. Obezitenin yaygınlık oranının hızla arttığı ve 1980-2014 seneleri arasında iki katına çıktığı gözlemlenmiştir (DSÖ,

2015). Benzer şekilde Ng ve arkadaşları (2014), 1980-2013 seneleri arasında dünya genelinde yürüttükleri araştırmada 25 ve üstü VKİ'ne sahip olan yetişkin erkeklerin oranının %28,8'den %36,9'a, kadınlarda ise %29,8'den %38'e yükseldiğini göstermişlerdir. Yapılan tahminlere göre, obezitenin bu hızla gitmesi durumunda, 2030 yılında dünya genelindeki yetişkin popülasyonunun %57,8'inin aşırı kilolu ve obez olacağı düşünülmektedir (Kelly, Yang, Chen, Reynolds ve He, 2008).

Türkiye'deki obezite ile ilgili çalışmaların sayısında özellikle son 20 sene içerisinde bir artış gözlemlenmektedir (Erem, 2015). Onat ve arkadaşlarının (1999), 1990-1998 seneleri arasında yürüttüğü araştırmaya göre bu yıllar arasında obezite oranında %40 artış gözlemlenmiştir. "Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması" kapsamında 1997 ve 2010 senelerinde 5 coğrafi bölgede, 15 kentte, 20 yaş ve üstü 16 bin 696 kadın ve 9 bin 327 erkek katılımcıdan veri toplanmıştır (Satman ve ark., 2010). Aradan geçen 13 yılda erkeklerdeki şişmanlık oranı %22 iken kadınlarda bu oran %38'dir (Satman ve ark., 2010). 1990 yılında yapılan epidemiolojik çalışmanın sonuçlarına göre yetişkin popülasyonunda obezitenin görülme oranı %18,8 iken, bu oran 2010 senesinde %36 olmuştur (Erem, 2015). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2014'te yaptığı bir araştırmaya göre 15 ve üstü yaştaki nüfusun %17,2'si obezite tanı kriterlerine uyarken; bu oran 2014 yılında %19,9 olmuştur. Aynı araştırmanın sonuçlarına cinsiyet açısından bakıldığında 2012 yılında kadınlarda obezite görülme oranı %20,9 erkeklerde ise %13,7 iken; bu oran 2014 yılında kadınlar için %24,5, erkekler için ise %15,3 olmuştur (TÜİK, 2014). Polat ve Turan'ın (2013) yaptığı araştırmaya göre obezitenin görülme oranı %44,4 iken bu oran kadınlarda %50 ve erkeklerde %40'tır. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin (2011) birlikte yürüttüğü çalışmaya göre kadınlarda obezite görülme sıklığı %41, erkeklerde ise %20,5'tir. Toplam nüfusta görülme sıklığı ise %30,3'tür (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2014). Türkiye'de yetişkinler arasındaki obezite oranının 2020 senesi için erkeklerde %44, kadınlar için ise %26 olacağı tahmin edilmektedir (DSÖ, 2013). Bu tahmin obezitenin ciddi ve sık karşılaşılan bir sağlık sorunu olarak görülmesini güçlendirmektedir.

1.2. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite, her ne kadar tüketilen enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlik olarak tanımlansa da (Hamilton, Hamilton ve Zderic, 2007) birçok faktör ve bu faktörlerin birbirleriyle etkileşimi obezitenin etiyojisini oluşturmaktadır (Brownell, 2005). Genetik yatkınlık ve çevrenin etkisi, besin içerikleri ve kalori alımı, sosyoekonomik seviye ve fiziksel aktivite düzeyi obezitenin oluşmasına sebep olan başlıca faktörlerdendir (Bray, 2004).

1.2.1. Genetik Yatkınlık ve Çevrenin Etkisi

Obezitenin etiyojisindeki ilk faktör genetik yatkınlık ve çevreyle olan etkileşimdir. Genetik yatkınlığı cinsiyet, ırk ve aileden gelen genetik alt yapı oluştururken; çevresel faktörleri aile ortamı, okul yaşamı, medya ve politik yaklaşımlar oluşturur (Aksoydan, 2012). Genler beslenmeyi; enerji depolanmasındaki düzensizlikler, kişinin rahatlamak için yemeğe yönelmesine sebep olan kalıtsal psikolojik faktörler ve karbonhidrat ve yağın depolanmasındaki anormallikler yönünden etkiler (Guyton ve Hall, 2016). Obezitenin genetik yönü sıklıkla ikiz, evlat edinilmiş çocuklar ve aile araştırmalarıyla incelenmektedir (Vögele, 2005). Tek yumurta ve çift yumurta ikizleriyle yapılan çalışmalar obezitenin kalıtsallık oranının %70 civarında olduğunu göstermektedir (Loos ve Bouchard, 2003). Bulik, Sullivan ve Kendler'in (2003) 2163 ikiz kadın katılımcıyla yürüttükleri araştırmada, genetik faktörlerin obezite ve tıknırcasına yeme üzerindeki rolünü incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre genetik faktörler obezite ve tıknırcasına yeme davranışını anlamlı düzeyde yordamaktadır. İkiz çalışmalarında, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine oranla beden yapılarında daha fazla benzerlik görülmüştür (Price, 2002). Danielzik, Langnase, Mast, Spethmann ve Müller'in (2002) yaptığı araştırmaya göre ise birinci derece akrabaları obez olan kişilerde obezitenin görülme olasılığı zayıf ve normal kilodaki ailelere kıyasla 3 kat daha fazladır. Bu sonuca uygun şekilde evlat edinilmiş kişilerin vücut yapılarının yetiştikleri ailelerden ziyade biyolojik ailelerinin vücut yapılarına benzediği vurgulanmaktadır (Price ve Gottesman, 1991). Özetle, obezitenin daha az oranda çevresel etmenler ve daha

fazla oranda kalıtsal faktörler tarafından yordandığı ileri sürülmektedir (Rice ve Gottesman, 1990).

Genetik faktörlerin yanında çevrenin ve kültürel özelliklerin de obezitenin oluşumunda etkili olduğu görülmüştür (Speakman, 2004; Loos ve Bouchard, 2003). Örneğin günümüzde fast-food tercihi ve fiziksel aktivite düzeyi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Birçok kişi için fast-food vazgeçilmez bir seçenek iken bazı bireyler ise bu ürünleri satan dükkanların önünden dahi geçmemektedir. Düzenli egzersiz kimileri için yaşam biçiminin vazgeçilmez bir parçasıyken kimileri de kullandığı araçlarla fiziksel aktivite düzeyini en aza indirmektedir (Speakman, 2004). Tüm bunlar içinde bulunduğumuz çevrenin etkisiyle belirlenmektedir (Speakman, 2004). İnsanlar tarafından oluşturulmuş ya da değişikliğe uğratılmış çevre; insan sağlığını tehdit eden hastalıkların görülmesine, barınmayla ilgili sorunlara, şehir gelişimine, ulaşım araçlarının kullanımına, tarım ve sanayileşmeye etki eder (Centers of Disease Control and Prevention, 2010).

Obezite için genetik yatkınlığın olduğu durumda hastalığın ciddiyetini, yaşam tarzı ve çevre koşulları belirler (Loos ve Bouchard, 2003). Eğer kişi özellikle sanayileşen ülkelerde gördüğümüz obezojenik (obeziteye neden olan çevre) çevrede yaşıyorsa ve genetik olarak obez olmaya yatkınsa, genetik yatkınlığı olmayan kişilerle göre daha fazla kilo almaktadır (Loos ve Bouchard, 2003). Bu noktada Neel'in 1962 senesinde, Pima yerlilerinde obezite ve tip II diyabet ilişkisine baktığı çalışmada ortaya koymuş olduğu tutumlu genotip hipotezine değinmek gerekir. Neel bu hipoteziyle obezitenin genetik ve çevre etkileşimini, evrimsel açıdan yapar. Teknolojiyle değişen yaşam biçimimiz ve eski genetik yapımız arasındaki uyumsuzluk, bize bugün birçok kişinin neden daha kolay kilo aldığını açıklamaktadır (Albuquerque, Manco ve Nobrega 2016). Evrimsel açıdan geçmişte yemeğin kolay ulaşılabilir olmaması, hayatta kalmak ve enerji birikimini sağlamak adına tüketilen besinlerin vücutta depolanmasını gerektiriyordu (Albuquerque, Manco ve Nobrega 2016). Günümüzde ise yemeğin kolay ulaşılabilir olması ve fiziksel aktivite oranındaki düşme, fazla enerji birikimine sebep

olmaktadır (Albuquerque, Manco ve Nobrega 2016). Ayrıca çoğu toplumlarda hem obez hem de zayıf bireylerin bulunması genetik faktörlerin çevre üzerindeki etkisini göstermektedir (Albuquerque, Manco ve Nobrega 2016).

1.2.2. Besin İçerikleri ve Kalori Alımı

Besin içerikleri ve bunun doğrultusunda tüketilen kalori miktarı obezitenin etiolojisindeki bir diğer faktördür. Obezogenik bir çevrede yaşamak besinlerin içeriklerini ve alınan kalori miktarını da etkilemektedir. Son zamanlardaki fast-food ağırlıklı batılı tarzda beslenme kolay ulaşılabilir ve ucuz olmasına karşın; yüksek kalorili ve besin değeri açısından düşük yiyecek ve içecekleri içerir (Nestle, 2002). Yiyecek ve içeceklerdeki şeker miktarı oldukça yüksek oranlara ulaşmış durumdadır ve yiyeceklerdeki tuz miktarı ise eskiye oranla daha da fazladır (Birch ve Anzman, 2010). İnsanların hayatta kalabilmek, üreyebilmek ve çalışabilmek için evrimsel olarak daha fazla kalorili ve şeker içerdiği yüksek olgunlaşmış meyveleri tercih ettiği görülmüştür (Goetz ve Shackelford, 2006). Özellikle fast-food tarzı yiyeceklerdeki yüksek tuz ve şeker oranı, kişilerin beslenme açısından yapacakları tercihleri bu yiyecekler yönünde kullanmalarına sebep olabilir (Birch ve Anzman, 2010). Kranz, Findeis ve Shrestha (2008), özellikle çocukların bu tarz yiyecek ve içecekleri erken yaşta tüketmesini hem yemeğin kolay ulaşılabilir olmasına hem de etraflarındaki insanların yeme alışkanlıklarını gözlemleyerek öğrenmelerine bağlar. Dünya genelindeki düşük meyve ve sebze tüketimine karşılık doymuş yağ oranı yüksek yiyeceklerin tüketilmesinin de aşırı kiloya sebep olduğu düşünülmektedir (Serra-Majem ve Bautista-Castano, 2013). Ayrıca içeceklerdeki şeker oranının artması da özellikle gazlı içeceklerle sıvı yolla alınan kalori miktarını ve obezitenin görülme riskini artırır (Wolff ve Dansinger, 2008; Benderlioğlu ve Aslan, 2013). Bunlara ek olarak aşırı alkol tüketimi de şekerli içecekler gibi fazla kalori alımına bağlı olarak obeziteye sebep olmaktadır (Serra-Majem ve Bautista-Castano, 2013).

Akdeniz ikliminin hakim olduğu bölgelerde yaşan insanların beslenme alışkanlıklarının gözlemlenmesiyle gelişen “Akdeniz tarzı beslenme”, obezite ve aşırı

kiloya bağlı yandaş hastalıkların önlenmesinde önemli bir etkiye sahiptir (Keys, 1995; Schröder, 2007). Buckland, Bach ve Serra-Majem (2008), meyve, sebze, baklagiller, zeytinyağlı yemekler, balık, süt ürünleri ve az miktarda kırmızı etten oluşan akdeniz diyetinin en sağlıklı beslenme olduğunu tarzı olduğunu söyler. Lif oranı açısından zengin, yağ açısından ise düşük beslenmek kilo alımını engellerken obezitenin görülme olasılığını da azaltmaktadır (Buckland ve ark., 2008). Toobert ve arkadaşları (2003), menopoz sonrası dönemde olup tip 2 diyabeti olan 279 kadın ile yürüttükleri araştırmada, akdeniz tarzı beslenmenin insülin direnci, VKİ ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Sağlıklı beslenmeye dair bilgi sahibi olmak yapılan tercihlere doğrudan yansımayaabilir. Örneğin; günümüzde tercih ettiğimiz yiyeceği, açlığımıza göre değil daha çok o yemeğin porsiyonuna, görüntüsüne ve paketlenmesine göre seçmekteyiz (Birch, Savage ve Fisher, 2015; Painter, Waskink ve Hieggelke, 2002; Stroebele, Ogden ve Hill, 2009). Bunlara ek olarak sahip olunan gelir ve aile ekonomisi besin seçimleri üzerinde belirleyici faktörlerdir (Briefel, Reidy, Karwe, Jankowski ve Hendrick, 2004; Kranz, Findeis ve Shrestha, 2008).

1.2.3. Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzey, beslenme ve obezite etiyolojisi üzerindeki bir diğer önemli faktördür. Gelir düzeyi, mesleki ve eğitim durumun sosyoekonomik düzeyde değişikliklere yol açtığı gözlemlenmiştir (Mueller ve Parcel, 1981; Green, 1970; Krieger, Williams ve Moss, 1997). Gelir düzeyi, kişilerin beslenmelerinden boş vakitlerini değerlendirmeye kadar hayatlarındaki birçok seçimde belirleyici bir özelliğe sahip olsa da tek başına yeterli bir unsur değildir (Wardle, Waller ve Jarvis, 2002; Mueller ve Parcel, 1981). Çünkü sahip olunan meslek ile elde edilen maaş her zaman uyum içerisinde olmayabilir (Mueller ve Parcel, 1981). İşten çıkarılma veya grev gibi durumlar gelir düzeyinde dalgalanmalara sebep olabilir (Mueller ve Parcel, 1981). Barınmaya, sağlık hizmetlerine ve beslenmeye yapılacak harcamalar gelir düzeyinden etkilenmektedir (Antonovsky, 1967). Jeffery ve French (1996), yaşları 20 ve 45 arasında

olan 998 kadınla gerçekleştirdikleri araştırmada, sosyoekonomik seviye ile kilo kontrolü arasındaki ilişkiye bakmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; düşük gelir seviyesine sahip olan kadınlar yüksek gelir seviyesine sahip olan kadınlara oranla kilo alma konusunda daha az kaygıya sahip ve kiloları konusunda daha dikkatsizlerdir. Ayrıca yüksek gelir seviyesindeki kadınlara oranla daha az kilo kontrolü uygulamasında bulunurlar. Diyet ve egzersiz konusunda çevrelerinden algıladıkları sosyal destek daha düşüktür. Yüksek gelir seviyesindeki kadınlar ise daha fazla diyet yapmaktadır (Jeffery ve French, 1996). Bunun sebebi sahip oldukları ekonomik kaynaklardan dolayı beslenme ve diyet programlarına daha kolay ulaşabilmeleri, yüksek eğitim seviyesine bağlı olarak sağlıklı beslenmeye dair bilgilerinin olmaları ve içinde buldukları toplum tarafından “zayıflık” baskısıyla daha fazla karşılaşmaları olabilir (Sobal ve Stunkard, 1989). Sosyoekonomik düzeyi belirleyen faktörlerden biri olan sahip olunan meslek de saygınlığı, sorumluluğu, fiziksel aktiviteyi ve iş baskısını belirler (Winkleby, Jatulis, Frank ve Fortmann, 1992). Wardle ve arkadaşları (2002), düşük mesleki statünün düşük bağımsızlıkla ilişkili olduğunu ve bu durumun da zamanı etkili bir şekilde kullanmayı engelleyip, sağlıklı alışkanlıkları hayata adapte etmeyi zorlaştıracağını söyler. Düşük mesleki statü daha fazla fiziksel aktivite gerektirirken, bu obezite için risk faktör olabilir (Wardle ve ark., 2002). Son olarak eğitim durumu, sosyoekonomik düzeyi belirleyen bir diğer faktördür. Eğitim ile edinilen bilgiler ve şekillenen inançlar, sağlıklı yaşam tarzının hayata adapte edilmesinde yardımcı olur (Wardle ve ark., 2002; Mirowsky ve Ross, 1998). Ayrıca eğitim seviyesi yüksek kişiler sağlıklarını daha fazla kontrol altında tutarken, sahip oldukları sağlıklı alışkanlıkları çocuklarına aktarma konusunda daha bilinçlidirler (Mirowsky ve Ross, 1998). Dennis ve arkadaşlarının (2000) Polonya’da yürüttükleri araştırmada düşük eğitim seviyesi grubundaki kişilerde aşırı kilolu olma daha yaygındır. Klumbiene, Petkeviciene, Helasoja, Prattala ve Kasmel (2004), yaşları 20 ve 64 arasında olan 3759 Estonyalı, 9488 Finlandiyalı ve 5635 Letonyalı katılımcıyla gerçekleşen araştırmada obezitenin yaygınlığındaki sosyodemografik değişkenleri incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre düşük eğitim seviyesi tüm ülkelerdeki kadınlarda obeziteyle ilişkiliyken, erkekler için sadece Finlandiyalı katılımcılarda anlamlı bir fark bulunmuştur

(Klumbiene ve ark., 2004). Cinsiyetin, ırkın ve sosyoekonomik düzeyin, obezite ve obeziteyle ilişkili yandaş hastalıklarla ilişkisine bakılmıştır (Paeratakul, Lovejoy, Ryan ve Bray, 2002). Düşük gelir ve eğitim seviyesi, obezite ve obeziteye bağlı yandaş hastalıklarla ilişkili çıkmıştır (Paeratakul ve ark., 2002).

1.2.4. Fiziksel Aktivite Düzeyi

Dünya çapında erken yaşta ölüm riski olasılığını arttıran ve beraberinde birçok hastalığı getiren obezitenin etiolojisinde etkili olan bir diğer faktör fiziksel aktivite düzeyidir (DSÖ, 2013). Enerji harcama yollarından biri olan fiziksel aktivite her türlü gönüllü harekete dayanır (Spiegelman ve Flier, 2001). Fiziksel aktivite ile enerji harcanımı aynı şeyler değildir (Must ve Tybor, 2005). Harcanan enerji fiziksel aktivitenin sonucudur (Must ve Tybor, 2005). Günümüz toplumlarında insanların az enerji harcaması ve fazla yemek tüketmesini destekleyen bir yaklaşım vardır (Chaput, Klingenberg, Astrup ve Sjödin, 2010). Ucuz ve kalori açısından yüksek yiyeceklere ulaşmanın kolay olması kişinin içinde bulunduğu çevre koşullarıyla ilgili olmakla birlikte fiziksel aktivite düzeyini de etkileyen bir durumdur (Chaput ve ark., 2010). Özellikle oturularak yapılan aktiviteler alınan enerji ile harcanan enerji arasında dengesizliğe sebep olmaktadır (Chaput ve ark., 2010). Televizyon izleme ve hareketsiz yaşam düzeyinin obezite üzerindeki etkisi çokça incelenen konulardandır (Chaput ve ark., 2010; Must ve Tybor, 2005; Gortmaker ve ark., 1996). Amerika’da yapılan bir araştırmaya göre yetişkinler arasında 2 saatten fazla televizyon izleme oranı %58.9’dur (Bowman, 2006). Salmon, Bauman, Crawford, Timperio ve Owen (2006), 3392 katılımcıyla gerçekleştirdikleri araştırmada fiziksel aktivitenin televizyon izleme ve aşırı kilolu olma ilişkisi üzerinde etkili olduğunu vurgulamışlardır. Düşük fiziksel aktivite ve fazla televizyon izlenilmesi aşırı kiloya sebep olmaktadır (Salmon ve ark., 2006). TÜİK’in (2015) yaptığı araştırmaya göre 10 yaş ve üzerindeki bireylerin sosyal aktivite olarak %94,6 oranıyla en çok televizyon izlemeyi tercih ettikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Aynı araştırmanın sonucuna göre ise 10 yaş ve üzeri kişilerde spora harcanan zaman 11 dakika iken; kadınlarda spor faaliyetlerine harcanan ortalama süre 6 dakika, erkeklerde

ise 16 dakikadır (TÜİK, 2015). Hareketsiz yaşamın etkisini inceleyen Bond ve arkadaşları (2011), obezite cerrahisine başvuran adaylarla yürüttükleri araştırmada hareketsiz yaşama (televizyon, internet ve oturma) harcanan süreyi incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre cerrahi adayları günlük yürümeleri gereken sürenin %80'inden fazlasını hareketsiz aktivitelere harcamaktadır. Bu durum obeziteyle gelen risk faktörlerinin artmasına sebep olur (Bond ve ark., 2011). Televizyon karşısında geçirilen zaman ve aşırı yemek tüketimi arasındaki ilişki başka yollarla da açıklanmaktadır. Televizyon izlemeye ayrılan sürenin azaltılması bir yandan lezzetli yiyecek görüntülerine ve reklamlarına maruz kalmayı azaltırken, yemeğe ayrılan süreyi düşürür ve tüketilen yemek miktarı açısından belirgin değişiklik sağlar (Swinburn ve Shelly, 2008).

1.2.5. Psikolojik Faktörler

Son olarak obezite üzerinde etkili olduğu düşünülen noktalardan biri de psikolojik faktörlerdir. Psikolojideki farklı yaklaşımlar obezitenin oluşumunu değişik bakış açılarından açıklar. Örneğin psikanalitik yaklaşıma göre obezite çocuğun ihtiyaçlarının yeterince karşılanamamasından ve oral dönemde takılı kalınmasından kaynaklıdır (Caldwell, 1965). Yemek, karşılanmayan psikolojik ihtiyaçların ve bastırılmış yıkıcı dürtülerin sembolik halidir (Bruch, 1964). Terk edilme ve yalnızlık korkusuyla baş etmeye çalışan obez kişiler özellikle bakım veren ilk nesne tarafından karşılanmayan sevgiyi, yemek yiyerek tamamlamaya çalışırlar (Kaplan ve Kaplan, 1957; Bruch, 1964). Shrovon ve Richardson (1949), obez kişilerin anne figürünü aşırı korumacı, mesafeli ve kontrolcü şeklinde tanımlar. Baba ise her ne kadar sosyal ve maddi açıdan başarılı olabilse de çocuk üzerindeki etkisi açısından anneye göre daha geri planında kalır (Bruch, 1964). Bruch (1963), gösterilmeyen sevgi ve ihmale ek olarak özellikle aşırı korumacı davranışlar sergileyen annelerin, çocuklarının istek ve ihtiyaçlarına yemek ile cevap verme eğiliminde olduğunu ileri sürer. Böylece birçok çocuk için sevgi ve yemek aynı anlamı taşır (Burdon ve Paul, 1951). Kişi yetişkinliğe geldiğinde ise yaşadığı hayal kırıklıkları karşısında hissettiği olumsuz duygulardan

kaçmak için aynı çocuklukta olduğu gibi yemeğe yönelir (Kaplan ve Kaplan, 1957). Hatta obezitenin tedavisinde çözüm arayışında olmayanların, obeziteyi korumak istediği ve bilinçdışında duygusal yoksunluk durumundan korktukları söylenmektedir (Burdon ve Paul, 1951).

Davranışçı teoriye göre obezite, aşırı yemeye sebep olan uyumsuz yeme davranışlarının pekiştirilmesi ve egzersiz yapılmaması sonucu oluşur (Bray, Bouchard ve James, 1998/2004). Bilişsel davranışçı teori; bedene dair benlik şeması (body self schema), algısal sapma, tıknırcasına yeme, olumsuz duyguların telafisi ve psikolojik risk faktörlerinden oluşan modellerle yeme bozukluklarını ve obeziteyi açıklar (Williamson, White, Crowe ve Stewart, 2004). Bu modele göre depresyon, kaygı ya da “şişman hissetmek” gibi olumsuz duygular bedene dair benlik şemalarını etkileyerek bilişsel sapmaya sebep olmaktadır. Olumsuz duygularından kaçınma çabası, bu modelin kısır döngüye girmesine ve kısıtlayıcı yeme davranışına yönelmeye sebep olur (Williamson ve ark., 2004). Kısıtlı beslenme zayıf olma isteğinin ve bilişsel sapmanın sonucunda ortaya çıkıp tıknırcasına yemeye sebep olabilmektedir (Williamson ve ark., 2004). Ayrıca kısıtlayıcı yeme davranışı kilo alımına ve beraberinde obezitenin görülmesine sebep olan faktörler arasında yer alabilmektedir (Klesges ve ark.,1997).

Obezite ve psikolojik faktörler arasındaki ilişki, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi psikopatolojiler açısından da incelenebilir (de Zwaan ve ark., 2011). İlgi ve zevk kaybı, uykusuzluk, iştah artışı ya da düşüşü, olumsuz duygu durumu ve hayata dair umutsuzluk depresyonun temel belirtileridir (Işık, 2003). Daha önce yapılmış araştırmaların sonuçlarına göre depresyon düzeyleri yüksek olan kişiler çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ebeveynleri tarafından reddedilmiş, olumsuz olaylar deneyimlemiş ya da çevrelerinden olumsuz eleştiriye maruz kaldıklarına dair anıları daha fazla aktarmaktadırlar (Gibb, Abramson ve Alloy, 2004). Ayrıca depresyon ile azalan motivasyon, aktivite düzeyinde düşüşe sebep olur ve kilo vermeyi olumsuz yönde etkiler (Serter, 2003). Benzer şekilde Pine, Goldstein, Wolk ve Weissman (2001) depresyonun yeme alışkanlıklarını ve aktive düzeyini etkilediğini ve bu doğrultuda da

VKI'nde dalgalanmalara sebep olduğunu öne sürmektedir. Kaygı bozukluklarında ise kişi gelecek hakkında endişelidir, her an kötü bir olayla karşılaşma beklentisi içindedir ve kaygı yaratması olası durumlardan kaçınır (Beck ve Clark, 1997). Yüksek kaygı seviyesine sahip olan kişi sürekli tetiktedir ve bu duruma fizyolojik uyarılmışlık hali eşlik eder. Kalp atışları artar ve nefes alıp veriş hızlanır (Beck ve Emery, 1985). Birey, rasyonel olmayan düşünceler, huzursuzluk, duygu ve düşüncelerin kontrol edilmesinde zorluklar yaşar. Kaygı bozuklukları ve obezite arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların ise tutarlı sonuçlar göstermediği görülmektedir (Garipey, Nitka ve Schmitz, 2010).

Bazı yeme bozuklukları da obezitenin etiyolojisinde değinilen konular arasındadır. Yeme davranışının işlevsiz amaçlarla kullanılması ise alanyazında sıklıkla obezite riskini artıran bir faktör olarak öne çıkmaktadır (McGuire, Wing, Klem, Lang ve Hill, 1999). Depresyon ve kaygı bozuklukları gibi duygu durumunda yaşanan değişikliklere tepki olarak her zamankinden daha fazla yemek yiyerek duygusal yeme bozukluğu görülmektedir (De Lauzon- Guillain ve ark., 2006). Kaygılı, stresli, üzüntülü veya sıkıntılı durumunda kişinin duygularını fazla miktarda yemek yiyerek hafifletmeye çalışması söz konusudur (Macht, 2008). Obeziteye sebep olabilecek bir diğer yeme bozukluğu ise gece yeme sendromudur (Stunkard, 2002). Günlük alınması gereken kaloringin %50'den fazlasının akşam yemeğinden sonra alınması, depresyon ve uyku bozukluklarının da beraberinde görülmesi gece yeme sendromunun semptomlarıdır (O'Reardon, Peshek ve Allison, 2005; Stunkard, 2002). Stunkard, Grace ve Wolff (1955), gece yeme sendromunun özellikle obez kişilerin kilo verme sürecini ve bu süreç sonrası verilen kiloların da korunmasını zorlaştırdığını söyler. Gluck, Geliebter ve Satov (2001) tarafından yürütülen araştırmada, yüksek oranda depresyon skoru gösteren obez kişilerin gece yeme sendromuna sahip olduğu ve kilo vermede etkili sonuç elde edemediği bulunmuştur. Saraçlı ve arkadaşları (2014) yürüttükleri araştırma ile psikiyatri servisinde ayaktan tedavi olan hasta grubunda gece yeme sendromunun, depresyon ve dürtü kontrolüyle ilişkili olduğu sonucunu bulmuşlardır.

Yüksek oranda kalorili besin tüketimi ve tıknırcasına yeme davranışı obeziteye sebep olan risk faktörleri arasında yer almaktadır (Stice, Presnell, Shaw ve Rodhe, 2005). Daha önce de vurgulandığı gibi yüksek orada kalorili besinler tüketmek fazla enerji alımına ve bunun doğrultusunda da vücuttaki yağ oranının artmasına sebep olmaktadır (Salbe, Weyer, Lindsay, Ravussin ve Tataranni, 2002). Normal şartlar altında belli sürede yenilebilecek yemek miktarının çok daha fazlasını rahatsızlık duyana kadar yeme olarak tanımlanan tıknırcasına yeme ise kısıtlayıcı beslenme türünün bir sonucu olup, uzun süre devam etmesi durumunda midenin genişlemesine sebep olabilir (Stice ve ark., 2005; Geliebter ve ark., 1992; Marcus, Wing ve Lamparski, 1985; Grilo, 2002). Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip olanlar, olmayanlara oranla daha sıklıkla duygusal yeme davranışı göstermektedir (Pinaquy ve ark., 2003). Mesela Hoppa ve Hallstrom (1981) kişinin yeme davranışı ve olumsuz duygu durumu arasında kurduğu ilişkiyi obezite için bir risk faktörü olarak görür. Olumsuz duygudan kurtulmak ve rahat hissedebilmek için yeme davranışının tekrarlayıcı hale gelmesi de obezite ile ilişkilendirilen etmenler arasındadır (Hoppa ve Hallstrom, 1981). Bu görüşü destekler şekilde Wurtman ve arkadaşları da (1985) depresyon hastalarında yüksek kalorili, karbonhidratlı ve fazla miktarda yiyeceklerin protein içeriği yüksek yiyeceklere oranla daha fazla tercih etmesini, hastaların olumsuz duyguları hafifletmek istemesine bağlar.

Psikolojik faktörlerin obezite üzerindeki etkisi ilerleyen kısımlarda daha detaylı şekilde anlatılacaktır.

1.3. Obezitenin Tedavisi

Obezitenin etiyolojisinde birçok faktör söz konusuysa, tedavi yaklaşımları da aynı şekilde farklılık göstermektedir. Obeziteye getirilen tedavi yaklaşımları geleneksel ve cerrahi yöntemler olarak ikiye ayrılır. Uygulanacak olan tedavi yönteminin seçilmesinde; hastanın VKİ göz önünde bulundurularak, kilo vermeye yönelik beklentisine, geçmişteki kilo verme çabasına ve davranışsal olarak hazır olup olmamasına dikkat edilir (Wadden ve Osei, 2002). Diyet, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisi geleneksel tedavilerdenken; obezite cerrahisi, cerrahi tedavinin bir parçasıdır (Garrow,

1979/2013). Uzun dönemde beslenmeye ve fiziksel aktiviteye dikkat edilmesi, davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması kilo verilmesinde ve verilen kiloların kalıcı kılınmasında önemli rol oynar (Mannix ve ark., 2005).

1.3.1. Geleneksel Tedavi Yöntemleri

1.3.1.1. Diyet Tedavisi

Obeziteye getirilen tedavi yöntemlerinden ilki diyet tedavisidir. VKİ 30'dan aşağı olan kişiler kendi uyguladıkları diyetle, sporla ya da diyet ve spor birlikteliği ile kilo verebilirken, VKİ 30'dan fazla olan kişilerin diyet ve beslenme açısından profesyonel yardım almaları gerekmektedir (Wadden ve Osei, 2002).

Obezitenin diyet tedavisinde özellikle dikkat edilen ilk nokta düşük enerji alımıdır (Wadden ve Osei, 2002; National Health and Medical Research Council, 2003; Gülçelik, Gürlek ve Usman, 2007). Düşük enerji alımını hedefleyen diyetlerin protein, vitamin ve mineral gibi besin değerleri açısından da yeterli olması gerekmektedir (Orhan ve Özbey, 2002). Bu diyetlerle alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengeyi sağlamak amaçlanmaktadır (Şahin, 2012). Bazal metabolizma hızı, besinlerin termik etkisi ve fiziksel aktivite harcanan enerjiyi belirler (Türker, 2013). Yaşla birlikte düşen bazal metabolizma dinlenme halinde harcanan enerjidir (Zurlo, Larson, Bogardus ve Ravussin, 1990). Besinlerin içeriğinden elde edilen enerjinin sindirim, emilim ve boşaltım için kullanılmasına besinlerin termik etkisi denir (Crovetti, Porrini, Santangelo ve Testolin, 1998). Fiziksel aktivite ise iskelet kaslarının enerji harcamasıyla ortaya çıkan bedensel hareketlere denir (Caspersen, Powell ve Christenson, 1985). Özellikle kişilerin bazal metabolizma hızları ve fiziksel aktivite düzeyleri göz önünde bulundurularak diyetleri düzenlenmelidir (Yaman, 2014).

Kilo kaybetmek için önerilen diyetlerin sayısında gün geçtikçe artış gözlemlenmektedir (Thompson ve ark., 2007). Obezitenin diyet tedavisi için açlık diyetleri, çok düşük kalorili diyetler ve düşük kalorili diyetler önerildiği bilinmektedir. Medikal gözetim gerektiren açlık diyetleri, uzun dönemde etkili olmamakla birlikte, yağ

dokusu dışında kayıplara sebep olmaktadır. Çok düşük kalorili diyetleri; yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetler ve dengeli protein-karbonhidrat diyetleri oluşturur. Düşük kalorili diyetleri ise ölçülü ve tam ölçülü olmayan diyetler oluşturur (Orhan ve Özbey, 2002). Günümüzde obezitenin diyet tedavisinde en etkili ve sağlıklı sonuç akdeniz diyeti ile alınmaktadır (Khayef ve Sabate, 2016). Akdeniz diyetinin içeriğini; mono doymamış yağ oranı, orta miktarda süt ve süt ürünleri ile özellikle kırmızı şaraptan alınan etanol, düşük miktarda kırmızı et ve yüksek miktarda meyve, sebze ve tahıl içermektedir (Kiortsis ve Simon, 2014).

Obez kişilere verilen beslenme ve diyet danışmanlığının ilk aşamasında hastanın kilo vermek için ne kadar motive olduğu ve profesyonel yardım almasını neyin tetiklediği konuşulur (MaCuish ve Ford, 1979/2013). Çoğu obez hasta kilo verme açısından gerçekçi olmayan hedeflere sahiptir (MaCuish ve Ford, 1979/2013; Şahin, 2012). Kısa zamanda çok kilo verme isteği ve beklentisi vardır (Şahin, 2012). Halbuki tedavinin ilk altı ayında vücut ağırlığının %10'luk kısmının kaybedilmesi hedeflenmektedir ve bu da haftada 0.5-1kg verilmesi demektir (MaCuish ve Ford, 2013; Şahin, 2012; Astrup, 1999). Kısa sürede fazla kilo verilen diyetlerin olumlu etkisi olmadığı görülmüştür (Şahin, 2012; Bray ve Popkin, 1998). Ayrıca, obez hastalarda vücut ağırlığının düşürülmesine ek olarak yandaş hastalıklardan kurtulmak da amaçlanmaktadır (Şahin, 2012; Astrup, 1999). İlk altı aydaki %10'luk kilo kaybı bile yandaş hastalık sayısının azalmasına ve hormonların düzenlenmesine yardımcı olur (Orhan ve Özbey, 2002).

Diyet tedavisinde bilinmesi gereken bir diğer nokta ise hastanın nasıl bir yeme davranışı sergilediğini belirlemektir (MaCuish ve Ford, 1979/2013). Hangi şartlar altında aşırı yemek yenildiği, öğün sıklığı ve içeriği, yemek yerken herhangi bir aktivitede bulunup bulunulmadığı ve yemek yeme sırasında hissedilen duyguların diyetisyen tarafından belirlenmesi hastaya içgörü sağlamanın yanında yanlış olan davranış örüntüsünün düzeltilmesine yardımcı olmaktadır (MaCuish ve Ford, 1979/2013).

Diyet tedavisi özellikle hastalar tarafından etkili sonuç elde edilemediği takdirde tıknırcasına yeme bozukluğuna sebep olmanın yanında hastaların kendilerine olan güvenlerinin düşmesine sebep olabilmektedir (Wooley, 1994). Hastalar tedavileri boyunca sağlıklı beslenme alışkanlıkları konusunda danışmanlık almanın yanında kendileri için uygun egzersiz programına dahil olup, aşırı yeme davranışları konusunda psikolojik destek almalıdırlar (Wooley, 1994).

1.3.1.2. Fiziksel Aktivite

Obezitenin etiolojisinde ve tedavisinde etkili olan faktörlerden biri fiziksel aktivitedir (Grundy ve ark., 1999). Fiziksel aktivitenin bir parçası olan, planlı ve tekrarlı hareketlere ise egzersiz denir (Ersoy, 2012). Eğer harcanan enerjiyle alınan enerji birbirine eşit ise kilo sabit tutulur (Jakicic ve Otto, 2005). Kilo kaybı için ise harcanan enerji ile tüketilen enerji arasında dengesizlik olmalıdır (Jakicic ve Otto, 2005). Günümüzde insan gücü yerine makinaların kullanılması, ulaşımda değişen ve gelişen düzen ve hayatı kolaylaştırmak adına geliştirilen aletlerin sayısındaki artış beraberinde hareketsiz yaşamı getirmiştir ve bu dengesizliği sağlamak güç hale gelmiştir (Özbey, 2002). Fiziksel aktivitedeki bu azalma da obezitenin yaygınlık oranını arttırmıştır (Özbey, 2002; Grundy ve ark., 1999).

Obezite ve düşük fiziksel aktivite; diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi yandaş hastalıkların görülmesine sebep olsa da düzenli bir şekilde yapılacak fiziksel aktivite, bu hastalıkların semptomlarında ve risklerinde azalma sağlayacaktır (Ersoy, 2012). Yapılan bir araştırmada, kalori kısıtlaması olmaksızın düzenli aktivite yapan kadınların insülin düzeylerinde iyileşme görülmüştür (Ross ve ark., 2004). Her ne kadar kilo vermede egzersiz etkili bir yöntem olsa da obezite tedavisi için yardımcı bir yöntem olarak görülmektedir (Özbey, 2002). Kalori kısıtlaması yapıp, egzersizin de tedaviye dahil edilmesi, obezite tedavisinde başarılı sonuç elde edilmesini sağlayabilmektedir (Özbey, 2002). Birçok araştırma diyet ve egzersiz birlikteliğinin daha etkili olduğunu söylese de istatistiksel açıdan tutarlı sonuçlar yoktur (Grundy ve ark., 1999; Wing, 2002). Ross ve arkadaşları (2000), 52 obez erkek katılımcı ile

gerçekleştirdikleri araştırmada; enerji alımının kısıtlanıp, harcanan enerjinin arttırılması durumunda daha fazla kilo verildiğini bulsa da belli bir kilonun üstünde olan kişiler için egzersiz ile sonuç alınmasının çok zor olduğunu ortaya çıkmıştır.

Obez hastalar tarafından egzersiz yapmanın önemi bilinse de çoğu hasta egzersize gereken önemi vermemektedir (Ersoy, 2012). Hareketsiz yaşamı tercih eden kişiler fiziksel aktivite için motive değillerdir ve egzersiz yapma konusunda yeterli bilgileri yoktur (National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), 2000). Yapacakları herhangi bir fiziksel aktivite ile sakatlanmalara ve yaralanmalara sebep olabilecekleri için obezlerin egzersiz için profesyonel yardım almaları ve daha basit hareketlerden başlamaları gerekir (NHLBI, 2000). Tercih edecekleri egzersiz ve bu egzersiz için harcayacakları süre belirledikleri hedeflere göre değişiklik göstermektedir (Peraino, 2015). Bu hedef kimi zaman kilo vermekken kimi zaman da verilen kiloları korumak olabilir (Peraino, 2015). İlk başlarda haftada 2-3 gün, 30 dakikalık, düşük ya da orta derecede, kontrollü fiziksel aktivitelerde bulunulabilir. Daha sonra kademeli olarak arttırılabilir (Özbey, 2002).

Fiziksel aktivitenin artması sadece obezitenin tedavisi için değil; obeziteye bağlı hastalıkların azalmasında, tekrar kilo alımını önlemede ve yaşam kalitesinin artmasında faydalıdır (Peraino, 2015). Kişinin egzersize göstereceği adaptasyon ve bağlılık, fiziksel aktivitenin devamlılığı açısından önemlidir. Kişisel ve çevresel faktörler bu noktada önemli rol oynar; davranışsal yöntemlerle de bu bağlılık güçlendirilebilir (Robison ve Rogers, 1994). Diyet ve fiziksel aktivite birlikteliği ile asıl amaçlanan hayat tarzı değişikliğini gerçekleştirmek ve bu alışkanlıkların yaşamın bir parçası haline gelmesini sağlamaktır (Peraino, 2015). Kilo vermede ve verilen kiloları korumada; davranış terapisi, düşük kalorili diyet ve egzersiz birlikteliği en iyi sonuç verecek müdahale biçimidir (Poirier ve Despres, 2001).

1.3.1.3. İlaç Tedavisi

VKİ 30 ve üstü olan kişiler için ilaç tedavisi, obezite ile mücadelede kullanılan bir diğer yöntemdir. İlaç tedavisi için VKİ'i 27 ve üstü olan kişiler için kiloya bağlı yandaş hastalığın olması gerekirken; VKİ'i 30 ve üstü olan kişilerde ilaç tedavisi için yandaş hastalık olup olmadığına bakılmamaktadır (Van Gall ve Bray, 2004). Diyetin, egzersizin ve davranış değişikliğinin sürdürülemediği durumda, kilo kaybı programlarında uyumu ve sürekliliği sağlamada ilaç tedavisi düşünülebilir (Aronne, Nelinson ve Lillo, 2009; Türker, 2013).

Obezitenin tedavisinde kullanılacak olan ilaçların ABD'de Gıda ve İlaç Dairesi'nin (Food and Drug Administration), Avrupa ülkelerinde ise Committee for Proprietary Medical Products'ın kriterlerine uymalıdır (Özbey ve Orhan, 2002). Kullanılacak ilaç güvenilir olmalı ve tolerans ya da bağımlılık yaratmamalıdır (Türker, 2013). Bunlara ek olarak kilo vermeyi ve verilen kiloları korumayı hedeflemelidir (Türker, 2013).

Obezitenin ilaç tedavileri; iştah baskılayıcılar, yağ inhibitörleri, termojenik maddeler ve besin ayırıcısı ajanlar şeklinde ayrılır (Yetkin ve Altınova, 2012). Sıklıkla tercih edilen orlistatlar, Xenical ve Alli gibi ilaçları içerir ve yağ emilimini %30 azaltır (Türker, 2013). Orlistat kullanan hastalarla yapılan araştırmalarda total ve LDL kolesterolde anlamlı bir gelişme, trigliserit değerinde ise %30 azalma görülmüştür (Van Gall ve Bray, 2004).

Bu tür ilaçların muhtemel yan etkisi ise vücutta bazı vitamin değerlerinde azalmaya yol açmasıdır (Van Gall ve Bray, 2004). Bu durumda yağda çözünen vitamin takviyeleri alınması önerilmektedir (Van Gall ve Bray, 2004).

1.3.2. Cerrahi Tedavi

Obezite için birçok tedavi yaklaşımı olsa da günümüzde diyet, egzersiz ve ilaçla alınamayan etkili sonucu cerrahi yöntemlerle alabilmek mümkündür (Flegal, Carroll, Ogden ve Curtin, 2010). Obez ve morbid obez kategorisinde yer alan kişilerin,

geleneksel yöntemlerle kilo verebilmeleri mümkün değildir ve her kilo verme girişimi birçok psikolojik sorunun ve kilo alıp vermeye bağlı görünen Yo-Yo sendromunun yaşanmasına sebep olur (Bozbora, 2002; Monteforte ve Turkelson, 2000). Özellikle VKİ ≥ 35 olan kişiler için obezite cerrahisi (bariatrik cerrahi), uzun süreli kilo kaybında başarısı kanıtlanmış bir yöntemdir (Libeton, Dixon, Laurie ve O'brien, 2004). Cerrahi tedavinin amacı; sağlıklı kilo hedefine ulaşmak, verilen kiloları uzun süre koruyarak metabolizma için etkili sonuç elde edebilmek ve obeziteye bağlı yandaş hastalıkları çözüme kavuşturmadır (Barbaros, 2013; Sjöström ve ark., 2004). Cerrahi ile 5 yıllık süre içerisinde vücuttaki fazla kiloların %50-75 arasında kaybedilmesi amaçlanmaktadır (Yiğit, 2012).

Kişilerin obezite cerrahisini sağlıklarını tehdit eden kilolarından kurtulmak amacıyla seçmelerinin yanında; kiloya bağlı düşük yaşam kalitelerini arttırmak, depresyon semptomlarını ve kontrol edemedikleri yeme davranışlarının önüne geçebilmek adına tercih edebilmektedirler (Karlsson, Sjöström ve Sullivan, 1998). Bunlara ek olarak obezite cerrahisini seçme motivasyonu, gelecekteki sağlık durumu ve dış görünüş ile ilgili kaygılar da olabilmektedir (Libeton ve ark., 2004). Ayrıca verilen kilolarla ve azalan yandaş hastalıklarla beklenen yaşam süresinin artması umulmaktadır (Sarwer, Allison, Bailer ve Faulconbridge (2014). Wee ve arkadaşlarının (2013) yaptığı araştırmaya göre kişiler için kilo vermek, iyi bir sağlığa kavuşmaktan çok daha değerlidir. Tüm bunlar obezite cerrahisini seçmek için içsel bir motivasyonken; sorunlu evliliği düzeltmek gibi ikincil kazanç sağlamaya yönelik dışsal motivasyonlar da vardır. Dışsal motivasyonlarla ameliyat olayı düşünen hastaların, ameliyat için uygun aday olmamalarının yanı sıra ameliyat sonrası bekledikleri etkiyi yeterince görmediklerine işaret edilmektedir (Sarwer ve ark., 2014).

Cerrahi adayı için seçilecek yöntemden önce dikkat edilmesi gereken birkaç nokta vardır. Bunlardan ilki kişinin obezite cerrahisi için uygun aday olup olmadığını belirlemektir (Bozbora, 2002; Barbaros, 2013). ABD'deki Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne göre (1991) (National Institutes Health (NIH)), cerrahinin uygulanacağı adayın:

1. VKİ ≥ 40 kg/m² ya da VKİ ≥ 35 kg/m² ise en az bir kiloya bağlı yandaş hastalığının olması,
2. Daha önceden diyet ve egzersiz denemiş olması,
3. Kontrol edilemeyen psikiyatrik rahatsızlığının olmaması ve
4. Anestezi alabilmesi için herhangi bir kontraendikasyonunun olmaması gerekmektedir.

Bir diğer önemli nokta ise ameliyat öncesi ve sonrasında multidisipliner yaklaşımın benimsemesidir (Bozbora, 2002; DeMaria, 2007). Obezite cerrahisine aday olan kişilerin genel cerrah, anestezi, gastroenteroloji, endokrinoloji, göğüs hastalıkları uzmanı, kardiyolog, diyetisyen ve psikoloğun içinde bulunduğu bir ekip tarafından ameliyat öncesi değerlendirmeleri yapılmalıdır (Yiğit, 2012). Tüm bu değerlendirmelerin yanında hastanın ameliyat öncesi bilgilendirme alması, ameliyat sonrasındaki eğitimin ve takip sürecinin de bir parçasıdır (Markel ve Matter, 2008; Garza, 2003). Ameliyat sonrasında başarılı kilo verebilme ve verilen kiloların korunabilmesi için hastanın ameliyatı bir mucize olarak görmemesi ve cerrahi ekibin takibinde olması gerekmektedir (Bozbora, 2002; Adair ve Pleatman, 2008).

Güntümüzde obezitinin tedavisinde en etkili yöntem olarak görülen cerrahi teknikler, hastaların büyük çoğunluğunun fazla kilolarının %50'den fazlasını kaybedip başarılı olmalarını sağlarken; hastaların yaklaşık %15-20'si bu başarıyı sağlayamamaktadır (Maggard ve ark., 2005). Bu başarının elde edilememesi ameliyat tekniğine dair faktörler ve ameliyat öncesi hazırlık sürecinin iyi yönetilememesi olabilirken; hastaya bağlı bazı değişkenler de bu başarıda rol oynayabilmektedir (Livhits ve ark., 2012). 40 yaş altı, sosyal desteği olan, çalışan, evli, ameliyat sonrası takip sürecine uyan, alkol ve/veya sigara kullanmayan, kilo vermeye dair gerçeğçi beklentileri olup kadın olan hastalar cerrahiden olumlu sonuç görmektedir (Yiğit, 2012). Obezite cerrahisinden başarılı sonuç elde etmek için psikolojik faktörlerin etkisinde olan yaşam biçimini ve davranış değişikliğini gerçekleştirmek gerekmektedir (Bagdade ve Grothe, 2012). Birçok araştırma ameliyat sonrası takibe gösterilen bağlılığın kilo vermeyle

ilişkili olduğunu göstermiştir (Pontiroli ve ark., 2007; Shen ve ark., 2004). Larjani ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü araştırma 25 yaş üstü kişilerde, çalışanlarda ve ameliyat olunan kliniğe yakın yerde yaşayan kişilerde ameliyat sonrası takibe bağlılığın daha fazla olduğu görülmüştür. Ameliyat sonrası takibe bağlılığın genç hastalar arasında daha düşük olduğu araştırmada, VKİ yüksek olan kişilerin takibe olan bağlılığı daha fazladır (Wheeler, Prettyman, Lenhard ve Tran, 2008). Sockalingam ve arkadaşlarının (2013) obezite cerrahisi hastalarının bağlılıklarını ilişki kurma biçimleri açısından inceledikleri araştırmada, kaçınan bağlanma biçimi gösteren hastaların takibe katılım göstermediğini bulunmuştur. Ameliyat sonrası başarının sağlanmasında ve olabilecek komplikasyonların azaltılmasında, ameliyat öncesi psikolojik değerlendirme önemli bir yer tutmaktadır (Flores, 2014; Pataky, Carrard ve Golay, 2011). Bariatrik cerrahi öncesi psikolojik değerlendirme için geçerli bir envanter henüz yoktur. Önerilen değerlendirme unsurları yapılan araştırmalardaki önerilerle belirlenmektedir (Sevinçer, 2016; LeMont, Moorehead, Parish, Reto ve Ritz, 2004).

1.3.2.1. Obezite Cerrahisinde Psikolojik Değerlendirme:

Obezite dünya genelinde artış gösterirken; obezite cerrahisinin uygulama oranı da buna paralel olarak artmaktadır (Buchwald ve Oien, 2013). Uygulamada multidisipliner yaklaşımı benimseyen klinikler, hastanın ameliyat sonrası olumlu başarılar elde etmesinde büyük rol oynar (Khan, Bano ve Reddy, 2016). Fizyolojik ve psikolojik alt yapısı olan obezitenin birçok farklı branş tarafından incelenmesinin amacı hem ameliyat sırasında oluşabilecek riskleri hem de ameliyat sonrası karşılaşılabilecek problemleri en aza indirmektir. $VKİ > 40 \text{ kg/m}^2$ veya $VKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olup en az bir kiloya bağlı yandaş hastalığa sahip olan cerrahi adaylarının, multidisipliner yaklaşımın gereği olarak psikolog tarafından yürütülen ameliyat öncesi psikolojik değerlendirmeden geçmeleri gerekir (Sockalingam ve ark., 2012; Pull, 2010). Bagdade ve Grothe (2012) ameliyat sonrası ciddi kilo kaybı ve yaşam tarzı değişikliği nedeniyle psikolojik zorluklarla karşılaşılabildiği için obezite cerrahisi programlarında; psikososyal ve davranışsal değerlendirme ve ameliyat sonrası takip sistemi olması gerektiğini söyler.

Psikologlar bilişsel, davranışsal, psikiyatrik ve duygusal faktörler açısından hastayı değerlendirerek, sağladıkları psikoeğitim ile hastaların ameliyata daha iyi hazırlanmalarını sağlar (Sogg ve Mori, 2004; Sarwer ve ark., 2008). Andrews (1995), psikoloğun bariatrik cerrahi ekibindeki rolünü; kilo verme ve verilen kiloların korunma sürecinde hastaya destek ve bilgi sağlamak, ameliyat sonrası değişen yaşamlarına adapte olmalarına yardımcı olmak, bilinçli ve aktif terapötik sürece dahil olmalarını sağlamak şeklinde açıklar. Günümüzde yemeğe, beslenme dışında sakinleştirici, yalnızlık giderici, stres azaltıcı gibi anlamlar yüklenmesi ameliyat öncesi değerlendirmede duygusal içeriğin üzerinde daha fazla durulmasını gerektirir (Frezza, Wachtel ve Gordhamer, 2008). Ameliyat öncesi psikolojik değerlendirmenin amacı ise ameliyatın sonucunu olumsuz yönde etkileyebilecek psikopatolojinin olup olmadığını ve hastanın ameliyat sonrası süreci psikolojik açıdan stabil bir şekilde yürütüp yürütemeyeceğini belirlemektir (Collins ve Bentz, 2009). Her ne kadar fikir birliğine varılıp standardize obezite cerrahisi öncesi psikolojik değerlendirme oluşturulmasa da üzerinde durulan konular çoğunlukla ortaktır (Pull, 2010; Sogg, 2012; Applegate ve Friedman, 2014).

Kilo ve diyet geçmişi, psikolojik değerlendirme sırasında üzerinde durulan konulardan biridir (Sogg, 2012; Snyder, 2009). Şuanki kilo, geçmişte bulunulan en yüksek ve en düşük kilo, obeziteye ve kilo artışına sebep olan tetikleyiciler, daha önceki kilo verme yöntemleri ve sonuçları, ne kadar süredir kilo verme mücadelesinde bulunduğu ameliyat öncesi değerlendirmede değinilen konulardandır ve bu noktalar ameliyat sonrası başarıya dair bilgi vermektedir (Dziurawics-Kozłowska, Wierzbicki, Lisik, Wasiak ve Kosieradzki, 2006; Sogg, 2012). Cerrahi uygulamanın getirdiği kısıtlayıcı beslenme düzenine gösterilecek uyum ve bağlılık; kişinin geçmiş diyet tecrübelerine, kilo vermesine ve almasına sebep olan davranış örüntülerinin saptanmasına bağlıdır (LeMont, Moorehead, Parish, Reto ve Ritz, 2004).

Beslenme adına yapılan tercihleri ve anormal yeme davranışlarının saptanması da ameliyat öncesi psikolojik değerlendirmenin bir parçasıdır (Sogg, 2012; Bagdade ve Grothe, 2012). Beslenme tercihlerini; hazır yiyeceklere olan meyil, sağlıklı yiyeceklerin

tercih edilme oranı ve öğün sıklıkları oluşturur (Sogg, 2012). Kişinin kendine özen göstermesi ve günlük rutinde şartların değişmesi halinde nasıl organize olduğu bu tercihler doğrultusunda şekillenir ve ameliyat sonrası diyetle gösterilecek uyumu gösterir (Sogg, 2012). Yeme bozukluklarını gece yeme sendromu, tıknırcasına yeme bozukluğu ve duygusal yeme bozukluğu şeklinde detaylandırmak; beslenme alışkanlıklarını ve yemeğin kişiye sağladığı psikolojik kazancı görme adına faydalı olacaktır (Bagdade ve Grothe, 2012; Van Hout, Verschure ve Van Heck, 2005). Yeme bozukluklarıyla ilgili detaylı bilgi ilerleyen bölümlerde verilecektir.

Fiziksel aktivite düzeyi ameliyat öncesi değerlendirilmesi gereken unsurlardan biridir (Sogg, 2012). Mevcut fiziksel aktivite türü, düzeyi ve sıklığı fiziksel aktivite açısından ne kadar aktif olduğunu göstermektedir (Sogg, 2012). Obez ve morbid obez kategorisinde olan kişiler için fiziksel aktivitede bulunmak yorucu ve acı verici olabilirken, birçok eklem problemine yol açabilir (Snyder, 2009). Bu nedenle kişilerin ameliyat sonrası verilen kiloları korumak adına fiziksel aktivitede bulunma konusundaki düşünceleri ve tutumları sorgulanmalıdır (Elkins ve ark., 2005). Fiziksel aktivitede bulunmaya engel durumların ve düşüncelerin neler olduğunun saptanması, ameliyat sonrası oluşabilecek dirençlerin önceden ön görülmesini sağlayabilir (Sogg, 2012).

Ameliyat öncesi psikolojik değerlendirmenin en önemli noktalarından ve amaçlarından biri hastanın psikopatoloji açısından değerlendirilmesidir (Collins ve Bentz, 2009; Frezza ve ark., 2008). Psikolojik değerlendirmenin en önemli amacı teşhis edilmemiş, raporlanmamış ya da bilinen herhangi bir psikiyatrik durumun olup olmadığını saptayıp, ameliyat öncesi ve sonrası için risk düzeyini belirlemektir (Tichansky ve Sudan, 2015). Özellikle morbid obez sınıflandırmasında olan kişiler, obezite derecesi daha düşük olan kişilere oranla daha fazla psikopatoloji gösterme eğilimindedir (Malik, Mitchell, Engel, Crosby ve Wonderlich, 2014). Cerrahi yönteme başvuran hastalar depresyon, anksiyete, psikoz, madde kötüye kullanımı, intihar teşebbüsü ya da düşüncesi, istismar öyküsü, ailenin psikopatoloji öyküsü, madde kullanımı ve önceki psikoterapi ya da psikiyatrik tedavi geçmişi açısından değerlendirilir

(Snyder, 2009). Eksen 1 psikopatolojilerinin görülme sıklığı bariatrik cerrahiye başvuran adaylar arasında %21-56 arasındadır (Clark, Lim, Adra ve Jones, 2015). Applegate ve Friedman (2014), obezite cerrahisine aday olan kişilerin %38'inin en az bir eksen 1 bozuklukları gösterdiğini söyler. Onyike, Crum, Lee, Lyketsos ve Eaton (2003), obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada VKİ ≥ 40 kg/m² olan kişilerin geçen ay içinde ortalama kiloya sahip olan kişilere oranla 5 kat daha fazla majör depresyon epizodu gösterdiklerini bulmuştur. Başka bir araştırmada da morbid obez kadınlar, obezite derecesi daha düşük olan kadın hastalara oranla Beck Depresyon Envanteri II'de daha yüksek skor almışlardır (Wadden ve ark., 2006). Psikopatolojinin değerlendirmesine ek olarak intihar düşüncesi ve teşebbüsü olup olmadığı da sorgulanır (Mitchell ve de Zwaan, 2014). Obezite cerrahisi sonrası 1-4 yılları arasında intihardan dolayı ölümler görülebildiğinden, kişilerin geçmiş öyküleri derinlemesine incelenmelidir (Mitchell ve de Zwaan, 2014; Tindle ve ark., 2010). Son olarak kullanılan psikiyatrik ilaçlar irdelenmelidir (Applegate ve Friedman, 2014). İlaç ya da ilaçların hangi semptomları azaltmak amacıyla ne kadar süredir ve ne dozda kullanıldığının bilinmesi, özellikle ameliyat sonrası süreçte emilime bağlı olarak ilacın etkisinin değişip değişmediğini belirleyebilmek adına önemlidir (Applegate ve Friedman, 2014).

Obezitenin en net görünen olumsuz etkilerinden biri kişinin yaşam kalitesindeki düşüştür (Kolotkin, Meter ve Williams, 2001). Özellikle obezitenin etki ettiği yaşam kalitesi için "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" tanımı kullanılmaktadır (Testa ve Simonson, 1996). Sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönü yaşam kalitesini oluşturur ve tüm bu unsurlar hastanın deneyimleri, beklentileri ve algıları doğrultusunda şekillenir (Testa ve Simonson, 1996). Ameliyat öncesi değerlendirmede, yaşam kalitesi çoğunlukla "Impact of Weight on Quality of Life-Lite" (Kolotkin, Crosby, Kosloski ve Williams, 2001) kullanılmaktadır. Bu ölçek fiziksel fonksiyon, özgüven, cinsel yaşam, toplumsal ilişkiler ve iş yaşamı açısından obezitenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmektedir (Peterson, Berg ve Mitchell, 2012).

Ameliyat öncesi hazırlık sürecini ve ameliyat sonrası dönemin gidişatını etkileyebilecek faktörlerden bir diğeri de kişilerin sahip oldukları sosyal destektir (Applegate ve Friedman, 2014; Frezza ve ark., 2008). Obezite cerrahisi adayının sosyal ilişkileri, türleri ve kalitesi açısından değerlendirilmelidir (Applegate ve Friedman, 2014). Ameliyat sonrasında özellikle duygusal açıdan görecekları destek, sürecin ilerleyişini etkileyen noktalardan biri olacaktır (Frezza ve ark., 2008). Sosyal ilişkilerindeki kişilerin, ameliyat sonrası değişikliklere nasıl tepki vereceği, hastaya nasıl destek olacağı üzerinde durulması gereken noktalardır (Heinberg, Ashton ve Windower, 2010).

Alkol ve madde kullanımı hastalar tarafından çoğunlukla bahsedilmekten kaçınılan değerlendirme unsularındandır (Frezza ve ark., 2008). Geçmişte ya da hali hazırda, alkol ya da madde kullanımına bağlı danışmanlık ya da terapi alınıp alınmadığı, hastaneye yatışın olup olmadığı sorgulanmalıdır (Frezza ve ark., 2008).

Değerlendirmenin son parçası ise hastanın obezite ve obezite cerrahisine dair sahip olduğu bilgi düzeyi ve ameliyattan beklentisidir (LeMont ve ark., 2004). Obezite cerrahisi, davranış değişikliklerinin ömür boyu sürmesini gerektiren bir ameliyat olduğundan, hastaya olası riskler, komplikasyonlar ve ameliyat sonrası kişide özelinde zorlaştırabilecek noktaların neler olabileceği anlatılmalı, ameliyat sonrası süreç için tavsiyeler verilmeli, diyetisyen ve psikolog desteğinin ameliyat sonrası süreçte hayati öneme sahip olduğunun vurgulanması gerekmektedir (Sogg, Lauretti ve Smith, 2016). Tüm bu bilgilendirmeler doğrultusunda hastanın cerrahiden beklentisinin ne kadar gerçekçi olduğu ve olası riskleri göze almaya deyip değmeyeceği değerlendirilmelidir (Wee, Jones, Davis, Bourland ve Hamel, 2006).

1.4. Yeme Davranışları

Obezite, tüm dünyada epidemik bir problem haline gelmiştir (Wadden, Brownell ve Foster, 2002). Bu artışta biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik ve davranışsal faktörlerin de rolü vardır (Wadden ve ark., 2002). Yeme bozuklukları, psikolojik ve

davranışsal açıdan obezite için risk faktörüdür (Haines ve Neumark-Sztainer, 2006). Yeme davranışları da obezitenin hem psikolojik hem de davranışsal alt boyutudur. Yeme davranışı ve yeme bozuklukları dediğimizde ilk önce “açlık” ve “iştah” kavramlarına açıklık getirmek gerekmektedir. Açlık, vücuttaki besin kaynaklarının azalması sonucu yaşanan fizyolojik bir durumdur (Grossman, 1955; Bruch, 1969). Quigley (1955) açlık halinde yeterli yemeğin sağlanamamasından kaynaklı midede kasılmalar, baş ağrısı, huzursuzluk ve halsizliğin görülebileceğini söyler. İştahta ise özellikle daha keyif veren yiyeceğe yönelme isteği vardır (Kaplan ve Kaplan, 1957; Bruch, 1969). Yiyeceğin tadı, kokusu ve görünüşüyle şekillenen iştah, midenin dolması durumunda açlıkla beraber gelen semptomların kalkmasından dolayı ya öğrenilmiş ya da yarattığı “konforlu” halden dolayı hatırlanan bir psikolojik durum haline gelmiştir (Kaplan ve Kaplan, 1957). Quigley (1955) belli bir sürede tüketilen yiyeceğin açlığa ve iştaha göre değiştiğini söyler. Tatmin olana kadar yemek yemek açlığa özgünken; doyumluğa ulaşana kadar aşırı yemek iştahla ilgidir. Bu yüzden obezitenin açlıktan değil iştahtan kaynaklı bozukluk olduğu düşünülmektedir (Grossman, 1955). Öz kontrol kavramı (self-control) da tam bu noktada devreye girmektedir. Öz kontrol, kişinin düşüncelerini, hislerini ya da davranışlarını daha farklı bir yöne değiştirme çabasıdır (Muraven ve Baumeister, 2000). Obez kişilerin öz kontrol kapasitesilerinin düşük olması sebebiyle normal dışı yeme davranışlarına yönelip kilo aldıkları düşünülmektedir (Elfhag ve Morey, 2008; Yeomans, Leitch ve Mobini, 2008).

Obezitede en sık karşılaşılan yeme bozuklukları; tıknırcasına yeme bozukluğunu, gece yeme sendromu, otlama (grazing) ve duygusal yeme bozukluğudur (Pinto-Bastos, Ramalho, Conceiçao ve Mitchell, 2016). Yeme bozukluklarının temelini yeme davranışlarını oluşturur ve bu davranışları belirlemek hem yeme bozukluklarının psikolojik mekanizmasını anlamayı hem de ileriye yönelik tedaviyi kolaylaştırır (Bozan, 2009). Van Strien, Frijters, Bergers ve Defares (1986) aşırı kiloya sebep olan yeme davranışlarını belirlemek adına geliştirdikleri Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nde; kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme davranışlarını ölçer. Bu yüzden alanyazında bu yeme davranışları referans alınmıştır.

1.4.1. Kısıtlayıcı Yeme Davranışı

Kısıtlayıcı yeme davranışı (restrained eating behavior), bilinçli bir şekilde besin tüketimini kilo vermek ya da verilen kiloları korumak amacıyla kısıtlamaktır (Polivy ve Herman, 1985, Herman ve Mack, 1975). Fizyolojik bir mekanizmadan öte psikolojik alt yapısı olan kısıtlayıcı yeme davranışı, bilişsel kısıtlama olarak da adlandırılmaktadır (Gorman ve Allison, 1995'den aktaran McLean ve Barr, 2003). Bunun sebebi, yemeğe yönelik büyük bir arzu duyuluyorken bir yandan da bu arzuya direnme çabasıdır ve bu çaba obez ve normal kilodaki kişiler arasındaki önemli farklardan birini oluşturur (Herman ve Mack, 1975). Kronik diyetle olan ve besin alımını kısıtlayan obez kişilerde kilolarına ve yediklerine yönelik obsesif düşünceler hakimken; besin alımını kısıtlamayan kişilerde bu tür bilişsel süreçlere rastlanmamıştır (Hart ve Chioveri, 1998). Obez kişilerin kiloya dair kaygılarına rağmen, 24 saatlik kalori alımları normal kiloda olan kişilere oranla daha fazladır (Prentice ve ark., 1986). Heatherton, Polivy ve Herman (1990), bunun sebeplerinden birinin diyetlerini uygularken besin kısıtlaması yapan kişilerin süreç içerisinde aşırı yeme atakları göstermesi olduğunu söyler. Kısıtlayıcı yeme davranışını benimseyenlerin göstermiş oldukları bu yeme atakları tıknırcasına yeme davranışının temelini oluşturur (Polivy ve Herman, 1985; Wardle, 1987). Herman ve Mack (1975), besin alımını kısıtlarken aşırı yemek tüketimine geçen kişilerin bu iki farklı durumunu karşı düzenleme (counterregulation) kavramı ile açıklar. Yaptıkları araştırmada katılımcılar yeme davranışını kısıtlayan ve kısıtlamayan olarak ikiye ayrılır. Önceden 0, 1 ya da 2 milkshake tüketmesi istenen katılımcıların daha sonra tadım testi bahanesiyle dondurma yemesi istenir. Besin kısıtlaması yapmayan ve hiç milkshake tüketmeyen katılımcılar daha fazla dondurma tüketirken; iki milkshake tüketenler daha az dondurma yemiştir. Fakat kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren katılımcıların iki milkshake tükettikten sonra çok fazla dondurma yediği görülmüştür. Bunun nedeni, yeme davranışını kısıtlayan kişilerin başta tükettikleri milkshake ile kendilerince koydukları kalori sınırını zaten aştıklarını düşünmeleri ve bu gerekçeyle diyeti sonlandırmalarıdır (Herman ve Mack, 1975). Woody, Costanzo, Leifer ve Conger'e göre (1981) bu şekilde diyetlerini bozduklarını düşünen kişiler için yemek yeme ketlenemez

hale gelmiştir. Bilişsel kontrolün sağlanamaması ve tüketilen miktarın düzenlenememesi kişileri daha çok tıknırcasına yemeğe iter (Tuschl, 1990).

Kısıtlayıcı yeme davranışında yeme ataklarının görülmesinin bir diğer sebebi de olumsuz duygu durumlarıdır (Wardle, Steptoe, Oliver ve Lipsey, 2000; Jackson, Cooper, Mintz ve Albino, 2003). Bu ilişkinin temeli yukarıda da bahsedilen Kaplan ve Kaplan (1957) tarafından geliştirilen psikosomatik yaklaşımın, obez kişilerin olumsuz duyguların etkisini hafifletmek için yeme davranışında artış gösterdiğini söylemesidir. Alanyazında olumsuz duyguların kısıtlayıcı yeme davranışı üzerindeki etkisi ilk olarak fiziksel korku ve ego için tehdit unsuru olan durumların birbirinden ayırt edilmesiyle başlamaktadır (Heatherton ve ark., 1990). Fiziksel korku (elektirik şoku gibi) anında, açlık otonom sinir sistemi tarafından bastırılırken; egonun bütünlüğünü tehdit eden bir durumla karşı karşıya gelinmesi durumunda (başarısızlık) obez ya da diyet yapan kişiler daha fazla yemek tüketimi gösterir (Heatherton, Polivy ve Herman, 1989; Wallis ve Hetherington, 2004). Bunun sebebi olarak da kişilerin kendi içsel uyaranlarına karşı daha hassas olmaları düşünülmektedir (Heatherton ve ark., 1989).

Kısıtlanmış yeme davranışı ile olumsuz duygular arasındaki ilişki disforik duygu durumları açısından da incelenmiştir (Ruderman, 1985). Herman ve Polivy (1975) tarafından yürütülen araştırmada düşük besin kısıtlamasındaki kişilerin stresli durum karşısında besin alımları azalırken; kısıtlayıcı beslenme davranışı yüksek olan kişilerde bu durum tam tersidir. Benzer sonuç anksiyete için de geçerlidir. Frost, Goolkasian ve Ely (1982) depresyonun etkisine baktıkları araştırmada, depresif duygu durumunun yüksek düzeyde kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren kişilerde besin tüketimde artışa sebep olduğunu bulmuştur. Wardle ve arkadaşlarının (2000) iş stresi ve beslenme durumunu arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada, kısıtlayıcı beslenme tarzına yönelen kişilerin daha fazla stres düzeyi gösterdiğini bulmuştur. Obezite cerrahisi adaylarıyla gerçekleştirilen araştırmada da depresyon ve kısıtlayıcı yeme davranışı arasında olumsuz yönde bir ilişki bulunmuştur (Sevinçer ve ark., 2016). Pollert, Kauffman ve Veilleux (2016), kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren ve göstermeyen

kişileri karşılaştırdıkları çalışma ile besin alımını kısıtlayanların daha fazla depresyon ve kaygı semptomu gösterdiğini öne sürerler.

Olumsuz duygular ve kısıtlayıcı yeme davranışı aynı zamanda tıknırcasına yeme ile ilişkilidir (Womble ve ark., 2001). Günlük kalori seviyesinin aşıldığını düşünen ve bir yanda olumsuz duygularla baş etmeye çalışan kişilerin kısıtlayıcı beslenme düzeninden tıknırcasına yeme davranışına kolaylıkla kayabildikleri vurgulanmıştır (Mason, Heron, Braitman ve Lewis, 2016). Fairburn, Cooper ve Shafran (2003), tıknırcasına yemenin işlevsiz duygu düzenleme yolu olduğunu söyler. Sarwer ve arkadaşlarının (2004) yaptığı araştırmaya göre tıknırcasına yeme obezite cerrahisi adayları arasında sık karşılaşılan durumlardan biridir. Tedavi arayışında olan obez kişilerin tedavi arayışında olmayanlara oranla daha fazla tıknırcasına yeme davranışı gösterdiği düşünülmektedir (Fitzgibbon, Stolley ve Kirschenbaum, 1993). Tedavi arayışındaki katılımcıların psikolojik olarak daha sıkıntılı olmaları yeme davranışındaki bu farklılığı açıklamada getirilen bir bakış açısı olmuştur (Fitzgibbon ve ark., 1993). Toplum tarafından kilolarıyla bağlantılı olarak damgalamaya maruz kalan obez kişilerin, bu damgalamayı içselleştirdikleri ve tıknırcasına yeme gibi uyumsuz yeme davranışlarına yöneldiği bulunmuştur (Puhl ve Brownell, 2006). Ayrıca obez kişilerin tıknırcasına yeme davranışı göstermesi, yaşam kalitesinin iş yaşamı, cinsellik, toplum baskısı ve özgüven gibi farklı alanlarında olumsuz yönde etkiler bırakabilir (Rieger, Wilfley, Stein, Marino ve Crow, 2005).

Kısıtlayıcı yeme davranışı ve buna bağlı obezitenin gelişimi, ebeveyn kontrolü ve yetiştirilme tarzından da etkilenmektedir (Birch ve Fisher, 2000). Yapılan çalışmalar daha çok erken çocukluk dönemine odaklanmaktadır. Yetişkinlikte görülen kısıtlanmış beslenme ve tıknırcasına yeme, çocuklukta ebeveynlerinin yemeği kullanım biçimine göre şekillenmektedir (Puhl ve Schwartz, 2003). Diğer bir deyişle, ebeveynleri tarafından davranışlarının şekillendirilmesi için yemeğin ödül ya da ceza olarak kullanıldığı çocuklar, yetişkinlikte yüksek düzeyde kısıtlanmış yeme davranışı ve tıknırcasına yeme davranışı göstermektedir (Puhl ve Schwartz, 2003). Kontrolün ve kısıtlanmanın fazla olduğu ailelerde, çocuğun kendini kontrol etmekte zorluk yaşadığı ve

VKI'nde artış olduğu görülmüştür (Fisher ve Birch, 1999; Birch ve Davison, 2001). Özellikle anneler kız çocuklarının yemekle kurduğu ilişkide, beslenmede ve kısıtlanmış yeme davranışında büyük bir etkiye sahiptir (Edmunds ve Hill, 1999; Francis ve Birch, 2005).

1.4.2. Duygusal Yeme Davranışı

Obeziteye sebep olan bir diğer yeme davranışı, duygusal yeme davranışdır (emotional eating behavior) (Geliebter ve Aversa, 2003). Fizyolojik açıktan ziyade tamamen duygulara yönelik bir yeme davranışdır (Bekker, Meerendonk ve Mollerus, 2004; Ganley, 1989). Bruch'ın (1964) ortaya koyduğu psikosomatik yaklaşımdan temellerini alan duygusal yeme, olumsuz duygulara yönelik bir tepkidir. Açlık ile duygusal sıkıntının yaratmış olduğu etkinin ayırt edilememesi durumunda olumsuz duygulardan kaçmak adına yemeğe yönelinir (Bruch, 1973). Depresyon, kaygı, stres, hayal kırıklığı ve yalnızlık hissi gibi duygularda aşırı yeme davranışının görülmesi, duyguları düzenlemek ve kişinin hissetmekte olduğu olumsuz duyguların etkisini azaltma işlevini görür (Thayer, 2001; Braet ve ark., 2008; Ganley, 1989). Macht, Gerer ve Ellgring (2003) yürüttükleri araştırmada, yoğun olumsuz duygular karşısında yüksek kalorili yiyeceklerin daha fazla tercih edildiğini söyler. Oliver, Wardle ve Gibson (2000) ise yaptıkları araştırma ile stresten kaynaklı duygusal yeme davranışı gösteren kişilerin fazla şekerli, yağlı ve yüksek kalori kaynağı olan yiyeceklere yöneldiği sonucuna ulaşmışlardır. Olumsuz duyguların etkisini azaltmak amacıyla bu tür besinlerin seçilmesi kilo alımı ve obezite için risk faktörü haline gelir (Ganley, 1989).

Olumsuz duyguyu düzenlemek adına her seferinde yemeğe yönelinmesi olumsuz pekiştireç haline gelerek öğrenilmiş bir davranış biçimi haline alabilir (Rolls, 1999). Greeno ve Wing (1994) diyet yapan obez kişilerin diyet yapmayan obez kişilere oranla olumsuz duygular sonucunda daha fazla yemek yediğini bulmuştur. Başka bir araştırma ise aşırı kilolu kişilerin olumsuz duygu durumunda daha fazla yemek yediğini öne sürer (Geliebter ve Aversa, 2003). Cinsiyetler arası farka bakıldığında kadınların erkeklere oranla olumsuz duygu karşısında daha fazla yemek yeme isteği gösterdiği bulunmuştur

(Arnold, Kenardy ve Agras, 1995; O'Connor ve O'Connor, 2004; Larsen, van Strien, Eisinga ve Engels, 2006). Walfish (2004) obezite cerrahine başvuran kadın aktımlımlar arasında duygusal yeme davranışının görülme oranının %40 olduğunu söyler. Evirgen (2010) 204 kadın katılımlı ile gerçekleştirdiği çalışmada, duygusal yemenin duyguların düzenlenmesi ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Sonuçlar özellikle obezite tanısı alan kişilerin daha fazla duygusal yeme davranışı gösterdiklerini ve olumsuz duyguların düzenlenmede zorluk çektiğini göstermektedir. Obezite cerrahisine başvuran hastalar arasında yapılan bir başka araştırma, duygusal yemenin sık görülen yeme davranışlarından biri olduğu sonucunu ortaya koymuştur (Fabricatore ve ark., 2006). Kilo vermek için diyet tedavisini seçen kişiler arasında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre tıknırcasına yeme davranışı gösterenlerin göstermeyenlere oranla yüksek düzeyde duygusal yeme davranışı vardır (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet ve Barbe, 2003).

Duygusal yeme davranışı alanyazında psikopatolojiyle olan ilişkisi açısından da ele alınmıştır. Masheb ve Grilo (2006) yaptıkları araştırma ile duygusal yemenin, tıknırcasına yeme ve depresyon ile ilişkili olduğunu söyler. Depresyon semptomlarından biri olan iştah artışı ve obezite ilişkisi duygusal yeme davranışı aracılığı ile şekillenmektedir (Konttinen, Mannistö, Sarlio-Lahteenkorva, Silventoinen ve Haukkala, 2010). Jeffery ve arkadaşlarının (2009) VKİ ile depresyon arasında olumlu ilişki buldukları çalışmada, tatlı tüketiminin iki değişken arasında yordayıcı role sahip olduğunu söyler. Depresyon semptomları ile şekerli gıdalara yönelme arasında olumlu bir ilişki vardır. Van Strien, Konttinen, Homberg, Engels ve Winkens'e göre (2016) duygusal yeme, depresyon ve kilo alımı arasında aracı değişken görevi görmektedir. Anksiyetenin ise obez kişilerin duygusal yeme davranışını etkilediği görülmüştür (Schneider, Appelhans, Whited, Oleski ve Patogo, 2010). Tedavi arayışında olan ve olmayan obez kişilerin karşılaştırıldığı çalışmada, depresyonun ve anksiyetenin duygusal yeme davranışı üzerinde etkili olduğu sonucu bulunmuştur (Goossens, Braet, Vlierberghe ve Mels, 2009).

Duygusal yeme ve ebeveynlerden gelen psikolojik kontrol arasındaki ilişkiyi alanyazında daha çok çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda mevcuttur (Topham ve ark., 2011; Snoek, Engels, Janssens ve van Strien, 2007). Snoek ve arkadaşlarının (2007) ergenlerle yürüttükleri araştırmada anneden gelen düşük desteğin ve yüksek psikolojik kontrolün duygusal yeme ile ilişkili olduğu görülmüştür. 94 obez kadın ile gerçekleştirilen bir araştırmada, aşırı korumacı ailelerin duygusal farkındalığı olumsuz yönde etkilediği ve kişilerin de duygularını düzenlemek adına duygusal yeme davranışına yöneldiği görülmüştür (Rommel ve ark., 2012). Williams, Dev, Hankey ve Blich (2017) ise ebeveynler tarafından çocuğa yöneltilen kısıtlayıcı beslenme uygulamalarının yetişkinlikteki duygusal yeme davranışı ile ilişkili olabileceğini söyler.

1.4.3. Dışsal Yeme Davranışı

Kilo almaya sebep olan ve VKİ ile ilişkili olan bir diğer yeme davranışı, dışsal yeme davranışıdır (external eating behavior) (Burton, Smit ve Lightowler, 2007). Dışsal yeme davranışında yeme ile ilişkili dış uyaranlara odaklanmak söz konusudur (Schachter, 1971). Psikosomatik yaklaşım, kişilerin açlık ya da tokluk gibi içsel uyarınları göz ardı edip daha çok duygularına tepki olarak yeme davranışı gösterdiklerini savunur ve dışsallık teorisi de içsel uyarınlardan dikkate alınmadığı konusunda hem fikirdir (Kaplan ve Kaplan, 1957; Schachter, 1971). Schachter'in (1968 ve 1971) yaptığı çalışmalara göre obez kişiler için yeme davranışının tetikleyicisi yiyeceğin görünüşü, kokusu ve tadı gibi dışsal özelliklerdir. Duygusal yeme davranışı ile dışsal yeme davranışı arasındaki farkın evrimsel adaptif davranıştan geldiği düşünülmektedir (Rodin, 1981'den aktaran van Strien, Herman ve Verheijden, 2009). Bu bakış açısının temelini Neel'in (1962) tutumlu genotip hipotezi oluşturmaktadır. Teoriye göre, kıtlık tehlikesinde hayatta kalabilmek adına daha fazla yemeğe yönelmek, çevrede yemeğe dair dışsal uyaran olduğu her fırsatta yeme davranışının gösterilmesini gerektirmektedir (Bryant, King ve Blundell, 2008; Polivy ve Herman, 2006). Bu da zaman içinde kişileri yemeğe bağlı dışsal uyaranlar konusunda daha hassas yapmıştır.

Dışsal yeme davranışı için değinilen bir diğer nokta açlık ve doyunluğun ayırt edilemeyip hatalı değerlendirmelerde bulunulmasıdır (Bruch, 1969). Özellikle ebeveyn kontrolünün fazla olduğu ailelerde açlık ve tokluk ayırımı yapılmasının zor olduğu ve çocukların yemeğe dair herhangi bir uyarının varlığında yeme davranışı gösterdiği ifade edilmektedir (Van Strien, Herman ve Verheijden, 2009). Ayrıca ebeveynin yemeği çocuğun davranışlarını ödüllendirmek amacıyla kullanması, çocuğu yeme dair uyarılar konusunda daha hassas yapabilmektedir (Birch, Zimmerman ve Hind, 1980).

Dışsal yeme davranışında görülen bireysel farklılıkların sebepleri konusunda en çok incelenen değişkenlerden biri de dürtüselliktir (Batterink, Yokum ve Stice, 2010). Alanyazında dürtüsellikle dışsal yeme davranışı arasında olumlu yönde bir ilişki görülmektedir (Ouwens, van Strien ve van Leeuwe, 2009; Hou ve ark., 2011). Dürtüsellüğün baskılama mekanizmasını olumsuz yönde etkileyip kişileri yeme davranışına yönelttiği düşünülmektedir (Mobbs, Crepin, Thiery, Golay ve Van der Linden, 2010; Weller, Cook, Avsar ve Cox, 2008). Houben, Nederkoorn ve Jansen (2014) dürtüsel davranışlarda bulunmaktan ziyade lezzetli yiyeceklere yönelik dürtüsel tepki gösterilmesinin obeziteye yol açtığını söyler. Appelkans ve arkadaşları (2012) yaptıkları araştırma ile dürtüsel kişilerin çok miktarda yemek yemek yerine daha lezzetli yiyeceklere yönelme eğilimi gösterdiğini söyler.

Diyet yapan kişiler için kilo almaya sebep olan faktörlerden biri olan dışsal uyarıların etkisi kişiden kişiye değişmektedir (Blundell ve ark., 2005). Cools, Schotte ve McNally (1992) dışsal yemenin, kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenler arasında daha baskın olduğunu söyler. Benzer şekilde bir başka araştırmada da kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenlerin, yemeğe dair dışsal uyarılara daha fazla duyarlılık gösterdiği bulunmuştur (Ogden ve Wardle, 1990). Elfhag, Tynelius ve Rasmussen (2007) yürüttükleri araştırma ile şekerli gazsız içecek tüketiminin kısıtlayıcı yeme davranışından ziyade dışsal yeme davranışı ile daha fazla ilişkili olduğunu söyler. Bunun da sebebi olarak da batılı toplumların pazarlama teknikleri ile insanları yiyeceklere maruz bırakmaları olabileceğini düşünmektedirler. Paketlemenin etkisine bakılan bir araştırmada, kırmızı rengin daha fazla duygusal uyarana ve yüksek haz değerine sahip

olduğu göz önünde bulundurulup; mavi ve yeşil renklerin ise daha fazla sağlık ve diyetle ilişkilendirildiği düşünülerek dışsal yeme davranışı ile ilişkisine bakılmıştır (Huang ve Lu, 2015). Sonuçlara göre yüksek düzeyde dışsal yeme davranışı gösteren kişiler kırmızı paketli ürünleri daha şekerli, sağlıksız ama haz veren yiyecekler olarak düşünmektedir. Ayrıca dışsal yeme paketlenmede kullanılan renkten algılanan haz değerlendirmesinde düzenleyici rol oynar. Kişilerin yemeğe dair dışsal uyaranlardan etkilenip yeme davranışında bulunmaları kendini düzenleme yetersizliğine (self regulatory failure) bağlanabilmektedir (Baumeister ve Heatherton, 1996). Yemeğe dair dürtülerin ve arzuların kontrol edilmesi zor olabilmektedir.

1.5. Psikopatoloji

Obezite için hangi tedavi yaklaşımı seçilirse seçilsin psikolojik faktörlerin tedaviden alınacak sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Lin ve ark., 2013). Daha önce de değinildiği gibi, geleneksel veya cerrahi tedavi yöntemlerini seçen obez hastalar arasındaki ortak noktalardan biri bu gruplardaki psikiyatrik bozukluk görülme oranının oldukça yüksek olmasıdır (Kalarchian ve ark., 2007; Carpenter, Hasin, Allison, ve Faith, 2000). Özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları en sık karşılaşılan psikopatolojiler arasındadır (Kalarchian ve ark., 2007). Bu psikopatolojiler; algılanan ebeveyn kontrolüyle (Gerlsma, Emmelkamp ve Arrindell, 1990), yeme bozukluklarıyla (Telch ve Agras, 1994; Masheb ve Grilo, 2006) ve yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmiştir (Herpetz-Dahlmann, Wille, Holling, Vloet ve Ravens-Sieberer, 2008). Luppino ve arkadaşları (2010), obezite ve depresyon arasındaki karşılıklı ilişkiyi, obezitenin depresyon riskini arttırdığını ve depresyonun da obezitenin görülmesinde yordayıcı faktörlerden biri olduğunu söyleyerek ortaya koymuştur. Her iki durumu da göz önünde bulundurarak başta depresyon olmak üzere anksiyete ve obezite ilişkisini incelemek gerekmektedir.

1.5.1. Depresyon

Depresyon günümüzde obezite gibi küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir ve özellikle gelişmiş ülkelerde günlük yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir (Jantaratnotai,

Mosikanon, Lee ve McIntyre, 2016; Murray ve Lopez, 1997; Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers ve Murray, 2004). DSÖ'nün 2001'deki raporuna göre, 2020 yılında depresyonun dünya genelinde yeti yitimine sebep olan (disability) faktörlerden ikincisi haline gelmesi beklenmektedir. Wang ve arkadaşları (2004), 286 çalışan ile yürüttükleri araştırmada depresyonun iş performansı ve üretkenlik üzerinde olumsuz etkisi olduğunu bulmuştur. Ayrıca depresyondaki kişilerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha fazla fiziksel şikayette bulunduğu, günlük stresörlerle başa çıkmakta ve sosyal ilişkileri yürütmede zorluk yaşadığı görülmüştür (Barge-Schaapveld, Nicolson, Berkhof ve deVries, 1999).

Depresyona dair ilk bilgiler Karl Abraham'ın iyi-kötü anne tanımlamasından gelmektedir (Parlak, 2011). Abraham çocuğun anneye hissettiği olumsuz duyguların kendisine döndürdüğünü ve bu durumun suçluluk hissi yarattığını söyler. Depresyon nefretten kaynaklanır ve nefretin bastırılmaya çalışıldığı nokta suçluluk hissedilir (Abraham, 1927'den aktaran May, 2001). Freud ise (1917/2014) Melankoli ve Yas adlı çalışmasında depresyonu gerçek ya da hayali nesnenin kaybı olarak tanımlar. Ayrıca depresif ebeveyn ile özdeşleşmenin depresyonun alt yapısını oluşturduğu düşünülmektedir (Markson, 1993). Davranışçı yaklaşıma göre depresyon, çevreden gelen uyarıların kişi tarafından genellenmesi ve kişinin yeterince olumlu pekiştirece sahip olmamasıdır (Batur ve Demir, 2009). Depresyona bilişsel davranışçı kuram açısından bakıldığında ise kişinin kendisini, dünyayı ve yaşantısını olumsuz yönde algıladığını, olumsuz otomatik düşüncelere sahip olduğunu, mantık hataları gösterdiğini ve işlevsel olmayan sayılıtlara sahip olduğu görülmektedir (Batur ve Demir, 2009). Bilişsel davranışçı yaklaşım depresyona özellikle olumsuz bilişsel yapı üzerinden açıklama getirmektedir. Olumsuz bilişsel içerik depresyon semptomlarının önemli bir parçasını oluşturmanın yanı sıra; mutsuzluğu, davranışlardaki bozulmayı ve azalmayı etkileyen bir unsurdur (Beck, 2002). Depresyonda olan kişiler kendilerine yüksek seviyede öz eleştiri göstermelerinin yanı sıra; olumsuz beklenti içerisindedirler (Beck, 2002). Ayrıca geçmişteki ve gelecekteki deneyimlere yönelik olumsuz bakış açısı getirme eğilimindedirler (Beck, 2002). Özellikle çok fazla öz eleştiri yapan depresif

kişilerin değersizlik, başarısızlık, suçluluk ve aşağılık duygularının baskın olduğu görülmektedir (Blatt, 1995). Öte yandan depresyondaki kişiler olayları yorumlarken bilişsel sapmalar nedeniyle gerçeği yansıtmayan çıkarımlarda bulunabilirler ve bu da kişilerin daha mutsuz hissetmesine yol açabilir (Beck, 2002).

DSM-5 el kitabındaki tanı ölçütü ise; en az iki hafta süreyle günlük yaşantıyı etkileyecek düzeyde ümitsizlik, çaresizlik, süregelen mutsuzluk, suçluluk hissi, değersizlik, yapılan aktivitelerde ilgi ve zevk azalması; beslenmede, uykuda, aktivite düzeyinde ve libidoda değişiklik; konsantrasyonda, hafızada ve karar vermede zorluk, kendine zarar verme davranışları gibi semptomlardan en az beş tanesinin görülmesidir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2014). Depresyonun semptomlarından biri iştahta azalma olarak tanımlanırken; zaman zaman tam tersi durumun görülmesi ve kiloda belirgin artışın olması yaygın belirtiler arasındadır (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2014). Genetik, çevresel, hormonal, nörolojik faktörler ve şiddet, ölüm, travma ya da cinsel istismar gibi olumsuz olaylar depresyonun alt yapısını oluşturabilir ve her yaşta görülüp, kısa ya da uzun vadede devam edebilir (Cantwell, 1990).

Obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyiye bakış açısı yıllar içinde değişime uğramıştır. Mesela, bu değişkenler arasındaki ilişkiye dair öne sürülen ilk yaklaşımlardan olan neşeli şişman (jolly fat) hipotezi, obezitenin depresyon için önleyici faktör olduğunu ve şişman kişilerin normal kilodaki kişilere oranla daha az depresyon semptomu gösterdiği ve mutlu olduğu görüşüne odaklanır (Crisp ve McGuinness, 1976). Buna rağmen günümüzdeki epidemiyolojik ve tedavi çalışmaları bu hipotezin tam tersini savunur (Jansen, Havermans, Nederkoorn ve Roefs, 2008). Luppino ve arkadaşları (2010), obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğunu söyler. Obez kişilerde depresyonun görülme oranı %55 iken; depresyondaki kişilerde %58 oranında obezite görülme riski vardır (Luppino ve ark., 2010). Depresif kişiler stresle baş etmek için beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı açısından kilo almaya sebep olan seçimlerde buldukları için obeziteye zemin hazırlar (Switzer, Debru, Church, Mitchell ve Gill, 2016). Bu duruma en iyi örnek duygusal yemenin, üzüntü (distress) ve tüketilen besin

miktari arasında düzenleyici (moderating) değişken olmasıdır (Van Strien ve ark., 2013). Kişiler duygularını düzenlemek adına yemeğe yönelirler. Depresyonda ve duygusal yemede özellikle kalori açısından yüksek yiyeceklerin tercih edilmesi kilo alımına ve obeziteye yol açmaktadır (Van Strien ve ark., 2013). Diğer yönüyle, obez kişiler de büyük çoğunlukla diyet yapıyor olmaktan ve diyetin başarısızlıkla sonuçlanacağına dair düşüncelerden dolayı daha yoğun stres ve depresyon yaşama eğilimindedirler (Roberts, Kaplan, Shema ve Strawbridge, 2000). Aşırı kilonun getirisi olarak görülen kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabet gibi yandaş hastalıklar da obez hastalarda depresyon oranını arttırmaktadır (Schleifer ve Macari-Hinson, 1989; Anderson, Freedland, Clouse ve Lustman, 2001). VKİ ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar ise iki değişken arasında olumlu yönde korelasyon olduğunu söyler (Johnston, Johnson, McLeod ve Johnston, 2004; Wadden ve ark., 2006; Onyike ve ark., 2003; Karagöl, Özçürümez, Taşkıntuna ve Nar, 2014). Wadden ve arkadaşları (2006), morbid obez (VKİ \geq 40) olan kadın katılımcıların 1. ve 2. dereceden obez olan kadınlara oranla daha fazla depresyon semptomu gösterdiğini bulmuştur.

Depresyon beraberinde obez kişilerde yeme davranışında da değişikliklere yol açar (Sherwood, Jeffery ve Wing, 1999). Farklı duygu durumlarının yeme davranışı üzerindeki etkisini araştıran araştırmaya göre, yüksek kısıtlayıcı beslenmede olan kişilerin depresif duygu durumunda nötr ve mutlu duygu durumlarına oranla daha fazla yemek yediğini bulmuştur (Frost, Goolkasian, Ely ve Blanchard, 1982). Kısıtlayıcı yeme davranışı gibi duygusal yemede de obez kişilerde depresyon durumunda artış görülmektedir (Lauzon-Guillain, Basdevant, Romon ve Charles, 2006). Van Strien ve arkadaşları (2009) tarafından Hollanda Yeme Davranışı Anketinin kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme davranışı boyutlarının incelendiği araştırmaya göre; kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışı aşırı tüketimi ve obeziteyi anlamlı derecede yordamaktadır. Sonuçlar, düşük kısıtlanmış beslenme ve yüksek derecede duygusal yemenin aşırı tüketimle ilişkili olduğunu gösterirken; aynı ilişki dışsal yeme davranışıyla anlamlı sonuç göstermemiştir (van Strien ve ark., 2009). Ayrıca enerji içeriği yüksek, sağlıksız besinler tercih etmek duygusal yeme davranışının bir sonucu olarak görülür ve bu sonuç

depresyonla ilişkilendirilir (Konttinen ve ark., 2010). Tedavideki obez kişilerle normal kiloda bulunan kişilerin karşılaştırıldığı bir araştırmada, obez kişilerin yeme davranışının depresyona bağlı olduğu ve bu kişilerin özellikle yalnızken, gizli bir şekilde yemek yemeği tercih ettiği sonucu bulunmuştur (Hudson ve Williams, 1981). Dışsal yeme davranışı ile depresyon arasındaki ilişkiyi doğrudan gösteren araştırma mevcut değildir. Heatherton ve Baumeister (1991) depresyon ile dışsal yemenin kaçış teorisi üzerinden ilişkilendirilebileceğini söyler. Şöyle ki, aşırı yemek ve alkol tüketimi veya madde kullanımı gibi dürtüsel ve yıkıcı davranışlarda bulunmak depresif duygulardan kaçma amacı taşımaktadır (Heatherton ve Baumeister, 1991).

Obezite ve depresyon arasındaki ilişki birçok faktörden etkilenebilmektedir. Yüksek sosyoekonomik gruptan gelen ve eğitim seviyesine sahip olan kişilerde daha fazla kiloya bağlı yandaş hastalık görüldüğü; önyargı ve ayrımcılığa daha fazla maruz kaldıkları düşünülmektedir (Sobal ve Stunkard, 1989; Preiss, Brennan ve Clarke, 2013). Beden imgesine dair hissedilen mutsuzluk; kiloya ve dış görünüme dair kaygılar da obezite ve depresyon arasındaki ilişkide belirleyici faktörler arasında görülmektedir (Preiss ve ark., 2013; Markowitz, Friedman ve Arent, 2008). Friedman, Reichmann, Costanzo ve Musante (2002) yaptıkları araştırma ile beden imgesinin olumsuz yönde değerlendirilmesinin hem obezite-depresyon ilişkisinde hem de özgüven üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini göstermişlerdir. Gavin, Simon ve Ludman (2010) da tedavi arayışı içinde olan obez kişilerle yürüttükleri araştırmada, obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin belirleyicilerinden birinin beden imgesinden duyulan memnuniyetsizlik olduğunu belirtir.

Geçmişte obezite ve depresyon üzerine yürütülen araştırmaların büyük çoğunlukla korelasyonel ilişkiye dayanması, iki değişken arasındaki sebep-sonuç ilişkisini açıklamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir (Luppino ve ark., 2010). Günümüzde yapılan araştırmalar obezitenin depresyon üzerindeki olumsuz etkisini, obez kişilerin kiloya bağlı düşük fiziksel aktiviteye ve yaşam kalitesine sahip olmalarına

bağlamaktadır (Heo, Pietrobelli, Wang, Heymsfield ve Faith, 2010; Fontaine ve Barofsky, 2001). Rosemann, Grol, Herman, Wensig ve Szecsenyi (2008) yürüttükleri araştırmanın sonuçlarına dayanarak VKİ'nin artmasıyla kiloya bağlı yandaş hastalıklarda artış olduğunu ve beraberinde fiziksel aktivitede düşme olduğunu söyler. Obez katılımcılar arasında depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada, kiloya bağlı maruz kalınan damgalamanın depresyonla ilişkili olduğu ve depresyonun daha çok yaşam kalitesinden etkilendiği sonucu bulunmuştur (Chen ve ark., 2007). Robinson, Sutin ve Daly (2017) depresyon ve obezite arasındaki ilişkinin kiloya bağlı maruz kalınan ayrımcılık tarafından da açıklanabileceğini söylerler.

Obez kişilerdeki depresyon hem tedavi arayan ve aramayan obez hastalarda hem de sağlıklı kiloya sahip kişilerle karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir (Switzer ve ark., 2016). Tedaviyi seçen obez kişilerin toplumdaki diğer obez kişilere göre daha fazla psikopatoloji gösterdiği ve tıbbi tedavi yöntemini seçen obez hastaların geleneksel yöntemleri seçen hastalara oranla daha fazla depresyon öyküsü olduğu görülmüştür (Friedman ve Brownell, 1995; Higgs ve ark., 1997). İsveçli obez katılımcılarla yapılan araştırma, cerrahi yönteme başvuranların depresyon skorunun geleneksel yöntemleri seçenlerden daha yüksek olduğunu göstermiştir (Ryden ve Torgerson, 2006). Geleneksel yöntemlerden diyet tedavisini seçen aşırı kilolu ve obez kişilerle yürütülen bir araştırmada, depresyonda olan kişilerin depresyonda olmayanlara oranla daha fazla kilo, fiziksel görünüş ve yeme kaygısı gösterdiği bulunmuştur (Werrij, Mulken, Hospers ve Jansen, 2006). Bunlara ek olarak depresyon skoru yüksek olan kişiler daha fazla kısıtlayıcı yeme davranışına yönelmektedir ve düşük özgüven skoru bildirmektedirler (Werrij, Mulken, Hospers ve Jansen, 2006). Dawes ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada, bariatrik cerrahiyi seçen hastaların %23'ünün özellikle duygu durum bozukluklarından depresyon tanısı aldığını söylemektedir. Obez kişilerdeki depresyona cinsiyet farklılığı açısından bakıldığında, kadın obez hastaların normal kiloya sahip olan kadınlara oranla daha fazla depresyon belirtileri gösterdiği, buna karşın erkek obez hastalarla normal kiloya sahip erkek hastalar arasında bir fark olmadığı bulunmuştur (Jorm ve ark., 2003; Özdel ve ark., 2011). de Wit ve arkadaşları (2010) cinsiyetler arası

bu farkın kadınların erkeklere göre biyolojik, sosyo-kültürel, psikososyal ve çevresel faktör açısından depresyon ve obezite geliştirmeye daha yatkın hale getirdiğini söyler. Biyolojik açıdan; ergenlik, gelişim boyunca yaşanan hormonal değişiklikler ve çocuk doğurmak kadınları depresyona ve obeziteye daha yatkın hale getirir (Ge, Conger ve Elder, 1996). Toplum tarafından kadınlara yöneltilen zayıf olma gerekliliğine dair sosyal baskı da depresyonla beraber bedenlerinden daha memnuniyetsiz olmalarına ve daha sıklıkla tedavi arayışına girmelerine sebep olmaktadır (Friedman ve Brownell, 1995; Linde ve ark., 2004; Chen ve Brown, 2005).

Depresyon, obezitenin tedavi yöntemlerinden elde edilecek sonuçlar üzerinde de etkisi vardır. Depresyonda olan kişilerin doymamış yağ, şeker ve sodyum içeriği yüksek olan yiyeceklere yönelmesi hem geleneksel hem de cerrahi tedavi yöntemlerinden elde edilecek sonucu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Appelhans ve ark., 2012). Werrij, Mulkens, Hospers ve Jansen (2006), kilo vermede diyet tedavisi seçildiği takdirde iyi bir sonuç elde edebilmek için depresyonun tedavi edilmesi gerektiğini söyler. Bu yüzden hem obezite cerrahisi sonrası süreçte hem de geleneksel yöntemlerin sürdürülmesinde depresyonun teşhis ve tedavisi, sağlıklı kiloya ulaşmak için önemli bir faktör olarak görülmektedir (Garner ve Wooley, 1991; Simon ve ark., 2006; Legenbauer, Herpertz ve de Zwaan, 2012).

1.5.2. Anksiyete

Anksiyete, depresyon gibi obezitede sık karşılaşılan durumlardan bir diğeridir (Jorm ve ark., 2003; Kalarchian ve ark., 2007). Çoğunlukla şu ana değil gelecekte karşılaşılabileceği tehditlerle ilgili olan anksiyete durumlarında, kişi bugündense ileride karşılaşılabileceği tehditler ve kötü olaylara odaklanmaktadır (Tompkins, 2013). Gelişmiş ülkelerde de en sık karşılaşılan psikopatolojiler arasında yer alan kaygı bozuklukları, yaşamda iniş-çıkışlara ve aksamalara sebep olmaktadır (Kessler ve Wang, 2008; Lykouras ve Michopoulos, 2011). Hastalık ve ölüm oranında artışlara sebep olurken, yaşam kalitesinde de düşüş yaratır (Sareen ve ark., 2006; Roy-Byrne ve ark., 2008).

Psikanalitik yaklaşım anksiyeteyi ayrılık, kastrasyon ya da sevgi yokluğu gibi tehlikeli durumlara verilen tepki olarak açıklar (Rangell, 1955). Bu görüş anksiyetenin; tehlikelere verilen tepki, libidinal enerjinin dönüşümü ve somatik bozukluklarının kaynağı olduğunu söyler (Compton, 1972). Bilişsel teori ise anksiyetenin bir “düşünme bozukluğu” olduğunu ve düşüncelerin çarpıtıldığını söyler (Beck, 1976). Çünkü kişiler gelecekte herhangi bir durumda zarar görmemek adına içinde buldukları durumu yanlış değerlendirme eğilimindedirler (Beck, Emery ve Greenberg, 1985). Köksal ve Power (1990), anksiyetenin duygular, biliş, davranış ve bedensel şikayetler olarak dört sistem üzerinde etkili olduğunu öne sürer. Bilişe, davranışa ve fizyolojiye ek olarak duygulanımın da göz önünde bulundurulması özellikle anksiyeteye bağlı görülen uyumsuz davranış biçimlerinin değiştirilmesine yardımcı olmaktadır. DSM-5’te anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluk, agorafobi, ayrılma kaygısı seçici konuşmazlık ve şeklinde ele alınır (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2014).

Obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma olmasına rağmen; anksiyete bozukluklarını ve obeziteyi inceleyen araştırma sayısının çok daha az olması dikkat çekicidir (Legenbauer ve ark., 2012). Ancak var olan çalışmaların pek çoğunun da depresyon üzerine olan alanyazından ve obez kişilerdeki psikopatolojiyi açıklamak için öne sürülen neşeli şişman hipotezinden etkilendiği görülmektedir (Roberts, Deleger, Strawbridge ve Kaplan, 2003). Crisp ve McGuinness (1976), obezitenin düşük anksiyete seviyesi ile ilişkili olup, kaygıya karşı koruyucu faktör olduğunu söyler. Bu görüşe göre, yüksek miktarlarda yemek tüketmek oral rahatlık sağlayıp “neşeli şişman” kişileri yaratmaktadır (Sarwer ve ark., 2005). Fakat kaygı bozukluğu olan obez kişilerin beslenme ve fiziksel aktivite açısından sağlıksız tercihler yapması, obezite ve anksiyete arasındaki kısır döngüyü yaratır (Strine ve ark., 2008; de Wit ve ark., 2010). Olumsuz duygularını düzenlemek amacıyla yüksek kalorili yiyeceklere yönelerek kısıtlayıcı yeme davranışını bir kenara bırakan obez kişilerin beraberinde kiloya bağlı fiziksel aktivitelerinde ve beden tatminlerinde düşme yaşanması

“başarısız diyet” algısına yol açıp, tekrar olumsuz duyguların deneyimlenmesine sebep olmaktadır (Polivy ve Herman, 2005).

Depresyonda olduğu gibi anksiyete bozukluklarının da cerrahi tedavi yaklaşımını seçen hastalar arasında yüksek olduğu ve kadınların erkeklere oranla daha fazla kaygı skoru gösterdiğini bulunmuştur (Papageorgiou, Papakonstantinou, Mamplekou, Terzis ve Melissas, 2002). Oyekcin, Yıldız, Şahin ve Gür’ün (2011) tedavi için başvuran obez hastalarla kontrol grubunu depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırdığı araştırmada, obez hastaların %65.5 endişeli ruh hali, %62.5 gerginlik, %56.2 depresif ruh hali, %78.1 bilişsel zorluk ve %62.5 somatik kaygı gösterdiğini bulmuştur. Scott, McGee, Wells ve Browne’nin (2008) 12.992 obez katılımcı ile obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada; kaygı bozuklukları ve obezite arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve özellikle diğer araştırmalardan farklı olarak travma sonrası stres bozukluğu ile obezite arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Karlsson ve arkadaşları (1998); cerrahi adaylarının %34, geleneksel yöntemleri seçen kişilerin %30, obez olmayan kişilerin ise %17 oranında kaygı düzeyi gösterdiğini bulmuştur. Burgmer ve arkadaşları (2007), kısıtlayıcı cerrahi türünü seçen hastaların %34 oranında anksiyete görüldüğünü söyler. Black, Goldstein ve Mason’a (2003) göre, obezite cerrahisine yönelen kişilerde anksiyete bozuklukları gibi eksen 1 bozuklukları daha yaygındır. Obez kişilerde en sık görülen anksiyete bozuklukları arasında, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi yer alır (Black, Goldstein ve Mason, 1992; Gertler ve Ramsey-Stewart, 1986).

Anksiyete ve obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk araştırmalar, bu ilişkiyi yemek tüketimindeki miktar açısından ele almıştır (Robbins ve Fray, 1980; Ruderman, 1983). Kaygılı durumda yemek yemek her ne kadar kaygıyı ya da kaygı yaratan durumu azaltmasa da anksiyeteli kişilerde yeme miktarında artış gözlemlenmiştir (Kaplan ve Kaplan, 1957; Robbins ve Fray, 1980; McKenna, 1972). Obeziteye getirilen psikosomatik hipoteze göre obez kişiler, olumsuz duygulanımı açlık ile karıştırıp yemeğe yönelirler ve kaygılı hissedilen her durumda yemeğe yönelinmesi öğrenilmiş bir

davranış haline gelir (Kaplan ve Kaplan, 1957; Leon ve Chamberlain, 1973). Slochower'ın (1976) yürüttüğü deneysel araştırmaya göre, kalp atışlarındaki artışın sebebini tanımlayamayan obez katılımcılar, normal kilodaki katılımcılara oranla daha fazla yemek yemiştir. McKenna (1972) da obez kişilerin normal kiloya sahip olan kişilerden anksiyete durumunda daha fazla yemek yediğini söyler. Yemek yediğinde kaygısının azaldığını gören kişi, her kaygılı durumda yemek yeme konusunda daha istekli hale gelir (Kaplan ve Kaplan, 1957). Macht (2008) ise kısıtlayıcı yeme davranışında bulunan kişilerin olumsuz duygular karşısında daha çok yemek yediğini ve aynı şekilde duygusal yeme davranışı gösteren kişilerin olumsuz duyguyu düzenlemek adına yemeğe daha fazla yöneldiğini söyler. Obez kişiler kaygılı durumla baş etmek ve duyguları düzenlemek amacıyla yeme daha fazla yönelmektedir (Gluck, Geliebter, Hung ve Yahav, 2004; Wallis ve Hetherington, 2009) ve bu durumun çözümü de olumsuz duygularla baş etmede problem yaşayan kişilerin duygu düzenleme stratejileri açısından geliştirilmesidir (Telch, Agras ve Linehan, 2001). Gianini, White ve Masheb'e (2013) göre, olumsuz duygularla karşılaşan obez kişilerin duygu düzenlemede yaşadıkları zorluk duygusal yeme davranışında artışa sebep olmaktadır. Anksiyete durumunda yemeğe yönelmek olumsuz duygulanımdan ve öz farkındalıktan kaçma yöntemidir ve uzun vadede obezitenin ortaya çıkmasına sebep olur (Laitinen, Ek ve Sovio, 2002; Heatherton ve Baumeister, 1991; Bruch, 1969).

Kiloya ilişkin damgalama ve ayrımcılık, obezitenin toplumsal ilişkilere yönelik yaşam kalitesinin bir parçasıdır (Kolotkin, Meter ve Williams, 2001) ve anksiyete ile obezite arasında önemli bir rol oynar (Ejike, 2013). Obez kişilerin toplumdaki diğer kişiler tarafından; kendilerini kontrol edemeyen, tembel, açgözlü şeklinde tanımlanmaları ve fiziksel açıdan çekici bulunmamaları sosyal ilişkilerde aktif katılımlarını gerektiren durumlardan kaçınmalarına sebep olur ve bu aslında "neşeli şişman" hipotezinin tam tersini ortaya koyar (Harris, Harris ve Bochner, 1982; Link ve Phelan, 2001). Friedman, Ashmore ve Applegate (2008), kiloya ilişkin damgalamanın kaygıyla olumlu yönde ilişkili olduğunu ve toplumdaki diğer insanlar tarafından damgalanmış olmanın yarattığı olumsuz duyguyla başa etmek için yemeğin tercih

edilmesinin tıknırcasına yeme davranışına sebep olduğunu söyler. Kiloya bağlı maruz kalınan damgalama en fazla cerrahi yöntemi seçen kişiler tarafından rapor edilmiştir (Friedman ve ark., 2008).

Anksiyete ve obezite arasındaki ilişkiyi açıkladığı düşünülen bir diğer değişken ise ebeveyn psikolojik kontrolüdür. Ebeveynlerden gelen yüksek oranda psikolojik kontrol anksiyetenin görülmesine yol açabilmektedir (Baumeister, Shapiro ve Tice, 1985; Luyckx, Soenens ve Berzonsky, 2007).

1.6. Algılanan Ebeveyn Kontrolü

Algılanan ebeveyn kontrolü literatürde davranış ve psikoloji boyutuyla ikiye ayrılmaktadır (Barber, Olsen ve Shagle, 1994). Bu çalışmada anne ve babadan algılanan psikolojik kontrol ele alınmıştır.

1.6.1. Ebeveyn Psikolojik Kontrolü

Obezitenin etiolojisinde ve çocukluktan yetişkinliğe uzanan dönemde önemli rol oynayan faktörlerden biri ebeveynin çocuk üzerindeki etkisidir (Klesges, Stein, Eck, Isbell ve Klesges, 1991; Faith, Scanlon, Birch, Francis ve Sherry, 2004). Ebeveyn psikolojik kontrolü, çocuğun hem gelişimini hem de sosyal ilişkilerindeki duruşunu etkileyen faktörlerden biridir (Grolnick, 2002). “Senin için neler yaptığının farkında mısın?”, “Ağlamayı kes!” ya da “Beni utandırıyorsun” ebeveyn psikolojik kontrolünün sözcüklere dökülmüş halidir (Aunola, Viljaranta ve Tolvanen, 2016). Barber (1996) tarafından ilk defa tanımlanan bu kavram, çocuğun psikolojik ve duygusal süreçlerinin ebeveyn tarafından manipüle edilmesi ve değiştirilmeye çalışılması şeklinde açıklanır. Çocuğun duygu ve düşüncelerine yönelik kontrol söz konusudur (Barber, 1996). Başka bir deyişle çocuğun psikolojik dünyası üzerinde baskı kurulmaktadır (Barber ve ark., 1994).

Ebeveyn psikolojik kontrolünü, ebeveyne özgü bazı özellikler doğrultusunda kullanılmaktadır. Belsky (1984), ebeveynin kendi içselleştirmiş olduğu semptomlarını çocuğa yansıtmasını, psikolojik kontrolün kullanılmasındaki öncül özelliklerden biri

olduğunu söyler. İçselleştirilmiş bu semptomlar yüksek seviyede depresyon semptomları olabileceği gibi düşük özgüven de olabilmekte ve ebeveynin çocuğa karşı psikolojik kontrolün uygulanmasına sebep olabilmektedir (Aunola, Ruusunen, Viljaranta ve Nurmi, 2015; Laukkanen, Ojansuu, Tolvanen, Alatupa ve Aunola, 2013). Ayrıca Aunola, Viljaranta ve Tolvanen (2016) tarafından 149 aile ve çocuklarıyla yürütülen araştırmada, anne ve babanın gün içerisinde olumsuz duygular hissetmesi yüksek oranda psikolojik kontrol ile ilişkili bulunmuştur. Psikolojik kontrolün bir diğer öncül sebebi olarak da ebeveynin çocuktan gelen rencide edici mesajlara karşı hassasiyet göstermesi ve olumsuz duyguların kabul görmemesidir (Walling, Mills ve Freeman, 2007). Ayrıca ebeveynin uyumsuz mükemmeliyetçiliği, yüksek seviyedeki ayrılık anksiyetesi, çocuğun davranışlarına ve başarılarına bağlı olarak hissettiği özgüven psikolojik kontrolün gösterilmesinde kişisel farklar yaratan sebeplerdendir (Soenens, Vansteenkiste ve Luyten, 2010; Kins, Soenens ve Beyers, 2011, Ng, Pomerantz ve Deng, 2014).

Manipülatif ve kısıtlayıcı şeklinde iki gruba ayrılan ebeveyn psikolojik kontrolü, bu kontrolün çocuk üzerindeki etkilerini daha iyi anlamlandırmaya yardımcı olmaktadır (Barber ve Harmon, 2002'den akt; Uzun, 2014). Manipülatif ebeveynlikte sevgi esirgeme, suçluluk ve kaygı yüklemeye yolları ile çocuğun davranışlarını şekillendirmek ya da çocuk ve ebeveyn arasındaki bağda denge sağlanması amaçlanmakta iken; kısıtlayıcı ebeveynlikte çocuğun kendini ifade etmesi ve keşfetmesi baskı ile engellenmektedir.

Çocuğun duygu ve düşüncelerinin psikolojik açıdan kontrol edilmesi, çocuk üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Ebeveyn psikolojik kontrolü depresyon, anksiyete ve düşük özgüven ile ilişkili görülmektedir (Barber, 1996; Loukas, Paulos ve Robinson, 2005; Soenens ve Vansteenkiste, 2010). Ebeveynlerden algılanan psikolojik kontrolün, yetişkin depresyonu üzerinde belirleyici faktörler arasında olduğu düşünülmektedir (Crook, Raskin ve Eliot, 1981).

Psikolojik kontrolünün yeme davranışı üzerindeki etkilerine Carper ve arkadaşlarının (2000) çocuklarla gerçekleştirdiği araştırma bir örnek teşkil etmektedir.

197 kız çocuğu ve aileleriyle yürütülen araştırma, kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yemenin ebeveyn kontrolüyle ilişkili olduğunu söyler. Arrendondo ve arkadaşları (2006) ise ebeveynin kontrolcü tavrının sağlıklı yemek seçimleriyle ilişkili olduğunu ve özellikle ebeveynleri tarafından kontrol edilen kız çocuklarının erkek çocuklara oranla daha fazla sağlıklı seçimlerde bulunduğu söyler. Geriye dönük yapılan bir araştırmada ise yetişkinlikte sevmedikleri yiyecekleri belirten kişilerin, çocukken bunları yeme konusunda ebeveynlerinden baskı gördükleri sonucunu çıkarmıştır (Batsell, Brown, Ansfield ve Paschall, 2002).

1.7. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Obezite ile sık çalışılan konulardan bir diğeri yaşam kalitesidir. DSÖ yaşam kalitesini, bireyin içinde bulunduğu kültüre ve sisteme bağlı olarak amaçlarını, beklentilerini ve kaygılarını algılaması olarak tanımlar (DSÖ, 1998). Bu tanımda asıl vurgulanan kültür, sosyal ve çevresel faktörler etkisinde şekillenen yaşam kalitesinin, kişisel değerlendirmeye bağlı olmasıdır (DSÖ, 1998). Ware (1995) yaşam kalitesinin; yaşam standartını, barınmayı, aile ilişkilerini ve iş tatminini kapsadığını söyler.

Obezite ile yaşam kalitesine baktığımızda ise kilonun çoğunlukla kişilerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yarattığı görülmektedir (Kushner ve Foster, 2000; Jia ve Lubetkin, 2005). Yapılan araştırmalar VKİ ile yaşam kalitesi arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir (Heo, Allison, Faith, Zhu ve Fontaine, 2003; Hassan, Joshi, Madhavan ve Amonkar, 2003). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan obezite; fiziksel sağlık, duygusal iyilik hali ve psikososyal işleyiş üzerinde önemli rol oynar (Sarwer, Bishop-Gilyard ve Carvajal, 2014). Sağlık, eğitim ve iş gibi farklı alanlarda diğer insanlar tarafından önyargıya maruz kalan obez kişiler; özgüven, cinsel işlev, iş hayatı, fiziksel sağlık ve toplumsal ilişkiler açısından düşük yaşam kalitesine sahiptirler (Puhl ve Heuer, 2010; Wee, Davis ve Hamel, 2008; Kolotkin, Crosby, Kosloski ve Williams, 2001). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri daha çok hastalık odaklı yaşam kalitesini değerlendirirken; Kolotkin, Head, Hamilton ve Tse (1995) tarafından kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla

geliştirilen ölçek obeziteyi sağlık, sosyal ve kişilerarası ilişkiler, özgüven, cinsel hayat, günlük aktiviteler ve yemekle rahatlama açısından değerlendirir. Daha sonra kısa formu geliştirilen ölçekte ise bedensel işlevler, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş açısından kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisine odaklanılır (Kolotkin, Crosby, Kosloski ve Williams, 2001). Bu çalışmada da bu noktalar referans alınmaktadır.

Obez kişiler hangi tedavi yaklaşımını seçerlerse seçsinler, çevrelerindeki diğer insanlar tarafından az yemeleri ve bol hareket etmeleri konusunda söylemlere maruz kalırlar (Maddox, Back ve Liederman, 1968). Halbuki obezite, günlük hareketleri zorlaştırıp bedende ağırlık hissine sebep olarak, ekstra fiziksel aktiviteyi ve egzersiz yapmayı zorlaştırır (Hulens, Vansant, Claessens, Lysens, Muls ve Rzewnicki, 2002). Mattsson, Larsson ve Rössner (1997) tarafından yürütülen araştırmada obez kadınların oksijen kapasitelerinin %56'sını kullandıkları ve daha yavaş yürüyüp, ağır hareket ettikleri sonucu bulunmuştur. Obez ve normal kilodaki kadınların karşılaştırıldığı araştırmada, obez kadınların esneklik problemi yaşadığı, yerden bir şey alma ve dizlerini bükmekte zorlandıkları, büyük adımlar atmakta ve bir şey taşıırken yürümekte sıkıntı çektikleri bulunmuştur (Larsson ve Mattsson, 2001). Larsson (2004) kilo kaybının iskelet kaslarındaki ağrıyı azaltmada, hareket kabiliyetini ve günlük fonksiyonelliği yerine getirebilmede yardımcı olduğunu söyler. Vücudunda ağrı olan ve olmayan obez kişilerin karşılaştırıldığı araştırmada, ağrısı olduğunu bildiren kişilerin yaşam kalitesi açısından daha düşük skorlar aldığı görülmüştür (Barofsky, Fontaine ve Cheskin, 1997). Park, Ramachandran, Weisman ve Jung (2010), obez kişilerin eklem hareketleri açısından dezavantajlı olduğunu söyler. Özellikle çalışma ortamında kilolarından dolayı farklı vücut duruşunu benimsemek durumundadırlar ve tutmada, kaldırmada obez olmayan kişilere oranla daha fazla zorluk çekmektedirler (Gilleard ve Smith, 2007). Bu da obez kişilerin işle ilişkili fiziksel strese maruz kalmalarına sebep olur (Gilleard ve Smith, 2007). Tsai, Yang, Lin ve Fang (2004), merdiven çıkma, eğilme ve yürüme gibi günlük fiziksel aktivitelerin obez kişileri kısıtladığını söyler. Sonuç olarak obezite, vücutta fonksiyonel bozukluğa sebep olmaktadır (Heo, Pietrobelli, Wang, Heymsfield ve Faith, 2010).

Kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi özgüven açısından da ele alınmaktadır. Özgüven ile ilgili çalışmalar daha çok çocukluk ve ergenliğe odaklanmaktadır (French, Story ve Perry, 1995; Aldağal ve Sehlo, 2013; Harter, 1993). Örneğin obez ve obez olmayan çocukların karşılaştırıldığı araştırmada, obez olan çocukların daha düşük özgüvene sahip olduğu bulunmuştur (Sallade, 1973). Grilo, Wilfley, Brownell ve Rodin (1994), büyüme evresinde kiloyla ilişki olumsuz söylemlere maruz kalan kişilerin yetişkinlikte düşük özgüvene sahip olabileceğini söyler. Yetişkinler ile yapılan araştırmalara baktığımızda ise obez yetişkinlerin fiziksel görünüşleriyle ilgili olumsuz açıklamalar yaptığı ve kilolarıyla alakalı suçluluk, utanç gibi olumsuz duygular tarif ettiği görülmektedir (Thomas ve ark., 2010). Grilo ve arkadaşlarının (2005) obezite cerrahisine başvuran hastalar arasında yürüttükleri araştırmada, obez kişilerin “daima” ya da “çoğunlukla” vücutlarını belli eden kıyafetler giymekten kaçındıklarını ve yüksek oranda vücutlarını kontrol etme davranışı gösterdiğini bulunmuştur. Katılımcıları tedavi arayışında olan obez kadın ve erkeklerden oluşan araştırmanın sonuçlarına göre, görünüşleriyle ilgili olumsuz değerlendirme yapan kişiler yüksek seviyede depresyon skoru alırken düşük düzeyde özgüven göstermektedir (Friedman ve ark., 2002). Ayrıca kiloyla ilişkili maruz kalınan damgalama (stigmatization) depresyon ve bozuk beden algısıyla olumlu yönde bir ilişki gösterirken; düşük özgüven ile negatif yönde ilişki göstermektedir (Friedman ve ark., 2005). Yemek yemek de obez kişiler için damgalama ile baş etmek için yöneldikleri bir yol haline gelir (Puhl ve Brownell, 2006).

Cinsel yaşam, kiloya bağlı yaşam kalitesinin bir diğer boyutudur. White, O’Neil, Kolotkin ve Byrne (2004) yaşam kalitesinin etkisini inceledikleri araştırmada cinsel yaşamın obeziteden olumsuz yönde etkilendiğini söyler. Obezite cerrahisine başvuran 60 obez kadının 50 normal kilo aralığında kadın katılımcıdan oluşan kontrol grubu ile karşılaştırıldığı araştırmada, obez kadınların cinsel arzu, uyarılma, orgazm, tatmin ve tüm cinsel işleyiş açısından bozulmalar (impairments) bildirdiği görülmüştür (Assimakopoulos ve ark., 2006). Ayrıca hem kadınlarda hem de erkeklerde cinsel fonksiyon bozuklukları depresyonla ilişkili bulunmuştur (Rizvi ve ark., 2010; Clayton, 2002). Cinsellik kişinin beden algısıyla da ilişkilendirilmektedir (Camps, Zervos, Goode

ve Rosemurgy, 1996). Wiederman (2002) fiziksel görünüşün ve beden algısının, kadın ve erkeklerdeki cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğunu söyler. Ayrıca fiziksel hareketlerdeki kısıtlılığın cinsel birlikteliği daha zor, zevksiz, acı verici ve imkansızlaştırıcı hale getirdiği düşünülmektedir (Sarwer, Lavery ve Spitzer, 2012).

Obeziteye bağlı yaşam kalitesinde muzdarip olunulan noktalardan biri toplumsal yaşama özgü özelliklerdir (Puhl ve Brownell, 2001). Örneğin restoranların ebat olarak küçük koltuk veya sandalyeleri; otobüs, uçak ve tren gibi toplu taşıma araçlarındaki dar, küçük koltuklara ek olarak emniyet kemerlerinin yetersiz olması obez kişilerin günlük yaşamını zorlaştırmaktadır (Puhl ve Brownell, 2001).

Obezitenin iş yaşamındaki ilişkilerde ve çalışma performansında, yaşam kalitesini düşürücü etkisi vardır (Pronk ve ark., 2004). İşe gelmeme ve obezite bu alanda çokça çalışılan konulardan biridir (Bungum, Satterwhite, Jackson ve Morrow, 2003; Cawley, Rizzo ve Haas, 2007). Özellikle aşırı kiloya bağlı görülen yandaş hastalıklar, işte bulunulmayan gün sayısını arttırmaktadır (Ricci ve Chee, 2005). Schmier, Jones ve Halper'in (2006) sekiz araştırmadan oluşan derleme çalışması, obeziteye bağlı hastalıkların kişinin işte bulunamamasına, işten ayrılmasına ve iş kazalarına sebep olduğunu ve iş yerindeki harcamaları da arttırdığını göstermektedir. İşte bulunan obez kişilerin fiziksel aktivitelerinin kısıtlı ve zorlu olması işteki üretkenliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Gates, Succop, Brehm, Gillespie ve Sommer, 2008). Roehling (1999) obez çalışanların tembel, duygusal olarak değişken, uyumsuz, dağınık, işlerine daha az yetkin ve öz disiplinden yoksun oldukları konusunda olumsuz tanımlamalara maruz kaldıklarını söyler. Bu durum da obez kişilerin maaşlarını, terfi almalarını ve işten çıkartılmalarını olumsuz etkiler (Puhl ve Brownell, 2001). Obez olmayan bir kişiyle aynı işi yapan obez kişinin daha düşük maaş alması ve terfisinin reddi söz konusu olabilmektedir.

Yaşam kalitesini yordayan değişkenlerin belirlenmesi adına yürütülen araştırmada, depresyonun yaşam kalitesinin tüm alt boyutları üzerinde olumsuz etkisinin olduğu ve depresyonun tedavi edilmesinin hem yaşam kalitesinde hem de kilo veriminde olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir (Zeller ve Modi, 2006). Choo, Turk, Jae ve

Choo (2015) yüksek seviyedeki depresif semptomların düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu söyler. Bir başka araştırmada ise VKİ ve depresyon arasındaki ilişkide yaşam kalitesinin bedensel işlevler alt boyutunun aracı rolünün etkisi olduğu sonucu bulunmuştur (Pokrajac-Bulian, Kukic ve Basic-Markovic, 2015). VKİ 40 ve üstü olan 500 obez katılımcı ile yaşam kalitesinin yordayıcılarının incelendiği araştırmada, kronik ağrı, depresyon ve uyku apnesi düşük yaşam kalitesi ile ilişkili göstermiştir (Warkentin ve ark., 2014). Folope, Pharm, Grigioni, Coeffier ve Dechelotte (2012) tarafından yürütülen araştırmaya baktığımızda ise obez katılımcılar arasında görülen düşük yaşam kalitesinin anksiyete, depresyon ve yeme bozukluklarından tarafından şekillendiği görülmektedir.

Kiloya bağlı yaşam kalitesi, cerrahi yöntemi seçenler ve seçmeyenler arasında karşılaştırılmıştır. Van Nunen, Wouters, Vingerhoets, Hox ve Geenen (2007) tarafından yürütülen araştırmada obezite cerrahisini seçenlerin daha düşük yaşam kalitesi skoru gösterdiği bulunmuştur. Kolotkin ve arkadaşları (2003) cerrahi yöntemi seçen obez kişilerin hiçbir tedavi yaklaşımını seçmeyenlere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu söyler. Oldukça düşük enerji diyeti ile kilo veren kişilerin 2 yıllık takiplerinde, kilo veriminin hem kiloya bağlı yaşam kalitesinde hem de kilonun psikoloji üzerindeki olumsuz etkisinde olumlu değişiklikler yarattığı görülmüştür (Kauka, Pekkarinen, Sane ve Mustajoki, 2003).

1.8. Tezin Amacı ve Hipotezleri

Obezitenin günümüzde görülme sıklığı gittikçe artan bir hastalık olması sebebiyle, oluşumunda etken olan faktörler ile toplum ve insan hayatına olan etkileri de her geçen gün daha fazla araştırılmaktadır. Teorik bilgiler ve alanyazındaki araştırma bulguları doğrultusunda bu çalışmanın ilk amacı da obezite tanısı almış hastaları sahip oldukları psikopatoloji, yeme davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü ve yaşam kalitesi açısından tanımlamaktır.

Bir diğer önemli amaç kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yordayan faktörleri belirlemektir. Alanyazında yaşam kalitesinin birçok değişken ile ilişkili olduğu

görülmektedir. Bu nedenle kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin bu araştırmadaki hangi değişkenler tarafında yordandığı araştırılmak istenmiştir. Depresyon ve anksiyete skorunun yüksek olması halinde yeme davranışlarında artış görülmesi ve bu durumun VKİ'ni arttırarak kilonun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini arttıracığı düşünülmektedir.

Son olarak obezite cerrahisine başvuran hastaların ameliyat öncesi sahip oldukları psikopatoloji, yeme davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü, duygu düzenleme stratejileri ve yaşam kalitesi açısından diyetisyen desteği alan hastalarla karşılaştırmak amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın hipotezleri:

1. Psikopatoloji, yeme davranışları, ebeveyn psikolojik kontrolü ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin VKİ ile anlamlı ilişki göstermesi,
2. Duygusal yeme davranışı ile psikopatoloji arasında olumlu yönde bir ilişki olması,
3. Ebeveyn psikolojik kontrolü ile psikopatoloji ve yeme davranışları arasında olumlu yönde ilişki olması,
4. Obezite cerrahisine başvuran ve herhangi bir cerrahi yönteme başvurmayıp diyetisyen desteği alan iki farklı örneklemin psikopatoloji, yeme davranışları ve yaşam kalitesi açısından farklılaşması; bu farklılıkta obezite cerrahisine başvuran katılımcıların yüksek psikopatoloji ve yeme davranışı skoru göstermesi ve yaşam kalitesi açısından daha dezavantajlı olması,
5. Kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin VKİ, yeme davranışları ve psikopatoloji tarafından yordanması beklenmektedir.

1.9. Tezin Önemi

Alanyazında obezite cerrahisi adayları ile geleneksel tedavi yöntemlerinden diyet tedavisini seçen kişiler çoğunlukla psikopatoloji ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmaktadır. Bu araştırmaya hem psikopatoloji hem de obezite üzerinde etkili olabilecek birçok farklı değişkenin dahil edilmesi, obeziteyi anlamlandırmada ve

kişilerin obezite ile nasıl başa çıktıklarını yorumlayabilmekte yardımcı olacaktır. Ayrıca günümüzde obezitenin gittikçe artması ve ciddi bir sağlık sorunu haline gelmesi bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kişilerin yaşam kaliteleri üzerinde etkili olabilecek faktörleri belirlemek hem obezite-psikoloji ilişkisini ortaya koymak hem de tedavilerden elde edilecek sonuçları olumlu yönde şekillendirmek adına önemli olacaktır.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemini 114 obezite cerrahisine başvuran (66 kadın, 48 erkek) ve daha önceden obezite cerrahisi deneyimi olmayıp diyetisyen desteği alan 44 obezite katılımcıdan (31 kadın, 13 erkek) oluşmaktadır. Diyetisyene giden katılımcıların verilerinden 2 kişi daha önce cerrahi yönetime başvurduğu için örneklemden çıkartılmıştır. Toplam katılımcı sayısı 158'dir. Obezite cerrahisi örnekleminin yaş aralığı 16-61'dir (*Ort.* = 38.26, *SS* = 11.21). Diyetisyen desteği alan katılımcıların yaş aralığı ise 15-65'tir (*Ort.* = 33.32, *SS* = 12.15). Obezite cerrahisine başvuran kişilerin verileri İstanbul'da özel bir bariatrik cerrahi kliniğinden; diyetisyen desteği alan obezite katılımcıların verileri ise farklı özel diyet kliniklerinden toplanmıştır. Obezite cerrahisine başvuran kişiler ameliyat için başvurdukları sırada herhangi bir diyet içerisinde değildiler. Katılımcıların detaylı demografik özellikleri Tablo 1, 2, 3 ve 4'te verilmiştir.

Tablo 1. Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcıların Demografik Özellikleri

	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	66	57.9
Erkek	48	42.1
Eğitim		
İlkokul	10	8.8
Ortaokul	12	10.5
Lise	21	18.4
Üniversite	47	41.2
Yüksek lisans/doktora	24	21.1
Yaşanılan Yer		
Aile	100	87.7
Tek başına	13	11.4
Diğer	1	.9
Medeni Durum		
Bekar	49	43.0
Evli	58	50.9
Ayrı	7	6.1

Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	71	62.3
Çalışmıyorum	35	30.7
Emekliyim	7	6.1
Emekliyim ve çalışıyorum	1	.9

Tablo 2. Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Demografik Özellikleri

		<i>n</i>	%
Cinsiyet			
	Kadın	31	70.5
	Erkek	13	29.5
Eğitim			
	İlkokul	2	4.5
	Ortaokul	8	18.2
	Lise	6	13.6
	Üniversite	25	56.8
	Yüksek lisans/doktora	3	6.8
Yaşanılan Yer			
	Aile	43	97.7
	Diğer	1	2.3
Medeni Durum			
	Bekar	23	52.3
	Evli	20	45.5
	Ayrı	1	2.3
Çalışma Durumu			
	Çalışıyorum	29	65.9
	Çalışmıyorum	14	31.8
	Emekliyim ve çalışıyorum	1	2.3

Tablo 3. Katılımcıların Yaş ve VKİ Değerleri

	Min.	Maks.	Ort.	SS
Yaş	15	65	36,8	11,6
VKİ	29,8	66,8	41,1	7,4
Diyetisyene Gidenler	29,7	58,3	34,9	5,9
Cerrahiyi Seçenler	30,8	66,8	43,4	6,5

Tablo 4. Diyetisyen Desteği Alan Kişilerin Ay Bazında Tedavi Süreleri

	Min.	Maks.	Ort.	SS
Süre	1	36	3	8.11

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcılara cinsiyet, yaş, çalışma durumları, boy ve kiloları, geçmişteki kilo verme çabaları, psikolog/psikiyatrist başvuruları ve sosyal desteklerine dair bazı bilgileri alabilmek amacıyla demografik bilgi formu verilmiştir. Cerrahiye başvuran kişilere ameliyata dair bilgileri olup olmadığı sorulurken; diyetisyen desteği alan kişilere herhangi bir medikal şikayetlerinin olup olmadığı, cerrahi yönteme başvurup başvurmadıkları ve ne kadar zamandır diyetisyen desteği aldıkları sorulmuştur.

2.2.2. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

1988 senesinde Beck ve arkadaşları kişilerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek amacıyla 4'lü likert (0 = Hiç, 3 = Ağır düzeyde) tipinde 21 maddelik bu ölçeği geliştirmişlerdir (Ek-5). Her maddeden 0 ile 3 arasında puan alınabilir ve toplamda en yüksek alınabilecek puan 63'tür. Toplam skor tüm maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Ölçek "Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma/karınalanma", "Sinirlilik" ve "Terleme" gibi maddelerden oluşmuştur. Toplam puanın yüksekliği anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Türkçe uyarlaması Ulusoy, Şahin ve Erkmén (1998) tarafından yapılmıştır. İç tutarlık katsayısı .92 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .57'dir (Savaşır ve Şahin, 1997). Bu çalışma için BAE'nin Cronbach's Alpha değeri .862'dir.

2.2.3. Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Ölçeği

Barber (1996) tarafından geliştirilen ve 16 maddeden oluşan bu ölçek, çocukluk ve ergenlikte anne ve babadan algılanan psikolojik kontrolü ölçmek amacıyla

geliştirilmiştir. Ebeveynden Algılanan Psikolojik Kontrol Ölçeği daha sonra Harma (2008) tarafından 3 madde daha eklenerek 19 madde ile Türk kültürüne adapte edilmiştir. Sözel ifade (1-3. maddeler), duyguların geçersiz kılınması (4-6. maddeler), kişisel saldırı (7-9. maddeler), suç yükleme (10. ve 11. maddeler), sevgiden mahrum bırakma (12-14. maddeler), tutarsız duygusal davranışlar (15 ve 16. maddeler), karşılaştırma (17. madde) ve utanç yükleme (18.ve 19. maddeler) ölçülen alanlardır (Barber, 1996; Harma, 2008). Ölçekteki maddeler 6'lı likert (1 = Hiçbir zaman, 6 = Her zaman) tipindedir ve alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 114'tür. Bu araştırmada 19 maddelik anne (Ek-6) ve baba (Ek-7) için ayrı ayrı olan ölçekler kullanılmıştır. Anne formunun iç tutarlılığı ,87 iken baba formunun iç tutarlılığı ,88'dir (Harma, 2008). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri anne formu için .91; baba formu için ise .93'dir.

2.2.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Ek-8) Van Strien ve arkadaşları (1986) tarafından duygusal, dışsal ve kısıtlanmış yeme davranışlarını ölçmek için oluşturulan 33 maddelik 5'li likert tipi (1= Hiçbir zaman, 5= Sık sık) ölçektir. İlk 10 soru kısıtlayıcı yeme davranışını, 11-23 duygusal yemeği, 24-33 ise dışsal yeme davranışını gösterir. 31.madde ters sorudur. Alt ölçekler için belirtilen maddelerin toplamı, o alt ölçeğin skorunu vermektedir. Türkçeye adaptasyonu Bozan, Baş ve Aşçı (2011) tarafından yapılmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği duygusal yeme davranışı için .90; dışsal yeme davranışı için .96 ve kısıtlayıcı yeme davranışı için .94 bulunmuştur. Ölçeğin bu araştırma için güvenilirlik katsayısı .89, kısıtlayıcı yeme davranışı alt ölçeği için .87, duygusal yeme davranışı için .96 ve dışsal yeme davranışı için ise .86'dır.

2.2.5. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BDÖ depresyonu; duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel açıdan inceleyen 21 maddelik ölçektir (Beck ve ark., 1961). Maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde numaralandırılır. "0" o maddeyle ilgili belirtinin olmadığını gösterirken "3" en yüksek belirtiyi temsil eder. Toplam skor tüm maddelerin toplanmasıyla elde edilir. BDÖ için en düşük puan 0,

yüksek puan 63'tür. Toplam skorun 17 ve üstü olması depresyonun ileri seviyede olduğunu göstermektedir (Hisli, 1989). Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik katsayısı .74 ve geçerlik katsayısı ise.63 bulunmuştur. Bu araştırma için güvenilirlik katsayısı ise .87'dir. (Ek-9)

2.2.6. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği-Kısa Form

Kilonun yaşam kalitesi üzerine etkisi ölçeği Kolotkin, Head, Hamilton ve Tse (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin sağlık, kişilerarası ilişkiler, iş, mobilite, benlik saygısı, cinsel yaşam aktiviteleri ve konfor gıda şeklinde 8 alt bölümü vardır. 2001'de kısa formu oluşturulan 5'li likert (1= hiçbir zaman doğru değil; 5= her zaman doğru) tipindeki ölçek 5 alt bölüme indirilmiştir (Kolotkin ve ark., 2001). Bu bölümler; bedensel işlevler (physical functioning), özgüven (self-esteem), cinsel yaşam (sexual life), toplum baskısı (public distress) ve iştir (work). Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan da 100'dür. Alt ölçek skorları ve toplam skor hesaplamaları için bir formül mevcuttur. Ölçekten alınan yüksek puanlar kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin fazla olduğu anlamına gelmektedir. Çömlekçi (2011) tarafından Türkçeye geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan 31 maddelik bu ölçeğin iş alt ölçeğindeki 3. ve 4. sorular çıkartılmıştır Cronbach's Alpha değeri .97 iken test-tekrar test değeri .98'dir (Çömlekçi, 2011). Bu çalışma için Cronbach's Alpha değeri .96 bulunmuştur. (Ek-10)

2.3. İşlem

Obezite cerrahisine başvuran (Ek-1) ve diyetisyen desteği alan (Ek-2) katılımcılar araştırmanın amacını ve gönüllülük esasına dayandığını anlatan onam formu ile ankete başlamaktadır. Bilgilendirilmiş onam formu (Ek-1 ve Ek-2) imzalatıldıktan sonra yukarıda bahsi geçen ölçekler ile oluşturulan anket formunun sunulmasıyla toplanmıştır. Her bir anketin sonunda bilgilendirme formu bulunmaktadır.

Obezite cerrahisine başvuran kişilere anket formu ameliyata öncesi hazırlık sürecinde kliniğe geldikleri zaman sunulmuştur ve psikolog değerlendirmesinden önce doldurmaları istenmiştir. Bu veriler bir senelik zaman diliminde toplanmıştır. Diyetisyen

desteği alan katılımcıların verileri de zaman olarak aynı sürede toplansa da cerrahiye başvuran kişilerin veri sayısına ulaşılammıştır. Bunun birçok sebebi vardır. İlki, bu sürede 21 diyetisyenle veri toplama konusunda iletişime geçilmiş fakat sadece 7 diyetisyen olumlu dönüş alınmıştır. Bir diğer sebep diyetisyen desteği alan kişilerin, diyetisyenleriyle görüşme sıklıklarının ayda bir olması ve katılımcıların anket formunu doldurmak için kısıtlı zamanlarının olmasıdır. Anketlerin randevu öncesi doldurulmaları ya da kişilerin formunu alıp bir sonraki randevuya getirmeleri, anket formlarının geri dönüşünü zorlaştırmıştır. Diyetisyen desteği alan obez kişiler, kilo vermek amacıyla hali hazırda tedavi sürecinin içerisindeyler.

2.4. Verilerin Çözümlemesi

Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen veriler Korelasyon, Bağımsız Örneklemeler t Testi, Çoklu Varyans Analizi ve Regresyon ile analiz edilmiştir. Verilerin analizi IBM Statistics 21 ile yapılmıştır.

3. BÖLÜM

SONUÇLAR

Bu çalışmanın amacı, obezite cerrahisine başvuran ve daha önce hiçbir cerrahi yöntemi seçmeyip hali hazırda kilo vermek için diyetisyen desteği alan obez katılımcılardan oluşan iki gruba, psikopatoloji, yeme tutumları, algılanan ebeveyn kontrolleri ve yaşam kaliteleri açısından karşılaştırmak ve yaşam kalitesini yordayan değişkenleri belirlemektir. Bunun için ilk olarak araştırmadaki tüm değişkenlerin korelasyonel analizi yapılacaktır. Daha sonra, iki grup arasında çalışmadaki tüm değişkenler açısından bir farklılık olup olmadığına bakılacaktır. Son olarak, kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değişkenini yordayan değişkenler belirlenip, iki grup yeme davranışları açısından karşılaştırılacaktır.

3.1. Değişkenlerin Tanımlayıcı Değerleri

Analize öncelikli olarak VKİ, araştırmada kullanılan ölçekler ve bu ölçeklerin alt ölçeklerine ait ortalama, standard sapma, minimum-maksimum değerlerini belirlemek adına tanımlayıcı istatistik yöntemi kullanılmıştır. Tablo 5'te değerler detaylı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 5. *Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistik Değerleri*

	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
VKİ	158	29.8	66.8	41.11	7.44
Beck Anksiyete	155	0	38	11.33	8.10
Anne Kontrol	156	19	90	39.60	16.17
Baba Kontrol	151	19	107	36.67	17.94
Kısıtlayıcı Yeme	158	10	47	27.79	7.88
Duygusal Yeme	158	13	65	38.31	14.49
Dışsal Yeme	158	14	50	32.30	7.65
Beck Depresyon	158	0	45	13.14	8.66
Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi	133	18.71	93.55	53.57	18.02

3.2. Değişkenlerin Birbirleriyle Olan İlişkileri

Değişkenler arası ilişkiye Pearson Korelasyon ile bakıldığında VKİ'nin kısıtlayıcı yeme davranışı ($r = -.25, p = .001, p < .01$) ile olumsuz; kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ($r = .35, p = .000, p < .01$) ile olumlu yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur.

Anksiyete ile anne ($r = .27, p = .001, p < .01$) ve baba ($r = .25, p = .002, p < .01$) psikolojik kontrolü; yeme davranışlarından duygusal ($r = .25, p = .002, p < .01$) ve dışsal yeme davranışı ($r = .16, p = .047, p < .05$) ve depresyon ($r = .45, p = .000, p < .01$) arasında olumlu yönde korelasyon bulunmuştur. Ayrıca anksiyete kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ($r = .35, p = .000, p < .01$) ile de olumlu yönde ilişki göstermektedir.

Anne psikolojik kontrolünün ise baba psikolojik kontrolü ($r = .38, p = .000, p < .01$), duygusal ($r = .21, p = .010, p < .05$) ve dışsal ($r = .18, p = .019, p < .05$) yeme davranışı ve depresyon ($r = .23, p = .004, p < .01$) ile olumlu yönde bir ilişki gösterdiği bulunmuştur.

Baba psikolojik kontrolü depresyon ($r = .24, p = .004, p < .01$) ile olumlu yönde ilişki gösterir.

Kısıtlanmış yeme davranışının, VKİ ($r = -.25, p = .001, p < .01$) ve dışsal yeme davranışı ($r = -.35, p = .000, p < .01$) ile olumsuz yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur.

Duygusal yeme davranışı anksiyete ($r = .25, p = .002, p < .01$), depresyon ($r = .32, p = .000, p < .01$), dışsal yeme davranışı ($r = .48, p = .001, p < .01$) ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ($r = .33, p = .001, p < .01$) ile olumlu yönde ilişki göstermektedir.

Dışsal yeme davranışı kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ($r = .35, p = .000, p < .01$) ile ise olumlu yönde ilişkilidir.

Değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkileri detaylı bir şekilde Tablo 6'daki korelasyon tablosunda verilmiştir.

Tablo 6. Değişkenler Arası Korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. VKİ	1	-.05	.14	.10	-.25**	-.00	.02	-.06	.35**
2. BAE		1	.27**	.25**	.08	.25**	.16*	.45**	.35**
3. APK			1	.38**	-.05	.21*	.19*	.23**	.15
4. BPS				1	.03	.11	.14	.24**	.14
5. KYD					1	-.06	-.35**	.00	-.12
6. DYD						1	.48**	.32**	.33**
7. Dış.Y. D.							1	.12	.35**
8. BDE.								1	.39**
9.KYKÜE									1

** $p < .01$, * $p < .05$

Not: BAE = Beck Anksiyete Envanteri, APK = Anne Psikolojik Kontrolü, BPS = Baba Psikolojik Kontrolü, KYD = Kısıtlayıcı Yeme Davranışı, DYD = Duygusal Yeme Davranışı, Dış. Y. D. = Dışsal Yeme Davranışı, BDE = Beck Depresyon Envanteri, KYKÜE = Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi

3.3. Obezite Cerrahisine Başvuran ve Başvurmayan Diyetisyen Desteği Alan Obez Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Anne ve Baba Psikolojik Kontrolü ve Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Açısından Karşılaştırılması

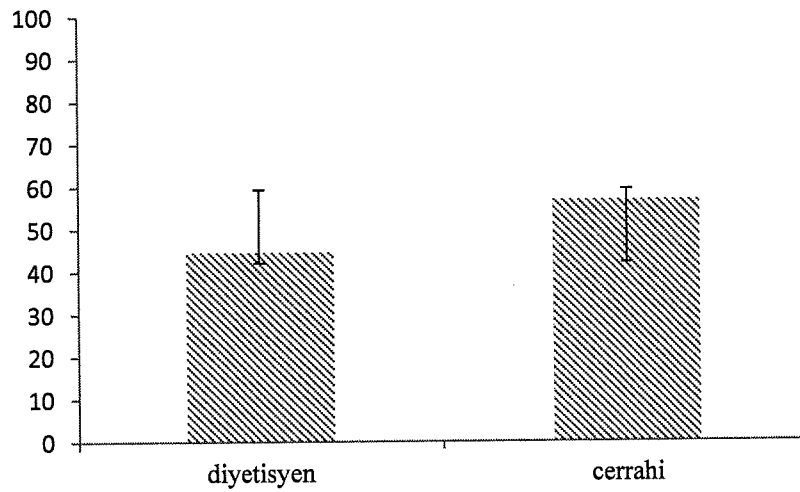
Depresyon, kaygı, anne ve baba psikolojik kontrolü ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin iki grup arasında anlamlı fark yaratıp yaratmadığını görmek adına Bağımsız Örneklem t Testi (Independent Samples t Test) yapılmıştır. Sonuçlar kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin iki grup arasında anlamlı düzeyde farklı ($t(131) = -3.59, p < .001$) olduğunu göstermektedir. Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarının kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi diyetisyen desteği alan katılımcılara oranla daha yüksektir ($Ort = 56.78, SS = 17.36$). Bu sonuç kilonun cerrahi tedaviyi seçen katılımcıların yaşam kalitelerinde olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir. Depresyon ($t(156) = .43, p = .67$), anksiyete ($t(153) = 1.64, p = .10$), anne ($t(154) = -.08, p = .94$) ve baba ($t(149) = .53, p = .60$) psikolojik kontrolü ise iki grup arasında anlamlı düzeyde farklar ortaya koymamaktadır. Detaylı sonuçlar Tablo 7'de ve Grafik 1'de verilmiştir.

Tablo 7. Obezite Cerrahisine Başvurmuş Katılımcılar ile Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Anne ve Baba Psikolojik Kontrolü ve Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Açısından Karşılaştırılması

	Diyetisyen		Cerrahi		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>		
Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi	44.59	16.97	56.78	17.36	-3.63	.00*
Depresyon	13.61	9.05	12.95	8.53	.42	.67
Anksiyete	13.04	8.76	10.67	7.76	1.65	.10
Anne Psikolojik Kontrolü	39.44	16.47	39.67	16.12	-.08	.94
Baba Psikolojik Kontrolü	37.90	17.78	36.19	18.06	.53	.60

**p* < .05

Grafik 1. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Gruplar Arası Ortalamaları



3.4. Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar ile Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Ölçeğinin Alt Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması

Araştırmadaki iki grup kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ölçeğinin alt ölçek puanları açısından Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) kullanılarak karşılaştırılmıştır. Wilks' kriterine göre iki grup arasında anlamlı sonuç ($F(5, 127) =$

3.19, $p = .01$, Wilks' $\lambda = .88$, $\eta^2 = .11$) görülmektedir. Çok değişkenli (Multivariate) analizin ardından, Bonferroni düzeltmeleri kullanılarak tek değişkenli (univariate) analizler yapılmıştır. Bu düzeltmeye göre univariate sonuçlar için alpha değerinin .010'nun (alpha sayısının alt ölçek sayısına bölünmesi, $.05/5 = .010$) altında olduğu durumlar anlamlı sayılmıştır.

Bonferroni düzeltmeleri göz önünde bulundurulduğunda alt ölçeklerden bedensel işlevler ($F(1, 131) = 14.59$, $p = .00$, $\eta^2 = .10$), cinsel yaşam ($F(1, 131) = 6.96$, $p = .01$, $\eta^2 = .05$) ve toplum baskısı ($F(1, 131) = 10.00$, $p = .00$, $\eta^2 = .07$) alt ölçeklerinin anlamlı düzeyde farklılık ortaya koyduğunu görmekteyiz. Bu alt ölçekler kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkilemektedir. Özgüven ($F(1, 131) = 3.07$, $p = .08$, $\eta^2 = .02$) ve iş yaşamı ($F(1, 131) = 3.36$, $p = .07$, $\eta^2 = .03$) alt ölçeklerinde ise anlamlı sonuçlar çıkmamıştır. Bu alt ölçekler kişilerin yaşam kaliteleri üzerinde bir etkiye sahip değildir. Anlamlı çıkan alt ölçeklerin ortalamaları cerrahi tedaviye başvuran katılımcılar arasında daha yüksektir. Bedensel işlevler alt ölçeği için $Ort. = 37.01$, $SS = 11.40$; cinsel yaşam alt ölçeği için $Ort. = 11.73$, $SS = 5.57$ ve toplum baskısı alt ölçeği için ise $Ort. = 12.68$, $SS = 5.97$ 'dir. Detaylar Tablo 8 ve 9'da verilmiştir.

Tablo 8. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Ölçeğinin Alt Ölçekleri için Çoklu Varyans Analizi Değerleri

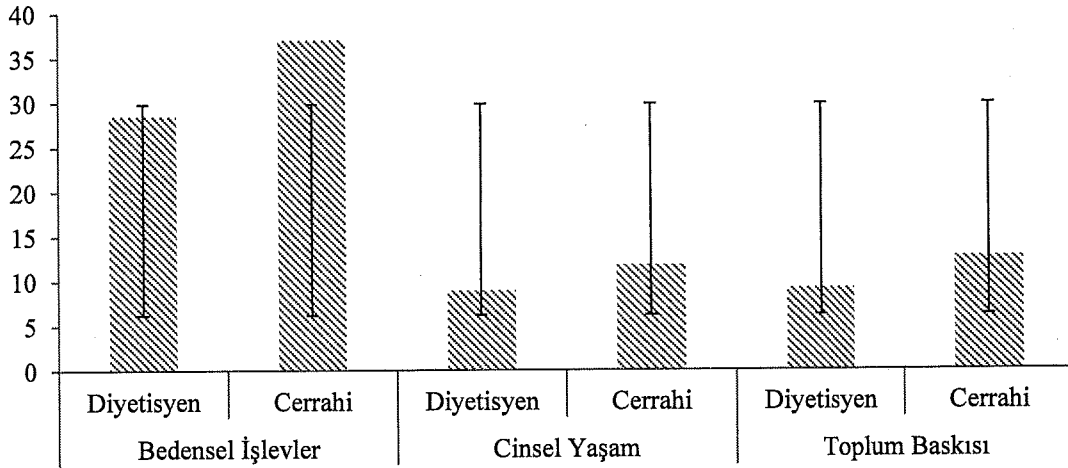
	Multivariate				Univariate		
	Wilks' λ	F	df	η^2	F	Df	η^2
GRUP	.88	3.19*	5, 127	.11	-	-	-
Bedensel İşlevler	-	-	-	-	14.59*	1, 131	.10
Cinsel Yaşam	-	-	-	-	6.96*	1, 131	.05
Toplum Baskısı	-	-	-	-	10.00*	1, 131	.07
Özgüven	-	-	-	-	3.07	1, 131	.02
İş Yaşamı	-	-	-	-	3.36	1, 131	.03

* $p < .05$

Tablo 9. Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar ile Diyetisyen Desteği Alan Katılımcıların Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi Ölçeğinin Alt Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması

		<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>
Bedensel İşlevler	Diyetisyen	35	28.51	11.40
	Cerrahi	98	37.01	11.25
Cinsel Yaşam	Diyetisyen	35	8.91	4.97
	Cerrahi	98	11.73	5.57
Toplum Baskısı	Diyetisyen	35	9.17	4.55
	Cerrahi	98	12.68	5.97
Özgüven	Diyetisyen	35	18.40	9.05
	Cerrahi	98	21.47	8.86
İş Yaşamı	Diyetisyen	35	4.11	2.77
	Cerrahi	98	5.10	2.71

Grafik 2. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İki Örneklem Arasında Anlamlı Çıkan Alt Ölçekleri



3.5. Obezite Cerrahisine Başvuranlar ve Başvurmayıp Diyetisyen Desteği Alan Obez Katılımcıların Yeme Davranışları Açısından Karşılaştırılması

Obezite cerrahisine başvuran adaylar ile diyetisyen desteği alan obez katılımcıların yeme davranışları açısından bir fark olup olmadığını görmek adına iki grup Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği puanları açısından Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) kullanılarak karşılaştırılmıştır. Wilks' kriterine göre iki grup

arasında anlamlı sonuç ($F(3, 154) = 3.46, p < .05, \text{Wilks}' \lambda = .93, \eta^2 = .06$) görülmektedir. Çok değişkenli (Multivariate) analizin ardından, Bonferroni düzeltmeleri kullanılarak tek değişkenli (Univariate) analizler yapılmıştır. Bu düzeltmeye göre univariate sonuçlar için alpha değerinin .016'nın (alpha sayısının alt ölçek sayısına bölünmesi, $.05/3 = .016$) altında olduğu durumlar anlamlı sayılmıştır.

Alt ölçekler Bonferroni düzeltmesi göz önünde bulundurularak incelendiğinde, iki grup arasındaki anlamlı fark sadece kısıtlayıcı yeme davranışı alt ölçeğinde ortaya çıkmaktadır ($F(1, 156) = 9.33, p = .003, \eta^2 = .06$). Buna göre diyetisyen desteği alan katılımcılar cerrahi grubuna göre daha fazla kısıtlayıcı yeme davranışı göstermektedirler (Ort. = 30.80, $SS = 7.72$). Duygusal ($F(1, 156) = .00, p = .99, \eta^2 = .00$) ve dışsal yeme davranışı ($F(1, 156) = 3.17, p = .08, \eta^2 = .02$) ise iki grup için anlamlı değildir.

Tablo 10'da yeme davranışlarının Çoklu Varyans Analizi değerleri bulunmaktadır. Tablo 11'de ve Grafik 3'te ise iki grup için kısıtlayıcı yeme davranışının istatistikî değerleri verilmiştir.

Tablo 10. Yeme Davranışlarının Çoklu Varyans Analizi Değerleri

	Multivariate				Univariate		
	Wilks' λ	F	df	η^2	F	Df	η^2
GRUP	.93	3.46*	3, 154	.06	-	-	-
Kısıtlayıcı Yeme Davranışı	-	-	-	-	9.33*	1, 156	.06
Duygusal Yeme Davranışı	-	-	-	-	.00	1, 156	.00
Dışsal Yeme Davranışı	-	-	-	-	3.17	1, 156	.02

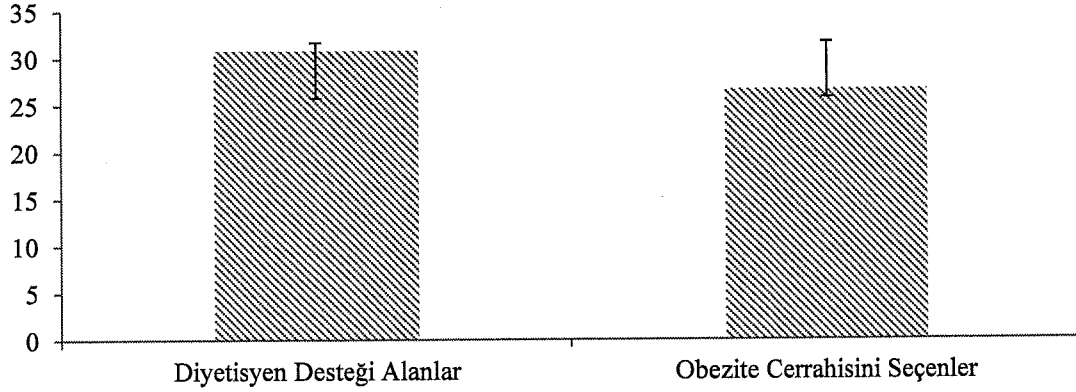
* $p < .05$

Tablo 11. Yeme Davranışlarının İki Grup İçin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	n	Ort.	SS
Kısıtlayıcı Yeme			
Diyetisyen	44	30.80	7.72
Cerrahi	114	26.63	7.66
Duygusal Yeme			
Diyetisyen	44	38.32	15.59
Cerrahi	114	38.31	14.10

Dışsal Yeme				
Diyetisyen	44	30.56	8.08	
Cerrahi	114	32.97	7.39	

Grafik 3. Kısıtlayıcı Yeme Davranışının İki Grup için Ortalamaları



3.6. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisini Yordayan Değişkenlerle İlişki Düzeyinin Belirlenmesi

Örneklemdaki tüm katılımcılarda kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin hangi değişkenler tarafından belirleniyor olabileceğine Çoklu Regresyon Analizi ile bakılmıştır. Bunun için kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi bağımlı değişken; VKİ, anksiyete, depresyon, kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme davranışı yordayıcı değişkenler olarak belirlenmiş, tüm değişkenler tek bir basamakta girilerek adımsal regresyon analizi uygulanmıştır.

Sonuçlara göre duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranışı ile anne ve baba psikolojik kontrolü kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini anlamlı düzeyde yordamamaktadır. Diğer taraftan, regresyon analizinin ilk basamağına depresyon değişkeni ($\beta = .37, t(123) = 4.41, p < .05, pr = .37$) girmiştir ve tek başına varyansın %14'ünü açıklamaktadır ($F_{değişimi}(1, 123) = 19.46, p < .05$). Depresyon ($\beta = .39, t(122) = 5.11, p < .05, pr = .42$) ve VKİ ($\beta = .39, t(122) = 5.09, p < .05, pr = .42$) denklemin ikinci basamağını oluşturmaktadır ve varyansı %29'a yükseltmiştir ($F_{değişimi}(1, 122) = 25.98, p < .05$). Üçüncü basamakta depresyon ($\beta = .36, t(121) = 5.04, p < .05, pr = .42$), VKİ ($\beta = .40, t(121) = 5.68, p < .05, pr = .46$) ve dışsal yeme davranışı ($\beta = .34, t(121) = 4.80, p < .05, pr = .40$) bulunmaktadır ve açıklanan varyans dışsal yemenin de dahil olmasıyla %40'a yükselmiştir ($F_{değişimi}(1, 121) = 23.01, p < .05$). Regresyon analizinin dördüncü

basamakta ise depresyon ($\beta = .28, t(120) = 3.56, p < .05, pr = .31$), VKİ ($\beta = .39, t(120) = 5.73, p < .05, pr = .46$), dışsal yeme davranışı ($\beta = .17, t(120) = 4.54, p < .05, pr = .38$) ve anksiyete ($\beta = .19, t(120) = 2.45, p < .05, pr = .22$) bulunmaktadır. Tüm bu değişkenler varyansı %43 oranında ($F_{değişimi}(1, 120) = 6.03, p < .05$) açıklamaktadır. Analize ait detaylı sonuçlar Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. *Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisini Yordayan Değişkenler*

	R^2	$F_{değişimi}$	df	β	$t(\text{grup içi})$	pr
1. Basamak	.14	19.46	1, 123			
Depresyon				.37	4.41	.37
2. Basamak	.29	25.98	1, 122			
VKİ				.39	5.09	.42
3. Basamak	.40	23.01	1, 121			
Dışsal Yeme Davranışı				.34	4.80	.40
4. Basamak	.43	6.03	1, 120			
Anksiyete				.19	2.45	.22

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Sonuçların Tartışılması

Bu çalışmada psikopatoloji, ebeveyn psikolojik kontrolü, yeme davranışları ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değişkenleriyle, obezite hastalarını tanımlamak; obezite cerrahisine başvuran ve herhangi bir cerrahi yonteme başvurmayıp diyetisyen desteği alan obez kişileri karşılaştırmak ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yordayan değişkenleri belirlemek amaçlanmıştır. Alanyazından hareketle tüm bu değişkenlerin VKİ ile anlamlı yönde ilişki göstermesi; ebeveyn psikolojik kontrolü ile yeme davranışları ve psikopatoloji arasında olumlu yönde ilişkili olması; duygusal yeme davranışı ile psikopatoloji arasında olumlu yönde ilişki olması ve iki örneklem grubunun psikopatoloji ve yaşam kalitesi açısından birbirinden farklılaşması beklenmiştir. Kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yordayan değişkenleri incelemek adına ise psikopatolojinin özellikle duygusal ve dışsal yeme davranışları ile olumlu yönde ilişki göstererek VKİ'nde artışa yol açacağı ve tüm bunların da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu beklentiler doğrultusunda yapılan analizlerin sonuçları, alanyazın ışığında tartışıldıktan sonra araştırmanın güçlü ve sınırlı yönlerinden, gelecek araştırmalar için önerilerden ve klinik uygulamalardan bahsedilecektir.

4.1.1. Değişkenlerin Korelasyonel İlişkisi

Alanyazın doğrultusunda ilk hipotezde VKİ ile psikopatoloji, yeme davranışları, ebeveyn psikolojik kontrolü ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi arasında anlamlı bir ilişki olması beklenmiştir. Yapılan Korelasyon analizine göre VKİ ve kısıtlanmış yeme davranışı arasında olumsuz yönde bir ilişki bulunmuştur. Araştırmadaki diyetisyen desteği alan kişilerin cerahi yöntemi seçenlerden farklı olarak kilo verme sürecinde olmaları ve kilo kaybını sağlamak için yüksek oranda kısıtlayıcı yeme davranışı göstermeleri VKİ'ndeki düşüklüğü açıklayabilir. Kısıtlayıcı yeme davranışı ve VKİ

arasındaki olumsuz yöndeki ilişki yapılan diğer araştırmaların sonuçlarını da desteklemektedir. Konttinen, Haukkala, Lahteenkorva, Silventoinen ve Jousilahti (2009) kısıtlayıcı yeme davranışının obez kişilerde VKİ'yi daha düşük olan kişiler arasında sık görüldüğünü; şu anda diyet yapmakta olan ve bir diyet tarihçesi olan kişilerin kısıtlayıcı yeme davranışı skorları ile VKİ'leri arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğunu söyler. Foster ve arkadaşları (1998) tarafından yürütölen araştırmada da iki değişken arasında olumsuz yönde ilişki görölmektedir. Westenhoefer, Stunkard ve Pudel (1999), kısıtlayıcı yeme davranışının kontrollü bir biçimde esnek olması durumunda uzun dönemde kilo vermede ve verilen kiloları korumada etkili olabileceğini düşünmektedir. Bu nedenle diyetisyen danışmanlığında kısıtlayıcı yeme davranışına yönelmesi, obez kişiler için bir kilo verme yolu olabilir.

Kısıtlayıcı yeme davranışı başarılı kilo kontrolü ile ilişkilendirilse de alanyazına baktığımızda VKİ ve kısıtlayıcı yeme davranışı arasındaki ilişki tam anlamıyla tutarlı sonuçlar ortaya koymamaktadır (Konttinen ve ark., 2009). Kısıtlayıcı yeme davranışı ileri dönemlerde yeme bozukluklarına ve kilo alımına yol açabilmektedir (Polivy ve Herman, 1985). Snoek, van Strien, Janssens ve Engels (2008) yürüttükleri araştırma ile kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren ve diyet yapan kişilerin VKİ'lerinin yüksek olduğu sonucunu bulmuştur. VKİ ve kısıtlayıcı yeme davranışı arasındaki olumlu yöndeki ilişki yetişkinler ve çocuklarla yapılan aile çalışmasında da görölmektedir (Lluch, Herbeth, Mejean ve Siest, 2000). Yüksek kiloya sahip olan kişilerin yeme davranışlarını kısıtlamaya daha fazla meyilli oldukları düşünölmektedir (Hill, 2004). Kişilerin kısıtlayıcı yeme davranışı ile etkili sonuç elde edemeyip kilo almaları, yemeğe bağlı uyarınları ve bu uyarınlara etkisini kontrol edememelerine dayandırılmaktadır (Fedoroff, Polivy ve Herman, 1997, 2003). Bu noktada da kişilerin kendilerini düzenleme yetersizlikleri (self regulatory failure) nedeniyle yemeğe dair uyarınlara karşı koyamayıp hedonik amaçlar taşıyan davranışlarda buldukları düşünölmektedir (Papies, Stroebe ve Aarts, 2008).

VKI ile ilişki olan bir diğer değişken kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisidir. Sonuçlar iki değişken arasında olumlu yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Şöyle ki VKİ arttıkça kilonun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi etkisi de artmaktadır.

Elde edilen sonuçlar alanyazınla benzerlik göstermektedir. Geçmişteki araştırmalara bakıldığında kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin VKİ ile olumlu yönde ilişki gösterdiği görülmektedir (Boan, Kolotkin, Westman, McMahon ve Grant, 2004; Dymek, Le Grange, Neven ve Alverdy, 2002). VKİ sınıflandırmaları arasındaki yaşam kalitesi farklarına bakılan bir başka araştırmada, obez sınıflandırmasındaki katılımcıların normal kilo aralığında bulunan kişilere oranla daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları ve obez kişilerin fiziksel fonksiyonlarda ve sosyal ilişkilerde problem yaşadıkları bulunmuştur (Sach ve ark., 2007). Wee ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen araştırmada da obez katılımcılar normal kiloda bulunan kişilere oranla daha düşük yaşam kalitesi göstermektedir. Artan VKİ fiziksel fonksiyonlar, kişisel bakım, yürüme, merdiven çıkma ve giyim-kuşam gibi yaşam kalitesini unsurlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Sarwer ve ark., 2014). 1743 İsveçli obez katılımcı ile gerçekleştirilen araştırmada, ileri düzeyde obez olan kişilerin mevcut sağlık durumlarının ve olumlu duygu durumlarının düşük olduğu bulunmuştur (Sullivan ve ark., 1993). Obez kişiler kilolarından dolayı toplumun birçok kesiminde olumsuz değerlendirmeye ve yargılanmaya maruz kalmaktadır (Puhl ve Brownell, 2001). Obezitenin kişinin kendi kontrolünde olan bir konu olarak görülmesi çevrelerinden gelen olumsuz atıfları da beraberinde arttırmaktadır (Crandall, 1994; Crandall ve Cohen, 1994). Tüm bunlar kilonun artmasıyla yaşam kalitesinin psikolojik boyutunun da zarar gördüğünü göstermektedir (Wadden ve Stunkard, 1985).

Bir diğer hipotezde duygusal yeme davranışı ve psikopatoloji arasında olumlu yönde bir ilişki olması beklenmiştir. Sonuçlar beklenildiği yöndedir. Anksiyete ve depresyon skoru arttıkça duygusal yeme davranışında da artış olmaktadır. Bu sonuç teorik çerçeve ve geçmişte yürütülen araştırma sonuçları ile tutarlıdır. Duygusal yeme davranışı depresyon gibi olumsuz duyguları düzenlemek amacıyla getirilen bir baş etme stratejisi olarak düşünülmektedir (Goossens ve ark., 2009). Van Strien ve arkadaşlarının (2016) depresyon ve kilo alımı arasında duygusal yeme davranışının aracı rolünü inceledikleri araştırmada, depresyon semptomları ile duygusal yeme davranışının olumlu yönde güçlü bir ilişkili gösterdiğini bulmuştur. Antoniou, Bongers ve Jansen (2017) da depresyon ile duygusal yeme davranışının olumlu yönde ilişki gösterdiğini söyler.

Anksiyete ve duygusal yeme davranışı arasında da benzer bir ilişki söz konusudur (Van Strien, Schippers ve Cox, 1995). Ostrovsky, Swencionis, Rosett ve Isasi (2013) duygusal yeme davranışı ile anksiyetenin olumlu yönde ilişki göstermesini, sağlıklı yeme davranışı ve kilo verme amacı için engelleyici bir unsur olabileceğini ve yapılacak müdahelerin ilk önce anksiyete üzerinde yapılması gerektiğini söylerler. Gooessens ve arkadaşlarının (2009) aşırı kilolu katılımcılarla gerçekleştirdikleri araştırmada, yüksek anksiyetenin duygusal yeme davranışını ve kontrol kaybını arttırdığı görülmektedir. Duygusal yemenin hem depresyon hem de anksiyete ile olumlu yönde ilişki göstermesinden dolayı, obezite tedavisi için daha etkili baş etme stratejilerinin hastalara öğretilmesi gerektiğini savunurlar. Çünkü olumsuz duyguları azaltmak amacıyla yeme davranışında artış olması, yeme davranışının öğrenilmiş bir davranış haline gelmesine sebep olabilmektedir (Kaplan ve Kaplan, 1957). Bunlara ek olarak olumsuz duygu durumunun öz denetimi ve kontrolü sekteye uğratıp duygu düzenlemesini olumsuz yönde etkilediği için yeme davranışında artış yaratabileceği düşünülmektedir (Tice ve Bratslavsky, 2000). Son olarak erken dönemde çocuğa bakım veren kişinin aşırı kontrolcü ve müdahale edici tavırlar sergilemesi ve çocuğun da yemeği sevgi yerine kullanması hem obezitenin hem de yemek-olumsuz duygular ilişkisinin temelini oluşturabilir (Kaplan ve Kaplan, 1957). Bu araştırmanın sonuçlarından biri olan duygusal yeme davranışı ile anne psikolojik kontrolünün olumlu yönde ilişki göstermesi bu düşünceyi güçlendirmektedir.

Ebeveyn psikolojik kontrolü ile psikopatoloji ve yeme davranışları arasında olumlu yönde ilişki beklentisi ise üçüncü hipotezi oluşturmaktadır. Korelasyon analizi anksiyete ile anne ve baba psikolojik kontrolü arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucunu vermektedir. Ebeveynlerden gelen psikolojik kontrol arttıkça anksiyete skorunda da artış görülmektedir. Bu sonuç geçmişteki araştırmalarla tutarlıdır (Baumeister ve ark., 1985; Luyckx ve ark., 2007; Pettit ve ark., 2001). Chorpita ve Barlow (1998), yetişkinlikteki anksiyete seviyesinin çocuklukta ebeveynlerden gelen kontrolle doğru orantılı olabileceğini söyler. Benzer şekilde depresyon ile anne-baba psikolojik kontrolü arasında olumlu yönde ilişki bulunmuştur. Özdemir'in (2012) ergen katılımcılarla ebeveyn davranışsal ve psikolojik kontrolü ile özgüven, yaşam tatmini, depresyon ve antisosyal davranışlar arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada, psikolojik

kontrol ile depresyon arasında olumlu yönde ilişki olduğu görülmektedir. 16-70 yaş aralığında depresyon tedavisi alan kişilerle yürütülen araştırmada, depresyonda olan kişiler kontrol grubuna oranla daha yüksek ebeveyn psikolojik kontrolü bildirmiştir (Crook ve ark., 1981). Depresif kişilerin anne ve babaları değersizleştirme, olumsuz değerlendirme ve sevgi mahrumiyeti ile kişiye psikolojik olarak zarar veren tutumlar sergilemektedir. Rapee (1997), ebeveyn kontrolünün yetişkinlikteki depresyonla olumlu yönde ilişkili olabileceğini söyler. Yapılan araştırmalarla çocukluğunda olumsuz ebeveynlik tutumlarına maruz kalan kişilerin yetişkinlikte ileri düzeyde depresyon ve kaygı semptomu gösterdiği bulunmuştur (Odenweller, Booth-Butterfield ve Weber, 2014; LeMoyne ve Buchanan, 2011).

Ebeveyn psikolojik kontrolü ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise anne psikolojik kontrolünün duygusal ve dışsal yeme davranışı ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu alandaki çalışmalar yeme davranışını daha çok ebeveynlik stilleri açısından incelemektedir. Örneğin Topham ve arkadaşları (2011) 6-8 yaşları arasındaki çocuklar ve ebeveynleri ile yürüttükleri araştırmada, ebeveynlik stilleri ve duygusal yeme davranışını arasındaki ilişkiye bakmıştır. Sonuçlar düşük düzeydeki desteğin ve sıcaklığın duygusal yemede artış yarattığını ortaya koymaktadır. Yetişkin obez kadınlarla gerçekleştirilen bir araştırmada, aşırı korumacı ailelerin duygusal farkındalığı olumsuz yönde etkilediği ve kişilerin olumsuz duygularını düzenlemek adına duygusal yemeğe yöneldiği görülmüştür (Rommel ve ark., 2012). Snoek ve arkadaşları (2007) da yürüttükleri araştırma ile anne psikolojik kontrolün yüksek olduğu durumda duygusal yeme davranışında artış olduğunu söylemektedir.

Anne psikolojik kontrolü ile olumlu yönde ilişki gösteren bir diğer değişken ise dışsal yeme davranışdır. Ebeveyn psikolojik kontrolü ile dışsal yeme davranışındaki ilişki açısından alanyazında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Birch, Fisher ve Davison (2003) anneleri tarafından kontrol edilen ve kısıtlanan kız çocuklarının lezzetli yiyeceklerin varlığında aşırı yeme davranışı gösterdiğini bulmuştur. Anneleri tarafından psikolojik kontrole maruz kalan kişiler yaşamış olduklarını bu olumsuzlukla başa çıkabilmek adına, yemeğe dair herhangi bir uyarı referans alıp yeme davranışında artış göstermeleri duygusal açıdan iyi olmaya yönelik olabilir.

Ebeveyn psikolojik kontrolü ile psikopatoloji ve yeme davranışları arasındaki ilişkiye kültürel açıdan bakmak da mümkündür. Geçmişte yapılan araştırmalara göre batılı toplumlar için psikolojik kontrol normal dışı bir tutumdur ve ebeveyn-çocuk arasındaki yakın ilişkiyi olumsuz yönde etkilemektedir (Rudy ve Grusec, 2001; Soenens, Vansteenkiste, Duriez ve Goossens, 2006). Kişiler arası karşılıklı bağlılığın ön planda olduğu Türk kültüründe ise psikolojik kontrol çocuğa bağlılığı ve itaati aşlamak için kullanılır (Kagıtcıbaşı, 1970; Rudy ve Grusec, 2001). Fakat Türkiye’de şehirleşmede ve modernleşmede yaşanan hızlı değişiklikler, ebeveynlik tarzlarındaki değişimleri de beraberinde getirmiştir (Kağıtçıbaşı 2010’dan aktaran Yabani, Sayıl ve Tepe, 2014). Bu değişiklikler doğrultusunda ergenlerin özerk olmaya dair taleplerinin arttığı görülmektedir (Mayer, Trommsdorff, Kagıtcıbaşı ve Mishra, 2012). Bu taleplerin ebeveynler tarafından iyi bir şekilde karşılanmaması, ebeveyn ve çocuk arasında anlaşmazlığa ve ebeveyn tutumlarının baskıcı ve otoriter algılanmasına yol açabilmektedir (Mayer ve ark., 2012; Fisek, 2002). Çocuğun ebeveyn tarafından kısıtlanması ve psikolojik kontrole maruz kalması davranışsal ve duygusal problemlerle ilişki gösterir (Finkenauer, Engels ve Baumeister, 2005). Bu araştırmadaki katılımcıların ebeveynlerinin psikolojik kontrolü sağlarken çocuklarının özerkliklerini sağlamada ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada ihmalkar bir tutum sergilemeleri, kişilerin yetişkinliklerinde görülebilecek psikopatoloji ve normal dışı yeme davranışları ile ilişkilendirilebilir (Savage, Fisher ve Birch, 2007; Lissau ve Sorensen, 1994).

4.1.2. İki Örneklemin Araştırmadaki Değişkenler Açısında Karşılaştırılması

Araştırmanın hipotezleri arasında obezite cerrahisine başvuran kişilerin herhangi bir cerrahi yonteme başvurmayıp diyetisyen desteği alan kişilerden farklı olarak daha yüksek psikopatoloji ve normal dışı yeme davranışında bulunması ve düşük yaşam kalitesi göstermesi beklenmiştir. Yapılan analizler doğrultusunda iki örneklem grubunun yeme davranışı ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi açısından farklılaştığı göze çarpmaktadır.

Bu araştırma için diyetisyen desteği alan katılımcılar cerrahi tedaviye yönelen katılımcılara oranla kilo verebilmek adına anlamlı düzeyde daha fazla yeme davranışlarını kısıtlamaktadır. Diyetisyen desteği alan kişilerin ortalama 3 aydır kilo

verme sürecinde oldukları ve obezite cerrahisini seçen katılımcılara oranla daha düşük VKİ'ne sahip oldukları göz önünde bulundurulduğunda, kilo vermek amacıyla kısıtlayıcı yeme davranışını seçmiş oldukları düşünülebilir. Yürütülen bir araştırmada VKİ'yi daha düşük olan ve diyet yapan obez katılımcıların daha fazla kısıtlanmış yeme davranışı gösterdiği ve kısıtlayıcı yeme davranışının kilo kontrolü için kullanılan bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (Rideout ve Barr, 2009). Benzer bir araştırma, başarılı şekilde kilo vermenin kısıtlayıcı yeme davranışındaki artışla ilişkili olduğunu ve VKİ'nde farklılık yarattığını ortaya koymaktadır (Dalle Grave ve ark., 2009). Bu nedenle diyetisyen desteği alan katılımcılar tedavileri gereği kilo vermek için kısıtlayıcı yeme davranışı gösteriyor olabilirler.

Kısıtlayıcı yeme davranışı obezite cerrahisine yönelen katılımcılar için anlamlı çıkan bir sonuç değildir. van Hout, van Oudheusden ve van Heck (2004) bariatrik cerrahiye başvuran kişilerin geçmişteki kilo verme öykülerinde kısıtlayıcı yeme davranışının olduğunu söyler. Yani bu araştırma için her ne kadar obezite cerrahisini seçen grup, kısıtlayıcı yeme davranışı açısından farklılık ortaya koymasa da geçmişte birçok kez kısıtlayıcı yeme davranışıyla diyet denemesinde bulmuş olabilir. Bu denemeler yeme davranışının hedonik amaçlar taşıması ve kişilerin yemeğe dair uyaranlardan etkilenmeleri sebebiyle olumsuz yönde sonuçlanmış olabilir (Papies, Stroebe ve Aarts, 2007; Stroebe, Henk, Schut ve Kruglanski, 2008; Polivy ve Herman, 2017). Yemeğin görünüşü ve kokusu gibi özellikler yemeği daha fazla elde etme isteğini uyandırırken, yemek üzerindeki kontrolün azalmasına yol açabilir. Colles, Dixon ve O'Brien (2008) da kontrol kaybının tıknırcasına yeme davranışında artış yaratabileceğini ve kişilerin yeme davranışları üzerindeki kontrolü sağlayabilmek için obezite cerrahisine yönelebileceklerini söyler. Obezite ve aşırı kilo, kısıtlayıcı yeme davranışının sonucu olarak görülmektedir (Hill, 2004).

Kısıtlanan yeme davranışı kısa süreliğine kilo vermede ve VKİ'ni düşürmede etkili olsa da uzun dönemde verilen kiloların çok daha fazlasının geri alınmasına ve beraberinde birçok kiloya bağlı yandaş hastalıkta artışın görülmesine yol açabilmektedir (Mann ve ark., 2007; Elfhag ve Rössner, 2005). Kilo verme sürecinde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının edinilememesi ve diyetin sürdürülememesi, yaşam içerisinde

karşılaşılan sorunlar ya da problemler karşısında kilo verme çabasından vazgeçilmesine ve “ya hep ya hiç” düşünce yapısına sahip olunmasına dayandırılabilir (Chambers ve Swanson, 2012). Ayrıca yukarıda da bahsedilen kendini düzenleme yetersizliği kişilerin tutarlı bir şekilde kısıtlayıcı yeme davranışı göstermelerine engel olarak görülebilmektedir (Papies ve ark., 2008). Kilo verme sürecinin devam etmesi ve verilen kiloların korunması için hastaların “ya hep ya hiç” düşüncesi yerine uyumlu baş etme stratejileri geliştirmeleri önerilmektedir (Chambers ve Swanson, 2012). Sonuca kısıtlanmış yeme davranışının yüksek olduğu diyetisyen grubu açısından bakarsak, esnek kısıtlayıcı yeme davranışı benimsemek kilo vermek ve verilen kiloları korumak adına sürdürülebilir bir yol olabilir (Teixeira ve ark., 2010).

İki grubun karşılaştırılmasında anlamlı çıkan bir diğer sonuç obezite cerrahisini seçen katılımcılarda kilonun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin diyetisyen desteği alan gruba oranla anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmasıdır. Yani obezite cerrahisini seçen katılımların kiloları, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Geçmiş araştırmalara baktığımızda obezite tedavisi için herhangi bir yöntemi seçen kişilerin hiçbir tedavi yöntemini seçmeyen obez kişilere oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Fontaine, Bartlett ve Barofsky, 2000; Larsen ve ark., 2003). Tedavi yöntemleri karşılaştırıldığında ise obezite cerrahisini seçen kişilerin, geleneksel yöntemleri seçen kişilere oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sıklıkla karşılaşılan sonuçlar arasındadır (Fabricatore, Wadden, Sarwer ve Faith, 2005; de Zwaan ve ark., 2002; Larsen ve ark., 2003; Van Nunen ve ark., 2007; Kolotkin ve ark., 2003). Kolotkin ve arkadaşları (2002) da tedavi arayışındaki obez kişilerin hiçbir tedavi yöntemini seçmeyen obez kişilere oranla daha düşük yaşam kalitesi gösterdiğini; tedavi yöntemlerinden de obezite cerrahisini seçen kişilerin diğer kilo verme tekniklerini seçenlere oranla daha düşük yaşam kalitesi bildirdiğini söylemektedir. Özellikle obezite cerrahisine başvuran kişilerdeki düşük yaşam kalitesinin, cerrahi yöntemi seçme sebeplerinden biri olduğu düşünülmektedir (Munoz ve ark., 2007). Herpertz ve arkadaşları (2015) da obezite cerrahisi adaylarının ameliyat öncesi fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarının zarar görmüş olduğunu söyler. Obezite fiziksel ve ruhsal sağlığa ek olarak kişilerin sosyal hayatı üzerinde de olumsuz etkiye sahiptir (Bullinger, 2014; Bullinger ve Quitmann, 2014).

Bu araştırma için de kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi obezite cerrahisini seçen katılımcılarda anlamlı düzeyde fark ortaya koymanın yanında; alt ölçeklerinden bedensel işlevler, toplum baskısı ve cinsel yaşam açısından diyetisyen desteği alan gruptan anlamlı düzeyde daha yüksektir. Obez kişiler yürümek, merdiven çıkmak, taşımak ve kaldırmak gibi temel fiziksel fonksiyonları gerçekleştirmekte zorlanmaktadırlar ve günlük yaşantılarını sürdürmekte problem yaşayabilmektedirler (Busetto ve ark., 2015; Josbeno, Kalarchian, Sparto, Otto ve Jakicic, 2011). Gradaschi ve arkadaşları (2013) obezite cerrahisi adaylarının geleneksel yöntemi seçen obez kişilerle yeme davranışı ve psikolojik durum yönünden oldukça benzerlik gösterdiğini fakat obezite cerrahisini seçen kişilerin fizyolojik sağlık açısından daha dezavantajlı olduğunu söylemektedir. Munoz ve arkadaşları (2007) da obezite cerrahisi adaylarının sağlık koşullarına dair kaygılarının daha fazla ön planda olduğunu bildirir. Bir başka araştırma da sağlıkla ilgili konuların obezite cerrahisi adayların için daha fazla önem arz ettiğini belirtir (Libeton ve ark., 2004). Obez kişiler toplum içinde rahat bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmekte zorlanabilmektedirler. Örneğin toplu taşıma araçlarında seyahat etmek ve restoranlarda oturmak en sık karşılaşılan zorluklar arasındadır (Puhl ve Brownell, 2001). Öte yandan çevrelerindeki kişiler tarafından kilolu oldukları için suçlu görülürler, kiloya bağlı damgalanmaya maruz kalıp ayrımcılığa uğrarlar (Carr ve Friedman, 2005). Friedman ve arkadaşları (2008) obezite cerrahisi adaylarında fiziki şartların ve kişilerarası ilişkilerde maruz kalınan tutumun olumsuz etkilerinin fazla olduğunu söyler. Cinsel yaşam kalitesi de obezite cerrahisi adayları arasında cerrahi yöntemi seçmeyenlere oranla daha düşüktür (Kolotkin ve ark., 2006).

Özetlemek gerekirse, obezite cerrahisine yönelen ya da diyetisyen desteği alan kişiler için tedaviden fayda sağlayabilmek adına birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada VKİ ile kısıtlayıcı yeme davranışı ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi; anne psikolojik kontrolü ile duygusal ve dışsal yeme davranışı ve psikopatoloji; duygusal yeme davranışı ile psikopatoloji arasında bulunan ilişki obezitenin oluşumu, etkisi ve kişilerin kiloya bakış açıları hakkında bilgi verebilir. İki grubun birbirinden yaşam kalitesi ve kısıtlayıcı yeme davranışı açısından farklılaşması tedavideki öncelikleri belirlemek adına yardımcı olabilir.

4.1.3. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisini Yordayan Değişkenler

Son hipotezde ise kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin psikopatoloji VKİ, yeme davranışları ve VKİ tarafından yordanması beklenmiştir. Yapılan analize göre depresyon, VKİ, dışsal yeme davranışı ve anksiyete yaşam kalitesini yordayan değişkenlerdir. Bu değişkenlerdeki değerlerin yükselmesi kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini arttırmaktadır.

Yaşam kalitesinin psikopatoloji ve VKİ tarafından yordanyor olması alanyazında sıklıkla karşılaşılan sonuçlar arasındadır. Örneğin Zeller ve Modi (2006) gerçekleştirdiği araştırmada depresyon ve şişmanlık düzeyini yaşam kalitesinin yordayıcıları olarak bulunmuştur. Obezite ile olumlu yönde ilişki gösteren depresyon, yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (Zeller ve Modi, 2006; Atlantis ve Baker, 2008). VKİ'nin artmasıyla obezitenin ileri seviyeye gelmesi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kortt ve Clarke, 2005; Lee ve ark., 2005; Schwimmer, Burwinkle ve Varni, 2003). Pokrajac-Bulian ve arkadaşları da (2015) araştırmalarının sonuçlarından hareketle artan VKİ'nin yaşam kalitesini düşürdüğünü ve depresyon semptomlarında artışa yol açtığını öne sürerler. Benzer şekilde, Dinç ve arkadaşları (2006) da kilonun artmasıyla yaşam kalitesinde düşme olduğunu vurgular. Bir başka araştırmada da yaşam kalitesinin, yüksek seviyedeki depresyon tarafından yordandığı bulunmuştur (Mannucci ve arkadaşları, 2010).

Dışsal yeme davranışı kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yordayan bir diğer değişkendir. Fakat alanyazında bu sonucu birebir destekleyen araştırma mevcut değildir. Obez kişiler olumsuz duygular karşısında dışsal uyaranların etkisiyle yemeğe ve sağlıksız beslenmeye daha fazla yönelebilmektedir (Abiles ve ark., 2010; van Strien ve Ouwens, 2003). Ayrıca yemeğe dair uyaranlar konusunda daha hassas olunması yemeye duyulan arzuyu ve yağlı yiyeceklere yönelimi arttırmaktadır (Burton ve ark., 2007). Bu da kilo alımına yol açabilmektedir (Burton ve ark., 2007). Sağlığa ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri olsa da bu uyaranlara karşı direnç gösterilememesinin sebebi olarak dürtüsellik kavramı üzerinde durulur (Nederkoorn, Braet, Van Eijs, Tanghe ve Jansen, 2006). Bu araştırma için de depresyon ve VKİ'nin kontrol edildiği durumda dışsal yeme davranışının kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisiyle olumlu yönde ilişkili göstermesi, örneklemdaki kişilerin yeme davranışı konusunda daha dürtüsel

oldukları ihtimalini düşündürmektedir. Kendilerini baskılamakta zorlanan kişiler daha fazla dışsal yeme davranışında bulunarak, kilolarının yaşam kalitelerini olumsuz etkilemelerine yol açıyor olabilirler. Bunlara ek olarak yaşam kalitesindeki olumsuzluklarla yüzleşilmesi yemeğe dair dışsal uyaranlar konusunda kişileri daha hassas yapabilir ve bu uyaranların kontrol edilmesini zorlaştırabilir. Fiziksel ve sosyal açıdan çekilen zorluklara karşı yemeğe dair herhangi bir uyarının varlığı, kişiler üzerinde rahatlayıcı etki yaratıyor olabilir. Bu durum daha sonra öğrenilmiş bir davranış haline gelerek kişilerin yemeğe dair uyaranlar konusunda daha farkındalığı yüksek hale gelmelerine yol açmış olabilir.

Kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini yordayan son değişken anksiyetedir. Mannucci ve arkadaşları (2010) yaşam kalitesinin yüksek seviyede anksiyete skoru tarafından yordandığı bulunmuştur. Ayrıca obezitenin sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, kişiler için stres verici olabilir (Sareen ve ark., 2006; Sareen, Cox, Clara ve Asmundson, 2005). Annis, Cash ve Hrabosky (2004) tarafından yürütülen araştırmanın sonuçları çocuklukta kilo odaklı damgalamaya maruz kalmanın, yetişkinlikteki kaygı ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde kiloya bağlı yaşanan olumsuzluklarının içselleştirilmiş olması, yetişkinliğe gelindiğinde bu olumsuzlukların etkilerinin hala sürüyor olmasına yol açabileceği düşünülmektedir (Annis ve ark., 2004). Diğer taraftan, kiloya bağlı damgalamanın ve ayrımcılığın da kaygıyla olumlu yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Ashmore ve Applegate 2008). Bu çalışmadaki örneklem için geçmişte kiloyla ilişkili maruz kalınan olumsuzlukların bugün hala devam ediyor olması ve erken dönemden itibaren bu olumsuzlukların içselleştirilmesi anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi açıklamada yardımcı olabilir.

4.2. Çalışmanın Güçlü ve Sınırlı Yanları

İlk olarak çalışmadaki katılımcıların klinik örneklemden seçilmesi önemli bir faktördür. Obezite cerrahisi adayları ile cerrahi yonteme başvurmayı düşünmeyip diyetisyen desteği alan kişiler psikopatoloji, yeme tutumu, anne-baba psikolojik kontrolü ve yaşam kalitesi açısından ilk defa karşılaştırılmıştır. Bu araştırma ile hem obezite cerrahisinde hem de diyet tedavisinde hastanın psikolojik yapısını anlamada ve her iki tedavi sürecinde hastaya verilen psikolojik destekteğin içeriğini oluşturmada önemli

çıkarımlar elde edilmiştir. Ayrıca anne-baba psikolojik kontrolünün yetişkin obez kişilerde incelenmesi ve bu kontrolün yeme davranışıyla olan ilişkisine bakılması bu çalışmayı diğer araştırmalardan farklı kılmıştır. Özellikle alanyazınla tutarlı olarak duygusal yeme davranışı ile psikopatoloji ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye her iki tedavinin yürütülmesi sırasında göz önünde bulundurulması gereken önemli sonuçlardır.

İki örneklem arasında anlamlı düzeyde farklılık gösteren kısıtlayıcı yeme davranışı ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, iki farklı tedavi grubundaki kişilerin beklentilerini, önceliklerini ve hedeflerini anlamada yardımcı olmuştur.

Yaşam kalitesini yordayan değişkenleri incelenmek adına birçok değişkenin göz önünde bulundurulması, bu araştırmayı diğer çalışmalardan belirgin şekilde farklılaştırmıştır. Çünkü obezitenin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin psikopatoloji, VKİ ve yeme davranışı tarafından açıklanıyor olması obezite hastalarına verilecek psikolojik destekte, göz önünde bulundurulması gereken noktaları bilmek adına önemlidir.

Çalışmanın sınırlılıklarından ilki, diyetisyen desteği alan gruptaki katılımcı sayısının obezite cerrahisi adaylarından oluşan grubuna oranla daha az olmasıdır. İki grup arasındaki bu belirgin fark, alanyazınla tutarlı olmayan sonuçlar üzerinde etki olmuş olabilir. Ayrıca örneklem sayısının yeterli olmaması, önceden planlananın aksine ilişkili değişkenlerde aracı değişkenin rolüne bakılamamasına yol açmıştır. Kontrol grubunun olmaması da örneklemler arası karşılaştırmanın yetersiz kalmasına sebep olmuştur. Kullanılan ölçeklerin kişilerin kendi beyanlarına dayalı ölçekler olması ise bir diğer sınırlılık olabilir. Ayrıca yeme davranışları üzerinde etkili olan dürtüsellik, öz kontrol ve kendini düzenleme kapasitesi değişkenlerinin araştırmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlı yönü olarak düşünülebilir.

Obezite cerrahisi adaylarına verilen demografik formda da kişilerin herhangi bir kiloya bağlı hastalığın olup olmadığını sormak yaşam kalitelerine bakış açılarını yorumlamada katkı sağlayabilirdi. Ayrıca iki grup arasında sosyoekonomik düzey farkı olup olmadığına bakmak ve belirgin bir fark var ise araştırmadaki sonuçları hangi yönde etkilediğini yorumlayabilmek adına demografik formda gelir düzeyi sorulabilirdi.

Obezite cerrahisi grubu için verilerin ameliyat hazırlığı aşamasında toplanması; diyetisyen desteği alan kişilerin ise hali hazırda diyet tedavisinde olması iki grubun eşit koşullara sahip olmamasına sebep olmuş olabilir.

4.3. Gelecekteki Araştırmalar için Öneriler

İleride gerçekleştirilecek araştırmalarda bu çalışmadaki değişkenlerin tedavi seçimi üzerindeki etkisi incelenebilir. Buna ek olarak tedavilerden elde edilecek başarının bu değişkenler çerçevesinde çalışılabilir. Gelecekteki çalışmalar araştırma değişkenlerinde tedavi öncesi ve sonrası görülecek farklılıklara odaklanabilir. Örneğin, tedavi sürecinde olmak ve kilo vermek depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi skorlarında değişiklik yaratabilir. Yürütülebilecek benzer bir araştırmada fiziksel sağlık da dahil edilerek yaşam kalitesine daha kapsamlı bakılabilir. Yeme davranışları üzerinde önemli rol oynayabilecek öz-kontrol ve kendini denetleme (effortful control) değişkenleri de çalışmalara dahil edilebilir. Ebeveynleri tarafından psikolojik kontrole maruz kalan kişilerin, kendilerini denetleme düzeyleri doğrultusunda yeme davranışları incelenebilir. Ayrıca obez kişilerin başvurdukları tedavi yönteminden elde edecekleri sonuç ve uzun dönemde verdikleri kiloları koruyabilme düzeyleri, kendini denetleme değişkeni göz önünde bulundurularak araştırılabilir. Alanyazında da obeziteyle ilişkili olan dürtüsellik, benzer bir araştırmada değişken olarak eklenebilir ve yeme davranışları üzerindeki etkisine bakılabilir. Kendini düzenleme yetersizliği de farklı tedavi yaklaşımını seçen hastaları karşılaştırmak adına gelecek araştırmalarda eklenebilecek bir değişken olabilir.

Değişkenler arasına sosyoekonomik seviye ile ebeveynlik stillerinin eklenmesi çıkan sonuçları yorumlamak adına daha geniş bir bakış açısı sağlayabilir.

Obezitenin tedavisi için başvuru kurumun özel ya da devlete bağlı olması çalışılabilecek bir diğer konu olabilir. Hastalar tedaviye olan bağlılıkları, sosyoekonomik seviyeleri ve kurum ile görüşme sıklıkları açısından karşılaştırılabilir.

İki farklı tedavi yaklaşımı için psikolojik desteğin rolüne bakılabilir. Psikolojik destek alan ve almayan obez hastaların yeme davranışları, psikopatolojileri, tedavi sürecindeki motivasyonları ve kilo verme başarıları açısından değerlendirilebilir.

4.4. Klinik Çıkarımlar

Obezitenin günümüzde gittikçe artması ve beraberinde birçok tedavi yaklaşımını da beraberinde getirmesi, insanların beden algılarını ve yemeği kullanım biçimlerini de etkileyebilir. Bunun için kilo verme yollarından herhangi birini seçen kişiler, gerçekçi kilo hedefi belirlemek, sağlıklı bir şekilde kilo vermek ve tedavi sonrasında geri kilo alma riskini önlemek adına psikolog takibinde olmalıdır. Çünkü yeme davranışının temelini büyük çoğunlukla psikolojik faktörler oluşturur ve mesele sadece aç ya da tok olmak değildir. Buna ek olarak kişinin zayıflığa ve şişmanlığa atfettiği anlam hem beslenmeyi hem de psikolojiyi etkilediği için tedavi süresince odak tamamiyle kilo vermek olmamalıdır. Kişinin psikopatolojisinin, erken dönemde ebeveynleriyle olan ilişkisinin, yeme davranışlarının ve bu davranışların hangi amaçla kullanıldığının ve kişinin kendi yaşam kalitesine bakış açısının değerlendirilmesinin tedavilerden elde edilecek sonucu ve sonrasındaki adaptasyonu etkileyebilmektedir. Örneğin olumsuz duygular karşısında duygusal yeme davranışına yönlendirilmesi psikopatoloji, duygu düzenleme becerileri ve kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde kısır döngü yaratabilir. Bundan dolayı herhangi bir kilo verme tekniğinin beslenme protokolünü uygulayan kişi beraberinde psikolojik destek almaları önerilebilir (Lauti, Stevenson, Hill ve MacCormick, 2016; Montesi ve ark., 2016). Shaw, O'Rourke, Del Mar ve Kenardy (2005) bilişsel ve davranışçı terapinin diyet ve egzersizle desteklendiği durumda kilo kaybında anlamlı değişiklikler gözlemlendiğini söyler. Ayrıca farkındalık temelli terapiler kilo kontrolünü sağlamada ve uyumsuz yeme davranışlarını önlemede etkili yollardan biri olarak görülmektedir (Godsey, 2013). Tıkınırcasına ve duygusal yeme davranışlarında bilinçli farkındalık yaklaşımları ile azalma sağlanmıştır (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers ve Corsica, 2014). Özellikle diyalektik davranışçı terapide seanslar sırasında kişiye bilinçli farkındalık temelli becerilerin kazandırılması hem uyumsuz yeme davranışlarının düzenlenmesini hem de uyumlu duygu düzenleme becerisinin kazandırılmasını sağlamaktadır (Telch, Agras ve Linehan, 2001; Safer, Telch ve Chen, 2009). Bu beceriler ayrıca depresyonun, anksiyetenin ve kilonun yaratmış olduğu olumsuzluklarla baş etmeyi de kolaylaştırabilir.

Son olarak, herhangi bir tedavi yöntemiyle kilo kaybeden obez kişiler bedenlerine ve mevcut kilolarına gerçeği yansıtmayan bakış açıları getirebilir. Sağlıklı

bir VKİ aralığında olmasına rağmen daha zayıf ve ince gözükmek isteyebilirlerken; henüz kilo verme hedefine ulaşmayan kişiler de “nasıl olsa kilo verdim” düşüncesiyle tedavi sürecindeki davranış değişikliklerini bırakabilir. Bu noktada kişilerin beden algıları şekillendiren faktörlerin neler olduğunu ve belirlenen kilo hedefinin gerçeği ne kadar yansıttığı psikologlar tarafından hastayla birlikte değerlendirilmelidir.

5. BÖLÜM

KAYNAKLAR

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., De La Cruz, A. P. ve Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 20(2), 161-167.
- Adair, J. D. ve Pleatman, M. A. (2008). Definition of Obesity and Indications for Surgery. Ninh T. Nguyen, Eric J. De Maria, Sayeed Ikramuddin ve Matthew M. Hutter (Ed.) *The SAGES Manual* (s.27-30). New York: Springer.
- Aksoydan, E. (2012). Obezitenin Gelişiminde Ailenin ve Çevresel Faktörlerin Önemi. Perihan Arslan, Ayhan Dağ ve Evrim G. Türkmen (Ed.), *Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri* (1. Baskı) (s.71-79). İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.
- Albuquerque, D., Manco, L. ve Nóbrega, C. (2016). Genetics of Human Obesity. Shamim I. Ahmad ve Syed K. Imam (Ed.), *Obesity* (s. 87-106). Switzerland: Springer International Publishing.
- Aldağal, S. M. ve Sehlo, M. G. (2013). Self-esteem and quality of life in adolescents with extreme obesity in Saudi Arabia: the effect of weight loss after laparoscopic sleeve gastrectomy. *General hospital psychiatry*, 35(3), 259-264.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. ve Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes a meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
- Andrews, G. (1995). A psychological profile of the bariatric patient with implications for treatment. *Obesity surgery*, 5(3), 330-333.
- Annis, N. M., Cash, T. F. ve Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body image*, 1(2), 155-167.
- Antonovsky, A. (1967). Social class, life expectancy and overall mortality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45(2), 31-73.
- Appelhans, B. M., Waring, M. E., Schneider, K. L., Pagoto, S. L., DeBiaise, M. A., Whited, M. C. ve Lynch, E. B. (2012). Delay discounting and intake of ready-to-

- eat and away-from-home foods in overweight and obese women. *Appetite*, 59(2), 576-584.
- Appelhans, B. M., Whited, M. C., Schneider, K. L., Ma, Y., Oleski, J. L., Merriam, P. A., ... ve Pagoto, S. L. (2012). Depression severity, diet quality, and physical activity in women with obesity and depression. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(5), 693-698.
- Applegate, K. L. ve Friedman, K. E. (2014). Introduction to psychological consultations for bariatric surgery patients. Christopher Still, David B. Sarwer ve Jeanne Blankenship (Ed.), *The ASMBS textbook of bariatric surgery* (s. 33-42). New York: Springer.
- Arnow, B., Kenardy, J. ve Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Aronne, L.J., Nelinson, D.S. ve Lillo, .JL. (2009). Obesity as a disease state: a new paradigm for diagnosis and treatment. *Clin Cornerstone* 9(4), 9-25.
- Arredondo, E. M., Elder, J. P., Ayala, G. X., Campbell, N., Baquero, B. ve Duerksen, S. (2006). Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families?. *Health education research*, 21(6), 862-871.
- Assimakopoulos, K., Panayiotopoulos, S., Iconomou, G., Karaivazoglou, K., Matzaroglou, C., Vagenas, K. ve Kalfarentzos, F. (2006). Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 16(8), 1087-1091.
- Astrup, A. (1999). Dietary approaches to reducing body weight. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 13(1), 109-120.
- Atlantis, E. ve Baker, M. (2008). Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International journal of obesity*, 32(6), 881-891.
- Aunola, K., Ruusunen, A. K., Viljaranta, J. ve Nurmi, J. E. (2015). Parental affection and psychological control as mediators between parents' depressive symptoms and child distress. *Journal of Family Issues*, 36(8), 1022-1042.
- Aunola, K., Viljaranta, J. ve Tolvanen, A. (2016). Does daily distress make parents prone to using psychologically controlling parenting?. *International Journal of Behavioral Development*, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1177/0165025416658555>
- Bagdade, P. S. ve Grothe, K. B. (2012). Psychosocial evaluation, preparation, and follow-up for bariatric surgery patients. *Diabetes Spectrum*, 25(4), 211-216.
- Barbaros, U. (2013). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. Başak Yücel, Asena Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner ve Erdal Vardar (Ed.) (1. Baskı), *Yeme Bozuklukları ve Obezite* (s. 351361). İstanbul: Türkiye Psikiyatri Derneği, Çalışma Birimler Dizisi, No: 15.

- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child development*, 67(6), 3296-3319.
- Barber, B. K., Olsen, J. E. ve Shagle, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child development*, 65(4), 1120-1136.
- Barge-Schaapveld, D. Q., Nicolson, N. A. ve Berkhof, J. (1999). Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry Research*, 88(3), 173-189.
- Barofsky, I., Fontaine, K. R. ve Cheskin, L. J. (1997). Pain in the obese: impact on health-related quality-of-life. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 408-410.
- Batsell, W. R., Brown, A. S., Ansfield, M. E. ve Paschall, G. Y. (2002). "You will eat all of that!": a retrospective analysis of forced consumption episodes. *Appetite*, 38(3), 211-219.
- Batterink, L., Yokum, S. ve Stice, E. (2010). Body mass correlates inversely with inhibitory control in response to food among adolescent girls: an fMRI study. *Neuroimage*, 52(4), 1696-1703.
- Batur, S. ve Demir, H.K. (2009). Depresyonun tedavisi: bilişsel davranışçı yaklaşım. Işık Savaşır, Gonca Soygüt ve Elif Barışkın (Ed.), *Bilişsel-Davranışçı Terapiler* (s. 19-56). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 7.
- Baumeister, R. F. ve Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological inquiry*, 7(1), 1-15.
- Baumeister, R. F., Shapiro, J. P. ve Tice, D. M. (1985). Two kinds of identity crisis. *Journal of personality*, 53(3), 407-424.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive Models of Depression. Robert L. Leahy ve E. Thomas Dowd (Ed.) *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy Theory and Application* (s. 29-61). New York: Springer Publishing
- Beck, A. T. ve Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour research and therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. ve Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N. ve Brown, G. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

- Bekker, M. H., van de Meerendonk, C. ve Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 461-469.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83-96.
- Bender, R., Trautner, C., Spraul, M. ve Berger, M. (1998). Assessment of excess mortality in obesity. *American Journal of Epidemiology*, 147(1), 42-48.
- Benderlioğlu, E. ve Aslan, D. (2013). Gazlı İecekler: Sağlık Açısından Değerlendirmeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(1), 20-27.
- Birch, L. L. ve Anzman, S. L. (2010). Learning to eat in an obesogenic environment: a developmental systems perspective on childhood obesity. *Child Development Perspectives*, 4(2), 138-143.
- Birch, L. L. ve Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics*, 48(4), 893-907.
- Birch, L. L. ve Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American journal of clinical nutrition*, 71(5), 1054-1061.
- Birch, L. L., Fisher, J. O. ve Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American journal of clinical nutrition*, 78(2), 215-220.
- Birch, L. L., Savage, J. S., ve Fisher, J. O. (2015). Right sizing prevention. Food portion size effects on children's eating and weight. *Appetite*, 88, 11-16.
- Birch, L. L., Zimmerman, S. I. ve Hind, H. (1980). The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Child development*, 856-861.
- Black, D. W., Goldstein, R. B. ve Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *The American journal of psychiatry*, 149(2), 227-234.
- Black, D. W., Goldstein, R. B. ve Mason, E. E. (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obes surg*, 13(5), 746-751.
- Blatt, S. J. (1995). The Destructiveness of Perfectionism. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
- Blundell, J. E., Stubbs, R. J., Golding, C., Croden, F., Alam, R., Whybrow, S., ... ve Lawton, C. L. (2005). Resistance and susceptibility to weight gain: individual variability in response to a high-fat diet. *Physiology & behavior*, 86(5), 614-622.

- Boan, J., Kolotkin, R. L., Westman, E. C., McMahon, R. L. ve Grant, J. P. (2004). Binge Eating, Quality of Life and Physical Activity Improve after Roux-en-Y Gastric Bypass for Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, 14(3), 341-348.
- Boeka, A. G., Prentice-Dunn, S. ve Lokken, K. L. (2010). Psychosocial predictors of intentions to comply with bariatric surgery guidelines. *Psychology, health & medicine*, 15(2), 188-197.
- Bond, D. S., Unick, J. L., Jakicic, J. M., Vithiananthan, S., Pohl, D., Roye, G. D., ... ve Wing, R. R. (2011). Objective assessment of time spent being sedentary in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 21(6), 811-814.
- Bowman, S. A. (2006). Television-viewing characteristics of adults: correlations to eating practices and overweight and health status. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), 1-11.
- Bozan, N. (2009). *Hollanda yeme davranışı (debq) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması* (Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- Bozbora, A. (2002). Obezite Cerrahisinde Hasta Seçimi. Alp Bozbora (Ed.), *Obezite ve tedavisi*. (s. 207-216). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Braet, C., Claus, L., Goossens, L., Moens, E., Van Vlierberghe, L. ve Soetens, B. (2008). Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *Journal of health psychology*, 13(6), 733-743.
- Bray, G. A. (1998). *Contemporary diagnosis and management of obesity*. Newtown: Handbooks in Health Care.
- Bray, G. A. (2004). Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2583-2589.
- Bray, G. A. ve Popkin, B. M. (1998). Dietary fat intake does affect obesity!. *The American journal of clinical nutrition*, 68(6), 1157-1173.
- Bray, G. A., Bouchard, C. ve James, W. P. T. (1998). Definitions and proposed current classifications of obesity. George A. Bray ve Claude Bouchard (Ed.), *Handbook of Obesity Clinical Applications* (31-40). United States of America: Marcel Dekker.
- Briefel, R. R., Reidy, K., Karwe, V., Jankowski, L., ve Hendricks, K. (2004). Toddlers' transition to table foods: impact on nutrient intakes and food patterns. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 38-44.
- Brownell, K. D. (2005). Does a "Toxic" Environment Make Obesity Inevitable?. *Obesity Management*, 1(2), 52-55.

- Bruch, H. (1963). Disturbed communication in eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33(1), 99-104.
- Bruch, H. (1964). Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5(5), 269-274.
- Bruch, H. (1969). Hunger and instinct. *The Journal of nervous and mental disease*, 149(2), 91-114.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within* (Vol. 5052). United States of America: Basic Books.
- Bryant, E. J., King, N. A. ve Blundell, J. E. (2008). Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation. *Obesity Reviews*, 9(5), 409-419.
- Buchwald, H., ve Oien, D. M. (2013). Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obesity surgery*, 23(4), 427-436.
- Buckland, G., Bach, A., ve Serra-Majem, L. (2008). Obesity and the Mediterranean diet: a systematic review of observational and intervention studies. *Obesity reviews*, 9(6), 582-593.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. ve Kendler, K. S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 293-298.
- Bullinger, M. (2014). The concept of quality of life in medicine: its history and current relevance. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(2-3), 97-103.
- Bullinger, M. ve Quitmann, J. (2014). Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 16(2), 137-145.
- Bungum, T., Satterwhite, M., Jackson, A. W. ve Morrow, J. R. (2003). The relationship of body mass index, medical costs, and job absenteeism. *American journal of health behavior*, 27(4), 456-462.
- Busetto, L., Mozzi, E., Schettino, A. M., Furbetta, F., Giardiello, C., Micheletto, G., ... ve for the Italian Group for Lap-Band, I. G. (2015). Three years durability of the improvements in health-related quality of life observed after gastric banding. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11(1), 110-117.
- Burdon, A. P. ve Paul, L. (1951). Obesity: A review of the literature, stressing the psychosomatic approach. *Psychiatric Quarterly*, 25(1), 568-580.
- Burgmer, R., Grigutsch, K., Zipfel, S., Wolf, A. M., de Zwaan, M., Husemann, B., ... ve Herpertz, S. (2005). The influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. *Obesity surgery*, 15(5), 684-691.

- Burton, P., Smit, H. J. ve Lightowler, H. J. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191-197.
- Caldwell, J. (1965). Lifelong Obesity—A Contribution to the Understanding of Recalcitrant Obesity. *Psychosomatics*, 6(6), 417-426.
- Camps, M. A., Zervos, E., Goode, S. ve Rosemurgy, A. S. (1996). Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality in morbidly obese patients and their partners. *Obesity surgery*, 6(4), 356-360.
- Cantwell, D P. (1990). Depression across the early life span. Michael ve Suzanne Miller (Ed.), *Handbook of developmental psychopathology* (s. 293-309). New York: Plenum Press.
- Carels, R. A., Wott, C. B., Young, K. M., Gumble, A., Koball, A. ve Oehlhof, M. W. (2010). Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eating behaviors*, 11(3), 180-185.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B. ve Faith, M. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257.
- Carper, J. L., Fisher, J. O. ve Birch, L. L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35(2), 121-129.
- Carr, D. ve Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of health and social behavior*, 46(3), 244-259.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. ve Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126-131.
- Cawley, J., Rizzo, J. A. ve Haas, K. (2007). Occupation-specific absenteeism costs associated with obesity and morbid obesity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(12), 1317-1324.
- Centers of Disease Control and Prevention 2010. Erişim tarihi: 12 Şubat 2016, http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyfood_environment.htm
- Chambers, J. A. ve Swanson, V. (2012). Stories of weight management: factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *British journal of health psychology*, 17(2), 223-243.
- Chaput, J. P., Klingenberg, L., Astrup, A. ve Sjödén, A. M. (2011). Modern sedentary activities promote overconsumption of food in our current obesogenic environment. *Obesity Reviews*, 12(5), 12-20.

- Chen, E. Y. ve Brown, M. (2005). Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research*, 13(8), 1393-1397.
- Chen, E. Y., Bocchieri-Ricciardi, L. E., Munoz, D., Fischer, S., Katterman, S., Roehrig, M. ve Le Grange, D. (2007). Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma. *Obesity surgery*, 17(5), 669-671.
- Choo, J., Turk, M. T., Jae, S. Y. ve Choo, I. H. (2015). Factors associated with health-related quality of life among overweight and obese Korean women. *Women & health*, 55(2), 152-166.
- Chorpita, B. F. ve Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological bulletin*, 124(1), 3-21.
- Clark, M. E., Lim, L. P. R. B., Adra, S. W. ve Jones, D. B. (2015). Surgical Complications of Weight Loss Surgery. Adrienne Youdim (Ed.), *The Clinician's Guide to the Treatment of Obesity* (s. 181-201). New York: Springer.
- Clayton, A. H. (2002). Female sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications. *Current women's health reports*, 2(3), 182-187.
- Colles, S. L., Dixon, J. B. ve O'Brien, P. E. (2008). Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity*, 16(3), 608-614.
- Collins, J. C. ve Bentz, J. E. (2009). Behavioral and psychological factors in obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 4(4), 124-127.
- Compton, A. (1972). A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. The development of Freud's theory of anxiety. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20(1), 3-44
- Cools, J., Schotte, D. E. ve McNally, R. J. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *Journal of abnormal psychology*, 101(2), 348-351.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of personality and social psychology*, 66(5), 882-894.
- Crandall, C. S. ve Cohen, C. (1994). The personality of the stigmatizer: Cultural world view, conventionalism, and self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 28(4), 461-480.
- Crisp, A. H. ve McGuinness, B. (1976). Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *Br Med J*, 1(6000), 7-9.
- Crook, T., Raskin, A. ve Eliot, J. (1981). Parent-child relationships and adult depression. *Child Development*, 52(3), 950-957.
- Crovetti, R., Porrini, M., Santangelo, A. ve Testolin, G. (1998). The influence of thermic effect of food on satiety. *European journal of clinical nutrition*, 52(7), 482-488.

- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. ve Rasmussen, V.B. (2004). Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey. *World Health Organization. Health Policy for Children and Adolescents*, 4, 98-110. WHO: Geneva.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Corica, F., Di Domizio, S., Marchesini, G. ve QUOVADIS Study Group. (2009). Psychological variables associated with weight loss in obese patients seeking treatment at medical centers. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 2010-2016.
- Danielzik, S., Langnäse, K., Mast, M., Spethmann, C. ve Müller, M. J. (2002). Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5–7 year old children. *European journal of nutrition*, 41(3), 132-138.
- Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M. ve Shekelle, P. G. (2016). Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. *Jama*, 315(2), 150-163.
- de Lauzon-Guillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J. M., Charles, M. A. ve FLVS Study Group. (2006). Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population?. *The American journal of clinical nutrition*, 83(1), 132-138.
- de Wit, L. M., Fokkema, M., van Straten, A., Lamers, F., Cuijpers, P. ve Penninx, B. W. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depression and anxiety*, 27(11), 1057-1065.
- de Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzgen, B., Gefeller, O., ... ve Müller, A. (2011). Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of affective disorders*, 133(1), 61-68.
- de Zwaan, M., Lancaster, K. L., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Roerig, J. L. ve Crosby, R. D. (2002). Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 12(6), 773-780.
- DeMaria, E. J. (2007). Bariatric surgery for morbid obesity. *New England Journal of Medicine*, 356(21), 2176-2183.
- Dennis, B. H., Pajak, A., Pardo, B., Davis, C. E., Williams, O. D. ve Piotrowski, W. (2000). Weight gain and its correlates in Poland between 1983 and 1993. *International journal of obesity*, 24(11), 1507-1513.
- Dinç, G., Eser, E., Saatli, G. L., Cihan, U. A., Oral, A., Baydur, H. ve Ozcan, C. (2006). The relationship between obesity and health related quality of life of women in a Turkish city with a high prevalence of obesity. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 15(4), 508-515.

- Dünya Sağlık Örgütü, Obesity and overweight (2016). Erişim tarihi: 7 Şubat 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>).
- Dünya Sağlık Örgütü. (1998). *Whoqol user manual: Programme on mental health*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic, 894, World Health Organization.
- Dymek, M. P., Grange, D., Neven, K. ve Alverdy, J. (2002). Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obesity*, 10(11), 1135-1142.
- Dziurowicz-Kozłowska, A. H., Wierzbicki, Z., Lisik, W., Wasiak, D. ve Kosieradzki, M. (2006). The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 16(2), 196-202.
- Edmunds, H. ve Hill, A. J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 435-440.
- Ejike, C. (2013). Association between anxiety and obesity: A study of a young-adult Nigerian population. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 4(5), 13-18.
- Elfhag, K. ve Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*, 6(1), 67-85.
- Elfhag, K., Tynelius, P. ve Rasmussen, F. (2007). Sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks in association to restrained, external and emotional eating. *Physiology & behavior*, 91(2), 191-195.
- Elkins, G., Whitfield, P., Marcus, J., Symmonds, R., Rodriguez, J. ve Cook, T. (2005). Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obesity surgery*, 15(4), 546-551.
- Erem, C. (2015). Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *IJC Metabolic & Endocrine*, 8, 38-41.
- Ersoy, G. (2012). Obezite ve Egzersiz. Perihan Arslan, Ayhan Dağ ve Evrim G. Türkmen (Ed.), *Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri* (1. Baskı)(s.146-153). İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.
- Evirgen, N. (2010). *The prevalence of emotional eating and its relation to affect regulation in a turkish sample of obese, overweight and normal weighted women* (Yüksek lisans tezi). Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalı , İstanbul.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Sarwer, D. B. ve Faith, M. S. (2005). Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obesity surgery*, 15(3), 304-309.

- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Crerand, C. E., Kuehnel, R. H., Lipschutz, P. E., ... ve Williams, N. N. (2006). Self-Reported Eating Behaviors of Extremely Obese Persons Seeking Bariatric Surgery: A Factor Analytic Approach. *Obesity, 14*(3), 83-89.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 41*(5), 509-528.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A. ve Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity research, 12*(11), 1711-1722.
- Fedoroff, I. D., Polivy, J. ve Herman, C. P. (1997). The effect of pre-exposure to food cues on the eating behavior of restrained and unrestrained eaters. *Appetite, 28*(1), 33-47.
- Fedoroff, I., Polivy, J. ve Herman, C. P. (2003). The specificity of restrained versus unrestrained eaters' responses to food cues: general desire to eat, or craving for the cued food?. *Appetite, 41*(1), 7-13.
- Finkenauer, C., Engels, R. ve Baumeister, R. (2005). Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development, 29*(1), 58-69.
- Fisek, G. O. (2002). Self and family in flux: Opportunities and risks engendered by change. Culture and Mental Health Congress on Culture and Mental Health, Brussels, Belgium.
- Fisher, J. O. ve Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *The American journal of clinical nutrition, 69*(6), 1264-1272.
- Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R. ve Kirschenbaum, D. S. (1993). Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychology, 12*(5), 342-345.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. ve Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *Jama, 303*(3), 235-241.
- Flores, C. A. (2014). Psychological assessment for bariatric surgery: current practices. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 27*, 59-62.
- Folope, V., Chapelle, C., Grigioni, S., Coëffier, M. ve Déchelotte, P. (2012). Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition, 28*(7), 7-13.
- Fontaine, K. R. ve Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity reviews, 2*(3), 173-182.

- Fontaine, K. R., Bartlett, S. J. ve Barofsky, I. (2000). Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 101-105.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Swain, R. M., Stunkard, A. J., Platte, P. ve Vogt, R. A. (1998). The Eating Inventory in obese women: clinical correlates and relationship to weight loss. *International journal of obesity*, 22(8), 778-785.
- Francis, L. A. ve Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
- French, S. A., Story, M. ve Perry, C. L. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity research*, 3(5), 479-490.
- Freud, S. (1917/2014). *Yas ve Melankoli*. (A. Emirsoy, Çev.). İstanbul: Telos Yayıncılık.
- Frezza, E. E., Wachtel, M. S. ve Gordhamer, R. (2008). Psychological assessment. Ninh T. Nguyen, Eric J. De Maria, Sayeed Ikramuddin ve Matthew M. Hutter (Ed.), *The SAGES manual* (s. 43-50). New York: Springer.
- Friedman, K. E., Ashmore, J. A. ve Applegate, K. L. (2008). Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity*, 16(2), 69-74.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R. ve Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10(1), 33-41.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A. ve Musante, G. J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity research*, 13(5), 907-916.
- Friedman, M. A. ve Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological bulletin*, 117(1), 3-20.
- Frost, R. O., Goolkasian, G. A., Ely, R. J. ve Blanchard, F. A. (1982). Depression, restraint and eating behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 20(2), 113-121.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 343-361.
- Gariepy, G., Nitka, D. ve Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34(3), 407-419.
- Garner, D. M. ve Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 729-780.
- Garrow, J. S. (2013). How to treat and when to treat. J. F. Munro (Ed.) *The treatment of obesity* (Vol. 2) (s. 1-18). England: Springer Science & Business Media.

- Garza, S. F. (2003). Bariatric weight loss surgery: patient education, preparation, and follow-up. *Critical care nursing quarterly*, 26(2), 101-104.
- Gates, D. M., Succop, P., Brehm, B. J., Gillespie, G. L. ve Sommers, B. D. (2008). Obesity and presenteeism: the impact of body mass index on workplace productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(1), 39-45.
- Gavin, A. R., Simon, G. E. ve Ludman, E. J. (2010). The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *Journal of psychosomatic research*, 69(6), 573-581.
- Ge, X., Conger, R. D. ve Elder, G. H. (1996). Coming of age too early: Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child development*, 67(6), 3386-3400.
- Geliebter, A. ve Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating behaviors*, 3(4), 341-347.
- Geliebter, A., Melton, P. M., McCray, R. S., Gallagher, D. R., Gage, D. ve Hashim, S. A. (1992). Gastric capacity, gastric emptying, and test-meal intake in normal and bulimic women. *The American journal of clinical nutrition*, 56(4), 656-661.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. ve Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 251-277.
- Gertler, R. ve Ramsey-Stewart, G. (1986). Pre-operative psychiatric assessment of patients presenting for gastric bariatric surgery (surgical control of morbid obesity). *The Australian and New Zealand journal of surgery*, 56(2), 157-161.
- Gianini, L. M., White, M. A. ve Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313.
- Gibb, B. E., Abramson, L. Y. ve Alloy, L. B. (2004). Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 1-21.
- Gilleard, W. ve Smith, T. (2007). Effect of obesity on posture and hip joint moments during a standing task, and trunk forward flexion motion. *International Journal of Obesity*, 31(2), 267-271.
- Gluck, M. E., Geliebter, A. ve Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity research*, 9(4), 264-267.
- Gluck, M. E., Geliebter, A., Hung, J. ve Yahav, E. (2004). Cortisol, hunger, and desire to binge eat following a cold stress test in obese women with binge eating disorder. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 876-881.

- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary therapies in medicine*, 21(4), 430-439.
- Goetz, A. T. ve Shackelford, T. K. (2006). Modern application of evolutionary theory to psychology: Key concepts and clarifications. *The American journal of psychology*, 567-584.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L. ve Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 68-78.
- Gortmaker, S. L., Must, A., Sobol, A. M., Peterson, K., Colditz, G. A. ve Dietz, W. H. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 150(4), 356-362.
- Graber, J. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. ve Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1768-1776.
- Gradaschi, R., Noli, G., Cornicelli, M., Camerini, G., Scopinaro, N. ve Adami, G. F. (2013). Do clinical and behavioural correlates of obese patients seeking bariatric surgery differ from those of individuals involved in conservative weight loss programme?. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(1), 34-38.
- Green, L. W. (1970). Manual for scoring socioeconomic status for research on health behavior. *Public health reports*, 85(9), 815-827.
- Greeno, C. G. ve Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological bulletin*, 115(3), 444-464.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. Christopher G. Fairburn ve Kelly D. Brownell (Ed.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (s.178-182). New York: The Guilford.
- Grilo, C. M., Reas, D. L., Brody, M. L., Burke-Martindale, C. H., Rothschild, B. S. ve Masheb, R. M. (2005). Body checking and avoidance and the core features of eating disorders among obese men and women seeking bariatric surgery. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 629-637.
- Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D. ve Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 443-450.
- Grolnick, W. S. (2002). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. London: Psychology Press.
- Grossman, M. I. (1955). Integration of current views on the regulation of hunger and appetite. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 63(1), 76-91.

- Grundy, S. M., Blackburn, G., Higgins, M., Lauer, R., Perri, M. G. ve Ryan, D. (1999). Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(11), 1493-1500.
- Guyton, A. C. ve Hall, J. E. (2016). *Textbook of Medical Physiology* (13.baskı). Philadelphia: Elsevier.
- Gülçelik, N. E., Gürlek, A. ve Usman, A. (2007). Obezitenin medikal tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38, 212-217.
- Haines, J. ve Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health education research*, 21(6), 770-782.
- Hamilton, M. T., Hamilton, D. G. ve Zderic, T. W. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes*, 56(11), 2655-2667.
- Harma, M. (2008). *The Impact of Parental Control and Marital Conflict on Adolescents' Self-Regulation and Adjustment* (Doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Harris, M. B., Harris, R. J. ve Bochner, S. (1982). Fat, Four-Eyed, and Female: Stereotypes of Obesity, Glasses, and Gender. *Journal of Applied Social Psychology*, 12(6), 503-516.
- Hart, K. E. ve Chiovari, P. (1998). Inhibition of eating behavior: Negative cognitive effects of dieting. *Journal of clinical psychology*, 54(4), 427-430.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. Roy F. Baumeister (Ed.), *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard* (s. 87-116). New York: Springer US.
- Hassan, M. K., Joshi, A. V., Madhavan, S. S. ve Amonkar, M. M. (2003). Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. *International journal of obesity*, 27(10), 1227-1232.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. ve Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heatherton, T. F., Polivy, J. ve Herman, C. P. (1989). Restraint and internal responsiveness: effects of placebo manipulations of hunger state on eating. *Journal of abnormal psychology*, 98(1), 89-92.
- Heatherton, T. F. ve Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86-108.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P. ve Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of personality and social psychology*, 60(1), 138-143.

- Heatherton, T. F., Polivy, J. ve Herman, C. P. (1990). Dietary restraint: Some current findings and speculations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4(2), 100-106.
- Heinberg, L. J., Ashton, K. ve Windover, A. (2010). Moving beyond dichotomous psychological evaluation: the Cleveland Clinic Behavioral Rating System for weight loss surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(2), 185-190.
- Heo, M., Allison, D. B., Faith, M. S., Zhu, S. ve Fontaine, K. R. (2003). Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. *Obesity research*, 11(2), 209-216.
- Heo, M., Pietrobelli, A., Wang, D., Heymsfield, S. B. ve Faith, M. S. (2010). Obesity and functional impairment: influence of comorbidity, joint pain, and mental health. *Obesity*, 18(10), 2030-2038.
- Herman, C. P. ve Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality*, 43(4), 647-660.
- Herpertz, S., Müller, A., Burgmer, R., Crosby, R. D., de Zwaan, M. ve Legenbauer, T. (2015). Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surgery for obesity and related diseases*, 11(6), 1361-1370.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D. ve Ravens-Sieberer, U. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 82-91.
- Higgs, M. L., Wade, T., Cescato, M., Atchison, M., Slavotinek, A. ve Higgins, B. (1997). Differences between treatment seekers in an obese population: medical intervention vs. dietary restriction. *Journal of behavioral medicine*, 20(4), 391-405.
- Hill, A. J. (2004). Does dieting make you fat?. *British Journal of Nutrition*, 92(1), 15-18.
- Hill, S. E. (2011). *Eating to Excess: The Meaning of Gluttony and the Fat Body in the Ancient World: The Meaning of Gluttony and the Fat Body in the Ancient World*. California: ABC-CLIO.
- Hinkle, A. ve Wu, E. (2003). Communities of color issue briefing paper: addressing the obesity epidemic—public policies for healthy eating and physical activity environments, California Adolescent Nutrition and Fitness Program & California Pan Ethnic Health Network. *California Adolescent Nutrition and Fitness Program & California Pan Ethnic Health Network*.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği üzerine bir çalışma [Reliability and validity of 106 Beck

- Depression Inventory for university students]. *Turkish Journal of Psychology*, 23, 3-13.
- Hoppa, H. ve Hallstrom, T. (1981). Weight gain in adulthood in relation to socioeconomic factors, mental illness, and personality traits: A prospective study of middle-aged women. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 83– 89.
- Hou, R., Mogg, K., Bradley, B. P., Moss-Morris, R., Peveler, R. ve Roefs, A. (2011). External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. *Appetite*, 56(2), 424-427.
- Houben, K., Nederkoorn, C. ve Jansen, A. (2014). Eating on impulse: The relation between overweight and food-specific inhibitory control. *Obesity*, 22(5), 6-8.
- Huang, L. ve Lu, J. (2015). Eat With Your Eyes: Package Color Influences The Expectation Of Food Taste And Healthiness Moderated by External Eating. *Marketing Management*, 25(2), 71-87.
- Hudson, A. ve Williams, S. G. (1981). Eating behavior, emotions, and overweight. *Psychological reports*, 48(2), 669.
- Hulens, M., Vansant, G., Claessens, A. L., Lysens, R., Muls, E. ve Rzewnicki, R. (2002). Health-related quality of life in physically active and sedentary obese women. *American Journal of Human Biology*, 14(6), 777-785.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011–2012. (2013). (2015, 5 aralık) <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık.
- Jackson, B., Cooper, M. L., Mintz, L. ve Albino, A. (2003). Motivations to eat: Scale development and validation. *Journal of Research in Personality*, 37(4), 297-318.
- Jakicic, J. M. ve Otto, A. D. (2005). Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 82(1), 226-229.
- Jakobsen, G. S., Hofsvø, D., Røislien, J., Sandbu, R. ve Hjeltnes, J. (2010). Morbidly Obese Patients—Who Undergoes Bariatric Surgery?. *Obesity Surgery*, 20(8), 1142-1148.
- Jansen, A., Vanreyten, A., van Balveren, T., Roefs, A., Nederkoorn, C. ve Havermans, R. (2008). Negative affect and cue-induced overeating in non-eating disordered obesity. *Appetite*, 51(3), 556-562.
- Jantaratanon, N., Mosikanon, K., Lee, Y. ve McIntyre, R. S. (2016). The interface of depression and obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2016.07.003>

- Jeffery, R. W. ve French, S. A. (1996). Socioeconomic status and weight control practices among 20-to 45-year-old women. *American Journal of Public Health, 86*(7), 1005-1010.
- Jeffery, R. W., Linde, J. A., Simon, G. E., Ludman, E. J., Rohde, P., Ichikawa, L. E. ve Finch, E. A. (2009). Reported food choices in older women in relation to body mass index and depressive symptoms. *Appetite, 52*(1), 238-240.
- Jia, H. ve Lubetkin, E. I. (2005). The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of public health, 27*(2), 156-164.
- Johnston, E., Johnson, S., McLeod, P. ve Johnston, M. (2004). The relation of body mass index to depressive symptoms. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique, 179*-183.
- Josbeno, D. A., Kalarchian, M., Sparto, P. J., Otto, A. D. ve Jakicic, J. M. (2011). Physical activity and physical function in individuals post-bariatric surgery. *Obesity surgery, 21*(8), 1243-1249.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., Jacomb, P. A., Rodgers, B. ve Parslow, R. A. (2003). Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand journal of public health, 27*(4), 434-440.
- Kabat-Zinn, M. ve Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.
- Kagitcibasi, C. (1970). Social norms and authoritarianism: a Turkish-American comparison. *Journal of Personality and Social Psychology, 16*(3), 444-451.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M., ... ve Rofey, D. L. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American journal of Psychiatry, 164*(2), 328-334.
- Kaplan, H. I. ve Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 125*(2), 181-201.
- Karagöl, A., Özçürümez, G., Taşkıntuna, N. ve Nar, A. (2014). Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15*(3), 207-213.
- Karlsson, J., Sjöström, L. ve Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS)—an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 22*(2), 113-126.

- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. ve Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197-204.
- Kaukua, J., Pekkarinen, T., Sane, T. ve Mustajoki, P. (2003). Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: a 2-y follow-up study. *International journal of obesity*, 27(9), 1072-1080.
- Kelly, T., Yang, W., Chen, C. S., Reynolds, K. ve He, J. (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International journal of obesity*, 32(9), 1431-1437.
- Kessler, R. C. ve Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 115-129.
- Keys, A. (1995). Mediterranean diet and public health: personal reflections. *The American journal of clinical nutrition*, 61(6), 1321-1323.
- Khan, O., Bano, G. ve Reddy, M. (2016). The Structure and Role of the Multidisciplinary Team in Bariatric Surgery. Sanjay Agrawal (Ed.), *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery* (s. 141-145). London: Springer International Publishing.
- Khayef, G. ve Sabaté, J. (2016). Impact of Mediterranean Diet on Metabolic Syndrome. Donato F. Romagnolo ve Ornella I. Selmin (Ed.), *Mediterranean Diet* (s. 109-120). Switzerland: Humana Press. DOI: 10.1007/978-3-319-27969-5.
- Kins, E., Soenens, B. ve Beyers, W. (2011). "Why do they have to grow up so fast?" Parental separation anxiety and emerging adults' pathology of separation-individuation. *Journal of clinical psychology*, 67(7), 647-664.
- Kiortsis, D. N. ve Simos, Y. V. (2014). Mediterranean diet for the prevention and treatment of metabolic syndrome: is it worth it?. *Angiology*, 65(1), 5-8.
- Klesges, R. C., Isbell, T. R. ve Klesges, L. M. (1992). Relationship between dietary restraint, energy intake, physical activity, and body weight: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 101(4), 668-674.
- Klesges, R. C., Stein, R. J., Eck, L. H., Isbell, T. R. ve Klesges, L. M. (1991). Parental influence on food selection in young children and its relationships to childhood obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 53(4), 859-864.
- Klumbiene, J., Petkeviciene, J., Helasoja, V., Prättälä, R. ve Kasmel, A. (2004). Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *The European Journal of Public Health*, 14(4), 390-394.

- Köksal, F. ve Power, K. G. (1990). Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): A self-report measure of somatic, cognitive, behavioral, and feeling components. *Journal of Personality Assessment*, 54(3-4), 534-545.
- Kolotkin, R. L., Binks, M., Crosby, R. D., Østbye, T., Gress, R. E. ve Adams, T. D. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14(3), 472-479.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D. ve Williams, G. R. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity research*, 9(2), 102-111.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Pendleton, R., Strong, M., Gress, R. E. ve Adams, T. (2003). Health-related quality of life in patients seeking gastric bypass surgery vs non-treatment-seeking controls. *Obesity surgery*, 13(3), 371-377.
- Kolotkin, R. L., Head, S., Hamilton, M. ve Tse, C. K. J. (1995). Assessing impact of weight on quality of life. *Obesity research*, 3(1), 49-56.
- Kolotkin, R. L., Meter, K. ve Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity reviews*, 2(4), 219-229.
- Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. ve Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53(1), 131-134.
- Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. ve Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479.
- Kortt, M. A. ve Clarke, P. M. (2005). Estimating utility values for health states of overweight and obese individuals using the SF-36. *Quality of Life Research*, 14(10), 2177-2185.
- Kraaij, V., Pruyboom, E. ve Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & mental health*, 6(3), 275-281.
- Kranz, S., Findeis, J. L. ve Shrestha, S. S. (2008). Use of the Revised Children's Diet Quality Index to assess preschooler's diet quality, its sociodemographic predictors, and its association with body weight status. *Jornal de pediatria*, 84(1), 26-34.
- Krieger, N., Williams, D. R., ve Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health*, 18(1), 341-378.
- Kushner, R. F. ve Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16(10), 947-952.

- Laitinen, J., Ek, E. ve Sovio, U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive medicine*, 34(1), 29-39.
- Larjani, S., Spivak, I., Guo, M. H., Aliarzadeh, B., Wang, W., Robinson, S., ... ve Aarts, M. A. (2016). Preoperative predictors of adherence to multidisciplinary follow-up care postbariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(2), 350-356.
- Larsen, J. K., Geenen, R., Van Ramshorst, B., Brand, N., De Wit, P., Stroebe, W. ve van Doornen, L. J. (2003). Psychosocial functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: a cross-sectional study. *Obesity surgery*, 13(4), 629-636.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R. ve Engels, R. C. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of psychosomatic research*, 60(3), 237-243.
- Larsson, U. E. (2004). Influence of weight loss on pain, perceived disability and observed functional limitations in obese women. *International journal of obesity*, 28(2), 269-277.
- Larsson, U. E. ve Mattsson, E. (2001). Functional limitations linked to high body mass index, age and current pain in obese women. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 25(6), 893-899.
- Laukkanen, J., Ojansuu, U., Tolvanen, A., Alatupa, S. ve Aunola, K. (2014). Child's difficult temperament and mothers' parenting styles. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 312-323.
- Lauti, M., Stevenson, S., Hill, A. G. ve MacCormick, A. D. (2016). Patient Perspectives About Follow-Up Care and Weight Regain Following Sleeve Gastrectomy. *Obesity surgery*, 26(11), 2724-2731.
- Lee, A. J., Morgan, C. L., Morrissey, M., Wittrup-Jensen, K. U., Kennedy-Martin, T. ve Currie, C. J. (2005). Evaluation of the association between the EQ-5D index (health-related utility) and body mass index (obesity) in hospital-treated people with Type 1 diabetes, Type 2 diabetes and with no diagnosed diabetes. *Diabetic Medicine*, 22(11), 1482-1486.
- Legenbauer, T., Herpertz, S. ve de Zwaan, M. (2012). Psychosocial Problems and Psychiatric Disorders Pre- and Postbariatric Surgery. James E. Mitchell ve Martina de Zwaan (Ed.), *Psychosocial assessment and treatment of bariatric surgery patients* (s.61-86). New York: Routledge.
- LeMont, D., Moorehead, M. K., Parish, M. S., Reto, C. S. ve Ritz, S. J. (2004). Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates. American Society for Bariatric Surgery.

- Leon, G. R. ve Chamberlain, K. (1973). Emotional arousal, eating patterns, and body image as differential factors associated with varying success in maintaining a weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(3), 474-480.
- LeMoyne, T. ve Buchanan, T. (2011). Does “hovering” matter? Helicopter parenting and its effect on well-being. *Sociological Spectrum*, 31(4), 399-418.
- Libeton, M., Dixon, J. B., Laurie, C. ve O'brien, P. E. (2004). Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. *Obesity surgery*, 14(3), 392-398.
- Lin, E. A., Barlow, G. M. ve Mathur, R. (2015). The Health Burden of Obesity. Adrienne Youdim (Ed.), *The Clinician's Guide to the Treatment of Obesity* (s. 19-42). New York: Springer.
- Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., Lin, H. Y., Kao, Y. H., Tsai, C. C., ... ve Yen, Y. C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-8.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P. ve Boyle, R. G. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International journal of obesity*, 28(3), 418-425.
- Lindroos, A. K., Lissner, L., Mathiassen, M. E., Karlsson, J., Sullivan, M., Bengtsson, C. ve Sjöström, L. (1997). Dietary intake in relation to restrained eating, disinhibition, and hunger in obese and nonobese Swedish women. *Obesity*, 5(3), 175-182.
- Link, B. G. ve Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
- Lissau, I. ve Sorensen, T. I. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *The Lancet*, 343(8893), 324-327.
- Liu, S. Y. W., Wong, S. K. H., Lam, C. C. H., Yung, M. Y., Kong, A. P. S. ve Ng, E. K. W. (2015). Long-term results on weight loss and diabetes remission after laparoscopic sleeve gastrectomy for a morbidly obese Chinese population. *Obesity surgery*, 25(10), 1901-1908.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., ... ve Gibbons, M. M. (2012). Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obesity surgery*, 22(1), 70-89.
- Loos, R. J. ve Bouchard, C. (2003). Obesity—is it a genetic disorder?. *Journal of internal medicine*, 254(5), 401-425.
- Loukas, A., Paulos, S. K. ve Robinson, S. (2005). Early adolescent social and overt aggression: Examining the roles of social anxiety and maternal psychological control. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(4), 335-345.

- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. ve Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Luyckx, K., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Goossens, L., ve Berzonsky, M. D. (2007). Parental psychological control and dimensions of identity formation in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 546-550.
- Lykouras, L. ve Michopoulos, J. (2011). Anxiety disorders and obesity. *Psychiatrike*, 22(4), 307-313.
- Maccuish, A. C. ve Ford, M. J. Dietary Management of Obesity and Obesity Related Disease (2013). J. F. Munro (Ed.), *The Treatment of Obesity* (s.19-52). England: MTP Press.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Macht, M., Gerer, J. ve Ellgring, H. (2003). Emotions in overweight and normal-weight women immediately after eating foods differing in energy. *Physiology & Behavior*, 80(2), 367-374.
- Maddox, G. L., Back, K. W. ve Liederman, V. R. (1968). Overweight as social deviance and disability. *Journal of health and social behavior*, 287-298.
- Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H. J., Livingston, E. H., ... ve Rhodes, S. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of internal medicine*, 142(7), 547-559.
- Malik, S., Mitchell, J. E., Engel, S., Crosby, R. ve Wonderlich, S. (2014). Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Comprehensive psychiatry*, 55(2), 248-259.
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B. ve Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220-233.
- Mannucci, E., Petroni, M. L., Villanova, N., Rotella, C. M., Apolone, G., Marchesini, G. ve QUOVADIS Study Group. (2010). Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1-9.
- Marcus, M. D., Wing, R. R. ve Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10(2), 163-168.
- Markel, T. A. ve Mattar S. G. (2008). Essentials of a Bariatric Program. Ninh T. Nguyen, Eric J. De Maria, Sayeed Ikramuddin ve Matthew M. Hutter (Ed.), *The SAGES manual* (s. 37-42). New York: Springer.

- Markson, E. R. (1993). Depression and moral masochism. *The International journal of psycho-analysis*, 74(5), 931-940.
- Markowitz, S., Friedman, M. A. ve Arent, S. M. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 1-20.
- Masheb, R. M. ve Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141-146.
- Mason, T. B., Heron, K. E., Braitman, A. L. ve Lewis, R. J. (2016). A daily diary study of perceived social isolation, dietary restraint, and negative affect in binge eating. *Appetite*, 97, 94-100.
- Mattsson, E., Larsson, U. E. ve Rössner, S. (1997). Is walking for exercise too exhausting for obese women?. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 21(5), 380-386.
- May, U. (2001). Abraham's Discovery of the 'Bad Mother': A Contribution to the History of the Theory of Depression. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82(2), 283-305.
- Mayer, B., Trommsdorff, G., Kagitcibasi, C. ve Mishra, R. C. (2012). Family models of independence/interdependence and their intergenerational similarity in Germany, Turkey, and India. *Family Science*, 3(1), 64-74.
- McGuire, M. T., Wing, R. R., Klem, M. L., Lang, W. ve Hill, J. O. (1999). What predicts weight regain in a group of successful weight losers?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(2), 177-185.
- McKenna, R. J. (1972). Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: A comparison of the Schachterian and psychosomatic conceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22(3), 311-319.
- McLean, J. A. ve Barr, S. I. (2003). Cognitive dietary restraint is associated with eating behaviors, lifestyle practices, personality characteristics and menstrual irregularity in college women. *Appetite*, 40(2), 185-192.
- Mechanick, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J., Gonzalez-Campoy, J. M., Collazo-Clavell, M. L., Guven, S., ... ve Sarwer, D. B. (2008). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), 109-184.
- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Nanni, G.,... ve Rubino, F. (2015). Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical

- treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9997), 964-973.
- Mirowsky, J. ve Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health a human capital hypothesis. *Research on aging*, 20(4), 415-449.
- Mitchell, J. E. ve de Zwaan, M. (2014). Psychopathology and Bariatric Surgery. . Christopher Still, David B. Sarwer ve Jeanne Blankenship (Ed.), *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery Volume 2 :Integrated Health* (s. 11-18). New York: Springer.
- Mobbs, O., Crépin, C., Thiéry, C., Golay, A. ve Van der Linden, M. (2010). Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 372-377.
- Monteforte, M. J. ve Turkelson, C. M. (2000). Bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 10(5), 391-401.
- Montesi, L., El Ghoch, M., Brodosi, L., Calugi, S., Marchesini, G. ve Dalle Grave, R. (2015). Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 9, 37-46.
- Mueller, C. W., ve Parcel, T. L. (1981). Measures of socioeconomic status: Alternatives and recommendations. *Child Development*, 52(1), 13-30.
- Munoz, D. J., Lal, M., Chen, E. Y., Mansour, M., Fischer, S., Roehrig, M., ... ve Le Grange, D. (2007). Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obesity Surgery*, 17(11), 1487-1491.
- Muraven, M. ve Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle?. *Psychological bulletin*, 126(2), 247-259.
- Murray, C. J. ve Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
- Must, A. ve Tybor, D. J. (2005). Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *International journal of obesity*, 29, 84-96.
- National Institutes of Health & National Heart, Lung, and Blood Institute. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity. *Health and Human Services, Public Health Service*. <http://www.nhlbi.nih.gov>
- Neel, J. V. (1962). Diabetes mellitus: a “thrifty” genotype rendered detrimental by “progress”?. *American journal of human genetics*, 14(4), 353-362.

- Nederkoorn, C., Braet, C., Van Eijs, Y., Tanghe, A. ve Jansen, A. (2006). Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. *Eating behaviors*, 7(4), 315-322.
- Nestle, M. (2002). *Food politics: How the food industry influences nutrition and health*. London: University of California Press.
- Ng, F. F. Y., Pomerantz, E. M. ve Deng, C. (2014). Why are Chinese mothers more controlling than American mothers? "My child is my report card". *Child development*, 85(1), 355-369.
- NHLBI Obesity Education Initiative. (2000). The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. US National Institutes of Health. https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf
- O'reardon, J. P., Peshek, A. ve Allison, K. C. (2005). Night Eating Syndrome. *CNS drugs*, 19(12), 997-1008.
- O'Connor, D. B. ve O'Connor, R. C. (2004). Perceived changes in food intake in response to stress: The role of conscientiousness. *Stress and Health*, 20(5), 279-291.
- Odenweller, K. G., Booth-Butterfield, M. ve Weber, K. (2014). Investigating helicopter parenting, family environments, and relational outcomes for millennials. *Communication Studies*, 65(4), 407-425.
- Ogden, J. ve Wardle, J. (1990). Cognitive restraint and sensitivity to cues for hunger and satiety. *Physiology & behavior*, 47(3), 477-481.
- Oliver, G., Wardle, J. ve Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic medicine*, 62(6), 853-865.
- Onat, A., Yıldırım, B., Çetinkaya, A., Aksu, H., Keleş, İ. ve Uslu, N. (1999). Indices of obesity and central obesity in Turkish adults: Distinct rise in obesity in 1990-98 more pronounced among men. *Arch Turk Soc Cardiol*, 27, 209-217.
- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G. ve Eaton, W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American journal of epidemiology*, 158(12), 1139-1147.
- Orhan, Y. ve Özbey, N. (2002). Obezite ve Diyet Tedavileri. Alp Bozbora (Ed.), *Obezite ve tedavisi*. (s. 141-176). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ostrovsky, N. W., Swencionis, C., Wylie-Rosett, J. ve Isasi, C. R. (2013). Social anxiety and disordered overeating: An association among overweight and obese individuals. *Eating behaviors*, 14(2), 145-148.

- Oyekcin, D. G., Yildiz, D., Sahin, E. M. ve Gur, S. (2011). Depression and anxiety in obese patients/Obezite hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 121-125.
- Özarmağan, S. ve Bozbora, A. (2002). Obezite Tanımı ve Temel Bilgiler. Alp Bozbora (Ed.), *Obezite ve tedavisi*. (s.1-14). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özbey, N. (2002). Obezite ve Egzersiz. Alp Bozbora (Ed.), *Obezite ve tedavisi*. (s. 177-183). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özdel, O., Sözeri-Varma, G., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoglu, N. ve Ateşçi, F. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 14(1), 210-217.
- Özdemir, Y. (2013). Parental behavioral and psychological control relationships to self-esteem, life satisfaction, depression, and antisocial behaviors. *Journal of Human Sciences*, 9(2), 1581-1590.
- Paeratakul, S., Lovejoy, J. C., Ryan, D. H. ve Bray, G. (2002). The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of US adults. *International journal of obesity*, 26(9), 1205-1210.
- Painter, J. E., Wansink, B. ve Hieggelke, J. B. (2002). How visibility and convenience influence candy consumption. *Appetite*, 38(3), 237-238.
- Papageorgiou, G. M., Papakonstantinou, A., Mamplekou, E., Terzis, I. ve Melissas, J. (2002). Pre-and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obesity surgery*, 12(4), 534-539.
- Papies, E., Stroebe, W. ve Aarts, H. (2007). Pleasure in the mind: Restrained eating and spontaneous hedonic thoughts about food. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(5), 810-817.
- Papies, E. K., Stroebe, W. ve Aarts, H. (2008). Healthy cognition: Processes of self-regulatory success in restrained eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(9), 1290-1300.
- Park, W., Ramachandran, J., Weisman, P. ve Jung, E. S. (2010). Obesity effect on male active joint range of motion. *Ergonomics*, 53(1), 102-108.
- Parlak, S. Ç. (2011). Aşk İçin Çaresiz Bir Yakarış: İbn-i Sina'dan Psikanalize Depresyonun Tarihsel Öyküsü. Yansıtma: *Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, 15, 9-18.
- Pataky, Z., Carrard, I. ve Golay, A. (2011). Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Current opinion in gastroenterology*, 27(2), 167-173.
- Peraino, A. (2015). Physical Activity and Writing an Exercise Prescription. Adrienne Youdim (Ed.), *The Clinician's Guide to the Treatment of Obesity* (s. 77-90). New York: Springer.

- Peterson, C. B., Berg, K. ve Mitchell, J. E. (2012). Assessment of bariatric surgery candidates: structured interviews and self-report measures. James E. Mitchell ve Martina de Zwaan (Ed.), *Psychosocial assessment and treatment of bariatric surgery patients* (s.37-60). New York: Routledge.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E. ve Criss, M. M. (2001). Antecedents and behavior problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child development*, 72(2), 583-598.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P. ve Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge eating disorder in obese women. *Obesity*, 11(2), 195-201.
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S. ve Weissman, M. M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107(5), 1049-1056.
- Pinto-Bastos, A., Ramalho, S. M., Conceição, E. ve Mitchell, J. (2016). Disordered Eating and Obesity. Shamim I. Ahmad ve Syed Khalid Imam (Ed.), *Obesity* (s. 309-319). Springer International Publishing.
- Pitzul, K. B., Jackson, T., Crawford, S., Kwong, J. C. H., Sockalingam, S., Hawa, R., Urbach, D. ve Okrainec, A. (2014). Understanding disposition after referral for bariatric surgery: when and why patients referred do not undergo surgery. *Obesity surgery*, 24(1), 134-140.
- Poirier, P. ve Després, J. P. (2001). Exercise in weight management of obesity. *Cardiology clinics*, 19(3), 459-470.
- Pokrajac-Bulian, A., Kukić, M. ve Bašić-Marković, N. (2015). Quality of life as a mediator in the association between body mass index and negative emotionality in overweight and obese non-clinical sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(4), 473-481.
- Polat, A. ve Turan, H. (2013). Obezite: Tanı, Sınıflandırma ve Epidemiyoloji. Yücel B, Karakoç Akdemir A, Gürdal Küey A ve ark. (Ed), *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi El Kitabı* (s.291-298). Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık.
- Polivy, J. ve Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201.
- Polivy, J. ve Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(5), 635-644.
- Polivy, J. ve Herman, C. P. (2005). Mental health and eating behaviours: A bi-directional relation. *Can J Public Health*, 96(3), 43-46.
- Polivy, J. ve Herman, C. P. (2017). Restrained Eating and Food Cues: Recent Findings and Conclusions. *Current Obesity Reports*, 6(1), 79-85.

- Pollert, G. A., Kauffman, A. A. ve Veilleux, J. C. (2016). Symptoms of Psychopathology Within Groups of Eating-Disordered, Restrained Eating, and Unrestrained Eating Individuals. *Journal of clinical psychology*, 72(6), 621-632.
- Pontiroli, A. E., Fossati, A., Vedani, P., Fiorilli, M., Folli, F., Paganelli, M., ... ve Maffei, C. (2007). Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. *Obesity surgery*, 17(11), 1492-1497.
- Preiss, K., Brennan, L. ve Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 14(11), 906-918.
- Prentice, A. M., Black, A. E., Coward, W. A., Davies, H. L., Goldberg, G. R., Murgatroyd, P. R., ... ve Whitehead, R. G. (1986). High levels of energy expenditure in obese women. *Br Med J*, 292(6526), 983-987.
- Price, R. A. (2002). Genetics and Common Obesity: Background, Current Status, Strategies and Future Prospects. Thomas A. Wadden ve Albert J. Stunkard (Ed.), *Handbook of obesity treatment* (s. 73-94). New York: Guilford Press.
- Price, R. A. ve Gottesman, I. I. (1991). Body fat in identical twins reared apart: roles for genes and environment. *Behavior genetics*, 21(1), 1-7.
- Pronk, N. P., Martinson, B., Kessler, R. C., Beck, A. L., Simon, G. E. ve Wang, P. (2004). The association between work performance and physical activity, cardiorespiratory fitness, and obesity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(1), 19-25.
- Puhl, R. M. ve Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815.
- Puhl, R. M. ve Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019-1028.
- Puhl, R. M. ve Schwartz, M. B. (2003). If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eating Behaviors*, 4(3), 283-293.
- Puhl, R. ve Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788-805.
- Pull, C. B. (2010). Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Current opinion in psychiatry*, 23(1), 30-36.
- Quigley, J. P. (1955). The role of the digestive tract in regulating the ingestion of food. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 63(1), 6-14.

- Rangell, L. (1955). On The Psychoanalytic Theory Of Anxiety1: A Statement of a Unitary Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3(3), 389-414.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical psychology review*, 17(1), 47-67.
- Ricci, J. A. ve Chee, E. (2005). Lost productive time associated with excess weight in the US workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(12), 1227-1234.
- Rideout, C. A. ve Barr, S. I. (2009). "Restrained eating" vs "trying to lose weight": how are they associated with body weight and tendency to overeat among postmenopausal women?. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(5), 890-893.
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V. ve Crow, S. J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 234-240.
- Rizvi, S. J., Kennedy, S. H., Ravindran, L. N., Giacobbe, P., Eisfeld, B. S., Mancini, D. ve McIntyre, R. S. (2010). The relationship between testosterone and sexual function in depressed and healthy men. *The journal of sexual medicine*, (7), 816-825.
- Robbins, T. W. ve Fray, P. J. (1980). Stress-induced eating: fact, fiction or misunderstanding?. *Appetite*, 1(2), 103-133.
- Roberts, R. E., Deleger, S., Strawbridge, W. J. ve Kaplan, G. A. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International journal of obesity*, 27(4), 514-521.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J. ve Strawbridge, W. J. (2000). Are the obese at greater risk for depression?. *American journal of epidemiology*, 152(2), 163-170.
- Robison, J. ve Rogers, M. A. (1994). Adherence to exercise programmes. *Sports Medicine*, 17(1), 39-52.
- Robinson, E., Sutin, A. ve Daly, M. (2017). Perceived weight discrimination mediates the prospective relation between obesity and depressive symptoms in US and UK adults. *Health Psychology*, 36(2), 112-121.
- Roehling, M. V. (1999). Weight-based discrimination in employment: Psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*, 52(4), 969-1016.
- Rolls, E.T. (1999). *The brain and emotion*. Oxford: Oxford University Press.

- Rommel, D., Nandrino, J. L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F. ve Antoine, P. (2012). Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*, 59(1), 21-26.
- Rosemann, T., Grol, R., Herman, K., Wensing, M. ve Szecsenyi, J. (2008). Association between obesity, quality of life, physical activity and health service utilization in primary care patients with osteoarthritis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 1-8.
- Rossen, L. M. ve Rossen, E. (2011). *Obesity 101*. New York: Springer Publishing Company.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... ve Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry*, 30(3), 208-225.
- Ruderman, A. J. (1983). Obesity, anxiety, and food consumption. *Addictive behaviors*, 8(3), 235-242.
- Ruderman, A. J. (1985). Dysphoric mood and overeating: A test of restraint theory's disinhibition hypothesis. *Journal of abnormal Psychology*, 94(1), 78-85.
- Rudy, D. ve Grusec, J. E. (2001). Correlates of authoritarian parenting in individualist and collectivist cultures and implications for understanding the transmission of values. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(2), 202-212.
- Rydén, A. ve Torgerson, J. S. (2006). The Swedish Obese Subjects Study—what has been accomplished to date?. *Surgery for obesity and related diseases*, 2(5), 549-560.
- Sach, T. H., Barton, G. R., Doherty, M., Muir, K. R., Jenkinson, C. ve Avery, A. J. (2007). The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *International journal of obesity*, 31(1), 189-196.
- Safer, D. L., Telch, C. F. ve Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Milli Eğitim Bakanlığı. Türkiye'de Okul Çağı (6-10 Yaş Grubu) Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No:834. Ankara, 2011.
- Salbe, A. D., Weyer, C., Lindsay, R. S., Ravussin, E. ve Tataranni, P. A. (2002). Assessing risk factors for obesity between childhood and adolescence: I. Birth weight, childhood adiposity, parental obesity, insulin, and leptin. *Pediatrics*, 110(2), 299-306.

- Saler, L. ve Skolnick, N. (1992). Childhood parental death and depression in adulthood: Roles of surviving parent and family environment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 504.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. ve Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *The Cochrane database of systematic reviews*, 18(2), CD003818.
- Sallade, J. (1973). A comparison of the psychological adjustment of obese vs. non-obese children. *Journal of Psychosomatic Research*, 17(2), 89-96.
- Salmon, J., Bauman, A., Crawford, D., Timperio, A. ve Owen, N. (2000). The association between television viewing and overweight among Australian adults participating in varying levels of leisure-time physical activity. *International journal of obesity*, 24(5), 600-606.
- Saraçlı, Ö., Atasoy, N., Akdemir, A., Güriz, O., Konuk, N., Sevinçer, G. M., ... ve Atik, L. (2015). The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatric out-patient population. *Comprehensive psychiatry*, 57, 79-84.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I. ve Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of internal medicine*, 166(19), 2109-2116.
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I. ve Asmundson, G. J. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the US National Comorbidity Survey. *Depression and anxiety*, 21(4), 193-202.
- Sarwer, D. B., Allison, K. C., Bailer, B. A. ve Faulconbridge, L. F. (2014). Psychosocial characteristics of bariatric surgery candidates. Christopher Still, David B. Sarwer ve Jeanne Blankenship (Ed.), *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery Volume 2 :Integrated Health* (s. 3-9). New York: Springer.
- Sarwer, D. B., Bishop-Gilyard, C. T. ve Carvajal, R. (2014). Quality of Life. David B. Sarwer ve Jeanne Blankenship (Ed.), *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery: Volume 2: Integrated Health* (s. 19-24). New York: Springer.
- Sarwer, D. B., Cohn, N. I., Gibbons, L. M., Magee, L., Crerand, C. E., Raper, S. E., ... ve Wadden, T. A. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 14(9), 1148-1156.
- Sarwer, D. B., Lavery, M. ve Spitzer, J. C. (2012). A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity surgery*, 22(4), 668-676.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A. ve Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity research*, 13(4), 639-648.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Baker, A. W., Gibbons, L. M., Raper, S. E. ve Williams, N. N. (2008). Preoperative eating behavior, postoperative dietary

- adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), 640-646.
- Satman, I., Alagöl, F., Ömer, B., Kalaça, S., Tütüncü, Y. ve Çolak, N. (2010). Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması-II. *TURDEP II: Ön sonuçlar. Kronik hastalıklar oturumu*, 13, 18-22.
- Savage, J. S., Fisher, J. O. ve Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22-34.
- Sayı1, M. ve Kındap, Y. (2010). Ergenin anne-babadan algıladığı psikolojik kontrol: Psikolojik kontrol ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Yazıları* 13 (25): 62-71.
- Schachter, S. (1968). Obesity and Eating-Internal and External Cues Differentially Affect the Eating Behavior of Obese and Normal Subjects. *Science*, 161(3843), 751-56.
- Schachter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychologist*, 26(2), 129-144.
- Schleifer, S. J. ve Macari-Hinson, M. M. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of internal medicine*, 149(8), 1785-1789.
- Schmier, J., Jones, M. L. ve Halpern, M. T. (2006). Cost of obesity in the workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(1), 5-11.
- Schneider, K. L., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Oleski, J. ve Pagoto, S. L. (2010). Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating. *Appetite*, 55(3), 701-706.
- Schröder, H. (2007). Protective mechanisms of the Mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes. *The Journal of nutritional biochemistry*, 18(3), 149-160.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M. ve Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813-1819.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E. ve Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of psychosomatic research*, 64(1), 97-105.
- Serra-Majem, L. ve Bautista-Castaño, I. (2013). Etiology of obesity: two "key issues" and other emerging factors. *Nutr Hosp*, 28(Supl 5), 32-43.
- Serter, R. (2004). *Obezite Atlası* (1. Baskı), Ankara: Karakter Color.
- Sevinçer, G. M. (2016). Psychiatric management of obesity surgery in Turkey: the need for consensus and a guideline. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17, 5-45.

- Sevinçer, G. M., Konuk, N., İpekçioğlu, D., Crosby, R. D., Cao, L., Coskun, H. ve Mitchell, J. E. (2016). Association between depression and eating behaviors among bariatric surgery candidates in a Turkish sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-7.
- Shafran, R. ve De Silva, P. (2005). Cognitive-behavioural models. Janet Treasure, Ulrike Schmidt ve Eric van Furth (Ed.), *The Essential Handbook of Eating Disorders* (35-52). England: Wiley.
- Shen, R., Dugay, G., Rajaram, K., Cabrera, I., Siegel, N. ve Ren, C. J. (2004). Impact of patient follow-up on weight loss after bariatric surgery. *Obesity surgery*, 14(4), 514-519. Shen, R., Dugay, G., Rajaram, K., Cabrera, I., Siegel, N. ve Ren, C. J. (2004). Impact of patient follow-up on weight loss after bariatric surgery. *Obesity surgery*, 14(4), 514-519.
- Sherwood, N. E., Jeffery, R. W. ve Wing, R. R. (1999). Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International Journal of Obesity*, 23(5), 485-493.
- Shorvon, H. J. ve Richardson, J. S. (1949). Sudden Obesity and Psychological Trauma. *British medical journal*, 2(4642), 1471-147.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G. ve Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 824-830.
- Sjöström, L., Lindroos, A. K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., ... ve Sullivan, M. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*, 351(26), 2683-2693.
- Slochower, J. (1976). Emotional labeling and overeating in obese and normal weight individuals. *Psychosomatic Medicine*, 38(2), 131-139.
- Snoek, H. M., Engels, R. C., Janssens, J. M. ve van Strien, T. (2007). Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite*, 49(1), 223-230.
- Snoek, H. M., van Strien, T., Janssens, J. M. ve Engels, R. C. (2008). Restrained eating and BMI: a longitudinal study among adolescents. *Health Psychology*, 27(6), 753-759.
- Snyder, A. G. (2009). Psychological assessment of the patient undergoing bariatric surgery. *The Ochsner Journal*, 9(3), 144-148.
- Sobal, J. ve Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological bulletin*, 105(2), 260-275.
- Sockalingam, S., Cassin, S., Crawford, S. A., Pitzul, K., Khan, A., Hawa, R.,... ve Ukraine, A. (2012). Psychiatric predictors of surgery non-completion following suitability assessment for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 23(2), 205-211.

- Sockalingam, S., Cassin, S., Hawa, R., Khan, A., Wnuk, S., Jackson, T. ve Okrainec, A. (2013). Predictors of post-bariatric surgery appointment attendance: the role of relationship style. *Obesity surgery*, 23(12), 2026-2032.
- Soenens, B. ve Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30(1), 74-99.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M. ve Luyten, P. (2010). Toward a Domain-Specific Approach to the Study of Parental Psychological Control: Distinguishing Between Dependency-Oriented and Achievement-Oriented Psychological Control. *Journal of personality*, 78(1), 217-256.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Duriez, B. ve Goossens, L. (2006). In search of the sources of psychologically controlling parenting: The role of parental separation anxiety and parental maladaptive perfectionism. *Journal of Research on Adolescence*, 16(4), 539-559.
- Sogg, S. (2012). Assessment of Bariatric Surgery Candidates: The Clinical Interview. James E. Mitchell ve Martina de Zwaan (Ed.), *Psychosocial Assessment and Treatment of Bariatric Surgery Patients* (s.15-36). New York: Routledge.
- Sogg, S. ve Mori, D. L. (2004). The Boston interview for gastric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates. *Obesity surgery*, 14(3), 370-380.
- Sogg, S., Lauretti, J. ve West-Smith, L. (2016). Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(4), 731-749.
- Speakman, J. R. (2004). Obesity: the integrated roles of environment and genetics. *The Journal of nutrition*, 134(8), 2090-2105.
- Spiegelman, B. M. ve Flier, J. S. (2001). Obesity and the regulation of energy balance. *Cell*, 104(4), 531-543.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H. ve Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 195-202.
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Dube, S. R., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Berry, J. T., ... ve Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General hospital psychiatry*, 30(2), 127-137.
- Stroebe, W., Mensink, W., Aarts, H., Schut, H. ve Kruglanski, A. W. (2008). Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(1), 26-36.
- Stroebele, N., Ogden, L. G., ve Hill, J. O. (2009). Do calorie-controlled portion sizes of snacks reduce energy intake?. *Appetite*, 52(3), 793-796.

- Stunkard, A. J. (2002). Binge-eating disorder and the night-eating syndrome. Thomas A. Wadden ve Albert J. Stunkard (Ed.) (s. 107-121), *Handbook of obesity treatment*. New York: The Guilford Press.
- Stunkard, A. J., Grace, W. J. ve Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *The American journal of medicine*, 19(1), 78-86.
- Sturm, R. (2003). Increases in clinically severe obesity in the United States, 1986-2000. *Archives of internal medicine*, 163(18), 2146-2148.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., ... ve Lindstedt, S. (1993). Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 17(9), 503-512.
- Swinburn, B. ve Shelly, A. (2008). Effects of TV time and other sedentary pursuits. *International journal of obesity*, 32, 132-136.
- Switzer, N. J., Debru, E., Church, N., Mitchell, P. ve Gill, R. (2016). The impact of bariatric surgery on depression: a review. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 10(3), 1-5.
- Şahin, H. (2012). Obezitede Beslenme Tedavisi ve Doğru Bilinen Yanlışlar. Perihan Arslan, Ayhan Dağ ve Evrim G. Türkmen (Ed.), *Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri* (1. Baskı)(s.115-135). İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J., Vieira, P. N., ... ve Sardinha, L. B. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18(4), 725-735.
- Telch, C. F. ve Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 53-61.
- Telch, C. F., Agras, W. S. ve Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 69(6), 1061-1065.
- Testa, M. A. ve Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
- Thayer, R. E. (2003). *Calm energy: How people regulate mood with food and exercise*. United States of America: Oxford University Press.
- Thayer, R. E., Newman, J. R. ve McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of personality and social psychology*, 67(5), 910-925.

- Thomas, S., Karunaratne, A., Lewis, S., Castle, D., Knoesen, N., Honigman, R., ... ve Komesaroff, P. (2010). 'Just Bloody Fat!': A Qualitative Study of Body Image, Self-Esteem and Coping in Obese Adults. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1), 39-49.
- Thompson, W. G., Cook, D. A., Clark, M. M., Bardia, A. ve Levine, J. A. (2007). Treatment of Obesity. In *Mayo Clinic Proceedings*, 1(82), 93-102.
- Tice, D. M. ve Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11(3), 149-159.
- Tichansky, D. S. ve Sudan, R. (2015). Preoperative Care of the Bariatric Patient. . Ninh T. Nguyen, Eric J. De Maria, Sayeed Ikramuddin ve Matthew M. Hutter (Ed.), *The SAGES manual* (s. 77-84). New York: Springer.
- Tompkins, M. A. (2013). *Anxiety and avoidance: A universal treatment for anxiety, panic, and fear*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Toobert, D. J., Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Barrera, M., Radcliffe, J. L., Wander, R. C. ve Bagdade, J. D. (2003). Biologic and quality-of-life outcomes from the Mediterranean lifestyle program. *Diabetes Care*, 26(8), 2288-2293.
- Topham, G. L., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J. M., Page, M. C., Kennedy, T. S., Shriver, L. H. ve Harrist, A. W. (2011). Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite*, 56(2), 261-264.
- Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J. ve Mauss, I. B. (2010). Seeing the Silver Lining: Cognitive Reappraisal Ability Moderates the Relationship Between Stress and Depressive Symptoms. *Emotion*, 10(6), 783-795.
- Tsai, W. L., Yang, C. Y., Lin, S. F. ve Fang, F. M. (2004). Impact of obesity on medical problems and quality of life in Taiwan. *American journal of epidemiology*, 160(6), 557-565.
- Tuschl, R. J. (1990). From dietary restraint to binge eating: some theoretical considerations. *Appetite*, 14(2), 105-109.
- Türker, F. (2013). Obezite Tedavisinde Tıbbi Beslenme ve Farmakolojik Yaklaşımlar. Başak Yücel, Asena Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner ve Erdal Vardar (Ed.) (1. Baskı), *Yeme Bozuklukları ve Obezite* (s. 337-350). İstanbul: Türkiye Psikiyatri Derneği, Çalışma Birimler Dizisi, No: 15.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu-2010. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yayın No: 931.

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye'de Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam Programı (2014-2017). No: 773. Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu.(2014). Türkiye Sağlık Araştırması. Erişim tarihi: 4 Mayıs 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>
- Ulusoy, M., Sahin, N. H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163-172.
- Uzun, N. (2014). *Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İliş İlişkisi: Obezite için Koruyucu ve Risk Faktörleri* (Yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. ve Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, 184(5), 386-392.
- van Gall, L. F. ve Bray, G. A. (2004). Drugs that Modify Fat Absorption and Alter Metabolism. George A. Bray ve Claude Bouchard (Ed.), *Handbook of Obesity Clinical Applications*, (2.basım) (s. 253-276). The United States of America: Marcel Dekker.
- van Hout, G. C. M., Verschure, S. K. M. ve Van Heck, G. L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15, 552-560.
- van Hout, G. C., van Oudheusden, I. ve van Heck, G. L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity surgery*, 14(5), 579-588.
- van Nunen, A. M., Wouters, E. J., Vingerhoets, A. J., Hox, J. J. ve Geenen, R. (2007). The health-related quality of life of obese persons seeking or not seeking surgical or non-surgical treatment: a meta-analysis. *Obesity surgery*, 17(10), 1357-1366.
- van Strien, T. ve Ouwens, M. A. (2003). Counterregulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eating Behaviors*, 3(4), 329-340.
- van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C. ve Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20-25.
- van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. ve Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*, 5(2), 295-315.

- van Strien, T., Herman, C. P. ve Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*, 52(2), 380-387.
- van Strien, T., Konttinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C. ve Winkens, L. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, 216-224.
- van Strien, T., Schippers, G. M. ve Cox, W. M. (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behaviors*, 20(5), 585-594.
- Vartanian, L. R. ve Fardouly, J. (2013). The stigma of obesity surgery: negative evaluations based on weight loss history. *Obesity surgery*, 23(10), 1545-1550.
- Villanueva, J. A. (2012). *The understanding and treatment of obesity from a contemporary psychodynamic perspective* (Yayımlanmamış doktora tezi). The Chicago School of Professional Psychology, United States. <http://search.proquest.com/docview/1354442994?accountid=17381>
- Vögele, C. (2005). Etiology of Obesity. Simon Munsch ve Christoph Beglinger (Ed.), *Obesity and binge eating disorder* (s.62-73). Basel: Karger Medical and Scientific Publishers.
- Wadden, T. A. ve Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103(6 pt 2), 1062-1067.
- Wadden, T. A., Brownell, K. D. ve Foster, G. D. (2002). Obesity: responding to the global epidemic. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 510-515.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Lipschutz, P. E., ... ve Williams, N. N. (2006). Comparison of Psychosocial Status in Treatment-Seeking Women with Class III vs. Class I-II Obesity. *Obesity*, 14(3), 90-98.
- Wadden, T.A. ve Osei, S. (2002). Thomas A. Wadden ve Albert J. Stunkard (Ed), *Handbook of Obesity Treatment* (s. 229-248). New York: The Guilford Press.
- Walfish, S. (2004). Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. *Obesity Surgery*, 14(10), 1402-1405.
- Walling, B. R., Mills, R. S. ve Freeman, W. S. (2007). Parenting cognitions associated with the use of psychological control. *Journal of Child and Family Studies*, 16(5), 642-659.
- Wallis, D. J. ve Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), 39-46.

- Wallis, D. J. ve Hetherington, M. M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355-362.
- Wang, P. S., Beck, A. L., Berglund, P., McKenas, D. K., Pronk, N. P., Simon, G. E. ve Kessler, R. C. (2004). Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1885-1891.
- Wardle, J. (1987). Compulsive eating and dietary restraint. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 47-55.
- Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G. ve Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of psychosomatic research*, 48(2), 195-202.
- Wardle, J., Waller, J. ve Jarvis, M. J. (2002). Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *American journal of public health*, 92(8), 1299-1304.
- Ware Jr, J. E. (1995). The status of health assessment 1994. *Annual review of public health*, 16(1), 327-354.
- Warkentin, L. M., Majumdar, S. R., Johnson, J. A., Agborsangaya, C. B., Rueda Clausen, C. F., Sharma, A. M., ... ve Fassbender, K. (2014). Predictors of health-related quality of life in 500 severely obese patients. *Obesity*, 22(5), 1367-1372.
- Wee, C. C., Davis, R. B. ve Hamel, M. B. (2008). Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 1-7.
- Wee, C. C., Davis, R. B., Huskey, K. W., Jones, D. B. ve Hamel, M. B. (2013). Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status. *Journal of general internal medicine*, 28(2), 231-238.
- Wee, C. C., Jones, D. B., Davis, R. B., Bourland, A. C. ve Hamel, M. B. (2006). Understanding patients' value of weight loss and expectations for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 16(4), 496-500.
- Wee, H. L., Cheung, Y. B., Loke, W. C., Tan, C. B., Chow, M. H., Li, S. C., ... ve Thumboo, J. (2008). The association of body mass index with health-related quality of life: an exploratory study in a multiethnic Asian population. *Value in health*, 11, 105-114.
- Weller, R. E., Cook, E. W., Avsar, K. B. ve Cox, J. E. (2008). Obese women show greater delay discounting than healthy-weight women. *Appetite*, 51(3), 563-569.
- Werrij, M. Q., Mulkens, S., Hospers, H. J. ve Jansen, A. (2006). Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 126-131.

- Westenhofer, J., Stunkard, A. J. ve Pudel, V. (1999). Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 53-64.
- Wheeler, E., Prettyman, A., Lenhard, M. J. ve Tran, K. (2008). Adherence to outpatient program postoperative appointments after bariatric surgery. *Surgery for obesity and related diseases*, 4(4), 515-520.
- White, M. A., O'neil, P. M., Kolotkin, R. L. ve Byrne, T. K. (2004). Gender, Race, and Obesity-Related Quality of Life at Extreme Levels of Obesity. *Obesity Research*, 12(6), 949-955.
- Williams, N. A., Dev, D. A., Hankey, M. ve Blich, K. (2017). Role of food preoccupation and current dieting in the associations of parental feeding practices to emotional eating in young adults: A moderated mediation study. *Appetite*, 111(1), 195-202.
- Williamson, D. A., White, M. A., Crowe, E. ve Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738.
- Wing, R. R. (2002). Behavioral Weight Control. Thomas A. Wadden ve Albert J. Stunkard (Ed.) (s. 301-316), *Handbook of obesity treatment*. New York: The Guilford Press.
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E. ve Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American journal of public health*, 82(6), 816-820.
- Wolff, E. ve Dansinger, M. L. (2008). Soft drinks and weight gain: how strong is the link?. *Medscape Journal Of Medicine*, 10(8), 189.
- Womble, L. G., Williamson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, R., ... ve Greenway, F. L. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 217-221.
- Woody, E. Z., Costanzo, P. R., Liefer, H. ve Conger, J. (1981). The effects of taste and caloric perceptions on the eating behavior of restrained and unrestrained subjects. *Cognitive Therapy and Research*, 5(4), 381-390.
- Wooley, S. C. ve Garner, D. M. (1994). Dietary treatments for obesity are ineffective. *BMJ: British Medical Journal*, 309(6955), 655-656.
- World Heart Federation Obesity: A growing danger. Erişim tarihi: 6 Şubat 2016, http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/Factsheet_Obesity.pdf
- Wurtman, J., Wurtman, R., Mark, S., Tsay, R., Gilbert, W. ve Growdon, J. (1985). D-Fenfluramine selectively suppresses carbohydrate snacking by obese subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 4(1), 89-99.

- Yaban, E. H., Sayıl, M. ve Tepe, Y. K. (2014). Are discrepancies in perceptions of psychological control related to maladjustment? A study of adolescents and their parents in Turkey. *International Journal of Behavioral Development*, 38(6), 550-562.
- Yaman, M. (2014). Obezitede Diyet Tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*, 1(1), 8-12.
- Yeomans, M. R., Leitch, M. ve Mobini, S. (2008). Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the Three Factor Eating Questionnaire. *Appetite*, 50(2), 469-476.
- Yetkin, İ. Ve Altınova, A. E. (2012). Obezite İlaç Tedavisi. Perihan Arslan, Ayhan Dağ ve Evrim G. Türkmen (Ed.), *Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri* (s.169-174). İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.
- Yiğit, T. (2012). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. Perihan Arslan, Ayhan Dağ ve Evrim G. Türkmen (Ed.), *Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri* (s.175-184). İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.
- Zamanın Kullanım Araştırması, 2014-2015. Erişim tarihi: 18 Şubat 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18627>
- Zeller, M. H. ve Modi, A. C. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity*, 14(1), 122-130.
- Zurlo, F., Larson, K., Bogardus, C. ve Ravussin, E. (1990). Skeletal muscle metabolism is a major determinant of resting energy expenditure. *Journal of Clinical Investigation*, 86(5), 1423-1427.

6. BÖLÜM

EKLER

Ek-1: Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar için Onay Formu

Değerli hastamız,

Bu çalışma Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi ve İstanbul Bariatrics ekibinden Eldem Erdem tarafından Yard. Doç. Dr. Ayşe Altan Atalay danışmanlığında obez kişilerde psikopatoloji, yeme tutumları, algılanan ebeveyn kontrolü ve yaşam kalitesini incelemek adına yapılmaktadır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Her bölümdeki anketin nasıl cevaplanacağı ilgili bölümün başında verilmiştir. Anketin cevaplanması ortalama 15 dakika sürmektedir. Anketteki sorular kişisel rahatsızlık yaratacak sorular içermemektedir. Fakat herhangi bir rahatsızlık hissettiğinizde yarıda bırakabilirsiniz.

Elde edilen kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu çalışma yayımlandığı takdirde kişisel veriler kesinlikle yayımlanmayacaktır. Sorulara içtenlikle ve dürüstçe cevap vermeniz çalışmanın objektifliğine katkı sağlayacaktır.

Katkınız için teşekkürler

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istemediğim noktada yarım bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih: _____

İmza: _____

Ek-2: Diyetisyen Desteği Alan Katılımcılar için Onay Formu

Değerli hastamız,

Bu alışma Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Eldem Erdem tarafından Yard. Doç. Dr. Ayşe Altan Atalay danışmanlığında vücut kitle indeksi 30 ve daha üstü kişilerde psikopatoloji, yeme tutumları, algılanan ebeveyn kontrolü ve yaşam kalitesini incelemek adına yapılmaktadır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Her bölümdeki anketin nasıl cevaplanacağı ilgili bölümün başında verilmiştir. Anketin cevaplanması ortalama 15 dakika sürmektedir. Anketteki sorular kişisel rahatsızlık yaratacak sorular içermemektedir. Fakat herhangi bir rahatsızlık hissettiğinizde yarıda bırakabilirsiniz.

Elde edilen kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu alışma yayımlandığı takdirde kişisel veriler kesinlikle yayımlanmayacaktır. Sorulara içtenlikle ve dürüstçe cevap vermeniz çalışmanın objektifliğine katkı sağlayacaktır.

Katkınız için teşekkürler

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istemediğim noktada yarım bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih: _____

İmza: _____

Ek-3: Obezite Cerrahisine Başvuran Katılımcılar için Demografik Form

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Boy:.....cm Kilo:.....kg
4. Şuanki boyunuzda en düşük kilonuz:.....kg
5. Şuanki boyunuzda en yüksek kilonuz:.....kg
6. Eğitim durumunuz: İlkokul Ortaokul Lise
Üniversite Yüksek lisans/doktora
7. Mesleğiniz:.....
8. Çalışma durumunuz: Çalışıyor Çalışmıyor Emekli Emekli ve çalışıyor
9. Medeni durumunuz: Evli Bekar Ayrı Eşimi kaybettim
10. Kiminle yaşıyorsunuz: Aile Arkadaş Tek başına Diğer.....
11. Çocuğunuz var mı? Evet sayısı:..... Hayır
12. Daha önce psikolojik ya da psikiyatrik yardım aldınız mı? Evet Hayır
13. Halen kullanmakta olduğunuz psikiyatrik ilaç var mı? Evet Adı:..... Hayır
14. Son 5 sene içerisinde hayatınızda günlük rutininizi bozan, ani ve beklenmedik bir şekilde gelişen, dehşet, kaygı ve panik yaratan bir yaşantıyla karşılaştınız mı veya bununla karşılaşan birine şahit oldunuz mu? (Örn: deprem, sel, cinsel veya fiziksel istismar, ölüm, trafik kazası, ağır hastalık, kapkaç gibi)
Hayır Evet ise lütfen açıklayınız:.....
15. Daha önce kilo verme çabanız oldu mu? Evet Hayır
Cevabınız evet ise hangi yolları denediniz?
Diyetisyen Kendi bulduğum diyet Kabızlık ilacı Kusma Zayıflama
ilacı
Cerrahi uygulama Ödem Söktürücü Oruç Uzun süre aç kalarak Spor
16. Spor geçmişiniz var mı? Evet Hayır
17. Ameliyat olacağınızı yakın çevrenizden bilen kişiler var mı? Evet Hayır
18. Ameliyat sonrasında kaç kilo olmayı ümit ediyorsunuz?.....kg
19. Sizin için baş etmesi zor bir durum olduğunda kim ya da kimlerden destek alırsınız?
Annem Babam Kardeşim Arkadaşlarım Diğer
20. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Ek-4: Diyetisyen Desteği Alan Katılımcılar için Demografik Form

1. Yaş:
 2. Cinsiyet: Kadın Erkek
 3. Boy:.....cm Kilo:.....kg
 4. Şuanki boyunuzda en düşük kilonuz:.....kg
 5. Şuanki boyunuzda en yüksek kilonuz:.....kg
 6. Eğitim durumunuz: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Yüksek lisans/doktora
 7. Mesleğiniz:.....
 8. Çalışma durumunuz: Çalışıyor Çalışmıyor Emekli Emekli ve çalışıyor
 9. Medeni durumunuz: Evli Bekar Ayrı Eşimi kaybettim
 10. Kiminle yaşıyorsunuz: Aile Arkadaş Tek başına Diğer.....
 11. Çocuğunuz var mı? Evet sayısı:..... Hayır
 12. Daha önce psikolojik ya da psikiyatrik yardım aldınız mı? Evet Hayır
 13. Halen kullanmakta olduğunuz psikiyatrik ilaç var mı? Evet Adı:..... Hayır
 14. Son 5 sene içerisinde hayatınızda günlük rutininizi bozan, ani ve beklenmedik bir şekilde gelişen, dehşet, kaygı ve panik yaratan bir yaşantıyla karşılaştınız mı veya bununla karşılaştıran birine şahit olduğunuz mu? (Örn: depresyon, sel, cinsel veya fiziksel istismar, ölüm, trafik kazası, ağır hastalık, kapkaç gibi)
Hayır Evet ise lütfen açıklayınız:.....
 15. Daha önce kilo verme çabanız oldu mu? Evet Hayır
- Cevabınız evet ise hangi yolları denediniz?
- Diyetisyen Kendi bulduğum diyet Kabızlık ilacı Kusma Zayıflama ilacı
- Cerrahi uygulama Ödem Söktürücü Oruç Uzun süre aç kalarak Spor
16. Spor geçmişiniz var mı? Evet Hayır
 17. Medikal şikayet ya da şikayetleriniz var mı? Evet ise:..... Hayır
 18. Diyet sonrasında kaç kilo olmayı ümit ediyorsunuz?.....kg

19. Sizin için baş etmesi zor bir durum olduğunda kim ya da kimlerden destek alırsınız?

Annem Babam Kardeşim Arkadaşlarım Diğer

20. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

21. Madde veya alkol kullanımınız var mı? Evet Hayır

22. Uyku apneniz var mı? Evet Hayır

23. Daha önce obezite cerrahisine başvurduğunuz mu?

Hayır ise başvurmama sebebiniz:.....

Evet ise açıklayınız:.....

24. Ne zamandan beri diyetisyen desteği almaktasınız?.....

Ek-5: Beck Anksiyete Envantesi

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

	HİÇ	HAFİF	ORTA	AĞIR
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma/karınçalanma	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4. Gevşeyememe	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6. Baş dönmesi/sersemlik hissi	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme korkusu	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma	0	1	2	3
10. Sinirlilik	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12. Ellerde titreme	0	1	2	3
13. Titreklilik	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19. Baygınlık	0	1	2	3
20. Yüz kızarması	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	0	1	2	3

Ek-6: Psikolojik Kontrol Ölçeği- Anne Formu

Aşağıda, çocukluğunuzda ve ergenliğinizde annenizle olan ilişkileriniz hakkında cümleler verilmiştir. Her bir cümlede anlatılan durumu çocukluğunuzda ve ergenliğinizde ne sıklıkla yaşadığınızı 6 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı işareti (X) koyarak gösteriniz. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Önemli olan her cümle ile ilgili olarak kendi durumunuzu doğru bir şekilde yansıtmaktır. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Annenizi kaybetmişseniz onun yerine koyduğunuz kişiyle olan ilişkinizi göz önüne alarak soruları cevaplayınız.

1. Annem, ben bir şey söylerken konuyu değiştirdi.

1 2 3 4 5 6

2. Annem, ben konuşurken bitirmemi beklemeden cümlemleri tamamladı.

1 2 3 4 5 6

3. Annem, ben konuşurken sözümü keserdi.

1 2 3 4 5 6

4. Annem, ne hissettiğimi ya da düşündüğümü biliyormuş gibi davranırdı.

1 2 3 4 5 6

5. Annem çoğu konuda nasıl düşüneceğimi, nasıl hissetmem gerektiğini söylemekten hoşlanırdı.

1 2 3 4 5 6

6. Annem bazı konulardaki hislerimi ve düşüncelerimi değiştirmeye çalışırdı.

1 2 3 4 5 6

7. Annem ailedeki diğer kişilerin sorunları için beni suçlardı.

1 2 3 4 5 6

8. Annem beni eleştirirken geçmişte yaptığım hataları hatırlatıp dururdu.

1 2 3 4 5 6

9. Annem ailenin diğer üyeleri kadar iyi veya vefalı olmadığımı söyleyip dururdu.

1 2 3 4 5 6

10. Annem yaptığı her şeyi benim için yaptığını hatırlatıp dururdu.

1 2 3 4 5 6

11. Annem "benim ne hissettiğime önem verseydin beni üzecek bu şeyleri yapmazdın" vb. derdi.

1 2 3 4 5 6

12. Annem, aynı fikirde olmadığımda bana karşı soğuk ve daha az samimi davranırdı.

1 2 3 4 5 6

13. Annem, onu hayal kırıklığına uğrattığımda beni görmezden gelmeye çalışırdı.

1 2 3 4 5 6

14. Onu üzdüğümde annem, onu memnun edene kadar benimle konuşmazdı.

1 2 3 4 5 6

15. Annem benimleyken huysuzlaşır, ruh hali değişirdi.

1 2 3 4 5 6

16. Annem bana karşı bazen sıcak davranırken bazen de şikayet edip dururdu.

1 2 3 4 5 6

17. Annem, diğer çocuklar kadar iyi olmadığımı söyler dururdu.

1 2 3 4 5 6

18. Annem, beklentilerini yerine getirmediğimde kendisini utandırdığımı söylerdi.

1 2 3 4 5 6

19. Annem, kötü davranışlarımdan ve yaramazlıklarımdan utanmam gerektiğini söylerdi.

1 2 3 4 5 6

Ek-7: Psikolojik Kontrol Ölçeği- Baba Formu

Aşağıda, çocukluğunuzda ve ergenliğinizde babanızla olan ilişkileriniz hakkında cümleler verilmiştir. Her bir cümlede anlatılan durumu çocukluğunuzda ve ergenliğinizde ne sıklıkla yaşadığınızı 6 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı işareti (X) koyarak gösteriniz. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Önemli olan her cümle ile ilgili olarak kendi durumunuzu doğru bir şekilde yansıtmaktır. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Babanı kaybetmişseniz onun yerine koyduğunuz kişiyle olan ilişkinizi göz önüne alarak soruları cevaplayınız.

1. Babam, ben bir şey söylerken konuyu değiştirdi.

1 2 3 4 5 6

2. Babam, ben konuşurken bitirmemi beklemeden cümlemi tamamladı.

1 2 3 4 5 6

3. Babam, ben konuşurken sözümü keserdi.

1 2 3 4 5 6

4. Babam, ne hissettiğimi ya da düşündüğümü biliyormuş gibi davranırdı.

1 2 3 4 5 6

5. Babam çoğu konuda nasıl düşüneceğimi, nasıl hissetmem gerektiğini söylemekten hoşlanırdı.

1 2 3 4 5 6

6. Babam bazı konulardaki hislerimi ve düşüncelerimi değiştirmeye çalışırdı.

1 2 3 4 5 6

7. Babam ailedeki diğer kişilerin sorunları için beni suçlardı.

1 2 3 4 5 6

8. Babam beni eleştirirken geçmişte yaptığım hataları hatırlatıp dururdu.

1 2 3 4 5 6

9. Babam ailenin diğer üyeleri kadar iyi veya vefalı olmadığımı söyleyip dururdu.

1 2 3 4 5 6

10. Babam yaptığı her şeyi benim için yaptığını hatırlatıp dururdu.

1 2 3 4 5 6

11. Babam "benim ne hissettiğime önem verseydin beni üzecek bu şeyleri yapmazdın" vb. derdi.

1 2 3 4 5 6

12. Babam, aynı fikirde olmadığımda bana karşı soğuk ve daha az samimi davranırdı.

1 2 3 4 5 6

13. Babam, onu hayal kırıklığına uğrattığımda beni görmezden gelmeye çalışırdı.

1 2 3 4 5 6

14. Onu üzdüğümde babam, onu memnun edene kadar benimle konuşmazdı.

1 2 3 4 5 6

15. Babam benimleyken huysuzlaşır, ruh hali değişirdi.

1 2 3 4 5 6

16. Babam bana karşı bazen sıcak davranırken bazen de şikayet edip dururdu.

1 2 3 4 5 6

17. Babam, diğer çocuklar kadar iyi olmadığımı söyler dururdu.

1 2 3 4 5 6

18. Babam, beklentilerini yerine getirmediğimde kendisini utandırdığımı söylerdi.

1 2 3 4 5 6

19. Babam, kötü davranışlarımdan ve yaramazlıklarımdan utanmam gerektiğini söylerdi.

1 2 3 4 5 6

Ek-8: Hollanda Yeme Davranışı Anketi

Aşağıda yeme davranışları ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeğe çalışır mısınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler yer misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

7. Kilo almamak için az yemeğe dikkat eder misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aramalarında yemek yemeğe çalışırsınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yemeğe çalışırsınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren

- Bazen
- Sık
- Çok sık

16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

20. Korktuğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkin olduğunda yemek yemek ister misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık

Çok sık

24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık

Çok sık

25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık

Çok sık

26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık

Çok sık

27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık

Çok sık

28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık

Çok sık

29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler almak ister misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık

Çok sık

30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

- Sık
- Çok sık

31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

33. Yemek hazırlanırken bir şeyler yemeğe meyilli misiniz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sık
- Çok sık

Ek-9: Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şuan dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1- (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2- (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- (a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı.
- 5- (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

- 9- (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10- (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11- (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
- 12- (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16- (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

- 18- (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
- 19- (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
- 20- (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öyle endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

Ek-10: Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Form (IWQOL-Lite)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri geçen son 7 gün içinde size en uygun gelen sayıyı daire içine alarak cevaplayınız. Mümkün olduğunca açık olunuz. Cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur.

BEDENSEL İŞLEVLER	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİK LE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİRE N DOĞRU	HİÇBİR ZAMA N DOĞRU DEĞİL
1. Kilomdan dolayı nesnelere yerden almakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
2. Kilomdan dolayı ayakkabılarımı bağlamakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
3. Kilomdan dolayı sandalyeden kalkarken güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
4. Kilomdan dolayı merdiven inip çıkmakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
5. Kilomdan dolayı giysilerimi değiştirmekte güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
6. Kilomdan dolayı etrafta dolaşmakta güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
7. Kilomdan dolayı bacak bacak üzerine atmakta güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
8. Hafif çabayla bile nefes darlığı hissediyorum.	5	4	3	2	1
9. Eklemlerimdeki ağrı ya da tutukluk nedeniyle güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
10. Günün sonunda ayak bileklerim ve baldırlarım şişmiş oluyor.	5	4	3	2	1
11. Sağlığımdan endişe duyuyorum.	5	4	3	2	1

Özgüven	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİK LE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİR EN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1. Kilomdan dolayı sıkıldığım.	5	4	3	2	1
2. Kilomdan dolayı kendime olan saygım olabileceği kadar iyi değil.	5	4	3	2	1
3. Kilomdan dolayı kendimden emin olamıyorum.	5	4	3	2	1
4. Kilomdan dolayı kendimden hoşlanmıyorum.	5	4	3	2	1
5. Kilomdan dolayı reddedilmekten korkuyorum.	5	4	3	2	1
6. Kilomdan dolayı aynalara bakmaktan ya da kendimi fotoğraflarda görmekten kaçınıyorum.	5	4	3	2	1
7. Kilomdan dolayı halka açık yerlerde görünmekten utanıyorum.	5	4	3	2	1

Cinsel Yaşam	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1. Kilomdan dolayı cinsel faaliyetten keyif alamıyorum.	5	4	3	2	1
2. Kilomdan dolayı cinsel isteğim az ya da hiç yok.	5	4	3	2	1
3. Kilomdan dolayı cinsel faaliyet sırasında güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1

4. Kilomdan dolayı cinsel faaliyetlerden olabildiğince kaçınıyorum.	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

Toplum Baskısı	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1. Kilomdan dolayı başkalarının alaylarıyla, rahatsız edici davranışlarla ya da bana istemediğim şekilde ilgi gösterilmesiyle karşı karşıya kalıyorum.	5	4	3	2	1
2. Kilomdan dolayı umumi yerlerde (örn.sinemalar, tiyatrolar, lokantalar, arabalar yada uçaklarda) koltuklara sığma konusunda endişe duyuyorum.	5	4	3	2	1
3. Kilomdan dolayı koridorlardan ya da turnikelerden geçerken sığma konusunda endişe duyuyorum	5	4	3	2	1
4. Kilomdan dolayı ağırlığımı taşımaya yetecek kadar sağlam	5	4	3	2	1

sandalye bulma konusu beni kaygılandırıyor.					
5. Kilomdan dolayı başkaları tarafından dışlanıyorum.	5	4	3	2	1

İş Not: Ev işi yapanlar, emekliler ve para karşılığı bir işte çalışmayanlar bu sorulara gündelik faaliyetlerini düşünerek cevap vermelidirler.	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1. Kilomdan dolayı işleri bitirmede ya da sorumluluklarımı yerine getirmede güçlük çekiyorum.	5	4	3	2	1
2. Kilomdan dolayı olabileceğimden daha az üretkenim.	5	4	3	2	1

ÖZGEÇMİŞ

Eldem Erdem

eldemerdem09@gmail.com

Eğitim

Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı	2014 – 2017
Yeditepe Üniversitesi Psikoloji (Onur Derecesi)	2009 – 2014
Kuşadası Derici Mustafa Gürbüz Anadolu Lisesi	2004 – 2008

Staj Deneyimleri

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Eylül 2015 – Mayıs 2016
Gata Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Haziran 2013 – Temmuz 2013
Tarlabaşı Toplum Merkezi	Eylül 2011 – Aralık 2011
Kuşadası Kadın Danışma Merkezi	Haziran 2011 – Eylül 2011

İş Tecrübesi:

İstanbul Bariatrics İleri Laparoskopi Kliniği	Şubat 2015- (devam etmekte)
---	-----------------------------

Lisans Mezuniyet Tezi

- Ahlaki Duygular ve Olumlu Sosyal Davranış Arasındaki İlişki

Kongreler & Sunumlar

- 16. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi sözlü sunum
- 17. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi poster sunum
- 18. Ulusal Psikoloji Kongresi poster sunum
- 19. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi sözlü (en iyi 3. sunum) ve poster sunum

Sertifikalar

Aile Danışmanlığı Sertifika Programı (Marmara Üniversitesi)

Katkılar:

Yılmaz, O. ve Bahçekapılı, H.G. (2015) When Science Replaces Religion: Science as a Secular Authority Bolsters Moral Sensitivity. PLoS ONE 10(9): e0137499.
doi:10.1371/journal.pone.0137499