



**BESLENME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇÖZÜM ODAKLI
YAKLAŞIM TEMELLİ GRUP DANIŞMANLIĞININ KAYGI VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Hilal YILDIRIM

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**

Doktora Tezi-2019

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

**BESLENME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM
TEMELLİ GRUP DANIŞMANLIĞININ KAYGI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Hilal YILDIRIM

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**

Bu araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından

TDK-2018-1471 proje numarası ile desteklenmektedir.

**MALATYA
2019**

İTHAF

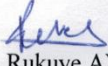
Bu tezimi, doktora eğitimim sırasında dünyaya gelen, varlıklarıyla yaşamıma güç veren/enerji katan oğlum Beyazıd, kızım Mihrimah YILDIRIM'a atfediyorum.


Hilal YILDIRIM

KABUL VE ONAY SAYFASI


İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan **Hilal YILDIRIM**'ın "**Beslenme Davranış Bozukluğu Olan Bireylerde Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Danışmanlığının Kaygı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

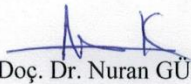
Tez Savunma Tarihi: 18/07/2019


Prof. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Yurdagül YAGMUR
İnönü Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Mehmet SAĞLAM
İnönü Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Handan ZINCİR
Erciyes Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Nuran GÜLER
Cumhuriyet Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Beslenme Davranış Bozuklukları.....	3
2.1.1 Anoreksiya Nervoza (AN).....	3
2.1.2 Bulimia Nervoza (BN).....	4
2.1.3 Ortoreksiya Nervoza (ON).....	5
2.1.4 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB, Binge Eating).....	6
2.1.5 Gece Yeme Sendromu.....	7
2.1.6. Obezite.....	8
2.2. Beslenme Davranışı Bozukluğunun Olası Belirleyicileri.....	10
2.2.1. Beslenme ve Kaygı.....	11
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Beslenme.....	12
2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım.....	13
2.4.1. Değişime ve Olasılıklara Odaklanma.....	14
2.4.2. Amaçlar ve Tercih Edilen Geleceği Oluşturma.....	15
2.4.3. Güçlü Yanları ve Kaynakları İnşa Etme.....	16
2.4.3.1. Yeniden Çerçvelendirme.....	16
2.4.4. İyi Olanın Ne Olduğu ve İşe Yarayanın Araştırılması.....	17
2.4.5. Saygılı Şekilde İlgilenme.....	18
2.4.5.1. Etkili Sorular.....	18
2.4.5.1.1. Amaç Belirleme Soruları.....	19
2.4.5.1.2. Mucize Sorular.....	19

2.4.5.1.3. İstisna Soruları.....	20
2.4.5.1.4. Başa Çıkma Soruları.....	20
2.4.5.1.5. Derecelendirme Soruları	20
2.4.6. İş Birliği ve Birliktelik Oluşturma	21
2.5. Grupla Çözüm Odaklı Yaklaşım.....	21
2.6. Beslenme Davranış Bozukluğunda Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Halk Sağlığı Hemşireliği.....	22
3. MATERYAL VE METOT.....	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman:.....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:.....	24
3.4. Verilerin Toplanması.....	26
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	26
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması (Toplanması).....	27
3.4.3. Hemşirelik Girişimleri.....	27
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	30
3.9 Deney Grubuna Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Danışmanlığı Girişimi.....	31
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİ	56
KAYNAKLAR.....	57
EKLER.....	64
Ek-1 Özgeçmiş	64
Ek-2 Bireyleri Tanıtıcı Bilgi Formu.....	65
Ek – 3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II	66

Ek-4 Sürekli Kaygı Envanteri	68
Ek-5 Yapılandırılmış Oturumlarda Dikkat Edilecekler	69
Ek-6 Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu).....	70
Ek-7 Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu)	71
EK-8 Çözüm Odaklı Yaklaşım Katılım Belgesi Modul 1	72
Ek-9 Çözüm Odaklı Yaklaşım Katılım Belgesi Modul 2.....	73
Ek-10 İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Formu.....	74
Ek-11 Sağlık Bakanlığı Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Formu	75
Ek-12 Çözüm Odaklı Yaklaşım Danışmanlığında Uygulanan Bazı Etkinlik Formları...76	



TEŐEKKÜR

Eğitimim boyunca her zaman büyük destek ve yardımlarını gördüğüm danıŐmanım Sayın Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'a, tezimin her aŐamasındaki katkılarında dolayđ değerli komite yelerim Sayın Prof. Dr. Yurdağül Yağmur'a ve Doç. Dr. Mehmet SAĞLAM'a, danıŐmanlıđıyla beni destekleyen Prof. Dr. Hatice Birgl Cumhuri'ya, araŐtırmama yön veren Dr. Öğr. Üyesi Nevin Dlek'e, bilgi birikimini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Kevser IŐık'a,

Bu tezi destekleyen İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine (BAPSIS),

Tez uygulama süresince benden yardımlarını esirgemeyen Malatya Yeşilyurt Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Yaşam ve Spor Merkezi çalıŐanlarına ve çalıŐmama katılan tüm bireylere,

Lisans eğitimim sonrasında hedeflediğim amaçlarıma ulaŐmamda beni her zaman destekleyen, motive eden ve bugünlere gelmemdeki en büyük destekçim olan sevgili aileme sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Hilal YILDIRIM

ÖZET

Beslenme Davranış Bozukluğu Olan Bireylerde Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Danışmanlığının Kaygı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Amaç: Bu araştırma beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığının kaygı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini belirlemek amacıyla yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test- son test deneysel randomize kontrollü desen olarak Mayıs 2018- Temmuz 2019 tarihlerinde uygulandı. Araştırmanın evrenini Malatya Yaşam ve Spor Merkezinde diyetisyene başvuran 619 yetişkin birey oluşturdu. Bireyler olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile örnekleme grubuna seçildi, randomize olarak sıralandı. Deney grubunda toplam 31 kişi, kontrol grubunda 45 kişi ile araştırma tamamlandı. Araştırmada tanıtıcı bilgi formu, SYBD ölçeği ve sürekli kaygı envanteri kullanıldı. Sekiz hafta, sekiz oturum olan her bir oturumu yaklaşık 90 dk süren ÇÖY danışmanlığı verildi.

Bulgular: Deney grubundaki bireylerin son test puan ortalaması; sürekli kaygı envanteri 40.45 ± 9.22 , SYBD ölçeğinin 153.09 ± 23.17 olarak belirlendi. Kontrol grubundaki bireylerin son test puan ortalaması; kaygı envanteri 46.73 ± 8.83 , SYBD ölçeği 125.11 ± 20.21 olarak saptandı ve iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulundu. Girişim sonrası sürekli kaygı envanterinde azalma belirlenirken, SYBD ve alt boyutlarında artış görüldü ($p < .001$). İlaveten deney grubundaki bireylerin ağırlık ortalamaları, beden kitle indeksleri düşmüştür, haftalık egzersiz yapma saatleri de yükselmiştir ($p < .001$).

Sonuç: Beslenme davranış bozukluğu olan bireylere uygulanan ÇÖY danışmanlığı, kişilerin kaygısını azaltmış ve sağlıklı yaşam biçim davranışlarını artırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Beslenme Bozukluğu, Çözüm Odaklı Yaklaşım, Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı, Kaygı

ABSTRACT

The Effect of Solution Focused Approach Based Group Counseling on Anxiety and Healthy Living Behaviour in Individuals with Nutritional Behavior Disorder

Aim: The aim of the study is to determine the effect of SFA based group counseling on anxiety and HLB in individuals with nutritional behavior disorder

Material and Method: The study was applied as randomized controlled pretest posttest experimental design from 2018 May to 2019 July. The population of the study consisted of 619 adult who applied to the dietician in the Life and Sports Center. Individuals were randomly selected from the probabilistic sampling methods by simple random sampling method. A total of 31 individuals in the experimental group and 45 individuals in the control group completed the study. A descriptive data form including socio-demographic information, HLB and a continuous anxiety scale were used. Eight weeks, eight sessions, about 90 min of SFA counseling was given.

Findings: The average of the posttest scores of the individuals in the experimental group; and 40.45 ± 9.22 of the anxiety scale, and 153.2 ± 23.17 of the HLP. The posttest mean score of the subjects in the control group; the anxiety inventory was 46.73 ± 8.83 and the HLB scale was 125.11 ± 20.21 and there was a statistically significant difference between the two groups. In post-intervention individuals; a decrease in anxiety inventory was found, while an increase in HLB and subscales were observed ($p < .001$). In addition, body mass index, weight of individuals decreased and weekly exercise times increased in the experimental group ($p < .001$).

Conclusion: SFA counseling to individuals with nutritional behavior disorder decreased the anxiety of individuals and increased HLB.

Key words: Nutrition, Nutritional Disorders, Solution Focused Approach, Healthy Life Style and Behaviour, Anxiety

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
ÇÖY	: Çözüm Odaklı Yaklaşım
AN	: Anoreksiya Nervoza
SPSS	: Statistical Package for Social Science
BN	: Bulimiya Nervoza
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
ON	: Ortoreksiya Nervoza
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.3.1. Akış Diyagramı	25
Şekil 3.9.1. Deney Grubuna Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Danışmanlığı Programı Uygulama Planı	31
Şekil 3.9.2. Araştırma Planı.....	41



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.5.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubunun Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	29
Tablo 3.6.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	30
Tablo 3.9.1. Çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığı programı.....	31
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beslenme Davranış Dağılımı	43
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bazı Özelliklerin Ortalaması.....	44
Tablo 4.4. Deney Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.5. Kontrol Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.8. Deney Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı değişkenler bakımından Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.9. Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı değişkenler bakımından Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50

1. GİRİŞ

Küreselleşme etkisi ile hızlı yaşam yiyecek tercihlerini farklılaştırabilmektedir (1). Yiyecek seçiminin yanı sıra ilerleyen teknoloji estetik görünümle ilgili kaygıyı ortaya çıkarabilmekte, bu da kişilerin algıladığı beden imajını etkileyerek beslenme davranış sorunlarına, sağlıksız yaşam biçimi seçimlerine yol açabilmektedir (2).

Beslenme sorunları, yiyecek gereksiniminden fazla, az yada sağlıksız biçimde yeme davranışlarını barındırır (3). İlâveten bu sorunlar kişilerin aşırı stres, kaygı, sıkıntı, endişe gibi psikolojik bozulmalarına da eşlik edebilmektedir (3,4). Beslenme davranış bozuklukları günümüzde yaygın hale gelmiştir. Etkin bir tedavi alınmadığı takdirde de kalıcı ve uzun vadeli problemleri beraberinde getirmektedir (4). Türkiye’de geniş ölçekte beslenme bozukluğunu gösteren araştırmalara rastlanmamıştır ancak literatüre göre beslenme bozukluğunun toplumda görülme sıklığı % 0,5 ile % 2.20 arasında değişmekte ve diğer ülkelerde de benzer oranlar görülmektedir. Beslenme bozukluğu görülen kişilerde hastalık ve ölüm riski artmaktadır (3,4,5,6).

Beslenme davranış sorunları olan bireylerin sağlıklı yaşam biçim ve davranışı için uzman kişilerden destek arama düzeyleri az, tedavi olmak için girişimde bulunsalar bile devam etme olasılıkları düşük olabilmektedir (4,5). Yeme davranış bozuklukları çeşitli hastalıkları da beraberinde getirerek ülkelerde mortalite ve morbidite oranlarını artırmakta, finansal eğrinin bu yönde akmasını zorlayarak ülke ekonomisine zarar vermektedir (6).

Dünyada yeme davranış bozuklukları için birçok tedavi uygulansa da en kalıcı ve etkin yöntemin teröpatik ilişkiler olduğu düşünülmektedir (7,8). Teröpatik ilişki yöntemleri kişinin planlanan girişime yön vermesini, kendini tanımasını, tedavi motivasyonunu, öz-yeterlilik ve gücünün farkına varmasını ve ilgili faktörleri değerlendirmesinde etkin olma olasılığını artırır (5). Türkiye de beslenme üzerine yapılmış bilişsel, davranışsal işlevleri içeren az sayıda model vardır. İlâveten bu modeller arasında kaygı ve sağlıklı yaşam biçimini davranışını içeren çözüm odaklı yaklaşım modeli yoktur ve bu model pek bilinmemektedir (4).

Bireylerde ki beslenme bozukluğunu iyileştirmeye yönelik uygulamalar tek başına yeterli değildir ve destek gereklidir (4,5). Koruyucu sağlık hizmet ve eğitimi sunan halk sağlığı hemşiresi bu noktada önem arz eder. Hemşireliğin felsefesinde var olan bireye saygı, kişilerin var olan potansiyel ve kaynaklarını kullanabilme, bağımsız olabilme

çözüm odaklı yaklaşım ile uyumludur. Birey ve aileye ulaşabilen halk sağlığı hemşiresi bakışı ile çözüm odaklı yaklaşım kullanımı, toplumun sağlıklı yaşam tarzı kazanmasında ve davranış değişikliği edinmesinde öncü olabileceği bildirilmiştir (7).

Çözüm odaklı yaklaşım modeli soruna değil, çözüme kilitlenen kapsayıcı bir süreç sunar. Kişilerin başarılı olduğu alanlara yönelir (8). Bu model danışanların kendi güçleri ile çözüm yolları bulmalarını ve öz güvenlerinin artmasını sağlar. Danışanların tecrübe ettiği olumlu duyguları anımsamasını sağlar ve daha önce sorunlarla nasıl baş edebildiği hatırlatılarak cesaretlendirilir. (9). Problemleri tanımlamak yerine pozitif olan şeylerin devam etmesini ve artmasını hedefler. (8,9). Çözüm odaklı kısa terapi 1980'lerde Steve de Shaze ve Insoo Kim Berg öncülüğünde ortaya çıkmıştır (10). Beslenme davranış bozukluklarında kısa zamanda etkili bir sonuç elde edilmesinde etkin olacağı düşünülen çözüm odaklı danışmanlığını çözüm arayan politika yapıcılara ve danışmanlara uygun bir model sunacağı öngörülmektedir.

Bu araştırma beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığının kaygı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀. Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşımın kaygıya etkisi yoktur

H₀. Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşımın sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisi yoktur

H₂. Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım kişilerin kaygısını azaltır.

H₃. Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Beslenme Davranış Bozuklukları

Beslenme davranış bozuklukları hayatı tehdit eden yeme davranış ve beden imajında bozulmaya sebep olan ciddi bir rahatsızlıktır (11). Beslenme davranış bozuklukları sosyal, kültürel, psikolojik, nörobiyolojik kökenli çok faktörlü heterojen bir yapıya sahiptir (12). Çevresel tetikleyicilerin rolünün, beden büyüklüğü ve şeklinin, toplumsal beklentilerin yanı sıra, araştırmalar genlerin ve farklı biyokimyasal sinyallerin yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunduğunu ileri sürmüştür (13). Araştırmalara göre beslenme davranış bozukluğunda gelişimsel dönemin etkili olduğu ve bu dönemde kişilerin kendini düzenleme sürecinde eksiklik sonucu ortaya çıktığı öne sürülmektedir (14,15). Tüm bunlar bireylerin duygusal düzenleme kapasitesini bozup beslenme davranış problemleri ortaya çıkarmaktadır (12,14). Son yıllarda küreselleşmenin olumsuz sonucu olarak problemler beslenme davranış ve inançları oldukça artmıştır (15). Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza özellikle kadınlarda % 0.3 ila %1 arasında yaygındır (12,14), tıkmırcasına, gece yeme bozuklukları %3, dünya obez sayısı % 10.3, bazı çalışmalarda ortoreksiya nervoza %6.9 ile %57.6 civarında değişmektedir (15,16,17,18). Bu oranlar yadsınamayacak kadar büyüktür ve morbilite, mortalite risklerini artırmaktadır (16,17).

2.1.1 Anoreksiya Nervoza (AN)

Bazı mevcut kavramsal modeller ve psikolojik müdahaleler, beslenme bozukluklarında duygu düzensizliğinin rolünü davranışa dönüşmesini ele alır veya vurgular. Anoreksiya nervozada etiolojisinde çok farklı değişkenleri barındırır (19). Anoreksiya nervoza, önemli ölçüde yüksek ağırlık endişesi, kilo alma korkusu ve vücut imajı endişeleri ile kendini gösteren enerji alımının kısıtlanması ile karakterizedir. Bu bozukluk önemli psikososyal yetersizlik, ciddi medikal komplikasyonlar ve artan intihar riski ile ilişkilidir (15). Anoreksiya nervoza, fiziksel ve psikososyal morbiditenin önemli bir nedenidir. Son yıllarda hastalığın başlangıcına ve bakımına katkıda bulunan alttan yatan psikobiyojinin anlaşılmasında gelişmeler olmuştur (20). Genetik faktörler, psikososyal ve kişilerarası faktörler başlangıçta tetikleyebilir ve sinir ağlarındaki değişiklikler hastalığı devam ettirebilir (20,13). Özellikle anoreksiya nervozaya sahip adolesan hastalar için tedavide önemli ilerlemeler, uzman aile temelli müdahalelerin yararlarına

işaret etmektedir (20). Anoreksiya nervoza'sı olan yetişkinler de iyileşme olanakları konusunda gerçekçi bir şansa sahiptir, ancak spesifik bir yaklaşım (tedavi) net bir üstünlük göstermemiştir, anoreksiya nervoza da psikoterapinin en etkili olduğunu çalışmalar göstermektedir (4,5)

Anoreksiya Nervoza için DSM-5 Tanı Kriterleri:

- A) Kişinin yaş, cinsiyet ve gelişimi için gerekli enerji miktarından az alınması. Önemli ölçüde düşük ağırlık, normalden daha az olan ya da çocuklar ve gençler için, asgari beklenenden daha az bir ağırlık olarak tanımlanır.
- B) Çok düşük kiloda olsa bile, kilo almaktan ya da yağ birikmesinden yoğun bir şekilde korku duyan, kilo alımını engelleyen ısrarcı davranışlarda bulunan.
- C) Kişinin kendi vücut ağırlığı veya şeklinden algıladığı rahatsızlık, kilosunu veya şeklini değerlendirememesi ya da mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetini tanımlayamama. (13). Bu şıklardan iki veya daha fazlası anoreksiya nervoza tanısı konulmasında yardımcı olur.

2.1.2 Bulimia Nervoza (BN)

Bulimia nervoza, genellikle anoreksiya nervoza 'da belirtileri bulunan vücut şekli ve kilo ile ilgili aşırı endişeleri paylaşır, ancak aşırı aç kalmak yada aşırı zayıf olmak anlamına gelmez (13). Daha ziyade, bulimia nervoza, yemek yeme (yemek yeme üzerinde eşzamanlı kontrol kaybı ile büyük miktarlarda gıda tüketen) ve bununla sonuçlanan telafi edici davranışlar, istemli kusma, oruç tutma, laksatif, diüretik kullanma, aşırı egzersiz gibi davranışlarla karakterize edilir (13,19). Bulimia nervoza, Amerika Birleşik Devletleri'nde 200 kadından dört ile altı kadarını etkilemektedir. Bulimia nervoza da dahil beslenme bozukluğu olan kişilerin yaklaşık % 95'i 12 ila 25 yaşları arasındadır. Yeme bozukluğu olan hastaların% 90'ı kadın olmasına rağmen, erkeklerde teşhis edilen yeme bozukluğu insidansı artmaktadır (21). Bulimia nervoza ve diğer beslenme tutum bozukluklarının etiyojisi tam olarak bilinmemekte, bununla birlikte birçok faktörün etkili olduğu sanılmaktadır (19). Ağırlık ve vücut şekli, görünüm ile ilgili çevresel etkiler toplumsal idealleştirme içerir ve bunlar bulimia nervoza rahatsızlığının oluşumunu tetikler. Bulimia nervoza gibi beslenme bozuklukları ebeveynlik tarzı yeme bozuklukları birincil nedeni olarak görülmektedir. Bununla birlikte, ebeveynlik tarzı, hanehalkı stresi ve ebeveyn uyumsuzluğu, kaygı gibi etmenler bulimia nervozanın ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Bulimia Nervosa için DSM-5 Tanı Kriterleri;

A. Tekrarlayan tıknırcasına yemek yeme atakları, aşağıdakilerin her ikisiyle de karakterize edilir:

1. Ayrı bir zaman diliminde (Herhangi bir 2 saatlik süre içinde) beslenme ve benzer koşullar altında aynı sürede çoğu insanın yiyeceği yiyecek miktarından çok fazlasını yemek.

2. Atak sırasında yemek yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi (örneğin, kişinin yemek yemeyi durduramayacağı veya ne yediği veya ne kadar yediğini kontrol edemeyeceği duygusu).

B. Kendine bağlı kusma gibi kilo alımını önlemek için tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar; laksatifler, diüretikler veya diğer ilaçların yanlış kullanımı; oruç; veya aşırı egzersiz.

C. Yemek yeme ve uygunsuz telafi edici davranışlar, ortalama olarak, en az 3 ay boyunca haftada bir kez meydana gelir.

D. Öz değerlendirme, vücut şekli ve kilodan gereksiz yere etkilenir.

E. Anoreksiya nervosa atakları sırasında bu tutum meydana gelmez (13,22).

2.1.3 Ortoreksiya Nervosa (ON)

Ortoreksiya Nervosa, ilk olarak 1997 yılında hekim Steven Bratman tarafından bir makalede tanımlanmıştır (21,23). Sağlıklı beslenmeyle ilgili patolojik bir saplantı olarak gördüğü şeyi tanımlamak için, “ortoksiya nervosa” terimini, “düz” veya “doğru” anlamına gelen “ortho” kelimesinden ve iştah anlamına gelen “orexi” den almıştır (23). Ortoksia ile ilgili araştırmalar halen devam etmekle birlikte, ortoreksinin yeni ortaya çıkan bir konu olduğu düşünülebilir. Henüz DSM-5 de kesin ayırıcı özellikleri olmadığı için tanımlanmamıştır (24). Gıda ve yeme ile ilgili takıntının ortoreksinin ana unsurlarından olduğu fikrine dayanmaktadır ancak İsveç medyasında ortoreksiya ile ilgili olarak aşırı egzersizin önemli bir rol oynadığı da belirtilmektedir (23). Donini ve arkadaşlarının tanımına göre ortoreksiya nervozalı bireyler gıdaların saflığını, doğallığını her şeyin üstünde değerlendirir, böyle bir beslenme tarzı sağlığa zarar verecek bütün etkileri ortadan kaldıracağına inanırlar (25). Ortoreksiya nervosa sağlıklı yaşama kültüründen doğmuştur, sağlıklı çekici ve genç bir vücut için sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz iyi sağlığın bir unsuru ve belirleyicisi olarak görmektedir, çağdaş tüketici kültürü söylemleriyle de ilişkilendirilebilir (23,26). Bu kültürlerde, fit vücut, sağlığı temsil eder

ve aynı zamanda iyi bir yaşamın sembolüdür; obez bir vücut tembellik, duygusal zayıflık temsil eder (26). Bu bilişsel algı ile ortoreksiya nervoza da sağlıklı yaşam kültürü obsesyon boyutunda ortaya çıkmaktadır (23). Ortoreksiya nervozalı bireyler sağlıklı bir şekilde yemek yemedikleri zaman kendilerini kötü hissederler, yemeğe yönelik saplantı ve sağlıklı öğünler hazırlama ve sağlıklı yiyecekler yeme ile ilgili aşırı obsesyonları vardır ve diğer tür diyet beslenme düzenlerine göre ortoreksiya nervoza da beslenme şekli fazla seçicidir. (25). Ortoreksiya nervoza sadece besin tüketimini değil secimini de kapsar, bireyler aldıkları gıdaları titizlikle seçerler son kullanma tarihi ve içeriği incelerler, pişirme yöntemi, pişirilen alet, gıdanın kalitesini koruması onlar için çok önemlidir hatta gıdaların yapısı bozulmasın diye birçok besini çiğ olarak tüketebilirler (27). Ortoreksiya nervozalı bireyler beslenme şeklini o kadar takıntılı hale getirmişlerdir ki artık beslenme tutum davranışa dönüşmüştür (26,27). Sağlıklı beslenmek, hastalıklardan korunmak, beden yapısı ve biçimini muhafaza etmek için, ortoreksiya nervozalı bireyler vücut ihtiyaçlarını karşılamayacak miktarda kendi beslenme tarzlarına uygun, kaliteli az yemek yemektirler, benimsedikleri ekol dolayısıyla sırf sağlıklı besinleri bulma adına dengesiz beslenme ortorektik bireylerde sık görülmektedir (27,28). Anoreksiya ve bulimia nervozada ki gibi zayıf kalmak adına değil sağlıklı olmak için bunu yapmaktadırlar (28). Diğer beslenme tutumlarında olduğu gibi tedavi olarak terapi yöntemleri kullanılması önerilmektedir (27).

2.1.4 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB, Binge eating)

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, genellikle durmaksızın ve kontrol kaybıyla kendini gösteren, anormal miktarda ve çok kısa sürede yiyecek tüketen, zorlayıcı dürtüsel yeme davranış bozukluğudur (14,16). Tıkınırcasına yeme nöbetleri tipik olarak, altı aylık bir süre boyunca ortalama olarak haftada en az iki kez meydana gelir (14). Normal kilolu erkek ve kadınlarda tıkınırcasına yeme bozukluğu meydana gelse de, zorlayıcı kompulsif tıkınırcasına yeme davranışları genellikle istenmeyen kilo alımına veya obezitenin gelişmesine yol açabilir (15,16). Tıkınırcasına yeme bozukluğu yaşayan kadın ve erkekler, iğrenme, suçluluk duyguları ile mücadele ederler ve sıklıkla depresyon veya kaygı gibi bir psikolojik hastalık beraberinde görülebilir (12). Yemek yeme ile eşlik eden olumsuz duygular genellikle onunla başa çıkmak için besin tüketiminin artmasına yol açar bu da kısır döngüye yol açar (12,14). Tıkınırcasına yemek yeme bozukluğu kesin nedeni bilinmemekle birlikte, bu bozukluğun ortaya çıkmasında çeşitli faktörlerin olduğu düşünülmektedir (16,24). Hormonal düzensizlikler veya genetik mutasyonlar gibi

biyolojik anormallikler kompulsif yeme ve gıda bağımlılığı ile ilişkili olabilir (3,24). Depresyon ve tıknırcasına yemek yeme arasında güçlü bir ilişki kurulmuştur. Kişinin vücudundan duyduğu memnuniyetsizlik, düşük benlik saygısı ve duygularla başa çıkma zorluğu da tıknırcasına yemeye neden olabilir (12,22). İlâveten cinsel istismar öyküsü gibi travmatik durumlar, tıknırcasına yeme riskini artırabilir (29). Genellikle medya yoluyla kişileri etkileyen ince olma fikri, sosyal baskılar, duygusal yemeğe neden olabilir. Vücutlarına veya kilosuna ilişkin eleştirel yorumlara tabi olan kişiler, özellikle tıknırcasına yeme sorununa karşı savunmasız olabilirler (13,29).

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde bazı davranışsal problemler görülebilir, tıknırcasına yeme bozukluğu yaşayan bireyler, yeme alışkanlıklarından utanç duyduklarından belirtilerini sıklıkla saklama eğilimindedirler (29). Ayrıca hızlı, çığnemen, gizli, aşırı, zorlayıcı, doyumsuz, stresli yemek yeme sonucu fiziksel, sosyal ve duygusal güçlüğü ortaya çıkarabilir ve bazı komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilir (13,14,15,16). Kalp-damar hastalığı, diyabet, uykusuzluk veya uyku apnesi, hipertansiyon, safrakesesi rahatsızlığı, kas /eklem ağrısı, gastrointestinal zorluklar, depresyon ve kaygı bu komplikasyonlardan bazılarıdır (13,14,16). Psikiyatristler, beslenme uzmanları ve terapistler de dahil olmak üzere uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinden profesyonel destek ve tedavisi tıknırcasına yeme bozukluğunun en etkili yolu olabilir (5,7,29). Duygusal tetikleyicilerin iyileştirilmesine odaklanmak bu tür bozukluklarda uygun olabilir (26).

Tıknırcasına yeme bozukluğu için DSM-5 Tanı Kriterleri;

- A) Normalden çok daha hızlı yemek
- B) Rahatsız edici boyutta doygunluk hissedene kadar yemek yeme
- C) Fiziksel olarak aç hissetmemesine rağmen büyük miktarlarda yiyecek yemek
- D) Tek başına ne kadar çok yemek yediğinden utanç duyduğundan, kendinden tiksinti duymak, depresyona girmek ve kendini suçlu hissetmek (13).

2.1.5 Gece Yeme Sendromu

Gece yeme sendromu, sabah anoreksisinin klinik özelliklerini gösterirken, akşam hiperfaji (aşırı yemek yeme), uyanıklık ile uykusuzluk arasında gece yiyecek alımı ile karakterize bir yeme bozukluğudur özellikle 19:00 dan sonra yiyecek gereksiniminin %50 sinden fazlasını tüketmek (30). Klinik özellik olarak, besin alımı ile ilgili biyolojik saatte/sirkadiyen ritimde bir gecikme gibi kendini göstermektedir. Günün ilk yarısında enerji tüketimi azalır ve ikinci yarıda büyük oranda artar, böylece yiyecek alımı için uyku

bozular, gece uyanıp yemek yenebilir (31). Gece yeme sendromu, bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu ile ilişkili telafi edici davranışların eksikliği, besin alımının zamanlaması ve tıknırcasına atıştırmak yerine tekrarlayan küçük miktarda gıda alımı, ayırt edici özelliklerdendir (30,31). Gece yeme sendromunda uyuklayarak yeme görülmez kişi, ertesi gün ne yediğinin farkındadır (38). Gece yeme sendromu obezite ile ilişkisi nedeniyle önemlidir (31,32). Gece yeme sendromunun strese bir cevap olduğu düşünülmüş ve başlangıçta obez kişilerde verilen kilonun telafisi gibi görülmüştür (32). Sonradan bu sendromda olan kişilerin prevalansı ağırlık artışı ile arttığı bulunmuş ve tanısı konanların yaklaşık yarısı, sendromun başlangıcından önce normal bir ağırlık durumunu bildirilmiştir, yani bu sendromun obeziteye yol açtığı görülmüştür (30,32). Gece yeme sendromunun genel popülasyonun yaklaşık %1.5'nun olduğu ve ciddi obez insanların % 25'inden fazlasında bu sendromun olduğu tahmin edilmektedir (33). Bu sendrom DSM- 5 de gece tekrarlayan yeme nöbetleri olarak tanımlanmıştır; uykudan uyanıp yeme, yada akşam saatlerinde diğer öğünlere göre aşırı besin tüketme olarak bildirilmiştir (13). Bu yeme sendromunda kişilerin uykusuzluk yaşamaları ve uyku sorununu yemek ile tedavi etmeye çalışmaları alt etmen olarak düşünülmüş, yemek yeme uykusuzlukla savaşmakta karşı konulamaz dürtüsel bir ilaç olarak görülmüştür (32,33). Bu kişilerin depresyon, bağımlılık sorunlarına daha hassas olması ve bunu gece yiyerek tedavi etmesi ilaç olarak görülme teorisini desteklemektedir. Gündüz uzun süren açlık da düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir (33). Yine de gece yemek yeme iş saatlerinin getirmiş olduğu alışkanlık o, gün boyu atlanan öğünlerin sonucu, yapılan diyet yada aktivitenin bedeli olabilir, bu yollarla gün boyu eksilen kalorilerin telafisi olarak düşünülebilir (31,33). Bazı uzmanlar gece yemek yemenin strese bir tepki olarak ortaya çıktığını savunmuştur ve başka bir hipotezde hormonal dengesizliklerden kaynaklandığı ve vücudun anormal dönemlerde açlık hissetmesine neden olduğu savunulmaktadır (32). Gece yeme, kişinin kendine güvenini ve sağlıklı iş ve sosyal yaşamları geliştirme ve sürdürme yeteneğini etkileyebilir (31,33). Tedavi genellikle beslenme ve davranışsal terapi ile birlikte bozukluk hakkında eğitim içerir (33).

2.1.6. Obezite

Obezite aşırı miktarda vücut yağını içeren karmaşık bir hastalıktır. Vücut kitle indeksi 30 veya daha yüksek olduğunda obezite teşhisi konur (34). Obezite sadece kozmetik bir ilgi yada görsel güzelliği ilgilendiren bir sorun değildir (35). Kilo kaynaklı sağlık sorunlarının olması anlamına da gelir. Kalp hastalığı, diyabet ve yüksek tansiyon

gibi hastalıklar başta olmak üzere sağlık sorunları riskini artırır (36). Çok az verilebilen kilo kaybı bile obezite ile ilişkili sağlık problemlerini iyileştirebilir veya önleyebilir. Obezite, Kuzey Amerika'da önlenebilir hastalık ve ölümlerin önde gelen nedenidir (36,37). Son yıllarda, sanayileşmiş ülkelerdeki aşırı kilolu kişilerin sayısı önemli ölçüde artmıştır, öyle ki Dünya Sağlık Örgütü obeziteye bir salgın demiştir (34,37). Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin nüfusun %69'u aşırı kilolu veya obezdir (37,38). Kanada'da, kendinden bildirilen veriler erkeklerin %40'ının ve kadınların% 27'sinin aşırı kilolu olduğunu, erkeklerin % 20'sinin ve kadınların % 17'sinin obez olduğunu göstermektedir (36,37,38). Obezite, vücudun kaloriyi yakmasından çok ihtiyacından çok fazlasını tüketmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (38). Geçmişte, pek çok kişi obezitenin basit bir şekilde aşırı güçsüzlük ve yetersiz egzersizden kaynaklandığını, irade gücünün ve öz denetimin eksikliğinden kaynaklandığını düşünüyordu (39). Bunlar önemli katkı faktörleri olsa da, obezite genetik, çevresel, davranışsal ve sosyal faktörleri içeren karmaşık bir tıbbi sorun olduğu kabul edilir (36,38). Bütün bu faktörler, kişinin kilosunu belirlemede rol oynar (34). Son zamanlarda yapılan araştırmalar, bazı durumlarda, genetik faktörlerin, iştah ve yağ metabolizmasının obeziteye yol açan değişikliklere neden olabileceğini göstermektedir (40). Genetik olarak kilo alımına eğilimli olan (örneğin, daha düşük hızda metabolizmaya sahip olan) ve inaktif ve sağlıksız bir yaşam tarzı olan kişiler için obez olma riski yüksektir (36,37). Bir kişinin genetik yapısı obeziteye katkıda bulunsa da, bu birincil neden değildir (36). Çevresel ve davranışsal faktörler daha fazla etkiye sahiptir - yüksek yağlı gıdalardan fazla kaloriyi tüketmek ve uzun vadede az veya hiç fiziksel aktivite yapmamak kilo alımına yol açmaktadır (36,37). Psikolojik faktörler obeziteyi de arttırabilir. Düşük benlik saygısı, suçluluk, duygusal stres veya travma, problemle başa çıkmanın bir yolu olarak aşırı yemeğe yol açabilir (40).

Tıknırcasına yeme bozukluğu, gece yeme sendromu, Cushing hastalığı ve polikistik over sendromu gibi bazı tıbbi durumlar da kilo alma ve obeziteye yol açabilir. Obezite tedavi ve önlemede obezitenin neden olduğu sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için sağlıklı ve dengeli bir diyet edinmek, egzersiz alışkanlıkları kazanmak, yaşam boyu değişiklikler gerekir. Reçeteli ilaçlar ve kilo verdirmek amaçlı yapılan ameliyatlara, psikolojik terapi, obeziteyi tedavi etmek için ek seçenekler olabilir (34,35,36).

2.2. Beslenme Davranışı Bozukluğunun Olası Belirleyicileri

Beslenme davranış bozukluğu ile fiziksel hastalık arasındaki bağlantı kolayca anlaşılırken, beslenme ve depresyon, kaygı, stres, obsesyon arasındaki ilişki çok net görülmemektedir (12,41). Bu duygusal kökenli psikolojik rahatsızlıklar daha tipik olarak katı biyokimyasal tabanlı olarak düşünülür (19). Bu rahatsızlıkların öncelik sırası net değildir (12,19). Bazen bu emosyonel sorunlar beslenme problemlerini meydana getirirken ,bazen de beslenmenin vücutta yaptığı fiziksel, fizyolojik, biyolojik değişiklikler sonucu duygusal problemler ortaya çıkabilir (19). Depresyon, kaygı, stres, obsesyon öncesi kolayca fark edilebilen beslenme tutumlarının çoğu, bu rahatsızlıklar olduğu sırada da görülen beslenme davranış şekline benzerdir (41,42). Araştırmalar, depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılığı fazla ve sosyal fobi gibi duygusal bozukluğu olan kişilerin yeme bozuklukları geliştirmede daha fazla risk taşıdıklarını göstermektedir (43). Depresyon beslenme davranış bozukluklarında en sık görülen psikiyatrik sorundur. Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde %40-45 civarında depresyon, %60 ve üstü kaygı görülmektedir (42). Ayrıca duygu durum, panik, sosyal fobi, düşük benlik saygısı, obsesif kompulsif bozukluklar en sık görülenleridir (42). Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, yeme bozuklukları ile mücadele eden, yeme bozukluğu tanısı konan veya birçok bozuk yeme davranışına sahip olan kişiler, baş edemediği duygulara yanıt olarak duygusal olarak beslenme amaçlı yeme alışkanlıkları edinerek uygunsuz davranışlar sergilemektedir (14). Bu uygunsuz davranışlar aşırı yeme, gece yeme bunların sonucu obezite, kalıcı sağlık sorunları yada anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, otoreksiya gibi beslenme tutumlarını ortaya çıkarmaktadır (14,19,23,38). Bu beslenme davranış bozuklukları önemli psikososyal yetersizlikler, ciddi medikal komplikasyonlar ve artan intihar riski ile de ilişkilidir (19). İlaveten negatif duygusallık, karışık duygulanım, kişilik bozukluğu, kişinin bakış açısı, deneyimleri, duygularını düzenleme süreci beslenme davranış tutumunu önemli ölçüde etkiler (12). Böylece yeme bozukluğu psikopatolojisi bir duygu bozukluğu kavramsallaştırması ile tutarlı olarak ortaya çıkar (12,44). Son zamanlardaki araştırmalar, dikkati beslenme bozukluklarının oluşumu ve kişilik yapısına odaklamıştır (44,45). Dolayısıyla beslenme bozukluklarının tedavisinde kişilik özellikleri perspektifinden müdahale etmenin iyileşme sürecinde etkili olabileceği öngörülmektedir (44).

2.2.1. Beslenme ve Kaygı

Anksiyete (Kaygı), sinirlilik, endişe, korku ve endişeyi etkileyebilecek çeşitli bozuklukları betimleyen geniş bir terimdir (44,45). Kaygı, çoğu kişinin çeşitli zamanlarda yaşadığı ve stresörlere normal bir tepki verdiği doğal bir insani duygudur; Bununla birlikte, kaygı aşırı ya da orantısız olduğunda, bir kaygı bozukluğunun sınıflandırmasına girebilir (45). Vakaların çoğunda, kaygı yaşanan tek şey değildir; genellikle yeme bozukluğu veya madde kötüye kullanımı gibi etmenlerle birlikte ortaya çıkan bir bozukluktur (46). Kaygı, çevresel, genetik, fizyolojik, nörolojik, madde kötüye kullanımı veya bunların bir kombinasyonu dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir (44,45). Anksiyetenin gelişmesinde hormonal dengesizliklerden, istismara kadar birçok faktör etkili olabilir (45,46). Anksiyete bozuklukları genellikle yeme bozuklukları gibi diğer bozukluklarla birlikte bulunur (46). Aslında, anksiyete bozukluklarının varlığı sıklıkla yeme bozukluğunun gelişmesine yol açabilir, çünkü özellikle yeme bozuklukları endişe, stres duyguları ve aşırı endişe / korku ile başa çıkma yöntemi olabilir (53,54). Çoğu zaman, kaygının yeme bozukluğundan önce gelmesi söz konusudur (47). Şiddetli kaygıyla mücadele ederken, kişinin bazı şeyleri kontrol edebilme duygusu kaygı nedeniyle yaşanan semptomları geçici olarak rahatlatılabilecek sahte bir kontrol duygusu oluşturmasına sebep olabilir bu da acıyı geçici dindirebilir, örneğin, kişinin yaşamı, yiyecekleri, kilosu ve egzersizi gibi yönlerini kontrol edebilmesi hissiyatı, farklı davranışlar edinmesine sebep olabilir (47). Bununla birlikte, bu öğrenilen davranışlar, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, obezite, oteraksiya nervoza gece yeme tıknırcasına yeme gibi bir yeme bozukluğunun ortaya çıkmasına yol açabilir (12,19,47). Alexander ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonucunda, kaygı ile düzensiz yeme arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (45). Araştırmada ayrıca katılımcıların sosyal kaygı ile ilişkili olumsuz duyguları bastırdığını ve bunun da yeme bozukluğuyla sonuçlandığını ileri sürmüştür (44,45).

Kaygı beslenme davranış bozukluklarını tetiklerken, bazen de yenilen besinler kaygının gelişmesini açığa çıkarır (48). Yediğimiz yiyeceğin kalitesi ve bileşimi sürekliliği bedenimizi kontrol eder ve düzenleyici bir geribildirimle hareket eder (48,49). Hatta besinlerin seçimi diğer öğünde ne yenilebileceğini etkileme gücü bile vardır (49,50). Bu güç ruh halini etkileme yoluyla davranışa dönüşmesi ile gözlenir kaygı benzeri semptomlar ortaya çıkarabilir (48,49). Özellikle çağdaş diyetler ve işlenmiş gıdaların içeriğinde olan yağ, şeker ve benzeri ürünler sağlığı olumsuz etkileyecek

düzyeyde tüketicilere sunulmaktadır, bu da farklı sorunları ortaya çıkarmaktadır (49,51). Kaygı hastalık prevalansı ile bağlantılıdır (48). Bu tür duygu durum bozukluğu olan kişilerin meyve ve sebzelerden düşük, fakat yağ ve şekerden yüksek olan kötü kaliteli diyetleri vardır (49,50). Lifli gıdalar, şeker,tuz içeriği düşük, yağ asitlerinin yüksek olan modifiye edilmiş diyetler, dikkat eksikliği, kaygı, depresyon gibi davranışsal ve duygudurum bozukluklarını tedavi etmek için kullanılmaktadır (49,50,51). Utero veya erken yaşamda, alınan gıdalar gelişimde kritik uzun süreli sonuçları doğurabilir (52,53). Bu, yetişkinlerde anne diyetinin ve diyetin önemini ve onların ruh sağlığı ile etkileşimini vurgulamaktadır (53). Dolayısıyla tüketilen besinler ruh halini etkilemekte kaygı, stres benzeri sorunların prevalansını artırmaktadır (45,48,49).

2.3. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Beslenme

Yaşam biçim davranışı, bireylerin, ailelerin toplumların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik çevreleriyle başa çıkmada ortaya koyduğu davranışları günlük olarak açıklayan bir terimdir (54,55). Bu terim çoklu, karmaşık değişkenli olup risk kavramı ile yakından ilişkilidir. Yaşam biçim davranışı küresel hastalık yükünü artırmaktadır ve daha önce tahmin edilenden daha büyük oranda kişinin sağlığı risk altındadır (55). Gelişmekte olan ülkeler, birçok önde gelen riskten dolayı hastalık yükünün çoğunu veya tamamını çekmektedir (54). Yaşam biçim davranışı, etkinlik, tutum, ilgi alanları, görüşler, değerler ve gelir dağılımı dahil olmak üzere günlük çalışma ve eğlence profilleriyle ifade edilmektedir (56). Psikolojik bir bakış açısıyla, öz saygı ve öz-yeterlilik de dahil yaşam tarzı, insanların benlik imajı veya öz kavramından kaynaklanır (56,57). Yaşam biçim davranışı, motivasyonların, ihtiyaçların ve isteklerin bir bileşimidir ve kültür, aile, referans grupları ve sosyal sınıf gibi faktörlerden etkilenir (57). Yaşam biçim davranışına bağlı hastalıklar, ülkelerin daha fazla sanayileştiği ve insanların daha uzun yaşadığı bölgelerde sıklıkta görülen hastalıklardır (57). Yaşam tarzı hastalıkları üç ana değiştirilebilir yaşam biçim davranışına uzun süreli maruz kalma ile ilişkilidir, başlıca bunlar; sigara içilmesi, sağlıksız beslenme (alkol bağımlılığı dahil) ve fiziksel olarak hareketsiz yaşamadan oluşur (54). Bu risk faktörleri bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların, dejeneratif hastalıklar grubunun gelişmesine neden olur (54,57). Kalp hastalığı, inme, diyabet, obezite, metabolik sendrom, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve bazı kanser türü hastalıklar aslında “bulaşıcı” davranışların sonucu olarak düşünülebilir (54). Bu koşullar, bağımsızlık kaybını, sakatlık yıllarını veya ölümü ifade eder ve sağlık hizmetlerine önemli ekonomik zarar yükler (57). Bununla birlikte, sağlıklı

bir yaşam biçim davranışı iyi bilinen yararlarına rağmen, yetişkinlerin sadece bir kısmı, daha sağlıklı yaşam tarzlarına yönelik değişiklikleri takip eder (58). Sağlıklı yaşam biçim davranışı büyük sorumluluk ister ve pahalıdır, birçok toplum ve birey tarafından kolaylıkla karşılanamaz (57,58). Örneğin sağlıklı beslenme yeterli bütçe ve maliyet ister bununla birlikte, fiziksel aktivite için bireysel eylemler, çevre, spor, eğlence tesisleri ve ulusal politikadan etkilenir. Sağlıklı yaşam biçim davranışı; beslenme, sağlık, spor, eğitim ve kültür politikası, medya ve bilgi, ulaşım ve hareketlilik gelişimi, kentsel planlama, yerel yönetimler ve finansal ve ekonomik planlama gibi birçok sektör arasında koordinasyon gerektirir (56,57,58).

Sağlıklı bir kiloyu sürdürmek, düzenli bir şekilde egzersiz yapmak, sağlıklı bir diyet yapmak ve sigara içmemek temel sağlıklı yaşam biçim davranışının kombinasyonudur. Bu kombinasyon kronik ölümcül sağlık risklerini azaltmada %80 etkili olduğu bulunmuştur (54,59). Bu, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına uyulması için öncelikle riskli beslenme tutumları düzeltilmeli ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları olabildiğince erken başlanmalıdır (59). Araştırmalar kişilerin yaşam biçim davranışında beslenme tarzı kişinin genotipine dayalı kişiselleştirilmiş beslenme şekli olduğunu savundu (56,57). Bununla birlikte, insan beslenme ve yaşam biçiminin gerçek belirleyicileri, güçlü psikolojik, sosyolojik bir temele sahip olup, ekonomik, iklimsel, coğrafi, tarihseldir (59). Sağlıklı yaşam biçim davranışı ve beslenme iç içe geçmiş birbirini besleyen bir döngü olarak kendini göstermektedir (58).

2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım

Çözüm odaklı terapinin ilk şekli, kısa süreli aile terapisi merkezinde çalışan Steve de Shazer ve Insoo Kim Berg ile ilişkilendirilmiştir (60). Bu araştırmacılar ilk olarak şizofreni tanılı bireylerin aileleri ile iletişimlerini gözlemleyerek araştırdılar ve ailelerde belirli ortak noktaların, etkileşim şekillerinin olduğunu belirlediler (60,61). Buradan yola çıkıp bu düşüncelerini genişleterek, etkileşim şeklinden ortaya çıkan bir çok psikolojik rahatsızlığa açıklama getirmeye çabaladılar. Çözüm odaklı danışmanlar, fazla denilebilecek boyutta iyimserlerdir (61). Gerçeğin oluşturulmasında ve dile dökülmesinde ifade gücüne inanmaktadırlar ve bundan dolayı da onlar için mutlak gerçek diye bir şey yoktur (60,61). Milton Ericson'nun araştırmaları ve MRI (iletişim ağırlıklı psikoterapi) yaklaşımın ikiside harmanlayarak yapıcı bir kuram meydana getirmişlerdir. Bu kuramda bireylerin kendi gerçeklerinin olduğu ve bu gerçekleri kendi iç dünyalarında oluşturdukları, eğer bir sorun ortadaysa bunun tekrar gözden geçirilip

yapıcı bir şekilde düzenlenerek çözüme ulaşabileceği varsayılmaktadır (61). Çözüm odaklı danışmanlar, danışman ve danışanların işbirlikçi ortamı birlikte yaratabileceğine inanırlar. Bu da danışmanların ve danışanların kendi hayatlarına farklı bir bakış açısıyla görmelerini sağlamaktadır, yeni oluşturdukları bu bakış açısının da danışanın danışmaya getirdiği sorun için yeni çözümler ortaya koymasına destek sağlar (10). Çözüm odaklı danışmanlar, danışanlarının problemlerini gidermek için kişilerin kendilerinde var olan kaynakların olduğunu ve bu kaynaklar ile onları güçlendirebileceğine inanırlar, danışanların güçlü yanları hatırlatılarak potansiyelini üst düzeyde kullanabileceği bir etkileşim alanı oluştururlar (62). Çözüm odaklı danışmanlar, danışan bireyi müşteri ve sorunu ise şikayet olarak isimlendirmektedir (61,62). Çözüm odaklı yaklaşımda danışan yolculuğunda nereye varacağını bilen ve oraya kavuşmak için kendinde olan kaynak ve motivasyonu bulabileceğine vurgu yapılmıştır (61). Danışman olan kişi yalnızca sorunların çözüme ulaştırılmasında yapılandırma konusunda bilge olduğu için “ işini yapmak üzere kiralanmış kişi” olarak görülmektedir (10). Çözüm odaklı danışmanın yordamı, geleneksel psikoterapi olarak isimlendirilen felsefelerin varsayımlarıyla tezatlık gösterir (61,62). Diğer kuram ve modellerde değişimin güç olduğu öne çıkarılırken, çözüm odaklı yaklaşımıcılara göre sürekli bir değişim olabileceği vurgusu yapılmaktadır (60). Çözüm odaklı yaklaşım bazı varsayımlara dayanır. Bunlar;

- 1- Eğer başarılarla odaklanırsak, yararlı değişimler gerçekleşir. Bu nedenle hatalar ve sorunlara odaklanmak yerine doğru yapılanlara odaklanmalıdır.
- 2- Her sorun yaşanan durumda bu sorunun görünmediği istisnai durumlar vardır. Bu durumlar çözüm için kullanılabilir.
- 3- Küçük değişiklikler büyük değişikliklere yol açabilir
- 4- Herkeste sorunlarını çözme gücü vardır.
- 5- Danışanın amaçları cümlelerle ele alınır.
- 6- Çözüme ulaşmak için danışanın şikayeti hakkında çok fazla bilgi sahibi olmaya ihtiyaç yoktur.
- 7- Çözüm için şikayetin kaynağını bilmek gerekli değildir (8,63,64).

2.4.1. Değişime ve Olasılıklara Odaklanma

İnsanlar, hayatlarında bir değişiklik aradığında yada bir problemin üstesinden gelemeyeceğine inandığında psikolojik destek ararlar (63). Hayatlarında, onları kendileri dışında birinin yardım etmesine gereksinim duyarlar ve yaşamlarında bir eksiklik yada sorunun düzeltilmesi gerektiğini algırlarlar (62,63). Çözüm odaklı danışmanlar danışan

kişinin hayatında nasıl bir değişiklik olursa yaşamı daha anlamlı olur bununla ilgilenirken, diğer sorun odaklı danışmanlar, danışan kişinin yaşadığı problemin etrafındaki örüntüleri, çıkmazları inceler şuan yaşadığı sorunlarla ilişkilendirip altta yatan sorunu ortaya çıkarmaya çalışır (64). Çözüm odaklı danışmanlıkta danışanın getirdiği kadar sorun dinlenir, geçmişi kurcalanmaz onun yerine sorunlarla nasıl baş edebildi, var olan pozitif değişiklikler nedir, bunları açığa çıkartıp, olumlu davranışları artırmaktır. (65). Danışanın anlattığı küçük ve önemsiz gibi düşünülen olumlu değişiklikler ortaya çıkarılıp vurgu yapıldıktan sonra danışanın hayatında dalga etkisi yaparak daha büyük değişimlerin ortaya çıkmasını sağlayabilir (62). Çözüm odaklı yaklaşım ile danışanın hayatlarında var olan ve yaptığı olumlu şeyleri tanımlamak, danışanda iyimserlik oluşturarak gelecek değişimlerin pozitif yönde olmasını artırabilir (60).

2.4.2. Amaçlar ve Tercih Edilen Geleceği Oluşturma

Çözüm odaklı yaklaşım, danışmaya gelenlerin sorunlarından ve olumsuz geçmişlerinden kurtulup istedik çözümlere ve yaşamak istedikleri hayatlara geçmelerine destek olmaktır (60,64). Yaşanılan sorunlar amaçlar oluşturmak için kullanılabilir ve geleceği daha pozitif yaşayabilmek için geçmişten ders çıkarılarak yola devam edilebilir. (62,64). Sorunu getiren kişi küçükken bir travmaya maruz kaldığını ve bunun sonucu oldukça endişeli bir yapıya sahip olduğunu söylüyorsa çözüm odaklı yaklaşım ile danışmanlığa gelerek ne istediği endişeli olmak yerine nasıl olmak istediği, geçmişten ne gibi tecrübeler kazandığı ve bunu geleceğini şekillendirirken nasıl kullanacağı ile ilgilenilir, sorun büyütülmez (65). Böylesi tekrardan yapılandırılmış danışmanlık kısa sürede sorunlara çözüm bulacağı gibi terapötik ortamada yeniden yön verir. Çözüm odaklı yaklaşım ile kurulan töröpatik ilişkide amaçları doğru belirlemek ve olumlu amaca dönüştürmek danışanın amacına yönelmesinde büyük motivasyon sağlar (66). Büyük amaçların gerçekleşebilmesinin küçük amaçlara odaklanmak olduğu belirginleştğinde başarılı olmak kolaylaşır (67). Amacı belirlemek ve amaca yönelik girişimlerde bulunmak sorunların ortaya çıkarılmasından daha güdüleyici bir tecrübe olabilir (66,67). Amaçlara yönelmek gelecekte danışanın yapacaklarını planlamasını ve istedik yönde fırsatlar yakalayabileceği yönde umut aşılarken, sorunlara odaklanmak hiçbir yaptırımı olmadığı gibi kişinin kendini suçlamasına ve geriye gitmesine neden olabilir (60,67). Çözüm odaklı yaklaşımda danışanların belirlediği amaçlar çok doğru gibi gelmese de, danışanları onaylamak, onların istek ve arzularına duyarlı olmak, danışanın gerçek amaçlara yönelmesinde önemlidir (60).

2.4.3. Güçlü Yanları ve Kaynakları İnşa Etme

Danışan kişilerin yapamadıklarına değil yapabildiklerine, az yetenekli olduğu alanlara değil becerili oldukları alana, güçlü, yeterli oldukları ve kaynaklarını kullanabildiği yönleri odaklanmak çözüm odaklı yaklaşımın temel felsefesidir (24,60). Danışanların yaşamlarında başından geçen olaylar sorunlar inkar edilmez bunların varlığı kabul edilir, bu yaşamsal krizlerin üstesinden gelmek için danışanın güçlü yanları kullanılır ve bu yaklaşımda değişimi başlatmak için odaklanılan temel ilkelerdendir (63). Çözüm odaklı yaklaşımda kişiler kendi hayatlarında istedik yönde değişimi gerçekleştirebiliyorlarsa, bunu güçlü yanlarına bağlı kaynaklar sayesinde başardığını savunur (66). İstenen sonuç danışanın kendi hareketinden, başarısından, öz güveninden, güçlü yanından ve kaynaklarından ortaya çıkar (8). Danışana ailesinin bile verdiği destek kişi bunu istiyorsa işe yarayacaktır aksi takdirde bu destek kişiye yararlı olmayacaktır (9). Psikolojik destek alan danışanın yardımı istemesi işbirlikçi tutum sergilemesi sonucu yarar görecektir, kişinin isteği dışında verilen yardım işe yaramayacaktır (8,9). Bundan dolayı danışan kişinin güçlü yanlarını görmek onun onayını almak beklenti ve isteklerini doğru tespit etmek kişiye yararı dokunacak en iyi stratejidir (10). İlâveten danışanın güçlü yanlarını keşfetmek olumlu işbirliği yapabilmede önemli bir adımdır (66). Psikolojik destek veren kişiler danışanlarının sorunlarına, yetersizliklerine ön plana çıkarılırsa, danışanlar inkar ve kendini savunmaya geçeceklerdir, direnç gelişecektir yada olayı kabul edip kendi benlik saygıları zarar görecektir, kendi çözümlerini bulamayacak kadar kendilerini yetersiz hissedeceklerdir (64). Danışmanlar her kişide kendi sorunlarını çözebilecek potansiyel olduğu yaklaşımını benimsediklerinde danışanlarla daha yapıcı bir ilişki içine girecektir, bu durum danışanın kendi güçlü yanlarını bulmaları kolaylaştırarak pozitif işbirliği kurulmasını sağlayacaktır (61,62).

2.4.3.1. Yeniden Çerçevlendirme

Çözüm odaklı yaklaşım, sorunları farklı bir bakış açısıyla tekrardan şekillendirebilmektir. Çözüm odaklı yaklaşımda gaye, çözüm sunabilmek için problemlere yeniden tanımlamaktır (61, 68). Problemin yeniden adlandırılması danışanın problemi tutmasını engelleyebilir yada içerisinde saklı kalmış güçlü bir yanı keşfetmesini sağlayabilir. Var olan olay değişik bir bakış açısıyla sunulduğunda çözümü görmek daha kolay olabilir (62). Bu bakış açısı Milton Erickson'nun fayda ilkesi ile paralellik göstermektedir. O'Hanlon veWeiner- Davies' in belirttiği gibi;

“Ericson bu bakış açısıyla danışmanın, terapinin bir parçası olarak iyi bir organik bahçıvan gibi danışanın sunduğu her şeyi (ayrık otlar bile olsa) kullanması gerektiğini ifade etmektedir. “Direnç” semptomlarının “ayrıkları”, katı inançlar, kompulsif davranışlar vb. temel unsurlar olarak dikkate alınmalı ve aktif bir şekilde çözümün bir parçası olarak kullanılmalıdır” (60,61,62)

Çözüm odaklı yaklaşımda kullanılan yeniden çerçevelendirme bir çok farklı kuram ve modelde (aile terapisi, sorun terapisi) kullanılmaktadır (60). Problemler yeniden adlandırılmak için farklı teknikler kullanılabilir (69). Yeniden çerçevelenmede önemli olan danışanın mantığına uygun tanımlamayı yapabilmektir (67). Önerilen yeniden çerçevelendirme danışanın konuşmalarından sorun belirttiği alanları özenle dinleyip gelgit yaşadığı kısımlar ortaya çıkarılmalıdır. Yeniden çerçevelenmede danışanın kullandığı dil ve deyimler yeniden yapılandırıldığında yararlı olacaktır (70). En olumlu yeniden çerçevelendirmeler, danışanın sorun yaşadığı alanlarla ilgili konuları keşfedip, danışanın kaynakları ön plana çıkarılarak güçlü yanlarını, görülmemiş bakış açısını ortaya koymaktır (61). Tolstoy’un dediği gibi; “Mutluluk yaşadığın hayat tarzında değil, hayata bakış tarzındadır”.

2.4.4. İyi Olanın Ne Olduğu ve İşe Yarayanın Araştırılması

Çözüm odaklı danışmanlar, öncelikle danışanların hayatlarında ne iyi, neler işe yarıyor işleyen şeyler ne sorularının yanıtlarını öncelikle araştırırlar (60,68). Danışmanlar, danışanların sorunlarla boğuşurken üstesinden nasıl gelebildiklerini, yeteneklerini, başarılarını keşfetmek isterler. Bu sayede danışmanlar, danışanların pozitif yanlarını ortaya çıkarırken onun güçlü ve sorunla baş edilebilir kaynaklarının var olduğu varsayımıyla dinlerler (64,65). Çözüm odaklı yaklaşımda danışanı dinleme stili diğer yaklaşımlardan oldukça farklıdır (67). Danışanın yeteneklerine, becerilerine, güçlü yanlarına, başarılarına odaklanmak iyi bir terapötik ilişkiyi sağlayacaktır. Bu terapötik ortamda danışan kendini daha iyi ifade edebilecektir ve danışmanda onun kaynaklarını daha çabuk tanımlayıp, danışanın kullanabilmesi için yol gösterici olabilecektir (65). Çözüm odaklı yaklaşımın klasik yapılandırmasında olumlu ortamı ve danışanın kendine olan inancını artırabilmek için özellikle seansın sonunda yapıcı övgülerde bulunmak önemlidir (66). Yine de bazı danışanlar tarafından danışmanın verdiği övgü zorlama ve yapmacık olarak algılanabildiğinden övgü verilirken özenli ve ihtiyatlı tutum sergilemede yarar vardır (69).

2.4.5. Saygılı Şekilde İlgilenme

Kişiye odaklı danışmanlar, terapötik ortam ve değişimin sağlanması için üç temel unsurun ortamı yumuşatmada önem arz ettiğini vurgularlar (8). Bunlar, samimi olmak, önyargısız saygılı olmak/kabul etmek ve empatik iletişimidir. Çözüm odaklı yaklaşımda bu üç temel unsurun üzerine saygılı bir şekilde ilgilenme eklenmesi sorunların çözümlenmesinde yol gösterici olacaktır (63). Çözüm odaklı yaklaşımda sorunlar danışandan ayrı tutularak danışan dinlenir, danışanın hayattan beklentileri, amaçları, umutları, çözmek istediği sorunlarını araştırılır ve danışman bu problemler içinde gizli kalmış kaynak ve güçlü yönleri bulmaya çalışarak, danışana yardımcı olmaya çalışır (60,63). Bu aşama “gizli bir hazinenin araştırılmasına” benzerdir (9). Danışman danışanın gizli kalmış hazinelerini araştırır ve yeterliliklerini, kaynaklarını bulduğunda danışanla birlikte gerçek amaçları başarabilmesi için danışanı yüreklendirir (71). Danışmanın bu empatik ortama hangi davranışı getirdiği oldukça önemlidir çünkü danışanda bundan etkilenip takip edecektir (69). Danışman sürekli sorunları yakalayıp, hasta olan yerlere vurgu yapıyorsa, danışan bundan etkilenecek, kendinin iyileştirilemez bir hasta olduğuna inanacak direnç geliştirecektir (69). Bunun tersine danışman kendini güçlü yanları görme, olumluyu bulma dedektifi olarak görür ve değişime inanırsa, danışanda bunu rehber alacaktır. (69,71). Danışman liderlik yaparak sorunların olduğu yerlerde çözümlerinde var olduğunu gösterirse, yargılayıcı olmak yerine danışanın iyi olduğu alanlar takdir edilirse, danışanın sağlıklı bir yönelimde bulunmasına yardımcı olabilecektir (64,69).

2.4.5.1. Etkili Sorular

Çözüm odaklı danışmanlar, danışanlarına yapıcı sorular cevabının danışman tarafından bilinmeyeceği sorular yönelterek, saygılı bir şekilde ilgilendiklerini gösterirler. Kaç yıldır bu sorunla yaşıyorsun demek yerine, bu sorun olmasaydı yaşamın nasıl olurdu? şeklinde sorularla daha olumluyu düşünmesi teşvik edilir. Sorular çözüm odaklı yaklaşımda en önemli girişimlerdir; danışanın var olan kaynaklarına, güçlü yanlarına, daha etkin olduğu zamanlara, amaçlarına vurgu yapılır (68). Yöneltilen sorular bir bilgiyi anlamak, öğrenmek için kullanılmaz, danışanın deneyimlediği, tecrübe ettiği, sonucunda başarılar elde ettiği düşünceleri açığa çıkarmak için kullanılır (68,69). Danışanı etkileyen sorularla danışanın bile kendinde fark etmediği özellikleri, yetenekleri, çözümleri saptanabilir. Etkili sorular; amaç belirleme soruları, mucize sorular, istisna soruları, başa çıkma soruları, derecelendirme soruları olmak üzere beşe ayrılır (60).

2.4.5.1.1. Amaç Belirleme Soruları

Danışan odaklı ve gerçekleştirilebilir amaçlar kısa süreli yaklaşımın ana ögesidir (60). Belirgin ve açık olmayan amaçlar, başarımın önünde engel olabilir ve terapinin uzun süreli devam etmesini ortaya çıkarabilir (60,61). Çözüm odaklı yaklaşım da önce sorun belirlenir ve bu yolla amaca doğru ilerlenir (68). Problem ortaya konulmasında asıl neden amaçları tanımlamak ve detayları görünür hale getirebilmektir. Amaçlar belirgin olması hedefe ulaşmayı kolaylaştırır (60). İlâveten sorularla danışanın yaptığı aynı şeyi nasıl farklı şekilde ortaya koyabileceği konusunda düşünme, anlama fırsatı verir, bu sayede amaçlarının daha ulaşılabilir olduğunu fark edebilir. Tabi amacı belirleyebilmek hiç de kolay değildir (61). Terapiye gelen kişiler olumsuz odaklıdır ve sürekli negatif olayları anlatmaya meyillilerdir, ne istediğini sorduğunda, çoğunlukla ne istemediğini anlatırlar, örneğin kaygılı olmayı istememeleri gibi fakat ne istedikleri konusunda net değillerdir (62). Danışanlar bir problem ve olaydan bahsederken çoğunlukla dışarda ki kişilerin/olayların buna sebep olduğunu ve düzelmesi gereken onların olduğunu belirtebilirler, amaç belirtirken karşıdaki olay ve kişinin düzeltilmesi değil, bu değişim olsaydı kendisinde ne olmasını isterdi bunun üzerine amaç belirlenmelidir (61,62). Bu süreçler oldukça zaman alabilir belki seansın ortaları yada sonu, önemli olan gerçekleştirilebilir, ulaşılabilir amaçlar belirleyebilmektir (62).

2.4.5.1.2. Mucize Sorular

Mucize soru ile çözüm odaklı yaklaşımda istendik, güdüleyici bir resim oluşturularak istenilen amacı detaylandırmak, netleştirmek, görünür hale getirmek için kullanılması önerilir (68). Mucize soru ayrıntılı anlatılacağı gibi standart kalıbı şöyledir; “ Gece sen uyurken bir mucize gerçekleştiğini ve seni terapiye getiren tüm sorunların tamamen kaybolduğunu hayal et. Ancak sen uyuduğun için mucizenin gerçekleştiğinden haberdar değilsin. Sabah kalktığında mucizenin gerçekleştiğini bir şeylerin değiştiğini gösteren ilk işaret ne olurdu yada nerden anlarsın.” (60)

Mucize meydana geldiğinde nelerin değişmiş olacağını ince ayrıntılarıyla anlatması için ne hissettiği neler duyduğu, gördüğü, etrafında neler olduğu, diğer aile üye veya arkadaşlarının bu değişimi nasıl anladıkları ayrıntılı sorulur. Mucize soru çözüm odaklı yaklaşımın ana ögesidir ve genellikle başlangıç oturumlarında kullanılabilir. Mucize sorular sorunun çözümünde neler olacağını hayal etmesi, nelerin değişeceğini fark etmesi, gerçek resmi görmesi, başarıyı hissetme sonucu gerekli motivasyonun sağlanmasını sunar (63).

2.4.5.1.3. İstisna Soruları

Çözüm odaklı yaklaşımın odağında sorunlarla ilgili çoğunlukla istisnai durumların var olduğuna inanılır (60,63). Sorunun örüntüleri her zaman sürekli ve farklı zaman dilimlerinde aynı değildir. Çoğu zaman sorunun görülmediği ya da az olduğu zaman ve durumlar olduğu varsayılır. Gerçekte bir problemin varlığını anlayabilmek için o problemin hiç görülmediği yada daha az görüldüğü durumla karşılaştırılarak problemin varlığı tespit edilebilir, hayat neşem hiç yok diyen birinin neşeli olduğu zamanlarla kıyaslayıp şu an yaşadığı sorunu tespit edebilmesi, problemsiz olduğu günlerin var olduğunu göstermektedir (63). Problemin olmadığı istisnai durumlar görmezden gelinir, unutulur yada tesadüf olarak gerçekleşmiş olduğu düşünülür. Çözüm odaklı yaklaşımı kullanan danışmanlar istisnaların sorunları çözmeye anahtar özellikte olduğuna inanırlar (64). İstisnalar ile danışanların hayatlarında tecrübe ettikleri küçük çözüm örneklerini göstermeyi ve danışanların aslında hali hazırda kullandıkları kaynaklarını açığa çıkarmanın önünü açarlar. İstisnalar, sorunların içerisindeki parıltılar gibi görülebilir. (64,65). Bu parıltılı istisnalar tanımlanır, anlamlandırılır, tekrarlanır ve çoğaltılırsa, sorunun yok olmasının önünü açabilir (65).

2.4.5.1.4. Başa Çıkma Soruları

Çözüm odaklı yaklaşım, danışanın kendisine yetebilmesini öne çıkarır. Danışan sorunlarının var olmasına rağmen kendine yetebilmesi, hayatlarına devam etmelerini sağlayan kaynak ve güçlü yanlarına kavuşabilirler (60,65,68). Bu güçlü taraflar çoğunlukla ihmal edilir yada nasıl ulaşılacağı bilinemez, bu güçlü yanlar ortaya çıkarılabilirse sadece gündemdeki problemi çözmekle kalmaz daha sonra oluşabilecek kriz durumlarında da kaynak deposu olarak kullanılabilirler. Başa çıkma soruları değişime inanmayan ve bu konuda negatif olan istisnaları görmemekte ısrarcı olan ve çözümü kendileri dışında arayanlarda özellikle fayda sağlamaktadır (65). Başa çıkma sorularıyla danışanın sorununun gerçekten zor aşılması güç olduğunu ama bununla başa çıkmayı nasıl başarabildiğini, neler yaptığını, bu durumu nasıl yönettiğini vurgu yapmaktadır. Böylece danışman danışanın büyük sorunları olmasına rağmen bu durumla baş edebildiği pozitif taraflar bulunduğuna danışana fark ettirir (65,66).

2.4.5.1.5. Derecelendirme Soruları

Bazen belirlenen amaçlar zor, çok büyük, tek seferde baş edilemez gibi gelebilir (60,66). Bu durumda derecelendirme soruları amacı net gösterebilmek yönetebilmek ve

yakın zamanda gerçekleştirilebilecek küçük parçalara bölünebilmesi için fırsat sunar (66). İlâveten derecelendirme soruları her bir adımda kaydettiği ilerlemeyi göstererek motivasyon sağlar, bu motivasyonda danışanı çözüm bulmayı sağlayan becerilerini, güçlü yanlarını, yaratıcılığını sunmayı kolaylaştırır (66,67). Derecelendirme soruları farklı şekillerde kullanılabilir ve çözüm odaklı yaklaşımda oldukça kullanışlı yöntemlerdendir (66). Danışana güven sağlayan derecelendirme soruları, danışanın hedefine ne ölçüde uzak yada yakın olduğunu göstererek değişim için motive eder. (66,67).

2.4.6. İş Birliği ve Birliktelik Oluşturma

Çözüm odaklı yaklaşımda birliktelik oluşturma esas bir öneme sahiptir (9). Danışman hali hazırda danışanla iş birliği yapmak niyetiyle başlar ve bu sürecin devam etmesi için arayış içerisindedir (62). Çatışma olan bir ilişkide her zaman direnç olduğu varsayılmaz. Shazer'in "Direncin Ölümü" adlı araştırmasında direnci iş birliği sağlamayı engelleyen bir kavram olarak görmüştür (60). Diğer taraftan direnç terapötik ortamın oluşmasında ortaklaşa bir paylaşma aşaması olarak düşünülebilir (67). Genel olarak danışanın amacının net olmaması, yada danışmanın danışanın iş birliği yolunu bulamamış olmasıyla direnç belirginleşir. Bu örüntünün kırılması için iş birlikçi tutum sergilemek ve farklı bir şeyler denemek danışmanın sorumluluğundadır (68). Karşılaştırma yapmak yerine danışanın kaynakları, işbirlikçi tutumu, güçlü yanları araştırılarak danışanın hedefine nasıl ulaşabileceği incelenerek danışman ve danışan birliktelik oluşturabilir (67). Çözüm odaklı yaklaşımda terapötik diyalog danışman, danışandan kendi pozisyonunu aşağı tutarak, uzman sensin güvenini aşılayarak ve saygılı bir şekilde ilgilenerik mümkündür. Böylece danışmanlar, danışanlarının duygu ve düşüncelerini anlayarak, çözümü daha iyi görebilirler ve hedefe ulaşmak için danışanların yolundan giderler (70).

2.5. Grupla Çözüm Odaklı Yaklaşım

Terapötik ilişkiler değişik yaklaşımlar kullanılan geniş bir kategoride bulunmasına rağmen ortak uzlaşma bireysel ilişkilerden grup uygulamalarının etkili girişim olduğudur. Grupta yer alan danışanlar terapötik bir ilişkide, kişisel katılımcılara göre fazla fayda görmüştür (60). Bu bulgu birçok çalışma ve meta –analizlerle kanıtlanmıştır (61). Terapötik faktörler kendi başlarına etkili olduğu gerçeği doğrudur fakat grupla bu etkinin büyüdüğü doğrulanmıştır (68). Grup üyelerinin ortak tecrübeleri, bir amaca bağlanmak için kullanılabilir, birinin başarısı diğeri tarafından beğeni

olarak denenebilmektedir böylece grup başarısı sağlanabilmektedir (68). İlaveten grup üyelerinin kaynaklarını kullanmak bireysel olarak çalışmaktan daha fazla etkili olmaktadır (69). Grupla çözüm odaklı danışmanlık pozitif odaklanan özelliği ile grup üyelerinin ilişkilerinde birbirlerine rol model olur (10). Grupta oturum sırasında sorun dinlenebilir ama soruna odaklanılmaz, neler yapılabileceği konuşulabilir (60,61). Grup üyeleri birbirinin olumlu davranışlarını, gücünü, istisnalarını belirleyen “dedektifler” rolünü üstlenerek birbirlerinde ki değişimleri gözleyebilirler. Bunun için birbirlerini olumlu veya amaca yönelik bir davranışta bulunurken fark edip gizlice not etme ve grupta açıklama ödevi verilebilir (68). Bunun yerine danışanların birbirlerine verdikleri olumlu geri bildirimlerin altını çizer (69). Danışmanın görevi danışanların kendilerini iyi hissetmelerine katkıda bulunmaktır (68,69).

2.6. Beslenme Davranış Bozukluğunda Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Beslenme davranış bozukluğu çeşitli risk faktörlerinin toplandığı beden ağırlığından başlayıp görünüme dair olumsuz inançların meydana getirdiği duygulanım sorunları ile iç içe geçmiş önemli bir halk sağlığı sorundur (19,49,54). Toplumda en sık görülen mortalite ve morbidite oranı yüksek problemdir. Bu beslenme davranış bozuklukları medikal, ailesel, sosyal ve toplumsal sorunlara yol açan bunun sonucu kişilerin yaşam kalitesini, memnuniyetini, hayat standartlarını düşmesine yol açar (55,57). Beslenme davranış bozukluklarının etiyojisi karmaşıktır, cinsiyet, yaş sosyo-ekonomik durum, aile kökenli mental sorunlar yada ailenin beslenme tarzı, kişilik özellikleri, hormonal, genetik faktörler, kültür, çevre gibi bir çok değişken etkili olabilir (19,33,52). Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde beden imajı bozulma, öz güven kaybı, depresyon, kaygı, stres, obsesif bozukluklar gibi bir çok rahatsızlıkla başa çıkmak zorunda kalabilirler (55,56). Bu sorunlarla başa çıkabilmek için profesyonel desteğe ihtiyaç vardır. Bu noktada insan davranışlarını yakından gözlemleyebilen sosyal, ruhsal ve rehabilite edici rolü olan halk sağlığı hemşireliği yaklaşımının koruyucu sağlık hizmeti sunmada öncü olmasına ihtiyaç vardır (57,63,72). Halk sağlığı hemşiresi insan ve onun davranışlarını yakından gözlemleyebilen çevre, sağlık, hastalık kavramlarını holistik bir bakış açısı ile ele alabilen bir bakım sunabilir (72). Halk sağlığı hemşiresi aynı zamanda birey ve topluma terapötik ilişkiler sunabilen pratik çözümler üretebilen, kişilerin güçlenmesi için çeşitli kuram ve yaklaşımdan yararlanan profesyoneldir (73). Dolayısıyla Halk sağlığı hemşiresi, beslenme davranış bozukluğu görülen bireyleri yada olası riskli

grupları en yakın takip edebilecek, iyileştirici, koruyucu potansiyel gücü olan meslek grubudur. Çözüm odaklı yaklaşımın felsefesi aslında halk sağlığı hemşirelik mesleğinin doğasında vardır, çünkü hemşire bağımlı bakıma, yardıma muhtaç olan kişiyi en iyi yaklaşımla ayağa kaldırmak için çaba harcar, bireylere danışmanlık hizmeti sunar (72,73). Halk sağlığı hemşiresi beslenme davranış bozukluğu sonucu oluşabilecek fiziksel, ruhsal, sosyal desteği sağlayabilir, sorunlar oluşmadan önce bunları saptayabilir ve kişilerin iç kaynaklarını ortaya çıkararak kendilerini güçlendirmelerine yardımcı olarak, çözümler üretebilir (73).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test- son test randomize kontrol gruplu deneme modeli olarak tasarlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma Malatya Yeşilyurt Toplum Sağlığı Merkezine bağlı dört diyetisyen bir aile hekimi, üç hemşire, bir psikolog'un hizmet verdiği, havuz, sauna, fitness salonun bulunduğu Yaşam ve Spor Merkezinde yürütüldü. Araştırma Mayıs 2018 ile Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

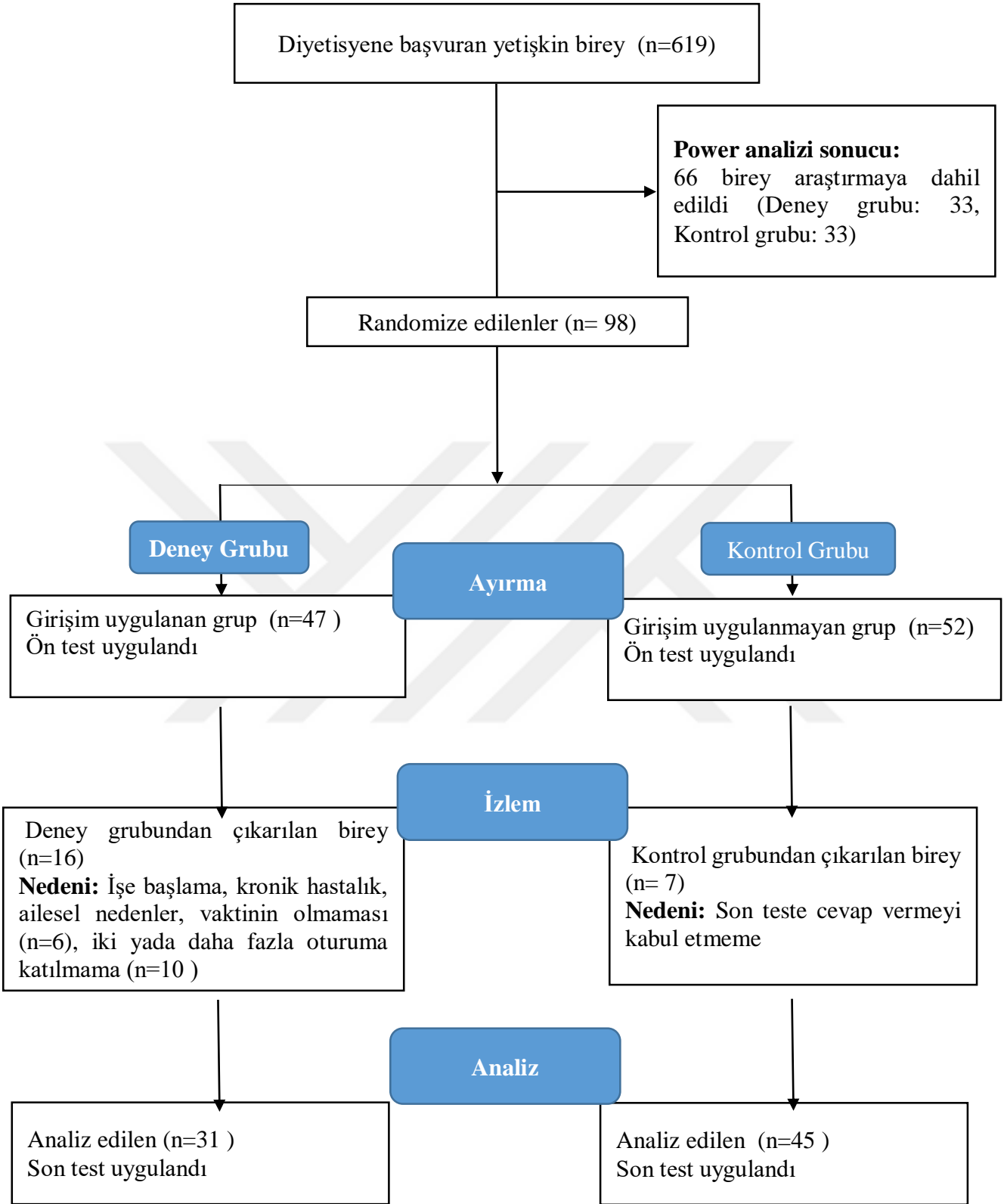
Araştırmanın evrenini Malatya Yeşilyurt Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Yaşam ve Spor Merkezinde diyetisyene başvuran 619 yetişkin birey oluşturdu. Örneklemi ise; örneklem büyüklüğü power analizi %5 yanılğı düzeyi % 80 güç analizi ile her grup için 33 birey, toplam 66 kişi olarak hesaplandı. Bireyler olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile örneklem grubuna seçildi. Bu bireyler basit rastgele örnekleme yöntemi için listelendi ve rastgele sayılar tablosundan 66 birey seçilmesi planlandı. Bireylerin bir deney bir kontrol grubuna olacak şekilde randomize olarak 33 deney, 33 kontrol grubuna alınması planlandı. Ancak araştırmada çeşitli sebeplerden dolayı (işe başlama, kronik hastalık, ailesel nedenler, vaktinin olmaması) deney grubu toplam 31 kişi ile tamamlandı. Kontrol grubu ise araştırmacının gayreti ile toplam 45 kişi ile araştırma tamamlandı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- *İletişim probleminin olmaması
- * Kişinin beslenme davranışını düzeltmek için yardım arayışında olması
- *Yetişkin birey olması (25 yaş ve üstü)

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- *Patolojik, klinik boyutta tanıli beslenme bozukluğunun olması
- *Okuryazar olmaması
- *İkiden fazla oturuma katılmaması



Şekil 3.3.1. Akış Diyagramı

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren tanıtıcı bilgi formu, Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışı Ölçeği II ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanıldı (EK-1-2-3).

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan tanıtıcı bilgi formu; kişinin yaşını, cinsiyetini, boyunu, kalça ve bel boyutunu, ağırlığını, medeni durumunu, eğitim düzeyini, çalışma durumu, mesleği, ortalama geliri, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, kendi bedenini nasıl algıladığını, günlük tükettiği ana ve ara öğünlerin sayısını, öğün atlama durumunu, beslenme alışkanlığını, stres durumunda iştah değişimini, egzersiz yapma durumunu sorgulayan 19 sorudan oluştu (2,3,4,5,11,12) (EK-2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu Enstrüman, Walker ve ark. (1987) geliştirmiştir, 1996 senesinde gözden geçirilerek revizyonu sağlanmıştır (Walker ve ark., 1996). 2008 yılında Bahar ve arkadaşları Türkçe geçerlik güvenirliğini yapmışlardır. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. 52 ögeden oluşan ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Genel puan toplamı SYBD ortalamasını vermektedir. Her bir alt boyuttaki maddeler toplanarak hesaplanmaktadır. Ölçekte ters hesaplanan madde yoktur. SYBD ölçeği 4'lu likert halinde bulunmaktadır. Hiçbir zaman (1 puan) bazen (2 puan), sık sık (3 puan), düzenli olarak (4 puan) şeklindedir. Ölçek hesaplanmasında minimum 52, Maksimum 208 puan alınmaktadır. SYBD ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.94'dir. (EK-3) (74). Bu araştırmada alpha değeri 0.85 bulundu.

Sürekli Kaygı Envanteri

Spielberger ve ark. (1970) sürekli ve durumluluk kaygı düzeylerini belirlemek için geliştirmişlerdir. Türkçe geçerlik güvenirliğini Öner ve Le Compte (1974-1977) tarafından uyarlanmıştır. Kişinin kaygısını belirlemede kullanılan envanterin her biri 20 ögeden oluşmakta ve öz değerlendirme yapamaya olanak tanımaktadır. (12). Envanter

dörtlü likert şeklindedir ve 41, 6, 7, 10, 13, 16, ve 19 öğeler ters hesaplanmaktadır. Envanterden en az 20 en fazla 80 puan alınabilir. Puan yükseldikçe kaygısında arttığını göstermektedir. Envanterin Cronbach Alpha değeri .83 bulunmuştur (75,76). Bu araştırmada alpha değeri .77 bulundu (EK-4).

3.4.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Haziran 2018- Aralık 2018 tarihleri arasında toplandı. Veriler, Malatya Yeşilyurt Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Yaşam ve Spor Merkezinde bulunan uygun ve yeterli büyüklükte bir odada araştırmacı tarafından toplandı. Veri toplama araçları bireyler tarafından okunarak, cevapların işaretlenmesi yoluyla yaklaşık 25 dakikada tamamlandı. Deney ve kontrol grubuna ön test olarak sosyo-demografik bilgiler içeren tanıtıcı bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimleri davranışı ölçeği, sürekli kaygı envanteri kullanıldı. Deney ve Kontrol grubuna ön test uygulandıktan sonra deney grubuna 8 hafta süren 8 oturum olan çözüm odaklı yaklaşım danışmanlığı verildi, oturum bittikten bir hafta sonra deney ve kontrol grubuna aynı araçlarla son test uygulandı.

3.4.3. Hemşirelik Girişimleri

Çözüm odaklı yaklaşım danışmanlığını uygulayacak olan araştırmacı uygulamaya başlamadan önce çözüm odaklı yaklaşım modül-I 20 saat, modül-II 8 saatlik ilgili alanda eğitim aldı (EK-8, EK-9). Araştırmacı tarafından araştırmada diyetisyene başvuran bireylerin dosyaları incelenerek, bireylere ait bilgiler kriterlere uygunluk yönünden değerlendirildi.

Hazırlık Oturumu

Kriterlere uygun olanlar, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra eğitim odalarına davet edilerek hazırlık oturumu yapıldı. Bu oturumda, bireylere çalışmanın amacı ve önemi, danışmanlık programının içeriği, süresi anlatılarak, hastaların programdan beklentileri öğrenildi. Hazırlık oturumu sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla, ilk oturum için gün/saat belirlendi, telefonla çağrıldı.

Deney Grubuna Uygulanan Hemşirelik Girişimi

Deney Grubunda ki bireylere ön test uygulandı (tanıtıcı bilgi formu, ölçekler) bir hafta sonra yaklaşık 8 hafta (1 hafta aralıklarla) süren çözüm odaklı yaklaşım

doğrultusunda sağlıklı yaşam biçim davranışı ve kaygı ile ilgili danışmanlık verildi, kişi kendi beslenme davranışına yönelik sağlıklı çözüm ve kararlar almaya başladığında danışmanlık hizmeti bitirilip, aynı araçlarla son test uygulandı (Tablo 1). Grup danışmanlığı şeklinde düzenlenen danışmanlık eğitiminde 5 grup oluşturuldu her bir grupta en fazla 8 kişi en az 5 kişi bulundu, her hafta danışan kişilerin uygun olduğu haftanın iki günü, birinci gününde 08:30, 11:00, 14:00, 16:30'da, ikinci gününde 08:30'da danışmanlık verildi. Çözüm odaklı yaklaşım teknikleri kullanılarak interaktif bir iletişim sağlandı. Kendilerini ifade etmeleri ve farkındalıklarını artırmak için haftalık ev ödevleri verildi. Her bir oturum yaklaşık 90 dk sürdü 45 dakika sonra 10 dakikalık bir ara verildi. Araştırma verileri ve hemşirelik girişimleri Haziran ayında toplanmaya başlandı, Aralık 2018'e kadar sürdü.

Kontrol Grubuna uygulanan Hemşirelik Girişimi

Kontrol grubuna ise ön test ve son test aynı araçlarla (tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler) deney grubu ile eş zamanda uygulandı, herhangi bir girişimde bulunulmadı.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı Değişken:** Bireylerde sağlıklı yaşam biçim davranışı, sürekli kaygı envanteri
- **Bağımsız Değişken:** Bireylere verilen çözüm odaklı yaklaşım uygulaması
- **Kontrol Değişkenleri:** Bireylerin yaşı, cinsiyeti, boyu, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, ortalama geliri, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, streste iştah durumu

Tablo 3.5.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubunun Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=45)		Test ve Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	25	80,6	34	75,6	X ² =.274 p= .601
Erkek	6	19,4	11	24,4	
Eğitim Düzeyi					
İlköğretim	4	12,9	18	40,0	X ² =10.36 p= .016
Ortaöğretim	2	6,5	6	13,3	
Lise	10	32,3	12	26,7	
Üniversite yada üzeri	15	48,4	9	20,0	
Medeni Durum					
Evli	22	71,0	43	95,6	X ² =8.96 p= .003
Bekar	9	29,0	2	4,4	
Çalışma Durumu					
Evet	8	25,8	14	31,1	X ² =.251 p=.616
Hayır	23	74,2	31	68,9	
Mesleği					
Ev Hanımı	21	67,7	27	60,0	X ² =3.954 p=.297
Esnaf	2	6,5	6	13,3	
İşçi	1	3,2	6	13,3	
Memur	7	22,6	6	13,3	
Streste İştah Durumu					
Artar	25	80,6	26	57,8	X ² =4.35 p=.113
Azalıır	3	9,7	9	20,0	
Değişmez	3	9,7	10	22,2	
	X±SS		X±SS		
Yaş	40.74±9.76		46.13±1.24		X ² =38.94 p= .297
Boy	1.64±8.19		162.4±10.72		X ² = 22.80 p= .422
Ortalama Gelir	3790.32±1707.50		3951.11±2301.24		X ² =22.27 p= .101
Çocuk Sayısı	1.83±1.36		2.28±1.16		X ² =7.81 p= .167

Kontrol değişkenleri açısından eğitim ve medeni durum hariç gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farkın olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 3.5.1.). Deney ve kontrol grubu arasında eğitim ve medeni durum hariç fark bulunamadığından belirtilen değişkenler açısından iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin SPSS 22 programına göre istatistiksel analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde kullanılan uygulamalar tablo 3.6.1’de verilmiştir.

Tablo 3.6.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan istatistiksel yöntemler
<ul style="list-style-type: none">• Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	-Ki kare, t-testi
<ul style="list-style-type: none">• Bireyleri tanıtıcı özelliklerine göre analizi	-Sayı, yüzdeler, ortalama, standart sapma
<ul style="list-style-type: none">• Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	-Bağımsız gruplarda t testi
<ul style="list-style-type: none">• Deney ve kontrol gruplarının çözüm odaklı yaklaşım öncesi ve sonrası ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	-Bağımlı gruplarda t testi

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan 2018/12-17 karar no'lu etik onay (EK-8) ve Sağlık Bakanlığı Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden 92852811-771 sayılı izin alınmıştır. Helsinki bildirgesine uyularak araştırma tamamlanmıştır. Deney ve Kontrol grubundaki kişilerden yazılı onam alındı. Kontrol grubuna deney grubunun girişimi bittikten sonra aynı girişim uygulanması teklif edildi, fakat yeterli katılımcı sağlanamadığından grup oluşturulamadı dolayısıyla kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmadı.

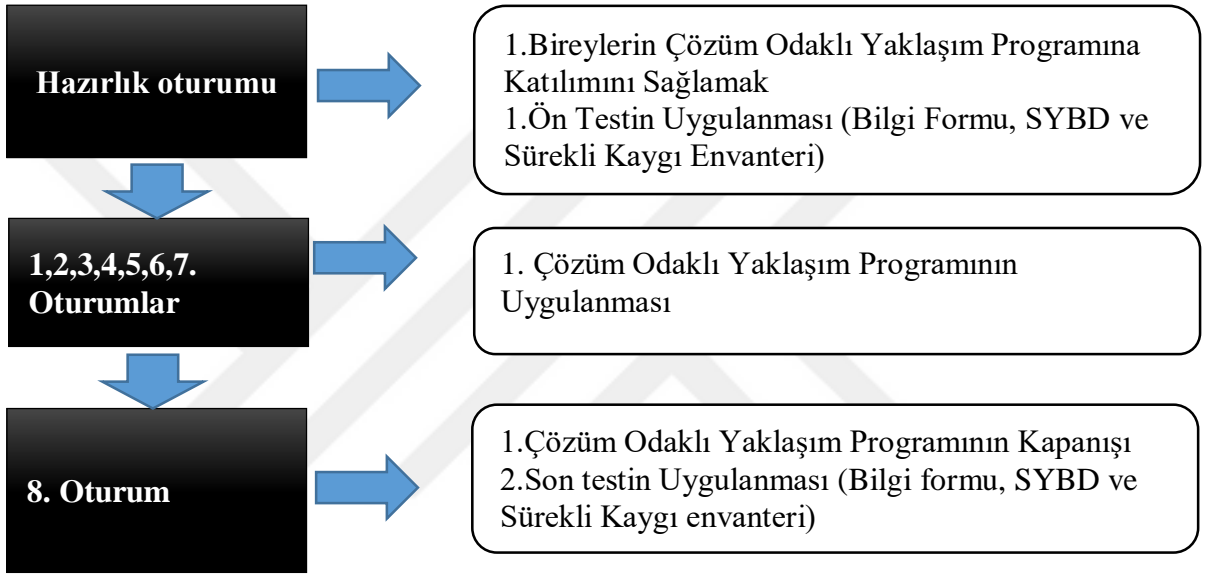
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmanın yürütüldüğü yere kişilerin sürekli gelme zorunluluğu olmadığından ve araştırma sekiz hafta sürdüğü için veri kaybına uğraması, erkeklerin çoğunlukla mesai saatlerinde çalışıyor olmaları dolayısıyla erkek katılımcının az olması, deney ve kontrol grubunda eğitim durumu ve medeni durumun farklı olması, son test ölçümünün bir kez uygulanması, gönüllülük esas olduğundan grup sayılarının eşit olmaması, bazı grup üyeleri arasında sinerjinin yakalanamaması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırma sonucu uygulandığı yerdeki evrene genellenebilir.

3.9 Deney Grubuna Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup

Danışmanlığı Girişimi

Araştırma girişiminde ilk haftalar grup dinamiği oluşturuldu, sonraki haftalarda çözüm odaklı yaklaşım girişimi uygulandı, kişilerin kendi iç ve dış kaynaklarını kullanarak güçlendirme yapıldı, amaçlar belirlendi, kişiler kendi çözümlerini gördüklerinde program sonlandırıldı. Araştırma girişiminde uygulanan çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığı programı



Şekil 3.9.1. Deney Grubuna Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Danışmanlığı Programı Uygulama Planı

Tablo 3.9.1. Çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığı programı

1.Oturum	Hedef: <ul style="list-style-type: none">Tanışma ve grup bilinci oluşturma Gündem: <ul style="list-style-type: none">Grup danışmanı kendini ayrıntılı bir şekilde tanıtır, beslenme davranış sorunlarını nasıl sağlıklı bir biçime dönüştürebileceklerini ve buna sebep olan etmenlerin (kaygı gibi) çözümünü beraber bulmak için orada bulunduğunu ifade eder.
----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Bu sürecin yaklaşık kaç hafta süreceğini, düzenli katılmalarının çözüme ulaşmak için kaçınılmaz olduğunu ifade eder. • Danışman grup üyelerinin kendilerini tanıtmalarını ister, grup üyelerinin konuşması bittikten sonra yanında oturan kişinin yapmaktan hoşlandığı şeyleri sorarak tanışmaları için teşvik eder, böylece kalıcı bilgiler edinmesini de sağlamış olur. • Grup üyelerinin birbirlerini daha ayrıntılı tanımaları ve grup dinamiği sağlamak için etkinlik (Projeksiyon yardımı ile bazı ağaç çeşitleri gösterilir, bir ağaç olsalardı hangi ağacı olmak isterlerdi diye sorulup aynı ağacı seçenler bir araya getirilir ve o ağacı neden seçtikleri birbirleriyle konuşmaları istenir. Daha sonra grup sözcüleri seçilerek grubun bütün üyeleri ile bunu paylaşması istenir). • Danışman, grup üyelerine gruba katılmakla orada bulunmakla aslında değişimin başladığını ifade eder (Tebrik ederek grubu alkışlar grubu, kendilerini alkışlamalarını ister) (Jony Sharry: “sizin gruba katılma kararınız ile bugün buraya gelmeniz arasında birçok olumlu değişiklik gerçekleşmiş olabilir. İnsanların bunun gibi bir gruba gelmeden önce sorunlarını çözmek için yaptıkları çalışmalardan hep etkilendim. Bu yüzden oturuma başlarken hangi değişimlerin gerçekleştiğini veya hangi olumlu olayların tekrar gerçekleşmesini istediğinizi bilmek isterim”) • Az da olsa sağlıklı yaşamak ve kaygıdan uzak durmak için bir sonraki oturuma kadar neler yaptıklarını not etmeleri ve bu notun yanında getirmeleri istenir. • Orada buldukları için kendilerinde var olan yüksek azim, bilinç düzeyi hatırlatılıp değişime hazır oldukları vurgulanarak oturum sonlandırılır.
2.Oturum	<p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Çözüm Odaklı Yaklaşım Giriş Deneyimi • Çözüm Odaklı Yaklaşım – Temel Varsayımlar – Bilgi Aktarımı • Kişinin resmini görme, Hak verme, Duygu aktarımı

- İç kaynak ve başarılarını fark ettirme

Gündem

- Bu hafta daha iyiye giden ne vardı? Şeklinde soru yönelterek pozitif değişikliklere dikkat çekilir.
- Grup üyelerinin resmi görmeye çalışılır (Buraya gelene kadar şu an içinde olduğunuz bir yaşam stili seçtiniz. Böyle bir yaşam stilinde yaşadığınıza göre iyi bir nedeniniz olmalı biraz yaşam stilini bana anlatır mısınız? (gönüllü seçilerek söz hakkı verilir) Eğer bir sorundan bahsediyorsa diğer grup üyelerine sorulur benzer durumda olan var mı nasıl baş etmeyi başarıyorsunuz?)
- Gerçek merak, danışanın dilinde konuşma, güçlü yanları ve iç kaynakları kullanma (Sizi buraya getiren ve ortadan kaldırmayı düşündüğünüz şey nedir? Neyi başarsaydınız buraya gelmeyi bırakırdınız?)
- Olumlu değişimlerin olup olmadığını sorgulama, varsa vurgulama (Geçen oturumda ödev verdim ama onu konuşmadan önce benzer olarak hayatında azda olsa kendiniz için sağlıklı bir yaşam sürmek ve varsa sizleri koruma mekanizması olan stres, kaygı, depresyonu baş etmek için şunu yaptım dediğiniz ne oldu? (yanında ki arkadaşla paylaşması istenir)
- Hatalar ve sorunlara odaklanmak yerine grubun doğru yaptıkları davranışa odaklanma. (Danışman grup üyelerinin birbirleriyle paylaştıkları konuda baş etme mekanizmalarından hangilerinin hoşuna gittiğini, kendisince kullanılabilir olduğunu söylemesi için teşvik eder, grup üyelerinin diğer üyelerin konuşmalarından beğenmedikleri yada olumsuz buldukları düşünceleri ifade etmemelerini rica eder. Tahtaya yazılır bunlardan soyut olanlar somutlaştırılmaya çalışılır)
- Başarıyı onaylama oyunu (Şimdiye kadar herhangi bir konuda başarmış oldukları bir eylemden dolayı aldıkları üç övgüyü ya da hak ettiklerini düşündükleri üç övgüyü bir kâğıtta yazarak grup liderine verir, kâğıtlar karıştırılır herkes bir kâğıt seçer o övgünün

	<p>kime ait olduğu bulunmaya çalışılır. Övgü sahibi bulunduğu alkışlanır.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eğer gruba iyi giden şeylere odaklanılırsa, yararlı değişimler gerçekleşir vizyonunu güderek grupla iletişime geçmek, iyi giden şeyleri yakalamaya çalışmak. • Küçük değişikliklerin büyük değişikliklere yol açabileceğini anlatmak. • Kişilerden geçmiş, şimdi ve geleceği temsil eden üç farklı renkte halohop halkası seçmesi istenir, ve bu halkalar yere dizerek içine girmesi istenir, aklına gelen düşünceleri ifade etmesi için motive edilir böylece duygularını aktarmış olur, kişinin bu dönemlerde getirdiği problemler varsa, bu engeli kaldırması için ne yapabilirsin diye kişiye sorulur çözümü düşünmesi sağlanır. • Grup üyelerinin birbirlerinde beğendikleri bir şeyler varsa bunun dile getirilmesi istenir yetersizse gruba övgü verilerek grup sonlandırılır. • Bir hafta boyunca daha iyiye giden ne var? Ödevi verilir bunu gözlemleri ve haftaya paylaşmaları istenir.
3.Oturum	<p>Hedef</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amaç belirleme • Bilgi aktarımı- olumsuz amaçlar • “Bilmiyorum” ve imkansız amaçlar • Uygulama <p>Gündem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki oturumdan sonra olumlu giden bir şeyin az da olsa ne olduğunu sorgulamak grup üleriyle paylaşmasını sağlamak • Grubun pozitif amaç edinmesi için orada bulunma amaçları olumlu ifadelerle grup yardımıyla dönüştürülerek tahtaya yazılır. Ortak amaç belirlenir.

	<ul style="list-style-type: none"> • Danışan grup üyeleri ile doğru amaç belirlemesine yardım etmek, amaçların olumlu olmasına amaçlanıp amaçlanmadığı grup üyeleri ile araştırır. • Danışman danışanı çözüm bulmaya nasıl teşvik etti? Danışman çözüm üretmesini sağlamak (bizleri koruyan mekanizmaların (kaygı, stres, gerginlik) etkisini hafifletmek kendimizi güçlendirmek için ne yapabiliriz) • Olumsuz amaçlar, bilmiyorum ve imkansız amaçlar, kelimeler yardımı ile olumlu amaçlara dönüştürmek (-eğer bunun için endişelenmiyorsaydın, ne yapıyor olurdun? – daha mutlu olurdum –daha mutlu olduğumu nerden anlardın? -dışarı daha çok çıkardım (olumlu amaç) – o zaman mutlu olmak için isteğin daha çok dışarı çıkmak yani daha çok dışarı çıkabilirsen mutlu olursun öyle mi?(olumlu çerçeve yapılandı)). • Hayatında ki amaçları olumluya çevirme ödevi, çözüme yönelik olumlu amaç belirleme ödevi bunu grup üyeleri ile bir sonraki oturumda paylaşmak. • Olumsuz duygularını görebilmesi ve olumlu amaçlarla değiştirebilmesi için hayal çalışması yapılır (kişinin gözleri kapatılır, kendisine sıkıntı veren bir olay, duyguyu hayal etmesi istenir, bunu bir objeye dönüştürmesi, bu objenin yumuşatarak bir kile dönüşmesi ve elde edilen kilin kişiyi rahatlatacak bir obje, nesneye dönüştürmesi istenir), sonra kişinin kendisini üzen yada sıkıntı veren duygusunu resmetmesi istenir daha sonra bunun tersi olumlu duygusunu temsil eden bir resim çizmesi istenir, olumlu resmi, olumsuz resmin üstüne yapıştırarak kapatması istenir. Böylece kişinin resmi değişmiş olur (EK-12). • Oturumu övgü ile kapatmak • Bir hafta boyunca daha iyiye giden ne var? Ödevi verilir bunu gözlemleri ve haftaya paylaşmaları istenir.
4.Oturum	<p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yeniden çerçevlendirme ve normalize etme bilgi aktarımı

- Çözüme odaklanmak

Gündem

- Oyun hamuru verilerek istedikleri renk seçtirilip, grup üyelerine olumlu değişim olarak neler gerçekleştiği, ne hissettiklerini temsil eden bir şekil yapmaları istenir, daha sonra bu şeklin ve rengin neyi ifade ettiği sorularak çözümler konuşulur.
- Grup üyelerinin güçlü yönlerini, kaynaklarını, becerilerini vb. fark etmelerini sağlamak (değişen ne var diye sorulur? Cevaba karşılık bu hiç aklıma gelmemişti, bunu başarabildiğine göre sen bu işte gerçekten iyisin gibi motive edici cümleler kurulur).
- Grup üyelerinin işe yarayan çözüm yollarını konuşmak.
- Grup üyelerine geleceği olumlu bir şekilde tasarlayabilme ve geleceğe yönelik çözümler oluşturabilme becerisi kazandırmak.
- Çözüm resimleri, zihin haritalama etkinliği oynanır (grup üyelerine çözümü temsil eden bir sembol resim yada yazı yazması istenir, bu ana sembolü etkileyen veya gösteren anahtar sembolleri çizmesi/yazması ve bunu ana sembolle bağlantısını ağırlıklarına göre göstermesi istenir, daha sonra bu oyun toplu bir şekilde tahtaya yazılarak oynanır, danışman tahtaya sağlıklı cin ayşe yada sağlıklı cin ali çizer böyle olmak için ne yapmalı diye sorar, çözüm yolları yazılır, hangilerini kendileri yaptıkları, yapmadıklarını yapmak için neler yapmaları gerektiği konuşulur)
- Grup üyelerinin sorunlarına dair bakış açısı olumlu yönde değiştirmesi için grup yardımı ile iş birliği yapılır.
- Danışanın konuya ilişkin olumsuz tüm görüşlerini grup üleriyle olumlu görüşe çevirme oyunu oynama
- Tahta kullanılarak olumlu görüşleri, görsel amaca dönüştürme, bu olumlu yeniden çerçvelendirmeyi somut davranışlara dönüştürmek.
- Yeniden çerçvelenen konuya ilişkin, grup üyelerinin içinde ki olumlu davranış düşünce varsayımı bularak birbirlerine övgüde bulunmalarını sağlama.

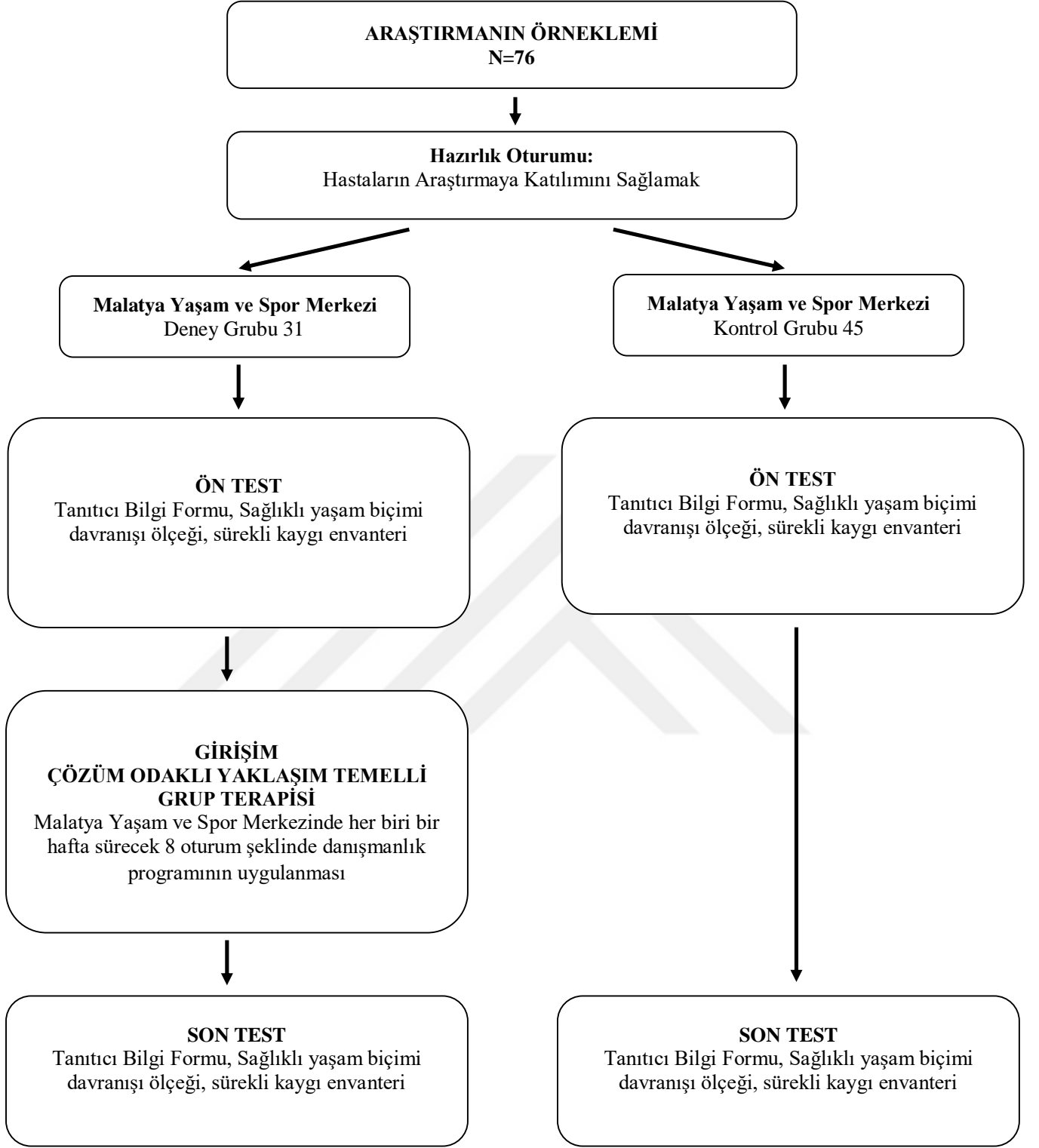
	<ul style="list-style-type: none"> • İyi, olumlu olan ne olduğunun araştırılması ödevi vermek. • Oturumu övgü ile kapatmak
5.Oturum	<p>Hedef :</p> <ul style="list-style-type: none"> • İstisnaları bulma • Mucize sorular • Derecelendirme <p>Gündem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki oturum konuşulur, beğenilen ve beğenilmeyen şeyin ne olduğu araştırılır • Grubun sürekli sorun yaşadığını düşündüğü durumlarda bu sorunun görünmediği istisnai durumları grupla birlikte araştırılır. • İstisnai durumların yaşanıp yaşanmadığını sorgulama, varsa vurgulama • Bu sorunların yaşanmadığı durumları çözüm için kullanabileceğinin farkındalığını sağlamak. Bu istisnai durumları çoğalmanın yollarını arama. • Grubun kendilerinde sorunlarını çözme gücü olduğunu vurgulama, başarılı oldukları alanlara odaklanmak. • Danışanın amaçlarını cümlelerle ele alıp, somut davranışlara dönüştürmek. • Çözüme ulaşmak için danışanın şikayeti üzerinde durmama sadece sorununun ciddiye alındığını fark etmesi için danışanı dinlemek • Grup lideri, grup üyelerine “Mucize soru” tekniği ile sorular sorar (“Gece uyurken bir mucize gerçekleşmiş seni buraya getiren tüm sorunlar yok olmuş. Ancak sen uyuduğun için mucizenin gerçekleştiğini bilmiyorsun. Sabah kalktığında mucizenin gerçekleştiğini ilk nerden anlarsın, başka kimler anlar ne olurdu, ne hissederdin...”). • Grup lideri, grup üyelerinin her birisine bir önceki oturumdaki durumları ile şimdiki durumlarını 0-10 arasında değişen skalada değerlendirebilmeleri için “Derecelendirme soruları” tekniğine dayalı sorular sorar (kendine şu an kaç puan verirdin bu durumda,

	<p>bu puanı kendine neyi düşünerek verdin, gelecek oturumda bir puan yükselmek için ne yapabilirsin?). Cevapları yazı tahtasına yazar. Üyelerden de cevaplarını hatırlamaları için not almalarını ister.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grup lideri, grup üyelerine ev ödevi olarak bir sonraki oturuma kadar bir puan yükselme ödevi verilir. • Grup üyelerinin dikkatini mucizelerini gerçekleştirme olasılığına çekmek ve mucizenin onlarda oluşturabileceği değişimi gözleyebilmeleri için “Mucize olmuş gibi davranmayı” ve “Mucizeyi destekleyici küçük parçalar bulmayı”. <p>b) Bunları not almayı c) Bunları gelecek oturumda paylaşmayı önerir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etrafında gerçekleşen istisnai durumları bulma ödevi verilir. • Oturumu övgü ile kapatılır.
6.Oturum	<p>Hedef :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baş etme kanallarını bulma • Çözüm bulma hakkında bilgi aktarımı • Çözüm kolaylaştırıcı teknikler <p>Gündem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grup lideri, grup üyelerine bir önceki oturumda verdiği ev ödevini kontrol etmeye yönelik sorular sorar. • Derecelendirme de oldukları noktada olmayı nasıl başardıkları, bir sonrakine ne yaparlarsa bir adım daha ilerleyeceklerini sorar ve bunu bir sonraki oturumda bu değişimi sorgulayacağını ifade eder • Grup lideri, grup üyelerini değişim noktasında motive edebilmek için onların kaynaklarına, güçlü yönlerine, becerilerine vb. övgüde bulunur. • Çözüme odaklanma etkinliği (gözlerini kapatır rahat bir yerde olduğunu hayal eder nefesini almasını verişini hisseder, bugün eve gittiğinde onu buraya getiren sorunun tamamen değiştiğini, başardığını hayal etmesini ister ve gözünü açıtırıp neyi başardığını kağıda yazıp arkadaşına vermesini söyler)

	<ul style="list-style-type: none"> • Grup üyeleri birbirinin olumlu davranışlarını, gücünü, istisnalarını belirleyen “dedektifler” rolünü üstlenirler. Bunun için birbirlerini olumlu veya amaca yönelik bir davranışta bulunurken fark edip gizlice not etme ve grupta açıklama ödevi verilebilir. Öte yandan grup üyeleri birbirine övgü vermeleri için zorlanmazlar. Bunun yerine danışman, danışanların birbirlerine verdikleri olumlu geri bildirimlerin altını çizer, övgü ile seansı sonlandırır.
7.Oturum	<p>Hedef :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupta çözüm odaklı yaklaşım • Akran süpervizyonu • Çözüm Odaklı yaklaşımda drama ve paylaşımı <p>Gündem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bir önceki oturumlar ve değişim hakkında konuşulur • Geleceğe yolculuk ve bilge kendinden fikir alması için, öykü anlatılır ve kendine mektup yazması istenir, bu ev ödevi olarak da verilir (kişiler gözlerini kapatır rahat bir yerde olduğunu hayal eder nefesini, alışını, verişini hisseder, olduğu yaştan 20 yaş büyük olması hayal ettirilir ve bilge kendisinden, şimdiki yaşındaki haline, sorunların çözülmesine faydası olacak, kendisine iyi gelecek bir mektup yazması istenir. Derin nefes alıp gözlerini açması istenir) (EK-12). • Grup üyelerinin davranışlarındaki değişimler konuşulur. Grup üyeleri birbirlerinde gördükleri olumlu değişimleri de dile getirirler. • Gruplar yine kendilerini 0-10 skalasında değerlendirmeleri istenir. Değişimler övülür. Danışanlar kendi davranışlarındaki değişikliklerin başkalarının davranışlarını da nasıl etkilediği konuşurlar. • Eğer bir danışanın derecelemesi gerilemiş ise danışanın puanını daha da düşürmemek için göstermiş olduğu çaba övülür, gelecek sefer puanının yükseltebilmek için ne yapabileceği sorulur. • Rol canlandırma etkinliği (Danışan sorununu anlatır, grup üyeleri rol alır önce sorun sonra çözüm için yer değiştirir. Sorunun dıştan bakılması sağlanarak çözüme odaklanılır)

	<ul style="list-style-type: none">• Grup üyelerinin birbirlerinden beklentileri konuşulur.• Övgü ile oturum kapatılır.
8.Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Hedef :• Oturumların değerlendirilmesi ve danışmanlığın sonlandırılması• Son test <p>Gündem</p> <ul style="list-style-type: none">• Bir önceki oturumlar ve değişimler hakkında konuşulur. Olumlu amaçlar, değişimler ve kendilerine neyin iyi geldiği konuşulur, yapabilecekleri gücün içinde olduğuna vurgu yapılır.• Grup üyelerinin gözlerini kapatması istenir, şimdiye kadar geçen günlerde neler yapıldığı, neler başardıkları onlara özetlenir, kendilerinin verimli bir toprak olduklarını hayal etmeleri, içine güçlerini yapabileceklerini temsil eden bir tohum bırakıldığını, tohumu hayallerinde bir ağaca çevirmeleri istenir, daha sonra bu ağaç onlara hediye edilir.• Övgü ile oturum kapatılır.• Ölçekler tekrar uygulanır.

- Ortalama 8 seans danışmanlık verildi ama kişilerin daha fazla terapatik ilişkiye ihtiyacı varsa 10 üzerinde seans verilebilir (11,68).



Şekil 3.9.2. Araştırma Planı

3. BULGULAR

Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığının kaygı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini belirlemek amacıyla ile yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verildi.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (S=31)		Kontrol Grubu (S=45)	
	S	%	S	%
Cinsiyet				
Kadın	25	80.6	34	75.6
Erkek	6	19.4	11	24.4
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	4	12.9	18	40.0
Ortaöğretim	2	6.5	6	13.3
Lise	10	32.3	12	26.7
Üniversite yada üzeri	15	48.4	9	20.0
Medeni durum				
Evli	22	71.0	43	95.6
Bekar	9	29.0	2	4.4
Çalışma durumu				
Evet	8	25.8	14	31.1
Hayır	23	74.2	31	68.9
Meslek				
Ev Hanımı	21	67.7	27	60.0
Esnaf	2	6.5	6	13.3
İşçi	1	3.2	6	13.3
Memur	7	22.6	6	13.3
Kiminle Yaşadığı				
Aile	31	100	45	100

Tablo 4.1’de Deney ve Kontrol grubundaki bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Deney grubundaki bireylerin % 80.6’sı kadın, %48.4’ü üniversite

mezunu, %71'i evli, % 74.2'sinin çalışmadığı, %67.7'si ev hanımı olduğu, %100 ailesi ile yaşadığı saptandı.

Kontrol grubundaki bireylerin ise; %75.6'sı kadın, %40.0'ı ilköğretim mezunu, %95.6'sının evli, %74'sinin çalışmadığı, %60.0'ı ev hanımı olduğu, %100 ailesi ile yaşadığı belirlendi.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Beslenme Davranış Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (S=31)		Kontrol Grubu (S=45)	
	S	%	S	%
Streste İştah Durumu				
Artar	25	80.6	26	57.8
Azalır	3	9.7	9	20.0
Değişmez	3	9.7	10	22.2
Kendi bedenini algılama durumu				
Şişman	21	67.7	28	62.2
Şekilsiz	2	6.5	2	4.4
Normal	1	3.2	12	26.7
Şıman-Çirkin-Şekilsiz	7	22.6	3	6.7
Öğün atlama sebebi				
Öğün atlama yok	7	22.6	15	33.3
İsteği olmamak	9	29.0	21	46.7
Fırsat bulamamak	14	45.2	7	15.6
Kilo almamak	1	3.2	2	4.4
Beslenme alışkanlığı				
Sürekli bir şeyler yerim	12	38.7	12	26.7
Çoğunlukla öğün atlarım	2	6.5	12	26.7
Geceleri atıştırırım	5	16.1	2	4.4
Çoğunlukla aç kalırım	0	0	3	6.7
Sağlıklı/doğal beslenmeye özen gösteririm	1	3.2	7	15.6
Tıkınırcasına yemek yerim	2	6.5	1	2.2
Sürekli ve geceleri atıştırırım	9	29.0	8	17.8

Tablo 4.2'de Deney ve Kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verildi. Deney grubundaki bireylerin %80.6'sının stres durumunda iştahlarının

arttığı, %67.7'sinin kendini şişman olarak algıladığı, %45.2'sinin fırsat bulamadığı için öğün atladığı, %38.7'sinin sürekli bir şeyler atıştırdığı belirlendi.

Kontrol grubunda olan bireylerin %57.8'inin stres durumunda iştahlarının arttığı, %62.2'sinin kendini şişman olarak algıladığı, %46.7'sinin isteği olmadığı için öğün atladığı, %26.7'sinin sürekli bir şeyler atıştırdığı saptandı.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bazı Özelliklerin Puan Ortalaması

	Deney Grubu (S=31)	Kontrol Grubu (S=45)
	X±SS	X±SS
Yaş	40.74±9.76	46.13±10.80
Boy (cm)	1.64±8.19	1.62±10.72
Ağırlık (kg)	86.87±15.60	88.71±16.12
Beden kitle indeksi(BKİ)	31.58±4.52	33,35±4.96
Kalça boyutu (cm)	119.00±9.60	117±10.50
Bel boyutu (cm)	100.00±14.09	101.88±10.81
Gelir	3790.32±1707.50	3951.11±2301.24
Çocuk sayısı	1.83±1.36	2.28±1.16
Tüketilen ana öğün	2.74±0.72	2.48±0.66
Tüketilen ara öğün	4.22±1.68	1.19±2.00
Haftalık egzersiz yapma saati	3.48±4.05	3.68±4.60

Tablo 4.3'de Deney ve Kontrol grubundaki bireylerin bazı tanıttıcı özelliklerinin ortalaması verildi. Deney grubundaki bireylerin ortalamaları açısından bakıldığında; yaşları 40.74±9.76, boyları 1.64±8.19, ağırlıkları 86.87±15.60, beden kitle indeksleri 31.58±4.52, kalça boyutu 119.00±9.60, bel boyutu 100.00±14.09, geliri 3790.32±1707.50, çocuk sayısı 1.83±1.36, tüketilen ana öğün 2.74±0.72, ara öğün 4.22±1.68, haftalık egzersiz yapma saati 3.48±4.05 olarak bulundu.

Kontrol grubundaki bireylerin bazı değişkenlerinin ortalamasına bakıldığında; yaşları 46.13±10.80, boyları 1.62±10.72, ağırlıkları 88.71±16.12, beden kitle indeksleri 33,35±4.96, kalça boyutu 117±10.50, bel boyutu 101.88±10.81, geliri 3951.11±2301.24, çocuk sayısı 2.28±1.16, tüketilen ana öğün 2.48±0.66, ara öğün 1.19±2.00, haftalık egzersiz yapma saati 3.68±4.60 olarak saptandı.

Tablo 4.4. Deney Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön test		Son test		Test ve Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p		
Sürekli Kaygı Ölçeği	48.19±9.00	40.45±9.22	5.58	0.000		
SYBD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları						
Sağlık Sorumluluğu	21.09±4.62	25.22±5.44	-6.66	0.000		
Fiziksel Aktivite	18.12±5.76	22.03±5,95	-6.25	0.000		
Beslenme	22.16±3.79	24.83±4.36	-3.77	0.001		
Manevi Gelişim	24.77±3.99	30.03±4.23	-9.94	0.000		
Kişiler Arası İlişkiler	25.19±4.70	28.77±4.22	-4.94	0.000		
Stres Yönetimi	20.22±8.73	22.19±4.27	-1.44	0.158		
SYBDÖ Toplam puanı	131.58±22.55	153.09±23.17	-7.79	0.000		

Tablo 4.4’de Deney grubundaki bireylerin sürekli kaygı ve sağlıklı yaşam biçim davranışı ölçeği alt boyutları ile toplam puanları ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterildi. Deney grubundaki bireylerin sürekli kaygı ölçeği ön test puan ortalaması 48.19±9.00, son test puan ortalaması ise 40.45±9.22 olarak belirlendi. Deney grubundaki bireylerin son test puan ortalamasının ön teste oranla olumlu yönde azaldığı (kaygı puan ortalamasının düşmesi, kaygının azaldığını göstermektedir) ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$).

Deney grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçim davranışı ölçeği toplam ön test puan ortalaması 131.58±22.25, son test puan ortalaması 153.09±23.17 SYBD ölçeğinin alt boyutlarında ise; Sağlık sorumluluğu alt boyutu ön test puan ortalaması 21.09±4.62, son test puan ortalaması 25.22±5.44, Fiziksel aktivite alt boyutu ön test puan ortalaması 18.12±5.76, son test puan ortalaması 22.03±5,95, beslenme alt boyutu ön test puan

ortalaması 22.16±3.79, son test puan ortalaması 24.83±4.36, manevi gelişim alt boyutu ön test puan ortalaması 24.77±3.99, son test puan ortalaması 30.03±4.23, kişiler arası ilişkiler alt boyutu ön test puan ortalaması 25.19±4.70, son test puan ortalaması 28.77±4.22, stres yönetimi alt boyutu ön test puan ortalaması 20.22±8.73, son test puan ortalaması 22.19±4.27 olduğu ve tüm alt boyutların ve toplam puanlarda son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre olumlu yönde arttığı ve ön-son test puan ortalamaları arasındaki farkın stres yönetimi (p=0.15) hariç tüm alt boyutlarda ve toplam puanlarda istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05).

Tablo 4.5. Kontrol Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön test	Son test	Test ve Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	P
Sürekli Kaygı Ölçeği	45.66±7.84	46.73±8.83	-0.99	0.325
SYBD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları				
Sağlık Sorumluluğu	20.82±6.32	20.06±5.50	-1.55	0.127
Fiziksel Aktivite	16.02±5.75	14.53±5.46	-2.98	0.005
Beslenme	21.08±3.62	20.88±3.61	-0.73	0.467
Manevi Gelişim	27.73±4.89	25.93±4.94	-3.66	0.001
Kişiler Arası İlişkiler	27.75±5.12	25.82±4.95	-2.96	0.005
Stres Yönetimi	19.15±4.35	17.88±3.70	-3.29	0.002
SYBDÖ Toplam puanı	132.57±21.20	125.13±20.20	4.29	0.000

Tablo 4.5'te Kontrol grubundaki bireylerin sürekli kaygı ve sağlıklı yaşam biçim davranışı ölçeği alt boyutları ile toplam puanları ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin ön test sürekli kaygı ölçeği ön test puan ortalaması 45.66±7.84, son test puan ortalaması ise 46.73±8.83 olarak belirlendi. Bireylerin son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına oranla

olumsuz yönde arttığı ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi ($p=0.325$).

Kontrol grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçim davranışı ölçeği toplam ön test puan ortalaması 132.57 ± 21.20 , son test puan ortalaması 125.13 ± 20.20 SYBD ölçeğinin alt boyutlarında ise; Sağlık sorumluluğu alt boyutu ön test puan ortalaması 20.82 ± 6.32 , son test puan ortalaması 20.06 ± 5.50 , Fiziksel aktivite alt boyutu ön test puan ortalaması 16.02 ± 5.75 , son test puan ortalaması 14.53 ± 5.46 , beslenme alt boyutu ön test puan ortalaması 21.08 ± 3.62 , son test puan ortalaması 20.88 ± 3.61 , manevi gelişim alt boyutu ön test puan ortalaması 27.73 ± 4.89 , son test puan ortalaması 25.93 ± 4.94 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu ön test puan ortalaması 27.75 ± 5.12 , son test puan ortalaması 25.82 ± 4.95 , stres yönetimi alt boyutu ön test puan ortalaması 19.15 ± 4.35 , son test puan ortalaması 17.88 ± 3.70 olduğu ve bireylerin tüm son test puan ortalamalarının olumsuz yönde azaldığı ve iki puan arasındaki sağlık sorumluluğu ($p=0.12$) ve beslenme ($p=0.46$) alt boyutları hariç farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve Önemlilik	
	Ön test	Ön test	t	p
	X±SS	X±SS		
Sürekli Kaygı Ölçeği	48.19±9.00	45.66±7,84	1.29	0.19
SYBD Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanları				
Sağlık Sorumluluğu	21.09±4.62	20.82±6.32	0.20	0.83
Fiziksel Aktivite	18.12±5.76	16.02±5.75	1.56	0.12
Beslenme	22.16±3.79	21.08±3.62	1.24	0.21
Manevi Gelişim	24.77±3.99	27.73±4.89	-2.78	0.00
Kişiler Arası İlişkiler	25.19±4.70	27.77±5.12	-2.23	0.02
Stres Yönetimi	20.22±8.73	19.15±4.35	0.70	0.48
SYBDÖ Toplam puanı	131.58±22.55	132.60±21.19	-0.20	0.84

Tablo 4.6’te Deney ve Kontrol grubundaki bireylerin sürekli kaygı ve sağlıklı yaşam biçim davranışı ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ön test puan ortalamalarının

gruplar arası karşılaştırılması gösterildi. Deney grubundaki bireylerin sürekli kaygı ölçeği ön test puan ortalaması 48.19 ± 9.00 Kontrol grubundaki bireylerin sürekli kaygı ölçeği ön test puan ortalaması $45.66 \pm 7,84$ bulundu. Deney grubunda ki bireylerin sürekli kaygı ön test puan ortalamaları, kontrol grubundaki ön test puan ortalamalarına göre olumsuz yönde yüksek bulundu ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak farkın önemsiz olduğu belirlendi ($p=0.19$).

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ön test toplam puan ortalaması kontrol grubunda olumlu yönde yüksek bulundu ve SYBD alt boyutları olan; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ön test puan ortalaması deney grubuna göre kontrol grubunda düşük bulundu fakat istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Kontrol grubunda ki bireylerin SYBDÖ alt boyutu olan manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler ön test puan ortalamaları deney grubuna göre yüksek bulundu ve istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı ve Sürekli Kaygı Ölçeği Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve Önemlilik	
	Son test	Son test	t	p
	X±SS	X±SS		
Sürekli Kaygı Ölçeği	40.45±9.22	46.73±8.83	-2.99	0.004
SYBDÖ Alt Boyutları ve Toplam Puanları				
Sağlık Sorumluluğu	25.22±5.44	20.06±5.50	4.03	0.000
Fiziksel Aktivite	22.03±5.95	14.53±5.46	5.66	0.000
Beslenme	24.83±4.36	20.88±3.61	4.29	0.000
Manevi Gelişim	30.03±4.23	25.93±4.94	3.76	0.000
Kişiler Arası İlişkiler	28.77±4.22	25.80±4.95	2.72	0.008
Stres Yönetimi	22.19±4.27	17.88±3.70	4.67	0.000
SYBDÖ Toplam puanı	153.09±23.17	125.11±20.21	5.58	0.000

Tablo 4.7’de Deney ve Kontrol grubundaki bireylerin sürekli kaygı ve sağlıklı yaşam biçim davranışı ölçeği alt boyutları ve toplam puanları son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması gösterildi. Girişim sonrasında Deney grubundaki bireylerin kaygılarında (sürekli kaygı ölçeğinde puanın azalması düşük kaygıyı göstermektedir) azalma oldu. Bu nedenle Deney ve Kontrol grubundaki hastaların sürekli kaygı ölçeği son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Yapılan girişim sonrasında deney grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ve tüm alt boyutlarının son test puan ortalamalarında olumlu yönde artış oldu. Bu nedenle Deney ve Kontrol gruplarının sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ve tüm alt boyutları ile toplam puanlarda son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Deney Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı değişkenler ile Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön test	Son test	Test ve Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Ağırlık (kg)	86.87±15.60	82.96±14.51	9.16	0.000
Beden kitle indeksi(BKİ)	31.58±4.52	30.16±4.39	-7.96	0.000
Kalça boyutu (cm)	119.00±9.60	112.54±9.53	9.58	0.000
Bel boyutu (cm)	100.03±14.09	94.45±13.63	-5.17	0.000
Bedenini algılama durumu	2.25±2.09	2.16±1.39	0.18	0.857
Tüketilen ana öğün	2.74±0.72	2.77±0.42	-0.27	0.787
Tüketilen ara öğün	4.22±1.68	1.51±1.23	-6.92	0.000
Beslenme alışkanlığı	3.96±3.09	5.25±1.73	-1.78	0.084
Öğün atlama durumu	1.29±0.86	0.48±0.81	-3.84	0.001
Haftalık egzersiz yapma saati	3.48±4.05	6.45±5.06	-4.84	0.000

Tablo 4.8’de deney grubundaki bireylerin tanıtıcı değişkenler bakımından ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterildi. Girişim sonrası son test de deney grubunda ki bireylerin ağırlıkları, beden kitle indeksleri, kalça ve bel boyutu, ara öğün yapma sayısı, öğün atlama sayısı azaldı, haftalık egzersiz yapma saati arttı, ön test ile son

test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Deney grubundaki bireylerin kendi bedenlerini algılama durumları, tüketilen ana öğün sayısı, beslenme alışkanlığı bakımından ön test-son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı değişkenler ile Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön test	Son test	Test ve Önemlilik	
	X±SS	X±SS	t	p
Ağırlık (kg)	88.71±16.12	88.95±16.07	-0.73	0.46
Beden kitle indeksi(BKİ)	33.35±4.96	33.51±4.87	1.22	0.22
Kalça boyutu (cm)	117.24±10.50	117.26±10.62	-0.04	0.96
Bel boyutu (cm)	101.88±10.81	102.33±10.75	1.17	0.24
Bedenini algılama durumu	2.17±1.66	2.20±1.72	-0.13	0.89
Tüketilen ana öğün	2.48±0.66	2.57±0.62	-0.94	0.35
Tüketilen ara öğün	2.73±1.19	2.75±1.41	0.09	0.92
Beslenme alışkanlığı	3.77±2.71	3.91±2.52	-0.35	0.72
Öğün atlama durumu	0.91±0.82	0.93±0.80	1.00	0.32
Haftalık egzersiz yapma saati	3.68±4.60	2.84±4.89	2.12	0.04

Tablo 4.9’da kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı değişkenler bakımından ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterildi. Girişim yapılmayan kontrol grubundaki bireylerin ağırlıkları, beden kitle indeksleri, kalça ve bel boyutu, kendi bedenlerini algılama durumları, tüketilen ana-ara öğün sayısı, beslenme alışkanlığı, öğün atlama durumları bakımından ön test-son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Kontrol grubunda ki bireylerde herhangi bir girişim uygulanmaksızın haftalık egzersiz yapma saatlerinde düşüş belirlendi, kontrol grubundaki bireylerin egzersiz yapma saatleri bakımından ön test ve son test arasında fark istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

4. TARTIŞMA

Beslenme davranış bozukluğu olan kişilerde sağlıklı yaşam biçimi görülmekte ve buna çeşitli psikolojik sorunlar eşlik edebilmektedir (44). Beslenme davranış bozukluğu olan bireylere klinik boyutta tedavi tek başına yetersiz kalmaktadır, psiko-terapi yöntemleri etkinliği artırmada uzun vadeli kalıcı çözüm sağlamaktadır (77). Bilimsel yayınlar maliyet açısından ekonomik ve süre açısından kısa olan psiko-terapi yöntemlerini tercih etmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinde rahatlıkla kullanabileceği pratik kullanışlı yöntemlerden biri kısa süreli çözüm odaklı yaklaşımdır (72,77). Ayrıca birçok araştırma, grup danışmanlıklarının bireysel yürütülenlerden daha yararlı olduğunu belirtmiştir (60,61,62). Dolayısıyla bu araştırma beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığının kaygı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini göstermek amacıyla gerçekleştirildi ve literatür ile tartışıldı.

Bu çalışmada deney grubundaki bireylerin sürekli kaygı ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; Deney grubundaki bireylerin son test puan ortalamasının ön teste oranla olumlu yönde azaldığı ve iki puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Laaksonen ve arkadaşları deneysel yapmış olduğu çalışmada çözüm odaklı yaklaşım yönteminin kaygı bozukluğunda yararlı olduğunu saptamışlardır (77). Webb ve arkadaşları, yeme bozukluğu olan hastaların yeme davranışlarıyla ilişkili yüksek düzeyde kaygı bildirdiklerini, ancak sınırlı kaygı yönetimi stratejileri kullanabildiklerini belirtmiştir. Bu çalışmada beslenme davranış bozukluğu olan bireylerin kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur, ancak kullanılan çözüm odaklı yaklaşım yöntemi bireylerin kaygı düzeylerini azaltmada etkili olmuştur (78).

Bu çalışmada deney grubundaki bireylerin SYBD ölçeği ön test-son test ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubundaki bireylerin SYBD ve tüm alt boyutları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) son test puan ortalamaları ön teste göre olumlu yönde arttığı ve ön-son test puan ortalamaları arasındaki farkın stres yönetimi ($p=0.15$) hariç tüm alt boyutlarda ve toplam puanlarda istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Sağlıksız yaşam biçimi bütün yaş grupları için ciddi bir problemdir. Sağlıklı bir yaşam biçimi kazanılmadığı sürece sağlığı etkileyecek çeşitli bozuklukların görülmesi

muhtemeldir (79). Dolayısıyla toplumun refah düzeyini artırmak için halk sağlığı hemşireleri tarafından çeşitli yaklaşımların kullanılması elzemdir. Çözüm odaklı yaklaşım gibi yöntemler kişilerin istedik yönde yaşam tarzını elde etmeleri için motivasyonunu artırmaktadır (79,80). Nitekim Gündoğdu ve arkadaşları obez adolesanlarda çözüm odaklı yaklaşım yöntemi kullanarak sağlıklı beslenme ve egzersiz davranışını artırmayı başarmışlardır, ilaveten Kreier ve ark. araştırma bulguları da benzerdir (80, 81). Diğer bir araştırma ise çözüm odaklı yaklaşımIN ile kişilerin, toplumun sağlık sorumluluğu kazanmasında ve istedik davranışlar edinmesinde yararlı olduğunu savunmuştur (82). Çözüm odaklı yaklaşımı kullanan birçok araştırma, bireylerin kendini gerçekleştirmesine ve pozitif davranışlar edinmesine yardımcı olduğunu bildirmektedir (82, 83,84), özellikle intihar riski gibi psikolojik problemleri olan gruplarda spritüal gelişimi, pozitif gelecek beklentisini, kişilerarası ilişkiyi artırdığı ve kriz/stres yönetimini sağladığını bilimsel yayınlar göstermiştir (84,85,86,87). Diğer literatürlerde ki bulgulara benzer olarak, bu araştırmada beslenme davranış bozukluğu ile mücadele veren bireylerin girişim sonrası, sağlıklı yaşam biçimi ve alt boyutları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi pozitif yönde artmıştır fakat stres yönetiminde ki bu artış önemli bulunmamıştır. Danışanların sosyal ortamlarında yaşadıkları farklı sorunlar dolayısıyla stres yönetiminde davranış değişikliği oluşturmaya etki etmemiş olabilir.

Bu araştırmada kontrol grubundaki bireylerin ön test ve son test karşılaştırmasında sürekli kaygı düzeyinin arttığı fakat bu artışın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi (Tablo 4.5) ($p=0.325$). Wichowicz ve ark. kontrol grublu çalışmalarında çözüm odaklı yaklaşımın girişim uygulanmayan grupta depresyon, özyeterlilik ve kaygıyı değiştirmedini saptamışlardır (88). Bu araştırmada Wichowicz ve ark. benzer olarak kontrol grubunda bulunan bireylerin kaygı düzeylerinin ön testi ile son testi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu araştırmada kontrol grubundaki bireylerin son test ile sağlıklı yaşam biçim davranışı (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) azaldığı ve sağlık sorumluluğu ($p=0.12$) ve beslenme ($p=0.46$) alt boyutları hariç, farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı. ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Öztürk ve Ayhan tarafından yapılan araştırmada herhangi bir girişim uygulamaksızın, beslenme davranış bozukluğunun arttığı durumda sağlıklı yaşam biçim davranışı ve tüm alt boyutları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası

ilişkiler, stres yönetimi) istatistiksel olarak önemli derecede azaldığı saptanmıştır (89). Bu araştırmanın kontrol grubu, beslenme davranış bozukluğu olan bireylerden oluştuğu göz önüne alınırsa, yeme bozukluğu devam ettikçe bu kişilerde sağlıksız yaşam tarzının görülmesi olasıdır. Çözüm odaklı yaklaşımın sağlıklı beslenme davranışı etkisine bakıldığı bir çalışmada kontrol grubunda herhangi bir değişim bulunmamıştır (80). Bu çalışmada kontrol grubunda Öztürk'ün çalışmasının tersine beslenme ve sağlık sorumluluğunda herhangi bir fark saptanmamıştır, çalışmaya katılan kişilere herhangi bir girişimde bulunulmadığından beslenme düzenlerine ve üstlendikleri sağlık sorumluluğunda eski düzenlerine devam ettikleri söylenebilir.

Bu çalışmada deney grubunda ki bireylerin kaygı ve SYBD ve alt boyutları olan; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, ön test puan ortalamaları, kontrol grubundaki ön test puan ortalamalarına göre anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.6) ($p>0.05$). Bu bulgu deney ve kontrol grubunun birbirine benzer olduğunu göstermektedir, çalışmalarda iki grubun birbirine benzer olması homojenliği göstermesi bakımından istenen bir durumdur (75). Fakat kontrol grubunda ki bireylerin SYBDÖ alt boyutu olan manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler ön test puan ortalamaları deney grubuna göre yüksek bulundu ve istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.6) ($p<0.05$). Çalışmanın sonlanmasının ardından kontrol grubuna, girişim grubuna uygulanan danışmanlık yöntemi teklif edildi ama kontrol grubunda olan bireyler kabul etmedi, bu durumda kontrol grubunda olan bireyler danışmanlık yöntemini kendinde ihtiyaç görmemekte, bunun yerine manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler gibi yöntemler kullanarak kendi çözümlerini sağlıyor olabilirler.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; girişim sonrasında deney grubundaki bireylerin kaygılarında azalma olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7) ($p<0.05$). Kaygı bozuklukları yüksek ve artan bir prevalansa sahiptir (90). Kaygıyı azaltmak için psikolojik destek verilmesi kullanılan tedavilerden biridir (91). Literatürde beslenme bozukluğu ile kaygıyı birlikte ele alan çözüm odaklı yaklaşımı kullanan bir çalışmaya rastlanmamıştır, fakat genel kaygının yada çocukluk dönemi kaygının azaltılmasında çözüm odaklı yaklaşımın randomize kontrollü deneysel modellerine rastlamak mümkündür (77,90,91,92). Bu çalışmada beslenme bozukluğuna yönelik uygulanan çözüm odaklı yaklaşım girişim uygulanan gruplarda kaygıyı azaltmada etkili olmuştur ve bu durum umut verici olarak görülmektedir.

Bu araştırmada deney ve kontrol grubunun son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; yapılan girişim sonrasında deney grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ve tüm alt boyutlarının son test puan ortalamalarında olumlu yönde artış olduğu belirlendi ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.7) ($p<0.05$). Fiziksel aktivite, diyet, uyku ve kilo durumu, sağlığın ve iyiliğin en önemli belirleyicileridir. Sağlıksız yaşam tarzı son yıllarda dünyanın birçok yerinde artmıştır (79, 93). Beslenme biçiminde değişim, egzersiz, kilo kontrolü gibi yaşam tarzında değişim, yapılan müdahalenin yoğunluğuna bağlı görünmektedir (94). Fakat çözüm odaklı yaklaşım bu araştırmanın bulgularında da görüldüğü gibi sağlıklı yaşam biçimine ulaşmada kısa süreli pratik ve kullanışlı bir müdahaledir. Valve ve ark. randomize kontrollü çalışmasında çözüm odaklı yaklaşımın kişilerin beslenme, egzersiz, uyku düzeni, kilo kontrolü, sağlık sorumluluğu, kendini değerlendirme gibi sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirmesinde motivasyon sağladığını ve kısa sürede uzun vadeli çözüm sağladığını belirlemiştir (94). Benzer olarak çözüm odaklı yaklaşımın kullanıldığı kontrollü çalışmalarda, farklı popülasyon üzerinde uygulanmış ve kendini gerçekeştirebilme, sağlıklı davranışlara devam edebilme, iç motivasyonu sağlayabilme, beslenme ve egzersiz düzeni kurabilme gibi sağlıklı yaşam tarzının edinilmesinde umut verici olduğu belirlenmiştir (80,95,96,97).

Deney grubundaki bireylerin tanıtıcı değişkenler bakımından ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; girişim sonrası son test de deney grubunda ki bireylerin ağırlıkları, beden kitle indeksleri, kalça ve bel boyutu, ara öğün yapma sayısı, öğün atlama sayısı azaldı, haftalık egzersiz yapma saati arttı, ön test ile son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.8), ($p<0.05$). Deney grubundaki bireylerin kendi bedenlerini algılama durumları, tüketilen ana öğün sayısı, beslenme alışkanlığı bakımından ön test-son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı (Tablo 4.8) ($p>0.05$). Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerin vücut kompozisyonlarında değişim olması muhtemeldir (35,37). Çoğunlukla araştırmalar psiko-terapi metotlarıyla verilen danışmanlık hizmetlerini kilolu/obez bireylerde beden kitle indeksini azaltmada, yeme düzenini sağlamada ve egzersiz yapma miktarını arttırmada etkin bulunmuştur (77,79,81). Çözüm odaklı yaklaşımın kullanıldığı bir çok araştırmada, bu metodun yeme bozukluğu olan kişilerin kendi kontrollerini sağlaması ve güçlenmesi bakımından oldukça yararlı olduğu belirlenmiştir (80,81,98,99). Özellikle bu

araştırmada çözüm odaklı yaklaşım kişilerin istendik yönde vücut değişimlerine, beslenme düzenlerine, hareket miktarını artırmada diğer literatürlere benzer şekilde fayda sağlamıştır (81,98,99). Bu araştırmada bireylerin kendi beden algılarında değişim gözlenmemiştir, oysaki araştırmalara göre kişilerin kilolarında ki değişim beden algısını da farklılaştırmaktadır (100,101). Araştırmada girişim grubuna katılan bireyler sekiz hafta kadar danışmanlık aldılar ve yaklaşık BKİ’de bir buçuk birimlik, kiloda beş kilogramlık bir düşüş saptandı, bu değerler BKİ yüksek olan bireyler için, beden algısında değişim olması için yeterli olmamış olabilir.

Kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı değişkenler bakımından ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; girişim yapılmayan kontrol grubundaki bireylerin ağırlıkları, beden kitle indeksleri, kalça ve bel boyutu, kendi bedenlerini algılama durumları, tüketilen ana-ara öğün sayısı, beslenme alışkanlığı, öğün atlama durumları bakımından ön test-son test puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Herhangi bir girişim uygulanmayan kontrol grubunda beklenen bir sonuçtur, Gündoğdu ve ark. alışmasında kontrol grubunda kilo artışı görülmüştür (80). Bu araştırmada herhangi bir değişim saptanmadı çünkü kontrol grubunda bulunan bireyler yaşam merkezinden hizmet almaya araştırma süresince devam ettiklerinden, ön ve son test değişken sonuçları benzer bulunmuş olabilir. Fakat kontrol grubunda ki bireylerin haftalık egzersiz yapma saatlerinde istatistiksel olarak önemli düşüş belirlendi (Tablo 4.9) ($p<0.05$). Bu bulgu araştırmanın kış aylarında uygulanmasından kaynaklı olabilir, nitekim kış aylarında bireyler daha az hareket etmekte ve enerji harcamaktadır (79).

Bu bulguların sonuçlarına göre çözüm odaklı ilke ve yöntemlerin sağlıklı davranışların geliştirilmesinde kullanılabileceği, özellikle hemşirelerin işbirlikçi tutumlarıyla, bireylere güdüleyici, güçlendirici olumlu yaklaşımları, hızlı bir şekilde öğretilebileceğini, bu müdahale göstermektedir. Yürütölen çalışmanın bulguları **“Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım kişilerin kaygısını azaltır ve sağlıklı yaşam biçim davranışlarını artırır”** şeklindeki araştırmanın hipotezlerini doğrulamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİ

Bu araştırmada; deney grubuna girişim sonrası bireylerde kaygı düzeylerinde azalma, SYBD’ında yükselme görölmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Girişim uygulanmayan kontrol grubunda bireylerin kaygı düzeyleri ön ve son test arasında fark görölmezken ($p=0.325$) SYBD’larında azalma belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.5). Ön test uygulamasında bireylerin SYBD ile kaygı düzeyi deney ve kontrol grubunda benzer bulundu ($p>0.05$), (Tablo 4.6). Son test uygulamasında yani girişim sonrasında kontrol grubuna göre Deney grubunda ki bireylerin kaygı düzeylerinde azalma ve SYBD’ında artma belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Deney grubundaki bireylerin tanıtıcı değişkenler bakımından girişim sonrası bireylerin ağırlıkları, beden kitle indeksleri, kalça ve bel boyutu, ara öğün yapma sayısı, öğün atlama sayısı azaldı, haftalık egzersiz yapma saati arttığı belirlendi ($p<0.05$), kendi bedenlerini algılama durumları, tüketilen ana öğün sayısı, beslenme alışkanlığı bakımından önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.8) ($p>0.05$). kontrol grubunda ki bireylerin haftalık egzersiz yapma saatlerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüş belirlendi (Tablo 4.9) ($p<0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım danışmanlığı uygun bir model olarak saptanmıştır. Çünkü bu model bireylerin potansiyel ve mevcut kaynaklarına vurgu yaparak kişiye güçlendirmektedir. Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım danışmanlığı kaygıyı azaltmada, sağlıklı yaşam biçim davranışı artırmada etkili bulunmuştur. İlaveten bu yaklaşım araştırmaya katılan bireylerin kilo kontrolünü sağlamada otonomilerini artırmış, antropometrik ölçümlerinde düzelme sağlamış, egzersiz davranışlarını yükseltmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Halk sağlığı alanında çalışan hemşişrelerin beslenme davranış bozukluğu olan kişilere bu modeli rehber olarak yaklaşımda bulunmaları,
- ✓ Çözüm odaklı yaklaşımın, sağlık politikaları kapsamında birinci basamak, koruyucu sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve hizmet veren sağlık çalışanlarının bu konuda eğitilmesi,
- ✓ Tedavisi sınırlı olan ve motivasyonun gerekli olduğu farklı gruplarda çözüm odaklı yaklaşım yönteminin kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

- 1-Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, Kain J. Smart food policies for obesity prevention. *The Lancet* 2015, 385(9985): 2410-21.
- 2-Kearney J. (2010). Food consumption trends and drivers. *Philosophical transactions of the royal society B: Biol sci*, 365(1554): 2793-807.
- 3-AKAY GG. Yeme Bozukluklarında Fiziksel Açlığı Duygusal Açlıktan Ayırt Edebilme. 2016, *Turkiye Klinikleri Journal of Psychology-Special Topics*, 1(2): 17-22.
- 4-Okumuş FE, Ergüney HÖ, Sertel B, Başak Y. "Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları." *Psikoloji Çalışmaları Dergisi* 2016, 36.1: 41-64
- 5- Zaitsoff, SL., Taylor A. Factors related to motivastion for change in adolecsents with eating disorders. *Europ Eat Disor Rev*, 2009, 17: 227-33.
- 6-Joy E, Kussman A, Nattiv A. update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med*, 2016, 50(3): 154-62.
- 7- Wand T, Mental health nursing from solution focused perspective. *Int J Ment Health Nurs*, 2010,19:,210-9.
- 8- Walter JL, Peller JE. *Becoming solution-focused in brief therapy*. Routledge. 2013.
- 9- Cooper M, O'Hara M, Schmid PF, Bohart, A. *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. *Palg Mac* 2013.
- 10- Cade B, O'Hanlon, WH. *A brief guide to brief therapy*. *ww Norton & Co* 1993.
- 11- Agras WS. *The Oxford handbook of eating disorders: Oxford University Press* 2010.
- 12- Khodabakhsh, MR, Kiani F. Effects of Emotional Eating on Eating Behaviors Disorder in Students: The Effects of Anxious Mood and Emotion Expression. *Int J Pediatr*, 2014, 2(4.1): 295-303.
- 13- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author 2013.
- 14- Masheb RM, Grilo CM. Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disor* 2006, 39(2): 141-6.
- 15- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry* 2006, 19(4):389-94.
- 16- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010, 375: 583- 93.

- 17- Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15) *Eat Weight Disord* 2011, 16(2):e127-30.
- 18-Report: Obesity Rates by Country – 2017 URL: <https://renewbariatrics.com/obesity-rank-by-countries/> Erişim tarihi 12.06.2018
- 19- Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin psy rev* 2015, 40: 111-22.
- 20-Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psy* 2015, 2(12): 1099-111.
- 21- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007, 61(3): 348-58.
- 22- Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician* 2015, 91(1): 46-52.
- 23- Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* 2016, 21:11-7.
- 24- Vanderycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders: J Treat & Prev* 2011, 19(2): 145-55.
- 25-Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat and Weight Disor* 2004, 9(2): 151-7.
- 26- Haman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren EC. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2015, 14(10):1-15.
- 27- Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2015, 56(4):397-403.
28. Nilüfer ACAR, Erumcu, MŞK. Sağlık Profesyonellerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı: Ortoreksiya Nervoza (On). *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 2(1): 59-71.
29. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV Psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge-eating disorder. *Int J Eat Disor* 2009, 42: 228-34.
- 30- O'reardon, JP, Peshek A, Allison KC. Night Eating Syndrome. *CNS drugs* 2005 19(12): 997-1008.

- 31- Allison KC, Lundgren JD, O'reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, Engel S. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disor* 2010, 43(3): 241-7.
- 32-Birketvedt G, Florholmen J, Sundsfjord J. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *J Amer Med Assoc* 1999, 282(7): 657-66.
- 33-Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese o *Obes Res* 2001, 9: 264-7.
- 34- Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009 17(5): 941-64.
- 35- Initiative, NOE. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. 2010.
- 36- Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comp Phy* 2012, 2(2): 1143.
- 37-Sharma AM, Padwal R. Obesity is a sign-over-eating is a symptom: an aetiological framework for the assessment and management of obesity. *Obes rev* 2010 11(5): 362-70.
- 38- Xu S, Xue Y. Pediatric obesity: Causes, symptoms, prevention and treatment. *Exp and ther med* 2016, 11(1): 15-20.
- 39- Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen, T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch of gen psy* 2010, 67(3): 220-9.
- 40- Pepino MY, Stein RI, Eagon JC, Klein S. Bariatric surgery-induced weight loss causes remission of food addiction in extreme obesity. *Obesity* 2014, 22(8): 1792-8.
- 41- Shaheen Lakhan SE, Vieira KF. Nutritional therapies for mental disorders. *Nutr Jr.* 2008, 7:2.
- 42- Vardar E, Erzen M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011, 22, 4.
- 43- Murphy R, Nutzinger D, Paul T, Leplow B. Conditional-associative learning in eating disorders: a comparison with OCD. *J Clin Exp Neuropsych* 2004, 26(2): 190-9.
- 44- Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat Disor* 2004, 13(1): 7-21.
45. Alexander C. The Effect of Induced Anxiety on Eating Behavior. *The Huron University College Journal of Learning and Motivation* 2007 45(1), 1.
- 46- Zysberg L. Emotional intelligence, anxiety, and emotional eating: A deeper insight into a recently reported association?. *Eat behav* 2018, 29: 128-31.

- 47- Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Russell J, St Clare T, Touyz S. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Aust N Zeal J Psy* 2012, 46(2): 118-31.
- 48- Balon R. Mood, anxiety, and physical illness: body and mind, or mind and body? *Depres Anx* 2006, 23(6): 377-87.
- 49- Murphy M, Mercer JG. Diet-regulated anxiety. *Int j endocrin* 2013.
- 50- Davison KM, Kaplan BJ. Food intake and blood cholesterol levels of community-based adults with mood disorders. *BMC Psychiatry*. 2012, 12
- 51- Millichap JG, Yee MM. The diet factor in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2012, 129(2): 330-7.
- 52- Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Amer J Clinl Nutr* 2011, 94: 2006-11.
- 53- Cimino S, Cerniglia L, Paciello M. Mothers with depression, anxiety or eating disorders: Outcomes on their children and the role of paternal psychological profiles. *Child Psyc & Hum Develop* 2015, 46(2): 228-36.
- 54- Chainani-Wu N, Weidner G, Purnell DM, Frenda S, Merritt-Worden T, Pischke C. et al. Changes in emerging cardiac biomarkers after an intensive lifestyle intervention. *Am J Cardiol* 2011, 108: 498-507.
- 55- Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med* 2011, 364: 2392-404.
- 56- Marmot MG, Bell RG. Improving health: social determinants and personal choice. *Am J Prev Med* 2011, 40(1): 73-7.
- 57- Trovato G M. Behavior, nutrition and lifestyle in a comprehensive health and disease paradigm: skills and knowledge for a predictive, preventive and personalized medicine. *EPMA journal* 2012, 3(1): 8.
- 58- St-Onge MP, Grandner MA, Brown D, Conroy MB, Jean-Louis G, Coons M, Bhatt DL. Sleep duration and quality: impact on lifestyle behaviors and cardiometabolic health. *Amer Heart Assoc Circ* 2016, 134(18): 367-86.
- 59- Boccardi V, Paolisso G, Mecocci P. Nutrition and lifestyle in healthy aging: the telomerase challenge. *Aging* 2016, 8(1): 12.
- 60- John Sharry. Çözüm odaklı grupla psikolojik danışma. Çeviren: Siyez DM, Soylu Y, Arslan Ü, Esen E, Bağatarhan T. İkinci Baskı 2016
- 61- Nancy L, Murdock. Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları. Çeviri: Akkoyun F. İkinci Baskı. Baskı 2018.
- 62-De Shazer S, Berg IK. 'What works?'Remarks on Research Aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *J Family therapy* 1997, 19(2): 121-4.

- 63- Gingerich WJ, Eisengart S. Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family process* 2000, 39(4): 477-98
- 64- Walter JL, Peller JE. Becoming solution-focused in brief therapy. *Routledge* 2013.
- 65- Johnson LD, Miller SD. Modification of depression risk factors: A solution-focused approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 1994, 31(2): 244.
- 66- De Shazer S, Coulter M. More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. *Routledge* 2012.
- 67- Lueger G, Korn HP. Solution-focused management (Vol. 1). *Rainer Hampp Verlag* 2006.
- 68- Çözüm odaklı kısa danışmanlık yaklaşımı. Seminer Notları. Nevin Dölek, Funda Kurter
- 69- Duncan BL, Miller SD, Hubble M. Handbook of solution-focused brief therapy. *Jossey-Bass Publishers* 1996.
- 70- O'Connell B, Palmer S. (Eds.). Handbook of solution-focused therapy. *Sage* 2003.
- 71- Cade B, O'Hanlon WH. A brief guide to brief therapy. *WW Norton & Co* 1993.
- 72- Browne AJ, Shultis JD, Thio-Watts M. Solution-focused approaches to tobacco reduction with disadvantaged prenatal clients. *Journal of community health nursing*, 1999, 16(3): 166-77.
- 73- McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing* 2004, 13(1): 41-9.
- 74-Bahar Z. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.U. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12(1).
- 75- Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve Spss ile Veri Analizi. 3. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım. Ekim. Ankara 2006.
- 76- Öner, N. ve Le Compte, A. Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı (2. Baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1985.
- 77- Laaksonen MA, Knekt P, Sares-Jäske L, Lindfors O. Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. *European Psychiatry* 2013, 28(2): 117-24.
- 78-Webb CM, Thuras P, Peterson, CB, Lampert J, Miller D, Crow SJ. Eating-related anxiety in individuals with eating disorders. *Eat Weight Disor* 2011, 16(4): 236-41.
- 79- Reinehr T. Symposium III: Metabolic health, weight management and obesity prevention in childhood and adolescence Effectiveness of lifestyle intervention in overweight children. *Proc nutr soc* 2011, 70(4): 494-505.

- 80- Akgul GN, Sevig EU, Guler N. The effect of the solution-focused approach on nutrition–exercise attitudes and behaviours of overweight and obese adolescents: Randomised controlled trial. *J clin nurs* 2018, 27(7-8): 1660-72.
- 81- Kreier F, Genco ŞM, Boreel M, Langkemper MP, Nugteren IC, Rijnveld V, Keessen, M. An individual, community-based treatment for obese children and their families: the solution-focused approach. *Obesity facts* 2013, 6(5): 424-32.
- 82- Wakefield S, Day P, Stansfield K. Taking a solution-focused approach to public health. *B J Sch Nurs* 2010, 5(7): 338-43.
- 83- Gündoğdu NA, Zincir H, Güler N. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelikte Kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2016.
- 84- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav res ther* 2010, 48(9): 832-9.
- 85- Sharry J, Darmody M, Madden B. A Solutionfocused Approach to Working with Clients who are Suicidal. *British Journal of Guidance&Counselling* 2002, 30: 383-99.
- 86- De Castro S, Guterman JT. Solution-focused therapy for families coping with suicide. *J Marital and Family therapy* 2008, 34(1): 93-106.
- 87- Henden, J. Preventing suicide: The solution focused approach. *John Wiley & Sons* 2007.
- 88- Wichowicz HM., Puchalska L, Rybak-Korneluk AM, Gaşeci D, Wiśniewska A. Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in individuals after stroke. *Brain injury* 2017, 31(11): 1507-12.
- 89- Öztürk AGME, Ayhan NY. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Görülme Durumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi Öz. *The Journal of Academic Social Science* 2017, 51: 34-42
- 90- Maljanen T, Paltta P, Harkanen T, Virtala E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. *J ment health pol eco* 2012, 15(1): 13-23.
- 91- Creswell C, Violato M, Fairbanks H, White E, Parkinson M, Abitabile G, Cooper PJ. Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *The Lancet Psyc* 2017, 4(7): 529-39.
- 92- Zhang A, Franklin C, Jing S, Bornheimer LA, Hai AH, Himle JA, Ji Q. The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J affective disor* 2018.
- 93- Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006, 1: 11–25.

- 94- Valve P, Lehtinen-Jacks S, Eriksson T, Lehtinen M, Lindfors P, Saha MT, Anglé, S. Linda—a solution-focused low-intensity intervention aimed at improving health behaviors of young females: a cluster-randomized controlled trial. *BMC pub health* 2013, 13(1): 1044.
- 95- McPherson AC, Biddiss E, Chen L, Church PT, de Groot JF, Keenan S, Moffet H. Children and Teens in Charge of their Health (CATCH): A protocol for a feasibility randomised controlled trial of solution-focused coaching to foster healthy lifestyles in childhood disability. *BMJ open*, 2019, 9(3): 025119.
- 96- Fritz H, Brody A, Levy P. Assessing the feasibility, acceptability, and potential effectiveness of a behavioral-automaticity focused lifestyle intervention for African Americans with metabolic syndrome: The Pick two to Stick to protocol. *Contemp Clin Trials* 2017, 7: 166-71.
- 97- Anand SS, Hawkes C, De Souza RJ, Mente A, Dehghan M, Nugent R, Kromhout D. Food consumption and its impact on cardiovascular disease: importance of solutions focused on the globalized food system: a report from the workshop convened by the World Heart Federation. *J Am Coll Cardiol* 2015, 66(14): 1590-614.
- 98- Martin CV, Guterman JT, Shatz K. Solution-focused counseling for eating disorders. *Vistas* 2012, 1-11.
- 99- Jacob F. Solution focused recovery from eating distress. London: BT Press 2001.
- 100- Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. *Ankara Med J* 2014, 14(3).
- 101- Grogan Sarah. Body image and health: Contemporary perspectives. *J health psyc* 2006, 11.4: 523-30.

EKLER

EK-1 ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı: Hilal YILDIRIM
Doğum tarihi ve yeri: 14.03.1986
Yabancı dil bilgisi: İngilizce
Görev yeri: İnönü üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İletişim bilgileri (e-posta / telefon): e-posta: firat.hilal@inonu.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

DERECE	ALAN	MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE / FAKÜLTE:	MEZUNİYET TARİHİ (YIL OLARAK)
Lisans	Sağlık Memurluğu	Fırat Üniversitesi/Sağlık Yüksekokulu	2009
Y. Lisans	Hemşirelik/Halk Sağlığı Hemşireliği	İnönü Üniversitesi/Sağlık Yüksekokulu	2014
Doktora	Hemşirelik/Halk Sağlığı Hemşireliği	İnönü Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi	2014/Devam
Varsa, akademik unvan (lar):	Araştırma Görevlisi		

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığı kurumlar: Turgut Özal Tıp Merkezi/Pediyatrik Onkoloji
Atatürk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü/
Araştırma Görevlisi
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi /Araştırma Görevlisi

EK-2 BİREYLERİ TANITICI BİLGİ FORMU

Yaşınız nedir?:

Boyunuz kaç cm?

Kalça çevreniz kaç cm?

Ağırlığınız kaç kg?

Bel çevresi kaç cm?

Cinsiyetiniz nedir?: Kadın Erkek

Medeni durumunuz nedir? Evli Bekar

Eğitim Düzeyiniz nedir? Okuryazar İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite yada üzeri

Çalışma durumunuz nedir?: Çalışıyor Çalışmıyor

Mesleğiniz nedir?

Ortalama hanenizin aylık geliri nedir?

Kiminle yaşıyorsunuz? Anne, Baba kardeşlerimle Eşim ve çocuklarımla
 Sadece çocuklarımla Yalnız
 Diğer.....

Kendi bedeninizi nasıl algılıyorsunuz? Şişman Zayıf Şekilsiz/ Çirkin Güzel
 Normal Diğer.....

Günde kaç ana ve ara öğün tüketirsiniz (Atıştırdığınız gıdaları da bir öğün sayınız)?.....

Öğün atlar mısınız? Evetse **Neden?**..... Hayır

Beslenme alışkanlığınız nasıl? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) Sürekli bir şeyler yerim Çoğunlukla öğün atlarım Geceleri atıştırırım Yemeği yer sonra bilerek kusarım Çoğunlukla aç kalırım Sağlıklı/doğal beslenmeye çok özen gösteririm Tıkınırcasına yemek yerim Diğer.....

Stres durumunda iştah durumunuz ne tür bir değişiklik olur?
 Artar Azalır Değişmez

Eğzersiz yapıyor musunuz? Evetse günde kaç kez/saat.....
 Hayır

EK – 3 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ - II

	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ - II	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				

25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK-4 SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

		Hemen hemen zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-5 YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARDA DİKKAT EDİLECEKLER

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grup oturumlarında oturum akışı standarttır ve tüm oturumlar belli basamaklarla aynı sıralamayı izlemektedir. I. oturum dışındaki oturumlarda önceki oturumun özetlenmesi, üyelerin nasıl hissettiklerinin sorulması, ev aktivitelerinin gözden geçirilmesi ve yapılan oturumun özetlenmesi bölümünde danışmanın yönelteceği sorular ve yaklaşımlardan oluşacaktır.

Grup oturumlarının uygulanmasında dikkat edilmesi gereken konular

1. Grup oturumları başlamadan önce, grup üyeleriyle birebir görüşülecektir. Bu görüşmede grubun özellikleri ve uygulamalar hakkında grup üyeleri bilgilendirilecek ve üyelerin gruba gönüllü katılımı sağlanacaktır.
2. Grup lideri her grup oturumundan önce gerekli hazırlıkları yaparak oturumlara başlayacaktır.
3. Grup üyelerinin grup yaşantısına aktif katılımını sağlamaya dikkat edilecek, etkinlikte ve örneklerde üyelerin yaşantılarından ve ihtiyaçlarından yola çıkılacaktır.
4. Grup oturumlarında grup üyeleri paylaşımına özendirilecektir.
5. Grup lideri üyelerin kendilerini rahat ve güvende hissetmeleri için kabullenici, destekleyici ve cesaretlendirici bir ortam sağlamaya dikkat edeceklerdir.
6. Grup kurallarına uyulmasına dikkat edilecektir.
7. Grup lideri, grup sürecindeki etkinliklere katılmada üyelere model olacaktır.
8. Grup üyeleri grup oturumlarında edindikleri bilgi ve belgeleri muhafaza etmek ve etkin kullanmak amacıyla bir dosya oluşturmaları ve yanlarında bulundurmaları sağlanacaktır.
9. Grup oturumlarının ortalama 90 dk sürmesine özen gösterilecektir.
10. Grup oturumları süresince ödevlerle ilgili geri bildirim yapılarak uygun davranışlar pekiştirilecektir.
11. Grup süresince oturumlar arası bağlantı kurabilmeyi sağlamak için her oturumdan önce, bir önceki oturumun özeti yapılacak, ayrıca her oturumda oturum değerlendirilmesi yapılacaktır.
12. Grup oturumlarının yapılacağı görüşme odası/toplantı odası her oturum öncesinde kullanıma uygun hale getirilecek ve gerekli araçlar (bilgisayar, projeksiyon cihazı, tahta vb.) hazır bulundurulacaktır.
13. Grup süreci 8 oturumda tamamlanacaktır.

EK-6 GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (DENEY GRUBU)

Araştırma Beslenme Davranış Bozukluğu Olan Bireylerde Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup danışmanlığının Kaygı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlarla, sizinle aynı dönemdeki diğer hastalarda, içgörü ve işlevsel iyileşmenin olumlu yönde geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; danışmanlık uygulanarak sizin rahatlamanız ve iyileşmeniz sağlanacaktır. Ayrıca sizi tanımamızı sağlayacak sosyodemografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formunu, kaygı ve sağlıklı yaşam ve davranış biçiminizi ölçmemizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Tüm uygulamalar ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışma da yer aldığımız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı, onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

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

Adı Soyadı:

İmza:

EK-7 GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (KONTROL GRUBU)

Araştırma, Beslenme Davranış Bozukluğu Olan Bireylerde Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Danışmanlığının Kaygı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; Danışmanlık uygulanarak sizin rahatlamanız ve iyileşmeniz sağlanacaktır. Ayrıca sizi tanımamızı sağlayacak sosyodemografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formunu, kaygı ve sağlıklı yaşam ve davranış biçiminizi ölçmemizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Tüm uygulamalar ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsmi saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırma da yer aldığımız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı ve onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

EK-8 Çözüm Odaklı Yaklaşım Katılım Belgesi Modul 1



Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği
Turkish Psychological Counseling and Guidance Association
İstanbul Şubesi / İstanbul Branch

KATILIM BELGESİ

Sayın Hilal YILDIRIM,

04-05 Kasım 2017 tarihlerinde Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği İstanbul Şubesi tarafından APAMER Aktüel Psikoloji Merkezi işbirliği ile düzenlenen 20 akademik saatlik “Kısa Süreli Çözüm Odaklı Danışmanlık Yaklaşımı” eğitimine katılmıştır.

Eğitimci
Yrd. Doç. Dr. Nevin Dölek

Alparslan DARTAN
Türk Psikolojik Danışma
ve Rehberlik Derneği
İstanbul Şubesi Başkanı

Sertifika No: 02.07.2018/28

Katılım Sertifikası

HİLAL YILDIRIM

KISA SÜRELİ ÇÖZÜM ODAKLI TERAPİ 2.MODÜL EĞİTİMİNE

Katılarak Bu Belgeyi Almaya Hak Kazanmıştır.

Ayşe

Yrd. Doç. Dr. Ömer AKGÜL

Dernek Başkanı



RSD
RUH SAĞLIĞI
DERNEĞİ

kim
PSIKOLOJİ

Dr. Nevin Dölek

Eğitmen: Yrd. Doç. Dr. Nevin Dölek

Eğitmen


kim
PSIKOLOJİ

Orta Anadolu Eğitim
Orta Anadolu Eğitim
Kavaklı, Etiler, 108/3
Çamlıca, Üsküdar / İST.
Üsküdar Y.D.: 36 5 65
www.kimpsikoloji.com

Ruh Sağlığı Derneği | Psikoloji Kariyer İstihdam Merkezi

Altunizade Mh. Kısıklı Cd. No:108/3 Çamlıca, Üsküdar-İSTANBUL | 02164287546 | www.ruh sagligi dernegi.org | www.kimpsikoloji.com

EK-10 İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Formu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
05.06.2018	12	2018/12-17	
<p>Karar No: 2018/12-17: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 05.06.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Arş. Grv. Hilal YILDIRIM'ın, yardımcı araştırmacı olduğu, "Beslenme Davranış Bozukluğu Olan Bireylerde Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Terapisinin Kaygı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülşen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-11 Sağlık Bakanlığı Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Formu

S. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
MALATYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI

GÜNDEM: Araştırma İzin Başvuru Talebi İnceleme Komisyon Karar Toplantısı, 09.07.2018 tarihinde saat 10:00 da İl Sağlık Müdürlüğünde gerçekleştirilmiş olup; toplantı konusu ve sonucu aşağıda belirtilmiştir.
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görevli Prof. Dr. Rukye AYLAZ danışmanlığında, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Araştırma Görevlisi Hilal YILDIRIM, Çoşnük Toplum Sağlığı Merkezi ve Yeşilyurt Toplum Sağlığı Merkezinde "Beslenme Bozukluğu Olan Bireylerde Çözüm Odaklı Yaklaşım Temelli Grup Terapisinin, Kaygı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" konulu tez çalışması yapmak üzere başvuru talebinde bulunmuştur.

SONUÇ: Yapılan araştırma izni başvuru talebi, Müdürlüğümüz İnceleme Komisyonu tarafından değerlendirilerek; Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırmalar: "Anket çalışmaları, dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gibi gözlemsel çalışmalar yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden (kişiye herhangi bir girişimsel müdahalede bulunulmayarak) yapılan girişimsel olmayan klinik araştırmalar kapsamında değerlendirilmiş olup, bu kapsamın dışına çıkmadan, katılımların gönüllülük esasına göre yapılması ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakımkla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahıs veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyiş ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışmaya saatlerini ve hizmetini aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Araştırmacının, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminden izin alması kaydıyla ve araştırmayı araştırmacının kendi imkânları ile yapması gerektiği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izni talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Tutanak komisyonumuz tarafından onay altına alınmıştır.

Dr. Kenan SENER
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. Züleyha BİLGİÇ
Sağlıklı Yaşam Merkezinde Görevli Doktor

Hüsne YURTSEVEN
Avukat

Nihal BARLIK
Araştırma Yardımcısı

OLUR
11.07/2018

Doç. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

EK-12 Çözüm Odaklı Yaklaşım Danışmanlığında Uygulanan Bazı Etkinlik

Formları

Kişinin olumsuz duygularını temsil eden resmini değiştirir tekniği ile olumlu duyguyu resmetmesi.

Resim1:

Öncesi

Sonrası



Resim2:

Öncesi

Sonrası



Resim3:

Öncesi



Sonrası



Resim4:

Öncesi



Sonrası

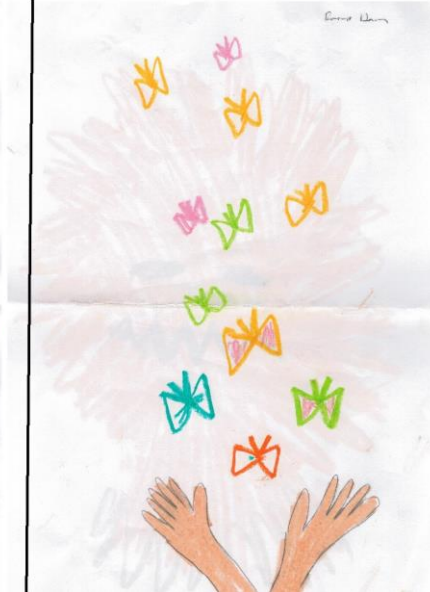


Resim5:

Öncesi



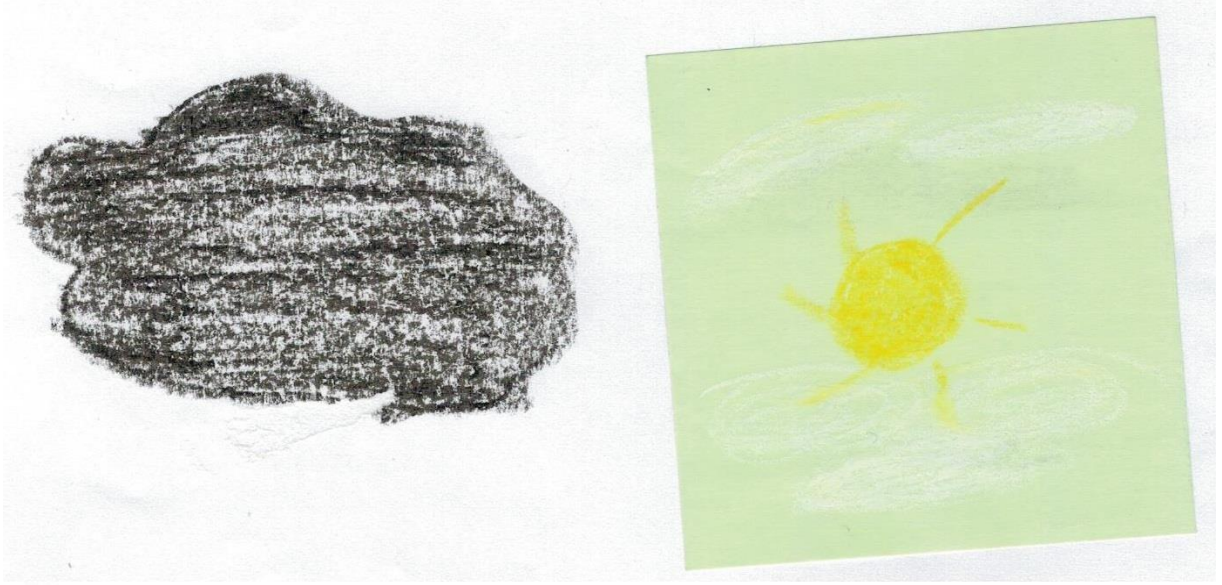
Sonrası



Resim6:

Öncesi

Sonrası



Resim7:

Öncesi

Sonrası



Resim8:

Öncesi

Sonrası



Resim9:

Öncesi

Sonrası



Kişinin kendi bakış açısı;

Kızın kendisine babası adına yazdığı mektup.

ÖNCESİ

Sen hayattaki hiç birşeyi başaramadın, Okumayı başaramadın, evli bir kadın olmayı başaramadın, anne olmayı başaramıyorsun. Ölüp gitsen kızın ortada kalacağı için endişeliyim, zaten ortada bir baba yok ana desan o da yok. Benim tek amacım kızını büyütüp okutmak. Dilini tutup aurası olamadın. Burdan sonra evlenmeni istemiyorum çünkü yine kapıya geri döneceksin çünkü ben malimin hayrını biliyorum. Senin yüzünden ben kanser oldum. Kızım dul denekten utarıyorum. Sen yüt vermeye gelmiyor hemen siniriyorsun. Olgun değilsin küçük bir çocuk gibisin, herkesle sınırlı paylaşıyorsun. Destünü düşünmü bilmiyorsun, korkusun. Mutlu olanları görünce hatmedemiyorsun. Akıl bes kısıt havada, gözün hep yükseklerde. Kısacası sende ne köy olur ne kasaba, bir parazit gibi yaşamaya mahkumsun.

SONRASI

Kızım;
Son günlerde yaşadıklarımız düşünce iklimimde yepyeni bir mevsimin başlangıcı gibi oldu. Annenin yaşadığı olumsuzluk ~~benim~~ benim ortada durabilecek desteğimin olduğunu fark etmemde çok etkili oldu.
Ben senin başarısız olduğunu düşünürken sen tıpkı bir bambu gibi toprağa düşüşünün yedinci yılından sonra birden bire filizlenip kocaman ve sapsağlam bir ağaca dönüşüp ailemize destek oldun.
Artık biliyorum annen olmasada sen annen gibi benim yanımda olup bana destek olacaksın. Annenin elindeki sarı anahtar, sana açılan hayır kapısı oldu.
Sarı seviyorum annem kızım.

Geleceğe mektup tekniği ile kişinin iç kaynağını kullanarak kendisine çözüm yolları sunması.

Mektup 1:

Merhaba ben yıllar yıllar yıllar dolu
dolu mücadeleyle geçen yıllar. Sonuç: Tecrübe
Anı yaşamalısın. Bırak basur nefsizlikleri,
seri izenleri duyma, bir daha dünyayı gelmeyecek
sin. Bu hayat serinse kimseye izin verme seri
izmesine. Döğü bildiğin yoldan sağma. Herşeyi
sıkış etme. Mutlu ol. Seri izen ortamlardan
uzaklaş. Gez, dalaş, serdiklerinle geçir vakitini
mutlu olursan. Bu zaman bir daha yerihe
gelmeyeceğine göre herşeyi kabına tabua
Allah büyük büyük. Örne bakuldu.
~~Y~~ Basura izme kendini.

Mektup 2:

O başladığın 1500 kereki diyetle devam
et kiçim sağlık 'in telafisi çok Ömür geçiyor
Tabii başka hastalığın yoksa bna da ş-hwr
Giden gün ömürde yidiyor. Bah gelirsiniz kiçim
çok etrafında. Mutluluğun amaçları senke:

Mektup 3:

Sakin ol; sorunların, fazla der-
etme; her şeyi zamana bırak, zaman
her şeyin ilacı -
Daha sağlıklı yaza - kendini, fazla
yıpırtma - Sorunların çözümünü ver,
sabretmeyi öğren -
Çocuklarındık. daha değer ver onların
Senin hayatındaki önemini onla -
İnsanları daha çok sev, kime neye
salır, seni anlattıklarında. Sevgi
ile güzel anılar bırakarak anlattıklar.
Zamanını, boşa geçirme, saatlerini
değeri yok - Her şeyi daha anlamlı
bak. Sevgi, sevgisini esirgeme
Hayat ta yazayan insanların kıymetini
bil - Sonunda her şey boş -
Onun için anı yaza - mutlu ol.
Her şeyi daha güzel düşün
~~Astında~~ - Sağlıklı yaza kendine
değer ver - Dualarını esdaft

Mektup 4:

Sevgili [] hayatının en güzel zamanlarından bir zamanını yazamaktasın sona göre böyle görünmüyor dabilir emînel yapacağın okadlar çok şey var ki bunları yapman sona ne kadar iyi gelecek görürsün. O geraksiz boş duygularını bırak şöyle bir silkin. Örneğin vakti-hin gün boyu neye horcadığının muhasebesini yap ve mutlu olduğun iş hangiydi bir düşün. Oysaki dışarda birçok insan var senin sıkıntılarının hiç saydıracak derecede derinli. Sen şükürünü orttır. Belka iyilik yap kendini bırakmak istediğün için de kaybolmayasın. Bugünden yarın ne yapabilirim diye düşün. iyiliğe niyet et iyiliklerle yapar bırak onun korısı bunun kocası kendini yaza yataki pişmanlıkların sonra kaç bir dort olarak seni sarmasın. İnan hayat senin içinde var güzel kız kendindeki güzellikleri gör ve başkasına kendini ispatlamak zorunda kalma güzel bir ömrün olsun Ahîretine yatırım olarak yaşamayı unutma...

Mektup 5:

Geneliğim o güzel günlerim sağımada sdum-
da Sevdiklerim. Meğer ne güzel günlermiş.
Her odada çocuklarımın sesleri meğer mutluluğun-
Sesiymiş. Ve suan yalnızım. Sesizlik ve tek
Ve keşkelerim. Meğer ne kadar boş şeyler için üzül-
müş ağlamış stres etmişim.
Oysaki Mutluluk kendi elindeymiş.

Fırsatlar varken mutlu ol

İsteklerinin, mutluluğunun senin elindeymiş.

Gez, dolaş, takma, hedeflerini yap başar
Hayat çok kısa be emine şimdi zaman
bu zaman Sevdiklerin yanında ve Mutluz
olacak, Kafaya takacak hiç bir şey yok
Meğer her şeyin iyiliğin ve kötülüğün bir sonu
varmış işte ve bitti. Çocuklarım ve ben
her mutluluk yanında Yaşamayı ve Çocuklarımı
çok seviyorum. Sevdiklerim annem kardeşlerim.

Mektup 6:

sıkıntı ^{senin} değil destler seni,
değil sen sadece sen olarak varsin
hayat ^{senin} sen nasıl yaşarakt istiyos
san öyle başa, herkes kendi hayatını
yaşar sen sadece onların hayatında
varsin. sen olsanda olmasanda onların
hayatları devanars edecek görevlerini
ni görevler yapacaklarını yapacaklar
kötülüğe ne engel olabilirsin ne de iyilik
yarabilirsin Rabbim ne yazmışsa onu gö
recekler İna etmekten başka ~~ya~~ ve nasi
kat etmekten başka yapacağın birşey yok
Aldığın nefese kadar hiç bir şey ^{senin}
değil sana bir varışe olsak görürsün
Hakkın risasını gözeterek yap gessin
Allaha kalmış belki sana bir imtihan
değiller sen onun bir imtihan olarak
görürsün doğrudan zafmak hakkı
gözetle sabirli ol. - merham göselim
neyler neylerse güzel eyler. seni seven

Mektup 7:

Annelerin ve babanın kıymetini bil. Onlardan başkası
için sababına. Züht kaskelerin çok oldu ama piden
sarı piden Her gün mutlu olmak için, bir sebep ara,
yanında gitmeyecek dostluklar biriktir. Ve iyili birilerine
fayda dokunmuş. iyiki kötülük yapmamış, ama içinde de
yaşayamadığın o yaşları sorgulama geçti geçen diyip yoluna
bak. Seni kırıklara cup vurmadi iji de yaptın.

Bu gün yanından Kübra kardaşın evlendi çoluk çocuğu
var, Arkadaşların akrobaların kalabalık herseyi. Sükün ver ana
ana "anne" diyen bir evlat yok. İsilme yetistireceğin şifreler
sana evlat oldu Her kahvaltıda dostların yanında oldu. Akşam
yanında tarımadığın insanlar oldu. Ver kübrü ver vermekle
mutlu oluyorsun. İbadetlerini daha fazla otır. Allah'ı bol bol
duo et. Gasmek gitmek istediğin yerlere git ve gel. Ve
ne olur çokda talma - üsilme - kaybetme korkun sadece ailen
olsun. Şöplüğü - aile - yuvası sükün et. Sadece Ahirete şaka.

Her sıkıntının geçici olduğunu bil, daha ağır yüklü insan-
lara bak. Binterce sükün et. Şimdi kalk ara arkadaşlarını
ve tarçanlı bir kek estefinde çay iç // Afiyet olsun.

Mektup 8:

Keşke dememek için bugünün
kıymetini bilip ona göre kendini
yetiştirmek sakin olmayı daha
çok dürüst yaşamayı daha çok ibadet
daha çok Allaha kul olmayı keşke
dememek için her şeyin farkında
olup yaşanarak kendine belki
çok hasas davranıldığına şeylerin
çokta önemli olmadığını anlarsın
çünkü 2 yıl önce düşündüğüm
şeylerin bu gün~~de~~ çokta önemli
olmadığının farkında oluyorum

Mektup 9:

Sergili:

Herseyi kurtaramazsin, kendine yatırım yaparsan
güçlü olursun herkes işi olacak kapattığın kapı-
ları açmamayı öğren. Aldığın dersleri unutma
Sabırdır. Herkes yolunu bir şekilde görecek.
çocukların olabilecekları en iyi konuma gelecek
onları sen yetiştirdin. Anneni dert etme. sözüm
üretmezsin sa anki hali kendinin tercihi
herkes süzsek demez bauları hizmetsi
ruhlular kabul et. Biraz sporuna dikkat
et kaslarını güçlendir ki yaşlılığına yatırım
olsun. Susmalarını bırak. onları dök dardını
içinde tutup kendini tüketme omuclarına yük
bindirme kıymetli değerli olduğunu fark etmelisin
artık.