



**YEME BAĞIMLILIĞI OLAN HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE
ÇEVİRİMİÇİ GRUPLA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN YEME
DAVRANIŞI, SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Merve IŞIK

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EKİM 2022

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Merve IŞIK

11/10/2022

YEME BAĞIMLILIĞI OLAN HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ÇEVİRİMİÇİ
GRUPLA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN YEME DAVRANIŞI, SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ: RANDOMİZE
KONTROLLÜ ÇALIŞMA

(Doktora Tezi)

Merve IŞIK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ekim 2022

ÖZET

Bu araştırma yeme bağımlılığı (YB) olan hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi grupla motivasyonel görüşme (MG)'nin yeme davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Araştırmada 1170 öğrenciden 106 öğrenci YB tanısal ölçütlerini karşılamış ve niyet öncesi/niyet aşamasında olan öğrenciler basit randomizasyon ile gruplara atanmıştır. Araştırmanın örneklemini 29'u müdahale grubu, 30'u kontrol grubu olmak üzere toplam 59 öğrenci oluşturmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarına Katılımcı Bilgi Formu, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36) uygulanmıştır. Müdahale grubundaki öğrencilere dört grup şeklinde beş oturumlu MG gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 25 paket programında değerlendirilmiş; tanımlayıcı istatistikler, ki kare, bağımsız gruplarda t testi ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile doğrusal karma etki modeli kullanılmıştır. MG öncesi müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile SYBDÖ-II ve SF-36 ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). MG sonrası ölçümlerde müdahale grubunun SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların yeme bağımlısı olma durumu ve SF-36 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$). Yeme bağımlılığı olan öğrencilere MG uygulanması sağlıklı yaşam davranışlarını artırmıştır. Yeme bağımlılığı olan öğrencilere psikososyal müdahale programları ile desteklenmesi önerilir. Bu çalışma, clinicaltrials.gov adresine kayıtlıdır, NCT05046938.

Bilim Kodu : 1032.05
Anahtar Kelimeler : Yeme bağımlılığı, Motivasyonel görüşme, Psikiyatri hemşireliği,
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Yaşam kalitesi
Sayfa Adedi : 135
Danışman : Prof. Dr. Satı DEMİR

THE EFFECT OF THE ONLINE-GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEW ON
EATING BEHAVIOUR, HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND QUALITY OF
LIFE AMONG NURSING STUDENTS WITH FOOD ADDICTION: RANDOMIZED
CONTROLLED STUDY

(Ph.D. Thesis)

Merve IŞIK

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

November 2022

ABSTRACT

This randomized controlled study was conducted to examine the effect of the online-group motivational interview (MI) on eating behavior, healthy lifestyle behaviors and quality of life among nursing students with food addiction (FA). In the study, 106 students out of 1170 met the FA diagnostic criteria and the students were assigned to groups via simple randomization before/during intention. The sample consisted of a total of 59 students including 29 in the intervention group and 30 in the control group. The Participant Information Form, Yale Food Addiction Scale (YFAS), Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (HLBS-II), and Quality of Life Scale-Short Form (SF-36) were applied to the intervention and control groups. Five-session MI was performed on the students of the intervention group in four groups. Analysis of the data was evaluated in the SPSS 25 packaged software. Descriptive statistics, chi-square, independent samples t-test, repeated measures analysis of variance and linear mixed effects model were used. Prior to the MI, no statistically significant difference was determined between the descriptive characteristics of the intervention and control group students and their HLBS-II and SF-36 pretest scores ($p>0.05$). In the measurements after the MI, the HLBS-II total mean scores of the intervention group were found to be significantly higher than the control group ($p<0.05$). There was no statistically significant difference between food addiction and SF-36 scores of the participants ($p>0.05$). Application of MI on the students with food addiction increased their healthy lifestyle behaviors. It is recommended to support students with food addiction through psychosocial intervention programs. This study is registered on clinicaltrials.gov, NCT05046938.

Science Code : 1032.05
Key Words : Food addiction, Motivational interviewing, Psychiatric nursing, Healthy lifestyle behaviours, Quality of life
Page Number : 135
Supervisor : Prof. Dr. Sati DEMİR

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca içtenliği ve anlayışı ile yanımda olan, tezimin hazırlanması sürecinde deneyiminden, bilgisinden faydalandığım ve teşvik edici yaklaşımıyla bana yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR'e,

Tez izleme komitesinde yer alan, bilimsel katkılarını sunan ve değerli görüşleriyle tezimi zenginleştiren hocalarım Sayın Prof. Dr. Yeter KİTİŞ ve Sayın Prof. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK'a,

Veri toplama sürecimde katılım sağlayan Gazi Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi hemşirelik öğrencilerine, desteklerini esirgemeyen hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Her zaman sevgi ve desteklerini hissettiğim annem, babam, kardeşim Ayşenur OĞUZ'a,

Hayatıma girdiği günden itibaren beraberinde pek çok güzellik getiren, sonsuz sevgi ve desteğiyle yanımda olan eşim İsmail IŞIK ve oğlum Kaan IŞIK'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yeme Bağımlılığı	7
2.1.1. Tanımı ve tanı ölçütleri.....	7
2.1.2. Epidemiyolojisi	10
2.1.3. Risk faktörleri.....	11
2.1.4. Klinik	13
2.1.5. Tedavi	14
2.2. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığı	16
2.3. Üniversite Öğrencileri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	18
2.4. Üniversite Öğrencileri ve Yaşam Kalitesi.....	19
2.5. Motivasyonel Görüşme	20
2.5.1. Motivasyonel görüşmenin etkililiği.....	21
2.5.2. Çevrimiçi motivasyonel görüşme.....	22
2.6. Yeme Bağımlılığında Motivasyonel Görüşmenin Etkililiği	24
2.7. Psikiyatri Hemşiresinin Yeme Bağımlılığındaki Rolü.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27

	Sayfa
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3. Araştırmanın Referans Popülasyonu ve Araştırma Popülasyonu	27
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri.....	28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.6. Randomizasyon ve Yanlılığın Önlenmesi.....	29
3.6.1. Randomizasyonun sağlanması.....	29
3.6.2. Yanlılığın önlenmesi	30
3.7. Veri Toplama Araçları	33
3.7.1. Katılımcı Bilgi Formu	35
3.7.2. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği	35
3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	36
3.7.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.....	37
3.7.5. Yeme Bağımlılığı Olan Öğrencilerde Değişim Aşamalarını Belirleme Formu	37
3.7.6. Motivasyonel görüşme planının oluşturulması	38
3.8. Araştırmanın Uygulanması	40
3.8.1. Müdahale ve kontrol grubunda araştırmanın uygulanması	41
3.9. Verilerin Analizi.....	42
3.10. Araştırmanın Etik Süreci.....	43
4. BULGULAR	45
4.1. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 Puanlarına İlişkin Bulgular	45
4.2. Öğrencilerin YYBÖ Puanlarının Grup İçi ve Gruplararası Dağılımına İlişkin Bulgular.....	49
4.3. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 Puanlarının Grupiçi ve Gruplararası Dağılımına İlişkin Bulgular.....	51
5. TARTIŞMA	61

Sayfa

5.1. <i>H₀₋₁</i> : “Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışı Üzerine Etkisi Yoktur”.....	61
5.2. <i>H₀₋₂</i> : “Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi Yoktur”	62
5.3. <i>H₀₋₃</i> : “Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yoktur”.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	89
EK-1. Örneklem Büyüklüğü İçin Yapılan Güç Analizi.....	90
EK-2. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dahil Edilecek CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi.....	91
EK-3. Katılımcı Bilgi Formu	93
EK-4. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği.....	94
EK-5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	96
EK-6. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.....	98
EK-7. Yeme Bağımlılığı Olan Öğrencilerde Değişim Aşamalarını Belirleme Formu...	101
EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	102
EK-9. Motivasyonel Görüşme Planı	104
EK-10. Katılım Belgesi.....	120
EK-11. Motivasyonel Görüşme Oturumları Örnek Öğrenci Görüşmesi	121
EK-12. Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı	127
EK-13. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı	129
EK-14. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı.....	130
EK-15. Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı.....	131

	Sayfa
EK-16. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Kullanım İzni.....	132
EK-17. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Kullanım İzni.....	133
EK-18. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Kullanım İzni	134
ÖZGEÇMİŞ	135

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Müdahale ve kontrol grubunun değişim aşamasına göre dağılımı	30
Çizelge 3.2. Öğrencilerin gruplara atanması için kullanılan randomizasyon listesi.....	30
Çizelge 3.3. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri.....	32
Çizelge 3.4. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 ön test ölçek puanlarının dağılımı	33
Çizelge 3.5. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeğinin değerlendirilmesi	36
Çizelge 3.6. $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO'ları için minimum değerler	39
Çizelge 3.7. Uzman görüşlerinin toplanması ve kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi.....	40
Çizelge 3.8. Motivasyonel görüşme protokolü.....	41
Çizelge 4.1. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı.....	46
Çizelge 4.2. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri	48
Çizelge 4.3. Öğrencilerin yeme bağımlılığı durumlarının dağılımı.....	50
Çizelge 4.4. Öğrencilerin gruplara göre SYBDÖ-II ve alt boyut puan ortalaması.....	52
Çizelge 4.5. Öğrencilerin gruplara göre SF-36 alt boyut puan ortalaması	57

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Konsort akış şeması.....	31
Şekil 3.2. Araştırma akış diagramı.....	34

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
1-β	Testin Gücü
d	Cohen's d Etki Büyüklüğü
F	Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi
GA	Güven Aralığı
n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
SS	Standart Sapma
t	Bağımsız t testi
\bar{X}	Ortalama
X^2	Ki-kare Testi
Kısaltmalar	Açıklamalar
MG	Motivasyonel Görüşme
SF-36	Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SYBDÖ-II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
YYBÖ	Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

1. GİRİŞ

Problem durumu/ konunun tanımı

Yeme bağımlılığı (YB), yüksek oranda yağ, şeker ve tuz içeren lezzetli yiyeceklerin homeostatik enerji gereksinimlerinin ötesindeki miktarlarda tüketilmesini sağlayan aşırı yeme davranışıdır (Cathelain, 2016). Bireyin hangi noktada yeme bağımlısı olduğu tartışılmakta olan bir konu olsa dahi, yağ, şeker ve tuzdan zengin ve karbonhidrat ağırlıklı yiyeceklerin ihtiyaç duyulandan daha fazla tüketilmesi bireye doygunluk hissi yaratmaktan çok bireyin ödül ihtiyacını karşılamaktadır ve bu durum yeme bağımlılığı davranışını güçlendirmektedir (Oktay, 2015). Yeme bağımlılığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Versiyonda (DSM-V) bozukluk olarak kabul edilmemiş olmasına rağmen değerlendirilmesi DSM-IV 'te yer alan madde bağımlılığı sınıflandırma kriterlerine dayanmaktadır (Gearhardt, 2016). Yeme bağımlılığı, maddenin tüketimi üzerindeki kontrol kaybı, maddeye yoğun istek duyma, olumsuz sağlık sonuçlarına rağmen maddeyi kullanmayı sürdürme gibi madde bağımlılığı bozuklukları için tanı ölçütlerini yansıtmak üzere tasarlanmış araçlarla değerlendirilmektedir (Pursey, 2014).

YB' nin depresyona eğimli olan bireylerde daha sık ortaya çıktığı belirlenmiştir (Borisenkov, Tserne and Bakutova, 2018; Burrows ve diğerleri, 2018). Sıklıkla stres altında olan ve yüksek oranda depresyon yaşayan üniversite öğrencileri de bu gruplardan biridir (Saleh ve diğerleri, 2017). Yeme bağımlılığı üniversite öğrencilerinde (%24) genel popülasyona göre (%20) daha yaygındır (Najem, 2020; Pursey, 2014). Yeme bağımlılığı olan üniversite öğrencilerinde uyku kalitesinde bozulmalar, anksiyete ve depresyona yatkınlık ve daha fazla sedanter yaşam davranışları görülmektedir (Romero-Blanco, 2021). Üniversite öğrencilerinde yeme davranışındaki değişikliklerin olası nedenleri, ders yükündeki önemli artış, ebeveynlerden ayrı bir hayata başlamanın getirdiği yaşam tarzı değişikliklerdir (Kaleli ve diğerleri, 2017). Bu durum anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlar ve obezite, hiperlipidemi gibi fiziksel sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. (Burrows ve diğerleri, 2018; Pedram ve diğerleri, 2013). Üniversite yaşamının getirdiği zorlukların yanında hemşirelik derslerinin yükü, derslerde klinik ve teorik eğitimin birlikte olması gibi etmenlerden ötürü hemşirelik öğrencileri stres yaşamaktadırlar (Jeong and Park, 2015; Pulido-Martos ve diğerleri, 2012, Salah, 2018). Klinik eğitim sırasında hemşirelik öğrencileri uygunsuz beslenme alışkanlıkları ve aşırı

miktarda yemeyi içerebilen sağlıksız bir yaşam tarzına sahip olabilmektedirler (Park ve Park, 2014). Bu durum okulu bırakmalarına veya yetersiz hemşirelik bakımı sağlamalarına neden olabilmektedir (Park ve Jang, 2010). Yaşam tarzında meydana gelen tüm bu değişiklikler hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesini de etkilemektedir. Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin yeme alışkanlıklarının düzensiz olduğu ve %7,1'nin yeme bağımlılığı tanısal kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir (Hong ve diğerleri, 2020). Benzer biçimde Koreli hemşirelik öğrencileriyle yapılmış bir çalışma hemşirelik bölümü öğrencilerinin gece yeme davranışı gösterdikleri, %35,7'sinin uyumadan önce bisküvi, kek tarzında yiyecekleri daha sık tükettikleri ve yetersiz fiziksel aktivite gösterdikleri belirtilmektedir (Park ve diğerleri, 2015; Yılmaz ve Ayhan, 2017). Bu tür sağlıksız davranışların uygulanması yaşam tarzı alışkanlıkları olarak bu davranışların yerleşmesine yol açabilmekte ve daha sonraki yaşamda obezite, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi fiziksel rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Kim, Kim and Jung, 2012). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinin ilk yılından itibaren sağlığı koruma ve geliştirmenin önemini bilmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergilemeleri beklenmektedir (Açıksöz, 2013). Yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin teorik anlamda ödevlerinin fazla olması, teorik ve klinik ortamdaki yoğunluk, boş zaman alanlarının olmaması, uyku, dinlenme ve beslenme alışkanlıklarınının yeterli olmaması gibi durumlar yaşam tarzlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Arronqui ve diğerleri, 2011, Ünalın, 2007). Bu anlamda öğrencilerde sağlığı teşvik edici davranış stratejileri geliştirilmeli ve devamlılığı sağlanmalıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde kullanılan yöntemlerden biri Motivasyonel görüşme (MG)'dir. MG, farklı örneklem grubunda uygulanan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmada tercih edilen bir iletişim tekniği olarak karşımıza çıkmaktadır (Chiang ve diğerleri, 2019; Hosseini ve diğerleri, 2016). Yeme bağımlılığı beraberinde birçok sağlık problemlerini getiren, yaşam kalitesini etkileyen önemli bir durumdur. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri yeme bağımlılığı tanısal kriterleri karşılayan öğrencilerin belirlenmesinde ve bu bireylere sağlıklı beslenme davranışlarını geliştirmek için psikososyal müdahalelerle danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli role sahiptir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı, yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi grupla motivasyonel görüşmenin yeme davranışına, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Araştırma hipotezleri

H₀₋₁: Motivasyonel görüşmenin hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışı üzerine etkisi yoktur.

H₀₋₂: Motivasyonel görüşmenin hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi yoktur.

H₀₋₃: Motivasyonel görüşmenin hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

Araştırmanın önemi

Genç yetişkinlik dönemi gençliğin sonlarından yirmili yaşlara doğru olan 18-25 yaş aralığını kapsayan bir dönemdir (Arnett, 2000). Çoğu üniversite öğrencisi için bu süreç kişinin kendi hayatının sorumluluğunu üstlendiği bir dönemdir. Bu dönem gencin bağımsız yaşaması için evden ayrıldığı, yoğun ders çalışma saatleri, sosyal ilişkilerdeki değişimler, iş arama süreçleri gibi zorlamalarla karakterize bir dönemdir. Yaşamdaki bu köklü değişimler, üniversite öğrencisinin temel yaşam alışkanlıklarında da değişimler yaratmaktadır. Çoğu üniversite öğrencisi bu dönemde fiziksel aktivitede azalma, uyku düzeninde bozulma, alkol, sigara kullanımı artışı ve kilo problemleriyle karşı karşıya olma sorunları yaşamaktadır (Assaf, 2019). Bu dönemde ortaya çıkabilen sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları sadece fiziksel sağlığı etkilemekle kalmayıp aynı zamanda ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir (Burrows, 2018). Hemşirelik alanında teorik derslerin fazla olması, teorik bilgi ve birikimlerin kliniğe entegre edilmesi, öğrencilerin boş zamanlarının yeteri kadar olmaması hemşirelik öğrencilerinin yaşam tarzlarını olumsuz etkilemekte (Arronqui ve diğerleri, 2011) ve strese yol açmaktadır (Alzayyat ve Al-Gamal, 2014; Jeong ve Park, 2013). Stres ve depreyonun yeme bağımlılığını, yeme bağımlılığının ise obeziteyi etkilediği

belirtilmektedir (Hong ve diğeri, 2020). Hong ve diğeri (2020), hemşirelik öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada öğrencilerin %7,1'inin yeme bağımlılığı davranışı gösterdiği saptanmıştır (Hong ve diğeri, 2020). Yeme bağımlılığı depresyon ve anksiyeye belirtileri ile ilişkili olmakla birlikte (Chao, 2017; Gearhardt ve diğeri, 2009a) fiziksel sağlık üzerine etkileri de mevcuttur.

Bu dönem, öğrencilerin beslenme düzenlerinde bağımlı davranışa yatkın olma, fiziksel hareketsizlik yaşama gibi riskli sağlık davranışlarına karşı oldukları bir değişim dönemidir. Bu nedenle öğrencilere yönelik müdahalelerin yapılması önemlidir (Dietz ve diğeri, 2020). Sağlıklı yaşam davranışları olmayan öğrenciler, sağlıklı yaşam davranışları olan öğrencilere göre 2.44 kat daha fazla yeme bağımlılığı risk altındadır (Kim, Kang ve Shin, 2021). Bu dönemde oluşan sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları, sonraki yaşamda sağlık üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabildiğinden sağlıklı beslenme alışkanlıklarını pekiştirmek önemlidir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yeme bağımlılığı riski ile ilişkileri göz önüne alındığında, yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı beslenme davranışı kazandırmak için psikososyal müdahalelerin önemli olduğu sonucuna varılmaktadır. Bu psikososyal müdahalelerden biri olan motivasyonel görüşme (MG)'nin kilo ile ilgili davranış değişikliklerinde etkili olduğu yapılan metaanaliz çalışmaları ile kanıtlanmıştır (Armstrong, 2011; Lundahl, 2010).

Bu araştırmada yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde motivasyonel görüşmenin yeme davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi belirlenmiştir. Literatürde yeme bağımlılığı olan üniversite öğrencilerinde daha çok tanımlayıcı tipte çalışmalar olup yapılan çevrimiçi grupla müdahale tipi çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızın literatüre katkı sağlanması beklenmektedir. Üniversite döneminde yeme bağımlılığı olan bireylere MG gibi psikososyal müdahale programları uygulanarak sağlıklı beslenme davranışı kazandırılmasının, ilerleyen dönemlerde oluşabilecek riskli durumları engelleyebileceği düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

- Araştırma sonuçları sadece bu çalışma grubundaki hemşirelik öğrencilerine ilişkin bulguları ile sınırlıdır.
- Araştırmada katılımcı ve araştırmacı körlemesi yapılamamıştır.

Tanımlar

Yeme Bağımlılığı: Beslenme için gerekli enerji ihtiyaçlarının ötesinde yüksek oranda yağlı, şekerli ve tuzlu gıdaların tüketilmesine yönelik duyulan doyumsuz bir yeme davranışıdır (Cathelain, 2016).

Motivasyonel Görüşme: Kişide içsel motivasyon sağlayıp, ambivalans yaratarak danışanın çözümlmelerine yardımcı olan danışan odaklı bir tekniktir (Miller ve Rollnick, 2002).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bağımlılığı

“Yeme bağımlılığı” kavramı ilk olarak, 1956 yılında bağımlılık potansiyeli olan mısır, patates, çikolata, kahve, süt ve yumurta tüketiminin olduğu bir dönemde Randolph tarafından belirtilmiştir (Randolph, 1956). İlerleyen yıllarda, yüksek kalorili yiyecekler ile şeker içeriği yüksek olan yiyeceklerin bağımlılık yapma potansiyeline sahip olduğu görüşü geliştirilmiştir (Avena, Rada ve Hoebel, 2008).

Yeme bağımlılığı kavramı dünya çapında obezite prevalansındaki artışı takiben, psikolojik faktörlerin kilo alımı üzerine etkilerinin anlaşılmasına yardımcı olduğu için önem kazanmıştır (Brownell ve Gold, 2013; Finucane ve diğerleri, 2011; Ogden ve diğerleri, 2012). Madde bağımlılığı ile lezzetli yiyeceklerin aşırı tüketimi arasında bağlantı kurulmuştur. Çalışmalarda farelerin şeker ve belirli yiyeceklere aralıklı erişimleri olduğunda (Avena, Rada ve Hoebel, 2008) veya yağ ve şeker oranı yüksek besin aldıklarında (Johnson and Kenny, 2010) madde kullanımıyla benzer nörokimyasal değişimler gösterdiği saptanmıştır.

2.1.1. Tanımı ve tanı ölçütleri

Yeme bağımlılığı, beslenme için gerekli enerji ihtiyaçlarının ötesinde yüksek oranda yağlı ve şekerli gıdaların tüketilmesine yönelik doyumsuz bir istek duyma veya homeostatik enerji gereksinimlerinin ötesinde lezzetli yiyeceklerin (tuz, yağ ve şeker oranı yüksek yiyeceklerin) tüketilmesini içeren hedonik yeme davranışı olarak tanımlanmaktadır (Cathelain, 2016). Yeme bağımlılığı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. versiyonu (DSM-V) nda bozukluk olarak kabul edilmemiştir. Yeme bağımlılığını değerlendiren bir araç olan Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'nin değerlendirilmesi DSM-IV 'te yer alan madde bağımlılığı sınıflandırma kriterlerine dayanmaktadır (Gearhardt, 2016). Yeme bağımlılığı; maddeye tolerans gelişmesi, maddeye karşı yoksunluk, olumsuz sağlık sonuçlarına rağmen maddeyi kullanmaya devam etme, madde kullanımına bağlı başarısız girişimler, madde için önemli faaliyetlerden vazgeçme, maddeyi amaçlanandan fazla tüketme, madde kullanmaya yönelik zaman harcama gibi 7 tanısal kriterden en az 3'ünü karşılamış olma ve klinik olarak

anlamlılığa sahip olma ölçütünü karşılayan araçlarla değerlendirilmektedir (Purseley, 2014). Bu tanısal kriterler aşağıda açıklanmıştır.

Tolerans; istenilen bir etkiyi elde etmek için daha fazla miktarda madde tüketilmesi gerektiğinde veya maddenin sürekli kullanımından sonra etkisinin azalması durumunda ortaya çıkmaktadır (APA, 2000). Yemek tüketimine ilişkin tolerans veya yoksunluk üzerine çok az araştırma yapılmıştır. Bedenin gelen besinlere hazırlanmasına yardımcı olmak için, yiyecek ile ilgili uyarılar sefalik insülin salgılanmasını tetiklemektedir. Sefalik insülin salgılanması, kan akışındaki glikoz seviyesini azaltmakta ve bu durumda istenen etkileri elde etmek için daha fazla şeker tüketimine ihtiyaç duyulmasına neden olabilmektedir (Woods, 1991). Brown ve diğerleri (2007), Bulimia Nervosa tanılı hastalarda hastalık süresi ilerledikçe tıknırcasına yemek yemenin daha sık hale geldiğini ve tıknırcasına tüketilen besin miktarında artış olduğunu bulmuştur. Ancak toleransın bağımlılık yapıcı niteliklere sahip olduğu varsayılan belirli yiyecek türlerine özgü olup olmadığını belirlemek için çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Geri çekilme (yoksunluk); bir maddenin yoksunluk dönemlerine veya tüketimde azalmaya yanıt olarak fizyolojik veya bilişsel semptomların gelişmesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000). Sharma ve diğerleri (2013), yüksek yağlı yiyeceklerle beslenen farelerin, diyetlerini bıraktıktan sonra daha fazla kaygı belirtisi gösterdiğini ve bazal kortizon düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir. Lent ve Swencionis (2012), bariatrik cerrahi adaylarından oluşan örneklemelerinde, bağımlılık puanı yüksek puan alan bireylerin, yiyecekleri yanında olmadıklarında daha endişeli hissettiklerini bildirmişlerdir. Markus ve diğerleri (2017), son bir yıl en az bir Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği semptomu yaşadığını bildiren 1414 katılımcı arasında %9,5'inin "yoksunluk" semptomu gösterdiğini belirtmiştir.

Kontrol kaybı; bir maddenin başlangıçta amaçlanandan daha fazla miktarlarda veya daha uzun süreler boyunca sık sık tüketilmesi ile ortaya çıkmaktadır (APA, 2000). Bu durum olağandan çok daha hızlı yemek yeme, rahatsızlık verene kadar yemek yeme, aç olmadan yemek yeme ve aşırı yeme dönemlerinden sonra tiksinti, depresyon veya suçluluk duyguları yaşama ile karakterizedir (APA, 2000). Aşırı miktarda yağ ve/veya şeker içeren yiyeceklerin tüketilmesi aşırı yemeyi tetikleyebilmektedir (Vanderlinden, 2001). Beslenme ve kilo ile ilgili endişeye rağmen, çok sayıda insan için yemek yemeyi kontrol altına almak zordur. Besin tüketiminin büyük porsiyonlar gibi fiziksel özelliklerin ötesinde bulunan faktör vardır,

ancak çevresel faktörler tarafından tetiklenebilecek bağımlılık yaratan süreçlerin oynadığı herhangi bir faktör dikkatli bir şekilde incelenmelidir (Gearhardt, Corbin ve Brownell, 2009a).

Tekrarlanan başarısız girişimler; belirli yiyecekleri tüketmeyi azaltma veya tüketmeyi bırakma isteği toplumlarda genel olarak yaygın görülen bir durumdur. Zayıflama için belirli yiyecekleri kısıtlama durumu yaşamın erken dönemlerinde başlayabilmektedir (Maloney, 1989). Yeme bağımlılığında tekrarlanan başarısız girişimler tanı ölçütüne ilişkin araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Erişmek için gerekli faaliyetlerde zaman harcama; yüksek kalorili, besin değeri düşük yiyecekler kolay ve ucuza elde edildiğinden dolayı, madde bağımlılığı için bu kriter yeme bağımlılığında karşılanamaz (APA,2000). Bu tanısal kritere örnek olarak bulimia nervosa veya tikanırcasına beme bozukluğu olan bireyler, genelde gizli olarak ve bir çoğu fiziksel ve psikolojik sıkıntı yaratan aşırı yiyecek tüketiminin duygusal sonuçlarıyla uğraşmak için fazla zaman harcamaktadırlar (APA, 2000).

Diğer önemli faaliyetlerden vazgeçme; kilo artışı önemli yaşam aktivitelerinde azalma ile ilişkilidir. Aşırı yiyecek tüketimi ve obezite, sosyal faaliyetlerde sınırlılıklara neden olabilmektedir (Puhl, 2013; Puhl, 2007). Çalışmalarda katılımcıların sağlıklı yiyecekler yerine sağlıksız yiyecekleri tüketmeyi veya hareketsiz aktivitelere katılmayı seçtiği tespit edilmiştir. Ayrıca obez bireyler, normal beden kitle indeksine sahip katılımcılara oranla sağlıksız yiyecekleri yemek için önemli ölçüde daha fazla zaman ayırabilmektedirler (Saelens, 1996). Bu nedenle, yüksek oranda yağlı ve şekerli yiyecekleri tüketme dürtüsü özellikle aşırı tüketime eğilimli olanlar için, diğer önemli faaliyetler yerine sıklıkla tercih edilebilmektedir.

Fiziksel veya psikolojik sorunlara rağmen kullanıma devam etme, şeker içeriği yüksek olan ve lezzetli yiyeceklere maruz kalan hayvanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, alınan elektrik şokuna rağmen farelerin sürekli olarak bu yiyecekleri tüketmeye devam ettiği gözlenmiştir (Taylor ve diğerleri, 2010). İnsanlar üzerinde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kalp sağlığı üzerine yapılan büyük bir klinik araştırma bağlamında, katılımcılara çalışma süresince çikolatadan uzak durmaları talimatı verilmiştir. 1200 katılımcıdan 139'u

çikolatadan uzak duramayacakları için çalışmadan çıkarılmıştır (March, 2006). Yapılan çalışmalar doğrultusunda bu kriterin karşılandığı söylenebilmektedir.

Klinik olarak önemli bozukluk veya sıkıntı; yeme bağımlılığı kriterlerinin birlikte ne ölçüde ortaya çıktığını veya bu semptomların neden olduğu sıkıntı veya bozulma düzeyi doğrudan ele alınmamış olmasına rağmen, mevcut araştırmalardan yeme ve kilo kontrolündeki sorunların neden olduğu sıkıntıya dair bazı belirtiler çalışmalarda görülmektedir. Schwartz ve diğerleri (2006); 4283 kişilik örnekleminde, %46'sının obez olmak yerine yaşamlarının bir yılını vereceğini; %15'i 10 yıllık yaşamdan vazgeçeceğini, %30'u boşanmayı tercih edeceğini; %25'i çocuk sahibi olamamayı, %14'ü ise alkolik olmayı tercih edeceğini belirtmiştir. Ayrıca, tekrarlayan başarısız girişimler, kontrol kaybı ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanmaya devam etme gibi kriterlerin birçoğunun bir arada olacağı ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyeceği ileri sürülmüştür.

2.1.2. Epidemiyolojisi

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ) kullanılarak belirlenen yeme bağımlılığı prevalansı literatürde çok sayıda popülasyonda çalışılmıştır. Yapılan bir sistematik derlemede yeme bağımlılığı prevalansı yetişkin genel popülasyonda %0 ile %25,7 arasında değişkenlik göstermiştir (Penzenstadler, 2019). Erkeklerle (%6,7) karşılaştırıldığında, kadınlar (%21,3) önemli ölçüde daha yüksek prevalans göstermiştir (Carr, 2017; Pedram, 2013; Pursey, 2014).

Literatürde yeme bağımlılığının yaygınlığı çeşitlilik göstermektedir. İlgili çalışmaların yaklaşık %30'u yeme bağımlılığı prevalansını %5 ile %10 arasında bulmuştur (Brunault, 2014; Gearhardt, 2013; Mason, 2013; Meule, 2012). Najem ve diğerleri (2020) nin, 644 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirdikleri bir çalışmada yeme bağımlılığı prevalansı %10,1 iken, hemşirelik lisans öğrencileriyle yapılan farklı bir çalışmada prevalans %6,4 olarak bulunmuştur (Najem, 2020; Romero-Blanco, 2021). Obregón (2015), yeme bağımlılığı prevalansını öğrencilerde %11 bulurken, Pedram (2013) çalışmasında %8,8 olduğunu belirtmiştir. Sistematik derleme sonucuna göre, 35 yaşından küçük genç yetişkinler için yeme bağımlılığı prevalansı %7,8 ile %25 arasında değişmekte ve ortalama olarak %17 olarak belirlenmiştir (Pursey, 2014).

Gearhardt ve diğeri (2009) yaptıkları çalışmada yeme bağımlılığının en çok rastlanan tanısal ölçütlerinin sırasıyla 'yineleyen başarısız girişimler (%71,3), rahatsızlıklara neden olmasına rağmen devam ettirme durumu (%28,3) ve yeme davranışına başlama/davranışın sona erişti sırasında fazla zaman harcama (%24,0) olduğunu belirtmiştir (Gearhardt ve diğeri, 2009).

2.1.3. Risk faktörleri

Yüksek düzeyde şeker ve yağ içeren besinler

Şeker bağımlılığı, bağımlılık yapan maddenin belirli besin şekeri olduğu yeme bağımlılığı modelinin özel bir durumunu temsil eder. Hayvan modellerinden elde edilen çalışmalar yeme bağımlılığı tanısal kriterlerini karşılamak için yüksek oranda yağlı (Bocarsly, 2011), şekerli (Avena, Bocarsly and Hoebel, 2008) ve büyük oranda yüksek yağ ve şeker içeren besinleri (Johnson and Kenny, 2010) aşırı düzeyde yemeyi desteklemektedir. Fowler ve diğeri (2014), bariatrik cerrahi sonrası madde kullanım bozuklukları gelişen bireylerin, tokluk glikoz seviyeleri artışına neden olacak besinlerle ilgili problem yaşama olasılığının daha yüksek olacağını bildirmişlerdir. Bunun için Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'nde listelenen yiyecekleri kullanmışlar ve bunları glisemik indeksler (GI), yağ ve şeker içeriğine göre sınıflandırmışlardır. Bulgular, yüksek GI ve yüksek şekerli, düşük yağlı gıdaların, hastalarda ameliyat sonrası madde kullanım olasılığını arttırdığını göstermiştir (Fowler, 2014). Çalışma sonucunda hastaların daha önce teşhis edilmemiş yeme bağımlılığından kaynaklanan 'bağımlılık aktarımı' yaşamış olabileceği sonucuna varmıştır. Kokain bağımlısı bireyler üzerinde yapılan bir araştırma, bireylerin yemekten hoşlanma ve isteklerinin kokainden bile daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır (Goldstein, 2010). Belirli besinlere aşermeler ile madde aşermeleri arasında önemli bir örtüşme vardır (Lustig, 2010; Nair, 2009) ve hayvan çalışmaları, şeker gibi tatlılığın, kokain gibi bağımlılık yapan uyuşturucularından bile daha fazla tercih edildiğini göstermektedir (Morales, 2012). Şeker tüketmek, kokaine benzer etkiler yaratarak, ödül ve haz uyandırma yeteneği yoluyla duygudurumu değiştirerek, kişide şeker aramaya yol açmaktadır (Ahmed, 2013). Bazı çalışmalarda şeker oranı yüksek besinlerin ilaca benzer psikoaktif etkiler ürettiğini göstermiştir (Ahmed, 2013; Rose, 2010). İnsanlar üzerinde yeterli çalışma olmamasına rağmen, hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda işlenmiş besinlerin bağımlılık benzeri yeme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Avena ve diğeri (2012) aşırı şeker alımının

nörokimyasal (NAc'de dopamin ve asetilkolin salınımının artması) ve davranışsal (yoksunluk döneminden sonra şeker alımının artması ve kötüye kullanılan ilaçlara karşı çapraz duyarlılık oluşması) bağımlılık belirtilerine neden olduğunu göstermiştir (Avena, 2012).

Obezite

Tüketilen gıdalar genellikle lezzetli, şeker ve yağ oranı yüksek olduğu için 'hedonik' beslenme olarak adlandırılan aşırı yeme, obezitenin önde gelen nedenidir. Obeziteye neden olan önemli bir faktör, lezzetli yiyeceklerle ilişkili görüntüler, kokular tarafından ortaya çıkan aşırı yemedir (Stice ve diğerleri, 2013; Tang ve diğerleri, 2012). Obez ve fazla kilolu insanlar, yiyecek isteklerine yanıt olarak daha fazla yeme aşermesi yaşadığını bildirmekte ve daha büyük porsiyonlar tüketmektedir. Obezite cerrahisi olmak isteyen obez bireylerde %40 oranında yeme bağımlılığı prevalansı görülmüştür (Meule, 2014). Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği tarafından değerlendirildiğinde, obezitesi olan bireyler, obez olmayan popülasyonlara kıyasla daha yüksek yeme bağımlılığı oranlarına sahiptir (Meule, 2014). Bu bağlamda davranış ile kilo alımı arasında potansiyel bir ilişki olabileceği söylenebilir.

Genetik yatkınlık

Genetik araştırmalar ödül sisteminin temel işlevi olan dopamin üzerinde yoğunlaşmıştır. Dopamin rolünü regüle eden farklı genler bulunmakla beraber A1 aleli geniyle ilişkili çalışmalar mevcuttur. Literatürde A1 aleli geni olan kişilerin fazla miktarda yiyeceğe özlem duyduğu ve yiyeceklerle çok meşgul oldukları, aşırı yemek yedikleri gösterilmiştir (Epstein, 2007). Yapılan bir çalışmada A1 aleli geni ile yiyeceklerin ödül beklentisi arasında ilişki bulunmuş, yiyeceklere olan isteği artmış kişilerde A1 aleli geni olduğu görülmüştür (Epstein, 2004).

Fareler üzerinde yapılan bir çalışmada Dopamin taşıyıcı (DAT) geninde olan bozukluğun sinaptik dopamin artışına ve enerji alımı ile birlikte lezzetli yiyeceklerin tüketiminde artışa neden olduğu belirlenmiştir (Pecina, 2003). Başka bir çalışmada yüksek oranda yağ içeren besinlerle beslenen farelerin düşük yağlı diyet alanlara göre ventral bölgelerinde DAT yoğunluğunda azalma olduğu belirlenmiştir (South, 2008).

Kişilik özellikleri

Yeme bağımlılığı, duygudurum bozuklukları, duygu düzenleme bozukluğu, strese yatkınlık, benlik saygısında azalma ve negatif duygudurum ile ilişkilidir (Davis ve diğerleri, 2011; Gearhardt ve diğerleri, 2012). Bu tür durumlar, duygusal sıkıntının artmasıyla birlikte bir başa çıkma stratejisi olarak aşırı yeme davranışını ortaya çıkarabileceğini düşündürmektedir (Nunes ve Rounsaville, 2006).

Yeme bağımlılığı ile dürtüsellik ve yalnızlık arasında da ilişki bulunmuştur. Velazquez-Sanchez ve diğerleri (2014), yüksek dürtüsel özellik gösteren farelerde bağımlılık benzeri davranışları öngörüp öngörmediğini öğrenmek için bir çalışma yürütmüştür. Dürtüsel özelliği yüksek olan fareler, düşük olan farelerle karşılaştırıldığında dürtüsel özelliği yüksek fareler, aşırı yiyecek alımı, yiyecek için artan motivasyon ve kompulsif benzeri yeme gibi bazı bağımlılık benzeri davranışlar göstermiştir. Zeeck ve diğerleri (2010), yalnızlık yaşayan bireylerde ve utanç duygularının tıknircasına yeme davranışına yol açtığını; Jaremka ve diğerleri (2015) yalnızlık ve açlık arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir.

2.1.4. Klinik

Yeme bağımlılığını değerlendirmek için tasarlanmış bir araç olan Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ) madde bağımlılığının yeme davranışına uygulanabilmesi tüm DSM-IV doğrultusunda 2009 yılında geliştirilmiştir. YYBÖ, bir yeme bağımlılığı semptom skoru ve tanı dahil olmak üzere iki puanlama seçeneği kullanılmaktadır. Katılımcılara, DSM-IV tanı ölçütlerinin sayısına karşılık gelen sıfırdan yediye kadar bir semptom puanı verilmektedir. Ek olarak, DSM-IV' ün madde bağımlılığı teşhisi doğrultusunda hazırlanmış olup, üç veya daha fazla tanısal kriteri gösteren ve klinik bozulma ile eşlik edilmesi yeme bağımlılığı tanısı için yeterlidir (Gearhardt, 2011). Ölçek, yeme bağımlılığı ile birçok ilgili araştırmada kullanılmış ve farklı dillerde geçerliği-güvenirliği yapılmıştır. Araç, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV (DSM-IV)' te belirtildiği gibi madde bağımlılığı semptomlarına benzeyen kriterler altında belirlenmiş 27 maddelik bir ankettir. Ölçek; tüketim üzerindeki kontrol kaybı, ısrarlı istek duyma veya yinelenen başarısız girişimler, fiziksel ve psikolojik sorunlara rağmen kullanmayı sürdürme ve klinik olarak önemli bozulma veya sıkıntı gibi belirli kriterleri değerlendiren maddeleri içermektedir.

YYBÖ'nin tanısal ölçütlerini karşılayan bireyler daha fazla tıkanırmasına yeme atakları göstermiştir (Davis, 2011). Yeme ipuçlarına yanıt olarak ödül devresinde (anterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks ve amigdala) yüksek aktivasyon ve yiyecek alımına yanıt olarak inhibitör bölgelerde (medial orbitofrontal korteks) azalmış aktivasyon göstermişlerdir (Gearhardt, 2011).

2.1.5. Tedavi

Şeker ve yağ bakımından zengin yiyeceklerden kaçınmayı teşvik eden stratejiler, kişide aşırı yemeyi tetikleyen hazırlama etkilerini azaltmaya yardımcı olabilmektedir (Yau, 2014). Madde bağımlılığında yer alan davranışsal ve farmakolojik tedaviler yeterli olmasına rağmen yeme bağımlılığı için etkililikleri yeterli çalışmalarla desteklenmemiştir (Gearhardt ve diğerleri, 2012). Yeme bağımlılığı ve diğer bağımlılık yapan davranış biçimleri arasında benzerlik olduğundan dolayı yeme ile ilgili problemleri çözmek için diğer bağımlılık alanlarında uygulanabilir motivasyonel görüşmeler, bilişsel-davranışçı terapi, gibi yaklaşımlarda uygulanabilir (Gearhardt ve diğerleri, 2011). Olası tedavi ve yaklaşımlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

Farmakolojik tedavileri; literatürde yeme isteklerini, aşırı yemeyi veya tıkanırmasına yeme ataklarını azaltmaya yardımcı olabilecek dopamin ve endojen opioidler gibi terapötik hedefler belirlenmiştir. İnsanlar üzerinde bulguların etkileri yeterli çalışmalarla desteklenmemiştir. Tıkanırmasına yeme ataklarında, kilo ile ilişkili özellikleri hedeflemede seçici seratonin geri alım inhibitörlerinin kullanımı desteklenmesine rağmen bu ilaçların etkililiği yetersizdir (Guerdjikova ve diğerleri, 2008; Reas ve Grilo, 2008)

Bilişsel davranışçı terapi; problem odaklı yarı yapılandırılmış bir psikoteknik olan bilişsel-davranışçı terapi (BDT) madde kullanım bozukluğu tedavisinde olumlu sonuçlar sağlamıştır (Aharonovich ve diğerleri, 2003; Waldron ve Kamner, 2004). BDT, işlevsel olmayan duygulara, uyumsuz davranışlara ve bilişsel süreçlere, onları uyarlayıcı davranışlar ve bilişsel süreçlerle değiştirmeyi amaçlayan amaca yönelik, açık sistematik bir yaklaşımdır. Literatürde spesifik olarak yeme bağımlılığına yönelik uygulanan BDT yaklaşımına rastlanmamakla birlikte, pek çok klinisyen tarafından yeme ile ilgili rahatsızlıkları olan hastalarda sıklıkla BDT tekniklerinin kullanılacağı belirtilmektedir (Mitchell ve diğerleri, 2007; von Ranson ve Robinson, 2006). Bilişsel davranışçı grup terapisinin yeme

bozukluğu olan kadınlarda beden imajını, güvenli bağlanmayı ve duygu düzenlemesini iyileştirdiği görülmüştür (Rahmati ve Borjali, 2022). Grupla ve bireysel yapılan BDT'nin tıkanırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde beden algısı, yeme ve kilo ile ilgili endişeleri azalttığı, aşırı yemek yemeyi ve atakların sayısında azalma olduğu çalışmalarla desteklenmiştir (Devlin ve diğerleri, 2007; Munsch ve diğerleri, 2007).

Diyalektik davranış terapisi (DDT); borderline kişilik bozukluğunun tedavisi, depresyon, madde kötüye kullanımı ve yeme bozuklukları gibi çeşitli ruhsal sağlık sorunlarını tedavi etmek için kullanılmıştır (Lynch ve diğerleri, 2006). Bu terapiye göre tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireyler, duygusal durumlarıyla etkin başa çıkamadıkları için yiyecekleri duygusal sıkıntılardan kaçınmak için bir araç olarak kullandığını öne sürer (Wiser ve Telch, 1999). DDT, kişilere duygu düzenleme kontrolünü sağlamayı ve distres tolerans becerilerini öğretmeyi amaçlar. Bundan ötürü yiyeceğe olan bağımlılık azalmaktadır (Wiser ve Telch, 1999). DDT, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireyler için farkındalık becerileri, duygu düzenleme ve distres toleransı modüllerini içermektedir. DDT, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde yeme ataklarını azaltmada etkili olduğuna ilişkin çalışmalar mevcuttur (Safer ve diğerleri, 2010; Telch ve diğerleri, 2000).

Kendi kendine yardım; kendi kendine yardım gruplarının amacı, katılımcıların kendilerini güçlenmiş hissetmeleri ve grup katılımcılarına benzer deneyimlere sahip bireyler tarafından akran desteği sağlanmasıdır. Kendi kendine yardım modelini kullanan diğer bağımlılıklara yönelik tedaviler, topluluk deneyimlerini geliştirmek için kişilerarası ilişkilere odaklanma ve kişisel düzeyde büyüme için spiritüel gibi temel unsurları ve stratejileri içermektedir (Moran, 2012). Kendi kendine yardım, tedaviye ihtiyacı olan bireylerin daha geniş popülasyona yayılmasını kolaylaştırabilmekte ve kendi kendine yardım kitaplarıyla grup formatında, internet gibi çeşitli medya aracılığıyla yayılabilmektedir (Kessler, 2009; Ljotsson ve diğerleri, 2007). Kendi kendine yardım gruplarının alkol ve madde ile ilgili diğer bağımlılıkların iyileşmesinde yardımcı olduğunu gösteren çalışmalar yetersizdir (Ferri, 2006). “Şeker bağımlılığı” konusunda popüler kendi kendine yardım kitabı yazılmasına rağmen (Des Maisons, 2001), bunların yeme bağımlılığının tedavisinde etkisi henüz net değildir. Oysaki yeme bozukluğu olan bireyler psikoterapilerle birlikte alındığında kendi kendine yardım daha etkin olabilmektedir. Kendi kendine yardım sağlama, yeme bağımlılığı gibi aşırı yeme sorunları olan bireylerin çoğunluğu için aşamalı bir bakımda birinci basamak

müdahale olarak kabul edilebilmekte ve bu durumda bireylerin ihtiyaçlarını karşılayan kaynakların etkin bir şekilde ele alınmasını sağlamaktadır (Wilson ve diğerleri, 2000).

Motivasyonel görüşme (MG); değişime hazır olmayı hedefleyen bir teknik olan MG kararsızlığı keşfedip çözümlenmeye yardımcı olan danışan merkezli bir yöntemdir (Miller ve Rollnick, 2002). Motivasyonel yaklaşımlar kişinin kendi deneyimlerinin uzmanı konumunda yer alarak iyileşme sürecinde aktif rol oynamaktadır (Gusella ve diğerleri, 2003). Yoksunluk durumlarında motivasyon sağlamak ve nüksetme olasılığını azaltmak için MG gibi psikolojik tedavi seçeneklerinin geliştiği görülmüştür. Bu tedavi seçenekleri doğrudan veya dolaylı yol ile ödüllendirici uyaranlar üzerine bilişsel odaklanmayı ve mezolimbik ödül sistemini hedeflemektedir (Grosshans, 2011). MG ile ilgili yapılan çalışmalar yeme bozukluklarıyla ilgili bazı alanlarda etkili olmuştur. Yeme bozuklukları arasında, tedaviye başlama motivasyonundaki artışlara en dirençli olanın Anoreksiya Nervoza (AN) bozukluğudur (Geller, 2005) ve hastaların %30-50'sinin taburcu olduktan sonraki bir yıl içinde nüks ettiği, hastaneye yatış yüksek nüks oranları ile ilişkilidir (Castro-Fornieles, 2007). AN nedeniyle hastaneye yatışın ardından ayakta tedavide beslenme danışmanlığı (%53), bilişsel davranış terapisi (BDT) (%22) ve BDT ve Fluoksetin (%57) dahil olmak üzere farklı tedaviler için nüks oranları belirlenmiştir (Walsh ve diğerleri, 2006). Değişim motivasyonunun düşük olması nedeniyle hastaların tedaviye iyi yanıt veremeyebilecekleri düşünülmüştür (Treasure ve Schmidt, 2008). Buna göre, tedaviye uyumu artırmanın ve nüksü önlemenin bileşenlerinden birinin, değişim motivasyonunu artırmak olduğu söylenmiştir. Feld ve diğerleri (2001) anoreksiya ve bulimia nervozalı bireyler için dört saatlik grup uyarlanmış MG'yi değerlendirdiğinde, benlik saygısını artırdığı ve değişim için motivasyonu sağladığı ve depresyon semptomlarını azalttığı görülmüştür. Bu durum MG'nin sorunlu davranış üzerine olumlu etkiler gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Başka bir çalışmada tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde uygulanan MG'nin kendi kendine yardım tedavisine oranla daha etkili olduğu bulunmuştur (Dunn ve diğerleri, 2006).

2.2. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığı

Üniversite dönemi zaman ve çaba isteyen, yeni bir akademik ve sosyal hayata uyum sağlamayı gerektiren bir süreçtir. Uyum sağlama sırasında yaşanan fizyolojik stresin en yaygın biçimleri ders yükü, sosyal ilişkiler, kariyer planlama ve istihdam olanakları gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Kong ve Kang, 2012). Üniversite döneminin beraberinde

getirdiği fizyolojik stresle birlikte hemşirelik eğitiminin teorik ve klinik uygulama olarak birbirlerini tamamlayan süreçten oluşması, teorik bilgilerin klinik alanda uygulamaya dönüştürülmesini gerektiren zorlu bir süreçtir (Salah, 2018). Hemşirelik öğrencileri, gerek yoğun çalışma şartları ve klinik eğitimin ağır yükü nedeniyle gerekse bakımverici rolünden ötürü büyük stres altındadırlar (Alzayyat ve Al-Gamal, 2014; Jeong ve Park, 2013). Yaşadıkları stres nedeniyle uyum sağlamakta zorlanabilmekte ve bu nedenle pek çok fiziksel ve ruhsal semptomlar yaşayabilmektedir (Behere ve diğerleri, 2011). Sağlık alanı dışı dallardaki öğrencilerle karşılaştırıldığında, depresyon hemşirelik öğrencilerinde stresle yüksek oranda ilişkilidir (Cha ve Lee, 2014). Koreli hemşirelik öğrencilerinde yapılmış bir araştırma, %20-30' unun değişen şiddet derecelerinde depresyon yaşadığını bildirmiştir (Jeong ve Park, 2013). Artan stres ve depresyon için uygun müdahale verilmediği durumlarda, meslekten doyum sağlama, kişilerarası ilişkilerde bozulma okulu bırakma veya yetersiz hemşirelik bakımı verme davranışları ortaya çıkabilmektedir (Park ve Jang, 2010).

Sağlıkla ilgili alanlarda uzmanlaşan öğrencilerin, diğer alanlara göre yeme bozukluğuna sahip olma olasılığı daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bang ve diğerleri, 2010; Hwang, 2009). Yoğun iş yükünden dolayı hemşirelik öğrencileri genellikle klinik eğitim sırasında sağlıksız beslenme alışkanlıkları, aşırı yemeyi içeren düzensiz bir yaşam tarzına sahiptir (Park and Park, 2014). Yapılan bir çalışmada, Koreli üniversite öğrencileri, kolay ulaşılabilir olduğu için fast food yiyecekleri tercih etmeye daha fazla eğilimli oldukları belirlenmiştir (Choi ve Hong, 2015). Koreli hemşirelik öğrencilerinin %33,9' unda aşırı yeme davranışı ile yeme bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir (Lee and An, 2016). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda yeme bağımlılığı oranı %6-10,3 arasında değişmektedir (Lewis ve diğerleri; 2015a; Lewis ve diğerleri; 2015; Zhiping ve Michael, 2016). Yeme bağımlılığı, obezite gibi fiziksel rahatsızlıklara ve depresyon, duygulanım bozukluğu gibi ruhsal sorunlarla ilişkili bulunmuştur (Hong ve diğerleri, 2020). Tüm bu bilgiler ışığında yeme bağımlılığının etkilerini bilmek ve uygun şekilde yönetmek önemlidir.

Üniversite dönemi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsendiği önemli bir zaman dilimidir. Oysaki öğrenciler içine girdikleri yoğun bir program ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle işlenmiş veya yağlı yiyecekleri seçme eğiliminde olabilirler ve bu tür yiyecekler ilerleyen dönemlerde yeme bağımlılığına yol açabilir (Lee and An, 2016). Ayrıca bu dönemde sağlığı tehdit eden belirtiler anlaşılabilir; bu nedenle hastalık belirtileri gelişmeden önce sağlıklı beslenme alışkanlıklarının pekiştirilmesi önem taşımaktadır (Han,

2018). Yaşamın ilerleyen dönemlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan sağlıklı beslenme davranışlarının kazanılması için yeme bağımlılığı olan öğrencilerin saptanması ve bireysel veya grup danışmanlığı eşliğinde psikososyal müdahale programları sunulması önemlidir.

2.3. Üniversite Öğrencileri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Üniversite yaşamı, yoğun ders yükleri, zaman ve finansal kısıtlamalar gibi stresi artıran durumlardan ötürü pek çok öğrenci için zor olabilir. Ayrıca birçok öğrencinin günlük yaşamları üzerinde karar vermede daha bağımsız hale gelme, yeni sosyal ilişkiler ve etkinliklere katılma ile ilişkili yetişkinliğe geçiş yaptığı bir zamandır (Baggio ve diğerleri, 2017).

Yeni ilişkilerden doğabilecek psikososyal sorunlar, zaman eksikliği ve kısıtlı bütçelerle ilişkili stresörlerin birleşimi, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlıklı yaşam davranışları dengeli beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu olarak ele alınmıştır (Pender ve diğerleri, 2002). Yaşamın bu döneminde sağlıklı beslenme ve yemek hazırlama yerine kolay ulaşılabilir yiyecekler tercih edilmektedir (Deasy ve diğerleri, 2014). Ayrıca sigara ve aşırı alkol tüketimi stresle başa çıkmak için kullanılabilen (Deasy ve diğerleri, 2014) ve yetersiz uyku düzenini kompanse etme girişimlerinde yüksek miktarda kafein kullanılabilir (Romero-Blanco, 2021).

Özellikle hemşirelik öğrencileri vardiyalı çalışma, uzun saatler, özel hasta gruplarına bakma gibi zorlu klinik durumlara maruz kalmaktan ve teorik ders yükünün ağır oluşundan kaynaklanan stres ve zaman kısıtlılığı nedeniyle sağlıksız yaşam biçimi davranışlarına yatkındır (Lopez-Zafra, 2012; Pulido-Martos, Augusto-Landa; 2012). Sağlıksız yaşam tarzı davranışları hemşirelik öğrencilerinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Deasy ve diğerleri, 2014), depresyon, anksiyete ve stres semptomlarının artmasına (Lee ve Loke, 2005) genel sağlık ile akademik performansın düşmesine neden olabilmektedir (Cheung ve diğerleri; 2014; Heidari ve diğerleri, 2017). Mevcut literatürde hemşirelik öğrencilerinin çoğu sağlıksız bir beslenme davranışı izlediği, fiziksel aktivitelerinin kısıtlı olduğu ve düşük uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. (Binks ve diğerleri, 2019; Deasy ve diğerleri, 2014; Romero-Blanco, 2021).

Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarından biri olan beslenme alışkanlıklarının önündeki engelleri belirlemek, engelleri kaldırmayı, yaşam tarzı davranışlarına entegre etmeyi ve sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin ruhsal ve fiziksel sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan psikososyal müdahalelerin kritik bir adım olduğu söylenebilir.

2.4. Üniversite Öğrencileri ve Yaşam Kalitesi

Çocukluk ve yetişkinlik arasında köprü işlevi gören, en kritik dönemler arasında yer alan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimin devam ettiği üniversite döneminde, genç bireyler zamanla kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenmektedirler (Lee ve Loke, 2005). Bu gelişimsel değişikliklere ve yeni üstlenen sorumluluklara ek olarak, üniversite öğrencileri diğer ergenlere göre daha fazla özerkliğe ve yaşam tarzları üzerinde kontrole sahiptir (Can ve diğerleri, 2008). Bu geçiş döneminde yaşamın kontrolü sağlanmakta ve gelecek hakkında önemli kararlar alınmaktadır. Öğrencilerde bağımsız düşünebilme yeteneği gelişmekte ve problemlerini çözmede kendine güven kazanmaktadır (Sertbaş ve diğerleri, 2004). Geçiş döneminde akademik baskılar, akran baskısı, ilişkilerdeki zorluklar, evden uzakta olma, kadın-erkek ilişkilerindeki kültürel farklılıklar ve finansal kaygılar üniversite öğrencileri arasında ortak stres kaynakları olarak belirlenmiştir (Bhandari, 2012). Tüm bu sorunlar, öğrencilerin kimliklerini ve öz değerlerini tanıma gibi ihtiyaçlarını karşılamada tehdit oluşturmaktadır ve yaşam kalitesini olumsuz etkilenmektedir.

Bu dönemin getirdiği değişikliklerle beraber hemşirelik öğrencileri, klinik uygulamalarda kendilerini hazırlıksız hissetme, klinik beceriler konusunda yetersiz hissetme, teorik derslerde başarılı olma kaygısı gibi yaşam kalitelerini etkileyen diğer bazı stresörlerle de karşı karşıyadır (Chan ve diğerleri, 2011). Stresin temel kaynaklarından bazıları, ölmekte olan hastalarla çalışmanın zorluğu, diğer personel üyeleriyle çatışmalar, klinik yeterlilik konusunda güvensizlik duyguları, hastalarla kişilerarası sorunlar ve teorik ders yükü gibi durumlar hemşire öğrenciler tarafından bildirilen ortak sorunlardır (Gibbons ve diğerleri, 2011). Hemşirelik öğrencilerinden ayrıca ilaç verme ve ilaç yönetimini üstlenmeleri, hastaların sağlığı ve güvenliği için sorumluluk almaları beklenmektedir (Muro ve diğerleri, 2002). İş yükü ile ilgili olarak, hemşirelik öğrencileri daha uzun çalışma saatleri ve boş zaman eksikliği yaşamaktadır (Gibbons ve diğerleri, 2011). Oysaki hemşirelik sağlık odaklı bir meslek olduğu için bu mesleği yapan bireylerin yaşam doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Sigara ve alkol tüketimi, sağlıksız yaşam tarzı

seçimleri stresi azaltmak için benimsenen davranışlardır (Azagba and Sharaf, 2011). Yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin genel topluma oranla daha düşük sağlıkla ilgili yaşam kalitesine sahip olduğu, öğün atlama, fiziksel hareketsizlik ve alkol tüketimi gibi sağlıksız yaşam davranışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Heidke ve diğerleri, 2021). Öte yandan yüksek miktarda paket servis/fast food, işlenmiş gıdalar, yağlar ve rafine şekerler ve düşük meyve ve sebze tüketimi gibi sağlıksız beslenme davranışları da olumsuz yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Hojhabrimanesh ve diğerleri, 2017; Wu ve diğerleri, 2019). Bu anlamda yaşam kalitesi kişinin fiziksel ve psikolojik durumunu etkileyen, bağımsızlık düzeyini ve sosyal ilişkilerini kapsayan geniş çaplı bir kavramdır (Anderson ve diğerleri, 1999). Tüm bu bilgiler ışığında yeme bağımlılığı olan öğrencilerinin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını desteklemek ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik psikososyal stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır.

2.5. Motivasyonel Görüşme

Tranteorik model, bireylerin olumsuz davranışı nasıl değiştirdiğini veya olumlu bir davranışı nasıl kazandığını açıklar (Velicer ve diğerleri, 1998). Modelde temel kavram değişim aşamalarıdır ve bireyin karar vermesine dayanır. Model, her bir bireyin farklı aşamada olabileceğini ve bireylere özgü uygun müdahalelerin geliştirilmesi gerektiğini belirtir (Velicer ve diğerleri, 1998). Değişim modelinin transteorik aşamaları bağımlılık bozukluklarında ve diğer sağlık davranışlarında davranış değişikliğini anlama ve teşvik etme aracı olarak önemli bir yer tutmaktadır. Transteorik modele göre birey farklı aşamalardan oluşan tanımlanmış bir diziden geçerek değişir. Bu aşamalar niyet öncesi (gelecek 6 ay içinde sorunlu davranışı değiştirmeyi düşünmemek), niyet aşaması (gelecek 6 ay içinde sorunlu davranışı bırakma niyetinde olmak), hazırlık aşaması (gelecek 1 ay içinde sorunlu davranışı değiştirmeyi planlamak), hareket aşaması (6 aydan kısa bir süre içinde sorunlu davranışı değiştirmiş olmak) ve sürdürme aşaması (6 aydan uzun bir süre içinde sorunlu davranışı değiştirmiş olmak)' dır (Prochaska, Redding, Evers, 2002). Transteorik model bireyi belirli değişim aşamasına uygun hale getirmeyi gerektirmektedir (Prochaska, Redding, Evers, 2002). Transteorik model, bireylerin değişimi sağlamak için kullandığı 10 süreci tanımlamaktadır (Velicer ve diğerleri, 1998). İlk beş süreç; bilinç yükseltme, dramatik rahatlama, çevresel yeniden değerlendirme, sosyal özgürleşme ve kendini yeniden değerlendirme ve erken aşamalarla olan bilişsel yetilere yöneliktir. Uyarı kontrolü, yardım ilişkileri, karşı koşullandırma, beklenmedik durum yönetimi ve kendini özgürleştirme

süreçleri ise davranışsaldır. Son yıllarda, değişim modelinin transteorik aşamalarının yeme ve kilo bozukluklarının tedavisinde giderek yaygınlaştığı saptanmıştır. Değişim modelinin transteorik aşamaları, danışanların davranışlarını değiştirmek için motivasyonlarını artırmanın önemli olduğunu vurgulamaktadır (Prochaska ve diğerleri, 1992). Özellikle bağımlılık alanında, birçok sağlık davranışına yönelik araştırmalarda kullanılmıştır. Model aynı zamanda değişime karşı direncin üstesinden gelmek için etkili bir yaklaşım olan Motivasyonel görüşme (MG)'nin geliştirilmesiyle de ilişkilendirilmiştir (Miller ve Rollnick, 2002).

Model doğrultusunda oluşturulan MG, kişinin kendi motivasyonunu kazanmasını ve değişime olan bağlılığını güçlendirmesini sağlayan işbirlikçi bir yöntemdir (Miller ve Rollnick, 2012). Bu yöntem danışman-danışan arası gerçekleşen bir yaklaşımdır ve danışanın bir değişiklik yapmak için kendi içindeki motivasyonu bulmasına ve bu değişikliği gerçekleştirmek için kendi hedeflerini belirlemesine yardımcı olmasını sağlar.

Literatürde MG kullanımının davranış değişikliğini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Lundahl ve diğerleri, 2010; Rubak ve diğerleri, 2005). MG ilk olarak alkol ve madde bağımlılığını tedavi etmek için kullanılmıştır (Lundahl ve Burke, 2009; Miller ve Rollnick, 2012). Sonrasında bireylerin kronik hastalıkları ve diğer tıbbi sorunları yönetmesine yardımcı olmak için kullanılmıştır.

2.5.1. Motivasyonel görüşmenin etkililiği

Motivasyonel görüşme (MG)'nin etkililiği çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır. MG'nin etkililiğini araştırmak için Rubak ve diğerleri (2005) MG'yi terapötik bir müdahale olarak kullanan 72 randomize kontrollü çalışmanın sistematik literatür incelemesini gerçekleştirmiştir. Rubak ve diğerleri (2005), dört çalışmadan üçünde MG'nin klinik ortamlarda davranış değişikliğini ortaya çıkarmada geleneksel yollardan daha iyi performans gösterdiğini bulmuştur. Lundahl ve Burke (2009), klinik ortamlarda MG'nin kullanılabilirliğine ilişkin bir meta-analiz yürütmüş ve MG'nin çeşitli bağımlılık davranışlarında diğer tedaviler kadar etkili olduğunu bulmuşlardır.

Kilo yönetimi ve fiziksel aktivite bakımından, insanların daha sağlıklı olmalarına yardımcı olmak için MG uygulanan çalışmalar yapılmıştır. 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin 14 haftalık

müdahalesi boyunca antropometrik ölçümlerini inceleyen bir çalışma, MG alan öğrencilerin yağ oranında ve bel çevresinde daha büyük bir azalma olduğunu göstermiştir (Wong ve Cheng, 2013). MG' nin aynı zamanda ergenlerde beden kitle indeksini azalttığı ve fiziksel aktiviteyi arttırdığı gösterilmiştir (Gourlan, Sarrazin ve Trouilloud, 2013). Bir çalışmada infertil aşırı kilolu ve obez kadınlar, kontrol grubuna kıyasla MG ile kalori alımını azaltmış ve fiziksel aktiviteyi daha fazla artırdığı saptanmıştır (Mahoney, 2014). Bu çalışmalar ışığında MG, her yaştan ve koşuldan insan için sağlıklı bir davranış değişikliği yapmaya yardımcı olmada etkili bir araç olduğu söylenebilir.

Motivasyonel görüşme üzerine yapılan bir araştırma yaşam tarzı değişikliğini teşvik etmek için bu tekniğin sürdürülebilirliğini incelemiştir. 6 aylık bir müdahaleden sonra 1 yıllık takip sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada MG uygulanan müdahale grubu bazı kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini azaltabilmiş ve 1 yıl sonra da sürdürebilmiştir (Hardcastle ve diğerleri, 2013). Bu anlamda MG'nin davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinde kullanılabilecek sürdürülebilir, uygun maliyetli bir teknik olduğu söylenebilir.

2.5.2. Çevrimiçi motivasyonel görüşme

Çevrimiçi eşzamanlı yapılan gruplar, bireysel psikoterapinin kapsamını genişletmiş (Mallen, 2005; Shultze, 2006) ve kilo kaybı ve devam ettirilebilirliği için çevrimiçi müdahaleler kullanılmaya başlanmıştır (Harvey-Berino, 2002; Gold, 2007).

Çevrimiçi müdahalelerden biri olan motivasyonel görüşme (MG), danışanlardan kendi kendine motive edici ifadeler veya değişim konuşması ortaya çıkararak kararsızlığı çözmeyi ve değişim için motivasyonu artırmayı amaçlayan bir danışmanlık tekniğidir (Miller, Rollnick; 2002). Değişim konuşması, değişimin nedenlerini, mevcut durumdan hoşnutsuzluğu, değişim için iyimserliği ve değişim niyetini içermektedir. MG danışmanlığının unsurları arasında öz yeterliliği desteklemek, empatiyi ifade etmek, tartışmadan kaçınmak ve mevcut ve istenen davranışlar arasında tutarsızlık geliştirmek yer almaktadır (Miller, Rollnick; 2002). MG, diyet (Boven ve diğerleri, 2002; Brug, 2007; Resnicow, 2001) ve egzersiz müdahaleleri (Brodie ve İnoue, 2005) dahil olmak üzere, kişisel olarak veya telefonla verilen çeşitli sağlık davranışı müdahalelerinde etkili olmuştur. MG yüz yüze verilebildiği gibi diğer medya (telefon, posta, internet vb.) (Miller, Rollnick, 2012)

aracılığıyla veya bir grup formatında (Wagner, 2013) verilmek üzere uyarlanabilmektedir. Çevrimiçi gruplar, MG' yi katılımcılara ulaştırmada etkin araç olarak kabul eder (Woodruff, 2007). Çevrimiçi grupla yapılan MG, yüz yüze bireysel yapılan MG'nin sağlayamayacağı pek çok faydalar sunabilmektedir. İzole edilmiş bireyleri hem danışman ve katılımcılar arasında hem de katılımcıların kendi aralarında etkileşimlerinin sağlandığı işbirlikçi bir gruba bağlamaktadır (Wagner, 2013; Woodruff, 2007). Grup üyeleri yaşamlarının olasılıklarını gözden geçirmeyi ve değişime doğru ilerlemeleri için başkalarının fikir ve bakış açılarından ilham alabilmektedir (Kerr, 2004). Üyeler genellikle benzer durumlarda başkalarının desteğinden ve deneyimlerinden yararlanmakta, zorluklarını daha kolay yönetilebilmekte, umut ve güven kazanmakta, kendi yollarını keşfetmektedir (Kerr, 2004). Aynı zamanda çevrimiçi danışmanlık, büyük ölçüde anonimlik sunmakta, utanç ve damgalamayı azaltmakta ve danışanın kendini açmasını kolaylaştırmaktadır (Osilla, 2012; O'Kearney, 2006). Çevrimiçi oturumlar danışanların ev ortamlarında erişmelerine izin vermekte ve ulaşılması zor kişileri dahil etme potansiyeline sahiptir (O'Kearney, 2006). Aynı anda birkaç danışana hizmet eden çevrimiçi grupla MG, zaman açısından verimli ve uygun maliyetli olabilmekte, daha pratik bir yaklaşım sağlayabilmektedir (Sobell, Sobell ve Agrawall, 2009). Appel ve diğerlerinin (2011) yaptığı bir çalışma, telefon ve e-posta desteği ile birlikte yüz yüze MG alan gruplar arasında, tek başına uzaktan destek alan bir grupla karşılaştırıldığında, obez bireylerde kilo kaybında anlamlı olmayan farklılıklar bulmuştur. Obezitesi olan 20 yetişkin (Webber, 2011) ve 26 sigara içen ergen (Woodruff, 2001) arasında çevrimiçi grupla MG'yi test etmek için iki çalışma yapılmıştır. Her iki çalışma çevrimiçi grupla MG'nin uygulanabilirliğini desteklenmiş ve kullanılabilirliği hakkında ön kanıt sağlamıştır. Çevrimiçi grupla yapılan MG, yetişkin katılımcıların 8 haftada ortalama 2,6 kg kilo vermesine ve ergenlerin günde içtikleri sigara miktarını azaltmasına yardımcı olmuştur. Çevrimiçi grupla MG'nin etkililiğini belirleyen başka bir çalışmada, sigara içen 136 kişi üzerinde yapılmıştır (Woodruff, 2007). Çevrimiçi MG grubuna (n = 77) katılan kişilerin, katılmayanlara (n = 59) oranla önemli ölçüde daha fazla sigarayı bırakma, daha az sigara içme günü ve 3 ay sonra sigara içilen miktarda azalma bildirme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çevrimiçi grupla yapılan MG' nin etkililiğinin anlaşılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2.6. Yeme Bağımlılığında Motivasyonel Görüşmenin Etkililiği

Motivasyonel görüşme (MG) başlangıçta madde kötüye kullanımı ve bağımlılık için geliştirilmiş olsa dahi diğer çeşitli psikolojik bozuklukları tedavi etmek içinde kullanılmaktadır (Arkowitz ve Miller, 2008). MG'nin yeme bozukluklarında etkili olduğu belirlenmiştir.

Yeme bağımlılığı (YB) ile yeme bozuklukları bazı alanlar örtüşmektedir. Mevcut çalışmalarda YB prevalansının Bulimia Nervosa (BN)'da %86 ile %100, Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu (TYB)'nda %26 ile %77 ve Anoreksiya Nervosa (AN)'nın çıkarma olan alt tipinde %50 oranında olduğu bildirilmiştir (Gearhardt, Boswell, White, 2014; Granero ve diğerleri, 2014; Meule, von Rezori, Blechert, 2014). Ayrıca BN, dopaminerjik beyin devresindeki bozulmuş ödül duyarlılığı ile bağlantılıdır ve bağımlılık potansiyelini artırır (Umberg, 2012). Bazı çalışmalar BN' lı birçok hastanın beden ağırlığının normal aralıkta ve yeme bağımlısı olabileceğini de vurgulamaktadır (Meule, 2012; Meule, von Rezori, Blechert, 2014). Ek olarak, bazı çalışmalar YB ve BN arasında %81 ile %97 arasında değişen bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Fauconnier ve diğerleri, 2020; Granero ve diğerleri, 2014). Temel farklılıklara rağmen, YA, TYB ve BN arasında (yeme kontrolünün azalması, olumsuz sonuçlara rağmen sürekli kullanımı) ortak örtüşen semptomlar mevcuttur (Davis ve Carter, 2009; Imperatori ve diğerleri, 2016).

Literatürde yeme bağımlılığı yerine daha çok yeme bozukluklarına yönelik MG ile yapılan çalışmalar mevcuttur. Yeme bozukluklarının tedavisi genellikle erken bırakma ve nüksetme ile kendini göstermektedir (Carter, 2004). İyileşmeye yönelik kararsızlık ve değişim için motivasyon düşüklüğü yeme bozukluklarının ayırt edici özellikleridir (APA, 2000). Bu anlamda kararsızlıkları ve değişim için düşük motivasyonları nedeniyle yeme bozukluğu olan bireyleri tedavi etmek için MG kullanılabilir (Casasnovas ve diğerleri, 2007; Geller and Dunn, 2011). MG, özellikle değişimle ilgili kararsızlığı hedef aldığından, yeme bozukluklarının tedavisinde yararlı olduğu düşünülmüştür. Bazı çalışmalar, MG temelli tedavilerin tek başına bir tedavi olarak veya TYB durumundan kurtulmak için bir ön tedavi olarak yararlı olduğunu göstermiştir (Cassin, 2008; Dunn, 2006). Field ve diğerleri (2001), AN ve BN tanısı alan bireyler için 4 saatlik grupla MG'yi değerlendirmiştir. MG'in, benlik saygısını ve değişim için bireylerde motivasyonu artırdığı ve depresyon semptomlarını azalttığı ortaya çıkmıştır. Treasure ve diğerleri (1999), BN tanılı bireyler için tedaviye

katılımı ve sonucu belirlemede değişime hazır olmanın rolünü incelemiştir. MG, tedavinin ilk 4 haftasında tıknırcasına yeme ve kusma sıklığını azaltmada etkili olmuştur.

2.7. Psikiyatri Hemşiresinin Yeme Bağımlılığındaki Rolü

Sağlık hizmeti geliştikçe, hemşirenin rolü ve sorumluluğu artmaya devam etmektedir. Geleneksel görevlerinin yanı sıra uygun maliyetli sağlığı geliştirme ve bakım stratejilerinin sağlanmasına önem verilmektedir (American Association of Colleges of Nursing, 2014). Sağlık kuruluşları, kanıta dayalı uygulamayı hemşirelik uygulamalarına dahil etmenin önemini vurgulamaktadır (American Association of Colleges of Nursing, 2014) ve hemşirelerin hasta bakımı üzerinde bir etkiye sahip olmak için benzersiz bir role sahip olduklarını kabul etmektedir. Hemşireler, hasta bakımının ön saflarında ve hastaların bakımı için hemen hemen her tür sağlık hizmeti ortamında bulunurlar. Hemşireler, hasta merkezli bakım ve klinik karar verme sürecine katılım için hasta tercihlerini bu süreçte dikkate alırlar.

Günümüzde hemşireler, hasta öykülerinin alınmasını gerçekleştirmekte, kronik hastalık risk faktörlerini değerlendirmekte ve aynı zamanda hasta eğitimi için her türlü ihtiyacı ele almaktadır. Hemşireler hastalara ve ailelerine hastalık riskini anlama, sağlığı geliştirme, hastalık ve komplikasyonları önleme, hastanın sahip olabileceği soruları yanıtlama konusunda yardımcı olacak kısa bilgi ve tavsiyelerde bulunmaktadır. Hemşirelerin bu geleneksel yaklaşımı kapsamlıdır; ancak diyabet, obezite ve metabolik sendromun artan prevalansı göz önüne alındığında, yaşam tarzındaki değişiklikleri teşvik etmenin etkili bir yolu olmamıştır.

Günümüz toplumunu etkileyen birçok hastalığın kısmen kötü yaşam tarzı davranışlarından kaynaklandığı bilinmektedir. Obezitenin engellenmesi; sağlıklı beslenme, fiziksel olarak aktif olma, sağlıklı kiloya ulaşma ve yeterli uyku hijyeni gibi yaşam tarzı davranışlarıyla sağlanabilmektedir. Bireylerin bu davranışları benimsemesi zor olabilmektedir. Diyabet, obezite ve metabolik sendrom gibi hastalıkların artan prevalansı ile mücadeleye yardımcı olmak için sağlık kuruluşları, sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesi yoluyla hasta sonuçlarını iyileştirmek için aktif olarak sistematik, kanıta dayalı stratejiler önermektedir (Cucciare, 2012).

Olumlu sağlıklı davranışlarını teşvik etmek için başarılı stratejiler, hemşire ve hasta arasında ortak karar vermeyi içermektedir. Yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin hastaları sağlıklı yaşam tarzı edinmeleri için yeterince hazırlıklı olmadıklarını göstermektedir (Jansink, 2009). Bu anlamda davranış değişikliği oluşturmada başarılı bir strateji olarak Miller ve Rollnick (Miller ve Rollnick, 2012) tarafından tanımlanan Motivasyonel görüşme (MG) rnek verilebilir. MG sağlık davranışlarında değişimi teşvik etmek için hastalarla bireyselleştirilmiş bir iletişim süreci olarak kabul edilmektedir. MG'nin hemşirelik uygulamaları içinde, sigarayı bırakma, egzersizde artış, ilaç uyumunda iyileşme, tedaviye uyumun sağlanması, hastaneye yatışlarda azalma gibi hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (Bennett, 2008; Lundahl, 2010). Psikiyatri hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları yönetmeliğinde; hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığını değerlendirme, ele alınan sorunlara yönelik terapötik iletişim tekniklerini ve kanıtı dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak planlı ve düzenli görüşmeler yapma sorumluluğu yer alır (Resmi Gazete, 2011). Bu doğrultuda psikiyatri hemşiresinin bakım verdiği hastaların tedaviye katılımlarını sağlamak amacıyla MG'yi uygulayabilmesi tedavinin etkililiği açısından önemlidir. Psikiyatri hemşirelerinden hastanın tedavi sürecine dahil olmasını sağlamak için terapötik iletişim tekniklerini kullanması beklenmektedir. Bu bağlamda MG tekniği ile hasta ile birlikte iş birliği çerçevesinde olumlu davranış değişikliği sağlanması zemin hazırlanacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi grupla motivasyonel görüşmenin yeme davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel tasarım olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ilinde yer alan Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde, Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde 2021-2022 eğitim-öğretim yılı güz dönemi içerisinde eğitim gören 1.2.3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencileri ile çevrimiçi yürütülmüştür. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne kayıtlı 954 öğrenci (Hemşirelik 1. Sınıf: 240 kişi, Hemşirelik 2. Sınıf: 251 kişi, Hemşirelik 3.sınıf: 236 kişi ve Hemşirelik 4. Sınıf: 227 kişi) bulunmaktadır. Hacettepe Üniversite Hemşirelik Fakültenin lisans düzeyinde 802 (Hemşirelik 1. Sınıf: 204 kişi, Hemşirelik 2. Sınıf: 215 kişi, Hemşirelik 3.sınıf: 197 kişi ve Hemşirelik 4. Sınıf: 186 kişi) öğrencisi bulunmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü diğer kurum olan Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde 740 (Hemşirelik 1. Sınıf: 180 kişi, Hemşirelik 2. Sınıf: kişi 184, Hemşirelik 3.sınıf: 190 kişi ve Hemşirelik 4. Sınıf: 186 kişi) öğrenci bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Referans Popülasyonu ve Araştırma Popülasyonu

2021-2022 Güz Döneminde eğitim gören üç üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencilerine çevrimiçi “Kişisel Bilgi Formu”, “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ)” uygulanmıştır. Belirlenen sürede Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde (n=248), Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (n=287) ve Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümünden (n=635) toplamda 1170 öğrenci eksiksiz olarak anket formlarını çevrimiçi doldurup araştırmacıya dönüş sağlamıştır. YYBÖ doğrultusunda 1170 öğrenci içinden 106 öğrenci tanınan kriterleri karşılamış ve araştırmanın referans popülasyonunu oluşturmuştur. YYBÖ tanınan ölçütleri karşılayan öğrenciler arasından dahil edilme, dışlanma kriterleri ve ‘yeme bağımlılığı değişim aşamaları formuna göre niyet öncesi ve niyet aşamasında olan tüm öğrenciler (n=59) araştırma popülasyonunu oluşturmuştur.

Araştırma örneklem büyüklüğü hesaplama (G* Power) paket programı ile hesaplanmıştır. Mokhtari ve diğerleri (2020)' nin yaptıkları araştırma temel alınarak yapılan güç analizi sonucu %90 güç, %5 hata payı ve 0,2065 etki büyüklüğü ile müdahale grubu için 26, kontrol grubu için 26 olmak üzere toplam 52 öğrenci örneklem için yeterli olmuştur (EK-1). Katılımcı sayısının süreç içindeki kayıp (drop out) oranı %10 artırılarak müdahale grubuna 29, kontrol grubuna 29 öğrenci dahil edilmiştir (Orhan, 2020) ve süreç içinde kayıp olacağı düşünüldükçe dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşılayan tüm öğrenciler (n=59) araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- YYBÖ ölçeğine göre en az 3 tanışal ölçütü karşılamak ve klinik anlamlılığa sahip olmak
- Yazılı ya da sözlü iletişim sorunu olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Yeme bağımlılığı değişim aşaması formuna göre niyet öncesi ve niyet aşamasında olmak

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Veri toplama araçlarını okuyup anlamaya engel teşkil edecek nörolojik veya psikiyatrik hastalığa sahip olmak
- Daha önce yeme bağımlılığı/yeme bozukluğuna yönelik tedavi/psikoterapi almış olmak veya alıyor olmak
- Türkçe'yi konuşma/anlama konusunda sorun yaşamak
- Yeme bağımlılığı değişim aşaması formuna göre hazırlık, hareket ve sürdürme aşamalarından birinde olmak

Araştırmadan çıkarılma kriterleri;

- Motivasyonel görüşme oturumlarına arka arkaya 2 veya daha fazla katılım sağlamamak
- Araştırmadan ayrılmak istemek
- Veri toplama formunu yanıtlamamak ve eksik yanıtlamak

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Motivasyonel görüşme.

Bağımlı Değişkenler: Yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yeme bağımlılığı ölçekleri puanları.

Kontrol Değişkenleri: Yeme bağımlılığı değişim aşaması.

3.6. Randomizasyon ve Yanlılığın Önlenmesi

3.6.1. Randomizasyonun sağlanması

Randomize kontrollü deneysel çalışmalarda gruptaki denek sayılarının eşit ve dengeli olması ve benzer özellikler taşıması gerekmektedir. Gruplararası benzerliği sağlamak amacıyla; örneklem grubunda yer alan öğrencilerin müdahale ve kontrol gruplarına atanmalarında basit tabakalı randomizasyon kullanılmıştır. Araştırmamızda MG'nin grup olarak verilmesi ve homojenliğin sağlanması için niyet öncesi ve niyet aşaması olarak iki tabaka grubu oluşturulmuştur (Çizelge 3.1).

Araştırmacıların ve katılımcıların çalışma başlayana kadar atama sürecinde müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireyleri bilmemesi önemlidir (Higgins ve Green, 2011; Flecha, 2016). Bu amaçla öğrencilerin müdahale ve kontrol gruplarına atanmasında bağımsız bir istatistikçi destek alınarak kör teknik uygulanmıştır. Öncelikle yeme bağımlılığı olan öğrenciler belirlendikten sonra öğrencilerle görüşülerek örnekleme dahil edilme kriterlerine uygunlukları değerlendirilmiştir. Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan öğrenciler araştırmada izlenecek yöntem açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere ön test verileri uygulanmıştır. Dahil etme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin gruplara atamalarını bağımsız bir istatistikçi yapmıştır. Oluşturulan 2 tabaka grubundan öğrenciler istatistik uzmanı tarafından Excel® programı kullanılarak gruplara atanmıştır. Bu şekilde örnekleme oluşturan 59 öğrenci randomizasyonla deney ve kontrol grubuna basit tabakalı rastgele olarak atanmıştır (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.1. Müdahale ve kontrol grubunun değişim aşamasına göre dağılımı

Gruplar	Aşamalar	Sayı	Toplam Sayı
1.Grup	Niyet	Müdahale	17
		Kontrol	17
2.Grup	Niyet öncesi	Müdahale	12
		Kontrol	13

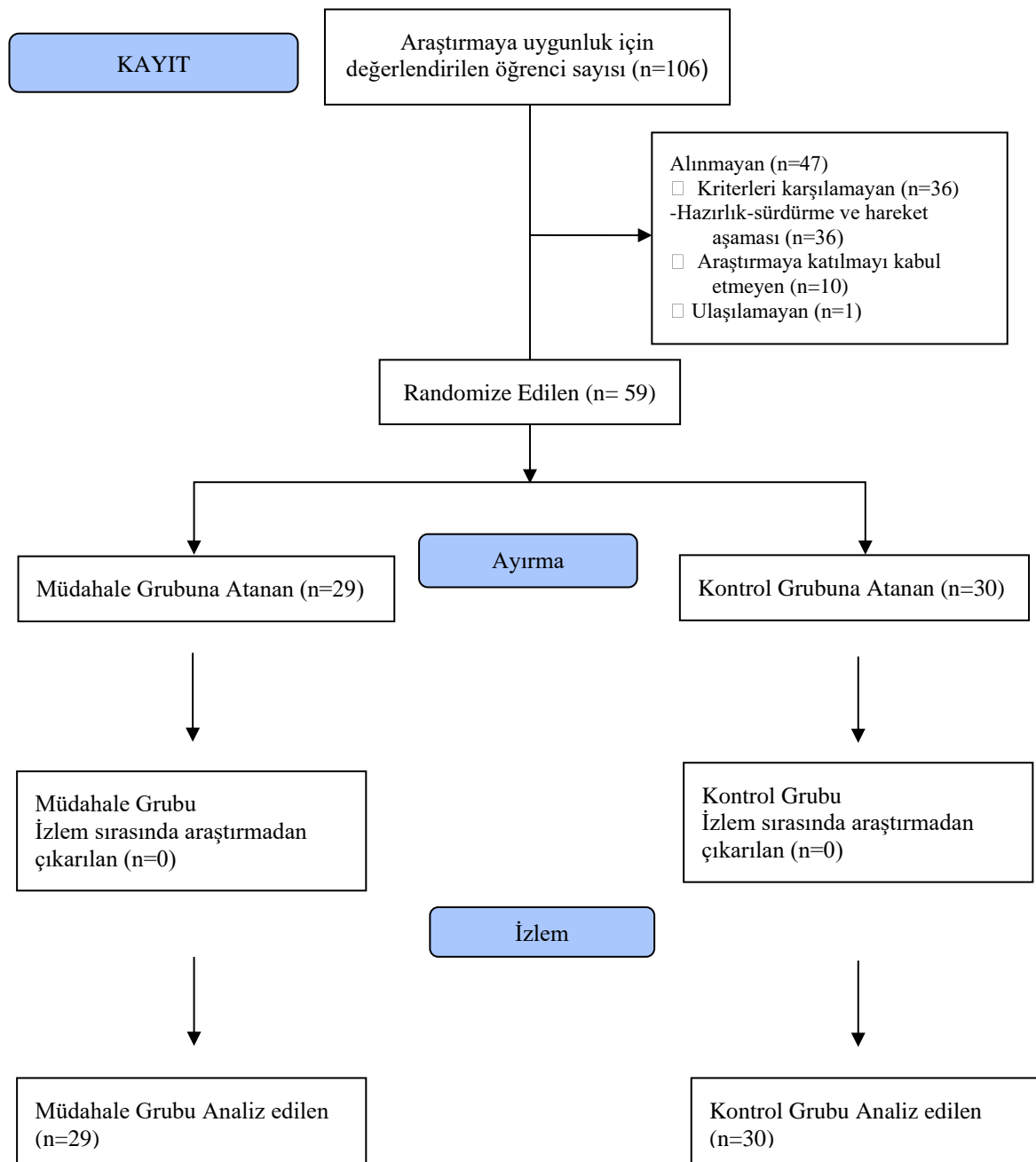
Çizelge 3.2. Öğrencilerin gruplara atanması için kullanılan randomizasyon listesi

Genel sıra	Değişim aşaması	Müdahale	Kontrol
1	Niyet	18	7
2	Niyet	11	3
3	Niyet	29	27
4	Niyet	33	2
5	Niyet	32	15
6	Niyet	5	14
7	Niyet	1	26
8	Niyet	21	28
9	Niyet	10	31
10	Niyet	23	22
11	Niyet	8	13
12	Niyet	30	16
13	Niyet	12	19
14	Niyet	4	20
15	Niyet	9	25
16	Niyet	24	17
17	Niyet	6	34
1	Niyet öncesi	15	24
2	Niyet öncesi	11	6
3	Niyet öncesi	23	14
4	Niyet öncesi	25	17
5	Niyet öncesi	8	5
6	Niyet öncesi	22	16
7	Niyet öncesi	20	2
8	Niyet öncesi	21	19
9	Niyet öncesi	13	12
10	Niyet öncesi	9	10
11	Niyet öncesi	1	18
12	Niyet öncesi	4	7
13	Niyet öncesi	3	

3.6.2. Yanlılığın önlenmesi

Çalışmada, motivasyonel görüşme (MG) eğitimini alan araştırmacının oturumları yürütmesi gerektiği için araştırmacı körlemesi yapılamamıştır. Aynı zamanda öğrenciler MG oturumlarına katıldığını bildiği için körlenememiştir ancak çalışmada yanlılığı önlemek için ön test randomizasyondan önce uygulanmıştır. Randomizasyon bağımsız istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Bunun dışında araştırmadan elde edilen veriler gruplar açısından

hemşirelik alanında uzmanlığını almış başka bir araştırmacı tarafından Grup A ve Grup B şeklinde kodlanarak SPSS programına aktarılmıştır. Analizi yapan istatistikçinin gruplar hakkında bilgisi yoktur. Verilerin analizi ve raporlanması yapıldıktan sonra grupların kodları açıklanmıştır. Böylece saptama yanlılığı, istatistiksel yanlılık ve raporlama yanlılığı kontrol edilmiştir. Yanlılık riskinin değerlendirilmesinde randomize kontrollü çalışmalarının her bir adımının Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)'a göre yürütülmesi önerilmektedir (EK-2). Buna göre müdahale ve kontrol grubunun CONSORT Akış Şeması Şekil 3.1'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Konsort akış şeması

Müdahale ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikleri Bağımsız t test istatistiği ve ki kare test istatistiği doğrultusunda incelendiğinde grupların yaş, cinsiyet, üniversite, sınıf, yaşanılan yer, çalışma durumu, kilo ve boy değişkenleri ile ilgili özellikler bakımından benzer olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3) ($p>0,05$).

Çizelge 3.3. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

Özellikler	Müdahale ($\bar{X} \pm SS$)	Kontrol ($\bar{X} \pm SS$)	Toplam	Test istatistiği	p
Yaş	20,31±1,41	20,53±1,38	20,42±1,39	t=0,612***	0,543
Kilo	64,62±12,38	67,13±17,80	65,89±15,30	t=0,627***	0,533
Boy	163,31±4,01	165,96±7,44	164,66±6,10	t=1,696***	0,095
	n (%)	n (%)	Toplam		
Yaş grup					
18-19	10(34,5)	9(30,0)	19(32,2)		
20-21	10(34,5)	10(33,3)	20(33,9)	$\chi^2=0,236^{**}$	0,889
22 yaş ve üzeri	9(31,0)	11(36,7)	20(33,9)		
Cinsiyet					
Kadın	27(93,1)	27(93,3)	55(93,2)		
Erkek	2(6,9)	2(6,7)	4(6,8)	$\chi^2=0,001^{**}$	0,972
Üniversite					
Gazi	14(48,3)	11(36,7)	25(42,2)		
Ankara	5(17,2)	7(23,3)	12(20,3)	$\chi^2=0,858^{**}$	0,651
Hacettepe	10(34,5)	12(40,0)	22(37,3)		
Sınıf					
1.	6(20,7)	7(23,3)	13(22,0)		
2	8(27,6)	7(23,3)	15(25,4)	$\chi^2=0,179^{**}$	0,981
3.	6(20,7)	6(20,0)	12(20,3)		
4.	9(31,0)	10(33,3)	19(32,3)		
Yaşanılan yer					
Aileyle birlikte	6(20,7)	12(44,0)	18(30,5)		
Akrabalarla birlikte	2(6,9)	0(00)	2(3,4)	$\chi^2=4,228^{**}$	0,238
Yurtta	20(69,0)	17(56,7)	37(62,7)		
Arkadaşlarla birlikte evde	2(3,4)	1(3,3)	2(3,4)		
İşte çalışma durumu					
Evet	1(3,4)	4(13,3)	5(8,5)	$\chi^2=1,858^{**}$	0,173
Hayır	28(96,6)	26(86,7)	54(91,5)		

Ki kare test istatistiği, *Bağımsız t test istatistiği, $p<0.05$ kabul edilmiştir

Müdahale ve kontrol gruplarının ön test ölçek puanları dağılımı incelendiğinde, SYBDÖ-II, SF-36 ön test puanları benzerdir (Çizelge 3.4.) ($p>0.05$).

Çizelge 3.4. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 ön test ölçek puanlarının dağılımı

Ölçekler	Müdahale Grubu ($\bar{X} \pm SS$)	Kontrol Grubu ($\bar{X} \pm SS$)	İstatistiksel Değerlendirme
SYBDÖ*	112,48±17,00	112,67±15,63	t=0.043, p=0,966
Kişilerarası ilişkiler	23,45±3,56	23,60±4,11	t=0.151, p=0,880
Sağlık sorumluluğu	14,45±4,25	16,53±3,78	t=0.875, p=0,385
Manevi gelişim	22,66±4,24	22,73±4,27	t=0.071, p=0,944
Beslenme	18,07±3,80	18,03±3,11	t=0.039, p=0,969
Fiziksel aktivite	14,76±3,07	15,33±4,59	t=0.564, p=0,575
Stres yönetimi	16,17±3,25	16,03±3,08	t=0.559, p=0,578
SF-36**Genel sağlık	47,93±16,39	54,50±16,52	t=1.532, p=0,131
SF-36 Fiziksel fonksiyonellik	85,00±14,52	86,67±19,27	t=0.374, p=0,710
SF-36 Fiziksel rol sınırlamaları	60,34±35,68	67,50±34,83	t=0.779, p=0,439
SF-36 Duygusal rol sınırlamaları	25,29±32,25	47,78±42,60	t=0.205, p=0,834
SF-36 Sosyal fonksiyon	70,26±20,43	79,58±17,82	t=0.757, p=0,452
SF-36 Ağrı	31,72±16,92	30,00±16,82	t=0.393, p=0,696
SF-36 Ruh sağlığı	50,48±18,09	50,00±14,73	t=0.113, p=0,911
SF-36-Enerji/canlılık	41,90±17,60	45,00±17,81	t=0.673, p=0,504

t=bağımsız gruplarda t testi, p<0.05 kabul edilmiştir.

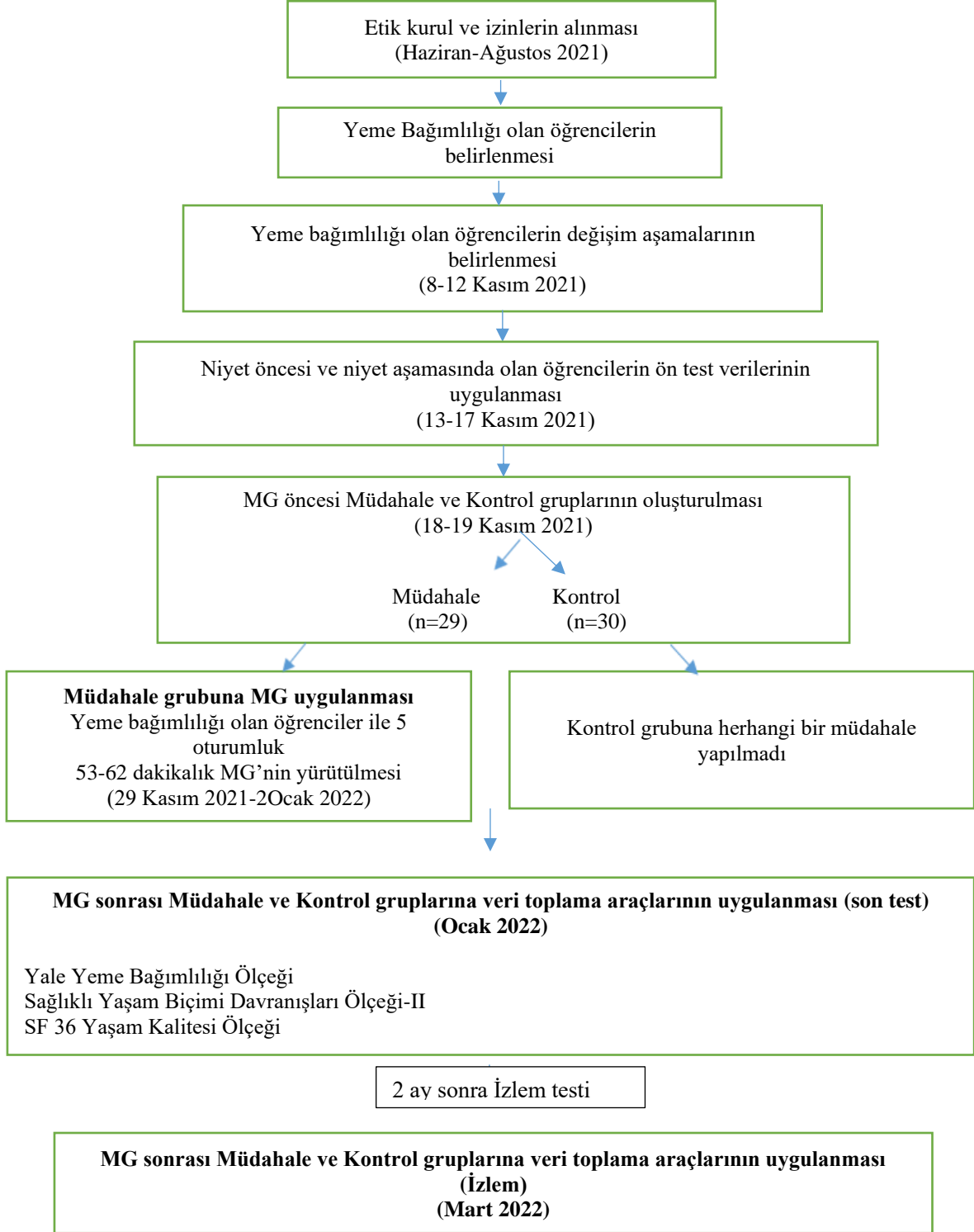
*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

**SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

3.7. Veri Toplama Araçları

Ankara ilinde üç devlet üniversitesinin hemşirelik bölümü öğrencilerine öncelikle çevrimiçi “Katılımcı Bilgi Formu” ve “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ)” uygulanmış ve 1170 öğrenci veri toplama araçlarını eksiksiz olarak tamamlayıp araştırmacıya geri dönüş sağlamıştır. Bu öğrenciler içinden YYBÖ doğrultusunda 106 öğrenci yeme bağımlılığı tanısal kriterlerini karşılamıştır. Tanısal kriterleri karşılayan öğrencilere “Yeme Bağımlılığı Olan Öğrencilerde Değişim Aşamalarını Belirleme Formu” uygulanmıştır. Form doğrultusunda 36 öğrenci araştırmanın dışlanma kriterlerinden biri olan Motivasyonel görüşme (MG) aşamalarından hazırlık, sürdürme ve hareket aşamasında bulunmaktadır. 10 öğrenci araştırmaya katılmayı kabul etmemiş ve 1 öğrenciye ulaşılamamıştır. Kalan 59 öğrenciye randomizasyon yapılmadan önce yanlılığı önlemek için YYBÖ, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) veri toplama araçları uygulanmıştır. Randomizasyon sonrası müdahale grubuna 5 oturum çevrimiçi MG uygulanmıştır. Uygulama bittikten sonra müdahale ve kontrol gruplarına eş

zamanlı son test ve 2 ay sonra izlem testi için ölçüm YYBÖ, (SYBDÖ-II) ve SF-36 ölçüm araçları uygulanmıştır (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Araştırma akış diğramı

Verilerin toplanmasında; Katılımcı Bilgi Formu (EK-3), YYBÖ (EK-4), SYBDÖ- II (EK-5), SF-36 (EK-6) kullanılmıştır.

3.7.1. Katılımcı Bilgi Formu

Katılımcı bilgi formu, hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, birlikte yaşama durumu, çalışma durumu, sınıf, üniversite) ve öğrencilerin yeme bağımlılığına ilişkin özelliklerini (yeme bağımlılığı/yeme bozukluğuna yönelik şu an veya geçmişte tedavi/psikoterapi alma durumu) belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanmış 13 soruluk formdur (EK-3).

3.7.2. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

Gearhardt ve diğerleri (2009) tarafından geliştirilen ölçek Bayraktar ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır ve 27 sorudan oluşmaktadır (Bayraktar, 2012) (EK-4). Ölçek için yapılan güvenirlik analizinde ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0,93 bulunmuştur (Bayraktar, 2012). Bariatrik cerrahi hastalarından oluşan popülasyonda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Sevinçer ve diğerleri, 2014). Ölçek, son bir yıl içinde yağ ve şeker bakımından zengin besin türlerine karşı bağımlılık benzeri yeme davranışlarını ölçer. Belirli yiyeceklere bağımlılık durumunu saptamak amacıyla DSM-IV' teki madde bağımlılığı kriterleri doğrultusunda uyarlanmıştır. Ölçekte yer alan ilk 16 soru 5'li likert tipinde, 17-24 arasındaki sorular evet veya hayır şeklinde olmaktadır. 25. soru son bir yıl içinde beslenme alışkanlıklarına yöneliktir. 26.soru katılımcı tarafından doldurulan beslenme için tercih edilen besin maddesini içermektedir. 27. soru kişinin farklı bir yiyecek tercihi olup olmadığını sorgular.

Ölçek maddelerinde şu alt boyutlar yer almaktadır:

- Yiyeceğin fazla miktarlarda ve uzun süre tüketilmesi: Madde 1, 2, 3
- Bırakma isteği ve başarısız bırakma girişimleri: Madde 4, 22, 24, 25
- İyileşme, maddeye erişim ve kullanıma yönelik geçirilen zaman ve etkinlik düzeyi: Madde 5, 6, 7
- Sosyal yaşam, iş hayatı ve boş zaman aktivitelerinde azalma durumu: Madde 8, 9, 10, 11
- Olumsuz sonuçları olduğunu bilmesine rağmen kullanımı sürdürme: Madde 19

- Tolerans: Madde 20, 21
- Yoksunluk belirtileri ve yoksunluk belirtilerini azaltmak amacıyla kullanımı sürdürme: Madde 12, 13, 14
- Klinik ölçüde bozukluklar: Madde 15, 16

Çizelge 3.5. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeğinin değerlendirilmesi

YYBÖ Soruları	Verilebilecek Cevaplar	Puan
1,2,4,6,25. Sorular	0-1-2 ya da 3 olarak yanıtlayanlar	0
1,2,4,6,25. Sorular	4 olarak yanıtlayanlar	1
3,5,7,9,12,13,14,15,16. sorulara	0-1 ya da 2 olarak yanıtlayanlar	0
3,5,7,9,12,13,14,15,16. sorulara	3 ya da 4 olarak yanıtlayanlar	1
8,10,11. Sorulara	0-1 olarak cevap yanıtlayanlar	0
8,10,11. Sorulara	2-3 ya da 4 olarak yanıtlayanlar	1
19,20,21,22. Sorulara	0 olarak cevap yanıtlayanlar	0
19,20,21,22. Sorulara	1 olarak cevap yanıtlayanlar	1
24. soruya	0 olarak cevap yanıtlayanlar	1
24. soruya	1 olarak cevap yanıtlayanlar	0

Verilen cevaplar; 0=hiç, 1=ayda 1 kez, 2=ayda 2-4 kez, 3=haftada 2 kez, 4=haftada 4'ten fazla ya da hergün olarak değişmektedir. Ölçekte yer alan 17,18 ve 23. Sorular diğer sorular için hazırlayıcı nitelikte olup puanlamaları yoktur. Aynı zamanda 26. ve 27. Sorular katılımcıların yeme davranışı konusunda kontrol sağlayamadığı tetikleyici yiyecekler ile ilgilidir ve bu nedenle yeme bağımlılığı kriterlerini belirlemede yer almamaktadır.

Tüm bağımlılık kriterleri altında bütün soruları toplanır. Eğer skor 1 ve 1'in üzerindeyse bu kriterle karşılaşmış ve skor 1 olarak alınır. Skor 0 ise katılımcı bu alt boyutu karşılamıyor demektir (Toplam 7 semptom olduğu için skor 0-7 arasındadır). Ek olarak klinik bozukluklar hesaplanırken; 15 ve 16. sorudan 1 puan alması şartıyla, diğer semptomlardan alınan puanların toplamı da 3'ten büyük ise yeme bağımlılığı tanısı konulur (Gearhardt, Corbin, Brownell, 2009).

3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

Walker ve diğerleri (1987) tarafından geliştirilmiştir (Walker, Sechrist ve Pender; 1987). Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek için tasarlanan ölçeğin ilk versiyonu 48

madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır (EK-5). Ölçek 1996 yılında yeniden revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) olarak düzenlenmiştir ve son şekli 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır (Walker ve Hill-Polerecky,1996). Bahar ve diğerleri (2008) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0,92 olup, alt boyutlarının güvenirlik katsayıları 0,64-0,80 arasında değişmektedir (Bahar, Beser ve Gördes; 2008). Ölçek; hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde derecelendirilerek puanlanmaktadır. Öleğkten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Kişilerarası ilişkiler sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi ölçeğın alt boyutlarıdır. Araştırmamızda SYBDÖ-II Cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36), Ware (1987) tarafından gerçekleştirilmiş olup genel popülasyon incelemelerinde kullanılan bir ölçektir (Ware ve Sherbourne, 1992) (EK-6). Ölçek Koçyiğit ve diğerleri (1999) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması kronik fiziksel rahatsızlığı olan popülasyonda yapılmıştır. Ölçeğın Cronbach's Alfa katsayıları 0,73-0,76 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve diğerleri, 1999). SF-36, fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları, ağrı, ruh sağlığı, enerji/canlılık ve genel sağlık algısı olmak üzere 8 alt boyuttan ve 35 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutlar sağlığı '0- 100' arasında değerlendirmekte ve '0' sağlık durumunu kötü ilerlediğini gösterirken, '100' sağlık durumunda iyiye işaret etmektedir. Ölçek tek bir puan yerine her bir alt boyut için ayrı olarak toplam puan vermektedir (Ware ve Sherbourne,1992).

SF-36, 14 yaş ve üzeri bireylerin bireysel veya anketör aracılığı ile yüz yüze veya telefon aracılığı ile uygulanabilecek şekilde geliştirilmiştir (Ware ve Sherbourne,1992). Araştırmamızda SF-36' nın Cronbach alfa katsayıları 0,78-0,51 arasında değişmektedir

3.7.5. Yeme Bağımlılığı Olan Öğrencilerde Değişim Aşamalarını Belirleme Formu

Motivasyonel görüşme (MG) girişiminde araştırmacı tarafından örnekleme alınacak bireylerin hangi aşamada olduğunu belirlemek için oluşturulan formdur (EK-7). Değişim aşamaları, niyet öncesi, niyet, hazırlık, hareket (eylem) ve sürdürme aşamalarından oluşur

(Miller ve Rollnick, 2012) MG uygulanacak grubun değişim aşamaları açısından benzerliği etkin müdahale yürütülmesi bakımından önemlidir. Oluşturulan formun amacı oğrencilerde belirlenen problemlili yeme davranışı üzerinde çelişki ortaya çıkararak hedeflenen sağlık davranışı için değişim aşamasını belirlemektir. (Miller ve Rollnick, 2012). Oğrencilere hangi aşamada olduğunu belirlemek için “tetikleyici yiyeceği/yiyecekleri (tatlı şekerli yiyecekler, ambalajlı gıdalar, hamur işleri vs.) bırakma girişimine başlamayı hiç düşündünüz m?” sorusu sorulmaktadır. Bu ifadeye yönelik beş seçenek belirtilmiştir. Oğrencilerden bu seçeneklerden birini seçmesi beklenmektedir. Oğrenci niyet öncesi aşamasında ise tetikleyici yiyecekleri yemeye devam ediyorum. Gelecek 6 ay içinde bu yiyecekleri bırakma niyetinde değilim şeklinde cevap verecektir. Oğrenci niyet aşamasında ise tetikleyici yiyecekleri yemeye devam ediyorum. Gelecek 6 ay içinde bu yiyecekleri düzenli bir şekilde bırakma niyetindeyim şeklinde cevap verecektir. Oğrenci hazırlık aşamasında ise tetikleyici yiyecekleri yemeye devam ediyorum. Gelecek 1 ay içinde bu yiyecekleri düzenli bir şekilde bırakma niyetindeyim cevabını işaretleyecektir. Oğrenci hareket aşamasında ise tetikleyici yiyecekleri yemeyi 6 aydan daha kısa bir süre içinde yemeyi bıraktım cevabını işaretleyecektir. Oğrenci sürdürme aşamasında ise tetikleyici yiyecekleri yemeyi 6 aydan daha uzun bir süre içinde yemeyi bıraktım cevabını işaretleyecektir.

3.7.6. Motivasyonel görüşme planının oluşturulması

Yeme bağımlılığına yönelik oluşturulan motivasyonel görüşme (MG) planı, konu ile ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Appel ve diğerleri 2011; Burke, Arkowitz, Menchola, 2003; Cathelain ve diğerleri, 2016; Hall, Gibbie ve Lubman, 2012; Macdonald ve diğerleri, 2012; Meseri ve diğerleri 2016; Miller ve Rollnick, 2002; Sobell, Sobell, Agrawall, 2009; Nunes-Neto ve diğerleri 2018; Woodruff ve diğerleri, 2001; Woodruff diğerleri, 2007) (EK-9). Uygulamayı yapan araştırmacı uygulama ncesi 26-27 Ekim 2019 tarihinde MG eğitimine katılmıştır (EK-10).

İlgili literatür doğrultusunda hazırlanan motivasyonel görüşme planının kapsam geçerliliği yapılmıştır. Görüşme planının kapsam geçerliliği kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılmıştır. Uzmanlardan görüşme planı içeriğinin içerik ve dil yönünden uygunluğu için 1-4 arasında bir puan ile değerlendirmeleri istenmiştir (1 puan: Uygun değil; 2 puan: Uygun şekle getirilmesi gerek; 3 puan: Uygun ancak ufak değişiklikler gerekiyor; 4 puan: Çok

uygun). Maddelere 3 veya 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddenin kapsam geçerlilik indeksi belirlenmiştir (Polit ve diğerleri, 2007).

MG planının kapsam geçerliliği bu alanda uzman 5 öğretim üyesinin uzman görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir. Uzmanlara motivasyonel görüşme planı ile birlikte uzman görüş formu gönderilmiştir. Sadece iki uzman görüşme süresi ve görüşmede kullanılan görsel araçlara yönelik 2 puan vermiştir. Davis (1992) tekniği uzman görüşleri derecelendirmesi doğrultusunda kapsam geçerlik indeksi 0,96 olarak bulunmuştur. Sonraki süreçte 2 puana ilişkin düzenlemeler yapılmış olup bütün uzmanlar her madde için 3 veya 4 puan vermişlerdir. Bu doğrultuda motivasyonel görüşme plan içeriğinin son şekli verilmiş olup kapsam geçerlik indeksi 1 olarak bulunmuştur ve planın son hali verilmiştir.

KGİ kullanılarak yapılan kapsam geçerlik analizine göre maddelerin anlaşılabilirlik düzeyi incelenmiştir. KGO minimum değerleri $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyi için Veneziano ve Hooper (1997) tarafından tabloya dökülmüştür (Çizelge 3.6). Bu tablo doğrultusunda 5 uzman sayısı görüşü alınarak oluşturulan minimum değer 0,99 olarak belirtilmiştir. Çalışmanın analizleri sonucu kapsam geçerlik indeksi belirlenen değer üzerinde bulunmuştur.

Çizelge 3.6. $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO'ları için minimum değerler

Uzman sayısı	Minimum değer	Uzman sayısı	Minimum değer
5	0,99	13	0,54
6	0,99	14	0,51
7	0,99	15	0,49
8	0,78	20	0,42
9	0,75	25	0,37
10	0,62	30	0,33
11	0,59	35	0,31
12	0,56	40 ⁺	0,29

Çizelge 3.7. Uzman görüşlerinin toplanması ve kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi

Maddeler	Uygun değil (1)	Uygun şekilde getirilmesi gerek (2)	Uygun ancak ufak değişiklikler gerekiyor (3)	Çok uygun (4)	Kapsam Geçerlik Oranları
Görüşme planındaki her bir değişim aşamasının amacı	0	0	2	3	1,00 ⁺
Görüşme planındaki herbir değişim aşamasının hedefleri	0	0	2	3	1,00 ⁺
Görüşme içeriğinde kullanılan tanışma egzersizinin uygunluğu	0	0	1	4	1,00 ⁺
Görüşme içeriğinde kullanılan teknikler	0	0	2	3	1,00 ⁺
Görüşme içeriğinde yer alan alıştırmalar	0	0	1	4	1,00 ⁺
Görüşme içeriğinde kullanılan görseller	0	1	1	3	0,80 ⁺
Görüşme süresi	0	1	0	4	0,80 ⁺
Görüşmenin içeriği	0	0	0	5	1,00 ⁺
Görüşme içeriğinin akışı (süreç)	0	0	0	5	1,00 ⁺
Görüşme içeriğinde kullanılan dilin, açık öz ve anlaşılabilirliği	0	0	0	5	1,00 ⁺
Uzman Sayısı			5		
Kapsam Geçerlik İndeksi			0,96 ⁺		

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul (EK-12) ve kurum izinleri (EK-13, EK-14, EK-15) alınmıştır. Eylül- Kasım 2021 tarihleri arasında üç devlet üniversitesinin hemşirelik bölümü öğrencilerine çevrimiçi anket formu oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin oluşturulan linkin başında yer alan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (EK-8) açıklamasını okuduktan sonra “kabul ediyorum” seçeneğini işaretlemesi beklenmiştir. Bu alan işaretlendikten sonra “Katılımcı Bilgi Formu” ve “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği” (YYBÖ) ni doldurmaları istenmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden 635 öğrenci, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden 287 öğrenci ve Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden 248 öğrenci olmak üzere 1170 öğrenci “Katılımcı Bilgi Formu” ve “YYBÖ” yi eksiksiz olarak doldurmuştur. Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yeme bağımlılığı prevalansı %10,1 olarak saptanmıştır (Romero-Blanco, 2021). Bu nedenle 1170 öğrenci belirlenen

referans popülasyon için yeterli bulunmuştur. Yanıtlayan öğrenciler arasında 106 öğrenci yeme bağımlılığı tanısal kriterlerini karşılamıştır. 106 öğrenciden 10 öğrenci araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 1 öğrenciye ulaşamamıştır. Kalan öğrencilere “Yeme Bağımlılığı Olan Öğrencilerde Değişim Aşamalarını Belirleme Formu” uygulanmıştır ve formda 36 öğrenci hazırlık-hareket ve sürdürme aşamasını işaretlemiştir. Kalan 59 öğrenci araştırmanın araştırma popülasyonunu oluşturmuştur. 22-26 Kasım tarihleri arasında 59 öğrencinin ön test verileri toplanmıştır ve istatistikçi tarafından Excel® programında randomize olarak müdahale ve kontrol grupları ataması yapılmıştır. Randomize olarak atanan müdahale grupları için çevrimiçi motivasyonel görüşme (MG) 29 Kasım 2021-2 Ocak 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Çevrimiçi MG bittikten sonra 3-7 Ocak 2022 tarihleri arasında son test verileri toplanmıştır. 2 ay sonra (2 Mart 2022) izlem için müdahale ve kontrol gruplarına izlem verileri uygulanmıştır.

3.8.1. Müdahale ve kontrol grubunda araştırmanın uygulanması

Çizelge 3.8. Motivasyonel görüşme protokolü

1. Oturum:	Öğrencilerin niyet aşamasına gelmesi için yeme davranışları farkındalığının artırılması Tetikleyici yiyeceğe yönelme nedenlerin belirlenmesi Tetikleyici yiyecekleri yemeyi sürdürmenin ve bırakmanın yaşam üzerindeki etkilerine yönelik duygu ve düşüncelerin paylaşılması Tetikleyici yiyecekleri yemenin yaşattığı güçlüklerin belirlenmesi Gün içinde yapmaktan zevk alınan aktivitelerin belirlenmesi Ev ödevi: Not defterine tetikleyici yiyecekleri bırakmanın en önemli yararları belirlenmesi Ev ödevi: Not defterine tetikleyici yiyecekleri yemek yerine alternatif durumların belirlenmesi
2. Oturum:	Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakma davranışı kazandırmada öğrenciyi motive etme Tetikleyici yiyecekleri yemeyi sürdürme veya bırakma girişimlerinde uzun dönem sağlığa etkisinin neler olabileceğini belirleme Tetikleyici yiyecekleri yemeyi devam ettirmenin iyi yanları ve o kadarda iyi olmayan yanlarını belirleme Tetikleyici yiyeceği yemek yerine alternatif olarak yerine nelerin gelebileceğini belirleme Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakmada hangi durum ve kişilerin teşvik ettiğinin belirlenmesi Ev ödevi: Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmayı engelleyecek durumların belirlenmesi ve plan yapılması
3. Oturum:	Değişim planı oluşturma (1 haftalık) Değişim taahhüdünü sağlama Ev ödevi: Değişim planı taslağında yer alan soruların değerlendirilip not deftere yazılması Ev ödevi: Bir haftalık değişim planı taslağı oluşturma ve tetikleyici yiyecekleri not etme
4. Oturum:	Değişim planı oluşturma İhtiyaç doğrultusunda bilgi ve tavsiye verilmesi
5. Oturum:	Önem-güven cetveli ile ilk oturumdaki durumu karşılaştırma Değişim planında yerinde giden ve gitmeyen durumların belirlenmesi Değişim taahhüdünü güçlendirme

Araştırmacı görüşme öncesi grupları bireysel telefon ile arayıp araştırmanın amacını hatırlatmıştır. Literatürde Motivasyonel görüşmeyi (MG) grupla veya bireysel yapan bazı çalışmalarda görüşme seansları 5 oturumda gerçekleşmiştir ve etkili olduğu belirlenmiştir (Erol ve Erdoğan, 2008; Geller ve diğerleri 2011b; Navidan ve diğerleri, 2016). Bu doğrultuda müdahale grubuna 5 oturum MG (29 Kasım 2021-2 Ocak 2022) yapılmıştır. Oturumlar tamamlandıktan 2 ay sonra (2 Mart 2022) izlem testi uygulanmıştır. Müdahale grubuna uygulanan MG protokolü Çizelge 3.8’ de verilmiştir. Müdahale grubu tüm oturumlara eksiksiz katılım sağlamıştır. İlk oturumun üçüncü oturumunda yer alan bir öğrenci MG oturumuna katılım sağlayamamıştır ve oturumların devamlılığının sağlanması için o gün telefon ile görüşme yapılmıştır. Grup oturumları 53-62 dakika ve haftada 1 kez olacak şekilde yürütülmüştür. Gruplara öğrencilerin ataması katılımcı sayısı minimum 6, maksimum 9 kişi sınırları doğrultusunda yapılarak 4 grup oluşturulmuş ve her grup 6-9 kişi olarak (Grup 1=6 kişi, Grup 2=6 kişi, Grup 3=9 kişi ve Grup 4=8) belirlenmiştir. Grupların gün ve saati için öğrencilerin ders saatleri dışında, araştırmacı ile uygun olan gün ve saat ilk oturum öncesi belirlenmiş ve her hafta akşam üzeri aynı gün ve saatte oturumlar devam ettirilmiştir. Oturumlar zoom platformunda çevrimiçi gerçekleştirilmiştir ve kayıt altına alınmamıştır. Grup üyelerinin izni doğrultusunda her oturumda araştırmacı kendisi için kısa notlar almıştır. Her oturumdan bir gün önce öğrencilere bilgi mesajı verilerek oturumun zamanı ile ilgili hatırlatma yapılmıştır. Grupların ilk oturumları 29 Kasım 2021 tarihinde başlayıp son oturumları 27 Aralık 2021-2 Ocak 2022 tarihleri arasında sonlanmıştır. MG oturumları örnek öğrenci görüşmesi EK-11’de yer almaktadır.

Kontrol grubundaki öğrencilere veri toplama araçları müdahale grubu ile eş zamanlı olarak çevrimiçi olacak şekilde ilk görüşmeden önce, 5. Haftada ve 2 ay sonra olmak üzere üç kez uygulanmıştır. Ölçümler tamamlandıktan sonra kontrol grubundaki öğrencilere yeme bağımlılığına yönelik tek oturumluk bir seminer planlanmış fakat talep olmadığı için yapılamamıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 25.0 paket programında analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken (sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma) tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir ve normal dağılım gösterdiği

belirlenmiştir. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla bağımlı aşamayı karşılaştırmak için Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda farkın hangi iki aşamadan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni yöntemi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıkları analiz etmek için Ki-kare, Cochran Q testi kullanılmıştır. Grup içi ve gruplararası ortalamalar arasındaki farkın standartlaştırılmasında etki büyüklüğü Cohen's d ile hesaplanmıştır. Cohen d etki değerinin 0.2'den küçük olması durumunda etki büyüklüğünün zayıf, 0.5 olması durumunda orta ve 0.8'den büyük olması durumunda ise kuvvetli etki büyüklüğü göstermektedir (Cohen, 1988). Grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi analizinde doğrusal karma etki modeli kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Süreci

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (Evrak Tarihi ve Sayısı: 17.05.2021/14574941-199-88441) (EK-12). Araştırmanın uygulanabilmesi için Gazi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Dekanlığı Hemşirelik Bölüm Başkanlığından (EK-13), Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde (EK-14) ve Ankara Üniversitesi Hemşirelik Dekanlığından (EK-15) kurum izinleri alınmıştır. Aynı zamanda araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan e-posta aracılığı ile yazılı olarak kullanım izni alınmıştır (EK-16, EK-17, EK-18). Araştırmanın ClinicalTrials.gov kaydı yapılmıştır (ClinicalTrials.gov numarası: NCT05046938). Örneklem kapsamına alınan tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi grupla motivasyonel görüşmenin yeme davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular üç başlık altında ele alınmıştır:

4.1. Öğrencilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular

4.2. Öğrencilerin YYBÖ puanlarının grup içi ve gruplararası ilişkine ilişkin bulgular

4.3. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF 36 puanlarının grup içi, gruplararası ilişkine ilişkin bulgular

4.1. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 Puanlarına İlişkin Bulgular

Öğrencilerin ölçek puanlarına ilişkin bulgular Çizelge 4.1., Çizelge 4.2.'de yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutları	Grup	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)	İstatistiksel değerlendirme	
SYBDÖ-II* Toplam Puan Ort.	Müdahale	112,48±17,00	124,72±15,91	132,79±18,72	F(2)= 9,927, p=0,000	2>1, 3>1
	Kontrol	112,67±15,63	111,50±15,88	115,53±15,03	F(2)= 0,578, p=0,578	
Kişilerarası ilişkiler	Müdahale	23,45±3,56	24,93±3,70	25,45±4,36	F(2)= 1,859, p=0,165	
	Kontrol	23,60±4,11	21,97±3,93	23,13±3,64	F(2)= 1,504, p=0,231	
Sağlık sorumluluğu	Müdahale	14,45±4,25	20,24±3,70	21,41±3,16	F(2)= 9,620, p=0,000	2>1, 3>1
	Kontrol	16,53±3,78	17,00±2,97	18,43±3,55	F(2)= 2,577, p=0,085	
Manevi gelişim	Müdahale	22,66±4,24	23,97±4,10	26,07±4,14	F(2)= 4,701, p=0,013	3>1
	Kontrol	22,73±4,27	22,47±4,75	22,60±3,74	F(2)= 0,036, p=0,965	
Beslenme	Müdahale	18,07±3,80	20,55±2,84	21,66±3,12	F(2)= 9,441, p=0,000	2>1, 3>1
	Kontrol	18,03±3,11	18,07±3,37	18,10±2,87	F(2)= 0,003, p=0,997	
Fiziksel aktivite	Müdahale	14,76±3,07	16,90±3,87	19,28±4,11	F(2)= 11,069, p=0,000	2>1, 3>1
	Kontrol	15,33±4,59	15,03±4,04	16,03±4,00	F(2)= 3,068, p=0,071	
Stres yönetimi	Müdahale	16,17±3,25	18,48±3,29	19,03±3,36	F(2)= 5,879, p=0,005	3>1
	Kontrol	16,03±3,08	17,20±3,24	17,60±2,77	F(2)= 1,075, p=0,348	
SF-36**-Genel sağlık	Müdahale	47,93±16,39	54,48±14,54	60,00±13,83	F(2)= 4,846, p=0,011	3>1
	Kontrol	54,50±16,52	55,83±14,57	55,83±10,67	F(2)= 0,099, p=0,906	
SF-36-Fiziksel fonksiyonellik	Müdahale	85,00±14,52	85,52±14,10	88,79±12,51	F(2)= 0,575, p=0,566	
	Kontrol	86,67±19,27	84,83±20,49	81,83±15,00	F(2)= 0,546, p=0,582	
SF-36-Fiziksel rol sınırlamaları	Müdahale	60,34±35,68	61,21±36,95	75,00±25,88	F(2)= 1,641, p=0,203	
	Kontrol	67,50±34,83	57,50±33,57	70,83±34,17	F(2)= 1,456, p=0,241	
SF-36-Duygusal rol sınırlamaları	Müdahale	25,29±32,25	44,83±44,79	62,07±38,55	F(2)= 5,734, p=0,005	3>1
	Kontrol	47,78±42,60	45,56±40,57	60,00±39,54	F(2)= 1,365, p=0,263	
SF-36-Sosyal fonksiyon	Müdahale	70,26±20,43	75,43±23,97	75,00±16,02	F(2)= 4,269, p=0,019	2>1
	Kontrol	79,58±17,82	66,25±18,61	70,83±16,17	F(2)= 0,497, p=0,611	
SF-36-Ağrı	Müdahale	31,72±16,92	28,62±24,31	20,69±17,91	F(2)= 2,261, p=0,114	
	Kontrol	30,00±16,82	24,00±19,58	22,00±14,72	F(2)= 1,771, p=0,179	
SF-36-Ruh sağlığı	Müdahale	50,48±18,09	56,97±16,65	59,17±19,34	F(2)= 2,127, p=0,129	
	Kontrol	50,00±14,73	52,67±16,48	51,47±13,15	F(2)= 0,247, p=0,782	
SF-36-Enerji/canlılık	Müdahale	41,90±17,60	49,31±17,25	57,24±17,20	F(2)= 6,476, p=0,003	3>1
	Kontrol	45,00±17,81	50,00±16,03	50,00±14,91	F(2)= 1,730, p=0,089	

F=Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, grup içi farkın hangi tekrarlardan kaynaklandığı Bonferroni test istatistiği ile hesaplanmıştır, aralarında fark olan zamanlar 1 (ön test) 2 (son test), 3(izlem) ile gösterilmiştir; p<0.05 olarak Kabul edilmiştir.

*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

**Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

Çizelge 4.1’de öğrencilerin ön test, son test ve izlem puanlarının dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki öğrencilerin SYBDÖ-II son test ve izlem puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$). Kontrol grubundaki öğrencilerde SYBDÖ-II ön test-son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite alt boyutları son test ve izlem puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p>0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin SYBDÖ-II manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutları izlem puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki öğrencilerde SYBDÖ-II ve alt boyutları ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki öğrencilerin SF-36 genel sağlık boyutu, duygusal rol sınırlamaları boyutu ve enerji/canlılık alt boyutları izlem puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin SF-36 sosyal fonksiyon boyutu son test puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$). Kontrol grubundaki öğrencilerde SF-36 alt boyutları ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.2. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 puanlarının grup, zaman, grup*zaman etkileşimleri

Ölçekler ve Alt boyutları	Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ($\bar{X} \pm SS$)	Faktörler					
					Grup		Zaman		Grup*Zaman	
					İstatistik	p	İstatistik	p	İstatistik	p
SYBDÖ-II* Toplam Puan Ort.	Müdahale	112,48±17,00	124,72±15,91	132,79±18,72	F=6,843	p=0,000	F=7,366	p=0,001	F=4,571,	p=0,012
	Kontrol	112,67±15,63	111,50±15,88	115,53±15,03						
Kişilerarası ilişkiler	Müdahale	23,45±3,56	24,93±3,70	25,45±4,36	F=8,859	p=0,004	F=0,829	p=0,439	F=2,581	p=0,080
	Kontrol	23,60±4,11	21,97±3,93	23,13±3,64						
Sağlık sorumluluğu	Müdahale	14,45±4,25	20,24±3,70	21,41±3,16	F=16,990	p=0,000	F=10,656	p=0,000	F=2,004	p=0,139
	Kontrol	16,53±3,78	17,00±2,97	18,43±3,55						
Manevi gelişim	Müdahale	22,66±4,24	23,97±4,10	26,07±4,14	F=5,840	p=0,019	F=2,492	p=0,087	F=2,802	p=0,065
	Kontrol	22,73±4,27	22,47±4,75	22,60±3,74						
Beslenme	Müdahale	18,07±3,80	20,55±2,84	21,66±3,12	F=17,485	p=0,000	F=5,066	p=0,008	F=4,719	p=0,011
	Kontrol	18,03±3,11	18,07±3,37	18,10±2,87						
Fiziksel aktivite	Müdahale	14,76±3,07	16,90±3,87	19,28±4,11	F=7,057	p=0,010	F=6,231	p=0,003	F=3,324	p=0,041
	Kontrol	15,33±4,59	15,03±4,04	16,03±4,00						
Stres yönetimi	Müdahale	16,17±3,25	18,48±3,29	19,03±3,36	F=2,036	p=0,159	F=6,557	p=0,002	F=1,830	p=0,165
	Kontrol	16,03±3,08	17,20±3,24	17,60±2,77						
SF 36** Genel sağlık	Müdahale	47,93±16,39	54,48±14,54	60,00±13,83	F=0,302	p=0,585	F=3,368	p=0,038	F=2,139	p=0,122
	Kontrol	54,50±16,52	55,83±14,57	55,83±10,67						
SF 36 Fiziksel fonksiyonellik	Müdahale	85,00±14,52	85,52±14,10	88,79±12,51	F=0,696	p=0,408	F=0,026	p=0,974	F=1,081	p=0,343
	Kontrol	86,67±19,27	84,83±20,49	81,83±15,00						
SF 36 Fiziksel rol sınırlamaları	Müdahale	60,34±35,68	61,21±36,95	75,00±25,88	F=0,002	p=0,964	F=2,573	p=0,081	F=0,555	p=0,576
	Kontrol	67,50±34,83	57,50±33,57	70,83±34,17						
SF 36 Duygusal rol sınırlamaları	Müdahale	25,29±32,25	44,83±44,79	62,07±38,55	F=1,191	p=0,280	F=6,000	p=0,003	F=1,756	p=0,177
	Kontrol	47,78±42,60	45,56±40,57	60,00±39,54						
SF 36 Sosyal fonksiyon	Müdahale	70,26±20,43	75,43±23,97	75,00±16,02	F=0,264	p=0,609	F=3,155	p=0,046	F=0,834	p=0,437
	Kontrol	79,58±17,82	66,25±18,61	70,83±16,17						
SF 36 Ağrı	Müdahale	31,72±16,92	28,62±24,31	20,69±17,91	F=0,376	p=0,542	F=3,782	p=0,026	F=0,367	p=0,694
	Kontrol	30,00±16,82	24,00±19,58	22,00±14,72						
SF 36 Ruh sağlığı	Müdahale	50,48±18,09	56,97±16,65	59,17±19,34	F=2,365	p=0,130	F=1,872	p=0,159	F=0,781	p=0,461
	Kontrol	50,00±14,73	52,67±16,48	51,47±13,15						
SF 36 Enerji/canlılık	Müdahale	41,90±17,60	49,31±17,25	57,24±17,20	F=0,166	p=0,685	F=6,235	p=0,003	F=1,737	p=0,181
	Kontrol	45,00±17,81	50,00±16,03	50,00±14,91						

F=Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

*SYBDÖ-II= Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

** Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

Çizelge 4.2.'de öğrencilerin puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri yer almaktadır. SYBDÖ-II, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, beslenme, fiziksel aktivite alt boyutları puan ortalamalarında gruplararası dağılımları anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Zaman açısından SYBDÖ-II toplam puan ortalaması, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ile SF-36 alt boyutlarından genel sağlık, duygusal rol sınırlamaları, sosyal fonksiyon, ağrı ve enerji/canlılık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). SYBDÖ-II alt boyutlarından kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ile SF-36 fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ruh sağlığı alt boyutlarının puan ortalamalarında; zaman etkisinin anlamlı olmadığı (sırasıyla $p=0.439$, $p=0.087$, $p=0.974$, $p=0.081$, $p=0.159$), SYBDÖ-II stres yönetimi alt boyutu, SF 36 genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları, sosyal fonksiyon, ağrı, ruh sağlığı, enerji/canlılık alt boyutlarının puan ortalamalarında ise; grup etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir (sırasıyla $p=0.159$, $p=0.585$, $p=0.408$, $p=0.964$, $p=0.280$, $p=0.609$, $p=0.542$, $p=0.130$, $p=0.685$). SYBDÖ-II toplam puan ortalaması ile beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutları puan ortalamaları grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark göstermektedir ($p<0.05$). Buna göre müdahale ve kontrol grubu arasında SYBDÖ-II ön test-son test ve ön test-izlem puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

4.2. Öğrencilerin YYBÖ Puanlarının Grup İçi ve Gruplararası Dağılımına İlişkin Bulgular

Öğrencilerin yeme bağımlılığı durumlarının grup içi ve gruplararası dağılımına ilişkin bulguları Çizelge 4.3.'te yer almaktadır.

Çizelge 4.3. Öğrencilerin yeme bağımlılığı durumlarının dağılımı

		Müdahale		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
		n	%	n	%	n	%		
Ön test	Yeme Bağımlısı	8	27,6	4	13,3	12	20,3	1,849**	0,174
	Yeme bağımlısı değil	21	72,4	26	86,7	47	79,7		
Son test	Yeme Bağımlısı	5	17,2	5	16,7	10	16,9	0,003**	0,953
	Yeme bağımlısı değil	24	82,8	25	83,3	49	83,1		
İzlem	Yeme Bağımlısı	3	10,3	6	20,0	9	15,3	1,063**	0,302
	Yeme bağımlısı değil	26	89,7	24	80,0	50	84,7		
Toplam		29	100,0	30	100,0	59	100,0		
Test Değeri		3,167***		0,600***					
p		0,205		0,741					

*p<0.05, **Ki kare analizi, ***Cochran Q testi

Çizelge 4.3.'te öğrencilerin yeme bağımlılığı durumlarının dağılımı gösterilmektedir.

Gruplararası karşılaştırmada öğrencilerin yeme bağımlılığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$)

Öğrencilerin grup içi yeme bağımlılığı olma durumu arasındaki farkı test etmek için Cochran Q testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda öğrencilerin grup içi yeme bağımlılığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.3. Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 Puanlarının Grup içi ve Gruplararası Dağılımına İlişkin Bulgular

Öğrencilerin SYBDÖ-II ve SF-36 puanlarının grup içi ve gruplararası dağılımına ilişkin bulguları Çizelge 4.4. ve Çizelge 4.5'te yer almaktadır.

Çizelge 4.4. Öğrencilerin gruplara göre SYBDÖ-II ve alt boyut puan ortalaması

SYBDÖ-II Toplam ve Alt Boyut Puan ortalamaları	Müdahale			Kontrol			Gruplararası ön test	Gruplararası son test	Gruplararası izlem
	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)			
***SYBDÖ-II	112,48±17,00	124,72±15,91	132,79±18,72	112,67±15,63	111,50±15,88	115,53±15,03	t**= -0,043 p=0,966 1-β=0,050 GA=(-8,69- 8,32)	t**= 3,195 p=0,002 d=0,831 1-β=0,880 GA=(4,93- 21,51)	t**= 3,912 p=0,000 d=1,016 1-β=0,969 GA=(8,42- 26,09)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 9,927 p=0,000 2>1, 3>1 d=0,262 1-β=0,862			F(2)= 0,578 p=0,578 d=0,019 1-β=0,054				
Kişilerarası İlişkiler	23,45±3,56	24,93±3,70	25,45±4,36	23,60±4,11	21,97±3,93	23,13±3,64	t**= -0,151 p=0,880 1-β=0,052 GA=(-2,15- 1,85)	t**= 2,978 p=0,004 d=0,775 1-β=0,833 GA=(0,97- 4,95)	t**= 2,219 p=0,030 d=0,577 1-β=0,587 GA=(0,22- 4,40)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 1,859 p=0,165 d=0,062 1-β=0,100			F(2)= 1,504 p=0,231 d=0,049 1-β=0,082				
Sağlık Sorumluluğu	14,45±4,25	20,24±3,70	21,41±3,16	16,53±3,78	17,00±2,97	18,43±3,55	t**= 0,875 p=0,385 1-β=0,497 GA=(-1,17- 3,00)	t**= 3,717 p=0,000 d=0,965 1-β=0,954 GA=(1,49- 4,98)	t**= 3,404 p=0,001 d=0,886 1-β=0,917 GA=(1,22- 4,73)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 9,620 p=0,000 2>1, 3>1 d=0,256 1-β=0,845			F(2)= 2,577 p=0,085 d=0,082 1-β=0,146				
Manevi Gelişim	22,66±4,24	23,97±4,10	26,07±4,14	22,73±4,27	22,47±4,75	22,60±3,74	t**= -0,071 p=0,944 1-β=0,005 GA=(-2,29- 2,14)	t**= 1,296 p=0,200 1-β=0,247 GA=(-0,81- 3,81)	t**= 3,381 p=0,001 d=0,879 1-β=0,913 GA=(1,41- 5,52)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 4,701 p=0,013 3>1 d=0,144 1-β=0,361			F(2)= 0,036 p=0,965 d=0,001 1-β=0,052				

Çizelge 4.4. (devam) Öğrencilerin gruplara göre SYBDÖ-II ve alt boyut puan ortalaması

SYBDÖ-II Toplam ve Alt Boyut Puan ortalamaları	Müdahale			Kontrol			Gruplararası ön test	Gruplararası son test	Gruplararası izlem
	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)			
Beslenme	18,07±3,80	20,55±2,84	21,66±3,12	18,03±3,11	18,07±3,37	18,10±2,87	t**= 0,039 p=0,969	t**= 3,058 p=0,003 d=0,795	t**= 4,558 p=0,000 d=1,187
							1-β=0,050 GA=(-1,77- 1,84)	1-β=0,851 GA=(0,85- 4,11)	1-β=0,994 GA=(1,99- 5,11)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 9,441 p=0,000 2>1, 3>1 d=0,252 1-β=0,833			F(2)= 0,003 p=0,997 d=0,000 1-β=0,052				
Fiziksel Aktivite	14,76±3,07	16,90±3,87	19,28±4,11	15,33±4,59	15,03±4,04	16,03±4,00	t**= -0,564 p=0,575	t**= 1,809 p=0,076	t**= 3,068 p=0,003 d=0,801
							1-β=0,085 GA=(-2,61- 1,46)	1-β=0,430 GA=(-0,19- 3,92)	1-β=0,856 GA=(1,12- 5,35)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 11,069 p=0,000 2>1, 3>1 d=0,283 1-β=0,912			F(2)= 3,068 p=0,071 d=0,014 1-β=0,052				
Stres Yönetimi	16,17±3,25	18,48±3,29	19,03±3,36	16,03±3,08	17,20±3,24	17,60±2,77	t**= -0,559 p=0,578	t**= 1,508 p=0,137	t**= 1,789 p=0,079
							1-β=0,053 GA=(-2,11- 1,18)	1-β=0,315 GA=(-0,42- 2,98)	1-β=0,418 GA=(-0,17- 3,03)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 5,879 p=0,005 3>1 d=0,174 1-β=0,503			F(2)= 1,075 p=0,348 d=0,036 1-β=0,067				

*Bağımsız t testi

**Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

***Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, d=Cohen's, 1-β=Güç, GA=Güven Aralığı

Çizelge 4.4'te öğrencilerin gruplara göre SYBDÖ-II ve alt boyutları puan ortalaması yer almaktadır.

Gruplararası karşılaştırmada SYBDÖ-II son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3.195$; $p=0.002$). Gruplararası farkın etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($d=0.880$). Müdahale grubundaki öğrencilerin SYBDÖ-II son test puan ortalamaları (124.72 ± 15.91), kontrol grubundaki öğrencilerin son test puan ortalamalarına (112.48 ± 17.00) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gruplararası karşılaştırmada SYBDÖ-II izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3.912$; $p=0.000$). Gruplararası farkın etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($d=0.969$). Müdahale grubundaki öğrencilerin SYBDÖ-II izlem puan ortalamaları (132.79 ± 18.72), kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamalarına (112.48 ± 17.00) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubu SYBDÖ-II son test puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=9.927$; $p=0.000$). Müdahale grubunun SYBDÖ-II son test puan ortalaması (124.72 ± 15.91), ön test puan ortalamasına (112.48 ± 17.00) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubu SYBDÖ-II izlem puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($F=9.927$; $p=0.000$). Müdahale grubu SYBDÖ-II izlem puan ortalaması (132.79 ± 18.72), ön test puan ortalamasına (112.48 ± 17.00) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Grup içi karşılaştırmada, kontrol grubunda SYBDÖ-II puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Gruplararası karşılaştırmada kişilerarası ilişkiler boyutu hem son test hem izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin kişilerarası ilişkiler boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada sağlık sorumluluğu boyutu hem son test hem izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin sağlık sorumluluğu boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubu sağlık sorumluluğu boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubu sağlık sorumluluğu boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada manevi gelişim boyutu izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin manevi gelişim boyutu izlem puan ortalamaları, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubu manevi gelişim boyutu izlem puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F= 4.701$; $p=0.013$). Müdahale grubu manevi gelişim boyutu izlem puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada beslenme boyutu hem son test hem izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin beslenme boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Grup içi karşılaştırmada müdahale grubu beslenme boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubu beslenme boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada fiziksel aktivite boyutu izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin fiziksel

aktivite boyutu izlem testi puan ortalamaları, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubu fiziksel aktivite boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubu fiziksel aktivite boyutu hem son test hem izlem puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada stres yönetimi boyutu hem son test hem izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubu stres yönetimi izlem boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubu stres yönetimi boyutu izlem puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Grup içi karşılaştırmada, kontrol grubunda kişilerarası ilişkiler boyutu, sağlık sorumluluğu, beslenme boyutu, fiziksel aktivite, stres yönetimi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.5. Öğrencilerin gruplara göre SF-36 alt boyut puan ortalaması

SF 36 Alt Boyutları	Müdahale			Kontrol			Gruplararası ön test	Gruplararası son test	Gruplararası izlem
	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)			
Genel Sağlık	47,93±16,39	54,48±14,54	60,00±13,83	54,50±16,52	55,83±14,57	55,83±10,67	t**= -1,532 p=0,131 1-β=0,325 GA=(15,15- 2,01)	t**= -0,356 p=0,723 1-β=0,064 GA=(-8,93- 6,23)	t**= 1,334 p=0,188 1-β=0,247 GA=(-2,08- 10,42)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 4,846 p=0,011 3>1 d=0,148 1-β=0,379			F(2)= 0,099 p=0,906 d=0,003 1-β=0,050				
Fiziksel Fonksiyonellik	85,00±14,52	85,52±14,10	88,79±12,51	86,67±19,27	84,83±20,49	81,83±15,00	t**= -0,374 p=0,710 1-β=0,065 GA=(-10,58- 7,25)	t**= 0,149 p=0,882 1-β=0,052 GA=(-8,51- 9,88)	t**= 1,932 p=0,058 1-β=0,477 GA=(-0,25- 14,17)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 0,575 p=0,566 d=0,020 1-β=0,054			F(2)= 0,546 p=0,582 d=0,018 1-β=0,054				
Fiziksel Rol Sınırlamaları	60,34±35,68	61,21±36,95	75,00±25,88	67,50±34,83	57,50±33,57	70,83±34,17	t**= -0,779 p=0,439 1-β=0,119 GA=(-25,53- 11,22)	t**= 0,404 p=0,668 1-β=0,068 GA=(-14,68- 22,10)	t**= 0,527 p=0,600 1-β=0,081 GA=(-11,67- 20,00)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 1,641 p=0,203 d=0,055 1-β=0,091			F(2)= 1,456 p=0,241 d=0,048 1-β=0,080				
Duygusal Rol Sınırlamaları	25,29±32,25	44,83±44,79	62,07±38,55	47,78±42,60	45,56±40,57	60,00±39,54	t**= -0,205 p=0,834 1-β=0,060 GA=(-22,9 - 21,06)	t**= -0,065 p=0,948 1-β=0,050 GA=(-22,99- 21,53)	t**= 0,203 p=0,839 1-β=0,054 GA=(-18,29- 22,43)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 5,734 p=0,005 3>1 d=0,170 1-β=0,488			F(2)= 1,365 p=0,263 d=0,045 1-β=0,076				
Sosyal Fonksiyon	70,26±20,43	75,43±23,97	75,00±16,02	79,58±17,82	66,25±18,61	70,83±16,17	t**= 0,757 p=0,452 1-β=0,115 GA=(-15,13- 6,83)	t**= 0,788 p=0,434 1-β=0,121 GA=(-6,17- 14,19)	t**= 0,963 p=0,340 1-β=0,164 GA=(-4,49- 12,82)

Çizelge 4.5. (devam) Öğrencilerin gruplara göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalaması

SF 36 Alt Boyutları	Müdahale			Kontrol			Gruplararası ön test	Gruplararası son test	Gruplararası izlem
	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)	Ön test ¹ ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ² ($\bar{X} \pm SS$)	İzlem ³ ($\bar{X} \pm SS$)			
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 4,269 p=0,019 2>1 d=0,017 1-β=0,053			F(2)= 0,497 p=0,611 d=0,128 1-β=0,302				
Ağrı	31,72±16,92	28,62±24,31	20,69±17,91	30,00±16,82	24,00±19,58	22,00±14,72	t**= 0,393 p=0,696 1-β=0,067 GA=(-7,07- 10,51)	t**= 0,805 p=0,424 1-β=0,124 GA=(-6,86- 16,10)	t**= -0,307 p=0,760 1-β=0,060 GA=(-9,84- 7,22)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 4,269 p=2,261 d=0,075 1-β=0,126			F(2)= 1,771 p=0,179 d=0,058 1-β=0,095				
Ruh Sağlığı	50,48±18,09	56,97±16,65	59,17±19,34	50,00±14,73	52,67±16,48	51,47±13,15	t**= 0,113 p=0,911 1-β=0,051 GA=(-8,10- 9,07)	t**= 0,997 p=0,323 1-β=0,165 GA=(-4,33- 12,93)	t**= 1,795 p=0,075 1-β=0,420 GA=(-0,89- 16,30)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 2,127 p=0,129 d=0,071 1-β=0,117			F(2)= 0,247 p=0,782 d=0,008 1-β=0,050				
Enerji/Camlılık	41,90±17,60	49,31±17,25	57,24±17,20	45,00±17,81	50,00±16,03	50,00±14,91	t**= -0,673 p=0,504 1-β=0,101 GA=(-12,33- 6,13)	t**= -0,159 p=0,874 1-β=0,052 GA=(-9,36- 7,98)	t**= 1,730 p=0,089 1-β=0,396 GA=(-1,14- 15,62)
Grup İçi İstatistiksel Analiz**		F(2)= 6,476 p=0,003 3>1 d=0,188 1-β=0,570			F(2)= 1,730 p=0,089 d=0,036 1-β=0,067				

*Bağımsız t testi

**Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

d=Cohen's, 1-β=Güç, GA=Güven Aralığı

Çizelge 4.5.'de öğrencilerin SF-36 puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Gruplararası karşılaştırmada genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları, sosyal fonksiyon, ağrı, ruh sağlığı ve enerji/canlılık boyutları müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Grup içi karşılaştırmada, müdahale grubu genel sağlık boyutu, duygusal rol sınırlamaları, enerji/canlılık boyutu izlem puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubu genel sağlık boyutu, duygusal rol sınırlamaları boyutu ve enerji/canlılık boyutu izlem puan ortalaması, ön test puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Grup içi karşılaştırmada; müdahale grubunda sosyal fonksiyon boyutu son test puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubu sosyal fonksiyon boyutu son test puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Grup içi karşılaştırmada hem müdahale grubu hem de kontrol grubunda fiziksel fonksiyonellik boyutu, fiziksel rol sınırlamaları boyutu, ağrı boyutu ve ruh sağlığı boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Grup içi karşılaştırmada, kontrol grubu genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları, sosyal fonksiyon, ağrı, ruh sağlığı ve enerji/canlılık boyutları puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada motivasyonel görüşme girişimi sonrası müdahale grubunun SYBDÖ-II puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=3.195$, $p=0.002$) ancak yeme bağımlılığı olma durumu ve SF-36 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$). Çalışmanın bulguları hipotezler doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. H_{0-1} : “Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışı Üzerine Etkisi Yoktur”

Çevrimiçi grupla yapılan Motivasyonel Görüşme (MG) sonrası müdahale ve kontrol grubu arasında yeme bağımlılığı olma bakımından anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamızın bu bulgusu “ H_{0-1} : Motivasyonel Görüşme’nin hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışı üzerine etkisi yoktur” hipotezini desteklemektedir. Mason ve diğerleri (2015) hedonik yemeye sahip bireylerde yaptıkları farkındalık eğitiminde, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ) puanlarında düşüş gözlemledikleri, Webber ve diğerleri (2017)’nin öz farkındalık çalışmasında, duygusal beyin eğitimi grubunun YYBÖ semptomlarında anlamlı iyileşme olduğu belirlenmiştir. Weinstein ve diğerleri (2015), çalışmasında ise kompulsif yeme davranışı ile başa çıkmak için 12-adımlık bir program kullanmışlardır. Program öncesine göre program sonrası katılımcılarda anksiyete ve depresyon puanlarında anlamlı düzeyde düşüş görülürken, yeme bağımlılığı ve özyeterlilik ölçümlerinde anlamlı değişiklik saptanmamıştır (Weinstein ve diğerleri, 2015).

Mevcut bazı çalışmalarda MG’nin yeme bozukluklarında anlamlı iyileşmeler ortaya çıkardığı belirlenmiştir. Feld ve diğerleri (2001), yeme bozukluğu olan bireylerde 4 saatlik grupla MG’yi değerlendirdiğinde, benlik saygısında ve motivasyonda artma, depresyonda azalma; Dunn (2003), kendi kendine yardım müdahalesi yerine tek bir MG oturumunun, üniversite öğrencilerinde tıknırcasına yeme ataklarında önemli ölçüde daha fazla azalmaya yol açtığını bildirmiştir. Bir çalışma, tıknırcasına yeme bozukluğu olan veya bulimia nervosa (BN) tanılı bireylere değişime hazır olma durumunu artırmada tek bir MG’nin kendi kendine yardım kılavuzu uygulanan kontrol grubuna göre değişime daha fazla hazır olduklarını belirlemiştir (Dunn, Neighbors ve Larimer, 2006). Her iki grup da tıknırcasına yeme sıklığını benzer ölçüde azaltmasına rağmen, uyarlanmış MG grubu 4 ayda daha fazla tıknırcasına yeme durumundan kaçınma oranlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Hilker ve

diğerleri (2016) çalışmasında, çoğunluğu yeme bağımlılığı tanısal kriterlerini karşılayan BN tanılı bireylere grupta 6 haftalık psikoeğitim uygulamıştır. Müdahale sonrası yeme bağımlılığı önemli ölçüde azalmıştır. Dean ve diğerleri (2008), grupta 4 seanslık MG'nin yeme bozukluğu bireylerde programa uyum göstermelerinde etkili olduğunu, Resnicow ve diğerleri (2001) meyve ve sebze tüketimine ilişkin yaptıkları müdahalede MG grubunun anlamlı değişimler gösterdiklerini belirlemiştir. Bu çalışmalar ışığında MG, beslenme davranışını değiştirmede ve sekonder sonuçları olumlu etkilemede önemli bir yaklaşım olduğu söylenebilir (Resnicow ve diğerleri, 2001).

Yukarıda sözü edilen çalışmalar sonucuna benzer biçimde MG girişiminin motivasyonu artırarak tedaviye destek olduğu sonucuna varılabilir. Çalışmamızda müdahale sonrası gruplararası yeme davranışı arasında fark görülmemiştir. Bu anlamda MG oturum sayısının bağımlılık direncini kırmak için daha uzun düzeyde yapılması ve yeme bağımlılığının MG benzeri psikososyal müdahale çalışmalarla desteklenmesi önerilir.

5.2. H_{0-2} : “Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi Yoktur”

Üniversite eğitimi, hemşirelik öğrencilerinin yaşamlarında büyük değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Ergenlik ve genç-yetişkinlik (18-25 yaş) arasındaki bu geçiş dönemine 'yükselen/beliren yetişkinlik' denir ve kimlik araştırması, istikrarsızlık, kendine odaklanma (ego-merkezcilik), arada kalmışlık hissi ve olasılıklar çağı ile karakterize edilir (Arnett, 2020). Daha önceki çalışmalardan elde edilen bulgular, bu yaş grubundaki bireylerin sigara, alkol, madde kullanımı, sağlıksız beslenme ve hareketsiz yaşam gibi sağlıksız ve riskli sağlık davranışlarında bulunma eğiliminde olduğunu ve bunun gençlikte veya sonraki yaşamda sağlık sorunlarına yol açabileceğini göstermektedir (Al -Kandari ve diğerleri, 2008, Cilingir ve Aydın, 2017). Bu nedenle bu dönemde oluşabilecek sağlıksız yaşam davranışlarına erken müdahale etmek son derece önemlidir. Çalışmamızda yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerine sağlıklı beslenme davranışları kazanmasına ilişkin motivasyonel görüşme (MG) ile girişim yapılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda “ H_{0-2} : Motivasyonel Görüşme'nin hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi yoktur” hipotezi reddedilmiştir. Çalışmamızda müdahale grubunda yer alan hemşirelik öğrencilerinin SYBDÖ-II ön test, son test ve izlem toplam puan ortalamalarının sırasıyla 112.48 ± 17.00 , 124.72 ± 15.91 , 132.79 ± 18.72 olduğu ve puan ortalamalarının

anlamli artiş gösterdiği tespit edilmiştir (Çizelge 4.4). Müdahale grubunda yer alan hemşirelik öğrencilerinin hem son test hem de izlem SYBDÖ-II puan ortalamaları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). MG ile yapılan girişimin her iki ölçümde büyük etki büyüklüğüne (izlem testi: $p = 0.000$, $d = 1,016$; son test: $p = 0.002$, $d = 0,831$) sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgularımız müdahale çalışmalarının yetersiz olması nedeniyle sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmede kullanılan eğitim içerikli çalışmalarla tartışılacaktır.

Sağlığı etkileyen önemli faktörlerden biri kişilerarası ilişkiler/kişilerarası iletişimdir. Çalışmamızda SYBDÖ-II'nin kişilerarası ilişkiler boyutu MG girişimi sonrası son test ve izlem müdahale grubu puan ortalamaları kontrol grubu puanlarına göre anlamlı düzeyde artmıştır ($p < 0.05$) (Çizelge 4.4). MG ile yapılan girişimin her iki ölçümde orta etki büyüklüğüne (izlem testi: $p = 0.030$, $d = 0,587$; son test; $p = 0.004$, $d = 0,775$) sahiptir ancak grup içi karşılaştırmada kişilerarası ilişkiler boyutu puan ortalaması müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Üniversite öğrencilerinde 8 hafta boyunca haftada bir kez uygulanan sağlığı geliştirme programının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirleyen bir çalışmada kişilerarası ilişkiler alt boyutuna ilişkin müdahale ve kontrol grubunun son test puanları arasında müdahale grubu lehine anlamlı bir fark bulunmuştur (Erenoğlu ve diğerleri, 2019). Sağlığı geliştirme davranışındaki kişilerarası ilişkiler, olumlu bir değişim için bireyin çevresindeki insanları nasıl etkilediklerini göstermektedir.

Sousa ve diğerlerinin (2013), çalışmasında müdahale grubuna klinik değerlendirme, tıbbi, psikolojik, beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığından oluşan standart tedavi programına ek olarak eğitim kaynakları (videolar, broşürler, menüler, diğer bağlantılara erişim), kendi kendini izleme (yemek, ağırlık ve fiziksel aktivite kayıtları), sosyal destek (sohbetler, tartışma forumları ve kişiselleştirilmiş mesajlar), etkileşimli eğitim modülleri gibi kaynaklar (öz değerlendirme sınavları, kendi diyetlerini yapma) ve motivasyon araçları (kişisel hedef planlama, tedavi ilerleme kaydı, pozitif pekiştirme) gibi çeşitli e terapötik platform erişimi sağlanmıştır. Sağlığı geliştirme modeline yönelik geliştirilen 24 hafta müdahale ve 12 haftalık takip edilen kilo yönetimi programı ile adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştiği görülmüştür (Sousa ve diğerleri, 2013).

Sağlık sorumluluğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışını etkileyen faktörlerden biridir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlıklarının korunması geliştirilmesi için gösterilen tutum olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sorumluluğu yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışlarını sürdürmeleri daha olasıdır (Bozhuyuk ve diğerleri, 2012). Yıldırım ve diğerleri (2016) hemşirelik öğrencilerine 14 hafta boyunca verilen sağlığı geliştirme dersinin etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, eğitim sonrasında öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarının arttığını bildirmiştir. Stark ve diğerleri (2012) sağlığı koruma ve geliştirme eğitimi verilen öğrencilerin son test puanlarında sağlık sorumluluğu boyutunun anlamlı düzeyde arttığını bildirmiştir. Literatürle uyumlu olarak motivasyonel görüşme (MG) sonrası öğrencilerin hem son test hem de izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu bilgiler ışığında sağlıklı beslenme davranışları temelinde oluşturulan MG nin sağlığın korunması ve sürdürülmesi için farkındalık kazandırdığı söylenebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir diğer belirleyicileri beslenme ve fiziksel aktivitedir. Çalışmamızda fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları MG girişimi sonrası izlem müdahale grubu, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artmıştır ($p < 0.05$) ve yüksek etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmektedir ($d = 0.801$) (Çizelge 4.4). İnternet tabanlı bir eğitim programının, sağlıklı beslenme davranışı değişikliklerini motive etmede ve diyet değişikliğini gerçekleştirmek için öz yeterliliği artırmada etkili olmuştur. Bununla birlikte, fiziksel aktivitede herhangi bir davranış değişikliği olmamasına rağmen egzersize karşı daha iyi bir tutum sergiledikleri belirlenmiştir (Franko ve diğerleri, 2008). Werch ve diğerleri (2007), üniversite öğrencilerinde sağlık davranışı müdahalesinin, fiziksel aktivite, beslenme, uyku alışkanlıkları ve stres yönetimi gibi sağlıklı yaşam davranışlarında olumlu değişiklikleri etkilediğini belirtmiştir. Obez adölesanlara 6 haftalık kilo yönetimi programı uygulanan bir çalışmada 3 ay sonra, sağlıklı yaşam davranışları ölçeği puan ortalamasının arttığı ve fiziksel aktivite alt boyutunda diğer boyutlara göre önemli değişim sağladığı saptanmıştır (Berry ve diğerleri, 2007). Çalışmamızda benzer biçimde beslenme alt boyutu MG sonrası grup içi ve gruplararası anlamlı ölçüde farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Gruplararasıdaki anlamlılık düzeyi yüksek etki büyüklüğüne sahiptir (son test: $d = 0.795$; izlem testi: $d = 1.187$). Bu değişimin en önemli faktörleri sağlıklı beslenme davranışı konusunda bilgi ve farkındalığın artmasıyla birlikte yeme bağımlılığına yönelik oluşturulan MG olduğu söylenebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirleyici unsuru olan manevi gelişim, bireyin yaşamının anlamının farkına vardığı ve yaşamlarından aldıkları doyum, olumlu bir süreçtir (Moodi ve diğerleri, 2015). Maneviyat refah, yaşam doyum düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Peres ve diğerleri, 2018). Altun (2008)' un üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik verilen eğitim sonunda kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) ve stres yönetimi alt boyutlarında ve toplum puan ortalamasında artış gözlenmiştir. Grup danışmanlığının obez bireylerde SYBDÖ-II beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarının son test puan ortalamalarının önemli düzeyde arttığı belirtilmiştir. (Yıldırım, 2019). Beslenme ve stresle başetme eğitimi uygulanan adölesanlarda, 8 hafta sonrasında beslenme, stres yönetimi ve egzersiz ilişkili sağlık davranışlarında olumlu yönde gelişme gösterildiği ve manevi gelişim ve kişilerarası destek davranışlarının sergilendiği belirlenmiştir (Geçkil, 2006).

Çalışmamızda MG müdahale grubu manevi gelişim alt boyut izlem puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p<0.05$) ve yüksek etki büyüklüğüne sahiptir ($d=0.879$). Aynı zamanda müdahale grubu manevi gelişim alt boyut izlem puan ortalaması, ön test puan ortalamasına göre artış sağlamıştır ($p=0.013$) (Çizelge 4.6.). Bulgularımızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada SYBDÖ II beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında puan ortalamalarında değişim sağlanmadığı ($p>0.05$), stres yönetimi alt boyutunda gruplararası farkın önemli olduğu belirtilmiştir (Erbaba, 2018). Bu doğrultuda sağlıklı yaşam davranışlarının bir parçası olan beslenmeye yönelik uygulanan MG hem yaşamdan doyum sağlama hem de sağlıklı beslenmenin yaşam tarzına entegre edilmesi bakımından manevi gelişimi de olumlu etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda stres yönetimi boyutu puan ortalaması zamansal açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). MG sonrası müdahale grubu izlem puan ortalaması ön test puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p<0.05$). Sağlıklı beslenme, kişilerarası ilişkiler kurma, sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, zaman yönetimi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları stres yönetiminin sağlanması bakımından başa çıkma yöntemleri arasında yer almaktadır (Ekinci ve Ekici, 2003). Bu doğrultuda sağlıklı beslenme davranışına yönelik uygulanan MG sekonder olarak stres yönetimini olumlu etkilediği söylenebilir. Bu çalışmada gözlemlenen değişiklikler, yaşam tarzı veya sağlık davranışlarına odaklanan diğer müdahale çalışmalarında bulunan bazı çalışmalarla uyumludur (Daubenmier ve diğerleri, 2007; Franko ve diğerleri, 2008). İncelenen çalışmalara

baktığımızda verilen girişimin büyük oranda eğitim olduğu ve yüzyüze olarak verildiği, uzun süreli davranış değişikliğini ele alan psikososyal çevrimiçi verilen müdahale programlarının sağlıklı yaşam davranışları geliştirmede daha etkili olabileceği düşüldüğünden deneysel yapılacak çalışmaların literatüre ışık tutacağı söylenebilir.

5.3. H_{0-3} : “Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yoktur”

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)’ na yönelik temel sonuçlarımızda motivasyonel görüşme (MG) sonrası müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0.05$). Bu anlamda çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda “ H_{0-3} : Motivasyonel Görüşme’nin hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur” hipotezi kabul edilmiştir. Uygulanan girişimin yaşam kalitesine olumlu etkisine yol açması için izlem süresinin artırılması önerilir.

Literatürde MG ve yaşam kalitesinin birlikte incelendiği farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalara rastlanılmıştır. Bu doğrultuda araştırma bulgularımız bu çalışmalar doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde diyaliz hastalarına uygulanan MG sonrası ön test-son test ve 3 aylık izlem sonrası yaşam kalitesi puanlarında müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir (Russell ve diğerleri, 2011). Kronik hemodiyaliz hastalarında MG’ nin tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirleyen bir çalışmada, müdahale grubundaki hastalara ayda 4 kez bireysel MG uygulanmıştır. Yaşam kalitesi puanlarında ön test, son test ve 3 aylık izlem aşamalarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmazken, müdahale grubu son test ve izlem puanlarında artış görülmüştür (Ok ve Kutlu, 2021). Tıkanırçasına yeme bozukluğu olan bireyler için müdahale grubuna MG seansı ve el kitabı, kontrol grubuna ise sadece kendi kendine yardım müdahalesi olan el kitabı verilmiştir. Tıkanırçasına yeme ve depresyon, yaşam kalitesi gibi ilişkili semptomların etkisini değerlendiren çalışmada her iki grupta müdahale sonrası olumlu bir yaşam kalitesi bildirmiştir (Cassin ve diğerleri, 2008).

Çalışma bulgularımızın tersine farklı örneklem gruplarında uygulanan MG sonrası yaşam kalitesini anlamlı düzeyde artırdığı çalışmalar mevcuttur (Alıcı ve Pınar, 2008; Chiang ve diğerleri, 2019; Newnham-Kanas, 2020; Yıldırım, 2016).

Çalışmamızda MG sonrası 2. aydaki sonuçları (izlem) müdahale grubunun genel sağlık algısı ($p=0.011$), duygusal rol sınırlamaları($p=0.005$) ve enerji/canlılık boyutları ($p=0.003$) ön test puanına göre anlamlı artış olduğunu göstermektedir ($p<0.05$). Ok ve Kutlu (2021)'nin hemodiyaliz hastalarında yapmış olduğu çalışmasında MG sonrası müdahale grubunun ön test ve son testleri karşılaştırıldığında ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık puan ortalamalarında farklılık gözlenmiştir. Ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol alanlarında son test puan ortalamalarının ön teste göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kardiyak rehabilitasyon hastalarında MG'nin klinik sonuçlar, psikolojik sonuçlar ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki uzun vadeli etkilerini araştıran farklı bir çalışmada müdahale grubundaki hastaların SF-36 puanlarında bedensel ağrıda ve duygusal problemler nedeniyle rol kısıtlamasında yüksek artışlar olmakla birlikte diğer sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Chair ve diğerleri, 2013). Çalışmamızda bağımlılığın neden olabileceği rahatsızlıklar önemli ölçüde henüz ortaya çıkmadığı için SF-36 alt boyutlarından fiziksel kısıtlılık, fiziksel rol sınırlaması, ağrı gibi etkenlerin sonucu değiştirmediği söylenebilir.

Araştırmanın güçlü yanları;

- Araştırma randomize kontrollü tasarıma sahiptir.
- Araştırmada randomizasyonun nasıl yapıldığı ve korunduğu ayrıntılı olarak ele alınmıştır.
- Araştırmada atama listesinin oluşturulması ve araştırma gruplarına atama araştırmacı dışında biri tarafından yapılması ve uygulama başlayınca kadar kör tekniğin korunuyor olması güçlü yanlarından biridir.
- Araştırma verilerinin veri tabanına girilmesi ve analizi bağımsız bir istatistikçi//uzman hemşire tarafından yapılmış ve istatistikçi yanlılığı önlenmiştir.
- Araştırmada kullanılan motivasyonel görüşme tekniğinin yeme bağımlılığı olan öğrencilerin davranış değişikliği sağlamada ve sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesine katkı sağlama potansiyeline sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi grupla motivasyonel görüşme (MG)' nin yeme davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen bu çalışmada; müdahale grubundaki öğrencilerin 5 haftalık MG' nin sonunda ve sonrasında 8 haftalık izlem sağlıklı yaşam davranışlarını artırmada etkili olduğu ancak yeme davranışlarında durumlarının değişiklik sağlamadığı saptamıştır.

1. Araştırma hipotezlerine yönelik olarak H_{0-1} hipotezi kabul edilmiştir.

- Müdahale ve kontrol grupları arası yeme bağımlılığı durumları arasında fark yoktur ($p>0.05$).

2. Araştırma hipotezlerine yönelik olarak H_{0-2} hipotezi reddedilmiştir.

- Müdahale grubunun son test SYBDÖ-II puan ortalaması, ön teste göre anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$), müdahale grubunun izlem testi SYBDÖ-II puan ortalaması ön teste göre anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$) ve etki büyüklüğünün ($d=0.262$) düşük düzeyde olduğu,
- Müdahale grubunun son test SYBDÖ-II puan ortalaması, kontrol grubunun son test puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p<0.05$) ve etki büyüklüğünün ($d=0.880$) yüksek olduğu, müdahale grubunun izlem SYBDÖ-II puan ortalaması, kontrol grubunun izlem puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde artış gösterdiği ($p<0.05$) ve etki büyüklüğünün ($d=0.969$) yüksek olduğu bulunmuştur.
- Müdahale grubunun son test sağlık sorumluluğu boyutu, beslenme boyutu, fiziksel aktivite boyutu puan ortalamalarının ön teste göre anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$), müdahale grubunun izlem testi sağlık sorumluluğu boyutu, manevi gelişim boyutu, beslenme boyutu, fiziksel aktivite boyutu ve stres yönetimi boyutu puan ortalamalarının ön teste göre anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$) bulunmuştur.
- Müdahale grubunun son test kişilerarası ilişkiler boyutu ($p=0.004$, $d=0.775$), sağlık sorumluluğu boyutu ($p=0.000$, $d=0.965$), beslenme boyutu ($p=0.003$, $d=0.795$) puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$), müdahale grubunun izlem kişilerarası ilişkiler boyutu ($p=0.030$, $d=0.577$), sağlık sorumluluğu

boyutu ($p=0.001$, $d=0.886$), manevi gelişim boyutu ($p=0.001$, $d=0,879$), beslenme boyutu ($p=0.000$, $d=1.187$) ve fiziksel aktivite boyutu ($p=0.003$, $d=0.801$) puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı ($p<0.05$) bulunmuştur.

3. Araştırma hipotezilerine yönelik olarak $H_{0.3}$ hipotezi kabul edilmiştir.

- Müdahale grubunun izlem-son testi genel sağlık boyutu, duygusal rol sınırlamaları boyutu, sosyal fonksiyon boyutu ve enerji/canlılık boyutu puan ortalamalarının ön teste göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$),
- Müdahale ve kontrol grupları arasında SF-36 alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Psikososyal müdahale arasında yer alan motivasyonel görüşmenin yeme bağımlılığı olan bireylerde sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinde kullanılması,
2. Grupla veya bireysel olarak yeme bağımlılığını azaltmaya yönelik yapılan çevrimiçi psikososyal müdahale çalışmalarına daha fazla yer verilmesi,
3. Olumlu yeme davranışlarının davranış değişikliğine yol açması ve yaşam kalitesini artırması için uygulanan girişimde oturum sayısının artırılması,
4. Davranış değişikliğinin sağlanması için girişim sonrası izlem testi süresinin artırılması
5. İzlem aşamasında motive edici uyaran verilmesi grubun/bireyin motivasyonunu artırdığı için izlem testine kadar grupla/bireyle etkileşim içinde olunması önerilir.

KAYNAKLAR

- Açıksöz, S., Uzun, Ş., ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(3),181- 187.
- Aharonovich, E., Nunes, E., and Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and alcohol dependence*, 71(2), 207-211.
- Ahmed, S.H., Guillem, K., and Vandaele, Y. (2013). Sugar addiction: pushing the drug-sugar analogy to the limit. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 16,434–349.
- Alıcı, M., ve Pınar, R. (2008). Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(2), 32-47.
- Altun, I. (2008). Effect of a health promotion course on health promoting behaviors of university students. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14, 880–887.
- Alzayyat, A., and Al-Gamal, E. (2014). A review of the literature regarding stress among nursing students during their first clinical education. *International Nursing Review*, 61(3), 406-415.
- American Association of Colleges of Nursing (2014) The baccalaureate degree in nursing as minimal preparation for professional practice.
- Anderson, R. B., Hollenberg, N. K., and Williams, G.H. (1999). Physical Symptoms Distress Index: a sensitive tool to evaluate the impact of pharmacological agents on quality of life. *Archives of Internal Medicine*, 159(7), 693–700.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Appel, L.J., Clark, J.M., Yeh, H.C., Wang, N.Y., Coughlin, J.W., Daumit, G., Brancati, F.L. (2011). Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *New England Journal of Medicine*, 365, 1959-1968.
- Arkowitz, H., and Miller, W.R. (2008). Learning, applying, and extending motivational interviewing. *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 1-25). New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.
- Armstrong, M.J, Mottershead, T.A, Ronksley, P.E, Sigal, R.J, Campbell, T.S, Hemmelgarn, B.R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), 709–723.

- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arronqui, G.V., Lacava, R.M.D.V.B., Magalhães, S.M.F., and Goldman, R.E. (2011). Perceptions of nursing students on their quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 762-765.
- Assaf, I., Brieteh, F., Tfaily, M., El-Baida, M., Kadry, S., Balusamy, B. (2019). Students university healthy lifestyle practice: Quantitative analysis. *Health Information Science and Systems*, 7(1),1-12.
- Avena, N.M, Bocarsly, M.E, Hoebel, B.G. (2012). Animal models of sugar and fat bingeing: relationship to food addiction and increased body weight. *Methods in Molecular Biology*, 829, 351–365.
- Avena, N.M., Rada, P., and Hoebel, B.G. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20–39.
- Baggio, S., Studer, J., Iglesias, K., Daeppen, J.B., and Gmel, G. (2017). Emerging adulthood: A time of changes in psychosocial well-being. *Evaluation & the health professions*, 40(4), 383-400.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği u'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi*, 12(1),1-13.
- Bang, S.Y., Kim, S. Y., and Yang, K.M. (2010). Influencing factors on eating disorders in college students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 16(2), 265–271.
- Behere, S.P., Yadav, R., and Behere, P.B. (2011). A comparative study of stress among students of medicine, engineering, and nursing. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33, 145–148.
- Bennett, J.A., Young, H.M., Nail, L.M., Winters Stone, K., Hanson, G. (2008). A telephone-only motivational intervention to increase physical activity in rural adults. *Nursing Research*, 57, 24-32.
- Berry, D., Mary, S., Gail, M., Margaret, G. (2007). An intervention for multiethnic obese parents and overweight children. *Applied Nursing Research*, 2, 63-71.
- Bhandari, P. (2012). Stress and health related quality of life of Nepalese students studying in South Korea: a cross sectional study. *Health Quality Life Outcomes*, 10,26–34.
- Bocarsly, M.E., Berner, L.A., Hoebel, B.G., Avena, N.M. (2011). Rats that binge eat fat-rich food do not show somatic signs or anxiety associated with opiate-like withdrawal: implications for nutrient-specific food addiction behaviors. *Physiology & Behavior* 104(5), 865– 872.

- Borisenkov, M.F., Tserne, T.A., and Bakutova, L.A. (2018). Food addiction in Russian adolescents: Associations with age, sex, weight, and depression. *European Eating Disorders Review*, 26, 671–678.
- Bozhuyuk, A., Özcan, S., Kurdak., H., Akpınar E., and Bozdemir, N. (2012). Healthy life style and family medicine. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 6(1),13- 21.
- Brodie, D.A, Inoue, A. (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 518-527.
- Brown, A.J., Spanos, A., Devlin, M.J., and Walsh, B.T. (2007). Bulimia Nervosa as an addiction: Evidence for a tolerance effect in patterns of binge eating over the course of illness. In *Poster presented at the International Conference of Eating Disorders, Baltimore, MD*.
- Brownell, K.D., Gold, M.S. (2013). Food and addiction: scientific, social, legal, and legislative implications, in: K.D. Brownell, M.S. Gold (Eds.), *Food and Addiction*, Oxford University Press, Oxford, pp. 439–446.
- Brug, J., Spikmans, F., Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R., and Fereira, I. (2007). Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in the their patients. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(1), 8-12.
- Brunault, P., Ballon, N., Gaillard, P., Reveillere, C., Courtois, R. (2014). Validation of the French version of the yale food addiction scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 276- 284.
- Burke, B.L, Arkowitz, H., Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled trials. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71(5), 843–861
- Burrows, T., Kay Lambkin, F., Pursey, K., Skinner, J., and Dayas, C. (2018). Food addiction and associations with mental health symptoms: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 31, 544–572.
- Can, G., Ozdilli, K., Erol, O., Unsar, S., Tulek, Z., Savaser, S., and Durna, Z. (2008). Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 10(4), 273-280.
- Carter, J.C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D.B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671–679.
- Casasnovas, C., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C. M., and Vallejo-Ruiloba, J. (2007). Motivation to change in eating disorders: Clinical and therapeutic implications. *European Eating Disorders Review*, 15(6), 449-456. doi:10.1002/erv.780

- Cassin, S. E., von Ranson, K. M., Heng, K., Brar, J., and Wojtowicz, A.E. (2008). Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), 417
- Castro-Fornieles, J., Casula, V., Saura, B., Martinez, E., Lazaro, L., Vila, M., et al. (2007). Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 129–135.
- Cathelain, S., Brunault, P., Ballon, N., Reveillere, C., Courtois, R. (2016) Food addiction: definition, measurement and limits of the concept, associated factors, therapeutic and clinical implications. *Presse Medicale*, 45(12), 1154-1163.
- Chair, S.Y., Chan, S. W.C., Thompson, D. R., Leung, K.P., Ng, S.K.C., and Choi, K.C. (2013). Long-term effect of motivational interviewing on clinical and psychological outcomes and health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients with poor motivation in Hong Kong: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(12), 1107-1117.
- Chan, M. F., Creed, D. K., Chua, T. L., and Lim, C.C. (2011). Exploring the psychological health related profile of nursing students in Singapore: a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3553-3560.
- Chao, A.M., White, M.A., Grilo, C.M., Sinha, R. (2017). Examining the effects of cigarette smoking on food graving and intake, depressive symptoms, and stress. *Eating Behaviours*, 24, 61-65.
- Chiang, L.C., Heitkemper, M.M., Chiang, S.L., Tzeng, W.C., Lee, M.S., Hung, Y.J., and Lin, C.H. (2019). Motivational counseling to reduce sedentary behaviors and depressive symptoms and improve health-related quality of life among women with metabolic syndrome. *The Journal of cardiovascular nursing*, 34(4), 327.
- Choi, T.H., Hong, K.W. (2015). A study on dining out and dietary behavioral pattern according to gender of university students. *The Academy of Foodservice Industry and Management*, 11(1), 31–20.
- Cilingir, D., Aydin, A. (2017). Department of nursing students' perception of health. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 25(3),167-176.
- Cucciare, M.A, Ketroser, N., Wilbourne, P., Midboe, A.M., Cronkite, R., et al. (2012) Teaching motivational interviewing to primary care staff in the veterans health administration. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 953-961.
- Davis, C., Carter, J.C. (2009) Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite* 53(1):1–8.
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R.D., Carter, J.C., Kaplan, A.S., Kennedy, J.L. (2011). Evidence that ‘food addiction’ is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3), 711–717.
- Davis, L.L. (1992). Instrument review: getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-97.

- Dean, H.Y., Touyz, S.W., Rieger, E., and Thornton, C.E. (2008). Group motivational enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: A preliminary study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(4), 256-267.
- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., and Mannix-McNamara, P. (2014). Psychological distress and coping amongst higher education students: A mixed method enquiry. *Plos one*, 9(12), e115193.
- DesMaisons, K. (2001). *Your last diet!:The sugar addict's weight-loss plan.*Toronto, ON: Random House.
- Devlin, M.J., Goldfein, J.A., Petkova, E., Liu, L., and Walsh, B.T. (2007). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: Two-year follow-up. *Obesity*, 15(7), 1702-1709.
- Dietz, P., Reichel, J.L., Edelmann, D., Werner, A. M., Tibubos, A. N., Schäfer, M.,... and Pfirrmann, D. (2020). A systematic umbrella review on the epidemiology of modifiable health influencing factors and on health promoting interventions among university students. *Frontiers in Public Health*, 8, 137.
- Dunn, E.C., Neighbors, C., and Larimer, M. (2003). Assessing readiness to change binge eating and compensatory behaviors. *Eating Behaviors*, 4, 305-314.
- Dunn, E.C., Neighbors, C., and Larimer, M.E. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 44 –52.
- Ekinci, H. ve Ekici, S. (2003). İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(1), 109-120.
- Epstein, L. H., Leddy, J. J., Temple, J. L., and Faith, M. S. (2007). Food reinforcement and eating: a multilevel analysis. *Psychological bulletin*, 133(5), 884.
- Epstein, L.H., Wright, S. M., Paluch, R.A., Leddy, J.J., Hawk Jr, L.W., Jaroni, J.L., ... and Lerman, C. (2004). Relation between food reinforcement and dopamine genotypes and its effect on food intake in smokers. *The American journal of clinical nutrition*, 80(1), 82-88.
- Erbaba, H. (2018). Obez adolesanlarda beslenme, fiziksel aktivite ve menstürel semptomlara yönelik verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve menstürel semptomlara etkisinin değerlendirilmesi, Doktora tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 101.
- Erenoğlu, R., Can, R., and Sekerci, Y.G. (2019). The effect of the health promotion program for young people on health behaviors, health perception, and self-efficacy levels: a randomized controlled trial. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1203.
- Erol, S., Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The transtheoretical model-based study. *Patient education and counseling*, 72(1), 42-48.

- Fauconnier, M., Rousselet, M., Brunault, P., Thiabaud, E., Lambert, S., Rocher, B., Challet-Bouju, G., Grall-Bronnec, M. (2020). Food addiction among female patients seeking treatment for an eating disorder: prevalence and associated factors. *Nutrients*, 12(6), 1897.
- Feld, R., Woodside, D.B., Kaplan, A.S., Olmsted, M.P., and Carter, J.C. (2001). Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 393– 400.
- Ferri, M., Amato, L., and Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Finucane, M. M., Stevens, G. A., Cowan, M. J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C. J., ... and global burden of metabolic risk factors of chronic diseases collaborating group (body mass index. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The lancet*, 377(9765), 557-567.
- Flecha, O.D., de Oliveira, D.W.D., Marques, L.S., and Gonçalves, P.F. (2016). A commentary on randomized clinical trials: How to produce them with a good level of evidence. *Perspectives in clinical research*, 7(2), 75.
- Fowler, L., Ivezaj, V., and Saules, K. K. (2014). Problematic intake of high-sugar/low-fat and high glycemic index foods by bariatric patients is associated with development of post-surgical new onset substance use disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 505-508.
- Franko, D. L., Cousineau, T. M., Trant, M., Green, T. C., Rancourt, D., Thompson, D., ... and Ciccazzo, M. (2008). Motivation, self-efficacy, physical activity and nutrition in college students: Randomized controlled trial of an internet-based education program. *Preventive Medicine*, 47(4), 369-377.
- Freeman, L.M.Y., Gil, K.M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 204-212.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., and Brownell, K. D. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(1), 113.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 657-663.
- Gearhardt, A.N., Boswell, R. G., White, M. A. (2014). The association of food addiction with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, 15(3), 427-433.
- Gearhardt, A.N., Corbin, W. R., Brownell, K. D. (2009a). Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal Of Addiction Medicine*, 3(1), 1-7.
- Gearhardt, A.N., Corbin, W. R., Brownell, K.D. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430-436.
- Gearhardt, A.N., Yokum, S., Orr, P. T., Stice, E., Corbin, W. R., Brownell, K. D. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 808-816.

- Geçkil, E., Yıldız, S. (2006). Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 19-28.
- Geller, J., Brown, K. E., Srikameswaran, S. (2011). The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: a randomised control trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 497–505.
- Geller, J., Dunn, E.C. (2011). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: Tailoring interventions to patient readiness for change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 5-15.
- Geller, J., Zaitsoff, S. L., Srikameswaran, S. (2005). Tracking readiness and motivation for change in individuals with Eating Disorders over the course of treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 611–625.
- Gibbons, C., Dempster, M., Moutray, M. (2011). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of advanced nursing*, 67(3), 621-632.
- Gold, B. C., Burke, S., Pintauro, S., Buzzell, P., Harvey-Berino, J. (2007). Weight loss on the web: A pilot study comparing a structured behavioral intervention to a commercial program. *Obesity*, 15(1), 155-155.
- Goldstein, R. Z., Woicik, P. A., Moeller, S. J., Telang, F., Jayne, M., Wong, C., ... Volkow, N. D. (2010). Liking and wanting of drug and non-drug rewards in active cocaine users: the STRAP-R questionnaire. *Journal Of Psychopharmacology*, 24(2), 257-266.
- Gourlan, M., Sarrazin, P., and Trouilloud, D. (2013). Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: A randomised-controlled trial using self-determination theory as an explanatory framework. *Psychology & Health*, 28(11), 1265-1286.
- Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z. et al. (2014) Food addiction in a Spanish sample of eating disorders: DSM-5 diagnostic subtype differentiation and validation data: food addiction and ED subtypes. *European Eating Disorders Review*, 22, 389–396.
- Grosshans, M., Loeber, S., and Kiefer, F. (2011). Implications from addiction research towards the understanding and treatment of obesity. *Addiction biology*, 16(2), 189-198.
- Guerdjikova, A.I., McElroy, S. L., Kotwal, R., Welge, J. A., Nelson, E., Lake, K., ... Hudson, J. I. (2008). High-dose escitalopram in the treatment of binge-eating disorder with obesity: A placebo-controlled monotherapy trial. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23(1), 1-11.
- Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., Bird, D., (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: its applications to group therapy. *European Eating Disorders Review*, 11, 58–71.
- Hall, K., Gibbie, T., and Lubman, D.I. (2012). Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*, 41(9), 660-667.

- Han, S. Y. (2018). A study of factors affecting health promoting behaviors in nursing college student: Application of Pender's Health Promotion Model. *Journal of Learner-Centered Curriculum and Instruction*, 18(8), 781–801.
- Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., and Hagger, M. S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 1-6.
- Harvey-Berino, J., Pintauro, S.J., and Gold, E. C. (2002). The feasibility of using Internet support for the maintenance of weight loss. *Behavior Modification*, 26(1), 103-116.
- Heidke, P., Vandelanotte, C., Irwin, C., Williams, S., Saluja, S., and Khalesi, S. (2021). Associations between health-related quality of life and health behaviors in Australian nursing students. *Nursing & Health Sciences*, 23(2), 477-489.
- Higgins, J.P.T., Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0*. England: The Cochrane Collaboration.
- Hilker, I., Sánchez, I., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Gearhardt, A. N., ... Fernández-Aranda, F. (2016). Food addiction in bulimia nervosa: clinical correlates and association with response to a brief psychoeducational intervention. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 482-488.
- Hojhabrimanesh, A., Akhlaghi, M., Rahmani, E., Amanat, S., Atefi, M., Najafi, M., ... Faghieh, S. (2017). A Western dietary pattern is associated with higher blood pressure in Iranian adolescents. *European journal of nutrition*, 56(1), 399-408.
- Hong, H. J., Kim, R., Kim, A. S., Kim, J. H., Kim, H. J., Song, J. H., and Shin, S. H. (2020). Correlations between stress, depression, body mass index, and food addiction among Korean nursing students. *Journal of Addictions Nursing*, 31(4), 236-242.
- Hosseini, N., Mokhtari, S., Momeni, E., Vossoughi, M., Barekatian, M. (2016). Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behaviour*, 55(5), 70-74.
- Hsiao, Y.C., Chen, M.Y., Gau, Y.M., Hung, L.L., Chang, S.H., Tsai, H.M. (2005). Short-term effects of a health promotion course for Taiwanese nursing students. *Public Health Nursing*, 22(1), 74-81.
- Hwang, R.H. (2009). A study on eating disorder, body image and self-esteem of female university students. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 15(4), 328.
- Ifland, J. R., Preuss, H. G., Marcus, M. T., Rourke, K. M., Taylor, W. C., Burau, K., Jacobs, W. S., Kadish, W., Manso, G. (2009). Refined food addiction: A classic substance use disorder. *Medical Hypotheses*, 72(5), 518–526.
- Imperatori, C., Fabbriatore, M., Vumbaca, V., Innamorati, M., Contardi, A., Farina, B. (2016) Food Addiction: definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders. *Rivista di Psichiatria*, 51(2), 60–65.

- İnternet: Resmi Gazete. (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Web: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden 24 Kasım 2022’de alınmıştır.
- Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Niessen, L., Elwyn, G., et al. (2009) Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations. *BioMed Central Health Services Research*, 9, 19.
- Jaremka, L.M., Fagundes, C. P., Peng, J., Belury, M. A., Andridge, R. R., Malarkey, W. B., and Kiecolt-Glaser, J. K. (2015). Loneliness predicts postprandial ghrelin and hunger in women. *Hormones and Behavior*, 70, 57-63.
- Jeong, S. H., and Park, S. H. (2013). Relationship among stress, depression, and satisfaction to clinical practice among nursing students. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 16(1), 47–54.
- Johnson, P.M., and Kenny, P. J. (2010). Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature neuroscience*, 13(5), 635-641.
- Kaleli, S., Kılış, N., Erdoğan, M., Erdoğan, N. (2017). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 2-8.
- Kerr, N.L., and Tindale, R.S. (2004). Group performance and decision making. *Annual Review Of Psychology*, 55(1), 623-655.
- Kessler, D.A. (2009). The end of overeating: Taking control of the insatiable American appetite. New York, NY: Rodale.
- Kim, C.H., Kang, K.A., and Shin, S. (2021). Healthy lifestyle status related to alcohol and food addiction risk among college students: a logistic regression analysis. *Journal of American College Health*, 1-7.
- Kim, H. K., Kim, J. H., and Jung, H. K. (2012). A comparison of health related habits, nutrition knowledge, dietary habits, and blood composition according to gender and weight status of college students in Ulsan. *Korean Journal of Nutrition*, 45(4), 336-346.
- Kong, M., and Kang, Y. J. (2012). A study on the influence of college life stresses on the mental health of college students-focus on the college of Pyongtaek city. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 19(1), 1-22.
- Lee, E.J., and An, K.R. (2016). Relationship among stress, binge eating behavior, and symptoms of food addiction in nursing students. *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, 6(10), 279–288.
- Lee, R.L., Loke, A.J. (2005). Health-promoting behaviors and psychological well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22, 209–220.
- Lent, M.R., and Swencionis, C. (2012). Addictive personality and maladaptive eating behaviors in adults seeking bariatric surgery. *Eating Behaviors*, 13(1), 67-70.

- Lewis, S. L., Anderson, M. E., Pobocik, R. S., & Ludy, M. (2015a). Food addiction among college students in an introductory nutrition course. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(4), S50–S51.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., and Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 649–661.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research On Social Work Practice*, 20(2), 137-160.
- Lundahl, B., Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245.
- Lustig, R.H. (2010). Fructose: metabolic, hedonic, and societal parallels with ethanol. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(9), 1307-1321.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., and Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- Macdonald, P., Hibbs, R., Corfield, F., and Treasure, J. (2012). The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Research*, 200(1), 1-11.
- Mahoney, D. (2014). Lifestyle modification intervention among infertile overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(6), 301-308.
- Mallen, M.J., Vogel, D.L., and Rochlen, A.B. (2005). The practical aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 776-818.
- Maloney, M.J., Mcguire, J., Daniels, S.R, et al. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482– 489.
- March, D. (2006). Chocolate offenders teach science a sweet lesson. *Johns Hopkins Med Media Relations and Public Affairs*.
- Markus, C.R., Rogers, P.J., Brouns, F., Schepers, R. (2017). Eating dependence and weight gain; no human evidence for a ‘sugar-addiction’ model of overweight. *Appetite*, 114, 64–72.
- Mason, A. E., Lustig, R. H., Brown, R. R., Acree, M., Bacchetti, P., Moran, P. J., ... Epel, E. S. (2015). Acute responses to opioidergic blockade as a biomarker of hedonic eating among obese women enrolled in a mindfulness-based weight loss intervention trial. *Appetite*, 91, 311-320.

- Mason, S. M., Flint, A. J., Field, A. E., Austin, S. B., and Rich-Edwards, J. W. (2013). Abuse victimization in childhood or adolescence and risk of food addiction in adult women. *Obesity*, 21(12), 775-781.
- Meseri, R., Bilge, A., Kucukerdonmez, O., Altintoprak, E. (2016). Food Addiction and Obesity. *Journal of Neurological Sciences*, 33(2), 392-400.
- Meule, A. (2012). Food addiction and body-mass-index: a non-linear relationship. *Medicine Hypotheses*, 79(4), 508–11.
- Meule, A., Voegelé, C., Kuebler, A. (2012). German translation and validation of the Yale Food Addiction Scale. *Diagnostica*, 58(3), 115-126.
- Meule, A., von Rezori, V., Blechert, J. (2014). Food addiction and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 331-337.
- Miller, W. R., and Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Miller, W., and Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd The Guilford Press. *New York*.
- Minhas, M., Murphy, C. M., Balodis, I. M., Samokhvalov, A. V., MacKillop, J. (2021). Food addiction in a large community sample of Canadian adults: prevalence and relationship with obesity, body composition, quality of life and impulsivity. *Addiction*, 116(10), 2870-2879.
- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Crow, S. J., Peterson, C. B. (2007). *Binge-eating disorder: Clinical Foundations and Treatment*. Guilford Press.
- Mokhtari, M. R., Alavi, M., Pahlavanzadeh, S., Weimand, B. M., Visentin, D., Cleary, M. (2020). Comparison of the effectiveness of a 12 step substance use recovery program on quality of life. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 390-397.
- Moodi, M., Sharifzadeh, G., Saadatjoo, S.S. (2015). General health status and its relationship with healthpromoting lifestyle among patients with hypertension. *Modern Care Journal*, 12, 4.
- Morales, L., Del Olmo, N., Valladolid-Acebes, I., Fole, A., Cano, V., Merino, B., ... Ruiz-Gayo, M. (2012). Shift of circadian feeding pattern by high-fat diets is coincident with reward deficits in obese mice. *PLoS One*, 7(5), e36139.
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., and Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative health research*, 22(3), 304-319.
- Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A., Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal Of Eating Disorders*, 40(2), 102-113.

- Muro, C., Tomas, C., Moreno, L., & Rubio, V. (2002). Perception of aggression, personality disorders and psychiatric morbidity in nursing students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 118-120.
- Nair, S.G., Adams-Deutsch, T., Epstein, D.H., and Shaham, Y. (2009). The neuropharmacology of relapse to food seeking: methodology, main findings, and comparison with relapse to drug seeking. *Progress in Neurobiology*, 89(1), 18-45.
- Najem, J., Saber, M., Aoun, C., El Osta, N., Papazian, T., and Khabbaz, L.R. (2020). Prevalence of food addiction and association with stress, sleep quality and chronotype: A cross-sectional survey among university students. *Clinical Nutrition*, 39(2), 533-539.
- Nunes, E.V., and Rounsaville, B.J. (2006). Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV) to DSM-V. *Addiction*, 101, 89-96.
- Nunes-Neto, P.R., Köhler, C.A., Schuch, F.B., Solmi, M., Quevedo, J., Maes, M., ... and Gearhardt, A.N. (2018). Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 145-152.
- O’Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., Griffiths, K.M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 43–54.
- Obregón, A., Fuentes, J., Pettinelli, P. (2015). Association between food addiction and nutritional status in Chilean college students. *Revista Medica de Chile*, 143, 589–597.
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K., and Flegal, K.M. (2012). Prevalence of obesity among adults: United States. *NCHS data brief*, 2013(131), 1-8.
- Ok, E., Kutlu, Y. (2017) The effect of Motivational Interviewing on Adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: A randomized Controlled Trial. *Clinical Nursing Research*, 20(3), 322-333
- Oktay, C. (2015). *Beden Kitle İndeksinin Yeme Bağımlılığı, Dürtüsellik, Depresyon ve Anksiyete İle İlişkisi*, Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, 1-122.
- Osilla, K.C., D'Amico, E.J., Díaz-Fuentes, C.M., Lara, M., and Watkins, K.E. (2012). Multicultural web-based motivational interviewing for clients with a first-time DUI offense. *Cultural Diversity And Ethnic Minority Psychology*, 18(2), 192.
- Park, D. I., Choi-Kwon, S., and Han, K. (2015). Health behaviors of Korean female nursing students in relation to obesity and osteoporosis. *Nursing Outlook*, 63(4), 504-511.
- Park, H. J., and Jang, I.S. (2010). Stress, depression, coping styles and satisfaction of clinical practice in nursing students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 16(1), 14–23.

- Park, M.S., and Park, K. (2014). The differences of dietary and health-related habits, depression, eating disorder and nutrient intake according to the life stress in nursing college students. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 15(1), 344–355.
- Pecina, S., Cagniard, B., Berridge, K.C., Aldridge, J.W., and Zhuang, X. (2003). Hyperdopaminergic mutant mice have higher “wanting” but not “liking” for sweet rewards. *Journal of Neuroscience*, 23(28), 9395-9402.
- Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., ... Sun, G. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PloS one*, 8(9), e74832.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2002). Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 1-352.
- Penzenstadler, L., Soares, C., Karila, L., and Khazaal, Y. (2019). Systematic review of food addiction as measured with the Yale food addiction scale: implications for the food addiction construct. *Current Neuropharmacology*, 17(6), 526-538.
- Peres, M.F.P., Kamei, H.H., Tobo, P. R., and Lucchetti, G. (2018). Mechanisms behind religiosity and spirituality’s effect on mental health, quality of life and well-being. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1842-1855.
- Polit, D. F., Beck, C. T. and Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30, 459-467.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., and Evers, K. E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Fowler, J.L., Follick, M.J., and Abrams, D.B. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviors*, 17, 35-45.
- Puhl, R., and Brownell, K. D. (2013). Bias, discrimination and obesity. *Health and Human Rights in a Changing World*, 581-606.
- Puhl, R.M., Latner, J.D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation’s children. *Psychological Bulletin*, 133,557–580.
- Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M., and Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*, 59(1), 15-25.
- Pursey, K.M., Stanwell, P., Gearhardt, A.N., Collins, C.E., Burrows, T.L. (2014). The Prevalence of Food Addiction as Assessed by the Yale Food Addiction Scale: A Systematic Review. *Nutrients*, 6(10), 4552–4590.

- Rahmati, S., and Borjali, A. (2022). The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy on Body Image, Attachment Style and Emotion Regulation in Women with Eating Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(4).
- Randolph, T.G. (1956). The descriptive features of food addiction. Addictive eating and drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17(2), 198-224.
- Reas, D.L., and Grilo, C.M. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity*, 16(9), 2024-2038.
- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N., et al. (2001). A Motivational Interviewing Intervention to Increase Fruit and Vegetable Intake Through Black Churches: Results of the Eat for Life Trial. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1686-1693.
- Rogers, P. J., and Smit, H. J. (2000). Food craving and food “addiction”: a critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 66(1), 3-14.
- Romero-Blanco, C., Hernández-Martínez, A., Parra-Fernández, M. L., Onieva-Zafra, M.D., Prado-Laguna, M.D.C., and Rodríguez-Almagro, J. (2021). Food Addiction and Lifestyle Habits among University Students. *Nutrients*, 13(4), 1352.
- Rose, N., Koperski, S., and Golomb, B.A. (2010). Mood food: chocolate and depressive symptoms in a cross-sectional analysis. *Archives of Internal Medicine*, 170(8), 699-703.
- Rosengren, D.B. (2009). *Building Motivational Interviewing Skills: A Practitioner Workbook*. New York, NY: The Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbeck, A., Lauritzen, T., and Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: a systemic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Russel, C.L., Knowles, N., Peace, L., Cronk, N. J., Matteson, M.L., Ponferrada, L., and Herron, M. (2011). Motivational interviewing in dialysis adherence study. *Nephrology Nursing Journal*, 38(3), 229–236.
- Saelens, B.E., Epstein, L.H. (1996). The reinforcing value of food in obese and non-obese women. *Appetite*, 27, 41–50.
- Safer, D. L., and Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120.
- Salah, A.A, Aljerjawy, M., Salama, A. (2018). Gap between theory and practice in the nursing education: The role of clinical setting. *Emergency*, 24,17-18.
- Saleh D, Camart N, Romo L. (2017). Predictors of stress in college students. *Frontiers in Psychology*, 8(19).

- Schwartz, M.B., Vartanian, L.R., Nosek, B.A., et al. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14, 440 – 447.
- Sevinçer, G. M., Konuk, N., Bozkurt, S., Saraçlı, Ö., and Coşkun, H. (2014). Psychometric properties of the turkish version of the yale food addiction scale among bariatric surgery patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1),44-53.
- Sharma, S., Fernandes, M.F., Fulton, S. (2013). Adaptations in brain reward circuitry underlie palatable food cravings and anxiety induced by high-fat diet withdrawal. *International Journal of Obesity*, 37, 1183–1191.
- Shultze, N.G. (2006). Success factors in Internet-based psychological counseling. *Cyberpsychology & Behaviour*, 9(5), 623-626.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of acognitivebehavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors.*, 23,672–683.
- Sousa, P., Fonseca, H., Gaspar, P., and Gaspar, F. (2013). Internet-based intervention programme for obese adolescents and their families (Next. Step): research protocol of a controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 904-914.
- South T, Huang XF. (2008). High-fat diet exposure increases dopamine D2 receptor and decreases dopamine transporter receptor binding density in the nucleus accumbens and caudate putamen of mice. *Neurochemical Research*, 33(3), 598-605.
- Stark, M. A., Hoekstra, T., Hazel, D. L., and Barton, B. (2012). Caring for self and others: Increasing health care students' healthy behaviors. *Work*, 42(3), 393-401.
- Stice, E., Figlewicz, D. P., Gosnell, B. A., Levine, A. S., & Pratt, W. E. (2013). The contribution of brain reward circuits to the obesity epidemic. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(9), 2047-2058.
- Şanlıer, N., Türközü, D., Toka, O. (2016). Body image, food addiction, depression, and body mass index in university students. *Ecology of Food and Nutrition*, 55(6), 491-507.
- Tang, D.W., Fellows, L.K., Small, D.M., Dagher, A. (2012). Food and drug cues activate similar brain regions: a meta-analysis of functional MRI studies. *Physiology & Behavior*, 106(3), 317-324.
- Taylor, V.H., Curtis, C.M., Davis, C. (2010). The obesity epidemic: the role of addiction. *Cmaj*, 182(4), 327-328.
- Telch, C.F., Agras, W.S., and Linehan, M.M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31(3), 569-582.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., and de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioral therapy. *Behavior Research and Therapy*, 37, 405– 418.

- Treasure, J., and Schmidt, U. (2008). Motivational interviewing in the management of eating disorders. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, and S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems* (pp. 194–224).
- Umberg, E.N, Shader, R.I, Hsu, L.K, Greenblatt, D.J. (2012) From disordered eating to addiction: the “food drug” in bulimia nervosa. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 32(3), 376–89.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özbakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 14(2):101-109.
- Vanderlinden, J., Dalle Grave, R., Vandereycken, W., Noorduyn, C. (2001). Which factors do provoke binge-eating? An exploratory study in female students. *Eating Behaviors*, 2(1), 79-83.
- Velazquez-Sanchez, C., Ferragud, A., Moore, C. F., Everitt, B. J., Sabino, V., Cottone, P. (2014). High trait impulsivity predicts food addiction-like behavior in the rat. *Neuropsychopharmacology*, 39(10), 2463-2472.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., and Redding, C. A. (1998). Detailed overview of the transtheoretical model. *Homeostasis*, 38, 216-33.
- Veneziano, L. and Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Vidmar, A.P., Wee, C.P., and Salvy, S.J. (2021). Food addiction, executive function and mood in adolescents with obesity seeking treatment. *Appetite* 159:105049.
- Von Ranson, K. M., and Robinson, K. E. (2006). Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A survey. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 27-34.
- Wagner, C.C., Ingersoll, K.S. (2013). *Motivational interviewing in groups*. New York: Guilford Press.
- Waldron, H.B., and Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99, 93-105.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2):76–81.
- Walsh, B. T., Kaplan, A. S., Attia, E., Olmsted, M., Parides, M., Carter, J. C., et al. (2006). Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 295, 2605–2612
- Ware, J.r, J. E., and Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473-483.

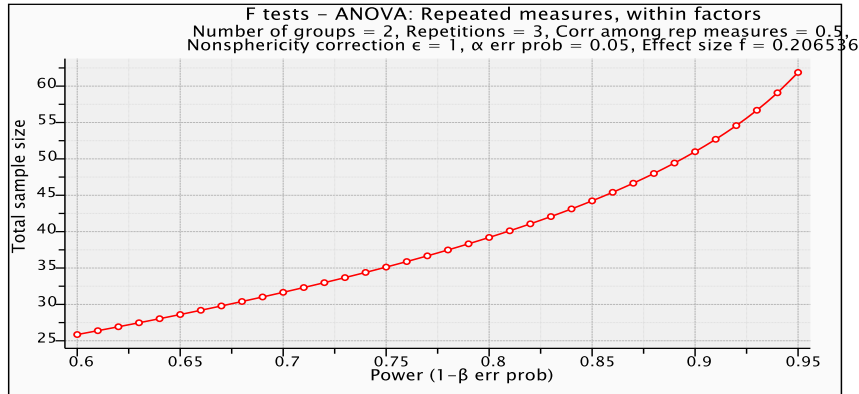
- Webber, K.H., Mellin, L., Mayes, L., Mitrovic, I., Saulnier, M. (2017). Pilot investigation of 2 nondiet approaches to improve weight and health. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 23(7).
- Webber, K.H., Tate, D.F., and Quintiliani, L.M. (2008). Motivational interviewing in internet groups: a pilot study for weight loss. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(6), 1029-1032.
- Weinstein, A., Zlatkes, M., Gingis, A., Lejoyeux, M. (2015). The effects of a 12-step self-help group for compulsive eating on measures of food addiction, anxiety, depression, and self-efficacy. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(2), 190-200.
- Wilson, G.T., Vitousek, K. M., and Loeb, K.L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 564–572.
- Wiser, S., and Telch, C.F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of clinical psychology*, 55(6), 755-768.
- Wong, E. M., and Cheng, M.M. (2013). Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2519-2530.
- Woodruff, S. I., Conway, T. L., Edwards, C. C., Elliott, S. P., and Crittenden, J. (2007). Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive behaviors*, 32(9), 1769-1786.
- Woodruff, S. I., Edwards, C. C., Conway, T. L., and Elliott, S. P. (2001). Pilot test of an Internet virtual world chat room for rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 239-243.
- Woods SC. (1991). The Eating Paradox: How we tolerate food. *Psychological Review*, 98, 488–505.
- Wu, X.Y., Zhuang, L. H., Li, W., Guo, H. W., Zhang, J. H., Zhao, Y. K., Hu, J. W., Gao, Q. Q., Luo, S., Ohinmaa, A., Veugelers, P. J. (2019). The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(8), 1989–2015.
- Yau, Y.H., Gottlieb, C.D., Krasna, L.C., and Potenza, M.N. (2014). Food addiction: Evidence, evaluation, and treatment. *Behavioral addictions*, 143-184.
- Yıldırım, H. (2019). Beslenme davranış bozukluğu olan bireylerde çözüm odaklı yaklaşım temelli grup danışmanlığının kaygı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2-101.
- Yıldırım, N., Aydın, M., Hayırsever, F., and Ankaralı, H. (2016). The Effectiveness of a Health Promotion Course in a Nursing Degree Program. *Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal*, 9(3), 88-92.
- Yılmaz, H.Ö., Ayhan, N.Y. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 17-24.

Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H.W., Joos, A., and Hartmann, A. (2010). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437.

Zhiping, Y., and Michael, T. (2016). Disordered eating behaviors and food addiction among nutrition major college students. *Nutrients*, 8(11), 673–689.

EKLER

EK-1. Örneklem Büyüklüğü İçin Yapılan Güç Analizi



F tests - ANOVA: Repeated measures, within factors

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Effect size d	= 0.2065357
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.95
	Number of groups	= 2
	Repetitions	= 3
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 13.308983
	Critical F	= 3.087296
	Numerator Df	= 2.000000
	Denominator df	= 100
	Total sample size	= 52
	Actual power	= 0.906060

G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda %90 güç, %5 hata payı ve 0,2065 etki büyüklüğü ile toplamda en az 52 örnek sayısı yeterli bulunmuştur ($n_1=26$; $n_2=26$).

EK-2. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dahil Edilecek CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Başlık ve özet	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	-
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti (özellik kılavuz için, bakımız özetler için CONSORT)	G.Ü Sağ. Bil. Ens. Tez yazım kılavuzunda yapılandırılmamış özet istenmektedir
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-4
	2b	Özellik amaçlar veya hipotezler	4
Yöntemler			
Çalışma dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlaması (paralel, faktöriyel, gibi) ayırma oranları dahil	31
	3b	Çalışma başladıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk kriterleri gibi), sebeplerle birlikte	-
Katılımcılar	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	32
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	31
Girişimler	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dahil	44-50
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dahil	33-50
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	-
Örneklem büyüklüğü	7a	Örneklem büyüklüğü nasıl belirlendi	31
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	-
Randomizasyon Dizi oluşturma	8a	Rastgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	33-38
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	34
Ayırmayı gizleme mekanizması	9	Girişimler ayrılana kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rastgele ayırma dizisi sağlamada kullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	35
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları kim ayırdı	34-39
Körleme	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığında kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, sonuçları değerlendirenler) ve nasıl körleştirildi	-
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	-
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	50
	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	50

EK-2. (devam) Randomize bir çalışmanın raporlanmasında dahil edilecek CONSORT 2010 bilgi kontrol listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Bulgular			
Katılımcı akışı (bir diyagram şiddetle önerilir)	13a	Her grup için, rasgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	36
	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	36
Çalışmaya alım	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	39
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	-
Temel veriler	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo	53-71
Analiz edilen sayılar	16	Her grup için, her analize dahil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı	57-59
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)	57-59
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir	-
Yan analizler	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dahil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayırarak	-
Zararlar	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler (özellikle kılavuz için, zararlar için CONSORT'a bakınız)	-
Tartışma			
Kısıtlılıklar	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları; beklenmeyen durum ve diğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan	6,81
Genelleştirilebilirlik	21	Çalışma bulgularının genelleştirilebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)	
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde tutma	71-80
Diğer bilgiler			
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası	NCT05046938
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa	ClinicalTrials.gov
Fon bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri	-

*Tüm maddeler üzerinde önemli açıklamalar için bu raporun CONSORT 2010 Açıklama ve Detaylandırması (13) ile birlikte okumasını şiddetle tavsiye ederiz. İlişkili ise, küme randomize çalışmalar (11), eşit etkinlik ve eş değerlik çalışmaları (12), farmakolojik olmayan tedaviler (32), bitkisel girişimler (33) ve pragmatik çalışmalar (34) için CONSORT eklerinin de okunmasını tavsiye ederiz. İlave eklentiler mevcuttur: bunlar için ve bu kontrol listesi ile bağlantılı günümüze kadar olan kaynaklar için www.consort-statement.org 'a bakınız.

EK-3. Katılımcı Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
 Kadın Erkek
3. Şu an okuduğunuz üniversiteyi belirtiniz?
 Gazi Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü
 Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
4. Kaçınıcı sınıfa devam ediyorsunuz?
 1. sınıf
 2. sınıf
 3. sınıf
 4. sınıf
5. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
 Aileyle birlikte
 Akraba/akrabalarla birlikte evde
 Yurtta
 Öğrenci evinde
 Arkadaşlarla birlikte evde
 Diğer (belirtiniz).....
6. Düzenli olarak herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 Evet (belirtiniz).....
 Hayır
7. Cevabınız 'Evet' ise çalışma şekliniz nedir?
 Hafta içi hergün yarı zamanlı
 Hafta içi bazı günler yarı zamanlı
 Hafta sonu tüm gün
 Hafta sonu yarı zamanlı
 Diğer (belirtiniz).....
8. Kaç kilosunuz (kg)?
9. Boyunuz (cm) kaç?.....
10. Tanı almış olduğunuz herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?
 Evet (belirtiniz).....
 Hayır
11. Tanı almış olduğunuz herhangi bir psikolojik (ruhsal) rahatsızlığınız var mı?
 Evet (belirtiniz).....
 Hayır
12. Yeme bağımlılığı/yeme bozukluğuna yönelik daha önce herhangi bir tedavi, danışmanlık ya da terapi aldınız mı?
 Evet (belirtiniz).....
 Hayır
13. Yeme bağımlılığı/yeme bozukluğuna yönelik olarak devam etmekte olduğunuz herhangi bir tedavi, danışmanlık ya da terapi programı var mı?
 Evet (belirtiniz).....
 Hayır

EK-4. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla dair yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır. İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar:

-Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar, -Beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar, Cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar, -Biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler -Kolalı ve şekerli içecekler

Aşağıdaki sorularda “BELİRLİ YİYECEKLER” ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekler ya da benzerlerini ya da geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün

SON 12 AYDIR	Hiç	Ayda 1 kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2 kez	Haftada 4'ten fazla ya da hergün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim					
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum					
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum					
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor					
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum					
6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum					
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım.					
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum					
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum					
10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.					
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.					
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin)					
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin)					
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.					
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.					
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)					
				Evet	Hayır
17. Yemek tüketimim yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.				0	1
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.				0	1

EK-4. (devam) Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

SON 12 AYDIR		Hiç	Ayda 1 kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2 kez	Haftada 4'ten fazla ya da hergün
					Evet	Hayır
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.					0	1
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.					0	1
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim.					0	1
22. Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.					0	1
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım					0	1
24. Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım.					0	1
25. Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?		1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 ya da daha fazla kere
26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz:						
Dondurma	Çikolata/Gofret	Elma	Donat/Tatlı çörek	Karnabahar	Kurabiye/Bisküvi	
Pasta/Kek	Şeker /Şekerleme	Simit	Patates kızartması	Havuç	Kırmızı et	
Muz	Pastırma/Suçuk/Salam	Hamburger	Tost/Peynirli sandviç	Pizza/ Lahmacun/ Döner	Kola/ Gazoz	
Peynir (beyaz, kaşar vs.)	Yukarıdakilerin hiçbiri					
27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz.						

EK-5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

Bu ölçekte şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınızla ilgili sorulara yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe (X) koyarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1 puan, bazen 2 puan, sık sık 3 puan, düzenli olarak 4 puan olarak değerlendirilmektedir.

Ölçek maddeleri		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük diyeti tercih ederim				
3	Doktora veya bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı 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 programlar izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az 3 kez 20 dk 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, makarna ve pirinç yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürüyüş yaparım)				
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	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziksel aktivite 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 3 kez kas güçlendirme egzersiz yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt içerim, yoğurt veya peynir yerim				

EK-5. (devam) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

	Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
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 ve yumurta gibi 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 programlara 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-6. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
 - a. Mükemmel
 - b. Çok iyi
 - c. İyi
 - d. Orta
 - e. Kötü
2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
 - a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
 - b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
 - c. Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
 - d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
 - e. Bir yıl öncesinden daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya yürüme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

EK-6. (devam) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
 - Biraz etkiledi
 - Orta derecede etkiledi
 - Oldukça etkiledi
 - Aşırı etkiledi
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
- Hiç
 - Çok hafif
 - Hafif
 - Orta
 - Şiddetli
 - Çok şiddetli
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşündüğünde) ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
 - Biraz etkiledi
 - Orta derecede etkiledi
 - Oldukça etkiledi
 - Aşırı etkiledi
9. Aşağıdaki sorular sizin için son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

EK-6. (devam) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbiri
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel					

EK-7. Yeme Bağımlılığı Olan Öğrencilerde Değişim Aşamalarını Belirleme Formu

Motivasyonel görüşme (MG) girişiminde araştırmacı tarafından örnekleme alınacak bireylerin hangi aşamada olduğunu belirlemek için oluşturulan formdur. Değişim aşamaları, niyet öncesi, niyet, hazırlık, hareket (eylem) ve sürdürme aşamalarından oluşur (Miller ve Rollnick, 2012) MG uygulanacak grubun değişim aşamaları açısından benzerliği etkin müdahale yürütülmesi bakımından önemlidir. Öğrencilere hangi aşamada olduğunu belirlemek için “tetikleyici yiyeceği/yiyecekleri (tatlı şekerli yiyecekler, ambalajlı gıdalar, hamur işleri vs.) bırakma girişimine başlamayı hiç düşündünüz mü?” ifadesi yer almaktadır. Bu ifadeye yönelik beş seçenek belirtilmiştir. Öğrencilerden bu seçeneklerden birini seçmesi beklenmektedir. Oluşturulan formun amacı öğrencilerde belirlenen problemlili davranış üzerinde çelişki ortaya çıkararak hedeflenen sağlık davranışı için değişim aşamasını belirlemektir. (Miller ve Rollnick, 2012).

Tetikleyici yiyeceği/yiyecekleri bırakma girişimine başlamayı hiç düşündünüz mü? (Size en uygun seçeneği işaretleyiniz).

- a) Hayır. Tetikleyici yiyecekleri yemeye devam ediyorum. Gelecek 6 ay içinde bu yiyecekleri bırakma niyetinde değilim (Niyet öncesi aşaması)
- b) Hayır. Tetikleyici yiyecekleri yemeye devam ediyorum. Gelecek 6 ay içinde bu yiyecekleri düzenli bir şekilde bırakma niyetindeyim (Niyet aşaması)
- c) Hayır. Tetikleyici yiyecekleri yemeye devam ediyorum. Gelecek 1 ay içinde bu yiyecekleri düzenli bir şekilde bırakma niyetindeyim. (Hazırlık aşaması)
- d) Evet. Tetikleyici yiyecekleri yemeyi 6 aydan daha kısa bir süre içinde yemeyi bıraktım. (Hareket aşaması)
- e) Evet. Tetikleyici yiyecekleri yemeyi 6 aydan daha uzun bir süre içinde yemeyi bıraktım. (Sürdürme aşaması)

EK-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Tez Çalışmasının Adı: Yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi grupla motivasyonel görüşmenin yeme davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi: Randomize kontrollü çalışma

Sorumlu Araştırmacının Adı (Tez Danışmanı): Prof. Dr. Satı DEMİR

Diğer Araştırmacının Adı (Tez Öğrencisi): Merve IŞIK

Sayın Katılımcı,

Hemşirelik öğrencileri ile yapılması planlanmış olan yukarıda adı yazılı doktora tez çalışmasına katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce, tez çalışmasının ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz.

Yapılan bu tez çalışması yeme bağımlılığı olan hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi grupla motivasyonel görüşmenin yeme davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak için veri toplama araçlarının doldurulması, hemşirelik öğrencisi olmanız araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız, veri toplama araçlarını doldurmaya engel teşkil edecek bir hastalığınızın olmaması gerekmektedir. Tez çalışmasının ilk aşaması olan bu aşamada; sosyodemografik özelliğinize ve yeme davranışınıza yönelik durumunuzu sorgulayan 13 sorudan oluşan 'Katılımcı Bilgi Formu' ve 27 maddeden oluşan 'Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği' yer almaktadır. Yeme bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılayan öğrencilerden gönüllü olanlara ücretsiz beş oturumluk grupla yeme davranışı ile ilgili motivasyonel görüşme seansı verilecektir. Bu doğrultuda ön test verileri için ilk aşamadaki anket ve ölçeğin yanısıra 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği' ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Google Formlar aracılığı ile oluşturulan çevrimiçi platformda dolduracaklardır. Formların doldurulması için gerekli süre yaklaşık 25 dakikadır. Veri toplama formlarını yanıtlamanız araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Çalışmanın gerçekleştirilmesi için etik kurul izni ve ilgili kurum izinleri alınmıştır. Bu tez çalışması hemşirelik öğrencilerine ilgili bölümün/fakültenin websitesinde duyurulması ve/veya Whatsapp programı aracılığıyla duyurulması hedeflenmiştir. Müdahale grubunda gerçekleştirilecek görüşmeler kayıt altına alınmayacak ve grup dışında bilgiler paylaşılmayacaktır. Yeme bağımlılığı tanısı ölçütleri karşılayanların araştırmanın ikinci aşaması olan müdahale ve kontrol gruplarına davet edilebilmesi ve sizlere ulaşabilmek adına iletişim bilgilerine ihtiyaç vardır.

Tez çalışmasına katılmanız durumunda karşılaşılabileceğiniz herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Bu çalışmaya katılmanız size herhangi bir maddi kazanç sağlamayacaktır. Araştırmaya katılmanız durumdan sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Katılımcının beyanı,

EK-8. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlamadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum ve anladım. Araştırma sürecinde herhangi bir olumsuz durum ile karşılaştığımda Merve IŞIK'ı arayabileceğimi biliyorum.

Bu koşullar altında, tez çalışması kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve kendi özgür irademle kabul ettiğimi belirtirim.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum

Evet

Hayır

EK-9. Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG Görüşmenin İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
Niyet öncesi			
Amaç: Grubun niyet aşamasına gelmesi için yeme davranışları konusunda farkındalığını artırmak	Grubun tetikleyici yiyecekleri yemeye yönelik farkındalık kazanması ve bilgilenmesi	Açık uçlu sorular	Tetikleyici yiyeceğe yönelme nedenleri belirlenecek “Size göre yeme bağımlılığı nedir?” “Sizde yeme bağımlılığı durumunu tetikleyen yiyecekler nelerdir?” “Hangi durumlarda bu yiyeceklere yöneliyorsunuz?”
	Grubun problemleri davranışı ile ilgili çelişkileri fark etmesi	Yansıtmalı dinleme	Tetikleyici yiyecekleri yemeyi sürdürmenin ve bırakmanın yaşam üzerindeki etkilerine yönelik duygu, düşünceler paylaşılıp, çözümleri hakkında farkındalık yaratılacak “Yeme bağımlılığının sizde yaşattığı güçlüklerden bahsedebilir misiniz?”
	Grubun tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakma davranışı hedefleri ile yaşam tarzı arasındaki farklılıkları ayırt edebilmesi		Gün içinde yapmaktan zevk alınan aktiviteler belirlenecek “Gün içinde sizi en mutlu eden şeyler nelerdir?”
	Grubun yaşam tarzı değişikliği ile sağlık risklerini hafifletebileceğine dair umudunun olması		
		Hedefleri ve değerleri belirleme	Yeme davranışları ile yaşam tarzı hakkında konuşulacak
		Karar dengesi	“Tetikleyici yiyeceği yemeyi sürdürmenin iyi yanları nelerdir?” (Mutlu olmak, o an bir şeyler düşünmemek vs.) “Tetikleyici yiyeceği yemeyi sürdürmenin pek de iyi olmayan yanları nelerdir?” (Kilo almak, öz- kontrol eksikliği yaşama, fiziki görünümü beğenmeme, sağlığı etkileme vs.)

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
		Destekleme	<i>‘Şu an grup üyeleriyle birlikte burada bulunmanız ve bu görüşmeyi yapıyor olmanız bile çok önemli.’</i>
		Önem-Güven Cetveli	Grup üyelerinin “niyet aşamasına” gelebilmesi için ‘tetikleyici yiyeceği’ yemeyi bırakmanın yaşam tarzını nasıl etkileyeceğine ilişkin farklı bilgiler edinmesi gerekmektedir. Bunun için önem-güven cetvelinden yararlanılacaktır.
		Özetleme	<i>“Bu görüşmemizde sizinle konuştuk, paylaştık. İletmek istediğiniz her hangi bir şey varmı?”</i>
Niyet			
Amaç: Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakma davranışı kazandırmada bireyi motive etmek	Grubun tetikleyici yiyecekleri yemeyi devam ettirmesine ilişkin davranışları değerlendirmesi Grubun değişime yönelik tepkisini ortaya çıkarması Grubun mevcut durum ile gelecekteki hedefleri arasındaki engelleri (tatarsızlıkları) belirlemesi	Gündemi belirleme Açık uçlu sorular sorma Yansıtmalı dinleme	Grup üyelerinin tetikleyici yiyecekleri yemeyi sürdürme veya bırakma girişimlerinde uzun dönemde sağlığa etkisinin neler olabileceği belirlenecek <i>“Öncelikle geçen oturumda konuştuğumuz tetikleyici yiyecekleri bırakmanın yararlarını listeler halinde belirlemeyi ve not defterine kaydetmenizi istemiştim. Geçtiğimiz hafta boyunca tetikleyici yiyecekleri bırakmanın farklı hangi yararlarını düşündünüz. İsterseniz öncelikle bunları konuşabiliriz.”</i>
		Karar dengesi	Tetikleyici yiyecekleri yemeyi devam ettirmenin iyi yanları ve tetikleyici yiyecekleri yemeyi devam ettirmenin pek de iyi olmayan yanlarının neler olduğu üzerinde tekrar konuşulacak. Bu soru üzerinde konuşalım.
		Geleceğe bakmak	

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
		Açık uçlu sorular sorma	<p>“Bir önceki oturumda verilen ödevimizi de bu aşamada değerlendirebiliriz. Tetikleyici yiyeceği yeme yerine alternatif olarak sizler ne koyabilirsiniz? Bu durumu engelleri konuştuğumuz zaman birlikte öneriler geliştirmeye çalışırken daha net göreceksiniz. Engelleri konuştuktan sonra bu durum üzerinde duralım.”</p> <p>*Grupta konuşulacak olası engeller ayrıntılı olarak tablo sonunda listelenmiştir.</p>
		Destekleme	<p>Grup üyelerinin bu aşamadan hazırlık aşamasına geçiş yapmak için öncelikle tetikleyici yiyecekleri bırakma kararını harekete geçmesi adına atılacak kararlar hakkında çalışılmalıdır. Bu anlamda grup etkileşimleri gruptaki üyelerin biri birini desteklemesi için önemlidir</p>
		Açık uçlu sorular sorma	<p>Hangi kişiler veya hangi durumlar sizi “tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakmaya teşvik eder?” Gruptaki her bir üye aynı durumu yaşadığı için bu konuda birbirinizin motivasyonunu sağlayabilirsiniz.”</p> <p>Olumlu yaşam davranışları geliştirmede ve tetikleyici yiyecekleri bırakma girişimine yönelik bir sonraki oturuma kadar listeyi tüm grupla birlikte planlayalım ve bu listeyi uygulamaya çalışalım</p>

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
			<p><i>Gruptaki her bir üye aynı durumu yaşadığı için bu konuda birbirinizin motivasyonunu sağlayabilirsiniz.</i></p> <p>Sağlıklı yaşam davranışları geliştirmede ve tetikleyici yiyecekleri bırakma girişimine yönelik bir sonraki oturuma kadar listeyi tüm grupla birlikte planlayalım ve bu listeyi uygulamaya çalışalım</p> <p>Değişim planı listesi</p> <p>7 gün boyunca yeme günlüğü not defterinize hangi durumlarda, ne hissettiğinizde tetikleyici yiyeceklere yöneldiğinizi ve neler yediğinizi gün ve saat olarak ayrı ayrı belirtin.</p> <p>Stresli anınızda stres yönetiminizin kontrolünü sağlayın ve stres yaratan durumu, stresi ortadan kaldırmak için baş etme durumunuzu belirten durumları not defterinize kaydedin.</p> <p>Yeme öğünlerinde sadece yemeye odaklanın (Televizyon telefon, internet vs. araçlarına odaklanmayın)</p> <p>Sizin tetikleyici yiyecekleri aşermenizi azaltan 3 tane yaşam tarzı değişikliği edinin (Sağlıklı beslenme uygulamalarını telefona indirme, online ortamda grup üyeleriyle etkileşime girme, fiziksel aktivite edinme vs...)</p>
		Özetleme	<p><i>“Bu görüşmemizde sizinle konuştuk, paylaştık. İletmek istediğiniz her hangi bir şey varmı?”</i></p>

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
Hazırlık			
Amaç: Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmak için hareket planı oluşturmak	Güçlü yönler ön plana çıkarılarak grubun cesaretlenmesi	Bir önceki oturumu özetleme	Geçen haftaki oturumumuzda yeme bağımlılığından bahsettik. Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmaya engel olan durumları belirledik ve engel olan durumlar üzerine plan yaptık. Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakmada hangi durumlar veya hangi kişilerin sizi teşvik ettiği üzerine konuştuk. “Bugün ise öncelikli olarak. başlayabiliriz.”
	Destek ve değişim ile ilgili stratejiler belirleyerek grupta motivasyon sağlanması	Açık uçlu sorular sorma	Bu aşamada tetikleyici yiyecekleri bırakmanın iyi etkilerinin pek de iyi olmayan etkilerinden daha fazla olduğunu düşünüyoruz. Fakat bu süreci nasıl başlatacağınızı ve etkin bir şekilde nasıl sürdüreceğinizi bilemiyor olabilirsiniz
	Grubun değişim planı oluşturmaya hazır olması	Cesaretlendirme	Grup üyelerinin geçmiş başarılarını anlatması için açık uçlu sorular sorularak, güçlü yönlerinin ve desteklerinin ön plana çıkarılması konusunda grup cesaretlendirilecek ve desteklenecek “Geçmişte hedeflediğiniz ve başardığınız durumlar nelerdir?”
		Bilgi ve tavsiye verme	Bilimsel çalışmalar doğrultusunda tetikleyici yiyecekleri yemeyi azaltmaya yönelik bazı alternatif yollar belirtilecektir. “Bilimsel çalışmalar bu süreçte bazı yolların denenmesinin faydalı olduğunu belirtmektedir. İsterseniz bu yollardan kısaca bahsedeyim. Bunlar dışında grup üyelerinin her birinin düşüncelerini sırasıyla dinleyelim.” *Grupta konuşulacak olası öneriler ayrıntılı olarak tablo sonunda listelenmiştir.

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
		Değişim planı oluşturma	Günlük yaşam tarzınıza uygun bir beslenme programı oluşturmak, kan şekeri dengeler, duygu durum kontrolünü sağlar, zamansız atıştırmalıkları önler. Hafta içi ve hafta sonu kendinize ait bir program oluşturabilirsiniz. Programa düzenli uyum motivasyonu artırır, ilerleyen süreçlerde tetikleyici yiyecekleri azaltmanızı sağlar, boş zamanlarda yiyeceğe yönelmek yerine sevdiğiniz aktiviteleri yapmanıza neden olur. Tartışma aşamasına geçildiğinde; hedeflerin belirlenmesi, değişim seçeneklerinin değerlendirilmesi, bir plan yapılması ve bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren bir süreç başlatılacaktır. Bu süreçte bir değişim planı taslağı hazırlanması hedeflenmektedir.
		Değişim taahhüdü sağlama	Plana bağlılığı sağlamak
		Özetleme	<i>“Bu görüşmemizde sizinle konuştuk, paylaştık. İletmek istediğiniz herhangi bir şey var mı?”</i>
Hareket			
Amaç: Tetikleyici yiyecekleri tekrar yemeyi engellemek	Grubun tetikleyici yiyecekleri bırakmasına yönelik motivasyonunun sağlanması Olumlu davranışın ödüllendirilerek grubun motivasyon kazanması	Açık uçlu sorular sorma	<i>Bugün ise öncelikli olarak başlayabiliriz.”</i> Değişim planı taslağında yer alan soruları değerlendirme ve not defterine listeleme üzerinde konuşabilmek Grubtaki diğer üyelerle etkileşimde tereddüt yaşanan durumlara netlik kazandırabilmek
		Övgü	Grup üyelerinin bu aşamaya kadar yol kat ettiği yönünde övgü verme <i>“Şu an hareket aşamasındasınız. Bu aşamaya kadar gelmeniz büyük bir başarı.”</i>

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
		Tavsiye verme	Bilimsel çalışmalar doğrultusunda kişinin kendini ödüllendirmesinin motivasyonunu artırmada etkili olduğu yönünde açıklama yapmak
		Değişim planı formu	Değişim planının uygulandığı gün küçük notlarla not defterine bireyin başarısı ile ilgili olumlu düşüncelerin yazılması
		Açık uçlu sorular sorma	Değişim planlarında yolunda giden ve gitmeyen durumlar sorgulanacak <i>Değişim planlarınızda yolunda giden durumlar nelerdir?</i> <i>Değişim planlarınızda yolunda gitmeyen durumlar nelerdir?</i> Bu süreç boyunca değişim planı taslağında yer alan soruları değerlendirdiniz ve not defterinize listelediniz. Sırasıyla söz hakkı alarak bu sorular üzerinde konuşabiliriz tereddüt yaşadığınız durumları gruptaki diğer üyelerle etkileşimde bulunarak netlik kazandırabiliriz.
		Bilgi ve tavsiye verme	<i>“Bilimsel araştırmalar başarılı olduğumuz bir durumda bizi mutlu eden şeyleri yaparak kendimizi ödüllendirmemizin motivasyonumuzu artırdığını göstermektedir. Bu aşamada pozitif kalabilmek ve olumlu cümleler kurabilmek çok önemli.”</i> <i>“Değişim planını uyguladığınız gün için küçük notlarla not defterinize kendiniz ve başarınız ile ilgili olumlu düşünceler yazın. Yeni yaşam davranışlarınızı devam ettireceğinize inanın.”</i> Bu aşamada başarılı olmak için dikkat etmeniz gereken noktaları belirleyelim

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Değişim Aşamaları ve Amaç	Hedefler	MG Yöntemleri /Araçları	MG İşleyişi ve İçeriği (53-62 dk) (Ayrıntılar tablo sonunda açıklanmıştır)
		Övgü	<i>Şu an davranışınızı devam ettirme aşamasındasınız. Bu aşamaya kadar gelmek büyük bir başarı. İlk oturumdan bu yana kadar kendinizde meydana gelen değişimi fark edin.</i>
		Önem- güven cetveli	Daha önceki görüşmelerimizde tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmaya hazır olma durumunuza puan vermiştiniz. Şu an aynı cetveli düşünürsek 1 ile 10 arasında kaç puan verirsiniz? “Sizi bu noktaya getiren şeyler nelerdir? Bunlardan bahsedebilir misiniz?”
		Değişim taahhüdü güçlendirme	“Bu noktada. hedefliyorum.
		Cesaretlendirme	İlk görüşmeden son görüşmeye kadar geline noktayı grup ile birlikte durum gözden geçirme ve grubun hedefine ne kadar yaklaştığı konusunda, duygularını paylaşması için cesaretlendirme
		Özetleme (Görüşmeyi sonlandırma)	“Bu görüşmelerimizde tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakma durumunu ve yiyeceklerin yaşamınız üzerine etkilerinden konuştuk. Bu süreçte. değişimlerin olduğunu gözlemledik. Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakma durumunu ve yaşam davranışları ile ilgili bir değişim planı hazırladık ve bu planda nasıl bir değişim yapmak istediğinizi belirttiniz. Sonraki görüşmelerimizde bu planlarda nelerin yolunda gittiğini ya da nelerde sorun yaşandığını konuştuk. Ekleme istediğiniz herhangi bir şey var mı?” Bu görüşmelerin sonunda bir ay sonra sizi tekrar ölçek aracılığı ile değerlendireceğim. Bu süreçte değişim planına ne kadar uyum sağlayabildiğiniz hakkında veya sürecin devam edip etmediği ile ilgili sizlerden haberdar olmak istiyorum.

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Bu bölümde Motivasyonel Görüşme (MG) planında yer alan “Tanışma-Sonlandırma, Ev Ödevleri, MG Yöntemleri ve Planda Yer Alan Olası Engeller ile Öneriler” başlığı altında detaylı olarak ele alınmıştır.

TANIŞMA VE SONLANDIRMA

• Araştırmacının kendini tanıtmayı ve araştırma konusunu ele alması

“Merhaba, ben Hemşirelik Bölümü araştırma görevlisi Merve IŞIK. Sizinle birlikte bazı görüşmeler yapacağız. Size bu görüşmeler ile ilgili bilgi vermek istiyorum. Görüşmelerimiz boyunca “tetikleyici yiyecekleri” yeme davranışınız üzerinde duracağız. Bu yiyecekleri yemenin yaşamınız üzerindeki etkilerinden bahsedeceğiz. İlk görüşmemizden 1 hafta sonra ikinci görüşmemizi, 2. görüşmemizden bir hafta sonra üçüncü görüşmemizi, 3. görüşmemizden bir hafta sonra dördüncü görüşmemizi, 4. görüşmeden bir hafta sonra 5. görüşmemizi gerçekleştireceğiz. Her biri çevrimiçi yapılacak olan bu görüşmeler yaklaşık 53-62 dakika sürecek. Buradaki konuşmalarımız sadece siz ve ben arasında kalacak ve vereceğiniz bilgiler, kimlik bilgileriniz paylaşılmadan bilimsel çalışmalar için kullanılacaktır. Ben görüşmelerin büyük bir kısmını sizleri dinleyerek geçireceğim. Böylece siz grup üyelerinin yeme bağımlılığına yönelik kaygılarını anlamaya çalışacağım. Bu görüşmelerimizi sizinle yeme bağımlılığı hakkında farkındalık yaratmak ve olumlu yeme davranışı kazanmanızı sağlamak için yapacağız. Yapılan bu görüşmeler yolu ile olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Burada gerçekleşebilecek ve gerçekleşemeyecek durumlarla ilgili olarak sizlerin bazı beklentileri olabilir. Amacım sizi duygusal olarak güçlendirmek, desteklemek, yeme bağımlılığı konusunda bilinçlendirmek ve kendi kaynaklarınızı fark ederek davranış değişikliğine gitmede yardımcı olmaktır.

• Grup kurallarının paylaşılması

Katılımcılara grup görüşmeleri boyunca dikkat edilmesi gereken kuralların belirlenmesi

- ✓ *Konuşmaya başlarken isimler belirtilmelidir*
- ✓ *Grup üyeleri birbirlerini dikkatlice dinlemelidir*
- ✓ *Her bir grup üyesi söz hakkı olarak sırayla konuşmalıdır*
- ✓ *Görüşmeler program aracılığıyla kayıt altına alınacaktır*
- ✓ *Doğru ya da yanlış bir düşünce yoktur, herkes fikrini rahatça söyleyebilmelidir*

• Grup üyelerinin kendini tanıtmayı (Tanışma Egzersizi)

Tanışma Egzersizi

Kişilerin kendini tanıtmayı, grup etkileşiminin sağlanması için ‘İsim ve Yemek Oyunu’ ile gerçekleşen tanışma egzersizi yapılacaktır. Bu egzersizde şu adımlar planlanmıştır.

- ✓ *Grup kendi içinde bir tema seçer (tema yiyecek ile ilgili olmalı)*
- ✓ *Her öğrenci ismini ve tema içerisinde isminin aynı baş harfiyle başlayan bir kelimeyi belirterek kendilerini tanıtır (Örneğin: Adım Lale ve limonları severim)*

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

- ✓ *Sıradaki kişi son öğrencinin ifadesini tekrarlar ve kendi ifadesini ekler (Örneğin: Adı Lale ve limonları sever, benim adım Melis ve marulu severim)*
- ✓ *Bu süreç son kişi herkesin adını ve kelimesini söyleyene kadar devam eder.*

- **Her bir grup üyesinin seanslara özgü not defterinin olmasını sağlama**

“Grup seanslarımızda not tutacağımız ve ilerleyen süreçlerde yeme günlüğü oluşturacağımız bir not defterinizin olması yarar sağlayacaktır.”

- **Açılış ve görüşmenin yapılandırılması**

“Bu görüşmemizde sizinle yeme bağımlılığı hakkında farkındalık yaratma ve gereksinimleri belirleme üzerinde konuşacağız.”

- **Gündem oluşturma**

Mevcut yeme alışkanlıkları hakkında bilgi alınacak.

“Bana bir gününüzden bahsedebilir misiniz?”

- **Duygu durum yoklaması**

“En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Benimle paylaşmak istediğiniz bir şey var mı?”

- **Geri bildirim verme ve alma**

“Bu görüşmemizde sizinle konuştuk, paylaştık. İletmek istediğiniz herhangi bir şey var mı”

- **Görüşme oturumları dışında danışmana istenilen zaman ulaşılabileceği mesajının verilmesi**

“Görüşme oturumlarımız dışında banaüzerinden ulaşabilirsiniz.”

EV ÖDEVLERİ

Niyet Öncesi Aşama İçin Verilen Ev Ödevi/Ödevleri

Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakmanın en önemli yararları belirlenip not defterine listelenmesi istenecek.

Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakmak için alternatif olarak neler yapılabileceğini not defterine listelemesi istenecek.

“Tetikleyici yiyeceği bırakmak için yiyecek yerine alternatif olarak neler gelebilir?”

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Niyet Aşaması İçin Verilen Ev Ödevi/Ödevleri

Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmayı engelleyecek durumlar belirlenecek ve engelleyecek durumlar üzerine plan yapılacak. Bu durumlar not defterine bu oturum için ayrılan sayfada listeler halinde birlikte ele alınacak ve bir sonraki oturuma kadar bireye özgü farklı engeller belirlenecek.

“Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmayı engelleyecek durumlarınız olabilir. Size özgü bu durumlar nelerdir? Bu durumları belirlemek davranış değişikliği gerçekleşmesinde önemli etkidir. Bu durumları not defterinize bu oturum için ayırdığınız sayfanızda listeler halinde birlikte ele alalım ve sonraki oturuma kadar size özgü farklı engeller ekleyelim.”

Hazırlık Aşaması İçin Verilen Ev Ödevi/Ödevleri

Değişim planı taslağında yer alan soruların grup etkileşimi şeklinde değerlendirilerek cevapların bir sonraki oturuma kadar not defterine yazılması istenecektir.

“.....belirtmiş olduğum değişim planı taslağın da yer alan soruları bireysel veya grup etkileşimi şeklinde değerlendirip soruların cevaplarını bir sonraki oturuma kadar not defterinize yazın.”

MG YÖNTEMLERİ

KARAR DENGESİ

Tetikleyici Yiyecekleri Yemeyi Sürdürmenin;	Tetikleyici Yiyecekleri Yemeyi Sürdürmenin;	Tetikleyici Yiyecekleri Yemeyi Bırakmanın;	Tetikleyici Yiyecekleri Yemeyi Bırakmanın;
İyi yanları	Pek de İyi Olmayan Yanları	İyi yanları	Pek de İyi Olmayan Yanları
-----	-----	-----	-----

HEDEFLERİ VE DEĞERLERİ BELİRLEME

“Tetikleyici yiyecekleri kontrol altına almaya yönelik bireysel hedeflerinize ulaşabilmek için şu anki yaşam tarzınızda ne tür değişiklikler yapmanız gerekiyor?”

* “Tetikleyici yiyeceği” yemeyi sürdürmenin sağlık üzerine etkisini içeren görsel araçlarla farkındalık desteklenecek.

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Görsel Araçlar



ÖNEM GÜVEN CETVELİ

“Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakma sizin için ne kadar önemli?”

“Eğer önemliliği 0’ dan 10’a kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli” yi gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

“Neden”

“ve yapmaya karar vermiş olsaydınız, 0’ın hiç güvenim yok ve 10’un çok güveniyorum olduğu 0’dan 10’a kadar derecelendirilmiş aynı ölçek üzerinde bunu yapabileceğinize dair kendinize ne kadar güveniniz olduğunu söylerdiniz?”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GELECEĞE BAKMAK

“Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakma konusunda yüzde 100 başarılı olsanız hayatınızda ne daha farklı olurdu?”

.....

“Sağlığınızın 5 yıl sonra nasıl olmasını isterdiniz?”

.....

“ Tetikleyici yiyecekleri yemeyi sürdürerek bugünkü gibi yaşadığınızı düşünün. Bundan 10 yıl sonra hayatınız nasıl ne olacak?”

.....

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

BİLGİ VE TAVSİYE VERME

“Bilimsel çalışmalar bu süreçte bazı yolların denenmesinin faydalı olduğunu belirtmektedir. İsterseniz bu yollardan kısaca bahsedeyim. Bunlar dışında grup üyelerinin her birinin düşüncelerini sırasıyla dinleyelim.”

DEĞİŞİM PLANI TASLAĞI

Bu değişimi yapmak istememde en önemli nedenlerim şunlardır:	
Bu değişimi yapmada kendim için temel hedeflerim şunlardır:	
Bu değişimi yapmada kendim için alt hedeflerim şunlardır:	
Bu değişimi yapmada alt hedefleri gerçekleştirdiğimde motivasyonumu devam ettirmesini sağlamam için yöntemlerim şunlardır:	
Hedeflerime ulaşmak için şunları yapmayı planlıyorum:	
Davranış:	Ne zaman:
Hedeflerime ulaşmak için destek kaynağım/kaynaklarım şunlardır:	
Destek kaynağı:	Yardım
biçimi:	
Bu değişimi yapmada güçlü yanlarım şunlardır:	
Değişimim önündeki bazı engeller şunlardır ve bunlarla baş etme yöntemlerim şunlardır:	
Değişimim önündeki engel şunlardır:	Baş etme
mekanizması:	
Şu sonuçları gördüğümde değişim planımın işe yaradığını anlayacağım:	

DEĞİŞİM TAAHHÜDÜ SAĞLAMA

"Yapmak istediğiniz şey bu mu?" "Eğer tam olarak hazır değilseniz o zaman henüz bir söz vermenizi istemiyorum. Bu önemli bir adım ve kararınızı hemen vermek zorunda değilsiniz. Bunu düşünün ve bir sonraki görüşmede konuşabiliriz."

Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmak için hazırlamış olduğum değişim planına “.....” tarihte başlayacağım ve devam ettireceğim.

OLASI ENGELLER

Engel 1. “Stresli olduğum zamanlar yemeye yöneliyorum” diyorsanız

Stres yönetimini kontrol etme yöntemlerini öğrenin

Çevreyi düzenleyin (Evde tetikleyici yiyecekleri bulundurmama)

Aç olmadığınızda atıştırmak yerine dikkatinizi dağıtacak aktivite yapın

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Nefes egzersizleri, maruz kalınan genel stres durumunu azaltmak için önemli destek sağlar, nefes egzersizi yapın

Susuz kalmayın (yeterli miktarda su içmek strese bağlı aşırı yemeyi önlemenize yardımcı olur. Susuz kalmak, duyu durumu, dikkat ve enerji seviyelerinde değişikliklere yol açabilir ve bu durum yeme alışkanlıklarını etkiler).

Mizah kiti oluşturun. Kitin içerisine en komik bulduğunuz şakalar ve kitaplar, en sevdiğiniz komedi film CD'si koyun. Bu kiti duygusal olarak tetiklenen yeme ataklarında kullanın.

Engel 2. “Boş zamanlarımda yiyeceğe yöneliyorum” diyorsanız

Plan yapın (Evde olduğunuz günler için yemek planı ve öğünler için menü oluşturmak kontrollü yeme açısından faydalıdır. Plan yapmak, bağımlılıktan kaçınmak için ne zaman yediğinizi ve ne kadar yediğinizi düzenler)

Harekete geçin (Evde hareketsiz kalmak, can sıkıntısına, strese ve atıştırma sıklığının artmasına neden olur. Bununla mücadele için günlük fiziksel aktivite için mutlaka zaman ayrılmalı, Online egzersiz, yürüyüş, koşu, yoga veya nefes almaya odaklandığınız başka aktiviteler yapmak için harekete geçin.

Doğru beslenin (Tabaklarımıza ne koyduğumuzun kontrolü bizdedir. Vücut yapınıza uygun bir program belirleyin. Lif açısından ve yüksek kaliteli Omega 3 yağları bakımından zengin olan gıdaların tüketilmesi, şekerin emilimini yavaşlatmaya yardımcı olur ve atıştırmalıkları azaltır.

Kısıtlayıcı diyetlerden kaçının

Yemeği koklayın ve durun (koku beyinde doyma hissini hızlandırmakta, tatlılarda 3 minik ısırık kuralı uygulayın; birinci minik ısırık tadına bakmak için, ikinci minik ısırık tadını çıkarmak için, üçüncü minik ısırık vedalaşmak için)

Sosyal medyayı olumlu kullanın (Yiyecek çağırımları uyandıran veya fast food sitelerini takipten çıkarmak)

Sağlıklı beslenme yönelik uygulamalar indirin

Farkındalıklı yemeyi sağlayın (Mindfull eating)

Yoksunluk belirtilerini fark edin

Engel 3. “Mutlu olduğum zamanlar kendimi ödüllendirmek ve mutsuz olduğum zamanlarda kaçış noktası olarak yemeye yöneliyorum” diyorsanız

Yiyecek günlüğü tutun (Duyguları ve yiyecekleri takip etmek, ne zaman ne yediğini, tüketilen miktarları, öncesinde yeme anında ve sonrasında nasıl hissettiğiniz ile ilgili kayıt tutma, gün içinde yenilen her şey yazılarak bu konuda fikir edinilmesini sağlar, yemeden önce gerçekten acıktığınız için mi yoksa başka bir sebeple mi yediğinizi sorgulayın) Buradaki amaç stres kaynaklı yemenin tetikleyicilerini tanımlamaya yardımcı olabilecektir. Zaman geçtikçe duyu durumu ve yeme arasındaki bağlantıyı ortaya çıkaran kalıplar görebiliriz.

EK-9. (devam) Motivasyonel Görüşme Planı

Kendinizi ve yemeği etiketlemekten kaçının (Aşırı yediğiniz durumlarda kendinizi 'başarısız', 'beceriksiz' gibi negatif sıfatlarla etkiletmeniz öz güveninizi zedeleyebilir.

Negatif duygularla başa çıkabilmek için farklı başa çıkma yöntemleri deneyin

Kendinize bir motivasyon kaynağı bulun (Sosyal destek veya almak istediğiniz bir kıyafet olabilir, bağımlılık güçlü bir şey olduğundan motivasyonda en az onun kadar güçlü olmalıdır)

Gerçekçi hedefler belirleyin (Şu kadar süre içinde aldığım kıyafete gireceğim vs)

Engel 4. “Aile yaşantım ve arkadaş çevremden dolayı yemeye yöneliyorum” diyorsanız

Yeme yediğiniz çevreyi düzenleyin (Her zaman yemek yeme düzeninizde yapacağınız ufak değişiklikler aşırı yemeye neden olan davranışınıza odaklanarak daha bilinçli bir karar verilmesini sağlayabilir

Gruptaki üyeler ile etkileşim halinde kalın (bağımlılık kişinin kendisini yalnız hissetmesine sebep olabileceğinden destek grupları yalnızlık hissini azalmasına neden olur)

Yeni etkinlikler bulun (yeme alışkanlıklarınız incelendiğinde çoğunlukla zaman geçirmek veya internet ya da televizyon gibi durağan etkinlikler esnasında yeme yediğinizi gösteriyor ise bu durumlardan kaçın ve o an farklı şeyler bulun)

Akıllı alışverişler yapın (Günlük rutininiz içinde şekerli içecekler tüketmek varsa sağlıklı alternatifler ile değiştirin

Çantanızda her zaman küçük kilitli poşetlerde badem, fındık, kuru üzüm gibi sağlıklı atıştırmalıklar bulundurun. Arkadaşlarınız ile buluşacağınız zaman tatlı isteğiniz yerine onları atıştırın

Fast food mekanları seçin. Sağlıklı yiyecekler sunan fast food yerlerinin bir listesini yapın ve sağlıklı seçeneklerine dikkat edin. Bu, acıktığınız durumda veya yemek yapma isteğinde olmadığınızda nüksetmeyi önleyebilir.

ÖNERİLER

1. Öneri: Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakma girişiminden önce kendinizle aynı durumda olan grup üyelerinden veya araştırmacının da yer aldığı whatsapp grubu ile iletişime geçin
2. Öneri: Beslenme düzeninizi belirleyin ve haftalık bir program oluşturun
3. Öneri: Motivasyonunuzu artıracak nesnelere belirleyin (beğendiğiniz bir kıyafeti alma vs.)

EK-10. Katılım Belgesi

Katılım Belgesi

SayınMerve.....IŞIK.....

26 - 27 Ekim 2019 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleşen 16 saatlik "Motivasyonel Görüşme Tekniği" Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin Ögel
Motivasyonel Görüşme, Tekniği Eğitici

EK-11. Motivasyonel Görüşme Oturumları Örnek Öğrenci Görüşmesi

1. OTURUM (NİYET ÖNCESİ AŞAMA)

Tarih: 29.11.2021

Süre: 53 dakika

Amaç

Niyet aşamasına gelinmesi için yeme davranışı konusunda farkındalığı artırmak

Hedefler

- Grubun tetikleyici yiyecekleri yemeye yönelik farkındalık kazanması ve bilgilenmesi
- Grubun problemlili davranışı ile ilgili çelişkileri fark etmesi
- Grubun tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakma davranışı hedefleri ile yaşam tarzı arasındaki farklılıkları ayırt edebilmesi
- Grubun yaşam tarzı değişikliği ile sağlık risklerini hafifletebileceğine dair umudunun sağlanması

Araştırmacı kendini tanıttı ve araştırma konusunu ele aldı. Grup kuralları konuşuldu. Her bir grup üyesinin oturumlara özgü not defteri sağlanması istendi. Tanışma egzersizi uygulandı. Mevcut yeme alışkanlıkları hakkında gruptan sırası ile söz hakkı alındı. Duygu durum yoklaması yapıldı. Geri bildirimlerde bulunuldu. Oturum sonrası ev ödevi olarak tetikleyici yemeyi bırakmanın yararlarını not defterine yazılmasını istendi. Bir diğer ev ödevi olarak tetikleyici yiyeceği bırakmak için yiyecek yerine alternatif olarak neler getirebileceğini not defterine yazılması istendi.

✓ “Sizde yeme bağımlılığı durumunu tetikleyen yiyecekler nelerdir?” (Açık uçlu sorular)

Abur cubur, paketli yiyecekler, cips, baharatlı krakerler, hamur işleri, tatlı hem tok tutmayan hem doyurmayan her şey bende bağımlılığa sebep oluyor.

✓ Hm... “Peki hangi durumlarda bu yiyeceklere yöneliyorsunuz?”

Düzenli ve güzel giden bir haftanın sonunda mutsuz hissettiğimde ve motivasyon düşüklüğü yaşadığım zamanlarda, stresli olduğum zamanlarda, arkadaş ortamlarımda ve boş vakitlerimde daha çok bu yiyeceklere yöneliyorum.

✓ “Yeme bağımlılığının sizde yaşattığı güçlüklerden bahsedebilir misiniz?”

Pişmanlık yaşıyorum. Bazı dönemlerde kendimden nefret ettiğim dönemlerde oluyor, bu durum birkaç gün sürüyor, çevremın bakışları ve davranışlarından ötürü kendimi kötü hissediyorum. Mide rahatsızlıkları hissediyorum. Ekonomik maliyet artışı sağlıyor.

✓ “Gün içinde sizi en mutlu eden şeyler nelerdir?”

Planlı ve günü dolu verimli geçirdiğim zamanlar beni mutlu eder. Ayrıca spora gitme, okumak, araştırmak, yeni bir şeyler öğrenme davranışında bulunduğum zaman kendimi mutlu hissediyorum. Ayrıca kendimle veya arkadaşlarımda baş başa güzel vakit geçirdiğimde de hissediyorum.

✓ “Tetikleyici yiyeceği yemeyi sürdürmenin iyi yanları nelerdir?” (Karar Dengesi)

✓ “Tetikleyici yiyeceği yemeyi sürdürmenin pek de iyi olmayan yanları nelerdir?”

EK-11. (devam) Motivasyonel Görüşme Oturumları Örnek Öğrenci Görüşmesi

Tetikleyici Yiyecekleri Yemeyi Sürdürmenin İyi Yanları;	Tetikleyici Yiyecekleri Yemeyi Sürdürmenin Pek de İyi Olmayan Yanları;
<i>Yeme durumunda algılamam ve odağım kapanyor, düşünmemi sağlıyor.</i>	<i>Toplumsal soyutlama yaşamam</i>
<i>Sorumluluklardan kaçış</i>	<i>İzole edilmiş hissi durumu</i>
<i>Anlık mutluluk hissi</i>	<i>İletişime kapalı hale gelmem</i>
	<i>Kendi bakış açımın öz benliğimi olumsuz etkilemesi</i>
	<i>Beden görünümde bozulma</i>
	<i>Aileme karşı utanç duygusu hissetmem</i>

Şu an grup üyeleriyle birlikte burada bulunmak ve bu görüşmeyi yapmak önemli (Destekleme)
Bu görüşmemizde sizinle yeme alışkanlıklarınızdan, yeme bağımlılığı kavramından, tetikleyici yiyeceklerle yönelme nedenleriniz ve hangi durumlarda yöneldiğinizden, bu yiyecekleri yemeyi devam ettirmenin iyi yanları ve pek te iyi olmayan yanlarından ve gün içinde sizi en çok mutlu eden durumlardan bahsettik. Bu görüşmemizde sizden bu yiyecekleri bırakmanın sizde uyandıracığı yararları biraz daha açmanız ve bu yiyecekleri bırakmanız için yerine alternatif olarak neleri koyabileceğini düşünmeniz ve not defterinize yazmanızı isteyeceğim. Grup şeklinde olan görüşmemizi bireysel olarak değerlendireceğim. Görüşme oturumlarımız dışında oluşturduğumuz whatsapp gruplarından bana ulaşabilirsiniz. Ortak gruplarınızdan birbirinizi destekleyebilirsiniz.

2. OTURUM (NİYET AŞAMASI)

Tarih: 06.12.2021

Süre: 60 dakika

Amaç

Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakma davranışı kazandırmada grubu motive etmek

Hedefler

- Grubun tetikleyici yiyecekleri yemeyi devam ettirmesine ilişkin davranışları değerlendirmesi
- Grubun değişime yönelik tepkisini ortaya çıkarması
- ✓ “Geçtiğimiz hafta boyunca tetikleyici yiyecekleri bırakmanın farklı hangi yararlarını düşündünüz. İsterseniz öncelikle bunları konuşabiliriz.”

Kilo verecek olmam, günüme pozitif başlama, atırdığım an zevk alma fakat sonrasında her zaman yaşadığım pişmanlıktan uzaklaşma durumu, sağlığım özellikle mide rahatsızlığımın düzelebileme durumu,

- ✓ “Bir önceki oturumda verilen ödevimizi de bu aşamada değerlendirebiliriz. Tetikleyici yiyeceği yeme yerine alternatif olarak sizler ne koyabilirsiniz?”

Sağlıklı hazırlayabileceğim besinler yapabilirim. Baklagiller (nohut gibi) direk yulaflı besinler, cips yerine soslu nohut hazırlayıp tüketebilirim. Atıklar sırasında kısa bir yürüyüş yapabilirim. Çikolata ve tatlı ihtiyacımı, kuru üzüm, kuru erik ve fındık gibi sağlıklı atıştırma ile gidermek olabilir. Su tüketimimi artırmak veya hava almak için dışarı çıkmak olabilir.

- ✓ “Bu durumu engelleri konuştuğumuz zaman birlikte öneriler geliştirmeye çalışırken daha net göreceksiniz. Engelleri konuştuktan sonra bu durum üzerinde duralım. Peki bizim önümüzdeki engeller nelerdir?”

EK-11. (devam) Motivasyonel Görüşme Oturumları Örnek Öğrenci Görüşmesi

Aile yapım olabilir. Kalabalık ve geniş bir ailem var. Akşam yemekleri genelde hızlı gerçekleşiyor ve bana hitap etmeyen yemekler olabiliyor. O tarz durumlarda yemek sonrası yönelebiliyorum. Duygu durumumdaki değişimler olabilir. Sınav ya da ders geçme, ailevi sıkıntılarım, arkadaşlarımdan sıkıntıya girdiğimde özellikle yeme ihtiyacı duyuyorum. Ayrıca cazip gelmesi ve kolay ulaşılabilir olması, lezzetli olması Cazip gelmesi ve kolay ulaşılabilir olması, lezzetli olması diyebilirim. Online platformlar da tek bir tuşla seçip dakikalar içinde önüne geliyor. Online uygulamalar benim için en büyük engel.

- ✓ Hangi kişiler veya hangi durumlar sizi “tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakmaya teşvik eder?”
Gruptaki her bir üye aynı durumu yaşadığı için bu konuda birbirinizin motivasyonunu sağlayabilirsiniz.”

Kendim ve arkadaşım olabilir. Motivasyonumu artıracak ve bu atakları önlemeye yönelik bir program oluşturabilmem olabilir. Sosyal platformlar olabilir. Giremediğim kıyafetler vardı onların içine tekrar girmem olabilir.

- ✓ Gruptaki her bir üye aynı durumu yaşadığı için bu konuda birbirinizin motivasyonunu sağlayabilirsiniz. Sağlıklı yaşam davranışları geliştirmede ve tetikleyici yiyecekleri bırakma girişimine yönelik bir sonraki oturuma kadar listeyi tüm grupla birlikte planlayalım ve bu listeyi uygulamaya çalışalım. Değişim planı listesi, bir hafta boyunca hangi durumlarda, ne hissettiğinizde tetikleyici yiyeceklere yöneldiğinizi ve neler yediğinizi gün olarak belirtin. Sizin tetikleyici yiyecekleri aşermenizi azaltan 3 tane yaşam tarzı değişikliği edinin

Olumlu yaşam davranışları geliştirmede ve tetikleyici yiyecekleri bırakma girişimine yönelik bir sonraki oturuma kadar listeyi tüm grupla birlikte planlayalım ve bu listeyi uygulamaya çalışalım. Gruptaki her bir üye aynı durumu yaşadığı için bu konuda birbirinizin motivasyonunu sağlayabilirsiniz. Sağlıklı yaşam davranışları geliştirmede ve tetikleyici yiyecekleri bırakma girişimine yönelik bir sonraki oturuma kadar listeyi tüm grupla birlikte planlayalım ve bu listeyi uygulamaya çalışalım. Bu görüşmemizde sizinle tetikleyici yiyecekleri bırakmanın yararlarını, bu yiyecekleri sürdürmenin engellerinden ve bu yiyecekleri bırakmak için sizi kim/kimlerin ve hangi durum/durumların etkili olabileceğini konuştuk. İletmek istediğiniz her hangi bir şey gvar mı?. Hastaya ev ödevi olarak tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmayı engelleyecek durumlarınız başka neler olabilir. Size özgü bu durumlar nelerdir? Bu durumları belirlemek davranış değişikliği gerçekleşmesinde önemli etkidir. Bu durumları not defterinize bu oturum için ayırdığımız sayfanızda listeler halinde birlikte ele alalım ve sonraki oturuma kadar size özgü farklı engeller ekleyelim.

3. OTURUM (HAZIRLIK AŞAMASI)

Tarih: 13.12.2021

Süre: 60 dakika

Amaç

Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmak için hareket planı oluşturmak

Hedefler

- Güçlü yönler ön plana çıkarılarak grubun cesaretlenmesi
- Destek ve değişim ile ilgili stratejiler belirleyerek grupta motivasyon sağlanması
- Grubun değişim planı oluşturmaya hazır olması

EK-11. (devam) Motivasyonel Görüşme Oturumları Örnek Öğrenci Görüşmesi

Geçen haftaki oturumumuzda yeme bağımlılığından bahsettik. Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmaya engel olan durumları belirledik ve engel olan durumlar üzerine plan yaptık. Tetikleyici yiyeceği yemeyi bırakmada hangi durumlar veya hangi kişilerin sizi teşvik ettiği üzerine konuştuk.

- ✓ Bugün ise öncelikli olarak geçmişte hedeflediğiniz ve başardığınız durumlar nelerdir?"

Lisedeyken müzik aleti çalmak istiyordum. Piyano çalmayı öğrendim. 8. Sınıftayken diş teli kullanmıştım. O süre zarfında birkaç ay boyunca çoğu yiyecek yasak olduğundan bırakabilmişim tetikleyici yiyecekleri. Geçen yaz bir challenge vardı ve 1 hafta boyunca her gün 1000 tane ip atlamıştım ve mezura ile ölçtüğümde iyi bir değişimdi bir hafta için. Benim için o zaman başarıydı diyebilirim.

Bilimsel çalışmalar bu süreçte bazı yolların denenmesinin faydalı olduğunu belirtmektedir. İsterseniz bu yollardan kısaca bahsedeyim. Bunlar dışında grup üyelerinin her birinin düşüncelerini sırasıyla dinleyelim. Günlük yaşam tarzınıza uygun bir beslenme programı oluşturmak, kan şekerini dengeler, duyu durum kontrolünü sağlar, zamansız atıştırmalıkları önler. Hafta içi ve hafta sonu kendinize ait bir program 'değişim planı taslağı' oluşturabilirsiniz ve değişim taahhüdü sağlamanız gerekmektedir. Programa düzenli uyum motivasyonu artırır, ilerleyen süreçlerde tetikleyici yiyecekleri azaltmanızı sağlar, boş zamanlarda yiyeceğe yönelmek yerine sevdiğiniz aktiviteleri yapmanıza neden olur.

- ✓ Bir hafta için Değişim planı taslağı çizelgesi

Gün/ Saat	Tetikleyici yiyecek	Yer	Durum
Pazartesi / 11.00	Çikolata	Okul	Ders arası enerjim düşmüştü
Pazartesi / 16.00	Cips	Staj çıkışı	Enerji düşüklüğü
Salı / 11.00	Çikolata	Okul	Ders arası enerjim düşmüştü
Salı / 21.00	Bir paket çikolata	Ev	TV karşısı
Cuma /23.00	Cips, Çikolata, Mısır	Ev	Film gecesi
Cumartesi /09.00	Üzümlü kek bir dilim Kola 2 simit	Ev	Ders çalışma esnasında
Pazar /23.00	Cips, Çikolata, Jelibon	Ev	Film gecesi
Pazar / 14.00	Çikolata 2 paket	Ev	Yalnız kalma

4. OTURUM (HAREKET AŞAMASI)

Tarih: 20.12.2021

Süre: 62 dakika

Amaç

Tetikleyici yiyecekleri tekrar yemeyi engellemek

Hedefler

- Grubun tetikleyici yiyecekleri bırakmasına yönelik motivasyonunun sağlanması
- Olumlu davranışın ödüllendirilerek grubun motivasyon kazanması

- ✓ Değişim planı taslağında yer alan soruları değerelim ve not defteriniz üzerinde konuşalım.

EK-11. (devam) Motivasyonel Görüşme Oturumları Örnek Öğrenci Görüşmesi

Değişim Planı Taslağı

Bu değişimi yapmak istememin en önemli nedenleri: <i>Atak yaşadığım zamanları daha doğru yönetmek. Kendi bedenime olan algımı değiştirmek.</i>
Bu değişimi yapmada kendim için temel hedeflerim: <i>Bu sürecin sonunda hayatımdan çıkarmak istediğim yiyecekleri çıkarabilmek</i>
Bu değişimi yapmada kendim için alt hedeflerim nelerdir: <i>Alt bedenimin istediğim ölçülere indirmek, atakları kontrol altına almak, sağlıklı yiyecekler yapmayı öğrenmek.</i>
Bu değişimi yapmada alt hedefleri gerçekleştirdiğimde motivasyonumu devam ettirmesini sağlamam yöntemlerim nelerdir: <i>Nefes egzersizleri, temiz havada spor aktiviteleri, kendime yazdığım küçük motivasyon cümleleri, kendime daha küçük porsiyonlu yemek tabağı alacağım.</i>
Hedeflerime ulaşmak için şunları yapmayı planlıyorum:
Davranış 1: öncelikle 15 gün paketli yiyeceklerden uzak durmak (çikolata dahil değil) Ne zaman: 22.12.2021 Davranış 2: her zaman her yerde sağlıklı beslenebileceğimi görmek için çantama sağlıklı atıştırmalıklar atacağım. Ne zaman: 22.12.2021 Davranış 3: Paketli yiyecekleri marketten azaltmak (Cuma günleri iki paket sadece) Ne zaman: 22.12.2021 Davranış 3: Düzenli yürüyüşler Ne zaman: Haftada 3 gün ile başlamak üzere ağır olmayacak şekilde alıştıkça yaklaşık yarım saat ve haftanın her günü yapmaya çalışacağım. (22.12.2021 başlayacağım 😊)
Hedeflerime ulaşmak için destek kaynağım/kaynaklarım nelerdir: <i>Annem, arkadaşım.</i>
Destek kaynağı: <i>Annem</i> Yardım biçimi: <i>Tükettikten sonra pişman olacağım besinleri henüz tüketmeden bulunduğum ortamdan uzaklaştırarak hedeflerimi bana hatırlatması. Bana inandığını ve başaracağını söylemesi.</i>
Destek kaynağı: <i>Arkadaşım</i> Yardım biçimi: <i>Maddi ve manevi destek.</i>
Bu değişimi yapmada güçlü yanlarım nelerdir <i>Kendime inanıyorum, oldukça hevesliyim ve gerekli motivasyona sahibim.</i>
Değişimim önündeki bazı engeller ve bunlarla nasıl baş edebileceğim: <i>Motivasyonum çabuk düşüyor bu benim için en büyük engel. Böyle durumlarda konuşabileceğim ve beni anlayabilecek bir kişiden destek alacağım. Değişim döneminde bahane üretmek yerine o an ne yapmam gerekiyorsa onu yapacağım. Baş edemediğim zamanlarda meditasyon yapıp sakinleşmeye çalışacağım.</i>
Değişimim önündeki engel: <i>Motivasyon düşüklüğü</i> Baş etme mekanizması: <i>Arkadaşım ile sohbet, meditasyon.</i>
Şu sonuçları gördüğümde değişim planımın işe yaradığını anlayacağım: <i>Objektif bir veri olarak kilo ölçümü yaptığımda kilomun azaldığını görmek. Bana olmayan kıyafetlerimi günlük hayatımda giyebilmek. Kilom nedeniyle eskisi kadar yorulmadığımı fark etmek, sağlıklı yaşadığımı hissetmek.</i>

Değişim Taahhüdü

"Yapmak istediğiniz şey bu mu?" "Eğer tam olarak hazır değilseniz o zaman henüz bir söz vermenizi istemiyorum. Bu önemli bir adım ve kararınızı hemen vermek zorunda değilsiniz. Bunu düşünün ve bir sonraki görüşmede konuşabiliriz."

Tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmak için hazırlamış olduğum değişim planına "23.12.2021" tarihte başlayacağım ve **iki hafta** devam ettireceğim.

EK-11. (devam) Motivasyonel Görüşme Oturumları Örnek Öğrenci Görüşmesi

5. OTURUM (SÜRDÜRME AŞAMASI)**Tarih:** 27.12.2021**Süre:** 62 dakika**Amaç**

Tetikleyici yiyecekleri bırakmaya devam etmesini desteklemek

Hedefler

- Grup üyelerinin değişimde geldiği noktayı belirleyebilmesi
- Grup üyelerinin değişimini devam ettirebilmesi

✓ Değişim taslağında yolunda giden ve gitmeyen durumlarınız nelerdir?

Değişim taslağımy final haftasına geleceğini düşündüğüm için final haftasından sonra yazdım bazı davranışlarımı. Bu haftalık süreçte zorlandım ama özellikle ikram edildiğinde bu yiyecekler hayır diyebildim. Kendimi gözden geçirme fırsatı sağladım. Yerine havuç gibi şeyler yedim. Yapabileceğim inancını hissettim. Devam da ettireceğim.

✓ Daha önceki görüşmelerimizde tetikleyici yiyecekleri yemeyi bırakmaya hazır olma durumunuza puan vermişsiniz. Şu an aynı cetveli düşünürsek 1 ile 10 arasında kaç puan verirsiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Daha önce 3 vermiştim şu an için puanım 6 diyebilirim.

✓ “Sizi bu noktaya getiren şeyler nelerdir? Bunlardan bahsedebilir misiniz?”

Sizle olan görüşmelerimiz, planlarımız ve değişim için taahhüt belirlememiz benim inancımı artırdı ve motivasyonumu sağladı. Normalde çok yediğimi düşünüyordum kötü hissediyordum ama herhangi bir şey yapma girişiminde olamıyordum. Şu an buna başlamak kendimde olan değişimleri görmek motivasyonumu artırdı. Şu an geldiğim noktadan memnunum ve sürecimi devam ettirmek istiyorum. Ümitliyim. Başarabilirim diye düşünüyorum. Bozduğumda bile toparlamaya çalışabilirim diye düşünüyorum.

EK-12. Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.06.2021-E.100813



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-100813
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

11.06.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17.05.2021 tarihli ve 14574941-199- 88441 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Merve IŞIK**'ın, **Prof.Dr.Satı DEMİR**'in danışmanlığında yürüttüğü *"Yeme Bağımlılığı Olan Hemşirelik Öğrencilerinde Çevrimiçi Grupla Motivasyonel Görüşmenin Yeme Davranışı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **01.06.2021** tarih ve **10** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2021 - 636

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek: 1 Liste

EK-12. (devam) Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
İzin Yazısı

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ**

TOPLANTI TARİHİ : 01.06.2021		TOPLANTI SAYISI : 10
ADI – SOYADI	İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN		
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.		
Prof.Dr.C.Haluk BODUR		
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN		
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER		
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL		
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ		
Prof.Dr.Gülşah BAYRAMOĞLU		
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ		
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA		
Doç.Dr.İlyas OKUR		
Doç.Dr.Nihan KAFA		
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN		

EK-13. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.07.2021-E.135074



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Hemşirelik Bölüm Başkanlığı

Sayı : E-87008936-199-135074
Konu : Merve IŞIK-Tez Veri İzni

02.08.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 29.07.2021 tarihli ve 61737632-199- 134549 sayılı yazı.

İlgi yazıda belirtilen Bölümümüz Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Arş. Gör. Merve IŞIK'ın Prof. Dr. Satı DEMİR danışmanlığında yürüteceği "Yeme Bağımlılığı Olan Hemşirelik Öğrencilerinde Çevrimiçi Grupla Motivasyonel Görüşmenin Yeme Davranışı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı çalışmanın uygulamasının yapılması Bölüm Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL
Bölüm Başkanı

EK-14. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.09.2021-E.156967

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.09.2021-E.156899



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : E-35853172-600-00001727742
Konu : Araştırma İzni (Arş. Gör. Merve IŞIK)

1.09.2021

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 25.06.2021 tarihli ve 112900 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Arş. Gör. Merve IŞIK'ın Prof. Dr. Satı DEMİR danışmanlığında yürüttüğü "Yeme Bağımlılığı Olan Hemşirelik Öğrencilerinde Çevrimiçi Grupla Motivasyonel Görüşmenin Yeme Davranışı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma" konulu tez çalışması kapsamında Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi bünyesinde uygulama yapma isteği çevrim içi online olarak uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet Cahit GÜRAN
Rektör

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 92DCA3BC-ACCC-42FE-B5C9-95B9A1F999CA

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ta-ebys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara

Bilgi için: Tülay AKÇADAĞ

E-posta: yazim@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik

Şef

Ağ: www.hacettepe.edu.tr



EK-15. Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Sekreterliği
Öğrenci İşleri



Ek-1

GÜNLÜDÜR

Sayı : E-84309399-604.01.02-189044

Konu : Arş.Gör.Merve IŞIK'ın Tez Çalışma İzni
Hakkında

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Ankara Üniversitesi Rektörlüğü (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)'nın 09.07.2021 tarihli ve E-14267719-302.14.01-167535 sayılı yazısı.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Arş.Gör. Merve IŞIK'ın "Yeme Bağımlılığı Olan Hemşirelik Öğrencilerinde Çevrimiçi Grupla Motivasyonel Görüşmenin Yeme Davranışı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma" konulu tez çalışması kapsamında söz konusu çalışmayı Fakültemiz Ebelik ve Hemşirelik Bölümü öğrencilerine yapma isteği; anket uygulamasının linkini Fakültemiz web sayfasında Hemşirelik Bölümü öğrencilerine açık bir şekilde duyurulması, öğrencilerimizin araştırmaya katılmayı kabul etmeleri ve veri toplanmasının araştırmacı tarafından yapılması koşuluyla uygun bulunmuştur.

Konuyla ilgili olarak tez çalışmasının konusu Fakültemiz Ebelik Bölümünü kapsamadığı için uygun bulunmamıştır.

Gereğini bilgilerinize saygı ile arz ederim.

Prof. Dr. Ayfer TEZEL
Dekan V.

EK-16. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Kullanım İzni

× **Re: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği**

3.08.2020 Pzt 23:04 tarihinde yanıtladınız



Feyza Bayraktar <

|>

Kime: Siz



Yaleyemebagimliligiolcegi(1) ...
73 KB



Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ...
31 KB

2 ek (104 KB) ☁ Tümünü OneDrive'a kaydet ↓ Tümünü indir

EK-17. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Kullanım İzni

Re: sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği hk.



Fatma ERSİN

18.09.2020 Cum 16:22

Kime: Siz



Sayın Oğuz,

Yazarlarından olduğum Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi tezinizde kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili makalede sizin için gerekli olan bilgiler yer almaktadır. Ölçek makalesi ekte yer almaktadır.

Ölçek makalesinde ilk yazar Sayın Prof. Dr. Zuhul BAHAR hocamızdır.

Başarılar dilerim.

merve oguz

, 18 Eyl 2020 Cum, 16:13 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Ben Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Arş Gör. Merve IŞIK. Türkçe geçerliğini ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğini doktora tezimde uygun görürseniz kullanmak istiyorum. Doktora tezimde; yeme bağımlısı olan üniversite hemşire öğrencilerinde (Yeme bağımlılığı 'Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği' kullanılarak belirlenecektir) motivasyonel görüşmenin sağlık davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini inceleyeceğim. Acaba bu örneklem grubunda ve bu çalışma için 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları' ölçeği uygun olur mu? Uygun görürseniz ölçeği gönderebilir misiniz?

Savunularıyla

EK-18. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Kullanım İzni

Re: SF-36 yaşam kalitesi ölçeği hk.



Omer Aydemir <

17.09.2020 Per 10:00

Kime: Siz



2 ek (69 KB) [Tümünü indir](#) Tümünü OneDrive'a kaydet

Sayın Merve Işık,
Araştırmanızda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.
Kolaylıklar diliyorum
Prof Dr Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

On Wednesday, September 16, 2020, 10:09:23 PM GMT+3,

· wrote:

Sayın Hocam,
Ben Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Arş Gör. Merve IŞIK. Türkçe geçerliğini ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğini doktora tezimde uygun görürseniz kullanmak istiyorum. Doktora tezimde: veme bağımlısı olan üniversite hemsire öğrencilerinde (Yeme bağımlılığı 'Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği')

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : IŞIK, Merve
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Okul/ Program	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Yüksek Lisans	Ankara Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	2018
Lisans	Fatih Üniversitesi / Hemşirelik Yüksek Okulu	2013

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2018-devam ediyor	Gazi Üniversitesi	Araştırma Gör.
2016	Giresun Üniversitesi	Araştırma Gör.

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

1. Işık, M., Demircan, Ü., and Demir, S. (2022). The influencing factors in food addiction of nursing students: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://dx.doi.org/10.1111/ppc.13082>



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..