

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI
ERGENLERDE BİLİNÇLİ FARKINDALIK
İLE DUYGU DÜZENLEME VE DUYGUSAL
YEME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Eda ÇELİK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2024

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI
ERGENLERDE BİLİNÇLİ FARKINDALIK
İLE DUYGU DÜZENLEME VE DUYGUSAL
YEME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Eda ÇELİK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Aynur PEKCANLAR AKAY

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	vii
ÖZET.....	ix
TABLO LİSTESİ	xiii
EKLER LİSTESİ	xv
KISALTMALAR.....	xvi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Major Depresif Bozukluk	5
2.1.1. Tanımı ve Klinik Özellikleri	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	7
2.1.3. Etiyoloji	8
2.1.3.1. Genetik Faktörler	8
2.1.3.2. Biyolojik Faktörler	9
2.1.3.3. Psikososyal faktörler	10
2.1.3.3.1. Olumsuz Yaşam Olayları	10
2.1.3.3.2. Bireysel Faktörler	10
2.1.3.3.3. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Yaklaşım	11
2.1.3.3.4. Bilişsel Görüş	11
2.1.3.3.5. Davranışçı Görüş	12
2.1.3.3.6. Psikodinamik Görüşler	13
2.1.4. Komorbidite	13
2.1.5. Tedavi	14
2.1.6. Prognoz	16
2.2. Duygu Düzenleme	16
2.2.1. Duygu Düzenleme Tanımı ve Özellikleri	16
2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri	17
2.2.3. Duygu Düzenleme ve Majör Depresif Bozukluk	18
2.3. Bilinçli Farkındalık.....	19
2.3.1. Bilinçli Farkındalık Tanımı ve Özellikleri.....	19
2.3.2. Bilinçli Farkındalık ve Majör Depresif Bozukluk	21

2.3.3. Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme	22
2.4. Duygusal Yeme	22
2.4.1. Duygusal Yeme Tanımı ve Özellikleri	22
2.4.2. Duygusal Yeme ve Majör Depresif Bozukluk.....	23
2.4.3. Duygusal Yeme ve Bilinçli Farkındalık	24
3. AMAÇ ve HİPOTEZLER	25
4. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	25
4.1. Araştırmanın Deseni.....	25
4.2. Araştırmanın Örneklemi.....	25
4.3. Örneklemenin Seçimi.....	26
4.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	28
4.4.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu	29
4.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	30
4.4.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu- Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5].....	30
4.4.4. Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği - EYBFÖ (Adolescent and Adult Mindfulness Scale - AAMS)	30
4.4.5. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği - EİDDÖ (The Regulation of Emotions Questionnaire - REQ).....	31
4.4. 6. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R).....	32
4.4.7. Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği (ÇEDYÖ) - Emotional Eating Scale for Children and Adolescents (EES).....	32
4.4.8. Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) - Eating Attitudes Test Short Form (EAT-26).....	33
4.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler	33
4.6. Uygulama	34
5. BULGULAR.....	34
5.1. Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri	34
5.1.1. Yaş	34
5.1.2. Cinsiyet	35
5.1.3. Eğitim Durumu	35
5.1.4. Kardeş Sayısı	36
5.1.5. Aile Yapısı	36

5.1.6. Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi	37
5.1.7. Ailenin Gelir Durumu	38
5.1.8. Diğer Aile Özellikleri	38
5.1.9. Tıbbi Özgeçmiş	40
5.2. Ergenlerin Depresif Belirtileri ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi	42
5.2.1. Depresif Belirtiler	42
5.2.2. Bilinçli Farkındalık Düzeyleri	42
5.2.3. Duygu Düzenleme Stratejileri	43
5.2.4. Duygusal Yeme Özellikleri	45
5.2.5. Yeme Tutum Özellikleri	46
5.3. Ergenlerin Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	47
5.3.1. Tüm Örneklemde Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	47
5.3.2. Majör Depresif Bozukluk Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	49
5.3.2.1. Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Karşılaştırılması	49
5.3.2.2. Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Duygu Düzenleme ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	50
5.3.2.3. Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Yeme Tutum Özelliklerinin Karşılaştırılması	52
5.3.2.4. Bilinçli Farkındalık ile Duygu Düzenleme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	53
5.3.2.5. Bilinçli Farkındalık ile Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	55
5.3.2.6. Duygu Düzenleme ile Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	56
6. TARTIŞMA	57
6.1. Sosyodemografik Veriler, Bireysel ve Ailesel Özellikler	58
6.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması ve Ölçekler Arası Korelasyon Değerlendirmeleri	62
6.2.1. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T Skoru Puanları	62
6.2.2. Depresyon ve Bilinçli Farkındalık	63
6.2.3. Depresyon ve Duygu Düzenleme	64
6.2.4. Depresyon ve Duygusal Yeme	66

6.2.5. Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme	68
6.2.6. Bilinçli Farkındalık ve Duygusal Yeme	70
6.2.7. Duygu Düzenleme ve Duygusal Yeme.....	72
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI.....	75
9. KAYNAKÇA.....	77
10. EKLER.....	99



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca birikimlerini, deneyimlerini benimle paylaşan ve desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Aynur PEKCANLAR AKAY, Doç. Dr. Burak BAYKARA, Doç. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Prof. Dr. Neslihan İNAL, Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN'e

Akademik bilgi ve deneyimleriyle bana kattıklarının yanında, her daim gülen yüzü, samimiyeti, destekleyici tutumuyla tez danışman hocam, Prof. Dr. Aynur PEKCANLAR AKAY'a,

Uzmanlık eğitimim sürecinde, iyi bir ekibin önemini hatırlatan ve her zaman destekleyen, canım eşkıdemlerim Duru GÜLER MANDALI, Zeynep EVLİYAOĞLU ATEŞ, Ekin SÜT ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum arkadaşlarım Beste Dila EREN SARIKAYA, Çağatay ERMİŞ, Remzi Oğulcan ÇIRAY, Doğukan KOÇ, Ezgi KARAGÖZ TANRIVERDİ, Berkin AKBAYDAR, Zeynep AYASLAN, Nurten Gözde KAMAR, Ecem İNCE ARSLAN, Eren HALAÇ, Buket BELENDİR, Ahmet Berkay ESEN, Nurgül NERGİZ, Nazan GÜNDÖĞAN, Seren ATEŞ DERVİŞ, Tuğçe TURAN, Eren BAŞ, Samet ÇETİN, Fadime TOKMAK BAYRAKTAR, Özüm Sueda TASAK, Gizem KESER, Meliha Ceren ÖZGÜL, Oben ÖZKAN, Gizem GÜNGÖR ATABAY, Tanay KAPAKÇI KANGAL, İlayda DALGAKIRAN, Kübra ÖZBEK ALPAY, Furkan TÜRKKAHARAMAN, Serap UYSAL, Büşra BİLGE, Ayşenur ALP BALAT, Mehmet ESER, Burak YILMAZ, Ecem KILIÇ, Dilara GİRGIN, Kardelen ÇİLLİ, Kardelen CEMHAN, İrem VURGEÇ, Özgün ALBAYRAK, Sıla YILDIRIM ve Nurgül YAVUZ' a teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kliniğimizin tüm değerli psikolog, hemşire, teknisyen ve personeline teşekkür ederim.

Çalışmada yer almayı kabul ederek bana değerli zamanlarını ve incelemeler sırasında katılım ve anlayışlarını eksik etmeyen değerli hastalarımız ve gönüllülerimize teşekkür ederim.

Sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim, sevgili aileme; her daim yanımda olan en zor süreçlerimi varlığı ile kolaylaştırıp güç veren canım annem Emine ÇELİK'e,

hayatın her alanında mücadele etmeyi öğreten sevgili babam Erol ÇELİK'e, sevgisini ve desteğini hep hissettiğim hem en iyi arkadaşım hem de ablam olan Melda ÇELİK'e sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Eda ÇELİK



ÖZET

Majör Depresif Bozukluk Tanılı Ergenlerde Bilinçli Farkındalık ile Duygu Düzenleme ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Dr. Eda ÇELİK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Bu çalışma 12-18 yaş arası Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanılı ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin depresif belirtiler, bilinçli farkındalık, duygu düzenleme ve duygusal yeme açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş MDB tanılı 44 olgu grubu ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş 44 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplamda 88 ergen ile gerçekleştirilmiştir. Hem ebeveynlerden hem de katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra çalışmaya katılan tüm ergenlere depresyon belirti düzeylerini değerlendirmek için klinisyenin yaptığı görüşmede Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R) uygulanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerde MDB tanısını doğrulamak ve kontrol grubundaki ergenlerde psikiyatrik hastalıkları dışlamak için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu (KSADS-PL) kullanılmıştır. Katılımcıların değerlendirilmesi için Sosyodemografik Veri Formu, Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ), Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ), Çocuk ve Ergenler için Duygusal Yeme Ölçeği (ÇEDYÖ) ve Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) kullanılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre MDB grubunda bilinçli farkındalık alt boyutu olan kendini kabullenme davranışının sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ile dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini sağlıklı kontrollere göre daha fazla; dışsal işlevsel duygu

düzenleme stratejilerini ise sağlıklı kontrollere göre daha az kullandığı saptanmıştır. MDB grubundaki ergenlerin yeme tutum özelliklerinde oral kontrolü sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla kullandığı gösterilmiştir. Tüm örnekleme depresif belirtiler ile hem içsel hem dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak ergenlerde depresyon için bilinçli farkındalık, yargılayıcı olmama, kendini kabullenme ve dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının koruyucu faktörler olduğu, işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin ise risk faktörü olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: depresyon, bilinçli farkındalık, duygu düzenleme, duygusal yeme

ABSTRACT

Comparison of the Relationship between Mindfulness and Emotion Regulation and Emotional Eating in Adolescents with Major Depressive Disorder

Eda ÇELİK, M.D.

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry

This is a cross-sectional study comparing adolescents diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) and adolescents without any psychiatric disorder between the ages of 12-18 in terms of depressive symptoms, mindfulness, emotion regulation and emotional eating.

Our study was conducted with a total of 88 adolescents, 44 cases diagnosed with MDD who applied to Dokuz Eylül University Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic and 44 healthy controls who applied to Dokuz Eylül University Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic. After obtaining informed consent from both parents and participants The Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) was administered to all adolescents participating in the study to assess their depression symptom levels during the clinician's interview. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was used to confirm MDD diagnosis and to exclude any psychiatric disease in healthy control group. The Sociodemographic Data Form, Adolescent and Adult Mindfulness Scale (AAMS), The Regulation of Emotions Questionnaire (REQ), Emotional Eating Scale for Children and Adolescents (EES) and Eating Attitudes Test Short Form (EAT-26) were used to evaluate the participants.

According to the study results, it was determined that the sub-dimension of mindfulness, self-acceptance behavior, was lower in the MDD group compared to the healthy control group, and that they used internal dysfunctional emotion regulation strategies and external dysfunctional emotion regulation strategies more than healthy controls, and external functional emotion regulation strategies less. It was shown that adolescents in the MDD group used oral control more than the healthy control group

in their eating attitude characteristics. A positive correlation was found between depressive symptoms and both internal and external dysfunctional emotion regulation strategies in the entire sample.

As a result, it can be said that the use of mindfulness, non-judgmentalism, self-acceptance and external functional emotion regulation strategies are protective factors for depression in adolescents, while dysfunctional emotion regulation strategies are risk factors.

Keywords: depression, mindfulness, emotion regulation, emotional eating



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Grupların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 2. Grupların Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması	35
Tablo 3. Grupların Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4. Grupların Kardeş Sayılarının Karşılaştırılması	36
Tablo 5. Grupların Aile Yapılarının Karşılaştırılması	37
Tablo 6. Grupların Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması .	37
Tablo 7. Grupların Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	38
Tablo 8. Grupların Diğer Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 9. Grupların Anne ve Baba Yaşları Açısından Karşılaştırılması.....	40
Tablo 10. Grupların Doğum Zamanı, Doğum Kilosu, Gelişim Basamakları ve Anne Sütü Aldığı Süre Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 11. Grupların Tıbbi Özgeçmişlerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 12. Grupların Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-Skoru Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 13. Grupların Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 14. Grupların Duygu Düzenleme Stratejilerinin Karşılaştırılması	44
Tablo 15. Grupların Duygusal Yeme Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 16. Grupların Yeme Tutum Testi Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 17. Grupların Yeme Tutum Davranışlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 18. Tüm Örneklemde Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi	48
Tablo 19. MDB Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 20. MDB Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Duygu Düzenleme ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	51
Tablo 21. MDB Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Yeme Tutum Özelliklerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 22. MDB Grubunda Bilinçli Farkındalık ile Duygu Düzenleme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	54
Tablo 23. MDB Grubunda Bilinçli Farkındalık ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	55

Tablo 24. MDB Grubunda Duygu Düzenleme ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	57
---	----



EKLER LİSTESİ

EK1. Çocuk ve Ergenler için Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK.2 Ebeveynler için Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK.3 Sosyodemografik Veri Formu

EK.4 Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

EK.5 Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği

EK.6 Çocuk ve Ergen Duygusal Yeme Ölçeği

EK.7 Yeme Tutum Testi-26

EK.8 Etik Kurul Onay Formu

KISALTMALAR

ANOVA: Varyans Analizi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni
Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

ÇDDÖ-R: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Gözden Geçirilmiş
Formu

ÇEDYÖ: Çocuk ve Ergen için Duygusal Yeme Ölçeği

DD: Duygu Düzenleme

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition,
Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Beşinci Baskı

EYBFÖ: Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

HPA: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal

KSADS- PL: Schedule For Affective Disorders and Schizophrenia For School Aged
Children, Present and Lifetime Version

MDB: Majör Depresif Bozukluk

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Seçici Serotonin Geri Alım
İnhibitörü)

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TADS: Treatment for Adolescents with Depression Study

YTT-26: Yeme Tutum Testi-26

χ^2 : Ki Kare

n: Kişi sayısı

p: Anlamlılık düzeyi

Ort: Ortalama

Ss: Standart sapma

M: Medyan



1. GİRİŞ

Konunun Önemi

Major depresif bozukluk (MDB); mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, huzursuzluk, halsizlik, dikkat bozuklukları, iştah ve uyku sorunları gibi bulgularla karakterize epizodik bir ruhsal bozukluktur.

Erken başlangıçlı depresyon, yüksek prevalansı ve gelişim üzerindeki zayıflatıcı etkileri nedeniyle, çocuk ve ergenlerdeki en önemli psikiyatrik hastalıklardan biri olarak kabul edilir. Ergenlerde depresif bozuklukların prevalansı %3-8, ergenlik sonuna kadar yaşam boyu prevalansı %20 olarak tespit edilmiştir [1]. Majör depresif bozukluk tanımlı ergenlerde tekrarlayan depresif dönemler, intihar düşünceleri ve diğer eşlik eden hastalıklar daha yaygın bulunmuştur [2]. Yaygın depresyon belirtileri çocuklarda ve ergenlerde erişkinlerden farklılık gösterebilir. Genellikle atipik özelliklerle ortaya çıkar. Teşhis çoğunlukla çocukların işlev bozukluklarının farkedilmesine dayandığından atlanabilir. Semptomların altında yatan tüm özellikleri, sürekliliğini saptamak ve sonrasında uygun tedaviyi uygulamak önem arz etmektedir. Farmakoterapi etkili olabilse de hastaların tahminen üçte biri tedavi sonrası remisyona girmez ve bu da onları tedaviye dirençli hale getirir [3]. Çocuk ve ergenlerde depresyonun önlenmesi ve intihar ile diğer olumsuz sonuçların engellenmesi için uygun şekilde tedavi edilmesi toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Yurtdışında yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin ilaç tedavisinin yaptığı etkiye benzer etki yarattığını ve daha çok ilaç tedavisinin uygulanamayacağı hastalarda tercih edildiği görülmüştür. Yetişkin popülasyonda yapılan farkındalık temelli bilişsel terapi ile bilişsel davranışçı terapiyi karşılaştıran 410 katılımcının olduğu randomize kontrollü bir çalışmada; farkındalık temelli bilişsel terapinin, bilişsel davranışçı terapiye göre hem klinik etkinlik hem de maliyet etkililik açısından daha üstün olduğu gösterilmiştir [4]. Bilinçli farkındalık, şu anda meydana gelen olaylara açıkça dikkat etme ve onu yargılamadan kabullenme davranışıdır. Bilinçli farkındalığın yargılamama ve kabul etme olmak üzere iki bileşeni vardır. Bu iki bileşen, umutsuzluk duygusu veya düşüncesi sırasında otomatik tepki vermeden önce duyguların farkındalığını öğretir. Farkındalık bu nedenle hem bir beceri hem de bir uygulamadır; farkındalık uygulaması dikkatli kalma yeteneğini sağlar. Zihin bir

şeyin üzerinde durmayı ya da ondan uzaklaşmayı hedeflemez; sadece gözlemler, yargılamaz ve olduğu gibi kabul eder. Bu da kişinin daha alıcı, dikkatli, huzurlu ve mutlu olmasına yardımcı olur. Sürekli bilinçli farkındalık, daha iyi duygu düzenleme ve daha düşük duygusal tepkisellik ile olumlu bir şekilde ilişkilidir [5]. Depresyonda kişinin kendisiyle ilgili farkındalığı azalmıştır. Depresyonda farkındalık temelli atılacak ilk adım depresif zihin ve bakış açısının farkında olunmasını sağlamak ve kişinin benliğini bundan ayırıştırmasıdır. Foster ve arkadaşlarının 13-15 yaş arası 108 ergenle yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında ters yönde bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir [6]. Teasdale ve arkadaşlarının 2000 ve 2004 yılında yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmalarda depresyon hastalarında bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin etkinliği gösterilmiştir. Mevcut tedavilerine bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi eklenen hastalarda relaps oranlarının daha düşük oldukları gözlenmiştir. 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada da bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanan remisyonadaki depresyon hastalarında, relapsın ertelendiği ortaya konmuştur [7]. Yüksek bilinçli farkındalık düzeyine sahip olmanın ergenlik döneminde daha önemli olduğu söylenebilir. Çünkü bilinçli farkındalık; bireyin anı yaşamasını sağlayan, sosyal ilişkilerini düzelten, yargılarını karıştırmadan olayları değerlendirmesini ve bu şekilde adım atarak daha doğru kararlar vermesini sağlayan bir beceridir.

Ergenler; duygularını yoğun ve şiddetli yaşayabilmekte ve bu duygularını düzenleyip kontrol etmede zorluk çekebilmektedir. Duygular, kişilerin günlük yaşamda ortaya koydukları tepkilerin şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Duygu düzenlemedeki esneklik ve kontrol, kişilerin farklı durumlarda amaçlarına göre duygularının şiddetini azaltabilmesine, artırılabilmesine ya da sadece devam ettirilebilmesine olanak sağlamaktadır. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin her biri, insanların zaman zaman tehdit edici ya da stres veren yaşam olayları karşısında başvurduğu başa çıkma yolları olarak karşımıza çıkmaktadır. Duyguların içinde bulunulan bağlama uygun olarak düzenlenebilmesi günlük hayattaki işlevselliğin sürdürülebilmesi için ön koşul olarak kabul edilebilmektedir. Bu nedenle, hayatımızda edindiğimiz en değerli yetkinliklerden biri duygu düzenleme stratejilerinin etkili bir şekilde kullanılmasıdır. 12-18 yaş aralığındaki ergenlerle yapılan bir çalışmada, ergenlerin kullandığı bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle içselleştirilmiş ve

dışsallaştırılmış psikopatolojiler arasındaki ilişkiye bakılmış; kendini suçlama, ruminasyon stratejileri içselleştirilmiş psikopatolojilerde, olumlu yeniden odaklanma dışsallaştırılmış patolojilerde daha çok görülmüştür [8]. Bu çalışmada, içe çekilme, kaygı ve depresyon gibi sıkıntılar içselleştirilmiş patolojiler; davranım bozuklukları, saldırganlık, hiperaktivite gibi problemler dışsallaştırılmış patolojilere dahil edilmiştir. Buna göre, araştırma sonucunda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin içselleştirilmiş patolojileri daha çok açıkladığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar, duygu düzenleme süreçlerinin depresyonun anlaşılmasında ve süreklilik göstermesinde rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Farkındalık ve düzensiz yeme risk faktörleri arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin rolüne bakan 374 adolesanin dahil edildiği bir çalışmada; farkındalığı yüksek olan, düşünce ve duygularını yargılayıcı olmayan bir şekilde kabul eden bireylerin, daha sonra duygu düzenleme güçlükleri ve dolayısıyla olumsuz duygulanım yaşama olasılığının daha düşük olduğunu bulmuştur [9]. Duygu düzenlemede güçlük yaşamanın yeme bozukluklarının başlaması ve sürmesinde tetikleyici olabileceği düşünülmüş ve yeme davranışlarıyla ilgili sorun bildiren bireylerle çalışırken, duygu düzenleme becerilerinin öğretilmesinin tedavi aşamasında faydalı olabileceği öngörülmüştür.

Duygusal yeme olumsuz duygulara ikincil aşırı yeme eğilimini anlatan bir kavramdır. Duygusal yeme açlık hissi nedeniyle ya da öğün zamanı geldiği için, sosyal gereklilik olduğu için değil de sadece duygulanıma cevaben ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır. Başa çıkma, bireyin olumsuz duygularını yönetmeye çalıştığı bir süreçtir. Endler ve Parker, üç tip başa çıkma stratejisi olduğunu ileri sürmüştür [10]. Bunlar; görev odaklı, duygu odaklı ve kaçınarak başa çıkmadır. Görev odaklı başa çıkma, sıkıntıya neden olan sorunu ele almayı içerir. Duygu odaklı başa çıkma da, duyguları düzenlemenin bir yolu ve özellikle amaçlanan sorun ile ilişkili olumsuz duyguları iyileştirmektedir. Bu başa çıkma biçimi, duygusal tepkileri, kendi kendine meşgul olmayı ve hayal kurmayı içerir. Son olarak, kaçınarak başa çıkma, dikkati dağıtarak stresten kaçınmayı ifade eder. Kaçış teorileri, duygusal yemenin dikkati rahatsız edici uyaranlardan veya olaylardan uzaklaştırdığını ve böylece olumsuz kişisel farkındalıktan ve egoyu tehdit

eden bilgilerden bir kaçış sağladığını öne sürer [11][12]. Bu nedenle, duygusal yemeyi tetikleyen yalnızca olumsuz duygu deneyimi değildir. Aksine bu sağlıksız tamamlayıcı davranışa katkıda bulunan; yetersiz duygu düzenlenmesi, o andaki olumsuz duygusal deneyimlere dikkat çekememe, kabul edememe ve ifade edememedir. Duyguları deneyimlediğimiz durumlarda, beynimiz onları tanımlamak yerine yemek yeme talimatı verdiğinde bu bir sorun haline gelir. Bu da duygularımızı normalleştirmemizi, ifade etmemizi ve yönetmemizi engeller. Depresyona yanıt olarak yemek yeme; psikolojik iyilik hali, yeme bozukluğu semptomları ve duygu düzenleme güçlükleri ile en yakından ilişkili olan duygusal yeme türüdür [13]. Depresyon, stres, kaygı, kızgınlık gibi olumsuz duyguların tüketilen yiyecek miktarını arttırdığı gösterilmiştir [14]. Önceki araştırmalara göre duygusal yiyiciler ruh hallerini tanımakta ve yönetmekte güçlük çekerler ve etkili duygusal düzenleme yerine yemek yemeyi koyarlar [15]. Yakın tarihli boylamsal araştırmalar, çocuklarda depresif semptomların ergenlik dönemindeki duygusal yemeyi öngördüğünü ileri sürmektedir [16]. Duygusal yemenin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde önemli ölçüde arttığına inanılmaktadır [17]. Duygusal yeme aynı zamanda, aşırı yemek yeme ve yeme üzerindeki kontrolün kaybedilmesi dahil olmak üzere obezite riskinin artmasına katkıda bulunabilecek davranışlarla ilişkilendirilmiştir [18]. Duygusal yeme, kötü beslenme sonuçları ve daha yüksek obezite riski arasındaki güçlü ilişkiler göz önüne alındığında, ergenlikte duygusal yemenin yordayıcılarını ve bağıntılarını belirlemek ve daha iyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak psikolojik sıkıntı ile duygusal yeme arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünü inceleyen çok az araştırma vardır. Araştırmamız Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi aydınlatacak olması nedeniyle özgündür. Bu araştırma ile bilinçli farkındalık kavramına dikkat çekerek öneminin vurgulanması ve bilinçli farkındalığı etkileyebilecek olası değişkenlerin gün yüzüne çıkarılması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu araştırmadan elde edilecek bulguların ışığında ergenlik dönemindeki bilişsel, duygusal ve sosyal süreçlerle ilgili becerileri anlamaya yardımcı olacağı ve böylece ergenlerin iyi oluşlarına olumlu yönde yansıtacağı, depresyonun ve depresyona bağlı intiharların önleneyeceği umulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanımı ve Klinik Özellikleri

Major depresif bozukluk (MDB); mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, huzursuzluk, enerji azalması, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku bozuklukları, olumsuz düşünme gibi bulgularla karakterize epizodik bir ruhsal bozukluktur. Olumsuz inanışlardan olan özgüven kaybı ve uyumsuz suçluluk duygusu depresyonun en temel spesifik semptomlarından. Zihinsel acı ve intihar düşünceleri hayat kalitesini önemli ölçüde etkiler. MDB psikiyatrik hastalıklar arasında intihar riski en yüksek olan hastalıktır [19].

Klinik özelliklerle ilgili yapılan çalışmalar, MDB'nin temel belirtilerinin hayat boyu benzer olduğu, ancak çocuğun duygusal, bilişsel, fiziksel ve sosyal gelişim seviyesine göre semptomların ortaya çıkış yolu ve klinik özelliklerinin değiştiğini göstermektedir [20]. Yaygın depresyon belirtileri çocuklarda ve ergenlerde erişkinlerden farklılık gösterebilir. Genellikle atipik özelliklerle ortaya çıkar. Teşhis çoğunlukla çocukların işlev bozukluklarının farkedilmesine dayandığından atlanabilir. Semptomların altında yatan tüm özellikleri, sürekliliğini saptamak ve sonrasında uygun tedaviyi uygulamak önem arz etmektedir.

Ergenlik döneminde MDB okul ve sosyal işlevselliği etkileyebilir. Araştırmaların tamamı olmasa da bazıları akademik performansta düşüş olduğunu göstermektedir[21]. MDB'nin ergenlerin riskli davranışlarla olan bazı ilişkisi endişe vericidir. Depresif ve anksiyete belirtileri olanlarda akran baskısı nedeniyle sigaraya başlama daha yaygındır[22]. Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenlerde tekrarlayan depresif dönemler, intihar düşünceleri ve diğer eşlik eden hastalıklar daha yaygın bulunmuştur [2]. Erken başlangıçlı depresyonda intihar davranışı ciddi bir sonuçtur. Depresif bozukluk görülmeyen gençlere göre, erken başlangıçlı depresyonda intihar riski 10 kat artmıştır [23]. Depresyon tedavisi seyrinde psikomotor yavaşlamanın gelişmesi ise özellikle de sosyal izole olan insanlarda intihar riskini arttıran bir diğer etmendir.

Çocuk ve ergenlerde depresyonun önlenmesi ve intihar ile diğer olumsuz sonuçların engellenmesi için uygun şekilde tedavi edilmesi toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Major Depresyon Bozukluğu uluslararası ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı olan DSM-5’de ‘Depresyon Bozuklukları’ başlığı altında yer alır.

Major Depresyon Bozukluğu DSM 5 Tanı Ölçütleri:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğı) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değışiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağılı belirtileri almayınız.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn: üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür)

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir)

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn: bir ay içinde ağırlığının %5’inden daha çok olan bir değışiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama

6. Neredeyse her gün bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısall olabilir, yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da karasızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir)

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlar ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir major depresyon dönemini oluşturur.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.1.2. Epidemiyoloji

Erken başlangıçlı depresyon, yüksek prevalansı ve gelişim üzerindeki zayıflatıcı etkileri nedeniyle, çocuk ve ergenlerdeki en önemli psikiyatrik hastalıklardan biri olarak kabul edilir. Ergenlerde depresif bozuklukların prevalansı %3-8, ergenlik sonuna kadar yaşam boyu prevalansı %20 olarak tespit edilmiştir [1].

Bir meta-analizde 13 yaşından küçük çocuklarda depresyon sıklığının %2.8, 13-18 yaş grubunda %5,7 olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, ergenlik dönemi ile birlikte depresyon görülme sıklığının iki kat arttığını göstermektedir [24].

Ülkemizde yapılan çalışmalara göre ergenlerde depresyon sıklığı %12.5-17.5 arasında değişmektedir [25]. Majör depresif bozukluk, 13 yaşına kadar erkek ve kızlarda eşit oranda görülürken 13 yaşından sonra kız ergenlerde erkek ergenlere göre göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir [26]. Ergenlerin %5-10'unda subsendromal depresif belirtiler olduğu öngörülmektedir [27].

Ergenlik başlangıçlı MDB, prepubertal başlangıçlı MDB'e göre erişkinlikte daha sık duygudurum epizodları ve daha çok genetik aktarım ile kendini göstermektedir [28].

2.1.3. Etiyoloji

Depresif bozuklukların etyolojisinde; genetik, biyolojik ve psikososyal faktörlerin rol aldığı bilinmektedir.

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Günümüze kadar yapılan birçok aile ve genetik çalışmalarında duygudurum bozukluklarında genetik faktörlerin belirleyici bir rol oynadığına rastlanmıştır. Genetik faktörlerin depresyona yol açan en önemli risk faktörü olduğuyla ilgili güçlü kanıtlar mevcuttur [19].

Depresif belirtilerin monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlere göre daha çok olduğu ve depresyona olan bu yatkınlığın anksiyete ile birlikte ortak kalıtımı olabileceği bulunan bulgular arasındadır. Aynı zamanda ergenlik başlangıçlı depresyonun, prepubertal başlangıçlı depresyona göre daha fazla kalıtsal geçiş gösterdiği tespit edilmiştir [29].

Ebeveynlerde psikopatoloji varlığı; daha erken başlangıçlı ve daha şiddetli semptomların gözleendiği MDB'nin ortaya çıkmasına sebep olur [30]. Ebeveynlerinde depresyon tanısı olan çocuklarda 2-4 kat depresif bozukluk riski artışı olabileceği belirtilmiştir [31]. Her iki ebeveynde major depresyon epizodunun olduğu durumlarda bu risk artmaktadır.

Yapılan araştırmalar, spesifik gen varyantlarının ergenlerde depresyon riskini doğrudan artırmanın yanı sıra, bireyin sıkıntı gibi çevresel faktörlere hassasiyetini etkileyerek gen çevre etkileşimi aracılığıyla da katkıda bulunduğunu belirtmektedir. Depresyonla ilişkili olduğu düşünülen gen allellerindeki polimorfik varyasyonları değerlendiren çalışmalar yapılsa da, depresyona neden olan spesifik bir gen dizisi veya gen tanımlanmamıştır [32]. Depresyon ile ilişkili genlerin anksiyete ile de örtüştüğü ileri sürülmektedir [19]. Ancak, çalışmalarda depresyon ile bağlantılı olduğu sıklıkla belirtilen aday gen varyantı serotonin taşıyıcı geninin (5HTTLPR) daha az işlevsel olan allelik varyantıdır. Bu varyantın erken yaşta olumsuz yaşam olaylarına maruz

kalma gibi çevresel stresörlerle etkileşiminin depresif belirtilerin şiddetini artırabildiği belirtilmiştir [33].

Birçok çalışma depresyon için ailesel kalıtımın yüksek olduğu kız ergenlerde bu riskin arttığını öne sürmüştür. Kadın cinsiyette depresyon prevalansının bu kadar yüksek olmasının nedeni anksiyete ve depresyonun güçlü bir ilişkisinin olması ve bunun da daha yüksek oranlarda depresyona yol açması şeklinde tahmin edilmektedir.

2.1.3.2. Biyolojik Faktörler

Depresyonda biyokimyasal ve nöroendokrinolojik yolların incelendiği bir çok çalışma yapılmıştır. Ancak, bu değişikliklerin neden mi yoksa depresyonun yol açtığı biyolojik yanıtlar mı olduğu henüz belirlenmemiştir. Biyokimyasal modellerde depresyonun temel bir modeli olan ‘Monoamin Hipotezi’ patofizyolojik olarak en çok öne sürülen modeldir. Hipotez nöradrenalin, dopamin ve serotoninden oluşan üç monoaminden birinin işlevselliğinde bozulma olmasının; depresyonun biyolojik mekanizmasını aktive ettiğini öne sürmektedir. Özellikle serotonin ve nöradrenalinin, dopamine göre daha fazla etkiye sahip olduğu belirtilmiştir [34].

HPA aktivitesinde ve kortizol salınımında artış olması depresyon için önemli bir risk faktörüdür [35]. Erişkin popülasyonda yapılan çalışmalar depresyon hastalarında plazma kortizol seviyesinin ve idrarla kortizol atılımının arttığını ve kortizol salınımindaki bu artışın tedavi sonrası normal seviyelere döndüğünü göstermiştir [36].

Depresif çocuklarda yapılan bir çalışmada, biyolojik uyaranlara GH yanıtında küntleşme olduğu saptanmıştır [37]. Yapılan bir çalışmada, depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarında GH yanıtının azaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular GH'nin, hayatın erken döneminde de depresyona biyolojik yatkınlık için değerlendirilebilecek bir faktör olduğunu düşündürmektedir [38].

MRI ile yapılan çalışmalarda depresyon tanılı ergenlerde kaudat ve hipokampus hacminde azalma olduğu belirlenmiştir [39] [40]. Ayrıca frontal lobun beyin hacim oranında azalma ve lateral ventrikülün beyin hacmine oranla artması da bu çalışmaların belirttiği diğer bulgularındandır [41].

2.1.3.3. Psikososyal faktörler

2.1.3.3.1. Olumsuz Yaşam Olayları

Olumsuz yaşam olayları ve stresörler depresyona zemin hazırlayan önemli risk faktörlerinden biridir. MDB tanılı ergenlerin %60'ı epizottan önce ki bir ay içinde olumsuz bir yaşam olayı bildirmiştir [42].

Ergenlerde yapılan bir çalışmada, depresif belirtilerin stresörlerde artışa neden olduğu ve stresörlerin depresif belirtilerle bağlantılı olduğu tespit edilmiştir [43].

Fiziksel, cinsel istismar ve ihmal de depresyon başlangıcı için önemli risk faktörlerindendir. İstismarın özellikle genetik yatkınlığı olan çocuklarda depresyona neden olma riski artmıştır [33] [44]. Aynı zamanda akran zorbalığı da özellikle olumsuz bilişlere yol açarak depresyon riskini artırmaktadır [45].

Depresyonda, aileden gelen desteğin koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir. Çocuklukta bir ebeveyn ile olan iyi ilişkinin ve çocuğun dayanıklılığının yüksek olmasının diğer olumsuz faktörlerden çocuğu koruyabileceği öne sürülmüştür. Aile bireylerinden birisinin kaybı ise önemli bir stresördür. Diğer risk faktörleri stabilize edildiğinde yakın birinin kaybının depresyon riskini üç kat artırdığı bulunmuştur [46]. Riskin kayıp sonrası akut dönemde daha fazla olduğu, anne ölümlerinin baba ölümlerine göre daha riskli olduğu bildirilmiştir [47].

2.1.3.3.2. Bireysel Faktörler

Belirli kişilik özelliklerine sahip kişilerin depresyona daha yatkın olma olasılığı uzun süredir çalışılan bir konudur. Anksiyöz, dürtüsel ve takıntılı mizaç özelliklerine sahip kişilerin sonraki majör depresyon oranlarının artması muhtemeldir. Depresyon ve anksiyete ile ilişkili genlerin örtüştüğü bilinmektedir.

Kronik ve ağır bir hastalığa sahip olmak da depresyon riskiyle ilişkilidir. Bu artan riskin arkasındaki mekanizmalar fiziksel bozukluğa bağlı değişebilir [19].

2.1.3.3.3. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Yaklaşım

Depresyonda kişiler arası ilişkiler yaklaşımı, depresyonun nedenlerini bütünsel olarak ele alır. Depresyonda sosyal desteğin olmaması, bozulmuş sosyal roller ve kişiler arası ilişkiler önemli rol oynar [48].

Olumsuz aile ortamı depresyon, suisid düşüncesi ve suisid girişimleri riskini arttırmaktadır. Aile yapısı ve fonksiyonu, özellikle emosyonel destek azlığı suisid davranışıyla bağlantılı bulunmuştur. Depresyonu olan ergenler ailelerini daha çatışmalı, dışlayıcı, desteklemeyen ve kötüye kullanan gibi niteliklerle tanımlama eğiliminde olurlar. Ailede daha fazla çatışma olanlarda depresyonun tekrarlama riski artar. Ergen depresyonu riskini arttıran diğer aile etmenleri sosyal desteğin olmayışı, boşanma, geniş aile, ailede alkol madde bağımlılığıdır. Bu ailelerde genel işlev bozukluğu da eşlik etmektedir [49].

2.1.3.3.4. Bilişsel Görüş

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bilişsel kurama göre depresyonun zemininde bilişsel bozukluk yer almaktadır. Bu kurama göre depresyona sahip kişilerin bilişsel üçlü olarak tanımlanan kendileri, dünya ve gelecek ile ilgili olumsuz şemalarının olduğunu ifade etmektedir. Duygudurum bozukluğu da bu olumsuz şemaların üzerine gelişmektedir.

Erken çocukluk döneminde ebeveynler ile olan ilişkide çocuğa verilen olumsuz geri bildirimlerin olması benlik algısının da olumsuz şekillenmesine ve olumsuz şemaların oluşmasına neden olmaktadır. İlerleyen dönemlerde birey bir başarısızlık ya da kayıpla karşı karşıya kaldığında erken dönemde edindiği olumsuz şemalar açığa çıkmaktadır. Şemalar kişinin kök inançlarını yansıtır.

Aaron Beck'e göre depresyondaki bilişsel üçlüde;

- 1) Benlik ile ilgili görüşler; negatif benlik algısı
- 2) Çevreyle ilgili görüşler dünyayı saldırgan ve talepkar olarak algılama eğilimi
- 3) Gelecek ile ilgili görüşler; acı çekeceğini ve başarısız olacağını düşünme şeklinde temel inançlar mevcuttur [50].

Olumsuz şemaların bilgi işleme sürecinde çarpıtmaları yaratarak olumsuz otomatik düşüncelere neden olduğu ileri sürülmektedir [51]. Beck'in teorisindeki bilişsel çarpıtmalar şunlardır:

Keyfi çıkarsama: Destekleyici kanıtlar olmadığı veya aksine kanıtlar olmasına karşın belli bir sonuca ulaşmaktadır.

Seçici soyutlama (zihinsel filtreleme): Olayları bağlamından ayırarak bir detaya odaklanma ve olayın ön plandaki diğer detaylarını yok saymaktır.

Aşırı genelleme: Sınırlı sayıdaki örnek sonucunda genel bir kurala inanmaktadır.

Büyütme ve küçültme: Kişinin yapabildiği işleri küçümsemesi ve değersizleştirilmesi, yanlışlarını veya yanlış olarak değerlendirdiği davranışlarını abartmasıdır.

Ya hep ya hiç şeklinde düşünme: Tüm deneyimlerin iki aşırı uçtan birisi gibi değerlendirilmesidir. Bir şey ya tamdır ya da değildir; bu iki uç arasında yer alan noktalar görülmemektedir.

Kişiselleştirme: Kişiyle ilişkisi olmayan veya çok az ilişkili olan bir durumun kendisiyle ilişkili olarak görülmesi ve durumun negatif sonuçlarından kendisini sorumlu tutmasıdır.

Felaketleştirme: Olabilecek diğer sonuçları dikkate almaksızın geleceği hep negatif olarak öngörmeye denir.

Olmalı ifadeleri (-meli, -malı düşünce tarzı): Bireyin kendisinin ve diğerlerinin davranışlarının ve dünyanın nasıl olması gerektiğine ilişkin katı kurallarının olmasıdır. Birey bu kuralların gerçekleşmemesi durumunda olabilecek sonuçları abartmaktadır.

Zihin okuma: Diğer kişilerin ne düşündüklerini bildiğine ve diğerlerinin de bizim ne düşündüğümüzü bildiklerine-bilmek zorunda olduklarına inanmaktır [52].

2.1.3.3.5. Davranışçı Görüş

Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli: Depresyonun başa çıkılamayan önceki olumsuz yaşam olaylarından öğrenilen bir davranış modeli olduğunu belirtmektedir. Yapılan hayvan deneylerinde, köpeklerin verilen elektrik şokundan kaçmaları engellenmiş ve sonunda köpekler bu uyarandan kaçmak için hiçbir çaba göstermemişlerdir. Martin Seligman bu çalışmalar ile "öğrenilmiş çaresizlik" modelini ileri sürmüştür [53].

Pekiştirme Modeli: Lewinsohn ve diğer araştırmacılara göre, uygun ödülün olmadığı durumlar depresif davranışlara yol açmaktadır. Kişiyi ödüllendirilme imkanından kronik yoksun bırakan çevreler, bireyde umutsuzluk duygusunu oluşturmaktadır. Bu modelde, bireyin ödüllendirilme ihtimali bulunan durumlara

uygun cevap veremediği ve sosyal becerilerindeki yetersizliğin kişide depresyona yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmektedir [53].

2.1.3.3.6. Psikodinamik Görüşler

Saldırganlığın İçe Yönelmesi Modeli: Bu modelde, depresyonlu bireyin temelde “insanlardan nefret ediyorum” diye hissettiği, ancak bilinç dışında bu duyguyu başkalarına yansıttığı ve “ onlar benden nefret ediyor” sonucuna vardığı belirtilmektedir [54]. Depresyonun temelinde yatan sorun, engelleyici bir ana-baba olduğu kabul edilen içe alınmış bu nesneye karşı hissedilen ambivalan duygulardır. Sevilen nesneye (ana-baba) yönelen saldırganlığın yanında belirgin bir suçluluk duygusu da yer almaktadır [55], [53].

Nesne Kaybı Modeli: Freud depresyon türlerinden biri olan melankoliyi yas ile kıyaslayarak değerlendirir. Yas, dıştaki bir varlığın kaybına tepki iken; melankolik hastada nesne gerçek anlamda yok olmayabilir ancak sevgi nesnesi kaybedilmiştir. Bowlby, çocuğun gelişimi sırasında anne ya da ebeveyn yerine geçen kişilerle oluşturduğu bağların, yaşamın ilerleyen yıllarında başka sevgi nesneleri ile kurulacak bağların öncüsü olduğunu ileri sürmüştür [54].

Benlik Saygısının Kaybı Modeli: Fenichel, depresyonlu bireyin çocukluğun erken döneminde yaşadığı narsistik incinmeyi sürdürdüğünü, böylece benlik saygısı ile sevgiyi aynı şeyler olarak gördüğünü ve depresyonun benliği tamir etme çabası olduğunu ileri sürmüştür. Bibring, farklı psikoseksüel gelişim basamaklarındaki narsistik arzuların doyurulmamasının farklı depresif belirtilere neden olduğunu ifade etmiştir [54] [53].

2.1.4. Komorbidite

Son 25 yıldır artan epidemiyolojik duygudurum çalışmalarının bir katkısı da depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkların komorbiditesini saptamak olmuştur. MDB tanıli ergenlerin üçte ikisinde en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. %10-15’inde ise iki veya daha fazla komorbidite bulunmuştur [56]. En sık görülenler anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır [57] [58].

Anksiyete bozukluklarından ise en yüksek oran yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve post-travmatik stres bozukluğudur [19].

Depresyonu olan ergenlerde depresif olmayanlara göre anksiyete 12 kat, yıkıcı davranış bozuklukları 4-11 kat, madde kullanım bozukluğu 3-6 kat fazla saptanmıştır [59]. Ergenlerde MDB ile komorbid yaygın anksiyete bozukluğunun yaklaşık %20, yıkıcı davranış bozukluklarından dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun % 7, karşıt olma karşı gelme bozukluğunun %3, davranış bozukluğunun %3, madde kullanım bozukluğunun %1 görüldüğü bulunmuştur [60]. Komorbiditelerin ağır depresyonda daha fazla olduğu, tedavi ve prognozu olumsuz etkilediği bilinmektedir [61].

2.1.5. Tedavi

Çocuk ve ergenlerde depresyon tedavisinde erken müdahale önem arz etmektedir. Adölesanlarda depresyon tedavisinde kanıta dayalı etki gücü yüksek olan yöntemler; antidepresan tedavisi, bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapidir [62].

Antidepresan Tedavisi

Hafif şiddetteki depresyonda destek, psiko eğitim ve izlem tedavisi önerilirken; orta-ağır şiddetteki depresyonda farmakolojik tedaviden ve/veya psikoterapiden daha çok faydalanım sağlanacağı belirtilmiştir [23]. Farmakolojik tedavi akut, sürdürüm ve idame tedavileri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Akut tedavide, birinci basamak olarak selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI); ikinci basamak olarak, ilk basamakta kullanılmayan bir SSRI tercih edilmedir.

Trisiklik antidepresanlar ile plaseboyu karşılaştıran geniş kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında; trisiklik antidepresanların plaseboya üstünlüğü bulunamamıştır [63]. Yapılan bir diğer metaanaliz çalışmasında ise Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)'nin plaseboya üstün olduğu gösterilmiştir [64].

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile yapılan çalışmalarda ise MDB tedavisinde etkinliği en çok kanıtlanan ajan Fluoksetin'dir [65] [66]. MDB tanısı olan 438 ergen ile yapılan randomize plasebo kontrollü "Treatment for Adolescents with Depression Study" (TADS) araştırmasında 12 haftalık tedavi sonucunda fluoksetinin

tek başına MDB tedavisinde etkin olduğu bulunmuştur [67]. Çocuk ve ergenlerde yapılan diğer araştırmalarda essitalopram MDB tedavisinde etkin saptanırken, paroksetin ve sertralin ile anlamsız sonuçlar veya zayıf pozitif etki saptanmıştır [65] [68]. Paroksetin'in ise plaseboya üstün olmamakla birlikte çocuk ve ergen popülasyonunda kullanılması önerilmemektedir [64].

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) depresyonun olumsuz veya çarpıtılmış bilişler ve işlevini kaybetmiş davranışlardan kaynaklandığı veya sürdüğü hipotezine dayanır. MDB için uygulanan BDT işlevsiz düşünce ve davranış kalıplarını çeşitli bilişsel teknikler ve davranışçı egzersizler kullanarak şekillendiren ve depresif belirtileri azaltan bir terapi yöntemidir (98). BDT tedavisinin merkezindeki bir diğer model ise davranışçı aktivasyon tekniği ile hastanın keyif alması dahi rutinlere devam etmesi konusunda cesaretlendirilmesidir. Çocuk ve ergenlerde depresyon tedavisinde BDT etkinliği ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların meta analizinde BDT'nin etkinliğiyle ilgili güçlü sonuçlar bulunmuştur (107).

TADS çalışmasında MDB tanılı ergenlerde 12 haftalık gözlemde tek başına bilişsel davranışçı terapinin etkinliğinin plasebodan yüksek, tek başına fluoksetinden ise düşük olduğu saptanmış, iki tedavinin kombine edilmesinin ise bu yöntemlerin tek başına kullanılmasından daha etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmanın 36 haftalık uzun gözleminde ise BDT ile fluoksetinin etkinliği aynı bulunurken kombine tedavinin daha etkin olduğu kanıtlanmıştır (100).

Kişilerarası Psikoterapi

Kişilerarası psikoterapide, ergenlerde depresyonun kişilerarası ilişkiler ve stres sonucu olduğu hipotezine dayanır. Problemlerin genellikle kişilerarası ilişkilerde rol anlaşmazlığı, kişilerarası beceri eksikliği ya da tek ebeveyne sahip olmadan kaynaklandığını öne sürer. Kişilerarası psikoterapi ile kişilerarası işlevselliğin ve becerilerin artmasıyla depresif belirtilerin gerilemesi amaçlanır [65]. Ergenlerde kişilerarası psikoterapinin MDB tedavisinde etkin olduğunu kanıtlayan bir çok araştırma mevcuttur [69][70].

2.1.6. Prognoz

Epidemiyolojik ve klinik araştırmalara göre, depresif ataklar ortalama 7-9 ay sürme eğilimindedir ve %90'ı 1 ile 2 yıl içinde gerilerken, bazen ataklar daha uzun sürebilir veya 'kronik' depresyona geçiş gösterebilir. Daha uzun izlem çalışmaları, depresyonun rekürrens riskinin 2 yıl içinde %40 ve 5 yıl içinde %70 olduğunu belirtmektedir [71][72].

Ergenlik dönemi depresyonunda genellikle sanrılar şeklinde psikotik belirtiler eşlik edebilir. Yetişkinlere göre, bipolar bozukluk riskinin, psikotik semptomlar gösteren çocuklar ve ergenler arasında daha yüksek olduğunu belirtilmektedir [73].

Çocukluk ve ergenlik döneminde depresyon tanısı alan hastaların %20-40'ı yaşamının ilerleyen bir döneminde bipolar afektif bozukluk tanısı almaktadır [65].

Belirtilerin daha ağır düzeyde olması, kronik prognoz veya rekürrens, eşlik eden diğer psikopatolojiler, aile içi ilişki sorunları, düşük sosyoekonomik düzey ergenlik döneminde depresyon için daha kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir [57] [74].

2.2. Duygu Düzenleme

2.2.1. Duygu Düzenleme Tanımı ve Özellikleri

Duygu düzenleme (DD), kendimizdeki veya başkalarındaki duyguları etkileme girişimlerini ifade eder. Kişinin günlük hayattaki işlevselliğinin devam etmesinde duygu düzenleme kapasitesinin önemli bir rolü vardır. Gross duygu düzenlemeyi, duygularımızı nasıl deneyimlediğimiz ve bu duyguları nasıl ifade ettiğimizi ve bu duygular üzerinde nasıl bir etkimiz olduğu şeklinde yorumlar ve duygu düzenlemenin amacını duygusal tepkileri kontrol edip değiştirmek olduğunu belirtir [75]. Duygu düzenlemede hem olumlu hem de olumsuz duyguları artırmak ve azaltmak söz konusudur [76]. Bu açıdan değerlendirildiğinde, duygu düzenleme sayesinde olumlu duyguları artırırken olumsuz duyguları da azaltmak mümkündür. Bu sebeple, bireylerin deneyimledikleri duyguların türünde, duyguların yaşandığı sırada ve bu duyguların nasıl yaşandığı ve ifade edildiği noktasında duygu düzenleme önemli rol oynar [77].

Duygu düzenleme erken bebeklik dönemlerinde başlar [78], yaşamın ilk 5 senesinde bebeğin bakım verenleri, onların örnek olduğu ve stratejilerin öğrenildiği

modeller olarak rol alırlar ve duygu düzenlemenin öğrenilmesinde kurulan bağlanmanın kalitesi kadar bakım verenlerinin psikopatolojileri de önemlidir [79]. Uygun duygu düzenleme becerilerinin gelişmemesinin altında yatan zorluğun genellikle sosyal beceriler ve okul uyumundaki zorluklarla ilişkili olabileceği gösterilmektedir [80].

Ergenlik dönemi ise hem metabolik değişikliklerin olup hem de kimliğin oluştuğu ve dönem özelliği olarak çeşitli duygu geçişlerinin baş etmeye çalıştığı zor bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Ergenler; duygularını yoğun ve şiddetli yaşayabilmekte ve bu duygularını düzenleyip kontrol etmede zorluk çekebilmektedir. Duygular, kişilerin günlük yaşamda ortaya koydukları tepkilerin şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Bu nedenlerle, ergenlik döneminde duygu düzenleme daha da önem kazanmaktadır. Birey, çocukluğu boyunca kendisine regülasyon becerilerinin oluşmasında rehberlik eden bakım verenlerden uzaklaşmaya, kendi regülasyon dinamiklerini oluşturmaya başlar [81].

Duygu düzenleme kapasitesi genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerden etkilenir. İkiz çalışmalarında monozigotik ikizlerin duygu kontrolü açısından dizigotik ikizlere göre daha fazla benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Nörobiyolojik açıdan ise, kişilerin duygusal dışavurum ve duygu düzenlemesini etkileyen serotonin seviyelerinde bireysel değişimler bulunmuştur. Prefrontal korteks, amigdala ve hipokampusun gelişimi, daha yüksek karar verme süreçleri, dikkat kontrolünün sürdürülmesi ve duygu düzenleme kapasitesinde artışla bağlantılı olarak gösterilmiştir [82].

Gratz ve Roemer başarılı duygu düzenleme süreçlerini; bireylerin duygularının farkında olmaları, duygularını kabul edip anlamlandırmaları, olumsuz duygular yaşarken amaca yönelik ilerleyebilme ve duygu düzenleme stratejilerini esnek bir şekilde uygulayabilme becerisi olarak belirtmektedir. Bu becerilerin herhangi birinin veya tamamının olmaması, duygu düzenleme güçlüğüne varlığını göstermektedir [83][84]. Duygu düzenleme güçlüğüne ise bir çok psikopatoloji ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin her biri, insanların zaman zaman tehdit edici ya da stres veren yaşam olayları karşısında başvurduğu başa çıkma yolları olarak

karşımıza çıkmaktadır. Duyguların içinde bulunulan bağlama uygun olarak düzenlenebilmesi günlük hayattaki işlevselliğin sürdürülebilmesi için ön koşul olarak kabul edilebilmektedir. Bu nedenle, hayatımızda edindiğimiz en değerli yetkinliklerden biri duygu düzenleme stratejilerinin etkili bir şekilde kullanılmasıdır. James J. Gross, duygu düzenlenmesi için beş strateji içeren bir model oluşturmuştur. Bu stratejiler; durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkat açılımı, bilişsel değişim ve yanıt modülasyonudur [76].

Durum seçimi mevcut durumlar arasından bir tercih yapmaktır. Bu seçimlerde önceki tecrübelerimiz, duruma yüklediğimiz anlam ve beklentilerimiz belirleyici olabilir.

Durum değişimi ise kişinin bir durumu, o durumun yaratacağı duygusal etkinin değişmesi amacı ile yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır.

Dikkati dağıtma bireyin karşılaşılan durumda neye dikkat edeceğini seçerek duygusal yanıtı düzenlenmesidir.

Bilişsel değişim, içinde bulunulan durumu değerlendirme yöntemi, durumla ilgili düşüncelerini değiştirerek bir durumun duygusal anlamını değiştirmeyi ifade eder.

Yanıt modülasyonu ise duygu oluşuktan sonra verilen yanıtı değiştirme çabasıdır.

2.2.3. Duygu Düzenleme ve Majör Depresif Bozukluk

Duyguları düzenleyebilme süreci, ergenlik psikopatolojisinin çeşitli biçimlerinde yer almaktadır [85]. Bu psikopatolojilerden biri olan depresyon, üzüntü ya da olumsuz duyguları kontrol edebilme ve sürdürme güçlüğü gibi duyguları düzenleme becerisindeki defisitlerden oluşur [86]. Duygu düzenlemedeki zorluklar, ergenlik dönemindeki depresif belirtiler için risk faktörü oluşturmaktadır [87]. Depresyona yatkın olan bireylerin ortaya çıkan olumsuz duygudan kurtulma becerileri değişiklik göstermektedir. Bu nedenle, belirli duygu düzenleme stratejilerinin kullanımındaki bireysel farklılıklar depresyonun başlaması ve prognozunda önemli bir role sahiptir [88].

Duygu düzenlemenin oluşumunu sağlayan hormonal, sinirsel ve bilişsel gelişimlerin çoğu ergenlik dönemi süresince olgunlaşmaktadır [89]. Ergenlik dönemi,

duyguların daha yoğun yaşandığı ve duyguların daha değişken olduğu bir geçiş dönemidir. Bu dönemde risk alma davranışı ile orantılı olarak duygu düzenleme ihtiyacının arttığı ve buna bağlı olarak farklı duygu düzenleme methodlarının kullanılabildiği belirtilmiştir [90]. Bu gerekçelerden dolayı duygu düzenlemenin daha iyi anlaşılması için ergenlik dönemi uygun bir zaman olarak görülmektedir.

Bazı durumlarda ergenler olumsuz duygularını düzenleyebilmek için gerekli stratejilere erişemeyebilmekte ve sonuç olarak ergenler ya duygu düzenlemeden tamamiyle kaçınabilmekte ya da uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanabilmektedir [91]. Özellikle uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri (ruminasyon, felaketleştirme, kendini suçlama vb.) depresif belirtilerde önemli bir role sahiptir [92]. Ergenlerin kullanmış olduğu uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresif belirtilerinde artış ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir [93]. Dolayısıyla ergenlik döneminde kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri depresyonda ve depresif belirtilerin şiddetinde önemli bir pay sahibidir.

12–18 yaş aralığındaki ergenlerle yapılan bir çalışmada, ergenlerin kullandığı bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış psikopatolojiler arasındaki ilişkiye bakılmış; kendini suçlama, ruminasyon stratejileri içselleştirilmiş psikopatolojilerde, olumlu yeniden odaklanma dışsallaştırılmış patolojilerde daha çok görülmüştür [8]. Bu çalışmada, içe çekilme, kaygı ve depresyon gibi sıkıntılar içselleştirilmiş patolojiler; davranım bozuklukları, saldırganlık, hiperaktivite gibi problemler dışsallaştırılmış patolojilere dahil edilmiştir. Buna göre, araştırma sonucunda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin içselleştirilmiş patolojileri daha çok açıkladığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar, duygu düzenleme süreçlerinin depresyonun anlaşılmasında ve süreklilik göstermesinde rol oynadığını ortaya koymaktadır.

2.3. Bilinçli Farkındalık

2.3.1. Bilinçli Farkındalık Tanımı ve Özellikleri

Bilinçli farkındalık, son zamanlarda özellikle batı dünyasında birçok araştırmacının dikkatini çekmiş olsa da bu kavram yaklaşık 2500 yıl öncesine dayanmaktadır [94]. Kavramın kökeni Pali dilinden türeyen “Sati” kelimesidir ve bu kavram hafıza anlamı taşımaktadır. Rhys Davids tarafından 1881 yılında İngilizce

karşılığı olarak “mindfulness” olarak çevirilen bu kavram Türkçede bilinçli farkındalık olarak kullanılmaktadır [95].

Bilinçli farkındalık, şu anda meydana gelen olaylara açıkça dikkat etme ve onu yargılamadan kabullenme davranışdır. Farkındalık, uyaranların bilinçli kaydıdır ve gerçeklikle doğrudan ve en yakın temasımızdır. Bilinçli farkındalık kavramı, yaşanmış veya yaşanacak olası deneyimlerin ve duyguların etkisi olmadan, kişinin içinde bulunduğu ana ait yargısız düşünceleri ve fiziksel farkındalığı, tüm çevresel ve duygusal durumun kabullenilmesi olarak tanımlanmıştır [96]. Bilinçli farkındalık kavramının oluşumu bilinçli dikkat ve farkındalığın aktif şekilde kazanılmaya çalışıldığı Budizm ve benzeri doğu kültürlerinden köken alır [97]. Bilinçli farkındalığın yargılamama ve kabul etme olmak üzere iki bileşeni vardır. Bu iki bileşen, umutsuzluk duygusu veya düşüncesi sırasında otomatik tepki vermeden önce duyguların farkındalığını öğretir.

Germer’e göre, bilinçli farkındalık anlarının özellikleri şunlardır [98]:

- Kavramsal değildir. Düşünce süreçlerimizden bir müdahaleden geçmeden oluşur.
- Ana odaklıdır. Bilinçli farkındalık odağı şu andadır.
- Yargılayıcı değildir.
- Amaçlıdır. Bilinçli farkındalık dikkati bir yere yönlendirmeye dair bir amaç içerir.
- Katılımcı gözlemini gerektirir.
- Sözel değildir. Sözcükler zihinde oluşmadan önce bilinçli farkındalık meydana gelir.
- Keşfe dayalıdır.
- Özgürleştiricidir. Olumsuz duyguların azalmasını ve özgürleşmeyi sağlar.

Farkındalık bu nedenle hem bir beceri hem de bir uygulamadır; farkındalık uygulaması dikkatli kalma yeteneğini sağlar. Zihin bir şeyin üzerinde durmayı ya da ondan uzaklaşmayı hedeflemez; sadece gözlemler, yargılamaz ve olduğu gibi kabul eder. Bu da kişinin daha alıcı, dikkatli, huzurlu ve mutlu olmasına yardımcı olur. Sürekli bilinçli farkındalık, daha iyi duygu düzenleme ve daha düşük duygusal tepkisellik ile olumlu bir şekilde ilişkilidir [5].

Germer’e göre, bilinçli farkındalık müdahaleleri “dur”, “gözlemle”, “geri dön” gibi üç katman şeklindedir. Dur, hızla akan yaşamı yavaşlatmak, olup bitenlere kuş bakışı bakabilmek ve farkındalıktır. Bu katman yürürken hızımızı azaltıp etrafımızdaki

oluşumları görebilmek olarak da ifade edilebilir. Gözlemle, içinde bulunulan deneyimi tüm boyutlarıyla hissedebilmektedir.

Bilinçli farkındalık uygulamaları üç başlık altında incelenebilmektedir. Bunlardan ilki informal, yani günlük bilinçli farkındalık alıştırmalarıdır. Bu uygulamalar, günlük rutininizde değişiklik yapmadan ve uygulama için ayrı bir zaman ayırmadan her gün yaptığımız rutinleri fark ederek gerçekleştirmektir. Yemek yerken, yürürken, araba kullanırken, çalışırken o anda kalabilmektir.

İkincisi ise formal uygulamalardır. Yeri, zamanı ve yöntemi belli olan yapılandırılmış alıştırmalardır. Örneğin, beden tarama, farkındalıkla nefes gibi birçok alıştırma olabilir. Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler bu uygulamalardan faydalanmaktadır.

Son olarak, inziva uygulaması birkaç gün için bireyin günlük rutinlerini farkındalıkla geçirmesi, yapılandırılmış uygulamalar için vakit ayırması ve kişinin başkalarıyla iletişim kurmayı ertelemesi gibi davranışları içermektedir. Bir başka açıdan, zihnimizin lensi olarak tanımlayabileceğimiz ve diğer becerileri elde edebilmek için gerekli bir yapı olan odaklanmış dikkat, bulunduğumuz an içinde nasıl deneyimler yaşadığımızı fark edebilmeye olanak sağlayan yargısız gözlem, olası iyi veya kötü yaşantıları fark edip kucaklamamıza yardımcı olan şefkatle kabul bilinçli farkındalık için gerekli olan üç temel beceriyi yansıtmaktadır [99].

2.3.2. Bilinçli Farkındalık ve Majör Depresif Bozukluk

Depresyonda kişinin kendisiyle ilgili farkındalığı azalmıştır. Kişi hayata siyah bir çerçeveden bakıyor gibidir, kendisini, çevresini ve hayatı bu perspektiften yorumlar. Depresyonda farkındalık temelli atılacak ilk adım depresif zihin ve bakış açısının farkında olunmasını sağlamak ve kişinin benliğini bundan ayırtmaktır. Yüksek bilinçli farkındalık düzeyine sahip olmanın ergenlik döneminde daha önemli olduğu söylenebilir. Çünkü bilinçli farkındalık; bireyin anı yaşamasını sağlayan, sosyal ilişkilerini düzelter, yargılarını karıştırmadan olayları değerlendirmesini ve bu şekilde adım atarak daha doğru kararlar vermesini sağlayan bir beceridir.

Foster ve arkadaşlarının 13-15 yaş arası 108 ergenle yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında ters yönde bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir [6]. Teasdale ve arkadaşlarının 2000 ve 2004 yılında yapmış oldukları randomize

kontrollü çalışmalarda depresyon hastalarında bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin etkinliği gösterilmiştir. Mevcut tedavilerine bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi eklenen hastalarda relaps oranlarının daha düşük oldukları gözlenmiştir. 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada da bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanan remisyondaki depresyon hastalarında, relapsın ertelendiği ortaya konmuştur [7].

Bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemek için 1067 ergenin katılımıyla yapılan bir araştırmada bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiş ve duygu düzenleme becerilerinin bu ilişkide aracı role sahip olduğu belirtilmiştir [100].

2.3.3. Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme

Bilinçli farkındalık kabullenme ve dikkatini yönlendirme sayesinde olumsuz duyguyu kabullenmeye ve duygu düzenlenmeye destek olur. Uygun duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı bireyin zihinsel sağlığını artırırken, uygun olmayan duygu düzenlemeler ise depresyon ve anksiyete gibi birçok hastalığın oluşmasına neden olmaktadır [101].

Daha yüksek bilinçli farkındalığın daha iyi duygu düzenleme becerileri ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Bilinçli farkındalık ile gelen bakış açısındaki olumlu değişimin, kesinlik, objektivite ve sakinlik oluşturacağını ve sonuç olarak duygu regülasyonunu destekleyeceği öne sürülmektedir [102].

2.4. Duygusal Yeme

2.4.1. Duygusal Yeme Tanımı ve Özellikleri

Duygusal yeme olumsuz duygulara ikincil aşırı yeme eğilimini anlatan bir kavramdır. Duygusal yeme açlık hissi nedeniyle ya da öğün zamanı geldiği için, sosyal gereklilik olduğu için değil de sadece duygulanıma cevaben ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır.

Başa çıkma, bireyin olumsuz duygularını yönetmeye çalıştığı bir süreçtir. Endler ve Parker, üç tip başa çıkma stratejisi olduğunu ileri sürmüştür [10]. Bunlar; görev odaklı, duygu odaklı ve kaçınarak başa çıkmadır. Görev odaklı başa çıkma, sıkıntıya

neden olan sorunu ele almayı içerir. Örneğin eylem planı veya bir sonraki adıma konsantre olma ve durumu değiştirmeye çalışma gibi. Duygu odaklı başa çıkma da, duyguları düzenlemenin bir yolu ve özellikle amaçlanan sorun ile ilişkili olumsuz duyguları iyileştirmektedir. Bu başa çıkma biçimi, duygusal tepkileri, kendi kendine meşgul olmayı ve hayal kurmayı içerir. Son olarak, kaçınarak başa çıkma, dikkati dağıtarak stresten kaçınmayı ifade eder. Kaçış teorileri, duygusal yemenin dikkati rahatsız edici uyaranlardan veya olaylardan uzaklaştırdığını ve böylece olumsuz kişisel farkındalıktan ve egoyu tehdit eden bilgilerden bir kaçış sağladığını öne sürer [11][12]. Bu nedenle, duygusal yemeyi tetikleyen yalnızca olumsuz duygu deneyimi değildir. Aksine bu sağlıklı tamamlayıcı davranışa katkıda bulunan; yetersiz duygu düzenlenmesi, o andaki olumsuz duygusal deneyimlere dikkat çekememe, kabul edememe ve ifade edememedir.

Duyguları deneyimlediğimiz durumlarda, beynimiz onları tanımlamak yerine yemek yeme talimatı verdiğinde bu bir sorun haline gelir. Bu da duygularımızı normalleştirmemizi, ifade etmemizi ve yönetmemizi engeller.

Duyguların yeme davranışı üzerindeki etkisini araştırmak için yapılan çalışmalarda öfke, stres, korku, kaygı, boşluk hissi gibi olumsuz duygularla birlikte neşe ve mutluluk gibi olumlu duyguların da yeme davranışı üzerinde aynı ölçüde etkili olduğu öne sürülmüştür [103]. Yine farklı duyguların yeme üzerindeki etkisinin incelediği bir araştırmada neşe ve öfke gibi duyguların korku ve mutsuzluğa göre daha yüksek açlık hissi oluşturduğunu, öfkenin daha dürtüsel yeme davranışına, neşenin ise daha haz odaklı (hedonik) yeme davranışına sebep olduğu belirtilmiştir [104].

Ergenlerde 666 ortaokul öğrencisi ile gerçekleştirilen bir araştırmada duygusal yeme davranışında cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır. Ancak belirli duygular açısından cinsiyetler karşılaştırıldığında farklılık olduğu belirtilmiştir. Sonuçlara göre, kızların stres, endişe ve kaygı gibi duygular deneyimlediklerinde duygusal yeme davranışında artış gösterdiği bulunmuştur [105].

2.4.2. Duygusal Yeme ve Majör Depresif Bozukluk

Depresyona yanıt olarak yemek yeme; psikolojik iyilik hali, yeme bozukluğu semptomları ve duygu düzenleme güçlükleri ile en yakından ilişkili olan duygusal

yeme türüdür [13]. Depresyon, stres, kaygı, kızgınlık gibi olumsuz duyguların tüketilen yiyecek miktarını arttırdığı gösterilmiştir [14].

Önceki araştırmalara göre duygusal yiyecekler ruh hallerini tanımakta ve yönetmekte güçlük çekerler ve etkili duygusal düzenleme yerine yemek yemeyi koyarlar [15]. Yakın tarihli boylamsal araştırmalar, çocuklarda depresif semptomların ergenlik dönemindeki duygusal yemeyi öngördüğünü ileri sürmektedir [16].

Duygusal yemenin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde önemli ölçüde arttığına inanılmaktadır [17]. Duygusal yeme aynı zamanda, aşırı yemek yeme ve yeme üzerindeki kontrolün kaybedilmesi dahil olmak üzere obezite riskinin artmasına katkıda bulunabilecek davranışlarla ilişkilendirilmiştir [18]. Duygusal yeme, kötü beslenme sonuçları ve daha yüksek obezite riski arasındaki güçlü ilişkiler göz önüne alındığında, ergenlikte duygusal yemenin yordayıcılarını ve bağıntılarını belirlemek ve daha iyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

2.4.3. Duygusal Yeme ve Bilinçli Farkındalık

Farkındalık ve duygusal yeme arasındaki bağlantıyı anlayabilmek için önemli bir terim “farkındalıklı yeme”dir. Çünkü bilişsel ve duygusal süreçler gibi psikolojik süreçlerin kişinin yeme alışkanlıkları üzerinde etkisi bulunmaktadır. Farkındalık durumu yeme uygulamalarında kullanıldığında dikkatli yeme söz konusudur. Ancak duygusal yeme davranışına sahip kişiler bilinçli yemeyi uygulayamazlar [106].

Farkındalık temelli müdahaleler aynı zamanda farkındalığı ve psikolojik sağlığı da geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu müdahale programlarının yeme davranışı bozukluklarına günlük olarak dahil edilmeye çalışılmasıyla bu yeme davranışlarının yönetilebileceği umulmaktadır [107].

Bilinçli yemenin amacı, yiyeceğin görünümü, kokusu ve tadı konusunda tam bir farkındalık içinde yemek yemektir. Bu farkındalıkla kişi kilosunu kontrol edebilir, yeme hızını azaltabilir ve yeme isteğini azaltabilir [108].

Bilinçli farkındalıkla yeme üzerine yapılan çalışmalarda bilinçli yemenin stresi, düzensiz beslenmeyi, obeziteyi, kilo vermeyi ve yeme bozukluklarını azaltmada faydalı olduğu gösterilmiştir [109].

3. AMAÇ ve HİPOTEZLER

Bu kesitsel olgu-kontrol çalışmasının amacı majör depresif bozukluk tanısı alan 12-18 yaşındaki ergenlerde bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Bu araştırmanın hipotezleri şunlardır:

- Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerin psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlere göre bilinçli farkındalığı daha düşüktür.
- Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlere göre işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı daha düşüktür.
- Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde bilinçli farkındalık, duygusal yeme ve duygu düzenleme stratejileri depresif belirtilerin şiddetiyle ilişkilidir.
- Bilinçli farkındalığı düşük olan ergenlerde duygusal yeme davranışı daha fazladır.
- Bilinçli farkındalığı yüksek olan ergenlerde işlevsel duygu düzenleme stratejileri davranışı daha fazladır.
- İşlevsel duygu düzenleme stratejilerini daha az kullanan ergenlerde duygusal yeme davranışı daha fazladır.

4. YÖNTEM VE GEREÇLER

4.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırma 1 Ocak 2024 – 1 Temmuz 2024 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvurarak Majör Depresif Bozukluk tanısı alan, dahil etme ölçütlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 12-18 yaş arası 44 ergen, aynı yaşlar arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve herhangi bir psikopatoloji belirlenmeyen 44 sağlıklı ergen ile yapılmıştır.

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12.04.2023 tarih ve 2023/12-27 karar numarası ile onaylanmıştır.

4.3. Örneklemen Seçimi

Araştırma Gruplarının Oluşturulması

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, klinik Majör Depresif Bozukluk tanısı düşünülen, çalışmaya katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki hastalar araştırma ekibine yönlendirilmiştir.

Araştırmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan, dahil etme ölçütlerini karşılayan ve onam veren ergenler ve ebeveynleri ile yarı yapılandırılmış “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam 40 boyu Versiyonu- ÇDŞG-ŞY” ile görüşme yapılarak tanı konmuş ve araştırma grubu oluşturulmuştur. Araştırma grubu Majör Depresif Bozukluk tanısı alan, 12-18 yaş arasında 44 ergenden oluşmaktadır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- a) DSM-5 ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı alıyor olma
- b) Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması;
- c) 12-18 yaş aralığında olmak;
- d) Okur yazar olmak;
- e) Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak;
- f) Psikiyatrik ilaç kullanmıyor olmak

Araştırmadan dışlama kriterleri

- a) Ailesinin ya da kendisinin çalışmaya katılmak istememesi.
- b) 12-18 yaş aralığının dışında olmak
- c) Okur yazar olmamak

- d) Psikiyatrik ilaç kullanıyor olmak
- e) Klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olması
- f) Otizm Spektrum Bozukluğu tanısının olması
- g) Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Madde etkisinde olma gibi bireyin yargılamasını bozacak, görüşme yapmayı ve form/ölçekleri doldurmayı engelleyecek bir ruhsal sorununun olması
- h) Çalışmada uygulanan ölçeklere ve görüşmelere katılımı önleyecek düzeyde gelişimsel veya bedensel (nörolojik,metabolik, endokrin vb.) sorunların olması

Kontrol Grubunun Oluşturulması

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, değerlendirmeler sonucunda şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayan ve psikiyatrik tedavi almasına gerek görülmeyen, nörolojik ya da uzun süreli takip gerektirecek kronik fiziksel hastalığı olmayan 12-18 yaş arasındaki ergenler araştırma ekibine yönlendirilmiştir.

Çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan ve onam veren ergenler ve ebeveynleriyle ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucunda geçmişte ya da şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütünü karşılamadığı doğrulanan 44 gönüllü ergen kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- a) Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması;
- b) 12-18 yaş aralığında olmak;
- c) Okur yazar olmak;
- d) Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
- e) Psikiyatrik hastalığın olmaması
- f) Psikiyatrik ilaç kullanmıyor olmak

Araştırmadan dışlama kriterleri

- a) Ailesinin ya da kendisinin çalışmaya katılmak istememesi.
- b) 12-18 yaş aralığının dışında olmak
- c) Okur yazar olmamak
- d) Psikiyatrik ilaç kullanıyor olmak
- e) Klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olması
- f) Otizm Spektrum Bozukluğu tanısının olması
- g) Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Madde etkisinde olma gibi bireyin yargılamasını bozacak, görüşme yapmayı ve form/ölçekleri doldurmayı engelleyecek bir ruhsal sorununun olması
- h) Çalışmada uygulanan ölçeklere ve görüşmelere katılımı önleyecek düzeyde gelişimsel veya bedensel (nörolojik,metabolik, endokrin vb.) sorunların olması

4.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmaya katılan tüm ebeveynler ve ergenlerle kısa bir klinik görüşme yapılarak, görüşme sırasında araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu doldurulmuştur. Çalışmaya katılan tüm ergenlere depresyon belirti düzeylerini değerlendirmek için klinisyenin yaptığı görüşmede Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R) uygulanmıştır. Bilinçli farkındalık becerilerini değerlendirmek için Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) - Adolescent and Adult Mindfulness Scale (AAMS), duygu düzenleme becerilerini değerlendirmek için Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) - The Regulation of Emotions Questionnaire (REQ), yeme tutumlarını değerlendirmek için Çocuk ve Ergenler için Duygusal Yeme Ölçeği (ÇEDYÖ) - Emotional Eating Scale for Children and Adolescents (EES) ve Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) - Eating Attitudes Test Short Form (EAT-26) verilmiştir. Ayrıca şimdiki ve geçmiş dönemdeki depresyon tanısını doğrulamak ve sağlıklı kontrol grubunun psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığını doğrulamak için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve

Yaşamboyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL) yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

4.4.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu formda çocuk ve ergenler ile ebeveynlerine çalışma ve çalışmada uygulanacak yöntemler hakkında ayrıntılı bilgi verilmektedir. Katılımcılar ve ebeveynleri, çalışma ile ilgili bu bilgileri öğrendikten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda doldurulan ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalarının alındığı bölümlerden oluşmaktadır (Bkz. EK 1 ve EK 2).

4.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form sosyodemografik bilgilere ek olarak tıbbi öykü ve soygeçmiş bilgilerini sorgulamaktadır. Araştırmacılar tarafından yüz yüze uygulanacaktır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, gelir düzeyleri, çocuğun hastalık, hastane yatışı, psikiyatri başvurusu, ilaç kullanım durumu, intihar girişimi öyküsü, annebabanın fiziksel veya psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili sorular bulunmaktadır (Bkz. EK 3).

4.4.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu- Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5]

Kaufman ve arkadaşlarının DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması araştırmacılar tarafından yapılmış, çeviri ve geri-çeviri metinlerindeki farklılıklar ve görüşme çizelgesinin işlevliliğinin değerlendirildiği ana baba ve çocuklarla yapılan deneme görüşmelerinin gözden geçirilmesi ile ÇDŞG-ŞYDSM-5-T son şeklini almıştır. Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) 200'den fazla özgül belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır [110] [111].

4.4.4. Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği - EYBFÖ (Adolescent and Adult Mindfulness Scale - AAMS):

Bu ölçek Droutman, Golubb, Oganesyana ve Read tarafından geliştirilmiştir

[112]. Sarıçam ve Çelik tarafından Türkçeye uyarlanmış ve psikometrik özellikleri incelenmiştir [113]. Ölçeğin psikometrik özellikleri, dilsel eşdeğerlik, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, uyum geçerliği, iç tutarlık ve test-tekrar test yöntemleriyle incelenmiştir. Uyum geçerliği için Doğayla İlişkili Olma Ölçeği (DİÖÖ-6) ve Düşünsel İyi Olma Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucu maddeler orijinal formula uygun olarak dört boyutta toplanmıştır. Uyum geçerliği çalışmasında dikkat ve farkındalık ile doğayla ilişkililik ve düşünsel iyi olma arasında pozitif ilişkiler görülmüştür. Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı ölçeğin bütünü için $\alpha = .84$; test-tekrar test korelasyon katsayısı ölçeğin bütünü için $r = .64$ olarak bulunmuştur. Ayrıca düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarının .33 ile .80 arasında sıralandığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre ölçeğin pozitif psikoloji, sağlık ve eğitim alanında kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir (Bkz. EK 4).

4.4.5. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği - EİDDÖ (The Regulation of Emotions Questionnaire - REQ):

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Phillips ve Power tarafından ergenlerin duygu düzenleme yöntemlerini belirlemek için geliştirilmiş [114], Duy ve Yıldız tarafından Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışması yapılmıştır [115]. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı sırasıyla içsel işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .74, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .76, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .68 ve dışsal işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .57 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki hafta ara ile 175 öğrenciye uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısı içsel işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .51, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .70, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .56 ve dışsal işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .52 olarak bulunmuştur. Analizler sonucunda, EİDDÖ'nün ergenler üzerinde yeterli düzeyde geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip olduğu görülmüştür (Bkz. EK 5).

4.4. 6. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R):

Çocuklarda Depresyon Değerlendirme Ölçeği klinik çalışmalarda depresif çocuk ve ergenlerde, depresyonun şiddetini ve depresif belirtilerdeki değişiklikleri değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir [116]. 17 maddelik bir ölçek olup, her bir madde hem çocuk hem de ebeveynler ile yapılan görüşmeler sırasında, 1-5 ya da 7 puan arası puanlanır. 40 ve üzeri toplam puanı depresyona işaret ederken, 28 ve altındaki puanlar hastalığın remisyona girdiğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Alşen Güney, S. tarafından 2012 yılında yapılmıştır [117]. Uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda Türkçe ÇDDÖ' nün oldukça iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu bulunmuştur.

4.4.7. Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği (ÇEDYÖ) - Emotional Eating Scale for Children and Adolescents (EES):

Çocuk ve Adölesanlar için Duygusal Yeme Ölçeği 10-18 yaş aralığında çocuk ve adölesanlarda duygusal yeme durumunu değerlendirmek için geliştirilmiş özel bir ölçektir. Ölçek Tanofsky-Kraff ve diğerleri tarafından yetişkin duygusal yeme ölçeğinin çocuk/adölesanlara uyarlanması ile geliştirilmiştir [118]. Türkçe geçerlik güvenirliği Bektaş ve diğerleri tarafından yapılmıştır [119]. Ölçek duygusal durum ile ilişkili yeme davranışlarını tanımlayan 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek yeme sebebi olarak; kaygıöfke- hayal kırıklığı, depresif belirtiler, huzursuz duygu durum olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin üç alt boyutu için cronbach alfa katsayıları sırası ile 0.95, 0.92 ve 0.83 iken Türkçe versiyonunda 0.86, 0.76, 0.72' dir. Beşli likert sistemine göre hazırlanan ölçekte, "1=Çok az yemek isterim, 5=Aşırı yemek isterim" şeklinde 30 cevaplandırılmaktadır. Ölçek 26 maddeden oluşup, mutlu olma maddesi puanlamaya katılmamaktadır. Ölçekteki 7,8,9,10,11,13,14,17,20,21,22,23,24 no'lu maddeler kaygı-öfke-hayal kırıklığı alt boyutunu; 1,2,3,4,15,25 no'lu maddeler huzursuz duygu durum alt boyutunu ve 5,6,12,16,18,19,26 no'lu maddeler depresif belirtiler alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekten en az 25, en fazla 125 puan alınmakta olup, alınan puan arttıkça, negatif duygu durumuna cevap olarak yeme davranışının arttığı görülmektedir. Ters kodlanan

madde yoktur. (Bkz. EK 6).

4.4.8. Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) - Eating Attitudes Test Short Form (EAT-26):

Yeme Tutum Testi-26 formu, çalışmaya katılan bireylerin yeme tutumlarını ve yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ölçmek için kullanılmıştır. Bu ölçek, 11-70 yaş arasındaki bütün bireylere uygulanabilmektedir. Yeme Tutum Testi (YTT) anorektik/bulimik tutum ve davranışların belirlenebilmesi için Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir [120]. Bu formun Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır [121]. Bu ölçek 40 maddeli olup daha sonra Garner ve ark. tarafından 26 maddelik kısa formu geliştirilmiştir. YTT-26’nın Türkçe’ye çevrilmiş formunun geçerlilik güvenirlik çalışması Değirmenci, M. tarafından 2020 yılında yapılmıştır [122], Baş ve diğerlerinin yapmış oldukları çalışmalarda da Türkçe formu kullanılmıştır (Bkz. EK 7).

4.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

Verilerin analizi SPSS 24.0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Demografik özellikler için frekans (n) ve yüzde (%), ölçek puanları (nicel) için ortalama (Ort), standart sapma (ss), medyan (M) istatistikleri verilmiştir. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde kaydedilmiştir. Tüm analizlerde 0.05’ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında t testleri, normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik test olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren üç grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında ANOVA, ANCOVA ve MANOVA varyans analizler, normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson kare testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağıldığı hallerde Pearson korelasyon analizi, normal dağılım gösteremeyenlerde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlı bulunan veriler, lojistik regresyon analizi ve

multiple lineer regresyon analizine dahil edilmiştir. Tüm analizlerde 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya alınacak örneklem büyüklüğü hesaplanırken, yazından çalışma desenimize uygun (hasta grubu özellikleri, klinik kontrol grubu alınmış olması ve kullanılan testler açısından) bir çalışmaya ait veriler ile G Power 3.1.9.2 programı kullanılarak yapılan analizde, t testi kullanılarak 5. derece serbestlik düzeyinde, %80 güven aralığı %95 güç düzeyi alınarak yapılan a priori güç analizinde yüksek etki büyüklüğü bulunmuş (Cohen'd =1,22); buna göre hesaplanan örneklem büyüklüğünün; Majör depresif bozukluk tanılı 44 çocuk/ ergen ve psikiyatrik hastalığı olmayan klinik örneklem grubunu 44 çocuk/ergen olmak üzere toplam 88 çocuk/ergen çalışmaya alınmıştır [123].

4.6. Uygulama

Araştırma ve kontrol gruplarında çalışmaya katılım ölçütlerini karşılayan ergenlere ve ebeveynlerine araştırmanın amacı, değerlendirme sürecinde yapılacak işlemler ve çalışmanın yararlı olabilecek sonuçları anlatılarak aydınlatılmış yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya alınacak ergenlere, araştırma grubunu oluşturmak üzere DSM-5 kriterlerine göre Major depresif bozukluk (MDB) tanısı alıp almadığını doğrulamak için ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır. Benzer şekilde kontrol grubunu oluşturmak üzere herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmadığını doğrulamak için ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır. MDB tanısı aldığı doğrulanan hastalar ve kontrol grubuna alınan ergenler klinik olarak değerlendirilirken sosyodemografik veri formu ve olumsuz yaşam olayları formu doldurulmuştur. Öz bildirim ölçekleri ayrıntılı olarak anlatılmış, ergenlerin bu ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Psikiyatrik görüşme yapılması ve ölçeklerin doldurulması her bir olgu için yaklaşık olarak bir buçuk saat sürmüştür.

5. BULGULAR

5.1. Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri

5.1.1. Yaş

Çalışmamıza yaş ortalaması 14.7 ± 1.6 olan 88 katılımcı alınmıştır. Grupların

varyanslarının homojen bir dağılım gösterdiği belirlendiği için Bağımsız gruplar T testi uygulanmıştır. MDB grubunun yaş ortalaması 14.9 ± 1.5 , kontrol grubunun yaş ortalaması 14.5 ± 1.6 olarak tespit edilmiştir. Her iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0.3$) (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	p
Yaş, Ortalama $\pm$ SS	14.9 ± 1.5	14.5 ± 1.6	0.3

*Bağımsız gruplar T testi

5.1.2. Cinsiyet

Çalışmamızdaki katılımcıların %69.3'ü kız cinsiyettedir. Gruplar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde MDB grubundaki katılımcıların %84'ünün ($n=37$), kontrol grubundaki katılımcıların %54.5'inin ($n=24$) kız cinsiyette olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.003$) (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması

Cinsiyet	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
Kız, n (%)	37 (%84.0)	24 (%54.5)	9.03	0.003
Erkek, n (%)	7 (%15.9)	20 (%45.4)		

*Ki-kare testi

5.1.3. Eğitim Durumu

Çalışmamıza katılan katılımcılar ortaokul ve lise olarak iki ayrı eğitim düzeyine göre ayrıldığında %64.7'sinin lise düzeyinde olduğu saptanmıştır. MDB grubundaki

katılımcıların %68.1'inin (n=30), kontrol grubundaki katılımcıların %61.3'ünün (n=27) lise düzeyinde olduğu görülmüştür. İki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0.503) (Tablo 3).

Tablo 3. Grupların Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması

Öğrenim Durumu	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
Ortaokul, n (%)	14 (%31.8)	17 (%38.6)	0.448	0.503
Lise, n (%)	30 (%68.1)	27 (%61.3)		

*Ki-kare testi

5.1.4. Kardeş Sayısı

Çalışmamızda kardeş sayısı bir kardeş ve iki kardeş ve daha çok olmak üzere iki kategoride değerlendirilmiştir. MDB grubundaki katılımcıların %56.8'i (n=25), kontrol grubundaki katılımcıların % 43.1'i (n=19) tek çocuk ya da bir kardeşi olduğunu bildirmiştir. İki grup arasında kardeş sayısı açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.169) (Tablo 4).

Tablo 4. Grupların Kardeş Sayılarının Karşılaştırılması

Kardeş Sayısı	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
0-1, n (%)	25 (%56.8)	19 (%43.1)	7.903	0.169
≥ 2 , n (%)	17 (%38.6)	21 (%47.7)		

*Fisher'in kesin testi

5.1.5. Aile Yapısı

Aile yapısı açısından katılımcılar değerlendirildiğinde anne babası birlikte olanlar, boşanmış olanlar, anne veya babası vefat etmiş olanlar şeklinde üç kategori oluşturulmuştur. MDB grubundaki katılımcıların %68.1'i (n=30), kontrol grubundaki

katılımcıların %75'i (n=33) ebeveynlerinin birlikte olduğunu belirtmiştir. İki grup arasında aile yapısı açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.485) (Tablo 5).

Tablo 5. Grupların Aile Yapılarının Karşılaştırılması

Aile Yapısı	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
Anne baba birlikte, n (%)	30 (%68.1)	33 (%75.0)	1.860	0.485
Anne baba boşanmış, n (%)	10 (%22.7)	9 (%20.4)		
Vefat, n (%)	4 (%9.0)	1 (%2.2)		

*Fisher'ın kesin testi

5.1.6. Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi

İstatistiksel olarak karşılaştırmak için ilkokul mezunu, okur yazar ancak ilkokul terk ve okur yazar olmayan ebeveyn grupları birleştirilip ilkokul mezunu ve altı olarak sınıflandırılmıştır. Gruplar arasında annelerin eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.58). Gruplar arasında babaların eğitim düzeyi açısından da istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.61) (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
İlkokul mezunu ve altı, n (%)	18 (%40.9)	18 (%40.9)	3.88	0.58
Ortaokul mezunu, n (%)	5 (%11.3)	8 (%18.1)		
Lise mezunu, n (%)	10 (%22.7)	11 (%25.0)		
Üniversite mezunu, n (%)	11 (%25.0)	5 (%11.3)		

Baba Eğitim Düzeyi	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
İlkokul mezunu ve altı, n (%)	14 (%31.8)	18 (%40.9)	2.76	0.61
Ortaokul mezunu, n (%)	6 (%13.6)	7 (%15.9)		
Lise mezunu, n (%)	16 (%36.3)	9 (%20.4)		
Üniversite mezunu, n (%)	8 (%18.1)	6 (%13.6)		

*Fisher'in kesin testi

5.1.7. Ailenin Gelir Durumu

İstatistiksel olarak karşılaştırmak için gelir durumu aylık 20.000TL altı düşük, 20.000-40.000TL arası orta ve 40.000TL üstü yüksek olarak sınıflandırılmıştır. MDB grubunda ailelerin %36.3'ü (n=16) maddi durumlarını düşük (aylık 20.000TL altı) olarak belirtirken, kontrol grubunda %52.2 (n=23) maddi durumlarını düşük (aylık 20.000TL altı) olarak belirtmiştir. Gruplar arasında ailelerin gelir düzeyi dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p =0.024) (Tablo 7).

Tablo 7. Grupların Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

Gelir Durumu	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
Düşük, n (%)	16 (%36.3)	23 (%52.2)	7.605	0.024
Orta, n (%)	18 (%40.9)	6 (%13.6)		
Yüksek, n (%)	10 (%22.7)	13 (%29.5)		

*Ki Kare Testi

5.1.8. Diğer Aile Özellikleri

MDB grubundaki katılımcıların %43.1'inin annesinin (n=19) aktif olarak çalıştığı; kontrol grubundaki katılımcıların %34'ünün annesinin (n=15) aktif olarak çalıştığı belirtilmiştir (p=0.583). MDB grubundaki katılımcıların %84'ünün babasının (n=37) aktif olarak çalıştığı; kontrol grubundaki katılımcıların %81'inin babasının (n=36) aktif olarak çalıştığı belirtilmiştir (p=0.714).

Anne, baba ve kardeşte psikiyatrik hastalık varlığı değerlendirildiğinde; MDB grubundaki katılımcılardan %29'unun (n=13) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü belirtilirken, kontrol grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü %9 (n=4) olarak belirtilmiştir (p=0.02).

Anne, baba ve kardeşte kronik hastalık varlığı değerlendirildiğinde; MDB grubundaki katılımcılardan %40.9'unun (n=18) ailesinde kronik hastalık öyküsü belirtilirken, kontrol grubunda ailede kronik hastalık öyküsü %36.3 (n=16) olarak belirtilmiştir (p=0.911) (Tablo 8).

MDB grubundaki katılımcıların ortalama anne yaşı 44.4 ± 5.1 , ortalama baba yaşı ise 48.1 ± 6.1 olarak hesaplanırken; kontrol grubundaki katılımcıların ortalama anne yaşı 40.4 ± 6.3 , ortalama baba yaşı ise 45.4 ± 7.5 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anne (U=460.0, p=0.000) ve baba yaş (U=592.0, p=0.032) ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 8. Grupların Diğer Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

	MDB (n=44)		Kontrol (n=44)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Anne Çalışma Durumu						
Evet	19	43.1	15	34	1.309	0.583*
Hayır	25	56	25	56		
Baba Çalışma Durumu						
Evet	37	84	36	81	0.408	0.714**
Hayır	5	11.3	3	6		
Ailede Psikiyatrik Hastalık						
Var	13	29	4	9	5.431	0.02**
Yok	31	70.4	38	86.3		
Ailede Kronik Hastalık						

Var	18	40.9	16	36.3		
Yok	26	59	25	56	1.042	0.911**

*Ki-Kare Testi kullanılmıştır, **Fisher'ın kesin test sonucuna göre düzeltilmiştir.

Tablo 9. Grupların Anne ve Baba Yaşları Açısından Karşılaştırılması

	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	U	p
Anne Yaş, Ortalama $\pm$ SS	44.4 $\pm$ 5.1	48.1 $\pm$ 6.1	460	0.000
Baba Yaş, Ortalama $\pm$ SS	40.4 $\pm$ 6.3	45.4 $\pm$ 7.5	592	0.032

*Mann-Whitney-U Testi

5.1.9. Tıbbi Özgeçmiş

Katılımcıların doğum haftası, doğum kilosu, ilk kelimeleri söylediği ay, yürüme ayı ve anne sütü aldığı ay süresi özellikleri gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

MDB grubu doğum haftası ortalaması 38.4 ± 2.0 ; kontrol grubunun doğum haftası ortalaması 37.6 ± 2.2 olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında doğum haftası açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

MDB grubu doğum kilosu ortalaması 3.376 ± 0.552 kg; kontrol grubunun doğum kilosu ortalaması 3.189 ± 0.450 kg olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında doğum kilosu açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

MDB grubu ilk kelimeleri söyleme ayı ortalaması 9.5 ± 2.8 ; kontrol grubunun ilk kelimeleri söyleme ayı ortalaması 10.5 ± 3.3 olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında ilk kelimeleri söyleme ayı ortalaması açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

MDB grubu yürüme ayı ortalaması 12.1 ± 2.4 ; kontrol grubunun yürüme ayı ortalaması 12.2 ± 2.3 olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında yürüme ayı ortalaması açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

MDB grubu anne sütü aldığı ay ortalaması 14.5 ± 9.4 ; kontrol grubunun grubu anne sütü aldığı ay ortalaması 22.4 ± 14.5 olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında anne sütü aldığı ay ortalaması açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 10).

Katılımcıların kronik hastalık, ameliyat ve kaza öyküsü tıbbi özgeçmiş başlığı altında ele alınmıştır. Diyabet, astım, epilepsi, kanser, fiziksel engellilik, kardiyovasküler hastalıklar ve otoimmün hastalıkların tespit edildiği olgular kronik tıbbi hastalıklar adı altında değerlendirilmiştir. İki grup arasında kronik hastalık ($p=0.02$) ve ameliyat öyküsü ($p=0.002$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kaza öyküsü ($p=0.616$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 10. Grupların Doğum Zamanı, Doğum Kilosu, Gelişim Basamakları ve Anne Sütü Aldığı Süre Açısından Karşılaştırılması

	MDB (n=44) Ort. $\pm$ SS	Kontrol (n=44) Ort. $\pm$ SS	U	p
Doğum Haftası	38.4 ± 2.0	37.6 ± 2.2	764	0.88
Doğum Kilosu	3.376 ± 0.552	3.189 ± 0.450	680	0.55
İlk Kelimeleri Söyleme Ayı	9.5 ± 2.8	10.5 ± 3.3	787	0.21
Yürüme Ayı	12.1 ± 2.4	12.2 ± 2.3	900	0.82
Anne Sütü Aldığı Ay	14.5 ± 9.4	22.4 ± 14.5	543	0.028

*Mann-Whitney-U Testi

Tablo 11. Grupların Tıbbi Özgeçmişlerinin Karşılaştırılması

Tıbbi Özgeçmiş	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
Kronik hastalık, n (%)	5 (%11.3)	14 (%31.8)	5.437	0.02*

Ameliyat öyküsü, n (%)	8 (%18.1)	22 (%50.0)	9.913	0.002*
Kaza öyküsü, n (%)	1 (%2.2)	3 (%6.8)	1.36	0.616**

*Ki Kare Testi **Fisher Kesin Testi

5.2. Ergenlerin Depresif Belirtileri ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi

5.2.1. Depresif Belirtiler

Çalışmamızda MDB grubunda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru ortalama puanı 67.4 ± 8.5 olarak; kontrol grubunda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru ortalama puanı 41.0 ± 6.8 olarak saptanmıştır. ÇDDÖ-R t-skoru puanına bakıldığında MDB grubundaki ergenlerin sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 12).

Tablo 12. Grupların Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-Skoru Açısından Karşılaştırılması

	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	p
ÇDDÖ-R T-Skoru Toplam	67.4 ± 8.5	41.0 ± 6.8	0,000

*Bağımsız gruplar T testi

5.2.2. Bilinçli Farkındalık Düzeyleri

Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) ile ergenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ve bilinçli farkındalığın alt boyutları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. EYBFÖ'nün dikkat/farkındalık ölçeği odaklanma, dikkati sürdürme ve çevrenin, düşüncelerin, duygu ve duyumların farkında olma becerisini; yargılayıcı olmama alt ölçeği kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözlemleme becerisini; tepkisizlik alt ölçeği kişinin duygu ve düşüncelerin bastırmadan kabul etmesi ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve

duyumların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerisini ve kendini kabullenme alt ölçeği kişinin kendini eleştirmeden kabul etme becerisini ölçmektedir.

EYBFÖ alt ölçek ve toplam puanlarına bakıldığında sağlıklı kontrol grubunda Kendini Kabullenme (10.4) puanı en yüksektir ($p<0,05$). Dikkat/farkındalık, tepkisizlik, yargılayıcı olmama alt ölçekleri ve toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; majör depresyonu olan ergenlerin bilinçli farkındalık becerilerinin alt boyutlarından yalnızca kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi olarak tanımlanan kendini kabullenme açısından sağlıklı ergenlere kıyasla daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Grupların Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

EYBFÖ	MDB (n=44) Ort. $\pm$ SS	Kontrol (n=44) Ort. $\pm$ SS	t	p
Dikkat/Farkındalık	32.3 $\pm$ 6.7	31.0 $\pm$ 8.7	0.820	0.414
Tepkisizlik	8.4 $\pm$ 3.3	9.7 $\pm$ 3.2	1.796	0.76
Yargılayıcı Olmama	10.4 $\pm$ 3.9	10.9 $\pm$ 3.6	0.642	0.522
Kendini Kabullenme	8.0 $\pm$ 3.4	10.4 $\pm$ 3.1	3.384	0.001
Toplam	59.0 $\pm$ 9.3	61.8 $\pm$ 8.3	1.494	0.139

*Bağımsız gruplar T testi

EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

5.2.3. Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenleme stratejileri açısından Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) puanlarına bakıldığında ergenlerin grupları arasında dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ve dışsal

işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Buna göre MDB tanılı ergenler kendine zarar verecek bir şey yapma, bazı düşünce ve duyguların zihni sürekli meşgul etmesi ve duygularını içe atma gibi içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini kontrol grubundaki ergenlere göre daha fazla kullanmaktadır ($p<0.05$).

MDB grubunda içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri (17.7) ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri (11.5) puanları en yüksektir ($p<0.05$). Kontrol grubunda dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri (12.0) puanı en yüksektir ($p<0.05$).

MDB grubundaki ergenler kendini cezalandırma, ruminasyon, kendini başkalarıyla kıyaslama, duygularını paylaşmama gibi içsel ve başkalarına bağırma, kavga etme, kötü hissettirme, zorbalık yapma ve eşyalara zarar verme gibi dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini kontrol grubuna göre daha sık kullanmaktadır ($p<0.05$).

MDB tanılı ergenler yakınlarıyla konuşma, tavsiye isteme, bedensel yakınlık kurma gibi dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kontrol grubundaki ergenlere göre daha az kullanmaktadır ($p<0.05$). MDB ve kontrol grupları arasında içsel işlevsel duygu düzenleme stratejileri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Grupların Duygu Düzenleme Stratejilerinin Karşılaştırılması

EİDDÖ	MDB (n=44) Ort. $\pm$ SS	Kontrol (n=44) Ort. $\pm$ SS	t	p
İçsel İşlevsel DD	14.7 $\pm$ 3.5	13.7 $\pm$ 3.3	1.310	0.194
Dışsal İşlevsel DD	9.9 $\pm$ 2.9	12.0 $\pm$ 3.3	3.100	0.03
İçsel İşlevsel Olmayan DD	17.7 $\pm$ 3.8	11.4 $\pm$ 4.2	7.306	0.000

Dışsal İşlevsel Olmayan DD	11.5 ± 4.4	8.4 ± 3.5	3.476	0.001

*Bağımsız gruplar T testi

EİDDÖ: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme

5.2.4. Duygusal Yeme Özellikleri

Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği (ÇEDYÖ) ile ergenlerin duygusal yeme özellikleri ve duygusal yemenin alt boyutları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Duygusal yeme özellikleri açısından Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği (ÇEDYÖ) puanlarına bakıldığında ergenlerin grupları arasında huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı alt ölçekleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Kontrol grubunun huzursuz duygudurum alt puanı 14.6, kaygı/öfke/hayal kırıklığı alt puanı 29.3 ve toplam puanı 60 olarak en yüksektir ($p<0.05$). Buna göre kontrol grubundaki ergenler huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı gibi duygusal değişimlere bağlı olarak MDB grubuna göre daha fazla duygusal yeme davranışı göstermektedir.

Gruplar arasında depresif belirtilerle ilişkili duygusal yeme davranışı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Grupların Duygusal Yeme Özelliklerinin Karşılaştırılması

ÇEDYÖ	MDB (n=44) Ort. ± SS	Kontrol (n=44) Ort. ± SS	t	p
Huzursuz Duygudurum	11.8 ± 4.6	14.6 ± 4.8	2.664	0.009
Kaygı/Öfke/Hayal Kırıklığı	23.4 ± 10.4	29.3 ± 9.4	2.742	0.007

Depresif Belirtiler	14.9 ± 3.8	16.3 ± 4.7	1.448	0.151
Toplam	50.4 ± 16.8	60.0 ± 16.1	2.698	0.008

*Bağımsız gruplar T testi

ÇEDYÖ: Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği

5.2.5. Yeme Tutum Özellikleri

Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) ile ergenlerin yeme tutum davranışları ve oral kontrol, bulimia, diyet gibi yeme tutum özellikleri alt boyutları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Toplam puanlamada 20 puan ve üzeri anormal yeme davranışı, 20 puan altı normal yeme davranışı olarak değerlendirilmiştir.

YTT-26 puanlarına bakıldığında ergenlerin grupları arasında oral kontrol alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

MDB grubundaki ergenler oral kontrol alt ölçeği puanı 5.2 puan olarak en yüksektir. Buna göre MDB grubundaki ergenlerin yeme tutum özelliklerinde oral kontrolü kontrol grubuna göre daha fazla kullandığı gösterilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasında toplam puan ve alt ölçeklerden olan bulimia ve diyet tutumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

Yeme davranış özelliklerine bakıldığında; MDB grubunun %70'inin ($n=31$) normal yeme davranışına sahip olduğu, %27'sinin ($n=12$) anormal yeme davranışına sahip olduğu; kontrol grubunun %79'unun ($n=35$) normal yeme davranışına sahip olduğu, %20'sinin ($n=9$) anormal yeme davranışına sahip olduğu gösterilmiştir. Gruplar arasında yeme davranış özellikleri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 16. Grupların Yeme Tutum Testi Puanlarının Karşılaştırılması

YTT-26	MDB ($n=44$) Ort. ± SS	Kontrol ($n=44$) Ort. ± SS	U	p
Oral Kontrol	5.2 ± 4.2	3.6 ± 3.9	713	0.047
Bulimia	3.0 ± 3.6	2.0 ± 2.1	817	0.262

Diyet	7.6 ± 8.5	6.0 ± 5.1	882	0.58
Toplam	16.0 ± 11.5	11.6 ± 7.9	722	0.057

*Mann-Whitney-U testi

YTT-26: Yeme Tutum Testi-26

Tablo 17. Grupların Yeme Tutum Davranışlarının Karşılaştırılması

YTT-26	MDB (n=44)	Kontrol (n=44)	χ^2	p
Anormal Yeme Davranışı, n (%)	12 (%27)	9 (%20)	0.660	0.417
Normal Yeme Davranışı, n (%)	31 (%70)	35 (%79)		

*Ki Kare Testi

5.3. Ergenlerin Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi

5.3.1. Tüm Örneklemde Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Tüm örneklem Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde ÇDDÖ-R t-skoru ile ÇEDYÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r<0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre ergenlerin depresif belirti şiddeti arttıkça duygusal yeme davranışı azalmaktadır.

ÇDDÖ-R t-skoru ile EİDDÖ İçsel İşlevsel Olmayan DD alt ölçek puanı arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü ($r>0$), EİDDÖ Dışsal İşlevsel Olmayan DD alt ölçek puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü ($r>0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre ergenlerin depresif belirti şiddeti arttıkça, içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri daha fazla kullanılmaktadır.

ÇEDYÖ toplam puanları ile Dışsal İşlevsel DD puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r>0$), İçsel İşlevsel Olmayan DD puanları arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre duygusal yeme davranışı fazla olan ergenlerin Dışsal İşlevsel DD stratejilerini daha fazla, İçsel İşlevsel Olmayan DD stratejilerini daha az kullandığı görülmektedir.

YTT-26 toplam puanları ile Dışsal İşlevsel DD puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r>0$), İçsel İşlevsel Olmayan DD puanları arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Yeme Davranışı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

EYBFÖ toplam puanı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Tüm Örneklemde Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9
p									
ÇDDÖ-R t-1	1	-0.208 0.052	-0.290* 0.007	0.181 0.094	-0.046 0.675	0.135 0.213	-0.189 0.080	0.637** 0.000	0.355** 0.001
EYBFÖ-2		1	0.076 0.488	0.128 0.236	-0.010 0.925	-0.189 0.080	0.015 0.893	-0.119 0.272	0.098 0.369
ÇEDYÖ-3			1	-0.050 0.648	0.118 0.284	-0.005 0.964	0.272* 0.012	-0.342** 0.001	-0.122 0.266
YTT-26-4				1	0.742*** 0.000	0.054 0.624	0.225* 0.037	0.327** 0.002	0.204 0.060
YTT-26 Davranış-5					1	-0.079 0.468	-0.120 0.273	-0.169 0.120	-0.060 0.582
İçsel İşlevsel DD-6						1	0.182 0.092	0.127 0.240	-0.132 0.224
Dışsal İşlevsel DD-7							1	-0.085 0.434	-0.267 0.012
İçsel İşlevsel Olmayan DD-8								1	0.413** 0.000
Dışsal İşlevsel Olmayan DD-9									1

Spearman Korelasyon Analizi

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0.299$ zayıf*, $0.300 < r < 0.599$ orta**, $0.600 < r < 0.799$ güçlü***, $0.800 < r < 0.999$ çok güçlü****.

ÇDDÖ-R T Skoru: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T Skoru, EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, ÇEDYÖ: Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği, YTT-26: Yeme Tutum Testi-26, DD: Duygu Düzenleme

5.3.2. Majör Depresif Bozukluk Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi

5.3.2.1. Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Karşılaştırılması

Majör depresyon grubunda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru puanları ile EYBFÖ alt ölçek ve toplam puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Majör depresyon grubunda ÇDDÖ-R t-skoru ile Ergen Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) yargılayıcı olmama alt ölçek puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r < 0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre depresif belirtilerin şiddeti arttıkça kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözlemleme becerisini ölçen yargılayıcı olmama becerisinin azaldığı tespit edilmiştir.

Majör depresyon grubunda ÇDDÖ-R t-skoru ile EYBFÖ toplam puanı arasında anlamlı korelasyon elde edilmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. MDB Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Karşılaştırılması

EYBFÖ		ÇDDÖ-R t-skoru
Dikkat ve farkındalık	r	-0.088

	p	0.569
Tepkisizlik	r	0.015
	p	0.924
Yargılayıcı Olmama	r	-0.406**
	p	0.006
Kendini Kabullenme	r	0.023
	p	0.884
EYBFÖ-Toplam	r	-0.257
	p	0.092

Pearson Korelasyon Analizi

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0.299$ zayıf*, $0.300 < r < 0.599$ orta**, $0.600 < r < 0.799$ güçlü***, $0.800 < r < 0.999$ çok güçlü****.

EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

5.3.2.2. Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Duygu Düzenleme ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Majör depresyon grubunda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru puanları ile ÇEDYÖ alt ölçek ve toplam puanları ve Duygu Düzenleme Stratejileri alt ölçek puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Majör depresyon grubunda ÇDDÖ-R t-skoru ile ÇEDYÖ huzursuz duygudurum alt ölçek puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r < 0$), ÇEDYÖ kaygı/öfke/hayal kırıklığı alt ölçek puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r < 0$) ve ÇEDYÖ toplam puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r < 0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Buna göre ergenlerin depresif belirti şiddeti arttıkça duygusal yeme davranışı azalmaktadır.

Majör depresyon grubunda ÇDDÖ-R t-skoru ile EİDDÖ İçsel İşlevsel Olmayan DD alt ölçek puanı arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü ($r>0$), EİDDÖ Dışsal İşlevsel Olmayan DD alt ölçek puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü ($r>0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Buna göre ergenlerin depresif belirti şiddeti arttıkça, içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri daha fazla kullanılmaktadır (Tablo 20).

Tablo 20. MDB Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Duygu Düzenleme ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		ÇDDÖ-R t-skoru
Huzursuz Duygudurum	r	-0.271*
	p	0.012
Kaygı/Öfke/Hayal Kırıklığı	r	-0.300**
	p	0.05
Depresif Belirtiler	r	-0.158
	p	0.146
ÇEDYÖ-Toplam	r	-0.290*
	p	0.007
İçsel İşlevsel DD	r	0.135
	p	0.213
Dışsal İşlevsel DD	r	-0.189
	p	0.80
İçsel İşlevsel Olmayan DD	r	0.637***
	p	0.000
Dışsal İşlevsel Olmayan DD	r	0.355**
	p	0.001

Pearson Korelasyon Analizi

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0.299$ zayıf*, $0.300 < r < 0.599$ orta**, $0.600 < r < 0.799$ güçlü***, $0.800 < r < 0.999$ çok güçlü****.

ÇEDYÖ: Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme

5.3.2.3. Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Yeme Tutum Özelliklerinin Karşılaştırılması

Majör depresyon grubunda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru puanları ile YTT-26 alt ölçek ve toplam puanları ve Yeme Davranış Özelliği arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Buna göre ÇDDÖ-R t-skoru puanları ile YTT-26 alt ölçek ve toplam puanları ve Yeme Davranış Özelliği arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21. MDB Grubunda Depresif Belirtilerin Şiddeti ile Yeme Tutum Özelliklerinin Karşılaştırılması

		ÇDDÖ-R t-skoru
Oral Kontrol	r	0.178
	p	0.100
Bulimia	r	0.104
	p	0.337
Diyet	r	0.072
	p	0.510
YTT-26 Toplam	r	0.181
	p	0.094
YTT-26 Yeme Davranışı	r	-0.046
	p	0.675

*Spearman Korelasyon Analizi

5.3.2.4. Bilinçli Farkındalık ile Duygu Düzenleme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Majör depresyon grubunda katılımcıların EYBFÖ puanları ile EİDDÖ puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Majör depresyon grubunda EYBFÖ Dikkat ve Farkındalık alt ölçek puanı ile İçsel İşlevsel DD puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü ($r>0$), Dışsal İşlevsel DD puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r>0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre ergenlerin odaklanma, dikkati sürdürme ve çevrenin, düşüncelerin, duygu ve duyumların farkında olmayı kapsayan dikkat ve farkındalık becerisi arttıkça içsel ve dışsal işlevsel duygudurum düzenleme stratejilerini daha fazla kullanmaktadır.

EYBFÖ Tepkisizlik alt ölçek puanı ile İçsel İşlevsel DD puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$), Dışsal İşlevsel DD puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r<0$), İçsel İşlevsel Olmayan DD puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kişinin duygu ve düşüncelerin bastırmadan kabul etmesi ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve duyumların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerisini kapsayan tepkisizlik becerisi arttıkça; içsel ve dışsal işlevsel duygudurum düzenleme stratejileri ile içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini kullanımı azalmaktadır.

EYBFÖ Yargılayıcı Olmama alt ölçek puanı ile İçsel İşlevsel DD puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözlemleme becerisini ölçen yargılayıcı olmama becerisi arttıkça içsel işlevsel duygudurum düzenleme stratejilerini kullanımı azalmaktadır.

EYBFÖ Kendini Kabullenme alt ölçek puanı ile İçsel İşlevsel DD puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r<0$), İçsel İşlevsel Olmayan DD puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$), Dışsal İşlevsel Olmayan DD puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r<0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan

kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi anlamına gelen kendini kabullenme becerisi arttıkça; içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygudurum düzenleme stratejileri ile içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kullanımı azalmaktadır (Tablo 22).

Tablo 22. MDB Grubunda Bilinçli Farkındalık ile Duygu Düzenleme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9
p									
Dikkat ve Farkındalık1	1	-0.360** 0.001	-0.275* 0.010	-0.227* 0.034	0.548** 0.000	0.315** 0.003	0.244* 0.023	0.165 0.127	0.081 0.458
Tepkisizlik2		1	0.278* 0.009	0.371** 0.000	0.320** 0.002	-0.341** 0.001	-0.236* 0.028	-0.324** 0.002	-0.020 0.083
Yargılayıcı Olmama3			1	0.278* 0.009	0.403** 0.000	-0.462** 0.000	-0.146 0.179	-0.062 0.568	0.207 0.055
Kendini Kabullenme4				1	0.465** 0.000	-0.292* 0.006	-0.990 0.360	-0.435** 0.000	-0.219* 0.042
EYBFÖ Toplam5					1	-0.184 0.088	0.021 0.847	-0.166 0.124	0.070 0.518
İçsel İşlevsel DD6						1	0.193 0.073	0.122 0.261	-0.174 0.108
Dışsal İşlevsel DD7							1	-0.070 0.521	-0.282* 0.008
İçsel İşlevsel Olmayan DD8								1	0.443** 0.000
Dışsal İşlevsel Olmayan DD9									1

Pearson Korelasyon Analizi

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0.299$ zayıf*, $0.300 < r < 0.599$ orta**, $0.600 < r < 0.799$ güçlü***, $0.800 < r < 0.999$ çok güçlü****.

EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DD: Duygu

5.3.2.5. Bilinçli Farkındalık ile Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Majör depresyon grubunda katılımcıların EYBFÖ puanları ile ÇEDYÖ puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

EYBFÖ Kendini Kabullenme alt ölçek puanı ile Huzursuz Duygudurum alt ölçek puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r < 0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi anlamına gelen kendini kabullenme becerisi arttıkça huzursuz duyguduruma bağlı duygusal yeme davranışı azalmaktadır (Tablo 23).

Tablo 23. MDB Grubunda Bilinçli Farkındalık ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9
p									
Dikkat/Farkındalık1	1	-0.360** 0.001	-0.275** 0.010	-0.227* 0.034	0.548** 0.000	0.103 0.346	0.061 0.580	0.023 0.835	0.077 0.483
Tepkisizlik2		1	0.278* 0.009	0.371** 0.000	0.320** 0.002	-0.068 0.534	-0.015 0.893	-0.050 0.651	-0.048 0.659
Yargılayıcı Olmama3			1	0.278* 0.009	0.403** 0.000	-0.107 0.328	0.028 0.798	-0.042 0.700	-0.082 0.451
Kendini Kabullenme4				1	0.465** 0.000	0.166 0.127	-0.273* 0.011	0.093 0.392	0.210 0.052
EYBFÖ Toplam5					1	0.101 0.355	0.162 0.137	0.058 0.594	0.115 0.293
Kaygı/Öfke/Hayal Kırıklığı6						1	0.743*** 0.000	0.625*** 0.000	0.953*** 0.000

Huzursuz Duygudurum7							1	0.592** 0.521	0.861**** 0.000
Depresif Belirtiler8								1	0.780*** 0.000
ÇEDYÖ Toplam9									1

Pearson Korelasyon Analizi

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0.299$ zayıf*, $0.300 < r < 0.599$ orta**, $0.600 < r < 0.799$ güçlü***, $0.800 < r < 0.999$ çok güçlü****.

EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, ÇEDYÖ: Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği

5.3.2.6. Duygu Düzenleme ile Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Majör depresyon grubunda katılımcıların EİDDÖ puanları ile ÇEDYÖ puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

EİDDÖ Dışsal İşlevsel DD strateji puanları ile ÇEDYÖ Huzursuz Duygudurum, Kaygı/Öfke/Hayal kırıklığı, Depresif Belirtiler alt ölçek ve ÇEDYÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r > 0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre ergenlerin dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri kullanma becerisi arttıkça duygusal yeme davranışı artmaktadır.

EİDDÖ İçsel İşlevsel Olmayan DD strateji puanları ile ÇEDYÖ Huzursuz Duygudurum, Kaygı/Öfke/Hayal kırıklığı alt ölçek ve ÇEDYÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r > 0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre ergenlerin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri kullanımı arttıkça duygusal yeme davranışı azalmaktadır (Tablo 24).

Tablo 24. MDB Grubunda Duygu Düzenleme ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

r	1	2	3	4	5	6	7	8
p								
İçsel İşlevsel DD1	1	0.193 0.073	0.122 0.261	-0.174 0.108	0.045 0.682	-0.010 0.927	-0.004 0.968	0.029 0.795
Dışsal İşlevsel DD2		1	-0.070 0.521	-0.282* 0.008	0.297* 0.006	0.220* 0.043	0.260* 0.016	0.299* 0.005
İçsel İşlevsel Olmayan DD3			1	0.443** 0.000	-0.273* 0.011	-0.267* 0.013	-0.120 0.276	-0.267* 0.013
Dışsal İşlevsel Olmayan DD4				1	-0.121 0.969	-0.146 0.181	-0.063 0.568	-0.137 0.212
Kaygı/Öfke/Hayal Kırıklığı5					1	0.743*** 0.000	0.625*** 0.000	0.953*** 0.000
Huzursuz Duygudurum6						1	0.592** 0.521	0.861*** 0.000
Depresif Belirtiler7							1	0.780*** 0.000
ÇEDYÖ Toplam8								1

Pearson Korelasyon Analizi

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0.299$ zayıf*, $0.300 < r < 0.599$ orta**, $0.600 < r < 0.799$ güçlü***, $0.800 < r < 0.999$ çok güçlü****.

ÇEDYÖ: Çocuk ve Ergenler İçin Duygusal Yeme Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme

6. TARTIŞMA

Bu çalışma 12-18 yaş arasında Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanımlı ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin depresif belirtileri ile bununla ilişkili olması beklenen bilinçli farkındalık becerileri, duygu düzenleme ve duygusal yeme özellikleri açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır.

6.1. Sosyodemografik Veriler, Bireysel ve Ailesel Özellikler

MDB grubundaki katılımcıların değerlendirme esnasındaki ortalama yaşları 14.9 ± 1.5 , kontrol grubundakilerin ortalama yaşları 14.5 ± 1.6 olarak bulunmuş olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Literatür incelendiğinde benzer desende yapılmış çalışmalarda hem MDB hem de kontrol grubundaki katılımcıların, değerlendirme esnasındaki yaş ortalamalarının çalışmamızla uyumlu olduğu görülmüştür [100] [124].

Çalışmamızda kız oranı MDB grubunda %84 iken; kontrol grubunda bu oran %54.5 olarak saptanmıştır. Literatüre bakıldığında depresyonun ergenlik dönemine geçişle birlikte kızlarda prevalansı artmaktadır ve görülme sıklığında kız cinsiyet baskın hale gelmektedir [60] [125]. Ergenlik döneminde depresyonun kız cinsiyette artması ile ilgili; hormonal değişikliklerin beyni stresin etkilerine karşı daha duyarlı hale getirerek bu duruma yol açan faktörlerden biri olduğu ileri sürülmektedir [61].

MDB grubundaki katılımcıların %68.1'inin, kontrol grubundaki katılımcıların %61.3'ünün lise düzeyinde olduğu görülmüştür. Gruplar arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık olmadığı ancak MDB grubundaki katılımcılarının çoğunun lise düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Bir meta-analizde 13 yaşından küçük çocuklarda depresyon sıklığının %2.8, 13-18 yaş grubunda %5,7 olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, çalışmamızla uyumlu olarak ergenliğin ilerleyen ve öğrenim olarak liseye denk gelen yaşlarında depresyon sıklığının arttığını göstermektedir [24].

MDB grubundaki katılımcıların %56.8'i, kontrol grubundaki katılımcıların %43.1'i tek çocuk ya da bir kardeşi olduğunu bildirmiştir. Gruplar arasında kardeş sayısı açısından istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında Liu ve arkadaşları, 12 yaşındaki 9276 ergenle yaptıkları bir araştırmada kardeşi olan ergenlerin ruh sağlığının kardeşi olmayanlara göre daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Kardeşi olan ergenler arasında kardeş sayısı ile ruh sağlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [126]. Büyük örnekleme yapılan diğer bazı çalışmalar; dört ve üzeri kardeş sayısına sahip olmanın kendine zarar verme davranışını ve suicidal girişimi artırdığını saptamıştır. Kardeş sayısının fazla olması ebeveynlerin ilgi ve gözetimine kısıtlı ulaşabilmelerine, kardeşler arasındaki zorbalık ve agresyonun, akran ilişkilerinde mağdur olmaya benzer güçlükler yaratabileceği öne sürülmektedir [127].

Çalışmamız bu bulgularla örtüşmemektedir, bunun nedeni kardeş sayısını bir kardeş ve iki kardeş ve daha çok olmak üzere iki kategoride değerlendirmemiz olabilir.

MDB grubundaki katılımcıların %68.1'i, kontrol grubundaki katılımcıların %75'i ebeveynlerinin birlikte olduğunu belirtmiştir. Gruplar arasında aile yapısı açısından anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde boşanmaya kıyasla ebeveynlerin birlikte olduğu ancak aile içi etkileşimlerin olumsuz olduğu durumların depresif belirtiler, özkıyım düşünceleri ve girişimlerinde etkin rol alabileceği öne sürülmektedir [128]. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda evde ebeveynlerden birinin ayrılma, boşanma veya ölüm sebebiyle olmamasının ergenlerde depresif bozukluk için predispozan bir faktör olduğu ileri sürülmüştür [129]. Çocukluk çağında ebeveyn kaybı da önemli şekilde depresyon ile bağlantılı bulunmuştur [130]. Çalışmamızda aile içi etkileşimler değerlendirilemediği için farklılık saptanamamış olabilir.

Anne ve babaların eğitim düzeyi karşılaştırıldığında; anne eğitim düzeyinin MDB grubunda %40.9'unun ilkökul ve altı olduğu, kontrol grubunda %40.9'unun ilkökul ve altı olduğu bildirilmiştir. Baba eğitim düzeyinin MDB grubunda %31.8'inin ilkökul ve altı olduğu, kontrol grubunda %40.9'unun ilkökul ve altı olduğu bildirilmiştir. Gruplar arasında anne ve baba eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca gruplarda anne ve baba eğitim düzeyi benzer saptanmıştır. Yapılan geniş örneklemli epidemiyolojik bir çalışmada, ebeveyn eğitim düzeyinin depresif bozukluk için risk faktörü olmadığı gösterilmiştir [131]. Gruplar arası eğitim düzeylerinde fark bulunamamasının nedeni ise bu ortamdaki benzer çevreden ergenler ve ailelerinin katılması olabilir.

MDB grubunda ailelerin %36.3'ü maddi durumlarını düşük olarak belirtirken, kontrol grubunda %52.2'si maddi durumlarını düşük olarak belirtmiştir. Gruplar arasında ailelerin gelir düzeyi dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızın aksine literatür incelendiğinde sosyoekonomik düzeyin çocuk ve ergen ruh sağlığı üzerine etkilerinin incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında sosyoekonomik olarak dezavantajlı çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunlar yaşama riskinin diğer çocuk ve ergenlerden 2-3 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir [132]. Bu farklılığın sebebi çalışmalardaki örneklem popülasyonlarının farklı olması olabilir.

MDB grubundaki katılımcıların %43.1'inin annesinin aktif olarak çalıştığı; kontrol grubundaki katılımcıların %34'ünün annesinin aktif olarak çalıştığı belirtilmiştir. MDB grubundaki katılımcıların %84'ünün babasının aktif olarak çalıştığı; kontrol grubundaki katılımcıların %81'inin babasının aktif olarak çalıştığı belirtilmiştir. Anne ve baba çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sosyoekonomik faktörlerin 7-17 yaş arası 2111 çocuk ve ergenin ruh sağlığı üzerine etkilerinin incelendiği 2 yıllık bir izlem araştırmasında, evin gelir düzeyinin düşük olmasının, ebeveynin eğitim düzeyinin düşük olmasının ve herhangi bir işte çalışmıyor olmasının çocuklardaki ruh sağlığı sorunlarında artışla ilişkili olduğunu saptamıştır [133]. Gruplar arası anne ve baba çalışma durumu açısından fark bulunamamasının nedeni ise bu ortamdaki benzer çevreden ergenler ve ailelerinin katılması olabilir.

Anne, baba ve kardeşle psikiyatrik hastalık varlığı değerlendirildiğinde; MDB grubundaki katılımcılardan %29'unun ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü belirtilirken, kontrol grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü %9 olarak belirtilmiştir. Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukluların ortaya çıkmasında ebeveynlerde psikiyatrik hastalık varlığı güçlü bir risk faktörüdür [134]. Depresif annelerin çocuklarında depresyon görülme sıklığı üç kat artar, riskin en çok arttığı yaş aralığı ise 15-25 yaş arası olarak belirtilmiştir [135].

Anne, baba ve kardeşle kronik hastalık varlığı değerlendirildiğinde; MDB grubundaki katılımcılardan %40.9'unun ailesinde kronik hastalık öyküsü belirtilirken, kontrol grubunda ailede kronik hastalık öyküsü %36.3 olarak belirtilmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

MDB grubundaki katılımcıların ortalama anne yaşı 44.4 ± 5.1 , ortalama baba yaşı ise 48.1 ± 6.1 olarak hesaplanırken; kontrol grubundaki katılımcıların ortalama anne yaşı 40.4 ± 6.3 , ortalama baba yaşı ise 45.4 ± 7.5 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında anne ve baba yaş ortalamaları açısından MDB grubunda yaş ortalaması yüksek olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ebeveyn yaşı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen büyük örneklemli bir kohort çalışmasında; psikiyatrik bozukluklar için genel riske dayanarak, daha genç ve daha yaşlı ebeveynlerin çocukları, 25 ila 29 yaşlarındaki ebeveynlerin çocuklarına kıyasla daha yüksek risk altında olduğunu ileri sürmüştür. Aynı çalışma genç anne yaşının çocukta

ortaya çıkan madde kullanım bozuklukları, hiperkinetik bozukluklar ve zihinsel gerilik açısından yüksek riskli olduğu, ileri baba yaşının ise çocukta ortaya çıkan şizofreni ve ilgili bozukluklar, zihinsel gerilik ve otizm spektrum bozuklukları açısından daha yüksek risk taşıdığı ile ilişkilendirmiştir [136]. Çalışmamızda anne yaş ortalamasının olgu grubunda yüksek olması literatür bulgularını desteklemektedir.

MDB grubu doğum haftası ortalaması 38.4 ± 2.0 ; kontrol grubunun doğum haftası ortalaması 37.6 ± 2.2 olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında doğum haftası açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. MDB grubu doğum kilosu ortalaması 3.376 ± 0.552 kg; kontrol grubunun doğum kilosu ortalaması 3.189 ± 0.450 kg olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında doğum kilosu açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. Preterm doğan bireylerde depresyon geliştirme olasılığı 1.5-2.9 kat, bipolar bozukluk geliştirme olasılığı 2.7-7.4 kat ve psikoz geliştirme olasılığı 1.6-2.5 kat daha fazla olduğu bilinmektedir [137]. Çalışmamızda literatürden farklı olarak doğum haftası ile depresyon geliştirme riski arasında ilişki saptanmamış olup bunun nedeninin ailelerin ergenlerin doğum haftalarını net olarak hatırlamakta güçlük çekmesi olduğu düşünülmektedir.

MDB grubu ilk kelimeleri söyleme ayı ortalaması 9.5 ± 2.8 ; kontrol grubunun ilk kelimeleri söyleme ayı ortalaması 10.5 ± 3.3 olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında ilk kelimeleri söyleme ayı ortalaması açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. MDB grubu yürüme ayı ortalaması 12.1 ± 2.4 ; kontrol grubunun yürüme ayı ortalaması 12.2 ± 2.3 olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasında yürüme ayı ortalaması açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır.

MDB grubu anne sütü aldığı ay ortalaması 14.5 ± 9.4 ; kontrol grubunun grubu anne sütü aldığı ay ortalaması 22.4 ± 14.5 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda kontrol grubunun MDB grubuna göre daha uzun süre anne sütü aldığı ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yapılan bir araştırmada 3 veya 4 aydan uzun süre emzirilen bebeklerin daha az davranış bozukluğu geliştirdiğini göstermektedir. Emzirmenin ayrıca bebeklerde saldırganlık ve antisosyal eğilimlerin azalmasına katkı sağladığını ve bu etkinin yetişkinliğe kadar devam ettiği ileri sürülmektedir. Emzirilen çocuklarda görülen artan sosyo-duygusal tepki, muhtemelen oksitosin sisteminin uyarılması ve oksitosinin olumlu duygu ve davranışlarını teşvik

etmedeki bilinen rolü ile stres ve kaçınma davranışını azaltmasıyla bağlantılıdır. Annelerde emzirme, fizyolojik ve öznel stresi önemli ölçüde azaltır, olumlu duyguyu kolaylaştırır ve anne duyarlılığını ve bakımını iyileştirir. Yine, oksitosin sistemi anne psikolojisi ve davranışı üzerinde önemli bir rol oynar [138]. Çalışmamızda kontrol grubunun MDB grubuna göre daha uzun süre anne sütü alması açısından literatür ile uyumlu bulunmuştur.

MDB grubunda kronik hastalık oranı %11.3, ameliyat öyküsü %18.1 ve kaza öyküsü %2.2 iken; kontrol grubunda kronik hastalık oranı %31.8, ameliyat öyküsü %50.0 ve kaza öyküsü %6.8 olarak saptanmıştır. İki grup arasında kronik hastalık ve ameliyat öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kaza öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde 15-19 yaş aralığındaki ergenlerde yapılan bir araştırmada fonksiyon kaybına neden olan kronik hastalıkların MDB ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir [139]. Kronik hastalığın süresi, şiddeti, fonksiyon kaybı olup olmadığı, fonksiyon kaybının derecesi, tedavi şekli ve süresi, kişinin hayatına etkileri, aile desteği gibi faktörler psikososyal bozulmanın gelişmesine sebep olabilir. Çalışmamıza dahil edilen kontrol örneklerinin sahip olduğu kronik hastalıkların fonksiyon kaybına neden olmaması bu ilişkiyi zayıflatmış olabilir.

6.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması ve Ölçekler Arası Korelasyon Değerlendirmeleri

6.2.1. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T Skoru Puanları

Çalışmamızda MDB grubunda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru ortalama puanı 67.4 ± 8.5 olarak; kontrol grubunda katılımcıların ÇDDÖ-R t-skoru ortalama puanı 41.0 ± 6.8 olarak saptanmıştır. ÇDDÖ-R t-skoru puanına bakıldığında MDB grubundaki ergenlerin sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; depresyon tanılı ergenlerde yapılan çalışmalarda ÇDDÖ-R t-skoru ortalamasının depresyon grubunda 70-90 aralığında değiştiği görülmektedir. Bulgularımızla literatür arasındaki bu farkın nedeninin çalışmamızdaki MDB grubu katılımcılarının çoğunlukla psikiyatrik ilaç

kullanmayan hafif-orta şiddette depresyonu olan katılımcılar olması olduğu düşünülmüştür [140][141].

6.2.2. Depresyon ve Bilinçli Farkındalık

Çalışmamızda gruplar arasında bilinçli farkındalık düzeylerine bakıldığında; kontrol grubunda kendini kabullenme davranışı majör depresyon grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Majör depresyonu olan ergenlerin bilinçli farkındalık becerilerinin alt boyutlarından yalnızca kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi olarak tanımlanan kendini kabullenme açısından sağlıklı ergenlere kıyasla daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur.

İnsanların bilinçli farkındalığı arttığında, başkaları tarafından olumlu yorumlanmak veya kırılğan bir öz saygıyı sürdürmek için kendi imajlarını manipüle etmek yerine, aktif olarak çevre hakkında yeni ayrıntılarla meşgul olurlar. İnsanlar çevrelerini aktif olarak fark ettiklerinde, anı özgün bir şekilde yaşarlar. Bilinçli farkındalığın özellikle kendini kabullenme alt boyutu ile yapılan çalışmalar insanların başkalarının kendileri hakkındaki görüşlerini düşünmeden objektif olarak kabul ettiklerinde, kendilerini kabul etmekte de zorluk yaşayacaklarını ileri sürmektedir [142]. Bireylerin kendilerini nasıl gördükleri, başkalarının onları nasıl gördüğü kadar geçerlidir. Kişi, hatalarına olumlu bir bakış açısıyla bakmayı seçebilir ve böylece onları daha kolay kabul edebilir. Dahası katı ve dar bir sınıflandırma; insanları kendi başarılarına, mesleklerine veya sahip olduklarına göre düşünmeden değerlendirme tuzağına düşürebilir. Kendini kabulün, bireylerin kendi hayatlarının sorumluluğunu aldıklarında ve kişisel dünyalarını yaratan kararların kontrolünün kendilerinde olduğunu fark ettiklerinde aldıkları bilinçli bir karar olduğu öne sürülmektedir. Dünyaya ve kendilerine dikkatli baktıklarında kendilerini koşulsuz kabul edebilirler [142].

Çalışmamızda majör depresyon grubunda depresif belirtiler ile yargılayıcı olmama alt boyutu arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre depresif belirtilerin şiddeti arttıkça kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözlemleme becerisini ölçen yargılayıcı olmama becerisinin azaldığı tespit edilmiştir.

Farkındalığın alt boyutlarını inceleyen 400 katılımcının olduğu bir genel popülasyon çalışması; yargılayıcı olmamanın olumsuz duygulanım, kaygı ve depresyonla güçlü ve ters bir ilişki içinde olduğunu, tepkisizlik ve farkındalıkla hareket etmenin ise stres ve kaygıyla ters ilişkili olduğunu saptamıştır [143]. Ergen ruh sağlığında öz kabul ve sosyal karşılaştırmayı inceleyen 242 ergenin katıldığı kesitsel bir araştırma, öz kabul ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir [144]. Çalışmamız bu açıdan literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Foster ve arkadaşlarının 13-15 yaş arası 108 ergenle yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında ters yönde bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir [6]. Bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemek için 1067 ergenin katılımıyla yapılan başka bir çalışmada bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiş ve duygu düzenleme becerilerinin bu ilişkide aracı role sahip olduğu belirtilmiştir [100].

Ergenlerde depresif semptomlar üzerine farkındalık temelli müdahalelerinin etkilerini inceleyen 29 çalışma ve 3688 ergenin dahil olduğu bir meta-analizde; farkındalık grubunda depresif belirtilerin daha fazla gerilediği saptanmıştır [145].

Alan yazınındaki çalışmaların bulgularımızı desteklediği görülmüştür. Diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda majör depresyon grubunda depresif belirtilerin şiddeti ile bilinçli farkındalık toplam puanı arasında anlamlı korelasyon elde edilmemiştir. Bunun nedeni çalışmaya dahil edilme kriteri olarak örneklem grubunun psikiyatrik ilaç kullanmıyor olması ve bu sebeple ağır şiddetteki depresyondan ziyade; ilk kez poliklinik başvurusu olan hafif/orta şiddette depresyona sahip olguların çalışmada ağırlıklı olarak yer alarak bu ilişkiyi zayıflatması olabilir.

6.2.3. Depresyon ve Duygu Düzenleme

Çalışmamızda gruplar arasında duygu düzenleme stratejilerine bakıldığında MDB tanılı ergenlerin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ile dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini sağlıklı kontrollere göre daha fazla; dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini ise sağlıklı kontrollere göre daha az kullandığı saptanmıştır. Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin daha fazla kullanılması; başkalarına bağırma, kavgaya etme, kötü hissettirme, zorbalık yapma ve eşyalara zarar verme gibi davranışların artması ile sonuçlanmaktadır. Kendine zarar

verecek bir şey yapma, bazı düşünce ve duyguların zihni sürekli meşgul etmesi ve duygularını içe atma gibi içsel işlevsel olmayan stratejileri kullanmaya devam etmelerinin depresyonun şiddetini artırdığı ve prognozu olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin az kullanılması ise yakınlarıyla konuşma, tavsiye isteme, bedensel yakınlık kurma gibi davranışların daha az kullanıldığını göstermektedir.

Bilişsel yeniden değerlendirme, duygu düzenleme sürecinin erken aşamasında meydana gelir ve duygusal tepki eğilimlerinin tam olarak uyanmasından önce bir rol oynar. Bilişsel yeniden değerlendirmenin uyarlanabilir bir duygu düzenleme becerisi ve duygusal refah için koruyucu bir faktör olduğu gösterilmiştir. Buna karşılık, tipik bir tepki odaklı strateji olarak ifade edici baskılama, duygu üretme sürecinde nispeten geç bir aşamada ortaya çıkar. Bastırmaların duyguları konusunda daha az net oldukları ve ruh hallerini düzeltmede daha az başarılı oldukları bulunmuştur. Bu nedenle, ifade edici bastırma genellikle bunaltıcı duygulara ve buna bağlı depresyon gibi psikolojik sıkıntı deneyimlerine yol açabilen uyumsuz bir strateji olarak kabul edilir [146] [147].

Literatür incelendiğinde 319 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada hem içsel hem dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri ile depresif belirtiler arasında negatif yönde, hem içsel hem dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ile depresif belirtiler arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirtilmiştir [148]. Çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak içsel işlevsel duygu düzenleme stratejileri ile depresif belirtiler arasında ilişki saptanmamıştır.

Çok sayıda çalışma, duygu düzenlemesinin bu çeşitli bölümleri ile depresif semptomlar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Kesitsel çalışmalar, ergenlerde uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin daha az kullanılmasının, daha fazla depresif semptomla ilişkili olduğunu bulmuştur [149] [150].

Benzer bir bulgu örüntüsü uzunlamasına çalışmalarda da belirgindir. Rieffe ve De Rooij (2012), iki yıl boyunca duygusal farkındalıktaki bireysel değişkenliğin depresif semptomlardaki bireysel değişkenliği öngördüğünü; duygusal farkındalıktaki iyileşmenin depresif semptomlardaki azalmalarla ilişkili olduğunu bulmuştur [151].

Folk ve meslektaşları (2014), daha büyük çocuklarda depresyonun öngörücüleri olarak sırasıyla üzüntü, öfke ve kaygı duyguları bağlamında duygusal

ifadeyi, duygu bastırmayı ve adaptif başa çıkma stratejilerini incelemiştir. Sonuçlar, öfke ve kaygının duygusal bastırılmasının bakım veren bildirimine göre daha şiddetli depresif semptomla ilişkili olduğu, adaptif kaygı ile başa çıkmanın ise iki yıl boyunca çocuk geri bildirimine göre daha az depresif semptomu öngördüğünü göstermiştir. Kümülatif olarak, bu çalışma grubu genel olarak duygu düzenleme zorlukları ile ergen depresif semptomları arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermiştir [152]. Ancak, duygu düzenlemesinin tüm yönleri depresif semptomlarla aynı ilişkiye sahip olmadığından, depresyonla ilişkili olarak bireysel yönlerin daha fazla incelenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda tüm örnekleme depresif belirtiler ile hem içsel hem dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Ergenlerde depresif belirti şiddeti arttıkça, içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullanmaktadır.

Duygu düzenlemedeki zorluklar, ergenlik dönemindeki depresif belirtiler için risk faktörü oluşturmaktadır [87]. Depresyona yatkın olan bireylerin ortaya çıkan olumsuz duygudan kurtulma becerileri değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle, belirli duygu düzenleme stratejilerinin kullanımındaki bireysel farklılıklar depresyonun başlaması ve prognozunda önemli bir role sahiptir [88]. Buna karşılık, adaptif duygu düzenlemesi dayanıklılıkla ilişkilidir ve depresyon gelişimine karşı koruyucu bir faktördür [61]. Çalışmamız duygu düzenleme zorluğu ile depresif belirtilerin şiddeti arasında ilişkiyi destekleyerek literatür ile uyumlu bulunmuştur.

6.2.4. Depresyon ve Duygusal Yeme

Çalışmamızda gruplar arasında duygusal yeme davranışı karşılaştırıldığında kontrol grubundaki ergenler huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı gibi duygusal değişimlere bağlı olarak MDB grubuna göre daha fazla duygusal yeme davranışı göstermektedir.

Çalışmamızda majör depresyon grubunda depresif belirtiler ile huzursuz duyguduruma ve kaygı/öfke/hayal kırıklığı duygudurumuna bağlı olarak duygusal yeme davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Çalışmamıza göre depresif belirti şiddeti arttıkça duygusal yeme davranışı azalmaktadır. Duygusal yeme

yetişkinlerde majör depresif bozukluk ile ilişkilendirilmesine rağmen, çocuk ve ergenlerdeki bulgular karışıktır.

Ergenlik, günlük kararlarda artan bağımsızlık ve ebeveynlerden çok akranlarının kişinin genel öz saygısı ve beden imajı da dahil olmak üzere tutumları ve inançları üzerindeki artan etkisiyle işaretlenen gelişim dönemini temsil eder. Thompson ve diğerleri beden imajını kişinin kendi görünümüne ilişkin öznel değerlendirmesi olarak tanımlar [153]. Çalışmalar, beden memnuniyetsizliğinin çocuklar büyüdükçe artmaya başladığını ve düşük beden itibarının ergenlik döneminde diyet yapma, düzensiz beslenme ve madde bağımlılığı gibi çeşitli sağlıksız davranışlar için giderek daha fazla bir risk faktörü haline geldiğini göstermektedir [154]. Bu nedenle, olumsuz beden imajının önceki araştırmalarda ergenler ve genç yetişkinler arasında hem fiziksel hem de psikososyal işleyişe önemli bir katkıda bulunduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda beden imajı değerlendirilmediği için bulgular literatürden farklı saptanmış olabilir.

Yetişkinler arasında artan depresif semptomlar, artan duygusal yeme davranışlarıyla ilişkilidir [155]. Bununla birlikte, çocuklar ve ergenler arasında bu ilişkinin varlığına ilişkin bulgular karışıktır. Bazı çalışmalar depresif semptomlar ve duygusal yemenin ilişkili olduğunu bildirmiş olsa da [156] [157], diğerleri depresyon ve duygusal yeme arasında bir ilişkiyi destekleyecek çok az veya hiç kanıt bulamamışlardır [158] [159].

Ancak, çocuklarda ve ergenlerde depresyon ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi anlamak önemlidir. Eğer mevcutsa bu, duygusal yemenin depresyonlu gençler arasında obezite için önleyici müdahaleler için bir hedef olabileceğini düşündürmektedir.

Çocuk ve ergenlerde depresyon ve duygusal yeme ilişkisini inceleyen 18 yaş ve altı örnekleme sahip 37 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz; depresif semptomlar ile duygusal yemenin çocuklarda ve ergenlerde pozitif olarak ilişkili olduğunu belirtti.

Önceki araştırmalara göre duygusal yiyiciler ruh hallerini tanımakta ve yönetmekte güçlük çekerler ve etkili duygusal düzenleme yerine yemek yemeyi koyarlar [15]. Yakın tarihli boylamsal araştırmalar, çocuklarda depresif semptomların ergenlik dönemindeki duygusal yemeyi öngördüğünü ileri sürmektedir [16].

Çalışmaların sonuçlarındaki bu çeşitliliğin örneklem gruplarındaki sosyokültürel ve ırksal farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında yeme tutum özellikleri karşılaştırıldığında MDB grubundaki ergenlerin yeme tutum özelliklerinde oral kontrolü kontrol grubuna göre daha fazla kullandığı gösterilmiştir. Depresyon şiddeti ile yeme tutum özellikleri arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

2022 yılında 18-25 yaşlarındaki 227 kadın ve 144 erkek üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon ile yeme tutumları arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçlar bunların birbirlerini dolaylı olarak etkilediğini ancak doğrudan ilişkili olmadığını göstermiştir [160].

Ülkemizde 18-25 yaş arası 301 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada anormal yeme tutumuna sahip bireylerin daha yüksek depresyon düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır [161].

Yetişkinlerde yapılan yeme tutumu ve depresyon ilişkisini inceleyen 200 katılımcının olduğu bir diğer araştırmada da çalışmamızla uyumlu olarak depresyon şiddeti ve yeme tutumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [162].

Duygusal yeme aynı zamanda, aşırı yemek yeme ve yeme üzerindeki kontrolün kaybedilmesi dahil olmak üzere obezite riskinin artmasına katkıda bulunabilecek davranışlarla ilişkilendirilmiştir [18]. Duygusal yemenin; kötü beslenme ve daha yüksek obezite riski ile arasındaki güçlü ilişkiler göz önüne alındığında, ergenlikte duygusal yemenin yordayıcılarını, bağlantılarını belirlemek ve daha iyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

6.2.5. Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme

Çalışmamızda majör depresyon grubunda dikkat ve farkındalık alt boyutu ile içsel ve dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri davranışı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre ergenlerin odaklanma, dikkati sürdürme ve çevrenin, düşüncelerin, duygu ve duyumların farkında olmayı kapsayan dikkat ve farkındalık becerisi arttıkça içsel ve dışsal işlevsel duygudurum düzenleme stratejilerini daha fazla kullanmaktadır.

Tepkisizlik alt boyutu ile içsel işlevsel duygu düzenleme, dışsal işlevsel duygu düzenleme ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme strateji davranışları

arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre kişinin duygu ve düşüncelerin bastırmadan kabul etmesi ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve duyumların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerisini kapsayan tepkisizlik becerisi arttıkça; içsel ve dışsal işlevsel duygudurum düzenleme stratejileri ile içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini kullanımı azalmaktadır.

Yargılayıcı olmama alt boyutu ile içsel işlevsel duygudurum düzenleme strateji davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözlemleme becerisini ölçen yargılayıcı olmama becerisi arttıkça içsel işlevsel duygudurum düzenleme stratejilerini kullanımı azalmaktadır.

Kendini Kabullenme alt boyutu ile içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygudurum ve içsel işlevsel duygudurum düzenleme strateji davranışları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi anlamına gelen kendini kabullenme becerisi arttıkça; içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygudurum düzenleme stratejileri ile içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kullanımı azalmaktadır.

Yüksek farkındalık seviyelerine sahip bireylerin, bilincin izlenmesi ve bilişsel süreçlerin kontrolü de dahil olmak üzere daha fazla meta biliş yeteneğine sahip olabilecekleri için bilişsel yeniden değerlendirme stratejilerini uygulama olasılıkları daha yüksektir [163]. Başka bir deyişle, daha yüksek farkındalık seviyelerine sahip bireyler için, olumsuz duygulara doğrudan tepki vermeden önce duraklamak daha kolaydır. Ek olarak, otomatik düşüncelerden kurtulma ve şimdiki an deneyimine odaklanma olasılıkları daha yüksektir [163]. Bu, bireylerin kendi duygusal değerlendirmeleri hakkında daha fazla içgörüye sahip olmalarını ve her zaman belirli durumlar tarafından tetiklenen otomatik tepkilerini fark etmelerini sağlar, böylece kendi duygularını etkili bir şekilde düzenleyebilir ve durumlarla başa çıkmak için rasyonel bir yeniden değerlendirme seçebilirler [147].

Yüksek farkındalık seviyelerine sahip bireylerin, hayal kırıklığı yaratan duyguları inkar etmeden veya bastırmadan tüm deneyimleri fark etme ve kabul etme olasılığı daha yüksektir. Çalışmalar, daha yüksek düzeyde kabulün daha düşük

düzeyde bastırma ile ilişkili olduğunu göstermiştir [164].

Çin’de 12-18 yaş aralığında 1067 ortaokul öğrencisinin anket katılımı ile sağlanan farkındalık ve psikolojik sıkıntıda duygu düzenlemenin rolünü inceleyen bir araştırmada farkındalığın, duygu düzenleme yoluyla ergenlerin psikolojik sıkıntılarına karşı koruyucu bir faktör olduğunu ortaya koymuştur [100].

Ergenlik döneminde duygu düzenleme ve farkındalığın ilişkisini inceleyen 320 katılımcının olduğu bir araştırma ise; duygu düzenlemede daha az zorluk çeken ergenlerin daha yüksek farkındalığa sahip olduğunu saptamıştır [165].

Farkındalık düzeyi düşük ergenler, duygusal netlik, öz kontrol ve kabul eksikliği yaşayabilir, bu da onlarda duyguların farkındalığının zayıf olmasına ve başkalarına karşı dürtüsel ve saldırgan davranışlar ya da kendini suçlama gibi işlevsiz duygusal tepkilere kolayca kapılmalarına yol açabilir. Bunların hepsi yüksek düzeyde psikolojik sıkıntıyla ilişkilidir [166].

Daha yüksek bilinçli farkındalığın daha iyi duygu düzenleme becerileri ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Bilinçli farkındalık ile gelen bakış açısındaki olumlu değişimin, kesinlik, objektivite ve sakinlik oluşturacağını ve sonuç olarak duygu regülasyonunu destekleyeceği öne sürülmektedir [102]. Çalışmamızda saptanan veriler literatür ile kısmen uyumlu bulunmuş, bu alanda yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

6.2.6. Bilinçli Farkındalık ve Duygusal Yeme

Çalışmamızda majör depresyon grubunda kendini kabullenme alt boyutu ile huzursuz duyguduruma bağlı duygusal yeme davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi anlamına gelen kendini kabullenme becerisi arttıkça huzursuz duyguduruma bağlı duygusal yeme davranışı azalmaktadır.

Farkındalıklı yeme, farkındalık prensiplerini yeme ve yemeğe uygulamayı içerir. Daha spesifik olarak, yemek yerken veya yiyeceklerle ilgili bir ortamda fiziksel ve duygusal duyumların yargısız bir şekilde farkında olmak olarak tanımlanabilir [167]. Müdahale ortamlarında, farkındalıkla yemeyi öğrenmek, yemek yeme sırasında dikkat

dağıtıcı unsurları azaltmayı ve yemek için içsel ipuçlarının ve yiyeceğin kokusu, tadı ve dokusu gibi yiyeceklerle ilgili duyumların farkındalığını artırmayı içerebilir. Önceki araştırmalar, farkındalıkli yemenin daha fazla zihinsel iyilik hali ve daha düşük algılanan stres ile ilişkili olduğunu bulmuştur [168] [169].

Literatür incelendiğinde bilinçli farkındalıkla yeme üzerine yapılan çalışmalarda bilinçli yemenin stresi, düzensiz beslenmeyi, obeziteyi, kilo vermeyi ve yeme bozukluklarını azaltmada faydalı olduğu gösterilmiştir [109]. Duygularıyla baş edebilen, stres ve kaygılarını iyi yönetebilen ergenler, yeme davranışlarını da daha iyi kontrol edebilmektedir [170].

Yeme davranışını kontrol etmede, bilinçli yeme tercihlerini kullanarak kilo kontrolü sağlamak öz yeterlilikle ilişkilidir. Öz yeterlilik, bir bireyin davranışını sürdürebilme yeteneğine olan inancıdır ve sağlık davranışları araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir kavramdır. Ülkemizde yapılan 198 lise öğrencisinin dahil edildiği bir araştırma farkındalık ve kilo kontrolü öz yeterliliğinin; duygusal yeme ve BMI üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir [171].

Ergenler olumsuz duygularla uygun şekilde baş edemediğinde bilinçsizce daha fazla otomatik yeme davranışı gösterebilirler. Duygu düzenlemesindeki bu uyumsuzluk, aşırı yeme ve aşırı kilolu olmada bir faktördür [172].

Farkındalık, duyguların, düşüncelerin ve yaşam olaylarının farkındalığı yoluyla davranışları yönlendiren üst düzey bir beceridir. Dolayısıyla farkındalığın fazla kilolu olma üzerindeki etkisi sadece yemek yemekle sınırlı değildir. Farkındalığın olumsuz duygularla baş etmek için bireyi yemek yemek yerine fiziksel aktiviteye yönlendirdiği söylenebilir.

Hendrickson ve Rasmussen, ortalama yaşı 13 olan ve bilinçli yeme temelli bir eğitim tamamlayan bir grup ergenin, kontrol grubundakilere kıyasla yiyecek seçimlerinde daha fazla öz kontrole sahip olduğunu bildirmiştir [173]. Bununla birlikte Barnes ve Kristeller, 14 ile 17 yaşlarındaki ergenler için lise ortamında farkındalık tabanlı yeme farkındalığını uyarlamış ve uygulamıştır. Kontrollerle karşılaştırıldığında, farkındalık tabanlı yeme farkındalığı eğitimi grubu, düşük kalorili yiyeceklerin genel tüketiminde artış da dahil olmak üzere diyet seçimlerinde önemli gelişmeler göstermiştir [174].

Ek olarak, yetişkinlerde her türlü farkındalığa dayalı müdahaleyi değerlendiren sistematik bir inceleme, müdahale gruplarının dürtüsel yeme ve aşırı yeme davranışında azalma ve fiziksel aktivite davranışında artış olduğunu bildirmiştir [34].

6.2.7. Duygu Düzenleme ve Duygusal Yeme

Çalışmamızda majör depresyon grubunda dışsal işlevsel duygu düzenleme strateji davranışı ile huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı, depresif belirtilere bağlı duygusal yeme davranışı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre ergenlerin dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri kullanma becerisi arttıkça duygusal yeme davranışı artmaktadır.

İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme strateji davranışı ile huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı duygudurumuna bağlı duygusal yeme davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre ergenlerin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri kullanımı arttıkça duygusal yeme davranışı azalmaktadır.

Çocuklar ve ergenlerle yapılan önceki çalışmalar, duygu düzenlemenin bu düzensiz yeme davranışının önemli bir yordayıcısı olabileceğini öne sürerken, ergenlikte duygu düzenleme ile duygusal yeme arasındaki bağlantıyı başka hangi faktörlerin etkileyebileceği hakkında çok az şey bilinmektedir.

Bir dizi önceki çalışma, zayıf duygu düzenlemesi ile düzensiz yeme davranışları arasında ilişki bulmuştur. Bu bulguların çoğu yetişkin örneklemelerinden gelse de [175], birkaç çalışma çocuklarda ve ergenlerde duygu düzenlemesi ile duygusal yeme arasındaki ilişkiyi incelemiştir [176] [177]. Örneğin Harrist ve diğerleri, zayıf duygu düzenleme becerilerinin, özellikle öfke ve endişeye karşı tepki vermenin, 782 çocuktan oluşan bir örnekleme ikinci ve üçüncü sınıflar arasında duygusal yemede daha fazla artışı öngördüğünü bulmuştur [178].

Duygusal yeme davranışını inceleyen 138 ergenin katıldığı bir araştırmada, çocuklukta daha iyi duygu düzenleme becerilerinin daha düşük duygusal yeme ile ilişkili olduğunu, kilo durumunun ve olumsuz beden imajının bu bağlantıyı etkilediğini ortaya koymuştur [170].

Duygu düzenlemesinin çocuklar ve ergenler arasında yeme davranışlarını etkilediğine dair artan kanıtlar olsa da, bazı ergenlerin diğerlerinden daha fazla duygusal yemeye girme derecesini etkileyen önemli kişisel, fiziksel ve/veya sosyal faktörlerin de olması muhtemeldir. Çalışmamızda saptanan veriler literatür ile kısmen uyumlu bulunmuş, bu alanda yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamızda MDB ve kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler, bireysel ve aile özellikleri açısından; ailelerin gelir düzeyi dağılımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, anne ve baba yaş ortalamaları, anne sütü aldığı süre, kronik hastalık ve ameliyat öyküsü dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. MDB grubunda ailenin gelir düzeyi ortalamasının, anne ve baba yaş ortalamasının ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Bilinçli farkındalık düzeylerine gruplar arasında bakıldığında; kontrol grubunda kendini kabullenme davranışı MDB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
- MDB grubunda depresif belirtiler ile yargılayıcı olmama alt boyutu arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Tüm örneklemde bakıldığında depresif belirtilerin şiddeti ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- Gruplar arasında duygu düzenleme stratejilerine bakıldığında ise MDB tanılı ergenlerin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ile dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini sağlıklı kontrollere göre daha fazla; dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini ise sağlıklı kontrollere göre daha az kullandığı saptanmıştır. Tüm örneklemde depresif belirtiler ile hem içsel hem dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

- Gruplar arasında duygusal yeme davranışı karşılaştırıldığında ise kontrol grubundaki ergenler huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı gibi duygusal değişimlere bağlı olarak MDB grubuna göre daha fazla duygusal yeme davranışı göstermektedir. MDB grubunda depresif belirtiler ile huzursuz duygudurum ve kaygı/öfke/hayal kırıklığı duygudurumuna bağlı duygusal yeme davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır.
- Yeme tutum özellikleri gruplar arasında karşılaştırıldığında MDB grubundaki ergenlerin yeme tutum özelliklerinde oral kontrolü kontrol grubuna göre daha fazla kullandığı gösterilmiştir. Depresyon şiddeti ile yeme tutum özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- MDB hastalarında dikkat ve farkındalık alt boyutu ile içsel ve dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri davranışı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Tepkisizlik alt boyutu ile içsel işlevsel duygu düzenleme, dışsal işlevsel duygu düzenleme ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme strateji davranışları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Yargılayıcı olmama alt boyutu ile içsel işlevsel duygudurum düzenleme strateji davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Kendini kabullenme alt boyutu ile içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygudurum ve içsel işlevsel duygudurum düzenleme strateji davranışları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır.
- MDB hastalarında kendini kabullenme alt boyutu ile huzursuz duyguduruma bağlı duygusal yeme davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır.
- MDB hastalarında dışsal işlevsel duygu düzenleme strateji davranışı ile huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı, depresif belirtilere bağlı duygusal yeme davranışı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme strateji davranışı ile huzursuz duygudurum, kaygı/öfke/hayal kırıklığı duygudurumuna bağlı duygusal yeme davranışı arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda bilinçli farkındalık, yargılayıcı olmama, kendini kabullenme ve dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının koruyucu faktörler olduğu, işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin ergenlerde depresyon için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre klinisyenlerin MDB tanılı ergenlerin tedavisinde içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin azaltılması üzerine çalışması; kendini kabullenme, yargılayıcı olmama ve bilinçli farkındalık becerilerinin artırılmasını hedeflenmesinin önemli olduğunu öngörmekteyiz.

Duygusal yeme davranışı olan hastalarda, kendini kabullenme becerisi üzerine çalışılmasının tedaviyi olumlu etkileyeceğini, duygusal yeme davranışına bağlı obezite, kardiyovasküler hastalık gibi risk faktörlerini azaltacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bilinçli farkındalık ile ergenlerin depresif belirtileri arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmayı esas olarak duygu düzenleme perspektifinden araştırdık. Bu ilişkinin altında yatan bağlanma stili vb. gibi başka mekanizmaların da mevcut olduğu bilinmektedir [179]. Bu nedenle, farkındalık ile psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiye dair anlayışımızı farklı teoriler ve mekanizmalar temelinde genişletmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Gelecekteki araştırmalarda majör depresif bozukluk tanısı olan ergenlerde bilinçli farkındalık üzerine psikiyatrik ilaç kullanmayan daha geniş örneklemli çalışmaların yapılması altta yatan mekanizmaları anlamamız adına yarar sağlayacaktır.

8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

1. Psikolojik sıkıntı ile duygusal yeme arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünü inceleyen çok az araştırma vardır. Araştırmamız majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi incelemesi sebebiyle alan yazınına katkı sağlamıştır.
2. Ergenlerde bilinçli farkındalık üzerine yapılan önceki araştırmaların çoğunda psikiyatrik ilaç kullanıyor olmak dışlanma ölçütü olarak kabul edilmemiştir.

Çalışmamızda örneklem grubunun psikiyatrik ilaç kullanmıyor olması, bilinçli farkındalığın rolünün daha etkili incelenmesini sağlamıştır.

3. Çalışmamızın kesitsel desende bir araştırma olması sonuçlarımız arasında nedensellik kurulması önünde bir engeldir. Nedensellik ilişkisini daha iyi ortaya koyabilmek için kanıt düzeyi yüksek uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç vardır.
4. Çalışmamızın tek kliniğe ait verileri içermesi ve örneklemin küçük olması sonuçlarımızın genellenebilir olmasını engellemektedir. Sonuçlarımızın genellenebilmesi için çok merkezli, daha büyük örneklemlili, toplum örneklemini de içeren çalışmalara gereksinim vardır.
5. Örneklem sayısının azlığı, bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına neden olmuş olabilir. Olgu grubuna ait değişkenlerin ayrıştırılması kanıt düzeyi daha yüksek sonuçların elde edilmesini sağlayabilir.

9. KAYNAKÇA

- [1] A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling, and E. Taylor, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2015. doi: 10.1002/9781118381953.
- [2] P. Rohde, P. M. Lewinsohn, D. N. Klein, J. R. Seeley, and J. M. Gau, "Key Characteristics of Major Depressive Disorder Occurring in Childhood, Adolescence, Emerging Adulthood, and Adulthood," *Clin. Psychol. Sci.*, vol. 1, no. 1, pp. 41–53, Jan. 2013, doi: 10.1177/2167702612457599.
- [3] D. F. Ionescu, J. F. Rosenbaum, and J. E. Alpert, "Pharmacological approaches to the challenge of treatment-resistant depression.," *Dialogues Clin. Neurosci.*, vol. 17, no. 2, pp. 111–26, Jun. 2015, doi: 10.31887/DCNS.2015.17.2/dionescu.
- [4] C. Strauss *et al.*, "Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Supported Mindfulness-Based Cognitive Therapy Self-help Compared With Supported Cognitive Behavioral Therapy Self-help for Adults Experiencing Depression: The Low-Intensity Guided Help Through Mindfulness (," *JAMA psychiatry*, vol. 80, no. 5, pp. 415–424, May 2023, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.0222.
- [5] M. R. Pearson, A. K. Lawless, D. B. Brown, and A. J. Bravo, "Mindfulness and emotional outcomes: Identifying subgroups of college students using latent profile analysis," *Pers. Individ. Dif.*, vol. 76, pp. 33–38, Apr. 2015, doi: 10.1016/j.paid.2014.11.009.
- [6] B. Foster, J. Lomas, L. Downey, and C. Stough, "Does Emotional Intelligence Mediate the Relation Between Mindfulness and Anxiety and Depression in Adolescents?," *Front. Psychol.*, vol. 9, p. 2463, 2018, doi: 10.3389/fpsyg.2018.02463.
- [7] M. R. Pearson, A. K. Lawless, D. B. Brown, and A. J. Bravo, "Mindfulness and Emotional Outcomes: Identifying Subgroups of College Students using Latent Profile Analysis.," *Pers. Individ. Dif.*, vol. 76, pp. 33–38, Apr. 2015, doi: 10.1016/j.paid.2014.11.009.

- [8] N. Garnefski, V. Kraaij, and M. van Etten, "Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology.," *J. Adolesc.*, vol. 28, no. 5, pp. 619–31, Oct. 2005, doi: 10.1016/j.adolescence.2004.12.009.
- [9] E. L. Osborne, B. Ainsworth, P. Chadwick, and M. J. Atkinson, "The role of emotion regulation in the relationship between mindfulness and risk factors for disordered eating: A longitudinal mediation analysis.," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 56, no. 2, pp. 458–463, Feb. 2023, doi: 10.1002/eat.23849.
- [10] N. S. Endler and J. D. A. Parker, "Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies.," *Psychol. Assess.*, vol. 6, no. 1, pp. 50–60, Mar. 1994, doi: 10.1037/1040-3590.6.1.50.
- [11] B. Parkinson and P. Totterdell, "Classifying Affect-regulation Strategies," *Cogn. Emot.*, vol. 13, no. 3, pp. 277–303, May 1999, doi: 10.1080/026999399379285.
- [12] T. F. Heatherton and R. F. Baumeister, "Binge eating as escape from self-awareness.," *Psychol. Bull.*, vol. 110, no. 1, pp. 86–108, 1991, doi: 10.1037/0033-2909.110.1.86.
- [13] A. Braden, D. Musher-Eizenman, T. Watford, and E. Emley, "Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?," *Appetite*, vol. 125, pp. 410–417, Jun. 2018, doi: 10.1016/j.appet.2018.02.022.
- [14] C. G. Greeno and R. R. Wing, "Stress-induced eating.," *Psychol. Bull.*, vol. 115, no. 3, pp. 444–464, 1994, doi: 10.1037/0033-2909.115.3.444.
- [15] S. T. P. Spoor, M. H. J. Bekker, T. Van Strien, and G. L. van Heck, "Relations between negative affect, coping, and emotional eating.," *Appetite*, vol. 48, no. 3, pp. 368–76, May 2007, doi: 10.1016/j.appet.2006.10.005.
- [16] K. M. Kidwell, T. D. Nelson, J. M. Nelson, and K. A. Espy, "A Longitudinal Study of Maternal and Child Internalizing Symptoms Predicting Early Adolescent Emotional Eating," *J. Pediatr. Psychol.*, p. jsw085, Oct. 2016, doi:

10.1093/jpepsy/jsw085.

- [17] T. van Strien, “Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity,” *Curr. Diab. Rep.*, vol. 18, no. 6, p. 35, Jun. 2018, doi: 10.1007/s11892-018-1000-x.
- [18] L. Goossens, C. Braet, L. Van Vlierberghe, and S. Mels, “Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating,” *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 17, no. 1, pp. 68–78, Jan. 2009, doi: 10.1002/erv.892.
- [19] J. G. (ed. . Michael Gelder (ed.), Nancy Andreasen (ed.), Juan Lopez-Ibor (ed.), *New Oxford Textbook of Psychiatry (2 edn)*.
- [20] B. Birmaher and P. Heydl, “Biological studies in depressed children and adolescents,” *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, vol. 4, no. 02, Jun. 2001, doi: 10.1017/S1461145701002358.
- [21] E. J. Hauenstein, “Depression in Adolescence,” *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, vol. 32, no. 2, pp. 239–248, Mar. 2003, doi: 10.1177/0884217503252133.
- [22] G. C. Patton, J. B. Carlin, C. Coffey, R. Wolfe, M. Hibbert, and G. Bowes, “Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years,” *Am. J. Public Health*, vol. 88, no. 10, pp. 1518–22, Oct. 1998, doi: 10.2105/ajph.88.10.1518.
- [23] J. A. Bridge, T. R. Goldstein, and D. A. Brent, “Adolescent suicide and suicidal behavior,” *J. Child Psychol. Psychiatry.*, vol. 47, no. 3–4, pp. 372–94, 2006, doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.
- [24] E. Jane Costello, A. Erkanli, and A. Angold, “Is there an epidemic of child or adolescent depression?,” *J. Child Psychol. Psychiatry.*, vol. 47, no. 12, pp. 1263–71, Dec. 2006, doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x.
- [25] N. B. Daştan, “Mental Status and Related Factors in High School Adolescent Students,” *Procedia - Soc. Behav. Sci.*, vol. 114, pp. 500–505, Feb. 2014, doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.736.

- [26] J. P. Hoffmann, S. A. Baldwin, and F. G. Cerbone, "Onset of major depressive disorder among adolescents.," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 42, no. 2, pp. 217–24, Feb. 2003, doi: 10.1097/00004583-200302000-00016.
- [27] "12. Rey JM, Bella-Awusah TT, Liu J, Professor of Psychiatry F. Depression in Children and Adolescents. In: Rey JM (Ed) IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Alli,,"
- [28] L. Shanahan, W. E. Copeland, E. J. Costello, and A. Angold, "Child-, adolescent- and young adult-onset depressions: differential risk factors in development?," *Psychol. Med.*, vol. 41, no. 11, pp. 2265–74, Nov. 2011, doi: 10.1017/S0033291711000675.
- [29] A. Thapar and F. Rice, "Twin studies in pediatric depression.," *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, vol. 15, no. 4, pp. 869–81, viii, Oct. 2006, doi: 10.1016/j.chc.2006.05.007.
- [30] K. C. M. Kindt, M. Kleinjan, J. M. A. M. Janssens, and R. H. J. Scholte, "Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents from low-income areas: a randomized controlled effectiveness trial.," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 11, no. 5, pp. 5273–93, May 2014, doi: 10.3390/ijerph110505273.
- [31] M. M. Weissman, "Recent advances in depression across the generations.," *Epidemiol. Psychiatr. Soc.*, vol. 15, no. 1, pp. 16–9, 2006, [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16584099>
- [32] R. J. Wurtman, "Genes, stress, and depression.," *Metabolism.*, vol. 54, no. 5 Suppl 1, pp. 16–9, May 2005, doi: 10.1016/j.metabol.2005.01.007.
- [33] A. Holmes and D. Ph, "Genetic Sensitivity to the Environment: The Case of the Serotonin Transporter Gene and Its Implications for Studying Complex Diseases and Traits," pp. 509–527.
- [34] O. E. Ceylan M, *Duygudurum bozuklukları, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Kitabı. 4. Cilt, Birinci Baskı, İstanbul. 2001:72-135.*

- [35] Uma Rao, "Biomarkers in pediatric depression. Depression and anxiety. 2013;30(9):787- 91.", doi: 10.1002/da.22171.
- [36] J. Beck-Friis, J.-G. Ljunggren, M. Thorén, D. von Rosen, B. F. Kjellman, and L. Wetterberg, "Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy humans with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test," *Psychoneuroendocrinology*, vol. 10, no. 2, pp. 173–186, Jan. 1985, doi: 10.1016/0306-4530(85)90055-1.
- [37] W. J. Meyer *et al.*, "Depression and growth hormone.," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 30, no. 2, p. 335, Mar. 1991, doi: 10.1097/00004583-199103000-00035.
- [38] B. Birmaher *et al.*, "Growth hormone secretion in children and adolescents at high risk for major depressive disorder.," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 57, no. 9, pp. 867–72, Sep. 2000, doi: 10.1001/archpsyc.57.9.867.
- [39] M. C. McKinnon, K. Yucel, A. Nazarov, and G. M. MacQueen, "A meta-analysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder.," *J. Psychiatry Neurosci.*, vol. 34, no. 1, pp. 41–54, Jan. 2009, [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19125212>
- [40] M. Ernst and K. E. Korelitz, "Cerebral maturation in adolescence: behavioral vulnerability.," *Encephale.*, vol. 35 Suppl 6, pp. S182-9, Dec. 2009, doi: 10.1016/S0013-7006(09)73469-4.
- [41] R. J. Steingard *et al.*, "Structural abnormalities in brain magnetic resonance images of depressed children.," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 35, no. 3, pp. 307–11, Mar. 1996, doi: 10.1097/00004583-199603000-00011.
- [42] NICE, "National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. NICE guideline (CG28). Retrieved from [http:// www.nice.org.uk/ guidance/ cg28/ c](http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/c)".
- [43] B. L. Hankin, R. Mermelstein, and L. Roesch, "Sex differences in adolescent

- depression: stress exposure and reactivity models.,” *Child Dev.*, vol. 78, no. 1, pp. 279–95, 2007, doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x.
- [44] J. Kaufman *et al.*, “Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children.,” *Biol. Psychiatry*, vol. 59, no. 8, pp. 673–80, Apr. 2006, doi: 10.1016/j.biopsych.2005.10.026.
- [45] K. Zwierynska, D. Wolke, and T. S. Lereya, “Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study.,” *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 41, no. 2, pp. 309–23, Feb. 2013, doi: 10.1007/s10802-012-9678-8.
- [46] S. Hamdan, N. M. Melhem, G. Porta, M. Walker Payne, and D. A. Brent, “The phenomenology and course of depression in parentally bereaved and non-bereaved youth.,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 51, no. 5, pp. 528–36, May 2012, doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.021.
- [47] D. Brent, N. Melhem, M. B. Donohoe, and M. Walker, “The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 166, no. 7, pp. 786–94, Jul. 2009, doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08081244.
- [48] Aşkın R., *Depresyonun Psikopatolojisi Bölümü Depresyon El Kitabı. Konya 1999.*
- [49] Gordon Parker and Kay Roy, “Adolescent Depression: A Review,” 2001, doi: <https://doi.org/10.1080/000486701006050>.
- [50] Kaplan&Sadock, *Gündoğar D. 8.Bölüm:Duygudurum Bozuklukları, Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri; 2015. p. 347-86. 2015.*
- [51] “Karahana, T. F., Sardoğan, M. E., Özkamalı, E., Menteş, Ö. (2006). AN INVESTIGATION OF SOCIAL EFFICACY EXPECTANCY AND AUTOMATIC THOUGHTS IN HIGH SCHOOL STUDENTS ACCORDING TO THE LIVING PLACES, AND GENDER. Turkish Psychological

Counseling and Guidance Journ”.

- [52] “Türkçapar, H. M. (2017). Bilişsel Terapi. Gözden geçirilmiş 10. Baskı. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara.” 2017.
- [53] “Özmen M. Depresyonda Dinamik Nedenler. Duygudurum Dizisi 2001;6(283-7).”.
- [54] *Aşkın R. Depresyon El Kitabı. 2nd ed. Konya; 1999.*
- [55] *Akiskal HS. Mood Disorders: Introduction and Overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 2000. p. 1284-98.*
- [56] T. Ford, R. Goodman, and H. Meltzer, “The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 42, no. 10, pp. 1203–11, Oct. 2003, doi: 10.1097/00004583-200310000-00011.
- [57] B. Birmaher *et al.*, “Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 46, no. 11, pp. 1503–26, Nov. 2007, doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c.
- [58] E. Bayramkaya, F. Toros, and C. Özge, “Ergenlerde Sosyal Fobi ile Depresyon, Öz kavram, Sigara Alışkanlığı Arasındaki İlişki”.
- [59] E. J. Costello, H. Egger, and A. Angold, “10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 44, no. 10, pp. 972–86, Oct. 2005, doi: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f.
- [60] E. J. Costello, S. Mustillo, A. Erkanli, G. Keeler, and A. Angold, “Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 60, no. 8, pp. 837–44, Aug. 2003, doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
- [61] A. Thapar, S. Collishaw, D. S. Pine, and A. K. Thapar, “Depression in

- adolescence.,” *Lancet (London, England)*, vol. 379, no. 9820, pp. 1056–67, Mar. 2012, doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
- [62] B. Birmaher and D. Brent, “Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 46, no. 11, pp. 1503–1526, Nov. 2007, doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c.
- [63] P. Hazell, D. O’Connell, D. Heathcote, and D. A. Henry, “Tricyclic drugs for depression in children and adolescents,” in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, P. Hazell, Ed., Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2002. doi: 10.1002/14651858.CD002317.
- [64] J. A. Bridge *et al.*, “Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment,” *JAMA*, vol. 297, no. 15, p. 1683, Apr. 2007, doi: 10.1001/jama.297.15.1683.
- [65] M. N. Cook, J. Peterson, and C. Sheldon, “Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making.,” *Psychiatry (Edgmont)*, vol. 6, no. 9, pp. 17–31, Sep. 2009, [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19855857>
- [66] S. Hetrick, S. Merry, J. McKenzie, P. Sindahl, and M. Proctor, “Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents.,” *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 3, p. CD004851, Jul. 2007, doi: 10.1002/14651858.CD004851.pub2.
- [67] M. E. Domino *et al.*, “Cost-Effectiveness of Treatments for Adolescent Depression: Results From TADS,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 165, no. 5, pp. 588–596, May 2008, doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07101610.
- [68] G. J. Emslie, D. Ventura, A. Korotzer, and S. Tourkodimitris, “Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo-controlled multisite trial.,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 48, no. 7, pp. 721–729, Jul. 2009, doi: 10.1097/CHI.0b013e3181a2b304.
- [69] L. Mufson, M. M. Weissman, D. Moreau, and R. Garfinkel, “Efficacy of

- interpersonal psychotherapy for depressed adolescents.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 56, no. 6, pp. 573–9, Jun. 1999, doi: 10.1001/archpsyc.56.6.573.
- [70] A. B. Klomek and L. Mufson, “Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents.,” *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, vol. 15, no. 4, pp. 959–75, ix, Oct. 2006, doi: 10.1016/j.chc.2006.05.005.
- [71] U. Rao, “Development and natural history of pediatric depression: Treatment implications.,” 2006.
- [72] P. M. Lewinsohn, G. N. Clarke, J. R. Seeley, and P. Rohde, “Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence.,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 33, no. 6, pp. 809–18, 1994, doi: 10.1097/00004583-199407000-00006.
- [73] S. Grover and A. Avasthi, “Clinical Practice Guidelines for the management of depression in children and adolescents.,” *Indian J. Psychiatry*, vol. 61, no. Suppl 2, pp. 226–240, Jan. 2019, doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_563_18.
- [74] D. M. Fergusson and L. J. Woodward, “Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 59, no. 3, pp. 225–31, Mar. 2002, doi: 10.1001/archpsyc.59.3.225.
- [75] J. J. GROSS, “Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences,” *Psychophysiology*, vol. 39, no. 3, p. S0048577201393198, May 2002, doi: 10.1017/S0048577201393198.
- [76] J. J. Gross, “The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review,” *Rev. Gen. Psychol.*, vol. 2, no. 3, pp. 271–299, Sep. 1998, doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271.
- [77] J. J. Gross, “Emotion Regulation: Past, Present, Future,” *Cogn. Emot.*, vol. 13, no. 5, pp. 551–573, Sep. 1999, doi: 10.1080/026999399379186.
- [78] L. J. Bridges, W. S. Grolnick, and J. P. Connell, “Infant emotion regulation with mothers and fathers,” *Infant Behav. Dev.*, vol. 20, no. 1, pp. 47–57, Jan.

- 1997, doi: 10.1016/S0163-6383(97)90060-6.
- [79] C. Riva Crugnola, R. Tambelli, M. Spinelli, S. Gazzotti, C. Caprin, and A. Albizzati, "Attachment patterns and emotion regulation strategies in the second year," *Infant Behav. Dev.*, vol. 34, no. 1, pp. 136–151, Feb. 2011, doi: 10.1016/j.infbeh.2010.11.002.
- [80] N. Eisenberg, T. L. Spinrad, and N. D. Eggum, "Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment," *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 6, no. 1, pp. 495–525, Mar. 2010, doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208.
- [81] L. Steinberg, "Cognitive and affective development in adolescence," *Trends Cogn. Sci.*, vol. 9, no. 2, pp. 69–74, Feb. 2005, doi: 10.1016/j.tics.2004.12.005.
- [82] and T. H. O. Cecilia A. Essau, Sara S. LeBlanc, "Emotion Regulation and Psychopathology in Children and Adolescents," 2017.
- [83] K. L. Gratz and L. Roemer, "Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale," *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, vol. 26, no. 1, pp. 41–54, Mar. 2004, doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
- [84] N. Reis, "Ödüle/cezaya duyarlılık, bilişsel esneklik ve depresyon arasındaki ilişki: Duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü (Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı).," 2020.
- [85] N. Garnefski, T. Van Den Kommer, V. Kraaij, J. Teerds, J. Legerstee, and E. Onstein, "The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample," *Eur. J. Pers.*, vol. 16, no. 5, pp. 403–420, Sep. 2002, doi: 10.1002/per.458.
- [86] P. M. Cole, M. K. Michel, and L. O. Teti, "The development of emotion

- regulation and dysregulation: a clinical perspective.,” *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, vol. 59, no. 2–3, pp. 73–100, 1994, [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7984169>
- [87] N. Garnefski, N. Baan, and V. Kraaij, “Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis,” *Pers. Individ. Dif.*, vol. 38, no. 6, pp. 1317–1327, Apr. 2005, doi: 10.1016/j.paid.2004.08.014.
- [88] I. H. Gotlib and J. Joormann, “Cognition and depression: current status and future directions,” *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 6, pp. 285–312, 2010, doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305.
- [89] L. P. Spear, “The adolescent brain and age-related behavioral manifestations,” *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 24, no. 4, pp. 417–63, Jun. 2000, doi: 10.1016/s0149-7634(00)00014-2.
- [90] J. ZEMAN, M. CASSANO, C. PERRY-PARRISH, and S. STEGALL, “Emotion Regulation in Children and Adolescents,” *J. Dev. Behav. Pediatr.*, vol. 27, no. 2, pp. 155–168, Apr. 2006, doi: 10.1097/00004703-200604000-00014.
- [91] S. F. Gonçalves *et al.*, “Difficulties in Emotion Regulation Predict Depressive Symptom Trajectory from Early to Middle Adolescence,” *Child Psychiatry Hum. Dev.*, vol. 50, no. 4, pp. 618–630, Aug. 2019, doi: 10.1007/s10578-019-00867-8.
- [92] A. Aldao and S. Nolen-Hoeksema, “When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?,” *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 121, no. 1, pp. 276–81, Feb. 2012, doi: 10.1037/a0023598.
- [93] N. Garnefski and V. Kraaij, “Specificity of relations between adolescents’ cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety,” *Cogn. Emot.*, vol. 32, no. 7, pp. 1401–1408, Nov. 2018, doi: 10.1080/02699931.2016.1232698.
- [94] C. Kang and K. Whittingham, “Mindfulness: A Dialogue between Buddhism

- and Clinical Psychology,” *Mindfulness (N. Y.)*, vol. 1, no. 3, pp. 161–173, Sep. 2010, doi: 10.1007/s12671-010-0018-1.
- [95] “Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME (2011) Bilinçli farkındalık ölçeği’ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36:160.” 2011.
- [96] J. Kabat-Zinn, “Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future.” *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, vol. 10, no. 2, pp. 144–156, 2003, doi: 10.1093/clipsy.bpg016.
- [97] K. W. Brown and R. M. Ryan, “The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being.” *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 84, no. 4, pp. 822–848, 2003, doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
- [98] Germer C., “What is mindfulness. *Insight Journal*. 2004;22(3):24-9.” 2004.
- [99] A. Lutz, H. A. Slagter, J. D. Dunne, and R. J. Davidson, “Attention regulation and monitoring in meditation.” *Trends Cogn. Sci.*, vol. 12, no. 4, pp. 163–9, Apr. 2008, doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005.
- [100] Y. Ma and S. Fang, “Adolescents’ Mindfulness and Psychological Distress: The Mediating Role of Emotion Regulation.” *Front. Psychol.*, vol. 10, p. 1358, 2019, doi: 10.3389/fpsyg.2019.01358.
- [101] R. Chambers, E. Gullone, and N. B. Allen, “Mindful emotion regulation: An integrative review.” *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 29, no. 6, pp. 560–72, Aug. 2009, doi: 10.1016/j.cpr.2009.06.005.
- [102] S. L. Shapiro, L. E. Carlson, J. A. Astin, and B. Freedman, “Mechanisms of mindfulness.” *J. Clin. Psychol.*, vol. 62, no. 3, pp. 373–86, Mar. 2006, doi: 10.1002/jclp.20237.
- [103] A. M. Economy, “Exploring the Association Between Emotions and Eating Behavior. Capstone Project, Winona State University,” 2013.
- [104] M. Macht, “Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy.” *Appetite*, vol. 33, no. 1, pp. 129–39, Aug. 1999, doi: 10.1006/appe.1999.0236.
- [105] S. T. Nguyen-Rodriguez, J. B. Unger, and D. Spruijt-Metz, “Psychological

- determinants of emotional eating in adolescence.,” *Eat. Disord.*, vol. 17, no. 3, pp. 211–24, 2009, doi: 10.1080/10640260902848543.
- [106] Bays, J. C. (2009) *Mindful Eating: A Guide to Rediscovering a Healthy and Joyful Relationship with Food*. 1st Edition. Boston, Shambhala Publications. 2009.
- [107] K. L. Olson and C. F. Emery, “Mindfulness and weight loss: a systematic review.,” *Psychosom. Med.*, vol. 77, no. 1, pp. 59–67, Jan. 2015, doi: 10.1097/PSY.0000000000000127.
- [108] H. J. E. M. Alberts, R. Thewissen, and L. Raes, “Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern.,” *Appetite*, vol. 58, no. 3, pp. 847–51, Jun. 2012, doi: 10.1016/j.appet.2012.01.009.
- [109] J. M. Warren, N. Smith, and M. Ashwell, “A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms.,” *Nutr. Res. Rev.*, vol. 30, no. 2, pp. 272–283, Dec. 2017, doi: 10.1017/S0954422417000154.
- [110] F. Unal *et al.*, “Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T),” *Turkish J. Psychiatry*, 2019, doi: 10.5080/u23408.
- [111] J. Kaufman *et al.*, “Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data.,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 36, no. 7, pp. 980–8, Jul. 1997, doi: 10.1097/00004583-199707000-00021.
- [112] V. Droutman, I. Golub, A. Oganessian, and S. Read, “Development and initial validation of the Adolescent and Adult Mindfulness Scale (AAMS),” *Pers. Individ. Dif.*, vol. 123, pp. 34–43, Mar. 2018, doi: 10.1016/j.paid.2017.10.037.

- [113] H. Sarıcam and İ. Celik, “ERGEN VE YETİŞKİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (EYBFÖ) TÜRKÇE FORMUNUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ,” 2018, doi: 10.13140/RG.2.2.28382.33601.
- [114] K. F. V. Phillips and M. J. Power, “A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire,” *Clin. Psychol. Psychother.*, vol. 14, no. 2, pp. 145–156, Mar. 2007, doi: 10.1002/cpp.523.
- [115] “Yıldız, M. A., & Duy, B. (2014). Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlanması. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 5(41). <https://doi.org/10.17066/pdrd.32099>”, doi: <https://doi.org/10.17066/pdrd.32099>.
- [116] “Poznanski E. Mokros H. Children’s Depression Rating Scale–Revised (CDRS-R) Los Angeles: WPS; 1996.”
- [117] S. Güney, H. Baykara, and N. Emiroğlu, “Psychometric properties of the Turkish adaptation of the Children’s Depression Rating Scale: revised in Turkish adolescents,” *Anatol. J. Psychiatry*, p. 1, 2018, doi: 10.5455/apd.292666.
- [118] M. Tanofsky-Kraff *et al.*, “Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C),” *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 40, no. 3, pp. 232–240, Apr. 2007, doi: 10.1002/eat.20362.
- [119] M. Bektas, I. Bektas, Y. Selekoğlu, A. A. Kudubes, S. S. Altan, and D. Ayar, “Psychometric properties of the Turkish version of the Emotional Eating Scale for children and adolescents,” *Eat. Behav.*, vol. 22, pp. 217–221, Aug. 2016, doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.021.
- [120] D. M. Garner, M. P. Olmsted, Y. Bohr, and P. E. Garfinkel, “The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates,” *Psychol. Med.*, vol. 12, no. 4, pp. 871–878, Nov. 1982, doi: 10.1017/S0033291700049163.
- [121] “Savasir, I. ve Erol, N. (1989). Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. Türk Psikoloji Dergisi, 7, 19-25.”

- [122] M. Degirmenci, “EATING ATTITUDE TEST-26 (EAT-26)’NİN TÜRKÇE VERSİYONU YEME TUTUM TESTİ-26 (YTT-26)’NİN GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI,” 2020.
- [123] E. Rossi *et al.*, “Ghrelin as a possible biomarker and maintaining factor in patients with eating disorders reporting childhood traumatic experiences,” *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 29, no. 4, pp. 588–599, Jul. 2021, doi: 10.1002/erv.2831.
- [124] M. C. Díaz-González, C. Pérez Dueñas, A. Sánchez-Raya, J. A. Moriana Elvira, and V. Sánchez Vázquez, “Mindfulness-based stress reduction in adolescents with mental disorders: A randomised clinical trial,” *Psicothema*, vol. 30, no. 2, pp. 165–170, May 2018, doi: 10.7334/psicothema2017.259.
- [125] M. Piccinelli and G. Wilkinson, “Gender differences in depression,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 177, no. 6, pp. 486–492, Dec. 2000, doi: 10.1192/bjp.177.6.486.
- [126] J. Liu, M. Sekine, T. Tatsuse, Y. Fujimura, S. Hamanishi, and X. Zheng, “Association among number, order and type of siblings and adolescent mental health at age 12.,” *Pediatr. Int.*, vol. 57, no. 5, pp. 849–55, Oct. 2015, doi: 10.1111/ped.12629.
- [127] B. Kirkcaldy, R. Richardson-Vejlgaard, and G. Siefen, “Birth order: self-injurious and suicidal behaviour among adolescents.,” *Psychol. Health Med.*, vol. 14, no. 1, pp. 9–16, Jan. 2009, doi: 10.1080/13548500801983058.
- [128] R. Kosky, S. Silburn, and S. Zubrick, “Symptomatic depression and suicidal ideation. A comparative study with 628 children.,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 174, no. 9, pp. 523–8, Sep. 1986, doi: 10.1097/00005053-198609000-00003.
- [129] W. Lu, “Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors, and Healthcare Disparities.,” *Am. J. Health Behav.*, vol. 43, no. 1, pp. 181–194, Jan. 2019, doi: 10.5993/AJHB.43.1.15.
- [130] “Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edition,”

- [131] M. R. Mohammadi *et al.*, “The prevalence, comorbidity and socio-demographic factors of depressive disorder among Iranian children and adolescents: To identify the main predictors of depression.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 247, pp. 1–10, Mar. 2019, doi: 10.1016/j.jad.2019.01.005.
- [132] F. Reiss, “Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review.,” *Soc. Sci. Med.*, vol. 90, pp. 24–31, Aug. 2013, doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026.
- [133] F. Reiss, A.-K. Meyrose, C. Otto, T. Lampert, F. Klasen, and U. Ravens-Sieberer, “Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study.,” *PLoS One*, vol. 14, no. 3, p. e0213700, 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0213700.
- [134] K. Amone-P’Olak, H. Burger, M. Huisman, A. J. Oldehinkel, and J. Ormel, “Parental psychopathology and socioeconomic position predict adolescent offspring’s mental health independently and do not interact: the TRAILS study.,” *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 65, no. 1, pp. 57–63, Jan. 2011, doi: 10.1136/jech.2009.092569.
- [135] M. M. Weissman *et al.*, “Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 173, no. 10, pp. 1024–1032, Oct. 2016, doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15101327.
- [136] J. J. McGrath, L. Petersen, E. Agerbo, O. Mors, P. B. Mortensen, and C. B. Pedersen, “A comprehensive assessment of parental age and psychiatric disorders.,” *JAMA psychiatry*, vol. 71, no. 3, pp. 301–9, Mar. 2014, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4081.
- [137] C. Nosarti *et al.*, “Preterm Birth and Psychiatric Disorders in Young Adult Life,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 69, no. 6, Jun. 2012, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1374.
- [138] K. M. Krol and T. Grossmann, “Psychological effects of breastfeeding on children and mothers.,” *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz*, vol. 61, no. 8, pp. 977–985, Aug. 2018, doi:

10.1007/s00103-018-2769-0.

- [139] L. Haarasilta, M. Marttunen, J. Kaprio, and H. Aro, “Major depressive episode and physical health in adolescents and young adults: results from a population-based interview survey,” *Eur. J. Public Health*, vol. 15, no. 5, pp. 489–493, Oct. 2005, doi: 10.1093/eurpub/cki041.
- [140] M. Gunlicks-Stoessel, A. Westervelt, K. Reigstad, L. Mufson, and S. Lee, “The role of attachment style in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents,” *Psychother. Res.*, vol. 29, no. 1, pp. 78–85, Jan. 2019, doi: 10.1080/10503307.2017.1315465.
- [141] A. Isa, I. Bernstein, M. Trivedi, T. Mayes, B. Kennard, and G. Emslie, “Childhood Depression Subscales Using Repeated Sessions on Children’s Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) Scores,” *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, vol. 24, no. 6, pp. 318–324, Aug. 2014, doi: 10.1089/cap.2013.0127.
- [142] S. H. Carson and E. J. Langer, “Mindfulness and self-acceptance,” *J. Ration. Cogn. Ther.*, vol. 24, no. 1, pp. 29–43, Mar. 2006, doi: 10.1007/s10942-006-0022-5.
- [143] O. N. Medvedev, M. Cervin, B. Barcaccia, R. J. Siegert, A. Roemer, and C. U. Krägeloh, “Network Analysis of Mindfulness Facets, Affect, Compassion, and Distress,” *Mindfulness (N. Y.)*, vol. 12, no. 4, pp. 911–922, Apr. 2021, doi: 10.1007/s12671-020-01555-8.
- [144] Q.-N. Ruan, G.-H. Shen, J.-S. Yang, and W.-J. Yan, “The interplay of self-acceptance, social comparison and attributional style in adolescent mental health: cross-sectional study,” *BJPsych Open*, vol. 9, no. 6, p. e202, Nov. 2023, doi: 10.1192/bjo.2023.594.
- [145] C. Reangsing, S. Punsuwun, and J. K. Schneider, “Effects of mindfulness interventions on depressive symptoms in adolescents: A meta-analysis,” *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 115, p. 103848, Mar. 2021, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103848.

- [146] J. J. Gross and O. P. John, "Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being," *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 85, no. 2, pp. 348–362, 2003, doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348.
- [147] J. J. Gross and H. Jazaieri, "Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology," *Clin. Psychol. Sci.*, vol. 2, no. 4, pp. 387–401, Jul. 2014, doi: 10.1177/2167702614536164.
- [148] M. A. Yıldız and B. Duy, "The Predictive Role of Emotion Regulation Strategies on Depressive and Psychosomatic Symptoms in Adolescents," *Curr. Psychol.*, vol. 38, no. 2, pp. 387–396, Apr. 2019, doi: 10.1007/s12144-017-9616-6.
- [149] J. Betts, E. Gullone, and J. S. Allen, "An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study," *Br. J. Dev. Psychol.*, vol. 27, no. 2, pp. 473–485, Jun. 2009, doi: 10.1348/026151008X314900.
- [150] N. Garnefski and V. Kraaij, "Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples," *Pers. Individ. Dif.*, vol. 40, no. 8, pp. 1659–1669, Jun. 2006, doi: 10.1016/j.paid.2005.12.009.
- [151] C. Rieffe and M. De Rooij, "The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood.," *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 21, no. 6, pp. 349–56, Jun. 2012, doi: 10.1007/s00787-012-0267-8.
- [152] A. Biggs, P. Brough, and S. Drummond, "Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory," in *The Handbook of Stress and Health*, Wiley, 2017, pp. 349–364. doi: 10.1002/9781118993811.ch21.
- [153] J. K. Thompson, L. J. Heinberg, M. Altabe, and S. Tantleff-Dunn, *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association, 1999. doi: 10.1037/10312-000.

- [154] M. M. Bucchianeri, A. J. Arikian, P. J. Hannan, M. E. Eisenberg, and D. Neumark-Sztainer, "Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study," *Body Image*, vol. 10, no. 1, pp. 1–7, Jan. 2013, doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001.
- [155] H. Konttinen, "Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes," *Proc. Nutr. Soc.*, vol. 79, no. 3, pp. 283–289, Aug. 2020, doi: 10.1017/S0029665120000166.
- [156] H. J. Webb, J. L. Kerin, and M. J. Zimmer-Gembeck, "Increases in Emotional Eating During Early Adolescence and Associations With Appearance Teasing by Parents and Peers, Rejection, Victimization, Depression, and Social Anxiety," *J. Early Adolesc.*, vol. 41, no. 5, pp. 754–777, May 2021, doi: 10.1177/0272431620950469.
- [157] T. van Strien, C. S. van der Zwaluw, and R. C. M. E. Engels, "Emotional eating in adolescents: A gene (SLC6A4/5-HTT) – Depressive feelings interaction analysis," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 44, no. 15, pp. 1035–1042, Nov. 2010, doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.03.012.
- [158] O. Bjørklund, L. Wichstrøm, C. H. Llewellyn, and S. Steinsbekk, "Emotional Over- and Undereating in Children: A Longitudinal Analysis of Child and Contextual Predictors," *Child Dev.*, vol. 90, no. 6, Nov. 2019, doi: 10.1111/cdev.13110.
- [159] Y.-W. Lin *et al.*, "Psychological correlates of eating behavior in overweight/obese adolescents in Taiwan: Psychometric and correlation analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)-R21," *Pediatr. Neonatol.*, vol. 62, no. 1, pp. 41–48, Jan. 2021, doi: 10.1016/j.pedneo.2020.08.006.
- [160] "The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relationship Between Eating Attitudes and Depressive Symptoms," *Cyprus Turkish J. Psychiatry Psychol.*, vol. 4, no. 4, pp. 332–339, Dec. 2022, doi: 10.35365/ctjpp.22.4.04.
- [161] S. N. Tayfur and A. Evrensel, "Investigation of the relationships between

- eating attitudes, body image and depression among Turkish university students.,” *Riv. Psichiatr.*, vol. 55, no. 2, pp. 90–97, 2020, doi: 10.1708/3333.33023.
- [162] R. A. SAMANCI and S. ANDAÇ ÖZTÜRK, “A Study on the Role of Eating Attitudes and Depression on Dietary Inflammatory Index: Cross-Sectional Study,” *Turkiye Klin. J. Heal. Sci.*, vol. 9, no. 2, pp. 247–255, 2024, doi: 10.5336/healthsci.2023-100220.
- [163] S. R. Bishop *et al.*, “Mindfulness: A proposed operational definition.,” *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, vol. 11, no. 3, pp. 230–241, 2004, doi: 10.1093/clipsy.bph077.
- [164] G. I. Liverant, T. A. Brown, D. H. Barlow, and L. Roemer, “Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect,” *Behav. Res. Ther.*, vol. 46, no. 11, pp. 1201–1209, Nov. 2008, doi: 10.1016/j.brat.2008.08.001.
- [165] C. Oyanadel, Y. Núñez, M. González-Loyola, I. Jofré, and W. Peñate, “Association of Emotion Regulation and Dispositional Mindfulness in an Adolescent Sample: The Mediational Role of Time Perspective,” *Children*, vol. 10, no. 1, p. 24, Dec. 2022, doi: 10.3390/children10010024.
- [166] S. S. Jimenez, B. L. Niles, and C. L. Park, “A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms,” *Pers. Individ. Dif.*, vol. 49, no. 6, pp. 645–650, Oct. 2010, doi: 10.1016/j.paid.2010.05.041.
- [167] C. Framson, A. R. Kristal, J. M. Schenk, A. J. Littman, S. Zeliadt, and D. Benitez, “Development and validation of the mindful eating questionnaire.,” *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 109, no. 8, pp. 1439–44, Aug. 2009, doi: 10.1016/j.jada.2009.05.006.
- [168] Z. Khan and Z. F. Zadeh, “Mindful Eating and it’s Relationship with Mental Well-being,” *Procedia - Soc. Behav. Sci.*, vol. 159, pp. 69–73, Dec. 2014, doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.330.

- [169] E. Garrett, A. Licata, and J. Hoffman, “Mindful Eating and Perceived Stress in College Students,” *J. Acad. Nutr. Diet.*, vol. 121, no. 9, p. A94, Sep. 2021, doi: 10.1016/j.jand.2021.06.258.
- [170] L. H. Shriver, J. M. Dollar, S. D. Calkins, S. P. Keane, L. Shanahan, and L. Wideman, “Emotional Eating in Adolescence: Effects of Emotion Regulation, Weight Status and Negative Body Image,” *Nutrients*, vol. 13, no. 1, p. 79, Dec. 2020, doi: 10.3390/nu13010079.
- [171] İ. Bektas and K. P. Gürkan, “Investigation of the relationships between mindfulness, emotional eating, weight control self-efficacy, and obesity in adolescents,” *J. Pediatr. Nurs.*, vol. 73, pp. e381–e387, Nov. 2023, doi: 10.1016/j.pedn.2023.10.004.
- [172] Y. S. Efe, H. Özbey, E. Erdem, and N. Hatipoğlu, “A comparison of emotional eating, social anxiety and parental attitude among adolescents with obesity and healthy: A case-control study,” *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 34, no. 6, pp. 557–562, Dec. 2020, doi: 10.1016/j.apnu.2020.09.007.
- [173] K. L. Hendrickson and E. B. Rasmussen, “Mindful eating reduces impulsive food choice in adolescents and adults,” *Heal. Psychol.*, vol. 36, no. 3, pp. 226–235, Mar. 2017, doi: 10.1037/hea0000440.
- [174] V. A. Barnes, “Impact of Mindfulness-Based Eating Awareness on Diet and Exercise Habits in Adolescents,” *Int. J. Complement. Altern. Med.*, vol. 3, no. 2, Feb. 2016, doi: 10.15406/ijcam.2016.03.00070.
- [175] C. Evers, F. Marijn Stok, and D. T. D. de Ridder, “Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating,” *Personal. Soc. Psychol. Bull.*, vol. 36, no. 6, pp. 792–804, Jun. 2010, doi: 10.1177/0146167210371383.
- [176] C. Braet, L. Claus, L. Goossens, E. Moens, L. Van Vlierberghe, and B. Soetens, “Differences in Eating Style between Overweight and Normal-Weight Youngsters,” *J. Health Psychol.*, vol. 13, no. 6, pp. 733–743, Sep. 2008, doi: 10.1177/1359105308093850.

- [177] Q. Lu, F. Tao, F. Hou, Z. Zhang, and L. Ren, “Emotion regulation, emotional eating and the energy-rich dietary pattern. A population-based study in Chinese adolescents,” *Appetite*, vol. 99, pp. 149–156, Apr. 2016, doi: 10.1016/j.appet.2016.01.011.
- [178] A. W. Harrist, L. Hubbs-Tait, G. L. Topham, L. H. Shriver, and M. C. Page, “Emotion Regulation is Related to Children’s Emotional and External Eating,” *J. Dev. Behav. Pediatr.*, vol. 34, no. 8, pp. 557–565, Oct. 2013, doi: 10.1097/DBP.0b013e3182a5095f.
- [179] H. M. McDonald, K. A. Sherman, P. Petocz, M. Kangas, K.-A. Grant, and N. A. Kasparian, “Mindfulness and the Experience of Psychological Distress: the Mediating Effects of Emotion Regulation and Attachment Anxiety,” *Mindfulness (N. Y.)*, vol. 7, no. 4, pp. 799–808, Aug. 2016, doi: 10.1007/s12671-016-0517-9.

10. EKLER

EK 1: ERGENLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışma Başlığı: “Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenlerde bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ve duygusal yeme arasındaki ilişkinin karşılaştırılması”

Hastane veya Enstitü: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Her beş çocuktan biri ergenlik döneminin sonuna kadar Majör Depresif Bozukluk tanısı almaktadır. Yetişkinlerle karşılaştırıldığında, Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenlerin tekrarlayan depresif dönemler, intihar düşünceleri ve diğer eşlik eden hastalıkları yaşama olasılığı daha yüksektir. Çocuk ve ergenlerde depresyonun önlenmesi ve intihar ile diğer olumsuz sonuçların engellenmesi için uygun şekilde tedavi edilmesi toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Majör Depresif Bozukluk tanılı çocukları ve gençleri daha iyi anlayabilmek ve onlara yardımcı olabilmek amacıyla, bu araştırmada Majör Depresif Bozukluk tanılı olan ve olmayan çocuklar ve gençler arasındaki bir takım psikiyatrik özelliklerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Öncelikle sizinle ruhsal durumunuzu gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşmeler yapılacak, bazı testlere katılımınız istenecektir. Bu bağlamda size, sosyodemografik özellikleriniz, varsa hastalık geçmişiniz, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öykünüz, tıbbi hastalık öykünüz ve internet kullanım alışkanlıklarınıza yönelik sorular sorulacaktır.

Bu çalışma nedeniyle tedaviniz ya da izlenme programınız değişmeyecektir. Katılımcılara herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır. Bu çalışma sizin açınızdan rutin bir klinik görüşme ya da günlük yaşantınızda olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol

açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız gizli kalacaktır. Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Eda ÇELİK ile aşağıdaki adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnciraltı / İzmir

Telefon: 0232 4123560

Katılımınız öncelikle tıbbi riskleriniz ve durumunuz hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla sizinle aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanı sıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının adı/soyadı

Tarih/İmza

Araştırmacının adı/soyadı

Tarih/İmza

Tanıklık edenin adı/soyadı

Tarih/İmza



EK 2: EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışma Başlığı: “Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenlerde bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ve duygusal yeme arasındaki ilişkinin karşılaştırılması”

Hastane veya Enstitü: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Her beş çocuktan biri ergenlik döneminin sonuna kadar Majör Depresif Bozukluk tanısı almaktadır. Yetişkinlerle karşılaştırıldığında, Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenlerin tekrarlayan depresif dönemler, intihar düşünceleri ve diğer eşlik eden hastalıkları yaşama olasılığı daha yüksektir. Çocuk ve ergenlerde depresyonun önlenmesi ve intihar ile diğer olumsuz sonuçların engellenmesi için uygun şekilde tedavi edilmesi toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Majör Depresif Bozukluk tanılı çocukları ve gençleri daha iyi anlayabilmek ve onlara yardımcı olabilmek amacıyla, bu araştırmada Majör Depresif Bozukluk tanılı olan ve olmayan çocuklar ve gençler arasındaki bir takım psikiyatrik özelliklerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Öncelikle çocuğunuzla ruhsal durumunu gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşmeler yapılacak, yukarıda sözü edilen bilişsel becerilerini (dikkat, öğrenme, problem çözme, planlama, bellek, odaklanma) ölçmeye yönelik bir takım bilişsel testler uygulanacaktır. Çocuğunuza, sosyodemografik özelliklerine, varsa hastalık geçmişine, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öyküsüne, tıbbi hastalık öyküsüne yönelik sorular sorulacaktır.

Bu çalışma nedeniyle çocuğunuzun tedavisi ya da izlenme programı değişmeyecektir. Çocuğunuza herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır. Bu çalışma çocuğunuz açısından rutin bir klinik görüşme ya da günlük yaşantısında olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır.

Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size ve çocuğunuza verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir. Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız gizli kalacaktır. Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında çocuğunuzun ismi kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Eda ÇELİK ile aşağıdaki adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnciraltı / İzmir

Telefon: 0232 4123580

Katılımınız öncelikle çocuğunuzun tıbbi riskleri ve durumu hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla çocuğunuzla aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanısıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Veli/Vasisi adı/soyadı

Tarih/İmza

Araştırmacının adı/soyadı

Tarih/İmza

Tanıklık edenin adı/soyadı

Tarih/İmza



EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Çocuğunuzun Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):

Çocuğunuzun Cinsiyeti: a) Erkek b) Kız

Çocuğunuz Kaç Haftalık Doğdu?:

Çocuğunuz Kaç Kilo Doğdu?:

Gebelikte İlaç/Hastalık/Sigara veya Alkol Kullanım Öyküsü :

a)var (belirtiniz.....) b)yok

Doğum şekli: a) Sezeryan b) normal doğum

Anne sütü aldığı süre:

Çocuğunuz İlk Kelimelerini Kaç Aylıkken Söyledi?:

Çocuğunu İlk İki Kelimeli Cümlelerini Kaç Aylıkken Söyledi?:

Çocuğunuz Kaç Aylıkken Yürümeye Başladı?:

Çocuğunuz Kaç Aylıkken Tuvalet Eğitimi'ni Tamamladı?:

Çocuğunuzda kronik fiziksel/tıbbi bir hastalık var mı? (Epilepsi, kalp hastalığı, astım, diyabet vb.)

a) Var (belirtiniz: _____) b) Yok

Çocuğunuzun geçirdiği ameliyat var mı?

a) Yok b) Var (ise açıklayınız: _____)

Çocuğunuzun geçirdiği kaza var mı?

a) Yok b) Var (ise açıklayınız: _____)

Çocuğunuz psikiyatrik bir ilaç kullanıyor mu?

a) Evet (ise ilacın ismi: _____) b) Hayır

Çocuğunuz Şu An Kaçınıcı Sınıfa Gidiyor?:

Çocuğunuz Okuma-Yazmayı Ne Zaman Öğrendi?:

Çocuğunuzun yaşadığı yer:

a)il merkezi b)ilçe c)köy

Çocuğunuzun Anne ve Babası Birlikte Mi?:

- a) Birlikte. d) Anne vefat etmiş
b) Boşanmış. e) Baba vefat etmiş
c) Evli ama ayrı yaşıyor. f) Her ikisi de vefat etmiş

Yaşadığınız evdeki aile yapınızı belirtiniz:

- a) Çekirdek Aile (Anne-Baba-Çocuklar)
b) Geniş Aile (Büyükanne-Büyükbaba-Amca-Dayı vs.)
c) Dağılmış (Boşanma, Ayrı Yaşama, Ölüm vs.)

Kaç Çocuğunuz Var?:

Çocuğunuz kiminle yaşıyor?

- a) Annesi ve babasıyla e) Annesi ve üvey babası ile
b) Tek ebeveyn ile (annesi veya babası) f) Babası ve üvey annesi ile
c) Babaanne dede/ Anneanne dede ile g) Diğer (belirtiniz:
_____)
d) Sosyal hizmetler bünyesindeki kurumda kalıyor.

Ailenizin Aylık Geliri Ne Kadar?:

- a) 20.000 TL'den az b) 20.000-40.000 TL c) 40.000 TL üstü

Çocuğunuzun Annesinin Yaşı: _____

Çocuğunuzun Annesinin En Son Bitirdiği Okul:

- a) Okuma-yazma bilmiyor. d) Ortaokul mezunu
b) İlkokul terk, okuma yazma biliyor. e) Lise mezunu
c) İlkokul mezunu f) Üniversite/yüksek okul mezunu

Çocuğunuzun Annesinin Mesleği: _____

Çocuğunuzun Babasının Yaşı: _____

Çocuğunuzun Babasının En Son Bitirdiği Okul:

- a) Okuma-yazma bilmiyor. d) Ortaokul mezunu
b) İlkokul terk, okuma yazma biliyor. e) Lise mezunu
c) İlkokul mezunu f) Üniversite/yüksek okul

Çocuğunuzun Babasının Mesleği: _____

Ailenizde tıbbi hastalığı veya psikiyatrik hastalığı olan var mı?

a) Var b) Yok

Var ise aşağıdaki tabloda açıklayınız:

	Tıbbi Hastalık	Psikiyatrik Hastalık
Anne		
Baba		
Kardeş		

Çocuğunuzun annesi, babası ve kardeşleri dışındaki akrabalarınızda psikiyatrik hastalığı olan var mı?

a) Var (belirtiniz: _____) b) Yok

Ulaşılmaması Gerektiğinde Kullanılacak Telefon Numaralarınız:

EK 4 : ERGEN VE YETİŞKİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

Katılımcı no:

Tarih:

Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Aşağıda bulunan 19 ifadenin karşısındaki 1-5 arasındaki rakamları size uygunluğu ölçüsünde işaretleyiniz (X). 1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5 Her zaman anlamına gelmektedir.					
1. Çevrenizdeki binaların veya manzara detaylarının (örneğin ağaçlar, vb.) ne sıklıkta fark ediyorsunuz?	1	2	3	4	5
2. Solunumumun (veya kalp atışımın) yavaşlaması ya da hızlanması gibi vücudumdaki değişiklikleri fark ederim.	1	2	3	4	5
3. Kaslarımın gergin ya da rahat olup olmadığını fark ederim.	1	2	3	4	5
4. Duş aldığım ya da banyo yaptığım da vücuduma suyun nasıl dokunduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
5. Saçımdaki rüzgâr ya da yüzümdeki güneş gibi fiziksel duylara dikkat ederim.	1	2	3	4	5
6. Saatlerin tıklaması, kuşların cıvılaması veya arabaların geçişi gibi seslere dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Etrafımdaki kokuları fark ederim.	1	2	3	4	5
8. Renkler, şekiller, dokular ya da ışık ve gölge örnekleri gibi doğadaki sanat öğelerini ayırt ederim.	1	2	3	4	5
9. Ruh halim değişmeye başladığında fark ederim.	1	2	3	4	5
10. Bir sınıfta veya bir ders esnasında ya da iş toplantısında önemli bir şeyin kaçırıldığını fark ettiğinizde kendinize ne sıklıkla kızsınız?	1	2	3	4	5
11. Bir sınıfta ya da bir derste ya da bir iş toplantısında önemli bir şeyi kaçırdığınızı fark ettiğinizde, bu önemli şeyin bilgi eksikliğinin sonuçları hakkında ne sıklıkta düşünürsünüz?	1	2	3	4	5
12. Bir sınıfta veya bir derste ya da bir iş toplantısında önemli bir şeyi kaçırdığınızı fark ettiğinizde, kaçırılan bu bilgileri bulamayacağımız hakkında ne sıklıkta endişe edersiniz?	1	2	3	4	5
13. Fikir ve düşüncelerimin doğru ya da yanlış olup olmadığını değerlendirmeyi severim.	1	2	3	4	5
14. Düşüncelerimin iyi ya da kötü olup olmadığını konusunda kararlar alırım.	1	2	3	4	5
15. Deneyimlerimin iyi ve değerli ya da kötü ve değersiz olup olmadığını değerlendirme eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
16. Hissettiğim duyguların uygun olup olmadığını değerlendirme eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
17. Hissettiğim duygular bazen yanlış gibi görünüyor.	1	2	3	4	5
18. Kendi kendime hissettiğim gibi hissetmemem gerektiğini söylerim.	1	2	3	4	5
19. Kendi kendime düşündüğüm gibi düşünmemem gerektiğini söylerim.	1	2	3	4	5

EK 5: ERGENLER İÇİN DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği

Yaşamda zaman zaman insanların başlarına olumsuz, hoş olmayan olaylar gelir ve bu olaylara bazı tepkiler verilir. Bu tepkilerin bazıları düşüncelerle ilgili iken bazıları ise davranışlarla ilgilidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, sıkıntı verici, olumsuz bir olay yaşadığınızda cümlede verilen durum veya davranışı ne sıklıkla yaptığınızı size en uygun olan seçeneğe çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
“Başıma olumsuz bir olay geldiğinde;						
1	Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	()	()	()	()	()
2	Duruma ilişkin amaçlarımı veya planlarımı yeniden gözden geçiririm, düşünürüm.	()	()	()	()	()
3	Durum üzerinde düşünüp anlamaya çalışırım.	()	()	()	()	()
4	Bir dahaki sefere neyi daha iyi yapabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
5	Öfkemi/üzüntümü sözel olarak (örn. bağırarak, tartışmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
6	Öfkemi/üzüntümü fiziksel olarak (örn. kavga etmek, vurmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
7	Başkalarını kötü hissettirmeye çalışırım (örn. kaba davranarak, onları görmezden gelerek).	()	()	()	()	()
8	Başkalarına zorbalık yaparım (örn. alay etmek, itmek, dedi kodu yapmak gibi).	()	()	()	()	()
9	Öfkemi/üzüntümü etrafımdaki eşyalardan çıkarırım.	()	()	()	()	()
10	Kendime zarar verecek veya kendimi cezalandıracak bir şey yaparım.	()	()	()	()	()
11	Bazı düşünceler ve duygular sürekli kafamı meşgul eder (örn. aynı şeyi düşünür dururum).	()	()	()	()	()
12	Başkalarının benden iyi durumda olduğunu düşünerek kendimi daha kötü hissedirim.	()	()	()	()	()
13	Duygularımı içime atarım, saklarım.	()	()	()	()	()
14	Sanki ben ben değilmişim gibi gelir (ör., kendimi bir tuhaf hissedirim, etrafımdaki şeyler tuhaf gelir).	()	()	()	()	()
15	Bu olaya ilişkin neler hissettiğimi birisiyle konuşurum.	()	()	()	()	()
16	Arkadaşlarımdan veya ailemden sarılmak, elimi tutmak gibi bedensel yakınlık ararım.	()	()	()	()	()
17	Hareketli bir şeyler yaparım.	()	()	()	()	()
18	Başkalarından tavsiye isterim.	()	()	()	()	()

EK 6: ÇOCUK VE ERGEN DUYGUSAL YEME ÖLÇEĞİ

Duygularımızı hepimiz farklı şekillerde gösteririz. Bazı duygular bizde yeme isteği uyandırır.

Aşağıda verilen duygu durumlarının sizde oluşturduğu yeme isteğini ifade eden kutuyu işaretleyiniz.

Bu şekilde Hissettiğim Zaman	Çok az yemek isterim	Az yemek isterim	Yemek isterim	Çok yemek isterim	Aşırı yemek isterim	Bir hafta içinde ortalama kaç gün bu duyguları hissettiğin için bu şekilde yemek yersin?
1.Kırgın						
2.Cesareti kırılmış						
3.Yıpranmış						
4.Yetersiz						
5.Heyecanlı						
6.Asi						
7.Aşağılanmış						
8.Stresli						
9.Üzüntülü						
10.Huzursuz						
11.Tedirgin						
12.Kıskanç						
13.Endişeli						
14.Hayal kırıklığına uğramış						
15.Yalnız						
16.Öfkeli						
17. Gergin						
18.Şaşkın						
19.Sinirli						
20.Kızgın						
21.Suçlu						
22.Bıkkın						
23.Çaresiz						
24. Üzgün						
25. Güçsüz						

EK 7: YEME TUTUM TESTİ-26

E. YEME TUTUM TESTİ (YTT-26)

	Her zaman	Çoğunlukla	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman	Skor
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar							
2. Aç olduğumda yemekten kaçınırım							
3. Aklım fikrim yemektedir							
4. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur							
5. Yiyeceklerimi küçük küçük parçalara bölerim							
6. Yediğim besinlerin kalori içeriklerini bilirim							
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınırım							
8. Ailem daha fazla yememi bekler							
9. Yemek yedikten sonra kusarım							
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım							
11. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır							
12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım							
13. Başkaları zayıf olduğumu düşünür							
14. Şişman olduğum (vücudumda yağ toplandığı) düşüncesi zihnimi meşgul eder							
15. Yemeklerimi bitirmem başkalarından daha uzun sürer							
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım							
17. Diyet(perhiz) yemekleri yerim							
18. Yiyeceklerin hayatımı kontrol ettiğini düşünüyorum							
19. Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim							
20. Yemek yemem konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim							
21. Yemeklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır							
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum							
23. Diyet(perhiz) yapmaya çalışırım							
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım							
25. Şekerli, yağlı yeni yiyecekleri denemekten hoşlanırım							
26. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir							
Toplam Skor							

EK 8: ETİK KURUL ONAY FORMU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Aynur Akay

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7999-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenlerde bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ve duygusal yeme arasındaki ilişkinin karşılaştırılması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Aynur Akay Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/12-27	Tarih:12.04.2023				
	Prof.Dr. Aynur Akay'ın sorumlusu olduğu "Majör Depresif Bozukluk tanılı ergenlerde bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ve duygusal yeme arasındaki ilişkinin karşılaştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyili Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	