



T.C.

**UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBEZİTEDE BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL SÜREÇLERİN
YEME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Seda KAYIKCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ankara, 2024



T.C.

**UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBEZİTEDE BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL SÜREÇLERİN
YEME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Seda KAYIKCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ahmet GÜL

Ankara, 2024

TEŞEKKÜR

Bana bu imkânı sunan ve bulunduğum konuma gelmemi sağlayan Ulu Önder M. Kemal ATATÜRK başta olmak üzere;

Uzmanlık eğitimim süresince en iyi şekilde yetişmemi sağlayan, tecrübeleriyle bana yol gösteren, bizlere her şeyin yanında iyi bir insan olmayı öğreten saygıdeğer hocam Prof. Dr. Salih BATTAL'a; klinik tecrübelerini bizden esirgemeyen, mesleğimizin inceliklerini öğreten ve beni her koşulda destekleyen sayın Doç. Dr. Ahmet GÜL hocama, güler yüzü tatlı diliyle motive eden, kişisel ve akademik hayatımda bana yol gösteren ve desteğini her zaman hissettiren sayın Doç. Dr. Hesna GÜL hocama, hem hocalık hem ağabeylik yapan kısa süre de olsa çalışma imkanı bulduğum Doç. Dr. Fatih YIĞMAN hocama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte 4 yılımı omuz omuza geçirdiğim, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

İlköğretim öğretmenim Ali BEKEN'e ve tüm eğitim sürecim boyunca gelişmemde katkısı bulunan öğretmenlerime;

Uzaktan dahi yüzümü güldüren ve birlikteyken zaten tüm dünyayı unuttuğumuz 'BURDAYIZ' ekibime;

Her daim yanımda olan, her konuda destek olan ve bana el uzatan çok sevgili Dr. Şeyma ÖKSÜZOĞLU ve Dr. Cem GÜNERİ'ye teşekkür ederim.

Kuşkusuz en büyük teşekkürüm bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, hayatımın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, sevgileri ve fedakarlıklarıyla her zaman yanımda olan sevgili annem Öznur KAYIKCI, dedem Ömer Faruk KAYIKCI ve anneannem Şekere KAYIKCI'ya...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obezite.....	4
2.1.1. Tanımı.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Etyoloji.....	6
2.1.4. Tedavi	6
2.1.5. Obezitede Psikiyatrik Belirti ve Bozukluklar	9
2.2. Kognisyon (Biliş)	10
2.3. Metakognisyon (Üstbiliş)	12
2.4. Bilişsel Kuram ve Üstbiliş Kuramın Karşılaştırılması	16
2.4.1. Obezitede Bilişsel Kuramı Destekleyen Kanıtlar	17

2.4.2. Obezitede Üstbiliş Kuramı Destekleyen Kanıtlar.....	18
2.5. Yeme Davranışı.....	18
2.5.1. Duygusal Yeme.....	18
2.5.2. Bilişsel Kısıtlama.....	20
2.5.3. Kontrolsüz Yeme.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Amacı.....	23
3.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler.....	23
3.3. Evren ve Örneklem.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
3.4.2. DSM-5 Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı.....	26
3.4.3. Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ-21).....	26
3.4.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS).....	27
3.4.5. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ).....	27
3.4.6. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30).....	28
3.5. İstatistiksel Yöntem.....	29
4.BULGULAR.....	31
5.TARTIŞMA.....	48
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
7.KAYNAKÇA.....	63

8.EKLER	79
EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	79
EK 2. Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ-21)	80
EK 3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS).....	81
EK 4. Otomatik Düşünce Ölçeği.....	82
EK 5. Üst Biliş Ölçeği.....	83
EK 6. Etik Kurul Onay Formu	85
EK 7. Gönüllü Onam Formu	86
9. ÖZGEÇMİŞ	87

SİMGELER ve KISALTMALAR

gr	: gram
kg	: kilogram
m	: metre
yy	: yüzyıl
AB	: Anksiyete Bozuklukları
BDS	: Bilişsel Dikkat Sendromu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BY	: Bilişsel Kısıtlama
DASS	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DDT	: Diyalektik Davranışçı Terapi
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DM	: Diabetes Mellitus
DSM-V	: Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- 5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DY	: Duygusal Yeme
FDA	: Food and Drug Administration
GLP- 1R	: Glukagon benzeri peptid- 1 Reseptörü
GYS	: Gece Yeme Sendromu
HT	: Hipertansiyon
KH	: Kalp Hastalığı
KKYT	: Kendi Kendine Yardım Terapisi
KY	: Kontrolsüz Yeme
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MKİ	: Metakognitif (üstbilişsel) İnanış
MKT	: Metakognitif (üstbilişsel) Terapi
MONICA	: Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases

MT	: Motivasyonel Terapi
OA	: Osteoartrit
OD	: Otomatik Düşünce
ODÖ	: Otomatik Düşünceler Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
POMC	: Pro-opiomelanokortin
SCID 5-CV	: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunu
TFEQ-21	: Üç Faktörlü Yeme Ölçeği- 21
TURDEP-II	: The Turkish Epidemiology Survey of Diabetes, Hypertension, Obezite and Endokrin Disease Study-II
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TYB	: Tıknırcasına Yeme Bozukluğu
UA	: Uyku Apnesi
ÜBÖ	: Üstbilis Ölçeği
5-HT	: Serotonin

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Obezite Sınır Değerleri (DSÖ, 2010)	4
Tablo 2. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği Sınıflaması	27
Tablo 3. Obezite ve kontrol gruplarının sosyodemografik verileri	31
Tablo 4. Katılımcılara Dair Bağımsız Değişkenlerin Betimleyici İstatistiksel Analizi	32
Tablo 5. Obezite ve Kontrol Grubunun Yeme Davranışı Ölçeği, Üst Biliş Ölçeği ve Alt Ölçekleri, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 6. Üç Faktörlü Yeme Ölçeği Alt Ölçek Kesme Puanları	35
Tablo 7. Gruplara Göre Yeme Davranışı Frekans ve Yüzdeleri	35
Tablo 8. Duygusal yeme durumuna göre metakognisyon ve alt ölçekleri toplam puanları, otomatik düşünce ve alt ölçekleri toplam puanları, depresyon anksiyete stres toplam puanları ve BKİ değerinin karşılaştırılması	36
Tablo 9. Kontrolsüz yeme durumuna göre metakognisyon ve alt ölçekleri toplam puanları, otomatik düşünce ve alt ölçekleri toplam puanları, depresyon anksiyete stres toplam puanları ve BKİ değerinin karşılaştırılması	37
Tablo 10. BKİ ile DY, BK, KY ve DAS Puanları Korelasyon Analizi Bulguları	38
Tablo 11. Obezlerde Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Otomatik Düşünce ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları	38
Tablo 12. Kontrol Grubunda Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Otomatik Düşünce ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları	39
Tablo 13. Obezlerde Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Metakognitif İnanış ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları	39
Tablo 14. Kontrol Grubunda Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Metakognitif İnanış ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları	40
Tablo 15. Obezlerde DASS Alt Ölçek Puanları ile Yeme Davranışı, BKİ, Otomatik Düşünce ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları	40
Tablo 16. Kontrol Grubunda DASS Alt Ölçek Puanları ile Yeme Davranışı ve BKİ Korelasyon Analizi Bulguları	41
Tablo 17. Obez Grup İçin Yol Analizi Sonuçları	42

Tablo 18. Normal Grup İçin Yol Analizi Sonuçları	44
Tablo 19. Dolaylı etkilerin incelenmesi (Obez)	45
Tablo 20. Dolaylı etkilerin incelenmesi (Normal)	46



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Standartlaştırılmamış yol katsayıları	46
Şekil 2. Standartlaştırılmış yol katsayıları	47



ÖZET

OBEZİTEDE BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL SÜREÇLERİN YEME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Giriş: Çevresel, genetik ve hormonal faktörler ile yaşam tarzına bağlı endojen ve ekzojen faktörlerin neden olduğu obezite, çağımızın önemli halk sağlığı sorunlarından biridir ve diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, ortopedik problemler, uyku apnesi ve çeşitli kanserlere neden olabilmektedir. Obez hastalarda çoğu zaman depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin de eşlik ettiği yeme davranış problemleri mevcuttur. Bu nedenle yeme davranışında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında obezite tanılı bireylerin ne gibi farklılıkları olduğunu araştırmayı planladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza aktif psikopatolojisi olmayan 67 obez hasta ve 70 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Aktif psikopatoloji varlığı “*DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzu*” ile değerlendirilmiştir. Katılımcılara *Sosyodemografik Veri Formu*, *Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS)*, *Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ-21)*, *Otomatik Düşünce Ölçeği* ve *Üstbiliş Ölçeği* uygulanmıştır.

Bulgular: Obezite grubunda duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışı, sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda obez hastalarda üstbilişsel inanışların, anksiyete, stres ve duygusal yemeyi artırdığı; ancak üstbilişsel inanışların duygusal yemeyi artırma etkisinin anksiyete ve stres düzeyinden bağımsız olduğu gözlenmiştir. Otomatik düşünceler, duygusal yeme ile ilişkili bulunmakla birlikte, bu, duygusal yemeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilememiştir. Sağlıklı kontrollerde duygusal yeme davranışı, yaş azaldıkça artmaktadır ve kadın cinsiyette daha fazla görülmektedir. Otomatik düşünceler kontrolsüz yemeyi, anksiyeteyi artırma yoluyla artırmaktadır.

Sonuç: Üstbilişsel inanışların, obezitede duygusal yeme davranışını doğrudan etkileyerek artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Otomatik düşünceler duygusal yeme ile ilişkisi bulunmakla birlikte, direkt bir etki gözlenmemiştir. Obezitede kilo kontrolünü sağlamada büyük sorun teşkil eden duygusal yemenin kontrolü, üstbilişsel temelli

terapilerle sağlanabilir. Normal kilolu bireylerde de göz ardı edilemeyecek düzeyde olan kontrolsüz yeme davranış paterni, otomatik düşüncelerin anksiyeteyi artırıcı etkisi yoluyla artmaktaydı. Sonuç olarak obezite için risk oluşturan kontrolsüz yeme davranışına karşı alınacak koruyucu önlemler faydalı olabilir. Bu grup üzerinde otomatik düşüncelerin tespiti ve anksiyetenin doğru yönetimiyle olumsuz sonuçların önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: duygusal yeme, otomatik düşünce, üstbiliş, obezite



ABSTRACT

THE IMPACT OF COGNITION AND METACOGNITION ON EATING BEHAVIOR IN OBESITY

Introduction: Obesity, a significant public health issue of our time, is caused by environmental, genetic, and hormonal factors along with lifestyle-related endogenous and exogenous factors. It leads to conditions such as diabetes, cardiovascular diseases, orthopaedic problems, sleep apnea, and various malignancies. In obese patients, eating behavior problems are often accompanied by symptoms of depression, anxiety, and stress. Therefore, we aimed to explore the differences in eating behaviors between individuals diagnosed with obesity and healthy controls.

Materials and Methods: Our study included 67 obese patients without active psychopathology and 70 healthy controls. The presence of active psychopathology was assessed utilizing the "*Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders*". Participants were administered the *Sociodemographic Data Form*, *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, *Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-21)*, *Automatic Thought Questionnaire*, and *Metacognition Questionnaire*.

Results: Emotional and uncontrolled eating behaviors were significantly higher in the obese group compared to healthy controls. Our study observed that metacognitive beliefs in obese patients increased anxiety, stress, and emotional eating; however, the effect of metacognitive beliefs on increasing emotional eating was independent from the levels of anxiety and stress. Although automatic thoughts were associated with emotional eating, they did not significantly impact this type of eating statistically. In healthy controls, emotional eating behaviors were increased with decreasing age and were more prevalent among females. Automatic thoughts increased uncontrolled eating by increasing anxiety.

Conclusion: Metacognitive beliefs have been found to directly increase emotional eating behavior in obesity. Although there is an association between automatic thoughts and emotional eating, no direct effect was achieved. The control

of emotional eating, a significant issue in weight management in obesity, can be achieved through metacognitive-based therapies. In individuals of normal weight, the uncontrolled eating behavior pattern, which cannot be overlooked, was increased through the anxiety-enhancing effect of automatic thoughts. Consequently, taking preventive measures against uncontrolled eating behavior that poses a risk for obesity can be beneficial. Early detection of automatic thoughts and proper management of anxiety in this group can prevent adverse outcomes.

Keywords: emotional eating, automatic thought, metacognition, obesity



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, çağımızın öncelik oluşturan en büyük halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir [1]. Tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık, osteoartrit, obstrüktif uyku apnesi ve çeşitli kanserler (örn. meme, kolorektal, endometriyal, over, renal, karaciğer, safra kesesi, mide kardiyası, özofagus ve pankreas) gibi komplikasyonları da beraberinde getirmektedir [2], [3], [4].

Obezite prevalansındaki sürekli artış, bunun önlenmesi ve tedavisi için çok yönlü, etkili müdahaleleri gerektirmektedir. Obezitenin karmaşık, kronik bir hastalık olarak anlaşılmasının artması, son on yılda tedavide hızlı ilerlemelere yol açmıştır[5].

Obezite gelişimine neden olan çevresel, genetik, hormonal, yaşam tarzına bağlı endojen veya eksojen faktörler olabilmektedir [6]. Obezitenin gelişimi, enerji alımı ve harcaması arasındaki dengesizliğe ve bu dengesizliğin devam etmesine bağlıdır. Buna neden olarak günlük harcanan enerjiye oranla alınan enerjinin fazla olması veya günlük alınan enerjiye oranla harcanan enerjinin az olması olarak görülmüştür [7]. Genetiğin vücut ağırlığının düzenlenmesindeki rolünü gösteren önemli kanıtlar vardır [8]. Buna rağmen, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve diğer sanayileşmiş ülkelerde obezitenin hızla artması, genetik faktörlerin obezitede baskın rol oynayamayacağını göstermekte. Obezitenin epidemik boyutlara ulaştığı bu süre popülasyonda genetik değişikliklerin meydana gelebilmesi için nispeten kısa bir süredir. Bunun yerine, büyük ölçüde davranışsal ve çevresel faktörlerin rolü ön plana çıkmaktadır [9].

Obezite fiziksel sorunların yanında psikososyal sorunlara da yol açabilmektedir [10]. Yeme psikopatolojisinin yaygınlığı da obezitesi olan bireyler arasında yüksektir [11]. Yeme davranışı üzerinde sosyodemografik faktörler, genetik ve çevresel faktörler, hormonal düzensizlikler, mevcut duygusal durumun varlığı, medya, beden algısı ile ilişkili pek çok faktör etkilidir [12], [13]. Sonuçta yeme davranışı birçok farklı yönden etkilenen karmaşık bir süreçtir [14]. Örneğin obezite tanılı bireylerde karşılaşılan ve sorgulanması gereken tıknırcasına yeme bozukluğu ve gece yemek yeme bozukluğu ile

ilişkili psikiyatrik komorbiditeler sık görülmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu belli bir sürede bir kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek yemek ve bu yemeyi durduramamak bir başka deyişle yeme üzerindeki kontrolü kaybetmek olarak bilinir. Gece yeme bozukluğu, sirkadyen yeme düzeninin bozulmasıyla ilişkilidir. Kişi yemek için uyanır. Verdiğimiz örneklerdeki gibi yeme bozukluklarının dışında kötü yemek yeme alışkanlıkları (abur cubur tüketimi, düzensiz yeme, gün boyunca yeme gibi) da obeziteye yol açan faktörlerdendir. Hastalarda ayrıca olumsuz duygular karşısında yemek yeme davranışı (duygusal yeme) ve olumsuz duygularla baş etme stratejileri de obeziteye neden olabileceğinden sorgulanması gereken durumlardır [15].

Son zamanlarda pek çok çalışma obez kişilerde nöropsikolojik işlevselliğe odaklanmıştır. Eşlik eden tıbbi durumlara bakılmaksızın obezitenin çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde zayıf bilişsel performansla ilişkili olduğunu gösterilmiştir [16], [17]. Özellikle araştırmacılar obezite ile yürütücü işlevlerdeki eksiklikler arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmüşlerdir. Yürütücü işlevler, biliş ve davranışın kontrol ve yönetimini sağlayan hedefe yönelik nörobilişsel süreçlerdir [18], [19]. Obez kişilerde yürütücü işlev bozukluğu, yeme davranışlarını kontrol edememeyle ilişkilidir; Aslında insanlar, başarılı bir şekilde kilo verme arzusuna rağmen, sıklıkla aşırı yemeyi kontrol etmekte zorluk yaşadıklarını bildirmektedir [20].

Obeziteyi açıklamaya yönelik yaklaşımlardan biri de bilişsel davranışçı modeldir. Bu modele göre bilgiyi işleme sürecinde sistematik yanlışlar vardır ve dış çevreden gelen bilgiler ile kişinin kendi bilgileri çarpıtılır. Bunun sonucunda kişinin bilişsel çarpıtmalar ve fonksiyonel olmayan tutumları gelişir[21].

Bu karmaşık süreçte üstbilişsel süreçlerin de merkezi bir rolü olduğu görülmüştür. Özellikle de endişe ve ruminasyon alanında olan işlevsel olmayan üstbilişlerin yeme bozukluklarında belirgin olduğu tespit edilmiştir [22]. Üstbilişler, bilişleri düzenler, kontrol eder ve değerlendirir[23], [24] Üstbilişler, bilişsel süreçlerin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında önemli bir unsur olduğundan üstbilişlerde ortaya çıkan herhangi bir sapma pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde etkin rol oynamaktadır [25].

Birçok çalışma, birçok psikopatolojik durumun gelişmesinde ve sürdürülmesinde üstbilişin rolünü ortaya koymuştur. Çalışmalarda yeme bozukluğu semptomlarının üstbilişler ile pozitif yönde ilişkili olduğu, en sık olarak da “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alanında olduğu elde edilmiştir [22], [26], [27]. Üstbilişsel inanışların yeme davranışları arasındaki ilişkilerin açıklığa kavuşturulması, yeme patolojilerini önleme programının geliştirilmesi ve tedaviye entegre edilmesi obezite açısından da yararlı olabilir.

Günümüzde yapılan çalışmalarda bilişsel ve üst bilişsel süreçlerin birlikte obezitede yeme davranışı üzerine etkisinin incelenmediği görülmüştür. Obezitede etkili olduğu bilinen yeme davranışını etkileyen düşünce yapısının incelenmesinin literatüre katkısı olacağı düşünülerek bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Tanımı

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığa zarar verebilecek aşırı yağlanmanın eşlik ettiği kronik, karmaşık bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Obezite tanısında hastalık oluşturan vücut ağırlığının belirlenmesine yönelik kriterler kullanılmaktadır. Son yıllarda beden kitle indeksi (BKİ), obeziteyi değerlendirmek için kullanılır, ağırlık (kg)/boy² (m²) olarak hesaplanan yağlanmanın yerine geçen bir belirteçtir. Tek başına vücut ağırlığı ile karşılaştırıldığında vücut yağ yüzdesi veya toplam yağ kütesinin tespiti açısından daha güvenilir bir tahmin sağlar [28]. Pek çok yöntem olmasına rağmen BKİ ve bel çevresi ölçümü genellikle tanı koymak için yeterlidir. BKİ kategorileri bebeklerde, çocuklarda ve ergenlerde yaşa ve cinsiyete göre değişir. Yetişkinler için obezite, 30,00 kg/m²'ye eşit veya daha büyük bir BKİ ile tanımlanır [29]. DSÖ BKİ'ye göre obeziteyi sınıflandırmıştır. BKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 1'de gösterilmektedir [30].

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Obezite Sınır Değerleri (DSÖ, 2010)

Zayıf	<18.5
Normal ağırlık	18.5- 24.99
Kilolu	≥25.00
Obezite öncesi	25.0-29.99
Sınıf I Obez	30.0-34.99
Sınıf II Obez	35.0-39.99
Sınıf III Obez	≥40

2.1.2. Epidemiyoloji

Prevalansı her geçen gün artan obezite, dünya çapında bir sağlık sorunudur [31]. Dünya genelinde obezite görülme oranının hızla artması nedeniyle DSÖ, obeziteyi, 21. yy'nin en tehlikeli küresel sağlık problemlerinden biri olarak değerlendirmeye almıştır [32][29]. DSÖ'ye göre, günümüzde yaklaşık 250 milyon kişinin obez olduğunu ve 2025 yılına dek bu sayının 300 milyona yükseleceğini tahmin edilmektedir [33][30]. Obezite prevalansı, çocuk, ergen, erişkin tüm yaş gruplarında hızlı bir şekilde yükselmektedir [34]. DSÖ'nün dünyanın çeşitli merkezlerinde yapılan 12 yıl devam eden Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases(MONICA) araştırmasında, obezitenin 10 yılda görülme oranında %10-30 civarında bir artış gerçekleştiği bildirilmiştir [35] Geçmişte yüksek gelirli, gelişmiş ülkeler için ciddi bir sorun olarak değerlendirilen obezite günümüzde küreselleşmenin etkisiyle düşük, orta gelirli, gelişmekte olan ülkelerde de artan bir prevalansa sahiptir [33], [36]. DSÖ istatistiklerine göre; 2016'da yetişkin bireylerde (18 yaş ve üzeri) obezite prevalansı erkeklerde yaklaşık %11, kadınlarda %15, genelde %13'tür [36]. Obezite oranlarındaki yükseliş dikkate alındığında 2030 yılına kadar dünya üzerindeki yetişkin popülasyonun %38'inin aşırı kilolu, %20'sinin obez olacağı öngörülmektedir [37]. Çağın hastalığı olarak nitelendirilen obezitenin tüm dünyada olduğu gibi Türk toplumunda da prevalansı giderek artmaktadır [38]. 2022 TÜİK verilerini incelendiğinde cinsiyet ayrımına bakılmaksızın Türkiye'de obezite oranı %20.2 iken; toplam nüfusta kadınların %23,6'sının obez, erkeklerin ise %16,8'inin obez olduğu görülmüştür.

Türkiye, büyüyen ekonomisiyle birlikte yaklaşık 76,7 milyonluk bir nüfusa sahiptir. Aşırı kilolu/obezitenin yaygınlığı ve sorunu son yirmi yıl göz önüne alındığında önemli ölçüde artmıştır. 2001 ile 2011 yılları arasında ülkenin farklı bölgelerinde gerçekleştirilen yerel çalışmalar, aşırı kilo ve obezite için sırasıyla %8,3-22,4 ve 1,6-10,6 arasında değişen prevalans oranları göstermiştir [39]. 2011 yılı TURDEP-II (The Turkish Epidemiology Survey of Diabetes, Hypertension, Obezite and Endokrin Disease Study-II) sonuçlarına göre Türkiye'de obezite prevalansı 12 yılda kadınlarda 32,9'dan 44,2'ye erkeklerde 13,2'den 27,3'e yükselmiştir. Aynı çalışmada genel popülasyonda obezite prevalansı %32 bulunmuştur [40].

2.1.3. Etyoloji

Obezitede enerji alımı ve harcanması arasındaki enerji dengesi bozulur. Bu enerji dengesinin düzeninden genetik/epigenetik etmenler, davranışsal- sosyal etmenler, kronik stres arasındaki etkileşimler sorumludur. Kültürel, davranışsal ve çevresel etmenler buna ek olarak yeme davranışı bozuklukları obezite gelişimini hızlandırır [41]. Sonuç olarak obezite gelişimine zemin hazırlayan genetik, epigenetik, fizyolojik, davranışsal, sosyokültürel ve çevresel pek çok etmen mevcuttur.

Etyolojik nedenlerine göre obezite sınıflandırması endojen (sekonder) ve eksojen (primer, idiopatik) diye ikiye ayrılmaktadır. Endojen obezite; çeşitli sendromik, genetik ve endokrinolojik nedenlerden dolayı oluşabilmektedir. Eksojen obezite; organik bir nedenin olmadığı % 90'lık kısmı kapsayan ve besinlerle alınan kalori miktarının, harcanan kalori miktarından fazla olması ile oluşur [42]. Yaş, cinsiyet, sosyokültürel ve sosyoekonomik düzey, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite gibi faktörlerin eksojen obezite oluşumunda etkili olabileceği belirtilmiştir [43].

Psikolojik açıdan değerlendirildiğinde yeme davranışı sadece beslenme durumunu ifade etmez. Psikolojik durumla yeme miktarı, yeme sıklığı ve yemek seçimi arasında bir bağ vardır [44]. Bireylerin duygusal anlamda yaşadığı stres, gerginlik, fazla yeme davranışı sergilenmesinde etkili olabilmektedir [45]. Obez bireylerin yaklaşık % 25-30'unda bazı psikolojik sorunların var olduğu gösterilmiştir [46]. Çekingenlik, kendine olan güveni kaybetme, stres, depresyon, dışlanma duygusu, anksiyete gibi psikolojik sorunlar ile ağırlık kazanımı arasında güçlü bir ilişki vardır [47], [48].

2.1.4. Tedavi

Obezite kılavuzlarından alınan önerilere göre anlamlı kilo kaybı başlangıç ağırlığının $\geq 5\%$ 'inde bir azalma olarak tanımlanır [49]. Çünkü bu kilo kaybı, sağlıkta bir iyileşme sağlarken, kilo alma riski ve ilgili komplikasyonlarda azalma sağlar [50]. Obezite tedavi kılavuzları, kilo yönetimi için uygun yaklaşımın, yaşam tarzı değişiklikleri, davranış terapisi, farmakoterapi ve/veya bariyatrik cerrahi dahil olmak üzere multidisipliner olması gerektiği konusunda hemfikirdir [51][52]

Yaşam tarzı değişim önerileri bu anlamlı kilo kaybı değerine göre düzenlenir. Kişiler bu hedefe ulaşmak için en az 6 ay boyunca kapsamlı bir programa katılmalıdır. Programlar, bu konuda eğitimli olan diyetisyenler, psikologlar veya sağlık danışanları tarafından uygulanır. 2013 yılında yayınlanan obezite tedavi kılavuzlarında “5As” kısaltmasına uygun olarak (değerlendir, tavsiye et, kabul et, destekle ve düzenle) tedavi algoritması bulunmaktadır [53]. Diyet tedavisinde amaç kişinin alması gereken enerji miktarına göre tüketilen total kaloringin azaltılmasıdır. Kişinin ihtiyacı olan gıda miktarı günlük enerji ihtiyacını karşılar, kilo alımını önlemeli ve haftada 500 gr-1 kg arasında sağlıklı kilo kaybını sağlayan değişik besin gruplarını içinde bulundurmalıdır. Araştırmalar düşük yağlı/yüksek karbonhidratlı diyetler dışında, düşük karbonhidratlı/yüksek proteinli, Akdeniz tarzı ve düşük glisemik indekse sahip diyetlerinde başarı sağlayacağını göstermektedir [53]. Bazı çalışmalarda düşük karbonhidratlı/yüksek proteinli diyetlerin kısa vadede daha fazla kilo kaybı sağladığını gösterse de uzun vadede kilo kayıpları benzer bulunmuştur [54]. Fiziksel aktivite olarak günde yaklaşık 30 dakikalık tempolu yürüyüş ya da bisiklete binme gibi orta derecede aerobik egzersiz önerilir [55]. Düzenli aerobik aynı zamanda duygudurumda iyileşme ve ölüm riskinde azalma sağlar [56].

Davranış terapisinde amaç yeme ve fiziksel aktivite davranışında değişimi sağlamaktır [57]. Bu değişim kendini izleme, hedef belirleme, dürtü kontrolü, davranışsal yerine koyma ve pozitif pekiştirme davranışlarından oluşmaktadır. Bunların yanında sosyal destek sistemlerinin düzenlenmesi ve bilişsel değişim de tedavi hedefleri arasındadır [58]. Obezite tedavisinde kendi kendine yardım terapisi (KKYT), kişilerarası psikoterapi, diyalektik davranışçı terapi (DDT) ve motivasyonel terapi (MT)'dir bilişsel davranışçı terapi (BDT) dışında önerilen diğer terapi yöntemleri [49].

Anti-obezite ilaçları, BKİ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan veya $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ olan ve bir veya daha fazla eşlik eden hastalığın varlığında endikedir [59]. İlaçlar sayesinde hastaların tedaviye uyumunun devam etmesi, obeziteye bağlı genel tıbbi durumun, komorbiditelerin ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi sağlanır. Farmakoterapinin etkinliği ilk 3 aydan sonra değerlendirilir. Elde edilen kilo kaybı diyabetik olmayanlarda $>5\%$ kilo, diyabetli hastalarda $>3\%$ ise tedavi amacına ulaşılmış olur ve tedaviye devam edilir [60], [61]. Orlistat Avrupa'da kilo kontrolü için onaylı

farmakoterapide kullanılan ajanlardan biridir [60].Etkisini bağırsaklardan yağların emilimini azaltarak gösterir. Yan etki olarak gastrointestinal semptomlar yaygın olup, yağda eriyen vitaminlerin eksikliği nedeniyle replasman gerekebilir. Aynı zamanda kan basıncı ve plazma glukozu dahil olmak üzere kardiyovasküler risk faktörleri üzerinde faydalı etkilerle ilişkilidir [62]. Lorcaserin 5HT_{2C} reseptör agonisti olan, iştah azaltan bir ajandır [63]. Lorcaserin, tip 2 diyabetli hastalarda önemli kilo kaybı ve glisemik kontrolde iyileşme ile ilişkilendirilmiştir [64]. Sık görülen yan etkileri arasında gastrointestinal yan etkiler, uyuklama, baş dönmesi, bulanık görme sayılabilir [65]. Fentermin ve topiramet kombinasyonu; antikonvülzan topiramet ve metamfetamin analogu olan fenterminden oluşur. Topirametin kilo kaybı etkisinin mekanizması net olarak bilinmemektedir, Topiramet- fentermin kombinasyonunun iştahı baskılayıp tokluk hissini artırarak etki ettiği düşünülmektedir. Obezite tedavisi için ilk onay alan ilaç kombinasyonudur [66]. Sık görülen yan etkiler ağız kuruluğu, elektrolit imbalansları, çarpıntı, baş dönmesi, parestezi olarak sayılabilir [67]. Bupropion-naltrekson kombinasyonu; noradrenalin reuptake inhibitörü bupropion ve opioid reseptörü antagonisti naltreksondan oluşur. Bupropion nikotin bağımlılığı tedavisinde, naltrekson ise alkol ve opioid bağımlılığında kullanılır. Bu kombinasyonun iştah azaltıcı etkisinin POMC nöronları aktivasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Sık görülen yan etkileri arasında bulantı, baş dönmesi, uykusuzluk sayılabilir [68]. Liraglutid, insülin glukagon salınımı üzerinde etki eden, GLP-1R analogudur. İştahı azaltarak merkezi olarak etki eder ve insülin sekresyonunu artırarak pankreas üzerinde periferik olarak etki eder ve gastrointestinal sistem üzerinde bağırsak hareketliliğinin azalmasına ve mide boşalmasının gecikmesine yol açar [69].

Cerrahi tedavi, uzun süreli ve fazla kilo kaybını sağlayan, bazen eşlik eden komorbiditeleri de tedavi eden bir tedavidir.2013 yılında yayımlanan kılavuza göre 18-60 yaş arasında, BKİ>40 kg/m² olan veya BKİ>35,5 kg/m² olup eşlik eden hastalığı (tip 2 diyabet, metabolik hastalıklar, eklem hastalıkları, kardiyopulmoner hastalıklar vb.) olanlarda cerrahi tedavi önerilmiştir [70]. Yapılan çalışmalar bariyatrik cerrahinin kilo kaybının yanı sıra obezite ilişkili metabolik problemlerin iyileşme ve remisyonuna neden olduğunu göstermektedir. Bariyatrik cerrahinin dislipidemi ve hipertansiyon üzerine de olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır [71].

2.1.5. Obezitede Psikiyatrik Belirti ve Bozukluklar

Obez hastalarda psikiyatrik belirti ve bozuklukların daha yaygın görüldüğü bilinmektedir. Ciddi sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunlar yaratabilen obezite, bazı araştırmacılar tarafından psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir [72]. Çeşitli ruhsal bozuklukların obezite ile birlikteliği aralarında nedensel bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Obezite TYB, duygudurum bozukluğu, majör depresyon, psikotik bozukluklar ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan kişilerde yüksek oranlarda eş tanı göstermektedir [73]. Madde bağımlılığı ve kompulsif davranışlarla da benzer yönleri bulunmasından dolayı kompulsif besin tüketimi ile karakterize bir psikopatoloji formu olarak DSM-V' te yer almasının gerektiği söz konusu olmuştur [74].

Enerji alımını artıran birçok etken bulunmaktadır. Obezitede kilo alımına neden olan sorunlu yeme davranışlarının başında tıknircasına yeme bozukluğu (TYB), gece yeme sendromu (GYS), duygusal yeme, yeme bağımlılığı gibi yeme bozuklukları vardır [75], [76], [77], [78].

Yeme bozuklukları haricinde de psikiyatrik bozuklukların obeziteye eşlik ettiği pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar kilonun artışı ile psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olduğunu göstermektedir [79]. Yapılan bir çalışma BKİ arttıkça duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının arttığını bulmuştur [80]. Ayrıca obezite ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir [81]. Obezite ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliği tam olarak bilinmemektedir fakat BKİ'nin psikiyatrik bozukluklarda değerlendirilmesini gerekli kılan nedenler vardır. İştah artışı, aktivite düzeyinde azalma ve uyku bozuklukları gibi ortak semptomlar obezitede de psikiyatrik bozukluklarda da ortak olarak gözlenmektedir. Majör depresyon, distimik bozukluk, borderline kişilik bozukluğu tanı kriterlerinde kilo tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Obez kişilerin bağımlılığı ve dürtü kontrol bozukluğu olan kişilerle benzer davranışsal özellikler gösterdikleri görülmüştür. Aynı zamanda ruhsal bozukluklarla (hipotalamopitüiter adrenal ekseninde düzensizlikler, dopamin işlev bozukluğu gibi biyoloji anormallikler gösterilmiştir. Bu nedenlerden dolayı psikiyatrik bozukluklarda kilo durumunun da eş zamanlı değerlendirilmesi de gerekmektedir [74]

2.2. Kognisyon (Biliş)

Bilişsel kuramın tarihsel gelişimine bakıldığında; ruhsal rahatsızlarda bilişsel yaklaşımın benimsenmesi Yunan filozof Epiktetos'a kadar uzanmaktadır. Epiktetos'un "İnsanları huzursuz eden olan biten olaylar değil, bu olaylara verdikleri manadır." sözü bu bakış açısını desteklemektedir. Yapılan deneylerdeki gözlemler ve ilerleyen bilimsel ortamla birlikte davranışçı kurama uymayan birtakım bulguların ortaya çıkması bilişsel modelin ortaya çıkmasına neden olmuştur [82]. Bilişsel yaklaşım depresyondaki bilişsel çarpıtmaların gözlemlenmesiyle ortaya çıkmaya başlamıştır [83]. Bu gözlemler, şemalar olarak adlandırılan bilişsel yapılara dahil edilen inançların, depresyon ve diğer bozuklukların gelişiminde yer alan kavramsal bir depresyon modeline dönüşmüştür [84]. Ortaya çıkan bilişsel model, inançların içeriğindeki farklılıklara dayalı olarak bozukluklar arasındaki ayrımla tamamen açıklanmış ve diğer bozukluklara uyarlanmıştır. Aaron Beck ve Albert Ellis modern bilişsel terapinin önde gelen isimleri olmuştur [85]. Bilişsel kuramın psikopatoloji ve psikoterapi alanına girmesi ise yine psikodinamik yönelimli terapistler olan Ellis ve Beck ile olmuştur. Julian Rotter bilişlerin, kişilerin davranışında uyaran ve davranış arasındaki önemli rolünü ortaya koymuştur [86]. Rotter geliştirdiği sosyal öğrenme kuramında insanın kişiliğinin kişi ve çevre arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıktığı görüşünü ortaya atmıştır. Bireyin davranışlarının klasik davranışçıların düşündüğü gibi çevreye karşı olan istemsiz tepkilerden oluşmadığını, kişinin çevreye verdiği tepkilerin önceki öğrenme deneyimleri ve yaşam öyküsüne bağlı olarak meydana geldiğini savunmuştur. Bireyin uyarana vereceği tepki o kişinin daha önceki yaşantıları tarafından biçimlendirilir, bu anlamda da aynı uyaran veya aynı çevre içinde iki birey farklı tepkiler verebilmektedir.

Bilişsel model, kişilerin bilişsel yapılarını iki ana başlıkta inceler; otomatik düşünceler ve bilişsel şemalar. Bilişsel şemalar ise ara inançlar ve temel inançlar olarak iki bölümde incelenebilir. Genel bakıldığında ise en yüzeyde otomatik düşünceler, en derinde temel inançlar ve aralarında ara inançların yer aldığı görülmektedir. Bilişsel modele göre, kişi karşılaştığı nesnel durumu mevcut bilişsel alt yapısı çerçevesinde değerlendirir. Bu değerlendirmeler, olumsuz bir çerçevede olursa, sonucunda ortaya çıkan "otomatik düşünceler" işlevsiz birtakım duyguların ve davranışların kaynağı olur.

Bu davranışlar ise genellikle zemindeki bilişsel yapıların, yani şemaların devamına yol açar.

Sırasıyla bu kavramları incelediğimizde otomatik düşünceler; bireyin herhangi bir duyguyu veya olayı yaşamadan önce zihne aniden, kısa süreli ve kendiliğinden gelen düşünceler olarak bilinmektedir. Bu düşünceler, kişisel deneyimler, inançlar ve öğrenilmiş tepkilerden kaynaklanır.

Otomatik düşünceler sıklıkla bireyin duygusal tepkilerini, fizyolojik yanıtlarını ve sonraki davranışlarını etkiler. Bunlar genellikle kısa, kesin ve mutlak ifadeler şeklinde ortaya çıkar. Genellikle kişi tarafından düşüncenin kendisi değil, düşünceye eşlik eden duygu fark edilir. Yaşanan ana ve duruma özgü oluşur [87]. Otomatik düşünceler doğal olarak vardır, ancak düşünce hataları etkisi altında oluştuğunda duruma uygun olmayan ruhsal bozukluklara zemin hazırlayan otomatik düşünceler oluşur. Düşünce hataları düşünceyi işlemlerken yapılan bazı yanlışlıklar ve eğilimlerdir ve yararlı olmayan, gerçekçi ve uyumlu olmayan işlevsiz düşüncelere neden olurlar [88]. Düşünce hataları tanımlaması ilk olarak Albert Ellis tarafından yapılmıştır. Daha sonra Aaron T. Beck'de bu tanımlamayı kullanmıştır. 11 farklı düşünce hatası tanımlanmıştır. Bunlar; keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, büyütme ve küçültme, hep ya da hiç biçiminde düşünme, kişiselleştirme, felaketleştirme, -meli, -malı ifadeleri, zihin okuma, duygudan sonuca ulaşma, etiketlemedir.

Ara inanışlar; kişinin temel değerleri ve kendiyile ilgili düşünceleri arasında köprü işlevi gören inançlardır [89]. Bu inançlar, kişinin bir durumu nasıl değerlendirdiğini ve bu değerlendirmeye dayalı olarak hangi otomatik düşüncelere sahip olacağını belirler. Bireyin değerlendirme kuralları ve standartları olarak işlev görür. Ara inanışlar, bireyin bir olayı veya durumu nasıl değerlendireceğini belirleyen kurallar veya standartlar olarak işlev görür [90]. Olumlu veya olumsuz olabilir. Olumlu ara inanışlar bireyi desteklerken, olumsuz olanlar genellikle kendini eleştiren veya sınırlayan inançlar olarak ortaya çıkar [91]. Ara inanışlar kişilerin olumsuz temel inançlardan korunmak amacıyla geliştirdikleri bir savunma sistemidir [92].

Bilişsel modelde en derinde, otomatik düşüncelere ve ara inançlara esas oluşturan, mutlak ve koşulsuz önermeler olan temel inançlar yer alır. Temel inançlar

geçmiş yaşam deneyimleri, kişinin önem atfettiği insanlarla yapılan özdeşimler sonucunda meydana gelir. Ayrıca temel inançlar geçmiş yaşam deneyimleriyle elde edilen bilgilerin sentezlenip, belli durumlarda hızlı şekilde yorumlama ve strateji planlamamıza yardımcı olan, diğer bilişlere kıyasla daha stabil ve işlevsel olması halinde kişiye yardımcı olan bilişsel yapılarıdır [93]. Hayatın ilerleyen döneminde yaşanan benzer öğrenme ve deneyimlerle bu bilişler pekişir, kişilik olarak kavramsallaştırılan davranışsal ve duygusal bir örüntü dizgesi meydana gelir [82], [87]. Bilişsel model temel inançları üç ana gruba ayırır; çaresizlik, sevilme ve değersizlik (kötülük) inançları. Bu temel inançlar her insanda çift olarak bulunur, sevilme sevilme gibi. Olumlu yöndeki temel inançlar bir psikiyatrik bozukluk ya da kişilik bozukluğu olmadığında olumsuz yöndeki temel inançlara kıyasla aktif durumdadır. İnaktif haldeki işlevsiz şema belirli bir olay ile tetiklenip aktifleşebilir. Sonuç olarak gerçek durum işlevsiz şemaların etkisiyle çarpıtılmış şekilde algılanır, düşünce hataları ve otomatik düşünceler meydana gelir [94]. Bu temel inanışlar, bireyin kendini, başkalarını ve dünyayı nasıl gördüğünü derinden etkiler[95].

2.3. Metakognisyon (Üstbiliş)

“Kişi bir şeyi biliyorsa, o şeyi bildiğini bilir ve aynı zamanda o şeyi bildiğini de bilir” sözüyle ilk kez 17. yy'de felsefi bir ifade ile karşımıza çıkan bu düşünce, Flavel tarafından 20. yy'de metakognisyon (üstbiliş) terimiyle ortaya çıkmaktadır. Üstbiliş; bilişin nasıl çalıştığını, kendimiz ve etrafımızdakilerle ilgili bilinçli deneyimleri nasıl ürettiğini anlamada önem taşımaktadır. Dikkat vereceğimiz şeyleri ve bilincimize girecek unsurları belirler. Değerlendirmemizi şekillendirir, düşünce ve hislerimizi düzenlemek için kullandığımız stratejileri belirler. Duygusal bozukluklar metakognisyonlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Metakognisyonlar işlevsiz düşünme biçimlerine neden olarak kişiyi kendisi ile ilgili uzamış ve tekrarlayıcı negatif düşünce içeriklerine saplar.

Üstbilişsel süreçlerle ilgili çalışmalar günümüze kadar birkaç farklı perspektiften gelişimini sürdürmektedir. Metakognisyon çalışmaları, gelişim psikolojisi alanında ortaya çıkmış, daha sonra ise bellek psikolojisi, yaşlılık psikolojisi ve nöropsikoloji alanlarında ele alınmıştır [96], [97], [98]. Metakognisyon yakın geçmişte çoğu

psikolojik bozuklukta temel prensip olarak ele alınmaya başlanmıştır [99], [100], [101]. Son yıllarda obsesif kompulsif, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, şizofreni gibi pek çok psikolojik bozukluğun üstbilişsel işlevler açısından araştırmaları sürmekte ve tedavi teknikleri de bu konuda geliştirilmektedir[102], [103], [104], [105], [106].

Biliş algılamayı, anlamayı, hatırlamayı ve buna benzer zihinsel süreçleri içermektedir fakat üst biliş insanın kendi algılaması, anlaması, hatırlaması ve bunun gibi zihinsel süreçleri hakkında düşünmesini içermektedir [107]. Herkesin olumsuz düşünceleri vardır ve herkes bazen onlara inanır. Bununla birlikte herkes anksiyete, depresyon ya da duygusal acı geliştirmez. Duyguları ve kişinin onlar üzerindeki kontrolünü belirleyen şey aslında bir insanın sadece ne düşündüğü değil, nasıl düşündüğüdür de.

Birçok kişi için duygusal sıkıntı geçicidir çünkü zihnimizde başa çıkma yolları gelişmiştir. Üstbiliş yaklaşımına göre duygusal sıkıntıları içinde sıkışıp kalmış insanlarda sahip oldukları metakognisyonlar olumsuz fikirleri güçlendiren ve duyguları sürdüren yanıtlara neden olur. Bu yanıtlara bilişsel dikkat sendromu (BDS) denir. BDS endişe, ruminasyon, sabitlenmiş dikkat ve işlevsiz öz düzenleme (S-REF) stratejileri ya da başa çıkma davranışlarından oluşur.

Yapılan araştırmalar ve modellemeler çerçevesinde üstbilişin üstbilişsel bilgi (metacognitive knowledge), üst bilişsel izleme (metacognitive monitoring) ve üst bilişsel denetleme (metacognitive control) olmak üzere üç yüzlü bir yapı olarak ele alındığı görülmektedir[108].

Üst bilişsel bilgi, bilişsel işlemlerimizin nasıl gerçekleştiğine dair ne bildiğimizdir [97]. Bu bilgi genellikle sözel olarak ifade edilebilen ve bazı durumlarda hatalı olabilen bir bilgidir ve bireyin bir nesne olarak kendi bilişsel süreçlerini izlemesini gerektirir [109]. Üstbilişsel bilgiler, insanın kişisel bilgisi ile farklı bilişsel görevlerin yapısına ilişkin görev bilgisi ve farklı bilişsel görevlerin üstesinden gelmeyi sağlayan olası strateji bilgisi içermektedir [97], [110]. Üst bilişsel bilgiler uzun süreli bellekte depolanmış bulduklarından yapıları gereği durağan özelliktedir [111], [112]. Psikolojik bozuklukların üstbiliş teorisine göre iki tür üstbiliş bilgi vardır. Birincisi açık

(açıklayıcı) inançlar ikincisi örtük (yöntemsel) inançlar. Açık bilgi sözel olarak ifade edilebilirken, örtük bilgi doğrudan sözel olarak ifade edilemez, bireylerin sahip olduğu düşünme becerilerini temsil eder [113].

Üst bilişsel izleme, belirli bir bilişsel etkinliğin mevcut halinin veya devam eden ilerleyişinin değerlendirilmesidir [108]. Üst bilişsel izleme sayesinde kişi, kendi bilişsel süreçlerini takip eder ve durumunu değerlendirir. Böylece kişi, örneğin bir kitabı okuduğunda anlayıp anlamadığına, bir dizi sayıyı ezberleyip ezberlemediğine karar verebilir. Özetle üstbilişsel izleme kişiye, o anki amacına yönelik olarak kendi bilişinin durumu hakkında bilgi verir [112].

Üst bilişsel denetleme, süregelen bilişsel etkinliğin düzenlenmesidir. Bu düzenlemeler bir etkinliği durdurmak, onun devam etmesine karar vermek veya onu değiştirmek şeklinde olabilir. Dolayısıyla üstbilişsel denetleme, izleme sonucu elde edilen sonuca dayalı olarak yapılan bilinçli ya da bilinçsiz tercihleri ifade etmektedir. Bu tercihler bir etkinliğin başlatılmasına; sürdürülmesine, durdurulmasına veya kullanılan stratejinin değiştirilmesine sebep olur [108][114].

Neredeyse her davranışın ortaya çıkmasında rol oynayan biliş, normal/ anormal yeme davranışlarını da ortaya çıkaran bir faktör olarak araştırmalarda yerini almıştır. Yeme bozukluklarının bilişsel davranışçı modelleri ağırlık ve şekle önem vermek ve bilişin içeriğine önem vererek süreç boyutunu ihmal etmekte, işlevsellikten ziyade semptomun zararlı yönlerine dikkat çekmekte ve eleştirilmektedir. Üstbilişsel yaklaşım içinde yer alan S-REF Model (self regulatory executive function) ile yeme bozukluğunun üstbiliş boyutlarının ortaya çıkarılmasının hedeflenmektedir. Yapılan bir çalışma sonucuna göre, yeme ve yeme ile ilgili bilişin üst düzeyde değerlendirmesinin yeme bozukluğunda önemli bir yeri bulunmaktadır [115]. Üstbiliş modelin yeme bozukluklarıyla olan ilişkisini anlamak için yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi endişeyle ilişkili diğer bozuklukların üstbiliş modelini de incelemek gerekir. Özellikle anksiyete ve yeme bozuklukları ortak özelliklere sahiptir [116]. Örneğin, yeme bozukluğu olan bireyler ağırlık ve vücut görüntüsü ile ilgili uyaranlarla karşılaştıklarında kaygıyı yönetme ve özdenetim konusunda başarısız olurlar. Yeme bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalar, sağlıklı kontrol gruplarına göre bu iki grubun da ruminasyon, belirsizliğe karşı

tahammülsüzlük, endişe ile ilgili olumlu inançlar, olumsuz problem çözme ve bilişsel kaçınma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Belirsizliğe karşı tahammülsüzlük kişinin belirsiz durumları yönetmekte zorlanması, bu durumlardan kaçınılması gerektiğine yönelik olan inancıdır [117]. Metakognisyonlar ve yeme bozuklukları üzerine yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Araştırmalar, Yeme Bozukluklarında (YB) da üst bilişlerin bozulmuş yeme davranışları üzerindeki dolaylı etkisini göstermektedir. Araştırmalar, YB'ye sahip klinik grubun YB'ye sahip olmayan kontrol grubuna göre daha fazla işlevsiz üstbilgi geliştirdiğini ortaya koymaktadır [118], [119]. Özellikle, üstbilgi kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu bakımından YB'ye sahip kişilerin sağlıklı kontrol grubundan ayrıştığı ve üst bilişsel inançların YB'yi anlamada önemli bir yere sahip olduğu çıkarımı yapılabilmektedir [26], [119], [120]. Konstantellou ve Reynolds'un yaptığı çalışmaya göre, metakognisyonların tüm boyutlarında, belirsizliğe karşı tahammülsüzlükte ve metakognisyon toplam puanlarında problemlili yeme davranışı olanlar normal yeme davranışı olanlara kıyasla daha yüksek puanlar almışlardır [121]. Sonuçlar benzer bir çalışmanın Türk örneğinde verdiği sonuçlarla da tutarlıdır. Obez ve obez olmayan bireyler arasındaki üstbilgi farklılık, endişe, bilişsel güven, bilişsel öz farkındalık ve düşünce kontrolü alt ölçeklerine ilişkin olumlu inançlar alt boyutlarında ortaya çıkmaktadır. Üstbilgi stratejiler olumsuz öz değerlendirmelerin güçlendirilmesinde ve obezitenin sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır ki, obez grup ve kontrol grubu arasındaki bu fark psikoterapide meta modda bilişsel işlemenin artırılarak, tedaviyi etkin kılma ihtimalini de yükseltmektedir [122]. Benzer olarak obez bireylerde bağlanma ve duygudurum belirtilerinde metakognisyon faktörleri rolünün araştırıldığı bir çalışma sonucuna göre, obez bireylerde düşüncelere yönelik olumsuz inançların depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır [123]. Metakognisyonlar ve yeme tutumlarının ilişkisini ortaya koyan, obez ve obez olmayan bireylerle yapılan bir çalışma sonucuna göre, düşük benlik saygısı ve yetersizlik hissinin yanı sıra işlevsel olmayan üstbilgi inançların obez insanların yeteneklerini zayıflattığı ve onları başkalarına bağımlı kıldığı görülmüştür. Çalışmalar, normal kilolu insanlarla karşılaştırıldığında, obez insanların başkalarıyla iletişim kurmaya daha fazla yöneldiğini ve bunu yapma gereği hissettiklerini göstermiştir. Aslında, başkalarıyla ilişki kurmanın, başkaları tarafından

kabul edildikleri anlamına geldiğine yönelik bu metakognisyon, onların başkalarıyla iletişime geçmeye daha motive davranmalarına da yol açmaktadır [117].

2.4. Bilişsel Kuram ve Üstbiliş Kuramın Karşılaştırılması

Üstbiliş kuram bilişsel kuramdan farklı olarak psikopatolojiyi açıklarken temelde kişinin ne düşündüğünü değil nasıl düşündüğüyle ilgilidir.

Beck ve Ellis'in geleneksel bilişsel davranışçı teorisine göre psikopatolojinin nedeni olaylar değil, kişilerin olayları nasıl yorumladıkları yani düşünceleridir ve tedavide de BDT bu düşünceleri değiştirmeye odaklanır [124]

Üstbiliş kuram da bu görüşü destekler fakat yeterli görmez. Düşünce içeriğinin psikolojik bozukluğun türünü belirlediğini ama bu düşüncelerin tek başına psikolojik bozukluğa sebep olamayacağını savunur. Olumsuz düşünceler ve beraberindeki olumsuz duyguların herkeste normal ve geçici olarak var olduğunu, eğer kişi bu olumsuz düşünce ve duygulara üstbiliş bilişler nedeniyle BDS (Bilişsel Dikkat Sendromu) adı verilen bir cevap verme tarzı ile karşılık verirse geçici olmayıp devam ettiğini ve bu nedenle psikolojik bozuklukların oluştuğunu öne sürer. BDS, endişe, ruminasyon, tehdit tarama ve işlevsiz baş etme stratejilerini içerir. BDT tedavide bu olumsuz düşünceleri otomatik düşünce olarak adlandırarak onları değiştirmeye çalışır, MKT (Üstbiliş Terapi) ise bu düşünceleri ruminasyon ve endişeyi tetikleyici bir etken olarak görür [124]. Üstbiliş modeli BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi)'deki A-B-C modeli üzerinden anlatmak gerekirse, A BDT'de tetikleyici bir olay, B şema etkisi altında ortaya çıkan bir otomatik düşünce, C ise duygusal ve davranışsal sonuçlardır. Üstbiliş yaklaşımla bu model A-M-C olarak yeniden düzenlenir. A, dışsal bir olay değil, içsel bir biliş, M metakognitif inançlar ve BDS (Bilişsel Dikkat Sendromu)'dir. Klasik BDT temel olarak A-B-C modelindeki B'yi yani düşünceleri değiştirmeye odaklanırken, MKT (Üstbiliş Terapi) A-M-C modelinde M olarak ifade edilen metakognisyonlar ve BDS'yi yani düşünce biçimini değiştirmeye odaklanır [124].

2.4.1. Obezitede Bilişsel Kuramı Destekleyen Kanıtlar

Bilişsel kurama göre farklı psikolojik bozuklukların kendine özgü bir bilişsel içeriği vardır. Psikiyatrik bozuklukları olan obezlerin anlamlı ölçüde daha az kilo kaybı gerçekleştirdiklerine işaret eden Kinzl ve arkadaşlarının (2006) çalışması, bilişlerdeki farklılaşmaların kilo yönetimindeki başarı ya da başarısızlıkla ilişkili olduğu savını destekler görünmektedir [125].

Kişilerin duygusal açıdan iyi olmalarına, dolayısıyla anksiyete ve depresyon yatkınlıklarına yol açan otomatik düşünceler ve temel inançlarıyla ilgili farklılıklarının, kilo vermede ve verilen kilonun korunmasında etkili olup olmadığının daha fazla araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Jorm ve ark.'larının obezitenin depresyon ve anksiyete ile bağlantısı olduğunu gösteren çalışması Baumeister ve ark.'larının yalnızlığı öz düzenlemede bozulmalarla ilişkilendiren çalışması biliş-başarılı kilo kaybı ilişkisinin daha fazla araştırılması gerekliliğini gösteren çalışmalardan birkaçıdır [126], [127]

Lauder ve ark.'ları algılanan yalnızlık ve izolasyon bildiren kişilerin daha yüksek vücut kitle indeksleri olduğunu, yalnızlık ve izolasyon düşünceleri fazla olanların kilo vermek için fiziksel aktiviteyi artırma konusunda daha az özgüven bildirdiklerini aktarmıştır [128].

Yukarıda bahsedilen literatür bilgilerinin, kişinin otomatik düşüncelerinin, tutumlarının ve inançlarının yani kişinin bilişsel yapısının başarılı kilo kaybı ile ilişkisine işaret etmekte olduğu söylenebilir. Ayrıca, fazla yeme ve obeziteyle ilgili bilişlerin ayırt edici özelliklerinin belirlenebilmesi için daha birçok araştırmanın gerekmekte olduğu literatürde vurgulanmaktadır [129].

Bütün bu bilgilerin ışığı altında, gerek şu an itibarıyla yüksek risk altında olan obez hastaların tedavisinde gerekse tüm diğer birincil önleme çalışmalarında yol gösterici olması için obez bireylerin bilişsel yapı açısından farklılıklarının çalışılması önemli görünmektedir.

2.4.2. Obezitede Üstbiliş Kuramı Destekleyen Kanıtlar

Üstbilişsel kurama göre psikopatolojinin kaynağı endişe, ruminasyon, tehdit tarama davranışından oluşan BDS ve işlevsiz baş etme stratejileridir [130]. Endişe ve ruminasyonun psikolojik bozukluklarla ilişkisi olduğuna dair pek çok çalışma vardır [131]. Yeme bozuklukları araştırmacılarının yeme bozukluğu olan hastaların bilişsel modellerinin anlaşılmasının genişletilmesi gerektiğini vurgulamalarıyla üstbilişsel inançlara da artan ilgi başlamıştır.

Yeme bozukluklarının gelişimi için iyi bilinen bir risk faktörü olan duygusal yeme ile üst bilişlerin incelendiği bir çalışmada duygusal yemesi yüksek ergenlerin daha fazla olumsuz üstbilişsel inanca sahip olduğu bulunmuştur. Üstelik bu ilişkide üstbilişsel inanışların etkisi kontrol edildiğinde depresyon gibi olumsuz duyguların duygusal yeme ile artık ilişkisi olmadığı bulunmuştur [132].

Laghi ve ark.'larının tıknırcasına yemek yiyen ergenlerde yaptığı bir çalışmada üstbilişsel süreçlerdeki bozukluğun yeme patolojisini öngördüğü tespit edilmiştir [133].

Yeme davranışının üstbilişsel rolüyle ilgili yapılan keşifsel bir çalışmada da BKİ ile üstbilişler arasında ilişki bulunmazken üstbilişin anoreksiya, bulimia, aşırı yeme bozukluğu dışında herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan grupta yeme alışkanlıklarıyla uyumlu olduğu bulunmuştur.

Üstbiliş Kuramı klasik bilişsel yaklaşımın eksik kaldığı yönlerine katkı sağlayabilecek bir yaklaşımdır. Temel farkı ise düşünce içeriğini değil düşünce biçimini merkeze almasıdır. Bilişsel ve üstbiliş modellerin yeme davranışlarını açıklaması ile ilgili literatürde birçok çalışma olmasına rağmen, iki kuramı birbiriyle yeme davranışları açısından karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

2.5. Yeme Davranışı

2.5.1. Duygusal Yeme

Duygusal yeme; kişinin üzüntü, mutluluk, yalnızlık gibi psikolojik durumlara tepki olarak aç olmamasına rağmen yemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu şekilde

kompulsif tarzda yeme davranışı ağırlık artışına yol açacak düzeyde aşırı yemeye neden olmaktadır [134]. Yemek yeme davranışında duyguların etkili ve önemli olduğu bilinmesine rağmen, yemeyi nasıl etkilediğini tam olarak açıklamak zordur. Duygular motivasyonel farklılıklar göstererek davranışın kontrolünde temel oluşturmaktadır. Sinirlilik, korku, üzüntü ve mutluluk gibi bazı duyguların yeme davranışı ve tüketim üzerinde; yeme motivasyonu, besinlere etkili cevap, besin seçimi gibi etkileri vardır. Olumsuz duygular veya stres anında gözlenen fizyolojik değişiklikler tokluk hissine benzer belirtiler oluşturduğundan olumsuz duygular karşısında açlık hissi baskılanarak iştah kaybı ve besin alımında azalma gerçekleşir. Bu süreç doğal bir fizyolojik yanıt olarak kabul edilmiştir. Buna karşılık olumsuz duygusal uyaranlar karşısında bazı bireylerde besin alımında artış gözlenmektedir. Olumsuz duygulanıma cevap olarak gelişen artmış yeme “duygusal yeme” olarak adlandırılmaktadır ve doğal olmayan bir cevap olarak kabul edilmektedir [135]. Olumsuz duygular karşısında gözlenen bu aşırı yeme tepkisinin; obez bireylerde, yeme bozukluğu olan kadınlarda ve normal ağırlıkta olup da diyet yapan kişilerde mevcut olduğu gösterilmiştir [136], [137], [138], [139]. Duygusal stres altındayken, duygusal yeme tutumunda olan bireyler duygusal yeme problemi olmayanlara göre daha fazla besin tüketirken, besin tercihleri fazla şekerli ve yüksek yağlı besinler yönünde olmaktadır [140]. Duygusal yeme açlık hissi nedeniyle ya da öğün zamanı geldiği için değil sadece duygulanıma yanıt olarak ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak tanımlanmıştır. Özellikle anksiyeteye cevap olarak gelişen aşırı yemenin anksiyeteyi hangi mekanizma ile azalttığı tam olarak anlaşılmamıştır. Yapılan çalışmalarda protein ve karbonhidrat alımının beyinde özellikle serotonin sentezi üzerine olacak etkisi üzerinde durulmuştur [141]. Duygusal yeme davranışı olanlarda aşırı tüketim ağırlık artışıyla güçlü ilişki içinde olduğundan bu kişiler fiziksel aktivitelerini arttırıp ağırlık artışını azaltmaya çalışsalar bile yüksek oranda hafif şişmanlık riskini taşımaktadırlar [135]. Duygusal yemenin beden kitle indeksi yüksek kişilerde daha sık olduğu gösterilmiştir [141]. Duygusal yeme ilk zamanlarda bulimik hastaların aşırı yemelerini destekleyen bir etmen olarak bulimia ile anılmıştır. Sonrasında ise tıknırcasına yeme ataklarının da duygusal yeme ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir [142].

2.5.2. Bilişsel Kısıtlama

Bilişsel kısıtlama; ağırlık artışını engellemek ya da azaltmayı desteklemek amaçlı enerji alımını ve tüketilen besinlerin çeşidini kontrol ederek bilinçli olarak besin alımının kısıtlandığı yeme davranışıdır [143]. Buradaki kısıtlama kişinin yeme sırasında ihtiyacı olan besini almaya yönelik bir kısıtlama değil, yemek istediği miktarın altında yemeye yönelik bir çaba göstererek yaptığı kısıtlamadır. Normal ağırlıktaki bireylerin kısıtlayıcı yeme davranışlarının kilo vermektan çok ağırlıklarını koruma amaçlı olduğu gösterilmektedir [144]. Bilişsel kısıtlayıcı yeme davranışında olan kişiler genellikle güçlü karakterli, hırslı, duygusal durumları stabil olan oldukça sosyal kişilerdir [145]. Kısıtlayıcı yemenin neden olduğu yeme ataklarında kişinin bedeni kısıtlama süresince eksiklik çektiği besini ayırt edememekte ve kişi aç hissetmeye başlamaktadır, açlık hissiyle beraber organizma metabolik hızı da azalma yönüne gitmektedir [135]. Bilişsel kısıtlayıcı yeme sonucu gelişen bu durum metabolizma hızının azalmasına ilave olarak besin alımındaki aşırı artışla beraber kilo alımıyla sonuçlanmaktadır [146]. Bilişsel kısıtlayıcı yeme davranışı olan bireyler sürekli çok yediklerinden yakınma eğiliminde ve şişman olmaktan kaçınmak için sürekli yeme miktarlarını kısıtlama içindedirler. Kısıtlayıcı yeme davranışında bulunan bireylerin amacı ağırlıklarını sabit tutmak ya da ağırlık artışını engellemektir. Bazen de kilo vermek için sürekli diyet yaptıkları için bu kişiler sürekli kalori kontrolü takibi içindedirler ve bu kişiler kalori kontrolünü sağlamak için stratejiler geliştirmektedirler. Bu kişiler için kendi istedikleri miktar ve enerjide besin almak çok önemlidir. Eğer ki yemeğin planlanmasında ya da düzenlenmesinde herhangi bir şekilde kendi iradeleri dışında bir hata oluşursa bu durum kişinin kısıtlama sürecini sekteye uğratmakta ve yemeğin kısıtlanmaktan öte çok fazla yenmesine neden olabilmektedir [145]. Duygusal yemede herhangi bir negatif duygu karşısında tatlı ve yağlı yiyeceklerin yenilmesinde artış görülürken, bilişsel kısıtlayıcı yemede besin seçiminden çok porsiyonların artışı görülmektedir. Besin tercihiyle ilgili olarak duygusal yeme eğiliminde olan kişilerin negatif duyguyla baş etmek için bu tercihi yaptığı buna zıt olarak bilişsel kısıtlayıcı yeme davranışı olan bireylerin porsiyon artışının nedeni negatif koşullar altında bilinçli kontrol mekanizmasının zarar görmesi sonucu besin alımını artırmalarıyla açıklanmaktadır [135]. Duygusal yemede kişi yeme sonucunda negatif durumla baş etmeyi beklerken, bilişsel kısıtlayıcı yeme davranışı

olanlarda negatif durum karşısında durumla baş etme çabası yoktur. Üstelik bilişsel kısıtlayıcı yeme davranışı olan bireylerin negatif durum karşısında olduğu gibi pozitif durumlarda da sıklıkla fazla yeme durumuna kolaylıkla geçtikleri gösterilmiştir. Hem negatif hem de pozitif durumlarda kısıtlama davranışı olanların fazla yemeleri, bu kişilerin durumla başa çıkmak için değil mevcut durumun sonucu olarak kısıtlama yönündeki kontrollerini kaybetmelerinin bir sonucu olarak yeme davranışı görülmektedir [145].

2.5.3. Kontrolsüz Yeme

Kontrolsüz yeme; fizyolojik açlık hissetmeksizin ortamda bulunan besinle ilgili herhangi bir uyarana cevap olarak yemektir. Kısaca kontrolü kaybetme hissi ile aşırı yeme davranışıdır. Kontrolsüz yeme; ortamdaki yiyeceğin kokusu, görünüşü, lezzeti gibi özelliklerine karşı var olan yüksek yatkınlık sonucunda görülmektedir [147]. Kontrolsüz yeme tutumunda olan bireyler yiyeceklerin dışsal uyarılarına cevap olarak besin ortamdayken, besinin kokusu veya görünüşü gibi özelliklerinden etkilendikleri için aşırı yerler, onun haricindeki durumlarda yemek akıllarında yoktur [148]. Duygusal yemesi olanlar ise kontrolsüz bir uyarıya cevap olarak değil kişinin kendi duygularında meydana gelen değişikliğe yanıt olarak yerler. Stresin etkilediği yeme davranışı; kişinin, stresli bir durumdayken kendisini daha iyi hissetmek için bir şeyler yemesi ya da içmesidir. Stres toplam besin alımının artırılması ya da azaltılması yoluyla iki şekilde yeme miktarını etkilemektedir. Kronikleşmiş günlük stres genellikle bireylerin enerji yoğunluğu yüksek olan şekerli ve yağlı yiyeceklere yönelmesine neden olmaktadır [149]. Obezite ve stres durumunun birbiriyle etkileşiminin araştırıldığı çalışmalar, stresin uyardığı yemenin ağırlık artışına neden olduğu ve bunun obezite gelişimini tetikleyen bir faktör olduğunu öne sürmektedir [149]. Stres ve yeme arasındaki ilişki cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Stresle baş etmek için genellikle kadınlarda daha fazla yeme eğilimini bulunmuştur [150]. Diyetel kısıtlamayla bağlantılı olarak, beslenme durumuyla iş stresinin ilişkisini incelemek amacıyla 58 kadın ve 32 erkeğin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel çalışmada, altı ay boyunca kişilerin dört ayrı dönemde stres düzeyleri, ağırlık durumları ve diyetleri incelenmiş, katılımcıların yüksek iş yüküne maruz kaldıkları haftada 47 saat çalıştıkları dönemde, haftada 32 saat çalıştıkları iş stresinin daha az olduğu döneme göre daha yüksek enerji aldıkları, doymuş yağ ve şeker

tüketiminin de daha yüksek olduğu görülmüştür. Kısıtlayıcı yemesi olanların bu dönemdeki fazla iş yüküne cevabı hiperfajik yönde gelişirken kısıtlayıcı yemesi olmayanlarda böyle bir yanıt görülmemiştir. İş yükünün fazla olduğu dönemlerde kısıtlayıcı yemesi olanların enerji alımını ve yağ alımını arttırdıkları görülürken, alınan yağ miktarının daha fazla olmasının yanı sıra doymuş yağ yüzdelerinin de daha fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki bireylerin strese bağlı yemelerindeki artışın açlık ve iştah artışı olmaksızın gerçekleştiği de belirtilmiştir [151]. Strese maruz kalma sürecinde enerji alımının daha fazla olmasının bir nedeni de stresten bağımsız olarak, kısıtlı zamandan dolayı besin alımı ve hazırlama süresinin yetersizliğiyle bağlantılı olarak kolay ulaşılabilir ve yüksek enerji yoğunluğu olan hazır besinlerin tüketiminin artması olarak görülmektedir [152].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı obez ve obez olmayan bireylerde yeme davranışının karşılaştırılmasıdır. Yeme davranışının belirlenmesi ile sosyodemografik veriler, otomatik düşünce ve üstbilişsel inanışların davranışlar üzerine etkisinin karşılaştırılmasıdır.

3.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Bu araştırmada obez ve obez olmayan bireyler arasında yeme davranışlarının, otomatik düşüncelerinin, üstbilişsel inanışlarının, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu çerçevede aşağıdaki hipotezler sınanmıştır:

H1: Obez ve obez olmayan gruplar arasında yeme davranışları yönünden anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Obezitede yeme davranışı ile olumsuz otomatik düşünceler arasında ilişki bulunmaktadır

H3: Obezitede yeme davranışı ile üstbilişsel inanışlar arasında ilişki bulunmaktadır

H4: Obezitede yeme davranışında depresyon anksiyete stres düzeyi etkilidir

3.3. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın çalışma grubunu Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Ocak 2023- Nisan 2023 tarihleri arasında obezite cerrahisi onayı almak için başvuran araştırmaya dahil edilme dışlama kriterlerini karşılayan $BKI \geq 30$ kg/m² olan 87 kişi oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise çalışma grubuna benzer özellikler taşıyan dahil edilme dışlama kriterlerini karşılayan arası $BKI \leq 25$ kg/m² olan Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi sağlık çalışanlarından 70

kişi oluşturmaktadır. Katılımcının isteği doğrultusunda online ya da yazılı şekilde anket formu uygulanmıştır. Toplanan anket formlarında obezite tanısı almış grupta 20 katılımcının yanıtlarının eksik ya da çelişkili olduğu belirlenmiş ve bu katılımcılar araştırma dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak 67 çalışma ve 70 kontrol grubu olmak üzere toplam 137 katılımcı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Katılımcılar ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır. Katılımcılara DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID 5-CV) uygulanarak psikiyatrik aktif psikopatolojisi olmayanlar seçilmiştir. Araştırmaya çalışma grubu olarak dahil edilen obez yetişkinler (Beden Kitle İndeksi 30 kg/m² 'dan fazla olan kişiler) ve kontrol grubu olarak dahil obez olmayan yetişkinler (Beden Kitle İndeksi 30'dan 30 kg/m² 'dan az olan kişiler) için ulaşılması gereken minimum örneklem sayısı G*Power programı kullanılarak, bağımsız iki grubun ortalamasının karşılaştırılması özelinde hesaplanmıştır. Hesaplama anlamlılık düzeyi $\alpha = 0,05$, istatistiksel testin gücü $1-\beta = 0,80$ alınmıştır. G*Power analizine göre, örneklem büyüklüğünün 51 çalışma 51 kontrol grubu olmak üzere en az 102 katılımcıdan oluşması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- DSM 5'e göre aktif psikiyatrik bir hastalığının olmaması
- 18-65 yaş arasında olması
- Okuma yazma biliyor olması
- Bilgilendirilmiş onam verebilme kabiliyeti olması
- Çalışmada uygulanacak ölçekler ve yapılacak görüşmelere katılım konusunda gönüllü olması
- Çalışmada uygulanacak ölçekleri doldurabilecek mental ve bilişsel kapasitede olması
- Obez grup için BKİ>30; normal grup için BKİ:18,5-24,9 olması

Araştırmadan Dışlanma Kriterler

- Primer nörolojik bozukluk veya mental retardasyon bulunması
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre aktif psikotik bozukluk, bipolar affektif bozukluk gibi aktif psikiyatrik hastalığının olması
- Madde Kullanım Bozukluğu olması
- Geçirilmiş kafa travması ya da operasyonu bulunması
- Bilişsel mental bozukluk (demans, deliryum) olması
- Çalışmada kullanılacak ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuma yazma bilmemesi.
- Sendromik ve endokrinolojik nedenlere bağlı obezitesi olanlar ve obeziteye neden olabilecek ilaç (örn. glukokortikoidler, karbamazepin ve valproat gibi antikonvülsanlar, antidepresanlar, antipsikotikler veya antihistaminikler) kullanımı olmaması

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, obez ve normal kilolu bireylerin yeme davranışları ve üzerinde etkili olan değişkenlerin belirlenmesi ve bu değişkenlere aracı eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıda detaylı bir şekilde açıklanan ölçme araçları veri toplama araçları olarak kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Kişisel bilgilerin belirlenmesi amacıyla katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu verilmiştir. Hazırlanan formda, katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, boy, kilo, geçmiş psikiyatrik öyküleri, şu anki şikayetlerini sorgulayan sorular yer almaktadır.

3.4.2. DSM-5 Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Aracı

2015 yılında First ve arkadaşları tarafından DSM-5 bozuklukları için geliştirilmiştir [153]. 10 modülden oluşmaktadır ve 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri ile 17 tanısal kategoride ise sadece araştırmacı sorulardan oluşmaktadır. Modüller psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ile uyum bozukluğunu değerlendiren soruları içermektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması 2019 yılında Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [154].

3.4.3. Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ-21)

Üç Faktörlü Yeme Ölçeği Stunkard ve Messick (1985) tarafından geliştirilmiştir. Capelleri ve arkadaşları tarafından revize (2009) edilerek 21 maddeye indirgenmiştir. Ölçek, kontrolsüz yeme, bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Türk kültürüne Karakuş, Yıldırım ve Büyüköztürk (2016) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Kontrolsüz yeme, herhangi bir dış uyaran veya açlık sonucunda yemek yerken kontrolün kaybedilmesi olarak tanımlanmıştır ve 3, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 19 ve 20. maddeler kontrolsüz yemeyle ilişkilendirilmiştir. Bu boyut için katılımcıların alabileceği en yüksek puan 36, en düşük puan ise 9 olarak belirlenmiştir. Bilişsel kısıtlama, besin alımını vücut ağırlığını ve şeklini kontrol altına alabilmek için kısıtlamayı ifade etmektedir ve 1, 5, 11, 17, 18 ve 21. maddeler bilişsel kısıtlamayla ilişkilendirilmiştir. Ölçeğin bu boyutu için alınabilecek en yüksek puan 24, en düşük puan ise 6 olarak belirlenmiştir. Duygusal yeme ise öfke, üzüntü, stres gibi duygusal durumlarda aşırı yemek yeme durumudur ve 2, 4, 7, 10, 14, ve 16. maddeler duygusal yemeyle ilişkilendirilmiştir. Ölçekten bu boyut için alınacak en fazla puan 24, en az puan ise 6 olarak belirlenmiştir. Ölçekte bireylerin aldığı puanlar kıyaslandığında puanı yüksek olan boyuta ilişkin yeme davranışının baskın olduğu düşünülmüştür [155].

3.4.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS)

Ölçek ilk olarak Lovibond ve Lovibond [156] tarafından 42 madde olacak şekilde geliştirilmiştir. Sonrasında Brown ve ark. [157] tarafından ölçümle eş geçerlilikte ve daha kısa olan 21 soruluk “Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS 21)” oluşturulmuştur. Yılmaz ve ark. [158] tarafından ise DASS 21 ölçeğinin Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Depresyon, stres ve anksiyete alt kategorilerini ölçen ve her alt kategoriye ait 7 madde olmak üzere toplam 21 sorudan oluşan ölçek, 4’lü likert tipinde (0: bana uygun değil, 1: bana biraz uygun, 2: bana genellikle uygun ve 3: bana tamamen uygun) bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri pozitif puanlanmakta olup her bir alt kategori kendi içinde normal, hafif, orta, ileri ve çok ileri olacak şekilde sınıflandırılarak değerlendirilmektedir [156], [158].

Tablo 2. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği Sınıflaması

	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	0-4	0-3	0-7
Hafif	5-6	4-5	8-9
Orta	7-10	6-7	10-12
İleri	11-13	8-9	13-16
Çok İleri	14+	10+	17+

3.4.5. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

Kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin ve olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını ölçmeyi hedefleyen ölçek, Hollon ve Kendall tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir [159]. 1-5 arasında puanlanan ve 30 maddeden oluşan likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 150’dir. Aydın ve Aydın (1990) ile Şahin ve Şahin (1992) tarafından Türk

toplumunda uyarlaması yapılmıştır [159], [160]. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin otomatik olumsuz düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını gösterir.

Yapılan faktör analizi sonuçlarına göre ölçek 5 faktörden oluşmaktadır. Faktörler; kendine yönelik negatif düşünceler (2, 3, 7, 8, 17, 18, 21, 23, 24, 27. Maddeler), Şaşkınlık / kaçma fantezileri (13, 14, 15, 19, 20, 22. Maddeler), Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri (9, 26, 29. Maddeler), Yalnızlık / izolasyon (1, 4, 10, 28. Maddeler), Ümitsizlik (6, 11, 12, 25. Maddeler) başlıklarından oluşmaktadır.

Türkçe ölçekte toplam grup ortalaması 52.84 (sd= 14.95) olarak bulunmuştur. İkiye bölme güvenilirliği $r = .91$, madde toplam korelasyonu $r = .35$ ve $r = .69$ arasındadır. Cronbach alfa değeri ise .93' tür. Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu ise $r = .75$ ($p < 0,001$) olarak bulunmuştur.

3.4.6. Üstbilgi Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Üstbilgi Ölçeği-30 Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilmiştir ve ölçeğin orijinal adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklindedir (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997). Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton (2004) bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Yazarlar, ölçeği hazırlama sürecinde yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriasis ve panik bozukluk hastalarının endişe (worry) ve girici düşüncelerini sormuşlar, bu tip bilişsel faaliyetlerle uğraşmalarının nedenlerini ve bunlarla ilgili olarak yaşadıkları sorunları bildirmelerini istemişlerdir. Bu işlem sonucunda üstbilgileri içeren bir ifade havuzu elde etmişler, psikometrik işlemler sonucunda bu havuzdan 61 maddelik bir üstbilgi ölçeği uzun formunu meydana getirmişlerdir. ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ila 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilgi faaliyetin arttığına işaret eder. Wells ve Cartwright-Hatton'nın (2004) yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30'daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır ve bu dağılım uzun formdakiyle özdeştir. (1)

Olumlu inançlar, 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddelerden oluşur ve endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir. Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir. (2) Kontrol edilemezlik ve tehlike, 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeleri içerir ve iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir” şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. (3) Bilişsel güven, 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeleri içerir ve kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. (4) Düşünceleri kontrol ihtiyacı, 2, 4, 9, 11, 16, 22. maddelerden oluşur ve batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir. (5) Bilişsel farkındalık, 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. maddelerden oluşur ve kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Tosun ve Irak tarafından 2008 yılında yapılmıştır [161].

3.5. İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel analizler, IBM SPSS Statistics 25 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama, ortanca, standart sapma ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile gösterilmiştir. Normal dağılıma uygunluk çoklu normallik varsayımı ile incelenmiştir. Çalışma örneklemindeki ikili gruplarda kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Normallik değerlendirmesi için puan dağılımlarının incelenmesi sonucunda eğiklik-basıklık değerleri ile Z skorlarına göre $\pm 1,5$ aralığı alınmıştır. Birbirinden bağımsız iki örneklemin belirli bir değişken bakımından ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını karşılaştırmak için bağımsız örneklem t-testi (Independent two samples t-test) kullanılmıştır. Yeme davranışı otomatik düşünceler alt ölçekleri, üstbilişsel inanışlar alt ölçekleri, BKİ, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri sonuçları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayıları 0.20-0.39 zayıf ilişki, 0.40-0.69 orta düzeyde ilişki, 0.70-0.79 yüksek

düzyeyde ilişki, 0.90-1.0 çok yüksek ilişki olarak değerdendirilmiştir [162]. Ek olarak veriler IBM AMOS V24 ile analiz edilmiştir. Modelin test edilmesinde yol analizi kullanılmış ve hesaplama yöntemi olarak ML (Maksimum Likelihood) yöntemi tercih edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık ve önem düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Obezite grubunda 67 kişi, kontrol grubunda ise 70 katılımcı bulunmaktadır. Obezite grubunun %61,2'si (n=41) kadın, %38,8'i (n=26) erkeklerden oluşmaktadır. Kontrol grubunun ise %64,3'ü (n=45) kadın, %35,7'si (n=25) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Obezite grubun %43,3'ü (n=29) ilköğretim- lise, %47,8'i (n=32) üniversite, %8,9'u (n=6) yüksek lisans ve üzeri mezundur. Kontrol grubunun %11,4'ü (n=8) ilköğretim- lise, %48,6'sı (n=34) üniversite, %40'ı (n=28) yüksek lisans ve üzeri mezundur. Obezite grubunun %23,9'unda (n=16) ek psikiyatrik hastalık mevcutken, kontrol grubunun %14,3'ü (n=10) ek psikiyatrik hastalık tanısına sahipti. Obezite grubunun %41,8'inin (n=28), kontrol grubunun ise %15,7 sinin (n=11) ek tıbbi hastalığı bulunmaktadır. Kontrol ve obezite grubu arasında cinsiyet, yaş, ek psikiyatrik hastalık durumu bakımından anlamlı farklılık yoktur. Obezite grubunda eğitim düzeyi ilköğretim- lise mezunu kontrol grubuna göre daha fazla iken kontrol grubunda yüksek lisans ve üzeri mezunu obezite grubuna göre daha fazladır. Ek tıbbi hastalıklar obezite grubunda kontrol grubuna göre daha fazladır. (Tablo 3)

Tablo 3. Obezite ve kontrol gruplarının sosyodemografik verileri

Değişkenler		Obezite (n=67)	Kontrol (n=70)	İstatistiksel Analiz
		n (%)	n (%)	p ¹
Cinsiyet	Kadın	41 (%61,2)	45 (%64,3)	0,708
	Erkek	26 (%38,8)	25 (%35,7)	
Eğitim düzeyi	İlköğretim- Lise	29 ^a (%43,3)	8 ^b (%11,4)	<0,001
	Üniversite	32 ^a (%47,8)	34 ^a (%48,6)	
	Yüksek lisans ve üzeri	6 ^a (%8,9)	28 ^b (%40)	
Ek psikiyatrik hastalık		16 (%23,9)	10 (%14,3)	0,152
	AB	8 (%11,9)	5 (%7,1)	
	OKB	5 (%7,5)	1 (%1,4)	
	MDB	6 (%8,9)	4 (%5,7)	
	DEHB	2 (%2,9)	2 (%2,9)	
Ek tıbbi hastalık		28 (%41,8)	11 (%15,7)	0,001
	HT	10 (%1,5)	0 (%0)	
	DM	5 (%7,5)	0 (%0)	
	KH	3 (%4,5)	3 (%4,3)	
	OA	3 (%4,5)	0 (%0)	
	UA	5 (%7,5)	0 (%0)	
	Diğer	11 (%16,4)	8 (%11,4)	

¹Ki-Kare Testi

Obezite grubunda yaş ortalamasının $33,5 \pm 8,3$, boy ortalamasının $168,7 \pm 10,5$, kilo ortalamasının $102,5 \pm 18,7$, BKİ ortalamasının $35,8 \pm 4,4$ olduğu; kontrol grubunda ise yaş ortalamasının $31,0 \pm 6,9$, boy ortalamasının $169,4 \pm 9,2$, kilo ortalamasının $63,9 \pm 9,5$, BKİ ortalamasının $22,2 \pm 1,9$ olduğu görülmüştür. Obezite ve kontrol grubunda yaş ve boy ortalamaları arasında fark yoktur. Obezite grubunda BKİ anlamlı olarak daha yüksektir. Gruplar kadın erkek olarak ikiye ayrılıp BKİ açısından incelendiğinde obezite kadınların toplam BKİ değeri $35,8 \pm 4,3$, obezite erkeklerin toplam BKİ değeri $35,9 \pm 4,7$; kontrol grubu kadınların toplam BKİ değeri $21,74 \pm 1,8$, kontrol grubu erkeklerin toplam BKİ değeri $23 \pm 1,9$ olarak bulunmuştur. Obezite grubu BKİ değerlerinde Kadın erkek cinsiyet arasında fark bulunmazken kontrol grubunda kadın BKİ toplam değerleri erkek grubuna göre daha düşük bulunmuştur. (Tablo 4)

Tablo 4. Katılımcılara Dair Bağımsız Değişkenlerin Betimleyici İstatistiksel Analizi

	Obezite (n=67)	Kontrol (n=70)	İstatistiksel Analiz	
	Ort. \pm Ss	Ort. \pm Ss	t/z	p ²
Yaş	$33,5 \pm 8,3$	$31,0 \pm 6,9$	-1,88	0,063
Boy(cm)	$168,7 \pm 10,5$	$169,4 \pm 9,2$	0,42	0,673
Kilo(kg)	$102,5 \pm 18,7$	$63,9 \pm 9,5$	-15,11	<0,001
BKİ	$35,8 \pm 4,4$	$22,2 \pm 1,9$	-23,44	<0,001
			Cinsiyet	p ¹
			Kadın (Ort. \pm Ss)	Erkek (Ort. \pm Ss)
BKİ	Obezite	$35,8 \pm 4,3$	$35,9 \pm 4,7$	0,983
	Kontrol	$21,74 \pm 1,8$	$23 \pm 1,9$	0,01

¹Ki-Kare Testi; ²Bağımsız Örneklem t – Testi

Obezite grubunda duygusal yeme toplam puanı $15,9 \pm 5,7$, kontrol grubunda $10,8 \pm 3,9$ 'dur. Obezite grubunda duygusal yeme kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir (p <0,001). Bilişsel kısıtlama toplam puanı obezite grubunda $13,5 \pm 4,4$, kontrol grubunda $13,8 \pm 4,2$ 'dir. Obezite ve kontrol grubu arasında farklılık saptanmamıştır (p=0,704). Kontrolsüz yeme toplam puanı obezite grubunda $23,8 \pm 6,4$, kontrol grubunda $17,8 \pm 4,3$ 'tür. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir (p <0,001).

Metakognisyon ölçeği toplam puanı obezite grubunda $65,1 \pm 18,3$, kontrol grubunda $56,5 \pm 12,7$ 'dir. Total toplam puan obezite grubunda kontrol grubuna göre daha yüksektir ($p=0,002$). Metakognisyon alt ölçeklerine bakıldığında endişe hakkında olumlu inançlar obezite grubunda $11,1 \pm 4,4$, kontrol grubunda $10,2 \pm 3,4$ 'tür. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,186$). Kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği toplam puanı obezite grubunda $13,3 \pm 4,5$, kontrol grubunda $11 \pm 3,4$ 'tür. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p= 0,001$). Bilişsel güven alt ölçeği toplam puanı obezite grubunda $12,4 \pm 5,2$, kontrol grubunda $11 \pm 4,2$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,186$). Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçeği toplam puanı obezite $13 \pm 4,7$, kontrol grubunda $10,5 \pm 4$ 'tür. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p= 0,001$). Bilişsel farkındalık alt ölçeği toplam puanı obezite grubunda $15,3 \pm 4,5$, kontrol grubunda $13,8 \pm 3,4$ 'tür. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p= 0,024$).

Otomatik düşünceler ölçeği toplam puanı obezite grubunda $71,7 \pm 33,5$, kontrol grubunda $55,1 \pm 22,4$ 'tür. Total toplam puan obezite grubunda kontrol grubuna göre daha yüksektir ($p=0,001$). Otomatik düşünceler alt ölçeklerine bakıldığında kendine yönelik negatif düşünceler obezite grubunda $21,6 \pm 11,6$, kontrol grubunda $16,4 \pm 6,7$ 'dir. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,002$). Şaşkınlık kaçma fantezileri alt ölçeği toplam puanı obezite grubunda $15,2 \pm 7,4$, kontrol grubunda $11,4 \pm 5,3$ 'tür. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p= 0,001$). Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri alt ölçeği toplam puanı obezite grubunda $8,4 \pm 3,5$, kontrol grubunda $7 \pm 2,9$ 'dur. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,009$). Yalnızlık-izolasyon alt ölçeği toplam puanı obezite grubunda $9,6 \pm 4,6$, kontrol grubunda $7,7 \pm 3,7$ 'dir. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p= 0,006$). Ümitsizlik alt ölçeği toplam puanı obezite grubunda $9,6 \pm 5,1$, kontrol grubunda $7,1 \pm 3,5$ 'tir. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p= 0,001$).

DASS depresyon alt boyutu toplam puanı obezite grubunda $7,9 \pm 5,7$, kontrol grubunda $4,7 \pm 3,6$ 'dır. Obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha

yüksek depresyon puanı saptanmıştır ($p<0,001$). Anksiyete alt boyutu toplam puanı obezite grubunda $6,2 \pm 4,7$, kontrol grubunda $2,7 \pm 2,3$ 'tür. Anksiyete puanı obezite grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Stres alt boyutu toplam puanı obezite grubunda $8,9 \pm 4,7$, kontrol grubunda $5,4 \pm 3,9$ 'dur. Obezite grubunda kontrol grubuna göre stres puanı anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). (**Tablo 5**)

Tablo 5. Obezite ve Kontrol Grubunun Yeme Davranışı Ölçeği, Üst Biliş Ölçeği ve Alt Ölçekleri, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Ölçekleri ile Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Toplam Puan		Obez (n=67) Toplam \pm SS	Normal (n=70) Toplam \pm SS	t	p*
Yeme Davranışı Ölçeği	Duyusal Yeme	15,9 \pm 5,7	10,8 \pm 3,9	-6,12	<0,001
	Bilişsel kısıtlama	13,5 \pm 4,4	13,8 \pm 4,2	0,38	0,704
	Kontrolsüz yeme	23,8 \pm 6,4	17,8 \pm 4,3	-6,40	<0,001
	Total	53,2 \pm 10	42,4 \pm 9,2	-6,59	<0,001
Üstbiliş Ölçeği	Endişe hakkında olumlu inançlar	11,1 \pm 4,4	10,2 \pm 3,4	-1,33	0,186
	Kontrol edilmezlik/tehlike	13,3 \pm 4,5	11 \pm 3,4	-3,42	0,001
	Bilişsel güven	12,4 \pm 5,2	11 \pm 4,2	-1,75	0,083
	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	13 \pm 4,7	10,5 \pm 4	-3,25	0,001
	Bilişsel farkındalık	15,3 \pm 4,5	13,8 \pm 3,4	-2,28	0,024
	Total	65,1 \pm 18,3	56,5 \pm 12,7	-3,20	0,002
Otomatik Düşünceler Ölçeği	Kendine yönelik negatif düşünceler	21,6 \pm 11,6	16,4 \pm 6,7	-3,20	0,002
	Şaşkınlık kaçma fantezileri	15,2 \pm 7,4	11,4 \pm 5,3	-3,50	0,001
	Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri	8,4 \pm 3,5	7 \pm 2,9	-2,66	0,009
	Yalnızlık-izolasyon	9,6 \pm 4,6	7,7 \pm 3,7	-2,77	0,006
	Ümitsizlik	9,6 \pm 5,1	7,1 \pm 3,5	-3,28	0,001
	Total	71,7 \pm 33,5	55,1 \pm 22,4	-3,39	0,001
Depresyon		7,9 \pm 5,7	4,7 \pm 3,6	-3,98	<0,001
Anksiyete		6,2 \pm 4,7	2,7 \pm 2,3	-5,55	<0,001
Stres		8,9 \pm 4,7	5,4 \pm 3,9	-4,69	<0,001

* Bağımsız Örneklem t – Testi

Üç faktörlü yeme ölçeği alt ölçekleri olan duygusal yeme ve kontrolsüz yeme ölçeğinin kesme puanını belirlemek için ROC analizi yapılmıştır. ROC analizi sonucu her iki alt ölçekte de $P < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır. Duygusal yeme alt ölçeğinde ROC eğrisinin altında kalan alanın (AUC) 0,76 olduğu, kontrolsüz yeme alt ölçeğinde 0,78 olduğu görülmektedir [163]. Buna göre her iki ölçeğin de ayrımının kabul edilebilir olduğu görülmektedir. Duygusal yeme alt ölçek kesme puanı 2,08 iken kontrolsüz yeme kesme puanı 2,17 olarak bulunmuştur. (**Tablo 6**)

Tablo 6. Üç Faktörlü Yeme Ölçeği Alt Ölçek Kesme Puanları

RISK FAKTOR	AUC (%95 GA)	Cut off	p	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)
Duygusal yeme	0,76 (0,680- 0,840)	2,08	<0,001	0,687	0,671
Kontrolsüz yeme	0,78 (0,699- 0,856)	2,17	<0,001	0,716	0,700

Belirlenen kesme puanına göre katılımcılardan %50,4'ünün (n=69) duygusal yeme (+) olduğu saptanmıştır. Obezite grubunun %68,7'si (n=46) duygusal yeme (+) iken %31,3'ü (n=21) duygusal yeme (-) bulunmuştur. Kontrol grubunun %32,9'u (n=23) duygusal yeme (+) iken %67,1'i (n=47) duygusal yeme (-) bulunmuştur. Yine belirlenen kesme puanına göre ayrıştırıldığında katılımcılardan %50,4'ünün (n=69) kontrolsüz yeme (+) olduğu saptanmıştır. Obezite grubunun %71,6'sı (n=48) kontrolsüz yeme (+) iken %28,4'ü (n=19) kontrolsüz yeme (-) bulunmuştur. Kontrol grubunun %30'u (n=21) kontrolsüz yeme (+) iken %70'i (n=49) kontrolsüz yeme (-) bulunmuştur. (**Tablo 7**)

Tablo 7. Gruplara Göre Yeme Davranışı Frekans ve Yüzdeleri

		Obez (n=67)	Kontrol (n=70)
Duygusal Yeme	(+)	46 (%68,7)	23 (%32,9)
	(-)	21 (%31,3)	47 (%67,1)
Kontrolsüz Yeme	(+)	48 (%71,6)	21 (%30)
	(-)	19 (%28,4)	49 (%70)

Duygusal yeme (+) olan 69 kişi ile (-) olan 68 kişi karşılaştırıldığında metakognisyon ölçeği total, endişe hakkında olumlu inançlar alt ölçeği bilişsel farkındalık alt ölçeği puanı duygusal yeme (+) grupta anlamlı olarak daha yüksek

saptanmıştır (sırasıyla $p=0,017$, $p=0,040$, $p=0,016$). Kontrol edilmezlik/tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçekleri arasında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Otomatik düşünce alt ölçeğinden yalnızca şaşkınlık kaçma fantezileri duygusal yeme (+) grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,030$). Diğer alt ölçekleri ve total puan arasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DAS ölçeğinde iki grup arasında depresyon ve stres düzeyleri arasında anlamlı farklılık gözlenmez iken duygusal yeme (+) grupta duygusal yeme (-) grubuna göre anksiyete puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,016$). BKİ toplam değeri duygusal yeme (+) olan grupta $31,2 \pm 7,6$ iken duygusal yeme (-) grupta $26,5 \pm 6,9$ olarak bulunmuştur. Duygusal yeme (+) grupta BKİ anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). (Tablo 8)

Tablo 8. Duygusal yeme durumuna göre metakognisyon ve alt ölçekleri toplam puanları, otomatik düşünce ve alt ölçekleri toplam puanları, depresyon anksiyete stres toplam puanları ve BKİ değerinin karşılaştırılması

Ölçek Toplam Puan	Duygusal Yeme (Toplam \pm SS)		t	p*
	(+) (n=69)	(-) (n=68)		
Endişe hakkında olumlu inançlar	11,3 \pm 4,2	10 \pm 3,6	-2,08	0,040
Kontrol edilmezlik/tehlike	12,7 \pm 4,5	11,5 \pm 3,7	-1,64	0,103
Üstbiliş Ölçeği				
Bilişsel güven	12,4 \pm 5,3	11 \pm 4,1	-1,80	0,073
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	12,2 \pm 4,5	11,3 \pm 4,5	-1,24	0,219
Bilişsel farkındalık	15,3 \pm 4,3	13,7 \pm 3,6	-2,43	0,016
Total	64 \pm 16,9	57,4 \pm 14,8	-2,42	0,017
Kendine yönelik negatif düşünceler	20,4 \pm 10,1	17,3 \pm 9,1	-1,89	0,060
Otomatik Düşünceler Ölçeği				
Şaşkınlık kaçma fantezileri	14,5 \pm 6,7	12 \pm 6,4	-2,19	0,030
Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri	8 \pm 3,3	7,3 \pm 3,2	-1,29	0,198
Yalnızlık- izolasyon	9 \pm 4,2	8,2 \pm 4,3	-1,17	0,244
Ümitsizlik	8,9 \pm 4,6	7,8 \pm 4,4	-1,37	0,172
Total	67,7 \pm 29,6	58,6 \pm 28,8	-1,82	0,072
Depresyon	7,1 \pm 5,2	5,4 \pm 4,7	-1,94	0,054
Anksiyete	5,2 \pm 4,6	3,5 \pm 3,3	-2,44	0,016
Stres	7,8 \pm 4,9	6,4 \pm 4,3	-1,71	0,090
BKİ	31,2 \pm 7,6	26,5 \pm 6,9	-3,77	<0,001

* Bağımsız Örneklem t – Testi

Kontrolsüz yeme (+) olan 69 kişi ile (-) olan 68 kişi karşılaştırıldığında metakognisyon ölçeği total, kontrol edilemezlik/tehlike ve bilişsel güven alt ölçeği puanı duygusal yeme (+) grupta anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p=0,008$, $p=0,001$, $p=0,007$). Endişe hakkında olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt ölçekleri arasında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Otomatik düşünce ve tüm alt ölçeklerinde kontrolsüz yeme (+) grubunda (-) grubunda göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar saptanmıştır (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,003$; $p=0,002$; $p=0,003$). DAS ölçeğinde iki grup arasında depresyon, anksiyete, stres puanları kontrolsüz yeme (+) grupta kontrolsüz yeme (-) grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p=0,004$; $p<0,001$; $p<0,001$). BKİ toplam değeri kontrolsüz yeme (+) olan grupta $31,2 \pm 7$ iken kontrolsüz yeme (-) grupta $26,5 \pm 7,6$ olarak bulunmuştur. Kontrolsüz yeme (+) grupta BKİ anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). **(Tablo 9)**

Tablo 9. Kontrolsüz yeme durumuna göre metakognisyon ve alt ölçekleri toplam puanları, otomatik düşünce ve alt ölçekleri toplam puanları, depresyon anksiyete stres toplam puanları ve BKİ değerinin karşılaştırılması

Ölçek Toplam Puan	Kontrolsüz Yeme (Toplam \pm SS)		t	p*	
	(+) (n=69)	(-) (n=68)			
Üstbiliş Ölçeği	Endişe hakkında olumlu inançlar	11,3 \pm 4,3	10 \pm 3,4	-1,90	0,060
	Kontrol edilemezlik/tehlike	13 \pm 4,5	11,2 \pm 3,6	-2,68	0,008
	Bilişsel güven	13 \pm 5,3	10,4 \pm 3,8	-3,38	0,001
	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	12,4 \pm 4,3	11 \pm 4,6	-1,82	0,072
	Bilişsel farkındalık	14,6 \pm 4,3	14,4 \pm 3,8	-0,35	0,728
	Total	64,4 \pm 17,9	57 \pm 13,4	-2,74	0,007
Otomatik Düşünceler Ölçeği	Kendine yönelik negatif düşünceler	21,6 \pm 10,5	16,2 \pm 8,1	-3,36	0,001
	Şaşkınlık kaçma fantezileri	15,1 \pm 7	11,4 \pm 5,7	-3,34	0,001
	Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri	8,5 \pm 3,4	6,8 \pm 2,9	-3,05	0,003
	Yalnızlık-izolasyon	9,7 \pm 4,4	7,5 \pm 3,8	-3,15	0,002
	Ümitsizlik	9,4 \pm 4,8	7,2 \pm 3,9	-2,98	0,003
Total	71,6 \pm 30,9	54,7 \pm 25,4	-3,49	0,001	
Depresyon	7,5 \pm 5,2	5 \pm 4,5	-2,96	0,004	
Anksiyete	5,6 \pm 4,5	3,2 \pm 3,2	-3,60	<0,001	
Stres	8,6 \pm 4,7	5,6 \pm 4	-4,05	<0,001	
BKİ	31,2 \pm 7	26,5 \pm 7,6	-3,738	<0,001	

* Bağımsız Örneklem t – Testi

Tüm katılımcılarda beden kitle indeksi (BKİ) ile yeme davranışı ve depresyon anksiyete stres arasındaki ilişkiye bakıldığında BKİ ile duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon bulunmuştur. Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon bulunmuştur. Kontrolsüz yeme ile depresyon arasında pozitif yönlü zayıf düzey anksiyete stres arasında orta düzey korelasyon vardır. (Tablo 10)

Tablo 10. BKİ ile DY, BK, KY ve DAS Puanları Korelasyon Analizi Bulguları

	DY	BK	KY	Depresyon	Anksiyete	Stres
BKİ	0,397	-0,044	0,385	0,271	0,357	0,280
DY	1	-0,049	0,607	0,291	0,352	0,290
BK	-0,049	1	-0,078	-0,085	-0,031	0,013
KY	0,607	-0,078	1	0,334	0,430	0,446

Obezite grubunda duygusal yeme ile kontrolsüz yeme arasında pozitif yönlü orta düzey korelasyon vardır. Duygusal yeme ile bilişsel kısıtlama arasında ters yönlü zayıf düzey korelasyon vardır. Duygusal yeme ile otomatik düşünce total, kendine yönelik negatif düşünceler, şaşkınlık kaçma fantezileri, kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri arasında düşük düzeyde korelasyon vardır. Bilişsel kısıtlama ve kontrolsüz yeme arasında negatif yönlü zayıf düzey korelasyon vardır. (Tablo 11)

Tablo 11. Obezlerde Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Otomatik Düşünce ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları

	Obez	DY	BK	KY	BKİ
BK		-0,345	1,000		
KY		0,601	-0,319	1,000	
BKİ		-0,064	-0,090	-0,178	1,000
ODÖ		0,257	-0,135	0,161	-0,196
ODÖ_1		0,270	-0,120	0,138	-0,188
ODÖ_2		0,281	-0,148	0,199	-0,187
ODÖ_3		0,230	-0,106	0,170	-0,082
ODÖ_4		0,149	-0,166	0,120	-0,173
ODÖ_5		0,166	-0,090	0,120	-0,164

Kontrol grubu korelasyonları incelendiğinde duygusal yeme ile bilişsel kısıtlama arasında pozitif yönlü orta düzey korelasyon varken duygusal yeme ile kontrolsüz yeme arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon vardır. Duygusal yeme ve bilişsel kısıtlama ile ODÖ ve alt ölçekleri arasında korelasyon yoktur. Kontrolsüz yeme ile ODÖ, ODÖ_1, ODÖ_2, ODÖ_3, ODÖ_5 arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon vardır. ODÖ_4 ile pozitif yönlü orta düzey korelasyon vardır. (**Tablo 12**)

Tablo 12. Kontrol Grubunda Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Otomatik Düşünce ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları

Kontrol	DY	BK	KY	BKİ
BK	0,403	1,000		
KY	0,269	0,291	1,000	
BKİ	-0,060	0,086	-0,001	1,000
ODÖ	0,060	0,089	0,385	-0,041
ODÖ_1	0,108	0,114	0,347	-0,080
ODÖ_2	0,048	0,068	0,350	-0,060
ODÖ_3	0,065	0,026	0,375	0,015
ODÖ_4	0,034	0,108	0,404	-0,058
ODÖ_5	0,029	0,084	0,297	0,002

Obezite grubunda duygusal yeme ile ÜBÖ total arasında orta düzey pozitif yönlü korelasyon vardır. Endişe hakkında olumlu inançlar (ÜBÖ_1), kontrol edilemezlik/tehlike (ÜBÖ_2), bilişsel güven (ÜBÖ_3), düşünceleri kontrol ihtiyacı (ÜBÖ_4), bilişsel farkındalık (ÜBÖ_5) arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon vardır. Kontrolsüz yeme ile ÜBÖ total, ÜBÖ_1, ÜBÖ_2, ÜBÖ_3 ile pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon vardır. BKİ ile ÜBÖ_4 zayıf düzey negatif yönlü korelasyon göstermektedir. (**Tablo 13**)

Tablo 13. Obezlerde Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Metakognitif İnanış ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları

Obez	DY	BK	KY	BKİ
ÜBÖ	0,412	-0,140	0,320	-0,273
ÜBÖ_1	0,338	-0,079	0,317	-0,192
ÜBÖ_2	0,367	-0,176	0,300	-0,136
ÜBÖ_3	0,294	-0,176	0,282	-0,215
ÜBÖ_4	0,305	-0,068	0,151	-0,321
ÜBÖ_5	0,315	-0,038	0,203	-0,195

Kontrol grubunda duygusal yeme ve bilişsel kısıtlama arasında ÜBÖ ve alt ölçekleri arasında korelasyon yoktur. Kontrolsüz yeme ÜBÖ ve ÜBÖ_3 arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon vardır. (Tablo 14)

Tablo 14. Kontrol Grubunda Yeme Davranışı Alt Ölçek Puanları, BKİ, Metakognitif İnanış ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları

Kontrol	DY	BK	KY	BKİ
ÜBÖ	-0,002	-0,140	0,310	-0,166
ÜBÖ_1	0,052	-0,079	0,197	-0,210
ÜBÖ_2	-0,107	-0,176	0,235	-0,169
ÜBÖ_3	0,219	-0,176	0,392	0,041
ÜBÖ_4	-0,162	-0,068	0,207	-0,034
ÜBÖ_5	-0,034	-0,038	-0,009	-0,249

Obezite grubunda duygusal yeme ile depresyon anksiyete ve stres arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon vardır. Kontrolsüz yeme yalnızca stres ile pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon göstermektedir. BKİ ile depresyon anksiyete stres düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 15)

Tablo 15. Obezlerde DASS Alt Ölçek Puanları ile Yeme Davranışı, BKİ, Otomatik Düşünce ve Alt Ölçek Puanları Korelasyon Analizi Bulguları

Obez	DY	BK	KY	BKİ
Depresyon	0,253	-0,186	0,114	-0,098
Anksiyete	0,268	-0,124	0,209	-0,125
Stres	0,277	-0,080	0,246	-0,201

Kontrol grubunda kontrolsüz yeme ile depresyon anksiyete stres arasında pozitif yönlü orta düzey korelasyon vardır. (Tablo 16)

Tablo 16. Kontrol Grubunda DASS Alt Ölçek Puanları ile Yeme Davranışı ve BKİ Korelasyon Analizi Bulguları

Kontrol	DY	BK	KY	BKİ
Depresyon	-0,028	0,088	0,434	0,088
Anksiyete	-0,037	0,195	0,488	0,087
Stres	-0,084	0,156	0,467	0,007

Obez grubunda Otomatik düşünceler puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,327$). Depresyon puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,33$). Anksiyete puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,739$). Stres puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,807$). Metakognitif inanışlar puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,141$; $p=0,006$). Metakognitif inanışlar puanının bir puan artması Duygusal yeme puanını 0,141 puan artırmaktadır. Yaş puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,785$). Cinsiyet puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,42$). Otomatik düşünceler puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,787$). Depresyon puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,65$). Anksiyete puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,963$). Stres puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,364$). Metakognitif inanışlar puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,071$). Yaş puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,329$). Cinsiyet puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,897$). Otomatik düşünceler puanının Depresyon puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,152$; $p=0$). Otomatik düşünceler puanının bir puan artması Depresyon puanını 0,152 puan artırmaktadır. Metakognitif inanışlar puanının Depresyon puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,291$). Otomatik düşünceler puanının Anksiyete puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,056$; $p=0$). Otomatik düşünceler

puanının bir puan artması Anksiyete puanını 0,056 puan artırmaktadır. Metakognitif inanışlar puanının Anksiyete puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,093$; $p=0,002$). Metakognitif inanışlar puanının bir puan artması Anksiyete puanını 0,093 puan artırmaktadır. Otomatik düşünceler puanının Stres puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,066$; $p=0$). Otomatik düşünceler puanının bir puan artması Stres puanını 0,066 puan artırmaktadır. Metakognitif inanışlar puanının Stres puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,064$; $p=0,039$). Metakognitif inanışlar puanının bir puan artması Stres puanını 0,064 puan artırmaktadır. (Tablo 17)

Tablo 17. Obez Grup İçin Yol Analizi Sonuçları

			Obez					
			β^1	β^2	S. hata	Test istatistiği	p	R^2
Duygusal yeme	<---	OD	-0,224	-0,038	0,039	-0,98	0,327	
Duygusal yeme	<---	Depresyon	0,22	0,217	0,223	0,974	0,33	
Duygusal yeme	<---	Anksiyete	-0,059	-0,071	0,213	-0,334	0,739	
Duygusal yeme	<---	Stres	0,042	0,05	0,207	0,244	0,807	0,188
Duygusal yeme	<---	MKİ	0,456	0,141	0,051	2,749	0,006	
Duygusal yeme	<---	Yaş	0,03	0,021	0,075	0,273	0,785	
Duygusal yeme	<---	Cinsiyet	0,089	1,029	1,276	0,807	0,42	
Kontrolsüz yeme	<---	OD	-0,064	-0,012	0,045	-0,27	0,787	
Kontrolsüz yeme	<---	Depresyon	-0,106	-0,118	0,261	-0,454	0,65	
Kontrolsüz yeme	<---	Anksiyete	0,009	0,012	0,249	0,047	0,963	
Kontrolsüz yeme	<---	Stres	0,161	0,22	0,242	0,908	0,364	0,127
Kontrolsüz yeme	<---	MKİ	0,311	0,109	0,06	1,809	0,071	
Kontrolsüz yeme	<---	Yaş	-0,112	-0,086	0,088	-0,976	0,329	
Kontrolsüz yeme	<---	Cinsiyet	0,015	0,193	1,492	0,129	0,897	
Depresyon	<---	OD	0,888	0,152	0,016	9,739	<0,001	0,686
Depresyon	<---	MKİ	-0,096	-0,03	0,029	-1,057	0,291	
Anksiyete	<---	OD	0,403	0,056	0,016	3,45	<0,001	0,485
Anksiyete	<---	MKİ	0,363	0,093	0,03	3,111	0,002	
Stres	<---	OD	0,474	0,066	0,017	3,902	<0,001	0,443
Stres	<---	MKİ	0,251	0,064	0,031	2,069	0,039	

β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı

Normal grupta Otomatik düşünceler puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,404$). Depresyon puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,905$). Anksiyete puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,98$). Stres puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,433$). Metakognitif inanışlar puanının Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,688$). Yaşın Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı negatif bir etkisi vardır ($\beta=-0,125$; $p=0,046$). Yaş değerlerinin bir birim artması Duygusal yeme puanını 0,125 puan azaltmaktadır. Cinsiyetin Duygusal yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=2,517$; $p=0,005$). Kadınların Duygusal yeme puanı erkeklere göre 2,517 puan daha fazladır. Otomatik düşünceler puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,859$). Depresyon puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,919$). Anksiyete puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,62$; $p=0,017$). Anksiyete puanının bir puan artması Kontrolsüz yeme puanını 0,62 puan artırmaktadır. Stres puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,355$). Metakognitif inanışlar puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,32$). Yaş puanının Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,807$). Cinsiyetin Kontrolsüz yeme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=2,202$; $p=0,011$). Kadınların kontrolsüz yeme puanı erkeklere göre 2,202 puan daha fazladır. Otomatik düşünceler puanının Depresyon puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,112$; $p=0$). Otomatik düşünceler puanının bir puan artması Depresyon puanını 0,112 puan artırmaktadır. Metakognitif inanışlar puanının Depresyon puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,787$). Otomatik düşünceler puanının Anksiyete puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,046$; $p=0,001$). Otomatik düşünceler puanının bir puan artması Anksiyete puanını 0,046 puan artırmaktadır. Metakognitif inanışlar puanının Anksiyete puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,963$). Otomatik düşünceler puanının Stres puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkisi vardır ($\beta=0,079$; $p=0$). Otomatik düşünceler puanının bir puan

artması Stres puanını 0,079 puan artırmaktadır. Metakognitif inanışlar puanının Stres puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p=0,386$). (Tablo 18)

Ayrıca modele ait uyum indeksleri CMIN/DF (21,115/22) =0,96, GFI=0,97, NFI=0,96, CFI=1, RMSEA=0, SRMR=0,061 olarak elde edilmiştir. Model uyum indekslerinin tamamı kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde elde edilmiştir.

Tablo 18. Normal Grup İçin Yol Analizi Sonuçları

			Normal					
			β^1	β^2	S. hata	Test istatistiği	p	R^2
Duygusal yeme	<---	OD	0,151	0,026	0,032	0,834	0,404	
Duygusal yeme	<---	Depresyon	0,025	0,027	0,225	0,12	0,905	
Duygusal yeme	<---	Anksiyete	-0,004	-0,007	0,266	-0,025	0,98	
Duygusal yeme	<---	Stres	-0,134	-0,134	0,171	-0,784	0,433	0,162
Duygusal yeme	<---	MKİ	-0,058	-0,018	0,044	-0,402	0,688	
Duygusal yeme	<---	Yaş	-0,22	-0,125	0,062	-1,993	0,046	
Duygusal yeme	<---	Cinsiyet	0,31	2,517	0,895	2,813	0,005	
Kontrolsüz yeme	<---	OD	0,029	0,005	0,031	0,178	0,859	
Kontrolsüz yeme	<---	Depresyon	0,019	0,022	0,218	0,102	0,919	
Kontrolsüz yeme	<---	Anksiyete	0,332	0,62	0,259	2,395	0,017	
Kontrolsüz yeme	<---	Stres	0,141	0,154	0,167	0,926	0,355	0,34
Kontrolsüz yeme	<---	MKİ	0,127	0,043	0,043	0,995	0,32	
Kontrolsüz yeme	<---	Yaş	0,024	0,015	0,061	0,244	0,807	
Kontrolsüz yeme	<---	Cinsiyet	0,248	2,202	0,87	2,531	0,011	
Depresyon	<---	OD	0,698	0,112	0,017	6,424	<0,001	0,514
Depresyon	<---	MKİ	0,029	0,008	0,031	0,27	0,787	
Anksiyete	<---	OD	0,445	0,046	0,014	3,183	0,001	0,194
Anksiyete	<---	MKİ	-0,007	-0,001	0,025	-0,047	0,963	
Stres	<---	OD	0,452	0,079	0,023	3,43	<0,001	0,283
Stres	<---	MKİ	0,114	0,035	0,041	0,867	0,386	

β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı

Obez grubundan otomatik düşüncelerin ve metakognitif inanışların depresyon, anksiyete ve stres aracılığıyla duygusal yeme ve kontrolsüz yeme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,050$). (**Tablo 19**) Normal grupta otomatik düşüncelerin anksiyete aracılığıyla kontrolsüz yeme üzerinde dolaylı etkisi 0,148 olarak elde edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p=0,035$). Otomatik düşüncelerin anksiyete aracılığıyla kontrolsüz yeme üzerinde pozitif bir aracı etkisi söz konusudur. Diğer dolaylı etkiler istatistiksel olarak anlamlı elde edilmemiştir ($p>0,050$). (**Tablo 20**)

Tablo 19. Dolaylı etkilerin incelenmesi (Obez)

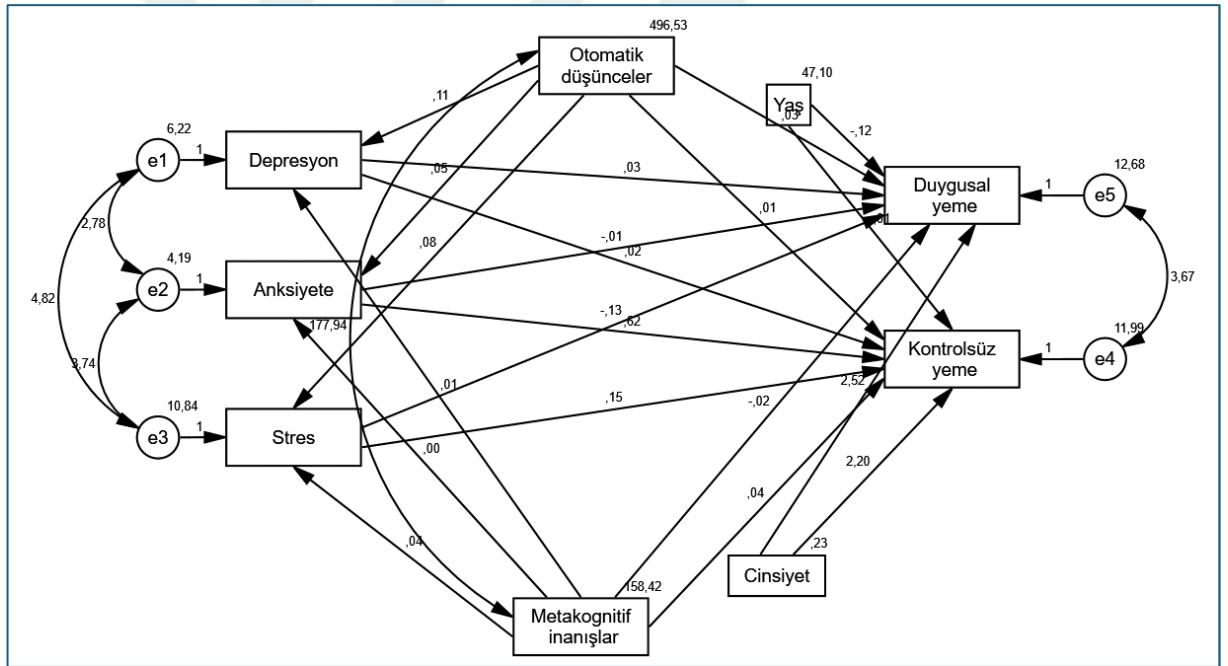
	Obez				
	β^2	%95 GA		p	β^1
		Alt sınır	Üst sınır		
OD-->Depresyon-->Duygusal yeme	0,033	-0,035	0,105	0,436	0,195
OD-->Depresyon-->Kontrolsüz yeme	-0,018	-0,111	0,076	0,714	-0,094
OD-->Anksiyete-->Duygusal yeme	-0,004	-0,029	0,023	0,643	-0,024
OD-->Anksiyete-->Kontrolsüz yeme	0,001	-0,025	0,038	0,994	0,003
OD-->Stres-->Duygusal yeme	0,003	-0,022	0,036	0,746	0,02
OD-->Stres-->Kontrolsüz yeme	0,015	-0,013	0,052	0,333	0,076
MKİ-->Stres-->Duygusal yeme	0,003	-0,019	0,043	0,626	0,011
MKİ -->Stres-->Kontrolsüz yeme	0,014	-0,006	0,066	0,208	0,041
MKİ -->Anksiyete-->Duygusal yeme	-0,007	-0,059	0,03	0,65	-0,021
MKİ -->Anksiyete-->Kontrolsüz yeme	0,001	-0,049	0,044	0,983	0,003
MKİ -->Depresyon-->Duygusal yeme	-0,007	-0,042	0,004	0,335	-0,021
MKİ -->Depresyon-->Kontrolsüz yeme	0,004	-0,01	0,043	0,475	0,01

β^1 : Standartlaştırılmış dolaylı etki, β^2 : Standartlaştırılmamış dolaylı etki

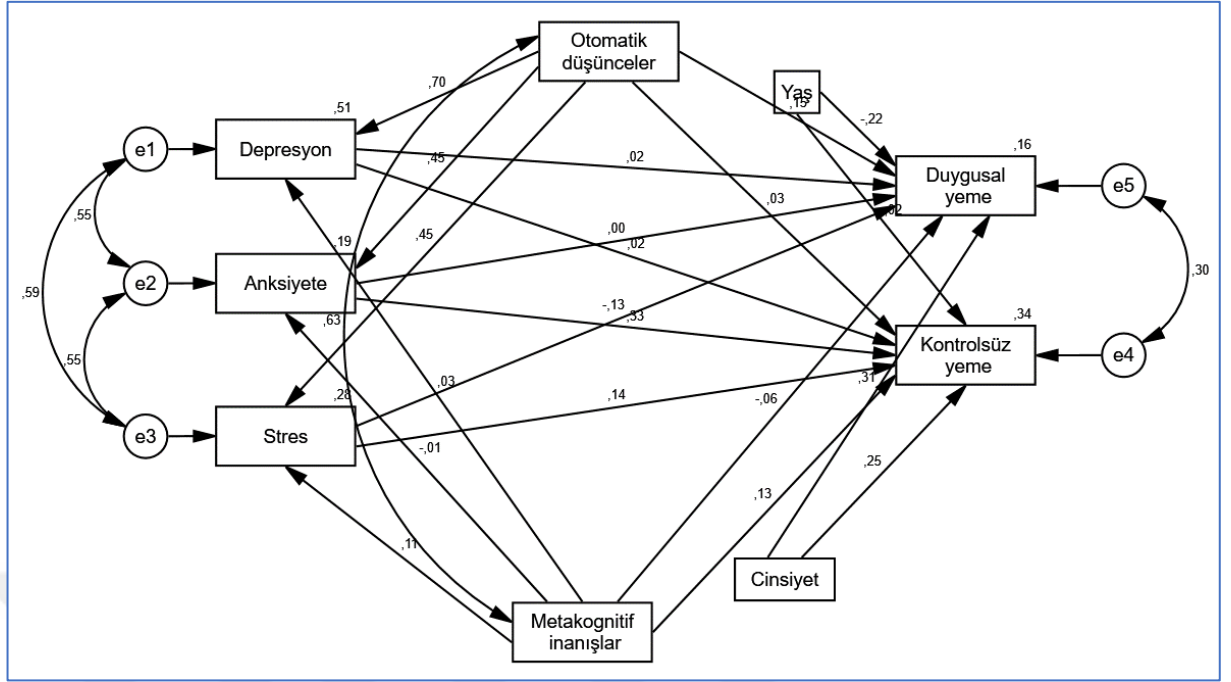
Tablo 20. Dolaylı etkilerin incelenmesi (Normal)

	Normal				
	β^2	%95 GA		p	β^1
		Alt sınır	Üst sınır		
OD-->Depresyon-->Duygusal yeme	0,003	-0,050	0,056	0,939	0,017
OD-->Depresyon-->Kontrolsüz yeme	0,002	-0,037	0,054	0,874	0,013
OD-->Anksiyete-->Duygusal yeme	0,000	-0,025	0,025	0,953	-0,002
OD-->Anksiyete-->Kontrolsüz yeme	0,028	0,006	0,077	0,035	0,148
OD-->Stres-->Duygusal yeme	-0,011	-0,056	0,013	0,374	-0,061
OD-->Stres-->Kontrolsüz yeme	0,012	-0,014	0,050	0,414	0,064
MKİ-->Stres-->Duygusal yeme	-0,005	-0,046	0,006	0,357	-0,015
MKİ -->Stres-->Kontrolsüz yeme	0,005	-0,007	0,046	0,417	0,016
MKİ -->Anksiyete-->Duygusal yeme	0,000	-0,013	0,013	0,954	0,000
MKİ -->Anksiyete-->Kontrolsüz yeme	-0,001	-0,038	0,023	0,857	-0,002
MKİ -->Depresyon-->Duygusal yeme	0,000	-0,012	0,017	0,890	0,001
MKİ -->Depresyon-->Kontrolsüz yeme	0,000	-0,010	0,017	0,832	0,001

β^1 : Standartlaştırılmış dolaylı etki, β^2 : Standartlaştırılmamış dolaylı etki



Şekil 1. Standartlaştırılmamış yol katsayıları



Şekil 2. Standartlaştırılmış yol katsayıları

5. TARTIŞMA

Günümüzde obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Obezite oranı da her geçen gün dünya genelinde artış göstermektedir. Tedavisinde kişiye özel yöntemlerin uygulanması, başarı ve sürdürülebilirlik açısından önemli bir rol oynamaktadır.

Alınan ve harcanan enerji miktarını dengeleyerek vücut ağırlığını regüle etmek esas olarak lateral hipotalamus ve ventromedial hipotalamusun görevidir. Açlık ve tokluk dışında yemek yemeyle ilgili bir de iştah hissi vardır. Açlık ve iştah her ikisi de birbirinden farklıdır fakat her ikisi de yeme durumunu düzenler. Açlık fizyolojik; iştah ise çoğunlukla psikolojik bir olaydır. Bireylerde yeme davranışı içinde bulunduğu ruhsal durumlara (üzüntü, neşe, öfke vb.) göre değişiklik gösterebilmektedir. Beslenme davranışının duygularla ilişkisi daha önce birçok araştırmanın konusu olmuştur. Depresyonda stres durumlarında yeme miktarında artma görülebilmektedir. Duygularla başa çıkamayan insanlarda sıklıkla görülebilen yeme alışkanlığındaki bu artış, kişinin fazla kilodan obeziteye doğru ilerlemesine neden olmaktadır [164] [165]. Obezitenin duygusal yeme ile ilişkisini anlatan çalışmaları derleyen bir araştırma, obezitenin tedavisinin daha etkin yapılabilmesi için farklı yöntemler denenebileceğini göstermektedir [166].

Otomatik düşünceler olaylar karşısında aniden zihnimize gelir ve çeşitli duyguların ortaya çıkmasına sebep olurlar. Bilişsel yaklaşıma göre, çocukluk döneminde yaşanmış olumsuz olaylar, kişinin kendisi için negatif düşünceler geliştirmesine sebep olabilmektedir. Bu olumsuz otomatik düşünceler de yeme tutumuna ilişkin davranış geliştirmesiyle sonuçlanabilmektedir. Bu bilgiler ışığında bilişsel davranışçı yaklaşımla kişilerin kilosunu ve yeme davranışlarıyla açığa çıkan problemlerin giderilmesi, olumsuz otomatik düşünceler belirlendikten sonra bu düşüncelerin ele alınması ve uygun davranış tutumlarının geliştirilmesiyle sağlanabilir. Bilişsel yaklaşımla ilişkili bilgiler bu şekilde karşımıza çıksa da yapılan bazı çalışmalarda yeme davranışıyla otomatik düşünceler arasında ilişki olmadığı ya da bu ilişkinin zayıf olduğu bulunmuştur [167], [168]. Bilişsel yaklaşımın bazı eksik kalan

noktalarını tamamlayan üstbilişsel yaklaşımların yeme davranışı ile ilişkisine son yıllarda ilgi artmaktadır. Üstbilişlerin de yeme davranışı üzerinde yordayıcı etkisi olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [169], [170], [171]. Çeşitli gruplar üzerinde otomatik düşünceler veya üstbilişlerin yeme davranışına ilişkin etkileri incelenmiş fakat aynı grupta her iki etkinin birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada; obez ve normal BKİ'ye sahip bireylerde yeme davranışları ve bu davranışlar üzerinde etkili olabilen otomatik düşünceler ve üstbilişsel inanışlar değerlendirilmiştir. Aynı zamanda bu bireylerin sosyodemografik verileri, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri belirlenmiş ve BKİ ile ilişkileri incelenmiştir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara genel anlamda bakacak olursak obez grupta normal gruba göre duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışı daha yüksektir. Üstbiliş ölçeği alt ölçeklerinden kontrol edilemezlik/tehlike (ÜBÖ_2), düşünceleri kontrol ihtiyacı (ÜBÖ_4) ve bilişsel farkındalık (ÜBÖ_5) obez grupta normal gruba göre daha yüksektir. Otomatik düşünceler ölçeğinin tüm alt bileşenleri de obez grupta daha yüksektir.

İkinci olarak korelasyon tablolarında görüleceği üzere obezlerde duygusal yemenin kontrolsüz yeme, kendine yönelik negatif düşünceler (ODÖ_1), şaşkınlık ve kaçma fantezileri (ODÖ_2) ve kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri (ODÖ_3) arasında anlamlı olarak pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bilişsel kısıtlama ile duygusal yeme ve kontrolsüz yeme arasında anlamlı düzeyde negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Duygusal yeme ile üstbilişsel ölçeğin tüm alt bileşenlerinde anlamlı olarak pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Kontrol grubunda kontrolsüz yeme ile otomatik düşünce ölçeği tüm alt bileşenleri ve bilişsel güven arasında anlamlı olarak pozitif yönde korelasyon saptanmıştır.

Üçüncü olarak yol analizinden elde ettiğimiz bulgular açısından otomatik düşünceler ve üstbilişsel inanışların obezlerde yüksek bulunan duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışındaki dolaylı ve doğrudan etkileri incelenmiştir.

Çalışmanın bu kısmında, obezlerde duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve uygulanan diğer psikometrik ölçümler neticesinde elde edilen bulgular literatürdeki yapılan diğer çalışmalarla birlikte değerlendirilerek tartışılmıştır.

Çalışmamızda obez ile kontrol grubu karşılaştırıldığında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Karşılaştırmanın objektif olması adına grup sayıları birbirine yakın tutulmuştur. Obez bireylerin %61'i kadın, %39'u erkek olarak saptanmıştır. Cinsiyet dağılımı açısından literatürdeki çalışmalarla benzer olarak kadın yüzdesi daha fazla bulunmuştur [172].

Obez ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırasıyla $33,5 \pm 8,3$ ve $31,0 \pm 6,9$ bulunmuştur ve anlamlı fark saptanmamıştır. Obezite tedavisi için başvuran grubun yaş ortalaması yapılan klinik çalışma örnekleriyle benzer bulunmuştur[173].

Obez grup ile kontrol grubu arasında eğitim durumları arasında da fark olup obez grupta ilköğretim-lise mezunu olma oranı kontrol grubuna göre daha yüksekken kontrol grubunda yüksek lisans ve üzeri olma oranı daha yüksek saptanmıştır. Literatürde daha yüksek eğitim seviyesinin daha düşük obezite düzeyiyle ilişkisi bildirilmiştir[174].

Saptanan ek psikiyatrik hastalıklar her iki grup arasında farklılık göstermemekte ve homojen dağılmaktadır. Literatürde obezite grubunda psikiyatrik hastalıkların oranı daha fazla bulunmuştur [175]. Literatürdeki çalışmaların birçoğunda psikiyatrik semptomlar ölçek üzerinden taranmıştır fakat çalışmamızda yapılandırılmış klinik görüşme ile tanı koyulmuştur. Bu nedenle daha az sıklıkta saptanmış olabilir. Aynı zamanda obez grubu bariyatrik cerrahi için başvuran, gelecek için planları olan ve daha iyi yaşam standartlarını yakalamaya çalışan bir gruptan oluştuğu için obezitesi olan genel popülasyonu tamamen yansıtmıyor olabilir. Literatürde anksiyete bozuklukları ve obezite ilişkisini inceleyen bir meta analizde çalışma sonuçlarında yeterli kanıt bulunmamış, orta düzeyde ilişki bildirilmiştir [176]. Saptanan HT, DM, kalp hastalığı, osteoartrit, uyku apnesi gibi ek tıbbi hastalıklar obezite grubunda %41,8 iken kontrol grubunda %15,7'dir. Ek tıbbi hastalıkların obezite grubunda anlamlı olarak daha yüksek olması literatürle de uyuşan bir bulgudur [49].

Katılımcılar yeme davranışı açısından üç faktörlü yeme ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir (Tablo 5). Obezite grubunda duygusal yeme normal gruba kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Duygusal yeme ölçeği kesme puanı belirlenerek duygusal yeme (+) ve (-) olarak iki gruba ayrıldığında duygusal yeme (+) grup obezite grubunun %69 unu oluşturuyorken kontrol grubunda duygusal yeme (+) oranı %33'ünü oluşturmuştur (Tablo 5). Sonuçlar geçmiş araştırma bulgularıyla desteklenmektedir. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) kullanılarak yeme davranışları ve beden kitle indeksi (BKI) arasındaki ilişkiyi inceleyen bir vaka kontrol çalışması, aşırı kilolu bireylerin duygusal yeme konusunda normal kilolu bireylere göre önemli ölçüde daha yüksek puan aldığını göstermiştir [177]. Ayrıca Madali ve ark. tarafından Ağustos-Eylül 2020 tarihleri arasında COVID-19 salgını sırasında Türk bireylerin duygusal yeme durumu Duygusal Yeme Ölçeği (EES) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre katılımcıların çoğunun duygusal yiyici olduğu (%75,7) ve obez kişilerde de duygusal yemenin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir [178]. Lorena S Pacheco ve ark. 555 Şilili genç yetişkinde yeme davranışı puanları (bilişsel kısıtlama, kontrolsüz yeme ve duygusal yeme) ile vücut kompozisyonu arasındaki ilişkiyi araştırmış, kullanılan obezite önlemlerinden bağımsız olarak, obez yetişkinlerde obezitesi olmayanlara kıyasla duygusal yeme riskinin arttığı tespit edilmiştir [179]. Yakın zamanda 400 genç Perulu yetişkin üzerinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada duygusal yeme, aşırı kilolu ve obez katılımcılarda, normal kilolu ve zayıf olanlara kıyasla daha sık görülmüş [180]. Polonyalı ergenler üzerinde yakın zamanda yapılan bir başka araştırmada, 21 Ocak 2021'den 17 Şubat 2021'e kadar olan COVID-19 salgını döneminde aşırı kilolu ve obez katılımcılar arasında diğer gruplarla karşılaştırıldığında duygusal yiyenlerin daha fazla bulunduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada, obez katılımcılar ve kilo alımı yaşayanlar, diğerlerine kıyasla özellikle duygusal yeme davranışlarına daha duyarlı bulunmuştur [181].

Bilişsel kısıtlamada obezite ile normal grup arasında fark saptanmamıştır ($p=0,704$). (Tablo 5). Bilişsel kısıtlama arzu edilen bir kiloya ulaşmak için gıda alımını kısıtlamaya yönelik bilinçli ve sürekli çabaları ifade etmektedir. Bol gıdaya kolay erişimle birlikte aslında bilişsel kısıtlamanın kilo kaybını teşvik edecek uyum sağlayıcı bir davranış olması beklenirdi. Ancak Polivy ve Herman'ın yaptığı nedensel bir çalışmada yeme kısıtlamasında fizyolojik düzenleyici kontrollerin yerini bilişsel

kontrollerin alması diyet yapan kişinin disinhibisyonuna ve bunun sonucunda aşırı yemeye karşı savunmasız olmasına neden olduğu gözlenmiştir [182]. Disinhibisyonda kısıtlanmış kişi bir ön yüklemenin ardından tekrar tekrar aşırı yemek yeme davranışı sergiler. Her ne kadar disinhibisyon ve kısıtlama sıklıkla birlikte kullanılıyor olsa da bu iki kavram birbirinden farklıdır. Kısıtlamayı ölçmeye yönelik yaklaşımların çoğu, aşırı yeme eğilimi olan ve olmayanlar arasında ayırım yapmamaktadır [136]. Yapılan son çalışmalara göre bilişsel kısıtlamanın kilo düzenlemesi üzerine etkisi karışıktır. Bilişsel kısıtlamanın BKİ ile pozitif ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra obez kadınlarla yapılan bir çalışmada bilişsel kısıtlamanın daha düşük olduğu bulunmuştur [183], [184], [185], [186], [187] . Literatüre bakıldığında bilişsel kısıtlamanın BKİ ile ilişkisi bulunmayan çalışmalara rastlamak da mümkündür [188], [189].

Kontrolü kaybetme ve aşırı yeme eğilimi olarak tanımlanan kontrolsüz yeme literatürle de uyumlu olarak obezlerde kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Kontrolsüz yeme ölçeği kesme puanı belirlenerek kontrolsüz yeme (+) ve (-) olarak iki gruba ayrıldığında kontrolsüz yeme (+) grup obezite grubunun %72 sini oluşturuyorken kontrol grubunda kontrolsüz yeme (+) oranı %30'unu oluşturmuştur (Tablo 7). [190]. Obezlerdeki yüksek leptin düzeyi kontrolsüz yeme davranışının biyolojik bir göstergesidir. Yüksek leptin düzeyi doyunluğun tespit edilememesi ile ilişkilidir ve obezitede de artan leptin direnci bulunmaktadır [191]. Çalışmamızla uyumlu olarak obez deneklerin yeme ile açlık ve tokluk duygularını inceleyen bir çalışmada yeme skorları kısıtlama dışında obez grupta yüksek bulunmuştur[192]. Işgın ve ark. 'larının Türk toplumunda yaptığı çalışmada adölesanlarda duygusal yeme ve kontrolsüz yemenin katılımcıların BKİ'sine göre farklılık göstermediği bulunmuştur ancak katılımcı popülasyonun dönem özellikleri ve depresif semptomların sıklığının sorgulanmamış olmasından kaynaklı sonuçlar uyuşmuyor olabilir [193].

Obez ve kontrol grubu üstbilişsel inanışlar açısından incelendiğinde kontrol edilemezlik/tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve total üstbiliş puanları obez grupta kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır (Tablo 5). Obez ve normal grup karşılaştırmasında üstbilişsel inanışlar alt ölçeklerinden endişeyle ilgili olumlu inançlar ve kişinin kendi dikkat ve hafızasına olan inancı olarak tanımlanan bilişsel

güven diğer alt ölçeklerin aksine obezlerde yüksek izlenmemiştir. Obezlerde işlevsiz üstbilişlerin baskın olduğu bulgusuyla, kişinin sıkıntıyı yönetmek için uygun çözümler bulamadığı ve bu süreçte endişe ve ruminasyonunun da arttığı sonucuna ulaşılabilir. 2016 yılında yapılan bir çalışma üstbilişlerin anoreksiya, bulimia gibi yeme bozukluklarında fazla olmasının yanı sıra herhangi bir psikiyatrik ek hastalığı ve yeme bozukluğu olmayan grupta da geçerliliğini incelemiş ve yeme alışkanlıklarında psikolojik özelliklerle ilişkili olarak üstbilişsel inanışların rol aldığını bulmuştur. Öne çıkan üstbiliş alt ölçekleri ise kontrol edilemezlik/tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı olmuştur [194]. Ergenlerle yapılan alanındaki ilk çalışmalardan biri olan kesitsel bir çalışmada duygusal yemenin olumsuz üstbilişsel inançlarla ilişkili olduğu bulunmuştur [132]. Bununla birlikte, belirli üstbilişsel süreçler arasında yalnızca “düşünceleri kontrol etme ihtiyacı” boyutu, çalışmaların çoğunda tutarlı bir şekilde yeme bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur bu durum da yeme bozukluklarında kontrolle ilgili süreçlerde bozulmanın varlığını desteklemektedir [133]. Düşünceleri kontrol ihtiyacı endişe ve derin düşünmenin bir sonucu olarak düşünülmüştür [26] dolayısıyla duygusal belirtiler arttığında bireyler düşüncelerini kontrol etmeye çalışır ve bu da birtakım davranışsal telafi süreçlerine götürebilmektedir.

Katılımcılar duygusal yeme durumuna göre ikiye ayrıldığında ise endişe hakkında olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık duygusal yeme (+) grubunda yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Kontrolsüz yeme durumuna göre iki grupta incelendiğinde kontrol edilemezlik/tehlike ve bilişsel güven üstbilişleri kontrolsüz yeme (+) grubunda yüksek bulunmuştur. Bulgularımız, Wells'in (2002) üstbilişsel modeliyle uyuyacak şekilde; duygusal yeme durumunda, düşünme stratejileri (endişe veya ruminasyon gibi) hakkındaki olumlu inançlar ve bilişsel farkındalık duygusal yeme (+) grupta yüksek bulunmuştur. Aynı durum kontrolsüz yeme için geçerli değildir. Olumlu inançlardan ziyade kontrol edilemezlik/tehlike gibi olumsuz inanışlar kontrolsüz yeme (+) grubunda daha yüksektir (Tablo 9). Bu durum kontrolsüz yemenin duygusal yemenin bir sonraki adımı olabileceğini göstermekte midir bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Bulgumuza karşıt olarak son yıllarda yılında yapılan TFEQ-18'in kullanıldığı bir çalışmada üstbilişsel inançlar üç yeme davranışıyla da ilişkili bulunmamıştır fakat iki değişkenli ilişkileri beş alt ölçekten dördünde gözlenmekteyken çoklu regresyona dahil edildiğinde ilişki gözlemlenmemiştir [195]. İnanç ve ark.'larının 2015'te yaptığı benzer

bir çalışmada üstbilişsel inanışların tüm alt ölçekleri obezite grubunda yüksek bulunmuştur [122]. PCOS tanılı ergen kızlar arasında yapılan bir çalışmada obez ve obez olmayan gruplar arasında üstbilişsel inanış total puanı arasında fark bulunmamıştır fakat seçilen örneklem grubu nedeniyle sonuçlarımızla uyuşmamaktadır [196].

Obez ve kontrol grubu otomatik düşünceleri ve alt ölçekleri açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmektedir (Tablo 5). Obez grupta olumsuz otomatik düşünceler kontrol grubuna kıyasla daha yüksektir. “Beck Diet Solution” kitabında da belirtildiği gibi gerekli strateji ve uygulamaları sürdürmede sorun yaşayan bireyler işlevsiz düşünceler ve mantıksız inançlara yönlenebilirler. Bu durum birçok araştırmacı tarafından da desteklenmektedir [197], [198]. Sonuçlarımızla uyumlu olmayan çalışmalara baktığımızda obez Türk ergenlerle 2007 yılında yapılan bir çalışmada obez grup ile normal kilolu grup arasında otomatik düşünceler anketi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [199]. Yine 2015 yılında obezlerde fonksiyonel olmayan tutumları ve otomatik düşünceleri karşılaştıran bir çalışmada kilo yönetimi üzerinde fonksiyonel olmayan tutumların etkili olduğu fakat otomatik düşüncelerin başarılı kilo yönetiminde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır [200]. Bu uyumsuzluk her iki çalışmada da kullanılan otomatik düşünce ölçeğinin obezler için yapılandırılmış otomatik düşünce ölçeği olmasında kaynaklanıyor olabilir. 2020 yılında yapılan normal ve obez grubun otomatik düşüncelerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada bulgularımızla uyumlu olarak otomatik düşünce ve tüm alt ölçekleri obezite grubunda yüksek bulunmuştur ve otomatik düşüncelerin obez bireylerde hem kısıtlanmış hem de duygusal yeme davranışları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir [201]. Otomatik düşünceler ve beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada beden kitle indeksi arttıkça otomatik düşüncelerin de arttığı gösterilmiştir [202]. Obez bireylerde kilo yönetimiyle ilgili yapılan bir çalışmada da kendine yönelik negatif düşünceler, şaşkınlık ve kaçış düşünceleri, yalnızlık-izolasyon, ümitsizlik düşüncelerinin başarısız diyet yapan obezlerde başarılı olanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür [203]. Bu durumda obez bireylerin kilo vermesindeki başarısızlıklarda ve obeziteye giden yolda olumsuz otomatik düşüncelerin de etkili olduğu söylenebilir.

Katılımcılar duygusal yeme durumuna göre ikiye ayrıldığında yalnızca şaşkınlık ve kaçma fantezileri alt ölçeği duygusal yeme (+) grubunda yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Kontrolsüz yeme durumuna göre iki grupta incelendiğinde ise otomatik düşünceler ve tüm alt ölçekleri kontrolsüz yeme (+) grubunda yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Duygusal yeme durumuna göre olumsuz otomatik düşünceler total puanı iki grup arasında farklılık göstermemiştir. Duygusal yeme alanında, laboratuvarında ve doğal ortamda yapılan pek çok çalışmada, kendini duygusal yiyici olarak tanımlayan kişilerin duygusal durumlarda artan gıda alımını göstermediği tespit edilmiştir. Bu durum öz bildirim anketi olarak uygulanan duygusal yeme anketinin objektifliği konusunda soru işaretleri yaratmıştır. Duygusal yeme konusunda yüksek puan alan bireylerde duygusal koşullar altında gıda alımının arttığına dair tutarlı bir kanıt yoktur [204]. Duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışında otomatik düşünceler ve alt ölçekleri ile ilişkili çalışmaya da rastlanmamıştır. Sonuçlarımıza göre obezitede olumsuz otomatik düşüncelere sık rastlanmaktadır. Aynı zamanda kontrolsüz yeme davranışına sahip kişiler de olumsuz otomatik düşüncelere bu davranışı sergilemeyenlere göre daha yüksek oranda sahiptir. Fakat duygusal yeme davranışı için aynı yorum yapılamamaktadır. Duygusal yemesi yüksek olan grup otomatik düşünce ölçeğinden yalnızca şaşkınlık ve kaçma isteğinde daha yüksek puan almıştır.

Obez ve kontrol grubu depresyon anksiyete ve stres durumu yönünden incelendiğinde obez grupta her üç ölçek puanı da anlamlı yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Katılımcılar duygusal yeme durumuna göre ikiye ayrıldığında yalnızca anksiyete puanı yüksekken, kontrolsüz yeme durumuna göre iki grupta incelendiğinde obez grupta olduğu gibi kontrolsüz yeme (+) grubunda da her üç ölçek de yüksek bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete görülme sıklığı obezite ile artar. Obezitedeki damgalanma durumu egzersiz kapasitesinde azalma yüksek karbonhidrat tüketimi dikkate alındığında sonuçlar beklenenle uyumlu görünmektedir. Yapılan çalışmalar obezitenin psikopatolojiye zemin hazırladığı veya psikopatolojinin obeziteye neden olduğu ya da obezite ve psikopatolojinin karşılıklı etkileşim içinde olduğunu göstermektedir [205]. Giderek artan kanıtlar, obezitenin psikiyatrik sonuçlarının yetersiz beslenme, hareketsizlik ve iç organlarda yağ birikmesinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Enflamasyon, insülin, leptin direnci ve hipertansiyon dahil olmak üzere sonuçta ortaya çıkan metabolik ve vasküler fonksiyon bozuklukları, depresyon ve anksiyete gelişimi

için temel riskler olarak ortaya çıkmıştır. Son zamanlardaki araştırmalar, obezitenin nöroimmün durum ile ruh hali ve duygusal durumları kontrol eden sinir devreleri üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır [206]. Duygusal yemenin, kişinin bildirdiği aşırı yemeyle önemli ölçüde ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir [207], [208]. Daha yüksek olumsuz duygular yani stres düzeyleri, duygusal ve kontrolsüz yeme davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir [209]. Yapılan bir çalışmada yüksek stres düzeyinin kortizol üzerinden duygusal yiyici olanlarda kontrolsüz yeme davranışının daha fazla olduğu bulunmuş ve bu sonuç sonraki çalışmalar tarafından da desteklenmiştir [210]. Çalışmamızın sonuçlarına göre kontrolsüz yeme davranışı ve obezite arasında otomatik düşünce bilişsel sisteminde büyük benzerlik oranı görülürken bu durum duygusal yeme için geçerli bulunmamıştır. Obeziteye çok sık eşlik eden duygusal yeme ve kontrolsüz yeme, obez olmayan grupta da bir hayli yüksek oranda tespit edilmiştir. Normal kilolu grupta da duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışlarının yüksek olması bu kişilerin olası bir obezite sürecine girmesine neden olabilir. Bu sebeple bu yeme tutumlarına sahip kişilerin tespiti ve zamanında müdahale koruyucu hekimlik yönünden önem arz etmektedir. Kontrolsüz yemesi olan obez hastalarda, kilo kontrolünü sağlama noktasında yapılacak terapötik müdahalelerde, otomatik düşüncelerin tespit edilmesi ve terapi sürecinde ele alınması tedavinin başarısına katkı sağlayabilir.

Çalışmanın ikinci kısmında incelenen korelasyon tablolarına bakıldığında; BKİ duygusal yeme, kontrolsüz yeme, depresyon, anksiyete stres düzeyleri ile düşük düzeyli pozitif korelasyon göstermektedir (Tablo 10). Depresyon, anksiyete ve stres düzeyi duygusal yeme ve kontrolsüz yeme ile de düşük düzey pozitif yönlü korelasyon göstermektedir (Tablo 10). Bulgularımız literatürle uyumludur. Tatjana van Strien ve ark.'nın duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlanmış yeme kişisel bildiri anketleri kullanılarak depresif davranış ile kilo artışı arasında aracı olarak rol oynayıp oynamadığını araştırdığı çalışmada [211]; duygusal yemenin kadınlarda depresif belirtiler ile gelecekteki vücut ağırlığı artışı arasında aracı rol oynayabileceğine dair kanıtlar sunulmuştur. Kesitsel bir çalışmada, 20-35 yaşları arasındaki 600 İtalyan genç yetişkinde duygu düzensizliği, psikolojik sıkıntı, duygusal yeme ve BKİ arasındaki ilişki değerlendirilmiştir [212]. Duygu düzensizliğinin artan psikolojik sıkıntıya ve duygusal yeme düzeylerine katkıda bulunduğu ve bunun da daha yüksek BKİ ile ilişkili

olduğu gösterilmiştir. Marc Bénard yapmış olduğu prospektif bir çalışmada, 39.771 yetişkin erkek ve kadında duygusal yeme ile BKİ arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir [213]. Kamila Czepczor-Bernat ve ark.'nın 298 yetişkinde yeme davranışlarının BKİ üzerindeki etkisini değerlendirdiği bir çalışmada stresin, olumsuz duyguların ve duygusal düzensizliğin BKİ üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir [214]. Dolayısıyla, duygusal yeme ile BKİ arasındaki pozitif ve doğrudan bağlantı, duygusal yemedeki azalmanın BKİ'nin azalmasıyla sonuçlanabileceğine dair kanıtları destekleyebilir. Kontinen ve ark. tarafından gerçekleştirilen prospektif başka bir çalışmada ise depresyon, BKİ ve bel çevresi arasındaki ilişkide duygusal yemenin rolü değerlendirilmiş ve olumsuz duygular nedeniyle yemenin, 7 yıl boyunca depresyon ile BKİ ve bel çevresindeki artış arasındaki pozitif ilişkileri kolaylaştırdığı gösterilmiştir [215]. Ayrıca Lazarevich ve ark.'nın klinik olmayan örneklemde oluşan çalışmasında, duygusal yeme ile BKİ arasındaki ilişki doğrulanmıştır. Bunun yanı sıra depresyon belirtileri ile duygusal yeme arasında ve duygusal yeme ile BKİ arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ve duygusal yemenin depresyon ve BKİ arasında bir aracı rolü olduğu tespit edilmiştir [216].

Çalışmamızda obezlerdeki duygusal yemenin kendine yönelik negatif düşünceler, şaşkınlık-kaçma arzusu, kişisel uyumsuzluk ve değişme isteğiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Kontrolsüz yeme ve otomatik düşünceler arasında ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda ise duygusal yeme, otomatik düşüncelerle ilişkili bulunmazken kontrolsüz yeme kendine yönelik negatif düşünceler, şaşkınlık-kaçma arzusu, kişisel uyumsuzluk ve değişme isteği, yalnızlık-izolasyon, ümitsizlik düşünceleriyle ilişkili bulunmuştur (Tablo 11). Bu durum, obezlerde duygusal yeme davranışının, kendine yönelik olumsuz inanışlar tarafından kontrol ediliyor olabileceğini gösterirken; normal kilolularda ise duygusal yeme davranışının, başka etmenlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, obez ve normal kilolu duygusal yiyiciler aynı kategoride değerlendirilmemelidir. Obezlerin duygusal yemesiyle baş etmesine dönük müdahalelerde, olumsuz otomatik düşüncelerin tespiti ve bu düşünceler üzerinde çalışılması tedavi noktasında yarar sağlayabilir. Normal kilolu bireylerde kontrolsüz yeme davranışında olumsuz otomatik düşüncelerin baskın olması bu kişilerin ileride obez ve duygusal yiyici olma açısından risk altında olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda normal kilolu ve obezlerde duygusal yeme ile kontrolsüz yemenin ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 11, Tablo 12). Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada kişinin yenen yiyecek miktarı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi olarak adlandırılan “kontrolsüz yeme” ile bu kontrolü kaybettiği hissiyle birlikte oluşan olumsuz duyguya tepki olarak “duygusal yeme” davranışı sergilediği, bu iki uyumsuz yeme davranışının birbirlerini karşılıklı olarak da etkilediği bulunmuştur [217], [218].

Obezlerde duygusal yeme tüm metakognitif inanış alt ölçekleriyle ilişkiliyken kontrolsüz yeme olumlu inanış, kontrol edilemezlik-tehlike ve bilişsel güven ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 13). Obez grupta üstbilişlerin yüksek olması kişinin olumsuz duygulanımla birlikte yeme davranış patolojisi sergilemesine neden olabilir. BKİ düşünceleri kontrol ihtiyacı ile negatif yönlü ilişkili bulunmuştur. Obez bireylerde endişe içeriğine verilen önemin (sağlık endişesi vb) yüksek oluşu obez bireylerde düşünceleri kontrol ihtiyacının düşük olmasını açıklayabilir.

Kontrol grubunda ise duygusal yeme hiçbir metakognitif inanış alt ölçeğiyle ilişkili bulunmamıştır (Tablo 14). Kontrol grubundaki kişilerin duruma özgü olumsuz bir duygulanımda baş etme biçimi olarak duygusal yeme davranışını sergilediği fakat bunun süreğen bir davranış olarak devam etmemesi ile açıklanabilir.

Obezlerde düşünmenin faydalı aynı zamanda kontrol edilemez olduğu, dikkat ve hafızasına olan inancı, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ve düşünceleri izleme gereksinimi düşünceleri bilişsel teoriyle de uyumlu olarak hem duygu hem de davranış olarak duygusal yeme ve kontrolsüz yeme sonucunu doğurmaktadır. Obezlerin duygusal yemesine katkı metakognitif inanışla ilişkiliyken normal kilolu kişilerin duygusal yemesi daha çok olumsuz otomatik düşünceleriyle ilişkilidir. Kontrolsüz yeme ile üstbiliş obezlerde ilişki gösterirken, normallerde üstbilişten daha fazla yine otomatik düşünceler karşımıza gelmektedir. Normal kilolu ve obezlerde üstbiliş ve otomatik düşüncelerin rolü farklı davranışlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Dikkati kendine odaklama düşüncesi ve bilişlerini izleme durumu azaldıkça da obezite ilerleyen tarafa doğru yol almaktadır.

Yine obez gruba bakıldığında duygusal yeme depresyon anksiyete stres düzeyiyle, kontrolsüz yeme stres düzeyiyle ilişkili bulunurken (Tablo 15) aksine kontrol

grubunda duygusal yeme depresyon anksiyete stresle ilişkili bulunmamış kontrolsüz yeme ilişkili bulunmuştur. Normal kilolu bireylerin depresyon, anksiyete, stres gibi olumsuz duygularla ilişkisi duygusal yeme davranışı olarak karşımıza çıkmamakta, daha çok yiyeceğe ulaştığında kontrolsüz ve fazla miktarlarda yemekle baş edilmektedir. Obezlerde ise bu olumsuz duyguları telafi amaçlı yeme davranışı sergilenmektedir.

Son olarak yol analizi bulgularına baktığımızda; obezlerde metakognitif inanışlar anksiyete, stres ve duygusal yemeyi artırmaktadır (Tablo 17). Fakat metakognitif inanışların duygusal yemeyi artırması anksiyete ve stres aracılı değil doğrudan etkisidir. Otomatik düşünceler depresyon, anksiyete ve stresi artırmakta fakat duygusal yeme ve kontrolsüz yeme üzerine etkisi bulunmamaktadır (Tablo 17). Obezitede metakognitif inanışların obezlerde yeme davranışını yönetmede olumsuz yöndeki etkisi belirgindir üstelik bu durum depresyon anksiyete ve stres gibi olumsuz duygudurumlardan bağımsız olarak gerçekleşmektedir.

Otomatik düşünceler ek olarak depresyonu da etkileyerek metakognitif inanışlar anksiyete ve stres duygusunu artırmakta fakat obezler bu duygudan bağımsız olarak metakognitif inanışlar nedeniyle duygusal yeme davranışında bulunmaktadırlar. Normal gruba baktığımızda yaşın küçülmesi ve kadın cinsiyet olmak duygusal yemeyi artırmaktadır (Tablo 18). Otomatik düşüncelerin de metakognitif inanışların da normal kilolu bireylerde duygusal yeme üzerine doğrudan bir etkisi görülmemiştir. Normal kilolu kişilerde otomatik düşünceler anksiyete üzerinden dolaylı olarak kontrolsüz yemeyi artırmaktadır (Tablo 20).

Bu çalışmanın kısıtlılıkları; Vücut ağırlığı ve boy bilgileri kişinin kendisi tarafından bildirilmiştir, uzman hekim veya beslenme uzmanları tarafından ölçülmemiştir bundan kaynaklı hatalar olabilmektedir. Katılımcıların biyo-psiko-sosyal bilgi eksiklikleri mevcuttur. Kendi kendine bildirim formlarının samimi ve eksiksiz olması adına az sayıda soru yöneltilmeye çalışılmıştır bu durum sosyodemografik verilerde eksikliğe neden olmuştur. Diğer bir kısıtlılık çalışmada kullanılan üstbiliş ölçeğinin depresyon ve anksiyete ile ilişkili üstbilişsel inançları ölçmek için geliştirilmiş olmasıdır. Diğer bir sınırlama katılımcıların tek bir coğrafi bağlamdan gelmiş olmalarıdır; bu durum, bu bulguların farklı kültürel örneklerde tekrarlanması ihtiyacını ortaya koymaktadır. Literatürde gerçekten de kültürel bağlamın duyguların ifadesini ve

düzenlenmesini [219] ve yeme bozukluklarına karşı hassasiyeti [220] etkileyebileceğine dair kanıtlar vardır. Çalışmamız obezite grubu, obezite cerrahisi olmak üzere başvuran hastalardan oluştuğu için tüm gruba genellenemez. Dahası, literatürde duygu düzenleme güçlüklerinin kaygı düzeyleri sınırdaki kişilik özellikleri tarafından artırıldığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu nedenle, obezlerde duygusal yemenin yordayıcısı olarak bulduğumuz üstbilişsel inanışların üstbilişsel süreçleri değiştirebilecek diğer semptomların varlığında değişebileceği düşünülebilir. Son olarak, öz bildirim araçları bireysel yorumlardan etkilenebilir ve bilişsel ve duygusal belirtiler subjektif olarak değerlendirilebilir. Gelecekteki çalışmalar bu sonuçları karma ölçüm modelleri kullanarak tekrarlamalıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza 67 obezite tanılı, 70 sağlıklı kişi dahil edilmiştir. Katılımcılarda duygusal yeme, bilişsel kısıtlama ve kontrolsüz yeme davranışı araştırıldı. Otomatik düşünce, üstbilişsel inanış, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri belirlendi. Yeme davranışı ile otomatik düşünce, üstbilişsel inanış, depresyon anksiyete ve stresin ilişkisine ve etkisine bakıldı.

H1 hipotezimizi doğrulayacak şekilde obezitede duygusal yeme ve kontrolsüz yeme düzeyi yüksek bulundu. Obezitede kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık düzeyi normal kilolu gruba kıyasla daha yüksek tespit edildi. Üstbilişsel inanışlar obezlerde daha yüksek bulundu. Yine hipotezimi destekleyecek bir sonuç olarak obezlerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri daha yüksek bulundu (Tablo 5).

Tüm katılımcılar duygusal yeme ve kontrolsüz yeme kesme puanı belirlenerek duygusal yeme ve kontrolsüz yeme durumuna göre ikiye ayrıldı (Tablo 6). Obezite grubunun 2/3'ü duygusal ve kontrolsüz yiyiciyken normal kilolu grubunda 1/3 ü duygusal yiyici ve kontrolsüz yiyici olarak tespit edildi (Tablo 7). Normal kilolu bireylerde de anormal yeme davranışının azımsanmayacak ölçüde fazla olduğu görülmüştür.

Duygusal yeme ve kontrolsüz yeme BKİ, depresyon, anksiyete ve stres düzeyiyle aynı yönlü ilişkiliydi (Tablo 11). H2 ve H3 hipotezleri test edildiğinde obezite grubunda duygusal yeme (Tablo 11), normal kilolu grupta kontrolsüz yeme olumsuz otomatik düşüncelerle ilişkiliydi (Tablo 12). Yine obezite grubunda duygusal yeme kontrolsüz yemeye birlikte üstbilişsel inanışlarla da ilişkiliydi (Tablo 13). Bu ilişki normal kilolu bireylerde bulunmamıştı (Tablo 14).

Bu nedenle obezlerde ve normal kilolu bireylerde duygusal ve kontrolsüz yeme davranışı üzerinde depresyon, anksiyete, stres, yaş, cinsiyet değişkenleri de kullanılarak otomatik düşünceler ve üst bilişsel inanışların rolünü inceledik (Tablo 17, Tablo 18). Obezlerde üstbilişsel inanışların anksiyete, stres ve duygusal yeme davranışını

artırdığını bulduk (Tablo 17). Fakat üstbilişsel inanışların duygusal yemeyi artırma etkisi anksiyete ve stres düzeyinden bağımsız olarak gerçekleşmekteydi. Bu sonuçla H4 hipotezimiz reddedilmiştir.

Hem obez hem normal kilolu grupta otomatik düşünceler depresyon anksiyete ve stresi artırırken duygusal yeme ve kontrolsüz yemeyi etkilememekteydi (Tablo 17, Tablo 18). Ayrıca üstbilişsel inanışlar normal grupta depresyon anksiyete ve stres üzerine etki göstermezken obez grupta anksiyete ve stresi artırmaktaydı (Tablo 17, Tablo 18).

Normal kilolu grupta ise yaşın küçük olmasının ve kadın cinsiyetin duygusal yeme üzerine etkisi bulunmaktaydı (Tablo 18). Burada otomatik düşünceler ve üst bilişsel inanışların etkisi görülmemekteydi. Otomatik düşüncelerin etkisi kontrolsüz yeme üzerine anksiyete üzerinden dolaylı bir etkisiydi (Tablo 20).

Buradan yola çıkacak olursak, duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışları her kilodan birey için aynı altyapıya sahip değildir. Bu bağlamda obezite grubu normal gruptan daha farklı değerlendirilmeli ve tedavi-takip sürecinde normal kilolu bir bireyin duygusal ya da kontrolsüz yeme davranışı gibi değerlendirilmemelidir. Obezite grubunda direkt olarak üstbilişsel inanışlar duygusal yeme üzerine etkilidir ve bu grupta bilişsel davranışçı terapi yerine metakognitif terapinin üstünlüğü olabilir. Bu konuda daha fazla klinik deneyim ve çalışmaya ihtiyaç vardır.

Otomatik düşüncelerin ise yeme davranışına ilişkin rolü artan anksiyeteye yanıt olarak oluşmaktadır. Normal kilolu bireylerde ise kiloyu kontrol etme davranışı ile bilişsel bir kısıtlama süreci ve gelişen disinhibisyon ile yiyeceğe ulaştığında kontrolsüz yeme davranışı gelişebilir. Bu kontrolsüz yeme davranışı, olumsuz otomatik düşünceler üzerinde çalışılarak anksiyetenin iyi bir şekilde yönetimi ile kontrol edilebilir.

İleri aşamalarda bu çalışmadan yola çıkarak yeme bozukluğu olan bireylerde bilişsel ve üstbilişsel inanışlar incelenebilir. Obezite dışında normalden aşırı kiloya, aşırı kilodan obeziteye giden yolda değişen biliş ve üstbilişsel inanışlar incelenebilir.

7. KAYNAKÇA

- [1] P. Yárnöz-Esquiroz *et al.*, “‘Obesities’”: Position statement on a complex disease entity with multifaceted drivers’, *Eur J Clin Invest*, vol. 52, no. 7, Jul. 2022.
- [2] ‘WHO European Regional Obesity Report 2022’. Accessed: Jan. 23, 2024.
- [3] The GBD 2015 Obesity Collaborators, ‘Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years’, *New England Journal of Medicine*, vol. 377, no. 1, pp. 13–27, Jul. 2017.
- [4] B. Lauby-Secretan, C. Scoccianti, D. Loomis, Y. Grosse, F. Bianchini, and K. Straif, ‘Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group’, *New England Journal of Medicine*, vol. 375, no. 8, pp. 794–798, Aug. 2016.
- [5] Z. Berberoğlu, Ç. Hocaoğlu, İ. Beslenme, P. Danışmanlık Merkezi, R. Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, and P. Anabilim Dalı, ‘Küresel Sağlık Sorunu “Obezite”’: Güncel Bir Gözden Geçirme’, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, vol. 8, no. 3, pp. 543–552, Sep. 2021.
- [6] D. M. Styne *et al.*, ‘Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline’, *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 102, no. 3, pp. 709–757, Mar. 2017.
- [7] S. B. Racette, S. S. Deusinger, and R. H. Deusinger, ‘Obesity: Overview of Prevalence, Etiology, and Treatment’, *Phys Ther*, vol. 83, no. 3, pp. 276–288, Mar. 2003.
- [8] M. O. Goodarzi, ‘Genetics of obesity: what genetic association studies have taught us about the biology of obesity and its complications’, *Lancet Diabetes Endocrinol*, vol. 6, no. 3, pp. 223–236, Mar. 2018.
- [9] J. O. Hill and J. C. Peters, ‘Environmental Contributions to the Obesity Epidemic’, *Science (1979)*, vol. 280, no. 5368, pp. 1371–1374, May 1998.
- [10] M. Sedef Kahraman *et al.*, ‘Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik ve Psikolojik Tedaviler için Genel Bir Gözden Geçirme Adulthood Obesity: A General Review for Biological and Psychological Treatment’.
- [11] R. C. Kessler *et al.*, ‘The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys’, *Biol Psychiatry*, vol. 73, no. 9, pp. 904–914, May 2013.
- [12] ‘Eating Behaviour - Terry Dovey - Google Kitaplar’. Accessed: Jan. 25, 2024.
- [13] J. Wardle, ‘Eating behaviour and obesity’, 2007.
- [14] J. C. Cappelleri *et al.*, ‘Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants’, *International Journal of Obesity* 2009 33:6, vol. 33, no. 6, pp. 611–620, Apr. 2009.

- [15] M. Akman, 'Obezite ve Yeme Bozuklukları İçerisindeki Yeri', *Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics- Special Topics*, vol. 2, no. 1, pp. 23–27, 2016.
- [16] A. G. Boeka and K. L. Lokken, 'Neuropsychological performance of a clinical sample of extremely obese individuals', *Archives of Clinical Neuropsychology*, vol. 23, no. 4, pp. 467–474, Jul. 2008.
- [17] E. Smith, P. Hay, L. Campbell, and J. N. Trollor, 'A review of the association between obesity and cognitive function across the lifespan: implications for novel approaches to prevention and treatment', *Obesity Reviews*, vol. 12, no. 9, pp. 740–755, Sep. 2011.
- [18] 'Higher Cortical Functions in Man- Aleksandr Romanovich Luria - Google Kitaplar'. Accessed: Jan. 25, 2024.
- [19] M. C. Welsh and B. F. Pennington, 'Assessing frontal lobe functioning in children: Views from developmental psychology', *Dev Neuropsychol*, vol. 4, no. 3, pp. 199–230, Jan. 1988.
- [20] T. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi and G. Bahadır, 'T', 2007.
- [21] G. W.-A. in B. R. and Therapy and undefined 1994, 'Behavioral treatment of obesity: Thirty years and counting', *Elsevier*, Accessed: Feb. 04, 2024.
- [22] S. Sassaroli, S. Bertelli, M. Decoppi, M. Crosina, G. Milos, and G. M. Ruggiero, 'Worry and eating disorders: A psychopathological association', *Eat Behav*, vol. 6, no. 4, pp. 301–307, Dec. 2005.
- [23] M. Altıntaş, E. Durmaz, and F. ÇİFTÇİ, 'Metacognitive functions and personality types in close relationships', *International Journal of Social Sciences and Education Research*, vol. 3, no. 5 S, pp. 1683–1699, Sep. 2017.
- [24] Z. Dienes and J. Perner, 'A theory of implicit and explicit knowledge', *Behavioral and Brain Sciences*, vol. 22, no. 5, pp. 735–808, 1999.
- [25] A. Wells and S. Cartwright-Hatton, 'A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30', *Behaviour Research and Therapy*, vol. 42, no. 4, pp. 385–396, Apr. 2004.
- [26] S. Olstad, S. Solem, O. Hjemdal, and R. Hagen, 'Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls', *Eat Behav*, vol. 16, pp. 17–22, Jan. 2015.
- [27] C. J. McDermott and N. Rushford, 'Dysfunctional metacognitions in anorexia nervosa', *Eating and Weight Disorders*, vol. 16, no. 1, pp. e49–e55, Dec. 2011.
- [28] Z. Mei, L. M. Grummer-Strawn, A. Pietrobelli, A. Goulding, M. I. Goran, and W. H. Dietz, 'Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents^{1,2}', 2002.
- [29] W. H. Organization, 'WHO acceleration plan to stop obesity', 2023.

- [30] W. H. Organization, 'Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation', 2000.
- [31] S. Kabaran and G. Samur, 'Maternal Obezite ve Gebelik', *Beslenme ve Diyet Dergisi*, vol. 38, no. 1-2, pp. 45-52, Jul. 2011.
- [32] N. Sirimi and D. G. Goulis, 'Obesity in pregnancy', *Hormones*, vol. 9, no. 4, pp. 299-306, Oct. 2010.
- [33] D. Aslan, S. Attila, 'Önemli bir sağlık sorunu: Şişmanlık', *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2002.
- [34] M. De Onis, M. Blössner, E. B.-T. A. journal of, and undefined 2010, 'Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children', *academic.oup.com* M De Onis, M Blössner, E Borghi *The American journal of clinical nutrition*, 2010.
- [35] WHO MONICA Project Principal Investigators, 'The world health organization monica project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): A major international collaboration', *J Clin Epidemiol*, vol. 41, no. 2, pp. 105-114, Jan. 1988.
- [36] Z. Berberoğlu, Ç. Hocaoğlu, İ. Beslenme, P. Danışmanlık Merkezi, R. Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, and P. Anabilim Dalı, 'Küresel Sağlık Sorunu "Obezite": Güncel Bir Gözden Geçirme Global Health Problem "Obesity": A Current Review', *DERLEME REVIEW ARTICLE CBU-SBED*, vol. 2021, no. 3, pp. 543-552.
- [37] A. Hruby and F. B. Hu, 'The Epidemiology of Obesity: A Big Picture', *Pharmacoeconomics*, vol. 33, no. 7, pp. 673-689, Dec. 2015.
- [38] Ö. Üyesi Banu Beyaz Sipahi Tarsus Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 'TÜRKİYE'DE OBEZİTE ÜZERİNE SOSYOEKONOMİK FAKTÖRLERİN ETKİSİ VE GELİR EŞİTSİZLİĞİ'.
- [39] C. E.-I. M. & Endocrine and undefined 2015, 'Prevalence of overweight and obesity in Turkey', *Elsevier*, Accessed: Jan. 26, 2024.
- [40] İ. Satman and T. Grubu, 'TÜRKİYE DİYABET, HİPERTANSİYON, OBEZİTE VE ENDOKRİNOLOJİK HASTALIKLAR PREVALANS ÇALIŞMASI (TURDEP-II) SONUÇLARI', 2011.
- [41] 'OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU', 2019, Accessed: Jan. 26, 2024.
- [42] M. Kadioğlu, 'TÜRKİYE CUMHURİYETİ MARMARA ÜNİVERSİTESİ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME BOZUKLUKLARI VE ÖZ-ETKİLİLİK', *Yüksek Lisans Tezi*, 2009.
- [43] G. Limmili, 'Balçova bölgesi 15-17 yaş arası lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının obeziteyle ilişkisi', 2010.
- [44] P. Hamurcu, 'OBEZ BİREYLERDE BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ', *Yüksek Lisans Tezi*, 2014.
- [45] G. Baltacı, 'OBEZİTE VE EGZERSİZ', Feb. 2008, Accessed: Jan. 29, 2024.

- [46] E. Eker and M. Şahin, 'Birinci basamakta obeziteye yaklaşım.', *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, vol. 11, no. 7, p. 246, 2002.
- [47] G. Dişçigil, 'Günümüzün Çocukluk ve Adolesan Çağı Epidemisi: Obezite', *TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ DERGİSİ*, vol. 11, no. 2, pp. 92–96, 2007.
- [48] K. Babaoğlu and Ş. Hatun, 'Çocukluk çağında obezite', *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, vol. 11, no. 1, pp. 8–10, 2002.
- [49] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 'OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU', Apr. 2019, Accessed: Jan. 29, 2024.
- [50] M. Blüher *et al.*, 'New insights into the treatment of obesity', *Diabetes Obes Metab*, vol. 25, no. 8, pp. 2058–2072, Aug. 2023.
- [51] C. M. Apovian *et al.*, 'Pharmacological Management of Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline', *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 100, no. 2, pp. 342–362, Feb. 2015.
- [52] W. T. Garvey *et al.*, 'American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity', *Endocrine Practice*, vol. 22, pp. 1–203, Jul. 2016.
- [53] C. M. Loria *et al.*, 'Jensen MD, et al. 2013 AHA/ACC/TOS Obesity Guideline 1 Reprint: 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults Methodology Members ACCF/AHA TASK FORCE MEMBERS Subcommittee on Prevention Guidelines', 2013.
- [54] A. Makris and G. D. Foster, 'Dietary approaches to the treatment of obesity', *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 34, no. 4, pp. 813–827, Dec. 2011.
- [55] T. A. Wadden and G. D. Foster, 'BEHAVIORAL TREATMENT OF OBESITY', *Medical Clinics of North America*, vol. 84, no. 2, pp. 441–461, Mar. 2000.
- [56] V. W. Barry, M. Baruth, M. W. Beets, J. L. Durstine, J. Liu, and S. N. Blair, 'Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a meta-analysis', *Elsevier*, vol. 56, pp. 382–390, 2014.
- [57] T. Wadden, V. Webb, C. Moran, B. B.- Circulation, and undefined 2012, 'Lifestyle modification for obesity: new developments in diet, physical activity, and behavior therapy', *Am Heart Assoc* TA Wadden, VL Webb, CH Moran, BA Bailer Circulation, 2012 • Am Heart Assoc, vol. 125, no. 9, pp. 1157–1170, Mar. 2012.
- [58] M. Butryn, V. Webb, T. W.-P., 'Behavioral treatment of obesity', Clinics, and undefined 2011.
- [59] T. Müller, M. Blüher, ... M. T.-N. R. D., and undefined 2022, 'Anti-obesity drug discovery: advances and challenges', *nature.com* TD Müller, M Blüher, MH Tschöp, RD DiMarchi Nature Reviews Drug Discovery, 2022.
- [60] H. Toplak, E. Woodward, V. Yumuk, J. O.-O. facts, and undefined 2015, '2014 EASO position statement on the use of anti-obesity drugs', *karger.com* H Toplak, E Woodward, V Yumuk, JM Oppert, JCG Halford, G Frühbeck Obesity facts, 2015 • karger.com, vol. 8, pp. 166–174, 2015.

- [61] V. Hainer, H. Toplak, and A. Mitrakou, 'Treatment modalities of obesity: what fits whom?', *Diabetes Care*, vol. 31 Suppl 2, 2008.
- [62] A. Ballinger, S. P.-E. journal of pharmacology, and undefined 2002, 'Orlistat: its current status as an anti-obesity drug', *Elsevier*.
- [63] W. Thomsen, A. Grottick, ... F. M.-... of P. and, and undefined 2008, 'Lorcaserin, a novel selective human 5-hydroxytryptamine_{2C} agonist: in vitro and in vivo pharmacological characterization', *ASPETWJ Thomsen, AJ Grottick, F Menzaghi, H Reyes-Saldana, S Espitia, D Yuskin, K WhelanJournal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 2008•ASPET*.
- [64] P. O'neil, S. Smith, N. Weissman, ... M. F.-, and undefined 2012, 'Randomized placebo-controlled clinical trial of lorcaserin for weight loss in type 2 diabetes mellitus: the BLOOM-DM study', *Wiley Online LibraryPM O'neil, SR Smith, NJ Weissman, MC Fidler, M Sanchez, J Zhang, B RaetherObesity, 2012•Wiley Online Library*, vol. 20, no. 7, pp. 1426–1436, Jul. 2012.
- [65] A. P. Shukla, R. B. Kumar, and L. J. Aronne, 'Lorcaserin Hcl for the treatment of obesity', *Expert Opin Pharmacother*, vol. 16, no. 16, pp. 2531–2538, Nov. 2015.
- [66] S. Smith, M. Meyer, K. T.-A. of, and undefined 2013, 'Phentermine/topiramate for the treatment of obesity', *journals.sagepub.comSM Smith, M Meyer, KE TrinkleyAnnals of Pharmacotherapy, 2013•journals.sagepub.com*, vol. 47, no. 3, pp. 340–349, Mar. 2014.
- [67] K. Gadde, D. Allison, D. Ryan, C. P.-T. Lancet, and undefined 2011, 'Effects of low-dose, controlled-release, phentermine plus topiramate combination on weight and associated comorbidities in overweight and obese adults (CONQUER', *thelancet.comKM Gadde, DB Allison, DH Ryan, CA Peterson, B Troupin, ML Schwiers, WW DayThe Lancet, 2011•thelancet.com*.
- [68] A. Caixàs, L. Albert, I. Capel, and M. Rigla, 'Naltrexone sustained-release/bupropion sustained-release for the management of obesity: Review of the data to date', *Drug Des Devel Ther*, vol. 8, pp. 1419–1427, Sep. 2014.
- [69] M. M. Jepsen and M. B. Christensen, 'Emerging glucagon-like peptide 1 receptor agonists for the treatment of obesity', *Expert Opin Emerg Drugs*, vol. 26, no. 3, pp. 231–243, 2021.
- [70] M. Fried *et al.*, 'Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery', *Obes Facts*, vol. 6, no. 5, pp. 449–468, Oct. 2013.
- [71] M. Fontana, S. W.-G. Clinics, and undefined 2010, 'The surgical treatment of metabolic disease and morbid obesity'.
- [72] M. Resch, P. Haasz, Z. S.-E. Psychiatry, and undefined 1998, 'Obesity as psychosomatic disease', *cambridge.orgM Resch, P Haasz, Z SidoEuropean Psychiatry, 1998*.
- [73] O. Mermi, 'Obezite ve Psikiyatri', *Firat Tip Dergisi*, vol. 23, pp. 54–60, 2018.
- [74] M. D. Marcus and J. E. Wildes, 'Obesity: Is it a mental disorder?', *International Journal of Eating Disorders*, vol. 42, no. 8, pp. 739–753, Dec. 2009.

- [75] A. Darby, P. Hay, J. Mond, F. Quirk, P. Buttner, and L. Kennedy, 'The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005', *International Journal of Eating Disorders*, vol. 42, no. 2, pp. 104–108, Mar. 2009.
- [76] A. Gearhardt, ... W. C.-J. of addiction, and undefined 2009, 'Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence', *journals.lww.comAN Gearhardt, WR Corbin, KD BrownellJournal of addiction medicine, 2009•journals.lww.com*, 2009.
- [77] T. Van Strien, M. Rookus, G. B.-... J. of Obesity, and undefined 1986, 'Life events, emotional eating and change in body mass index.', *europemc.orgT Van Strien, MA Rookus, GP Bergers, JE Frijters, PB DefaresInternational Journal of Obesity, 1986*.
- [78] J. P. O'Reardon, A. Peshek, and K. C. Allison, 'Night eating syndrome: Diagnosis, epidemiology and management', *CNS Drugs*, vol. 19, no. 12, pp. 997–1008, 2005.
- [79] U. John, C. Meyer, H. J. Rumpf, and U. Hapke, 'Relationships of Psychiatric Disorders with Overweight and Obesity in an Adult General Population**', *Obes Res*, vol. 13, no. 1, pp. 101–109, Jan. 2005.
- [80] N. Petry, D. Barry, ... R. P.-P., and undefined 2008, 'Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions', *journals.lww.comNM Petry, D Barry, RH Pietrzak, JA WagnerPsychosomatic medicine, 2008*.
- [81] J. R. Altfas, 'Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment', *BMC Psychiatry*, vol. 2, Sep. 2002.
- [82] M. Türkçapar, A. S.-B. D. P. ve Araştırmalar, and undefined 2012, 'Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim', *jcbpr.orgMH Türkçapar, AE SargınBilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2012*.
- [83] AT Beck, 'Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions', *jamanetwork.com*, Accessed: Jan. 31, 2024.
- [84] AT Beck, 'Thinking and depression: II. Theory and therapy'.
- [85] M. H. TÜRKÇAPAR, 'Kognitif terapi ve kuramı', *3 P/ Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, vol. 11, no. supp2, pp. 9–18, 2003.
- [86] J. B. Rotter, 'Social learning theory. Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology', p. 395, 1982.
- [87] D. Greenberger and C. Padesky, 'Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think', 2015.
- [88] M. H. Türkçapar, *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulamalar*. İstanbul: HYB Basım Yayın, 2007.
- [89] A. Beck, 'Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York (Hoeber) 1967.', 1967.

- [90] R. Digiuseppe, 'The nature of irrational and rational beliefs: Progress in rational emotive behavior theory', *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, vol. 14, no. 1, pp. 5–28, 1996.
- [91] D. Clark, A. Beck, B. Alford, P. Bieling, and Z. Segal, 'Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression', 2000.
- [92] Ö. Özcan and G. G. Çelik, 'Bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Klinikleri', *Türkiye Klinikleri*, vol. 3, no. 2, pp. 115–120, 2017.
- [93] A. T. Beck, A. Freeman, and D. D. Davis, 'Cognitive therapy of personality disorders', 2015.
- [94] M. H. Türkçapar, *Bilişsel terapi, temel ilkeler ve uygulama*, 3rd ed. İstanbul: HYB Basım Yayın, 2008.
- [95] S. Akkoyunlu and M. H. Türkçapar, 'Bir Teknik: Alternatif Düşünce Oluşturulması', *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, vol. 2, no. 1, pp. 53–59, 2013.
- [96] A. L. Brown and B. Beranek, 'Knowing When, Where, and How to Remember: A Problem of Metacognition. Technical Report No. 47.' Lawrence Erlbaum Associates, Jun. 1977.
- [97] J. F.-A. psychologist and undefined 1979, 'Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry.', *psycnet.apa.orgJH FlavellAmerican psychologist*, 1979.
- [98] J. Metcalfe and A. Shimamura, 'Metacognition: Knowing about knowing', 1994.
- [99] A. Wells, 'Meta-Cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder', *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 23, no. 3, pp. 301–320, 1995.
- [100] A. Wells, 'Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy', 2002.
- [101] A. Wells, 'A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory', *Anxiety Stress Coping*, vol. 6, no. 4, pp. 289–299, Jan. 1994.
- [102] M. Irak, A. T.-J. of anxiety disorders, and undefined 2008, 'Exploring the role of metacognition in obsessive–compulsive and anxiety symptoms', *Elsevier*.
- [103] L. Knouse, ... M. P.-J. of A., and undefined 2006, 'Does ADHD in adults affect the relative accuracy of metamemory judgments?', *journals.sagepub.comLE Knouse, MJ Paradise, J DunloskyJournal of Attention Disorders, 2006•journals.sagepub.com*, vol. 10, no. 2, pp. 160–170, Nov. 2006.
- [104] S. Moritz, T. W.-C. opinion in psychiatry, and undefined 2007, 'Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention', *journals.lww.comS Moritz, TS WoodwardCurrent opinion in psychiatry*, 2007.
- [105] M. Spada, G. Caselli, A. W.-B. R. and Therapy, and undefined 2009, 'Metacognitions as a predictor of drinking status and level of alcohol use following CBT in problem drinkers: A prospective study', *Elsevier*.

- [106] Ş. Tuna, A. Tekcan, V. T.-B. R. and Therapy, and undefined 2005, 'Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder', *Elsevier*.
- [107] R. Garner and P. A. Alexander, 'Metacognition: Answered and Unanswered Questions', *Educ Psychol*, vol. 24, no. 2, pp. 143–158, 1989.
- [108] J. Dunlosky and J. Metcalfe, 'Metacognition', 2008.
- [109] A. B.- Metacognition, undefined motivation, and understanding, and undefined 1987, 'Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms'.
- [110] J. F.-G. P. in D. Science and undefined 2005, 'Development of children's knowledge about the mental world', *api.taylorfrancis.comJH FlavellGrowing Points in Developmental Science, 2005•api.taylorfrancis.com*, 2000.
- [111] P. Pintrich, C. Wolters, and G. Baxter, '2. assessing metacognition and self-regulated learning', 2000.
- [112] W. Schneider, 'The development of metacognitive knowledge in children and adolescents: Major trends and implications for education', *Mind, Brain, and Education*, vol. 2, no. 3, pp. 114–121, 2008.
- [113] A. Wells and G. Matthews, 'Attention and emotion: A clinical perspective (Classic Edition)', 2015.
- [114] T. Nelson, L. N.-M. K. about knowing, and undefined 1994, 'Why investigate metacognition', *books.google.comTO Nelson, L NarensMetacognition: Knowing about knowing*, 1994.
- [115] by Alan Cunningham, 'Meta-cognition in disordered eating: development and preliminary psychometric evaluation of a questionnaire', 2000.
- [116] A. Konstantellou, M. Campbell, I. Eisler, ... M. S.-J. of anxiety, and undefined 2011, 'Testing a cognitive model of generalized anxiety disorder in the eating disorders', *Elsevier*.
- [117] S. K. Rezaei, ... S. K.-J. of A., and undefined 2019, 'The discriminative role of metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency in obese women', *jams.arakmu.ac.irSA Kazemi Rezaei, S Khoshsorour, R NouriJournal of Arak University of Medical Sciences, 2019•jams.arakmu.ac.ir*, vol. 22, no. 4.
- [118] S. Palmieri, N. Gentile, A. Da Ros, · Marcantonio, M. Spada, and M. M. Spada, 'Profiling metacognition in binge eating disorder', *SpringerS Palmieri, N Gentile, A Da Ros, MM SpadaJournal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 2021•Springer*, vol. 39, no. 2, pp. 163–171, Jun. 2021.
- [119] R. Woolrich, ... M. C.-... E. D. R., and undefined 2008, 'Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: A preliminary study', *Wiley Online LibraryRA Woolrich, MJ Cooper, HM TurnerEuropean Eating Disorders Review: The Professional Journal of the, 2008•Wiley Online Library*, vol. 16, no. 1, pp. 11–20, Jan. 2008.

- [120] F. Laghi, D. Bianchi, S. Pompili, A. Lonigro, and R. Baiocco, 'Metacognition, emotional functioning and binge eating in adolescence: the moderation role of need to control thoughts', *Eating and Weight Disorders*, vol. 23, no. 6, pp. 861–869, Dec. 2018.
- [121] A. Konstantellou, M. R.-E. behaviors, and undefined 2010, 'Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes', *Elsevier*, vol. 11, no. 3, pp. 193–196, 2010.
- [122] L. Inanç and S. Inanır, 'The role of meta-cognitive beliefs in obesity', *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, vol. 25, no. 1, p. 131, 2015.
- [123] K. Akkuş and A. E. Yılmaz, 'The Role of Metacognitions on the Relationship Between Adult Attachment and Mood Symptoms in Individuals with Obesity', *J Clin Psychol Med Settings*, vol. 28, no. 2, pp. 239–251, Jun. 2021.
- [124] A. Wells, 'Metacognitive therapy for anxiety and depression', 2011.
- [125] J. F. Kinzl, M. Schrattecker, C. Traweger, M. Mattesich, M. Fiala, and W. Biebl, 'Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery', *Obes Surg*, vol. 16, no. 12, pp. 1609–1614, Dec. 2006.
- [126] A. F. Jorm, A. E. Korten, H. Christensen, P. A. Jacomb, B. Rodgers, and R. A. Parslow, 'Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: A community survey', *Aust N Z J Public Health*, vol. 27, no. 4, pp. 434–440, 2003.
- [127] R. Baumeister, C. DeWall, ... N. C.-J. of personality, and undefined 2005, 'Social exclusion impairs self-regulation.', *psycnet.apa.orgRF Baumeister, CN DeWall, NJ Ciarocco, JM TwengeJournal of personality and social psychology*, 2005.
- [128] W. Lauder, K. Mummary, M. Jones, and C. Caperchione, 'A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations', *Psychol Health Med*, vol. 11, no. 2, pp. 233–245, May 2006.
- [129] J. Coelho, M. Siggen, P. Dietre, M. B.-P. Obesity, and undefined 2013, 'Reactivity to thought–shape fusion in adolescents: the effects of obesity status', *Wiley Online LibraryJS Coelho, MJ Siggen, P Dietre, M BouvardPediatric Obesity, 2013•Wiley Online Library*, vol. 8, no. 6, pp. 439–444, 2012.
- [130] A. Wells and G. Matthews, 'Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective', *Attention and Emotion (Classic Edition): A clinical perspective*, pp. 1–354, Jan. 2014.
- [131] C. Papageorgiou and A. Wells, 'Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment', *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*, pp. 1–282, May 2008.
- [132] C. A. Limbers, E. Greenwood, K. Shea, and T. A. Fergus, 'Metacognitive beliefs and emotional eating in adolescents', *Eating and Weight Disorders*, vol. 26, no. 7, pp. 2281–2286, Oct. 2021.
- [133] F. Laghi, D. Bianchi, S. Pompili, A. Lonigro, and R. Baiocco, 'Metacognition, emotional functioning and binge eating in adolescence: the moderation role of need to control thoughts', *Eating and Weight Disorders*, vol. 23, no. 6, pp. 861–869, Dec. 2018.

- [134] R. D.-N. of aging and undefined 2005, 'Neurotrophic factors and regulation of mood: role of exercise, diet and metabolism', *Elsevier*.
- [135] T. van Strien, C. Herman, M. V.- Appetite, and undefined 2012, 'Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample', *Elsevier*.
- [136] M. Ouwens, T. van Strien, C. van der S.- Appetite, and undefined 2003, 'Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption', *Elsevier*.
- [137] C. Telch, S. A.- Appetite, and undefined 1996, 'The effects of short-term food deprivation on caloric intake in eating-disordered subjects', *Elsevier*.
- [138] J. Polivy, C. Herman, T. M.-J. of Abnormal, and undefined 1994, 'Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters?', *psycnet.apa.org*J Polivy, CP Herman, T McFarlane*Journal of Abnormal Psychology*, 1994.
- [139] M. H. J. Bekker, C. Van De Meerendonk, and J. Mollerus, 'Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating', *International Journal of Eating Disorders*, vol. 36, no. 4, pp. 461–469, Dec. 2004.
- [140] G. Oliver, J. Wardle, E. G.-P. medicine, and undefined 2000, 'Stress and food choice: a laboratory study', *journals.lww.com*G Oliver, J Wardle, EL Gibson*Psychosomatic medicine*, 2000.
- [141] G. Sevinçer, N. K.-J. of M. Disorders, and undefined 2013, 'Emosyonel yeme', *dergipark.org.tr*GM Sevinçer, N Konuk*Journal of Mood Disorders*, 2013.
- [142] B. C.-T. S. W. Journal and undefined 2012, 'Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery', *hindawi.com*BE Chesler*The Scientific World Journal*, 2012.
- [143] N. Hays, G. Bathalon, ... M. M.-... A. journal of, and undefined 2002, 'Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y', *academic.oup.com*NP Hays, GP Bathalon, MA McCrory, R Roubenoff, R Lipman, SB Roberts*The American journal of clinical nutrition*, 2002.
- [144] M. Lowe, M. B.-P. & behavior, and undefined 2007, 'Hedonic hunger: a new dimension of appetite?', *Elsevier*.
- [145] K. Elfhag, K. Institutet, L. C. Morey, and L. C. Morey, 'Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating', *Elsevier*, 2007.
- [146] J. Chaput, C. Leblanc, L. Pérusse, ... J. D.-, and undefined 2009, 'Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study: have we been barking up the wrong tree?', *Wiley Online Library*JP Chaput, C Leblanc, L Pérusse, JP Després, C Bouchard, A Tremblay*Obesity*, 2009•*Wiley Online Library*, vol. 17, no. 10, pp. 1964–1970, Oct. 2009.
- [147] C. Evers, F. Stok, U. Danner, and S. Salmon, "'The shaping role of hunger on self-reported external eating status": Erratum.', 2013.

- [148] T. Van Strien, G. Schippers, W. C.-A. behaviors, and undefined 1995, 'On the relationship between emotional and external eating behavior', *Elsevier*..
- [149] S. Torres, C. N.- Nutrition, and undefined 2007, 'Relationship between stress, eating behavior, and obesity', *Elsevier*.
- [150] J. Laitinen, E. Ek, U. S.-P. medicine, and undefined 2002, 'Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior', *Elsevier*.
- [151] J. Wardle, A. Steptoe, G. Oliver, Z. L.-J. of psychosomatic research, and undefined 2000, 'Stress, dietary restraint and food intake', *Elsevier*.
- [152] A. M. Prentice and S. A. Jebb, 'Fast foods, energy density and obesity: A possible mechanistic link', *Obesity Reviews*, vol. 4, no. 4, pp. 187–194, Nov. 2003.
- [153] M. D. Michael B. First, Ph. D. Janet B. W. Williams, Ph. D. Rhonda S. Karg, and M. D. Robert L. Spitzer, 'User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)', *American Psychiatric Association Publishing*, 2016.
- [154] M. Elbir *et al.*, 'Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language', vol. 30, 2019.
- [155] S. Karakuş, ... H. Y.-T. P. M., and undefined 2016, 'Üç faktörlü yeme ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması', *researchgate.net* SŞ Karakuş, H Yıldırım, Ş BüyüköztürkTAF Preventive Medicine Bulletin, 2016.
- [156] P. Lovibond, S. L.-B. research and therapy, and undefined 1995, 'The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories', *Elsevier*.
- [157] T. Brown, B. Chorpita, ... W. K.-B. research and, and undefined 1997, 'Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples', *Elsevier*.
- [158] Ö. Yılmaz, H. Boz, A. A.- Education, and undefined 2010, 'Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (Dass 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması1', *academia.edu* Ö Yılmaz, H Boz, A ArslanEducation, 2010.
- [159] S. D. Hollon and P. C. Kendall, 'Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire', *Cognit Ther Res*, vol. 4, no. 4, pp. 383–395, Dec. 1980.
- [160] N. Şahin, N. Ş.-J. of clinical psychology, and undefined 1992, 'Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire', *Wiley Online Library* NŞahin, N ŞahinJournal of clinical psychology, 1992•Wiley Online Library.
- [161] A. Tosun, M. I.-T. J. of Psychiatry, and undefined 2008, 'Adaptation, Validity, and Reliability of the Metacognition Questionnaire-30 for the Turkish Population, and its Relationship to Anxiety and Obsessive-Compulsive', *Citeseer* A Tosun, M IrakTurkish Journal of Psychiatry, 2008•Citeseer, vol. 19, no. 1, 2008.
- [162] D. Öztuna, A. H. Elhan, and N. Kurşun, 'Sağlık Araştırmalarında Kullanılan İlişki Katsayıları', *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, vol. 28, pp. 160–16, 2008.

- [163] A. Dirican, ‘Tanı Testi Performanslarının Değerlendirilmesi ve Kıyaslanması’, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, vol. 32, no. 1, Jul. 2014.
- [164] M. Macht and G. Simons, ‘Emotions and eating in everyday life’, *Appetite*, vol. 35, no. 1, pp. 65–71, 2000.
- [165] J. Laitinen, E. Ek, and U. Sovio, ‘Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior’, *Prev Med (Baltim)*, vol. 34, no. 1, pp. 29–39, 2002.
- [166] J. Treasure, T. A. Duarte, and U. Schmidt, ‘Eating disorders’, *The Lancet*, vol. 395, no. 10227, pp. 899–911, Mar. 2020.
- [167] P. Gülbayrak, ‘Yetişkinlerin yeme tutumları, otomatik düşünceleri, ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları ve fonksiyonel olmayan tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi’, Sep. 2016.
- [168] A. N. Katirci, ‘Klinik olmayan örneklemede otomatik düşüncelerin yeme tutumuna etkisi ve diğer değişkenler ile ilişkisinin incelenmesi’, Sep. 2018.
- [169] Ergüney Okumuş and Fatma Elif, ‘Tutumlar, inançlar ve üst bilişlerin yeme davranışı üzerindeki yordayıcı etkileri’, Jul. 2017.
- [170] Ö. Çamkerten and B. Güloğlu, ‘Duygusal Yememin Yordayıcıları Olarak Üstbiliş, Duygu Düzenleme Zorlukları ve Öz Şefkat’, *Ege Eğitim Dergisi*, vol. 24, no. 1, pp. 107–125, Mar. 2023.
- [171] M. Altınok, ‘Yeme Tutumları, Duygusal Yeme, Farkındalıkla Yeme ve Ortoreksiyanın Metakognisyonlar Açısından İncelenmesi’, 2020.
- [172] A. J. Cooper, S. R. Gupta, A. F. Moustafa, and A. M. Chao, ‘Sex/Gender Differences in Obesity Prevalence, Comorbidities, and Treatment’, *Curr Obes Rep*, vol. 10, no. 4, pp. 458–466, Dec. 2021.
- [173] H. Buchwald *et al.*, ‘Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis’, *JAMA*, vol. 292, no. 14, pp. 1724–1737, Oct. 2004.
- [174] M. Devaux, F. Sassi, J. Church, M. Cecchini, and F. Borgonovi, ‘Exploring the relationship between education and obesity’, *OECD Journal: Economic Studies*, pp. 121–159, 2011.
- [175] F. S. Luppino *et al.*, ‘Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies’, *Arch Gen Psychiatry*, vol. 67, no. 3, pp. 220–229, Mar. 2010.
- [176] T. M. Rajan and V. Menon, ‘Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies’, *J Postgrad Med*, vol. 63, no. 3, pp. 182–190, Jul. 2017.
- [177] C. Varela, A. Andrés, and C. Saldaña, ‘The behavioral pathway model to overweight and obesity: coping strategies, eating behaviors and body mass index’, *Eating and Weight Disorders*, vol. 25, no. 5, pp. 1277–1283, Oct. 2020.

- [178] B. Madalı, Ş. B. Alkan, E. D. Örs, M. Ayrancı, H. Taşkın, and H. H. Kara, 'Emotional eating behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study', *Clin Nutr ESPEN*, vol. 46, pp. 264–270, Dec. 2021.
- [179] L. S. Pacheco, E. Blanco, R. Burrows, P. Correa-Burrows, J. L. Santos, and S. Gahagan, 'Eating behavior and body composition in Chilean young adults', *Appetite*, vol. 156, p. 104857, Jan. 2021.
- [180] R. E. Calderón-Asenjo, M. C. Jalk-Muñoz, Y. E. Calizaya-Milla, S. E. Calizaya-Milla, C. Ramos-Vera, and J. Saintila, 'Association between emotional eating, sociodemographic characteristics, physical activity, sleep duration, and mental and physical health in young adults', *Taylor & Francis RE Calderón-Asenjo, MC Jalk-Muñoz, YE Calizaya-Milla, SE Calizaya-Milla, C Ramos-Vera Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2022*•Taylor & Francis, vol. 15, pp. 2845–2859, Dec. 2022.
- [181] V. Zuccotti, I. M. Terruzzi, A. Ferrulli, D. Skolmowska, D. Gł ę Abska, and D. Guzek, 'Body Mass and Emotional Eating: Emotional Eater Questionnaire (EEQ) in the Polish Adolescents' COVID-19 Experience (PLACE-19) Study', *Nutrients 2022, Vol. 14, Page 828*, vol. 14, no. 4, p. 828, Feb. 2022.
- [182] J. Polivy and C. P. Herman, 'Dieting and Binging. A Causal Analysis', *American Psychologist*, vol. 40, no. 2, pp. 193–201, Feb. 1985.
- [183] M. Blumfield, B. Bei, I. Zimberg, S. C.- Appetite, and undefined 2018, 'Dietary disinhibition mediates the relationship between poor sleep quality and body weight', *Elsevier ML Blumfield, B Bei, IZ Zimberg, SW Cain Appetite, 2018*•Elsevier.
- [184] M. C. Cornelis *et al.*, 'Obesity susceptibility loci and uncontrolled eating, emotional eating and cognitive restraint behaviors in men and women', *Wiley Online Library MC Cornelis, EB Rimm, GC Curhan, P Kraft, DJ Hunter, FB Hu, RM Van Dam Obesity, 2014*•Wiley Online Library, vol. 22, no. 5, pp. 135–141, 2014.
- [185] A. Lopez-Cepero, C. Frisard, ... S. L.-J. of the A., and undefined 2018, 'Association of dysfunctional eating patterns and metabolic risk factors for cardiovascular disease among Latinos', *Elsevier*, Accessed: Mar. 25, 2024.
- [186] L. M. Anderson, E. E. Reilly, K. Schaumberg, S. Dmochowski, and D. A. Anderson, 'Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students', *Eating and Weight Disorders*, vol. 21, no. 1, pp. 83–90, Mar. 2016.
- [187] Y. Jeanes, S. Reeves, E. Gibson, C. Piggott, V. M.- Appetite, and undefined 2017, 'Binge eating behaviours and food cravings in women with Polycystic Ovary Syndrome', *Elsevier YM Jeanes, S Reeves, EL Gibson, C Piggott, VA May, KH Hart Appetite, 2017*•Elsevier..
- [188] K. Hootman, K. Guertin, P. C.- Appetite, and undefined 2018, 'Stress and psychological constructs related to eating behavior are associated with anthropometry and body composition in young adults', *Elsevier KC Hootman, KA Guertin, PA Cassano Appetite, 2018*•Elsevier.

- [189] S. Iceta, B. Julien, K. Seyssel, ... S. L.-P.-D. &, and undefined 2019, 'Ghrelin concentration as an indicator of eating-disorder risk in obese women', *Elsevier*.
- [190] D. Oomen, M. Grol, D. Spronk, C. Booth, and E. Fox, 'Beating uncontrolled eating: Training inhibitory control to reduce food intake and food cue sensitivity', *Appetite*, vol. 131, pp. 73–83, Dec. 2018.
- [191] H. Benbaibeche, A. Bounihi, and E. A. Koceir, 'Leptin level as a biomarker of uncontrolled eating in obesity and overweight', *Ir J Med Sci*, vol. 190, no. 1, pp. 155–161, Feb. 2021.
- [192] B. Barkeling, N. King, ... E. N.-I. J. of, and undefined 2007, 'Characterization of obese individuals who claim to detect no relationship between their eating pattern and sensations of hunger or fullness', *nature.comB Barkeling, NA King, E Näslund, JE BlundellInternational Journal of Obesity*, 2007.
- [193] K. Işgın, C. T. Pekmez, A. Kabasakal, Z. B. Demirel, H. T. Besler, and C. Çetin, 'Adölesanlarda Duygusal Yeme, Kontrolsüz Yeme ve Bilişsel Yeme Kısıtlaması Davranışları ile Vücut Bileşimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi', *Beslenme ve Diyet Dergisi*, vol. 42, no. 2, pp. 125–131, Aug. 2014.
- [194] M. C. Quattropiani, V. Lenzo, C. Faraone, G. Pistorino, I. Di Bella, and M. Mucciardi, 'The role of Metacognition in eating behavior: an exploratory study', *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, vol. 4, no. 3, pp. 2282–1619, Dec. 2016.
- [195] E. Strodl and P. Sorensen, 'The role of metacognitive beliefs versus meta-emotion beliefs in disordered eating', *Aust Psychol*, vol. 58, no. 3, pp. 179–189, May 2023.
- [196] O. Kara, N. Kaymaz, and M. E. Uzun, 'The effect of hyperandrogenism and obesity on mindfulness and metacognition in adolescents with polycystic ovary syndrome', *Arch Womens Ment Health*, vol. 25, no. 5, pp. 911–921, Oct. 2022.
- [197] J. O'Connor and P. W. Dowrick, 'Cognitions in normal weight, overweight, and previously overweight adults', *Cognit Ther Res*, vol. 11, no. 3, pp. 315–326, Jun. 1987.
- [198] M. Q. Werrij, A. Jansen, S. Mulken, H. J. Elgersma, A. J. H. A. Ament, and H. J. Hospers, 'Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity', *J Psychosom Res*, vol. 67, no. 4, pp. 315–324, Oct. 2009.
- [199] H. Odaci, 'Depression, Submissive Behaviors and Negative Automatic Thoughts In Obese Turkish Adolescents', *Soc Behav Pers*, vol. 35, no. 3, pp. 409–416, 2007.
- [200] N. B. Dirikli, 'International Journal of Management and Humanities (IJMH) The Relationship Between Weight Loss Success and Dysfunctional Attitudes Scale of Obesity (DASOB) and Automatic Thoughts Scale of Obesity (ATSOB) Scores of Obese Patients', 2015.
- [201] M. Aksu, F. Yığman, K. Ö.-J. of Cognitive-Behavioral, and undefined 2020, 'The Relationship Between Cognitive Factors, Body Image and Eating Behaviors in Obese Patients'.
- [202] Y. Doğu, 'Kadınlarda Beden Kitle İndeksi, Otomatik Düşünceler ile Yeme Tutumları İlişkisinin İncelenmesi'.

- [203] S. Okumuşoğlu, 'The role of negative, saboteur, dysfunctional thoughts and attitudes in weight loss success in obesity', *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 2017.
- [204] P. Bongers and A. Jansen, 'Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do not measure what you think they measure', *Front Psychol*, vol. 7, no. DEC, p. 215312, Dec. 2016.
- [205] R. E. Roberts, S. Deleger, W. J. Strawbridge, and G. A. Kaplan, 'Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study', *Int J Obes Relat Metab Disord*, vol. 27, no. 4, pp. 514–521, Apr. 2003.
- [206] S. Fulton, L. Décarie-Spain, X. Fioramonti, B. Guiard, and S. Nakajima, 'The menace of obesity to depression and anxiety prevalence', *Trends in Endocrinology & Metabolism*, vol. 33, no. 1, pp. 18–35, Jan. 2022.
- [207] M. Macht, J. M.-T. J. of nervous and mental disease, and undefined 2007, 'Interactive effects of emotional and restrained eating on responses to chocolate and affect'.
- [208] T. Van Strien, C. Herman, M. V.- Appetite, and undefined 2009, 'Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?', *ElsevierT Van Strien, CP Herman, MW VerheijdenAppetite, 2009•Elsevier*.
- [209] T. J. Devonport, W. Nicholls, and C. Fullerton, 'A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations', *J Health Psychol*, vol. 24, no. 1, pp. 3–24, Jan. 2019.
- [210] T. van Strien, M. Ouwens, C. Engel, C. de W.- Appetite, and undefined 2014, 'Hunger, inhibitory control and distress-induced emotional eating', *ElsevierT van Strien, MA Ouwens, C Engel, C de WeerthAppetite, 2014•Elsevier*.
- [211] T. van Strien, H. Konttinen, J. R. Homberg, R. C. M. E. Engels, and L. H. H. Winkens, 'Emotional eating as a mediator between depression and weight gain', *Appetite*, vol. 100, pp. 216–224, May 2016.
- [212] A. Guerrini-Usubini *et al.*, 'The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model', *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 23, no. 1, p. 100338, Jan. 2023.
- [213] M. Bénard *et al.*, 'Impulsivity and consideration of future consequences as moderators of the association between emotional eating and body weight status', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 15, no. 1, pp. 1–11, Sep. 2018.
- [214] K. Czepczor-Bernat and A. Brytek-Matera, 'The impact of food-related behaviours and emotional functioning on body mass index in an adult sample', *Eating and Weight Disorders*, vol. 26, no. 1, pp. 323–329, Feb. 2021.
- [215] H. Konttinen, T. Van Strien, S. Männistö, P. Jousilahti, and A. Haukkala, 'Depression, emotional eating and long-term weight changes: A population-based prospective study', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 16, no. 1, pp. 1–11, Mar. 2019.

- [216] I. Lazarevich, M. E. Irigoyen Camacho, M. del C. Velázquez-Alva, and M. Zepeda Zepeda, 'Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults', *Appetite*, vol. 107, pp. 639–644, Dec. 2016.
- [217] T. van Strien, A. Cebolla, E. E.- Appetite, and undefined 2013, 'Emotional eating and food intake after sadness and joy', *ElsevierT van Strien, A Cebolla, E Etchemendy, J Gutierrez-Maldonado, M Ferrer-Garcia, C BotellaAppetite, 2013•Elsevier*.
- [218] J. Karlsson, L.-O. Persson, L. Sjö, È. Èm, and M. Sullivan, 'Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects', *nature.comJ Karlsson, LO Persson, L Sjöström, M SullivanInternational journal of obesity, 2000•nature.com*, vol. 24, pp. 1715–1725, 2000.
- [219] J. De Leersnyder, M. Boiger, B. Mesquita, and V. Shuman, 'Cultural regulation of emotion: individual, relational, and structural sources', *Front Psychol*, vol. 4, p. 31388, Feb. 2013.
- [220] P. K. Keel and K. L. Klump, 'Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology', *Psychol Bull*, vol. 129, no. 5, pp. 747–769, Sep. 2003.

8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

Yaşınız:

Eğitim düzeyi

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite
- Yüksek Lisans ve üzeri

Boyunuz (cm):

Kilonuz (kg):

Geçmişte psikiyatrik bir hastalığınız var mıydı? Varsa lütfen ne olduğunu belirtiniz. Yoksa lütfen yok yazınız:

Şu an psikiyatrik bir hastalığınız var mı? Varsa lütfen ne olduğunu belirtiniz. Yoksa lütfen yok yazınız:

Tıbbi ek hastalıklarınız nelerdir?

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Kalp Hastalığı
- Osteoartrit
- Uyku apnesi
- Diğer

EK 2. Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (TFEQ-21)

Bu bölüm yeme alışkanlıkları ve açlık hisleri ile ilgili ifadeler ve sorular içermektedir. Her ifadeyi dikkatlice okuyup size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

		Kesinlikle yanlış	Çoğunlukla yanlış	Çoğunlukla doğru	Kesinlikle doğru
1	Kilomu kontrol etmek için bilerek küçük porsiyonlarda yemek yemeyi tercih ederim.	1	2	3	4
2	Endişeli hissettiğimde yemek yemeye başlarım.	1	2	3	4
3	Bazen yemeğe başladığımda, kendimi durduramayacak gibi olurum.	1	2	3	4
4	Kendimi üzgün hissettiğimde çoğu zaman gereğinden fazla yerim.	1	2	3	4
5	Bazı yiyecekleri beni şişmanlattığı için yemiyorum.	1	2	3	4
6	Yemek yiyen birisiyle birlikteyken genelde benim de yemek yeme isteğim uyanır	1	2	3	4
7	Stresli veya gergin olduğumda, çoğu zaman yeme ihtiyacı hissederim.	1	2	3	4
8	Çoğu zaman öylesine acıkırım ki midemi dipsiz bir kuyu gibi hissederim.	1	2	3	4
9	Her zaman öyle aç olurum ki tabağımdaki yemeği bitirmeden durmak benim için zor olur.	1	2	3	4
10	Kendimi yalnız hissettiğimde, kendimi yemek yiyerek teselli ediyorum.	1	2	3	4
11	Kilo almaktan kaçınmak için öğünlerde yediğim yemek miktarını bilinçli olarak kısıtlıyorum.	1	2	3	4
12	İştah açıcı bir yiyecek kokusu aldığımda veya lezzetli bir yemek gördüğümde, yemeğimi henüz bitirmiş olsam bile kendimi yememek için zor tutuyorum	1	2	3	4
13	Sürekli her an yemek yiyebilecek kadar aç olurum.	1	2	3	4
14	Eğer kendimi gergin hissedersenem yemek yiyerek sakinleşmeye çalışırım.	1	2	3	4
15	Çok lezzetli olduğunu düşündüğüm bir yiyecek gördüğümde, çoğu zaman o kadar acıkırım ki hemen o an yemek zorunda kalırım.	1	2	3	4
16	Moralim bozuk olduğunda yemek isterim.	1	2	3	4
17	Çekici yemekleri/besinleri fazla satın alarak evde bulundurmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
18	İsteddiğimden daha azını yemek için çaba sarf etmeye yatkınım.	1	2	3	4
19	Aç olmamama rağmen yemek yemeye devam ederim.	1	2	3	4
20	Akşam geç saatlerde veya gece çok acıkınca kendimi tutamayıp yemek yerim.	1	2	3	4
21	Yemek yerken kendimi her zaman kısıtlarım	1	2	3	4

EK 3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS)

Lütfen **SON 1 HAFTADAKİ** durumunuzu belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1. Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim				
2. Ağızımda kuruluk olduğunu fark ettim				
3. Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim				
4. Soluk almada zorluk çektim (örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)				
5. Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım				
6. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim				
7. Vücutumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu				
8. Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim				
9. Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim				
10. Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım				
11. Kışkırtılmakta olduğumu hissettim				
12. Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi				
13. Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim				
14. Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum				
15. Panik haline yakın olduğumu hissettim				
16. Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu				
17. Birey olarak değersiz olduğumu hissettim				
18. Alınğan olduğumu hissettim				
19. Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)				
20. Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim				
21. Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım				

EK 4. Otomatik Düşünce Ölçeği

Bu düşüncelerin **SON 1 HAFTA** içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiniz.

	Hiç	Ender	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor					
2. Hiçbir işe yaramıyorum					
3. Neden hiç başarılı olamıyorum					
4. Beni hiç kimse anlamıyor					
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu					
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum					
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım					
8. Öyle güçsüzüm ki ...					
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor					
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım					
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı					
12. Artık dayanamayacağım					
13. Bir türlü harekete geçemiyorum					
14. Neyim var benim					
15. Keşke başka bir yerde olsaydım					
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum					
17. Kendimden nefret ediyorum					
18. Değersiz bir insanım					
19. Keşke birden yok olabilseydim					
20. Ne zorum var benim					
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum					
22. Hayatım karmakarışık					
23. Başarısızım					
24. Hiçbir zaman başaramayacağım					
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum					
26. Bir şeylerin değişmesi gerek					
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı					
28. Geleceğim kasvetli					
29. Hiçbir şey için uğraşmaya değmez					
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum					

EK 5. Üst Biliş Ölçeği

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım	(1)	(2)	(3)	(4)

16. Endişelerim beni delirtebilir	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 6. Etik Kurul Onay Formu



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme
Etik Kurulu

Sayı : 12024861 - 70
Konu : Etik Kurul Onayı

14.12.2023

Sayın, Arş.Gör.Dr. Seça KAYIKÇI

“Obezitede Bilişsel ve Üstbilişsel süreçlerin yeme üzerindeki etkisi” başlıklı çalışmanız, 23.12.14.08/01 karar numarası ile Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Etik Kurulumuzun 14.12.2023 tarihinde yapılan toplantısında değerlendirilmiştir.

Yapılan dosya değerlendirilmesi sonucu, çalışmanızın “girişimsel olmayan etik kurul değerlendirme” ilkelere göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

EK 7. Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri içeren sözlü açıklama yapılmıştır. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı soyadı, imzası, görevi

Online anket için;

Değerli katılımcı;

Bu çalışma fazla kilolu olmanın altında yatan yemek yeme dürtüsü ve buna sebep olan düşünce yapısını incelemek amacıyla tasarlanmıştır. Anketi doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Anket boyunca sizden kimliğinizi ortaya çıkaracak herhangi bir bilgi istenmeyecektir. Lütfen onaylıyorsanız ileri seçeneğini işaretleyiz.

9. ÖZGEÇMİŞ

Tarih	Eğitim
2013-2019	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
2020-halen	Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi

Akademik Ünvanları	
2020-halen	Asistan doktor

İş Tecrübeleri	
2019-2020	Kastamonu Tosya Devlet Hastanesi (pratisyen hekim)
2020-halen	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi (asistan doktor)

Katıldığı Kongre ve Kurslar	
2020	Nöropsikiyatri günleri
2021	BDT Temel Eğitimi, BDP Derneği/ANKARA
2022	BDT Beceri Eğitimi, BDP Derneği/ANKARA
2021	57. Ulusal Psikiyatri Kongresi
2021	Klinik Uygulamada Temel Metakognitif Terapinin Temel İlke ve Teknikleri / UPK
2023	Şizofreni Master Okulu

Özgeçmiş Sahibinin;

Adı ve Soyadı: Seda KAYIKCI

Tarih:18/04/2024