



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
OBEZİTELİ BİREYLER VE KONTROL GRUBU
ARASINDA ÜST BİLİŞSEL FAKTÖRLERİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Yeşim ÖZBABALIK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Kasım 2024
İSTANBUL**



T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
OBEZİTELİ BİREYLER VE KONTROL GRUBU
ARASINDA ÜST BİLİŞSEL FAKTÖRLERİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Yeşim ÖZBABALIK

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Kasım 2024
İSTANBUL

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Yeşim Özbabalık'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu 'AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZİTELİ BİREYLER VE KONTROL GRUBU ARASINDA ÜST BİLİŞSEL FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

İMZA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Üyeler

Prof. Dr. Mehmet SARGIN
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Prof. Dr. Zuhal Aydan SAĞLAM
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)
(İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

(imza)

Tarih: 27/11/2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZİTELİ BİREYLER VE KONTROL GRUBU ARASINDA ÜST BİLİŞSEL FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI” isimli uzmanlı tezinde Dr. Yeşim Özbabalık;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Kasım, 2024

BİLGİLENDİRME

“AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZİTELİ BİREYLER VE KONTROL GRUBU ARASINDA ÜST BİLİŞSEL FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopyalanmadığını, bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU’nun, katkıda bulunduğunu, bu çalışmanın daha önce herhangi bir yerde yayınlanmadığını, bu tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı davranışının olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar dahilinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgilere ve çıkarımlara kaynak gösterdiğimi, bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim olmadığını, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını, bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederim.

Dr. Yeşim ÖZBABALIK

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak eğitimime katkıda bulunan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Eğitimim süresince mesleki ve sosyal anlamda beni her daim destekleyen, tezimin yazım aşamasında desteğiyle yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU'ya;

Rotasyonier eğitimlerimizde büyük katkıları olan ve bizi bölümlerinde en güzel şekilde karşılayan bütün saygı değer hocalarıma;

Asistanlık dönemimin bana kattığı en güzel insanlar olan eşkıdem arkadaşlarım, kız kardeşlerim Dr. Aysu ÖZDEMİR, , Dr. Elif Seda DOĞANER, Dr. Merve ÇELİK'e

Uzmanlık eğitimi sürecinde tanımaktan ve birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım tüm Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne ve iyi ki varsınız dediğim Orlando Ekibine;

Bu süreçte tüm içtenliği ile her zaman yanımda olup mesafeler farketmeksizin bana gönülden destek olan canım dostlarım Hatice ÇETİN, Selin ÖZDEMİR, Zeynep AĞSARAN, Işıl OTER, Çisil BAYIR ve Merve Sinem TURGUT'a;

Bugünlere ulaşmamı sağlayan, sonsuz sevgileri ve destekleri ile her daim yanımda olan canım babam Yıldıray ÖZBABALIK, canım annem Ayşe ÖZBABALIK ve biricik kardeşim Emirhan ÖZBABALIK'a;

Bu süreçte bana neşe ve huzur veren canım kedim Pamuk'a;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yeşim ÖZBABALIK

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ.....	iii
BİLGİLENDİRME.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. OBEZİTE	2
2.1.1. Obezite tanımı ve epidemiyolojisi	2
2.1.2. Obezite etiyolojisi	2
2.1.3. Obezite ve eşlik eden hastalıklar	3
2.1.4. Obezite tanısı	4
2.1.5. Obezite Tedavisi	5
2.1.5.1. Diyet ve egzersiz	5
2.1.5.2. Davranış terapisi	6
2.1.5.3. Medikal tedavi	6
2.1.5.4. Cerrahi tedavi.....	7
2.2. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİLER:.....	8
2.3. ÜST BİLİŞ	9
2.3.1. Üst biliş tanımı.....	9
2.3.2. Üstbiliş ölçümü	10
2.3.3. Üstbilişsel tedavi yöntemleri	10
2.4. ÜST BİLİŞ VE OBEZİTE	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM	12
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	12
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	12
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	12
3.4. ARAŞTIRMANIN DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	12
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	13
3.5.1. Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), (Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) .	14
3.6. VERİLERİN ANALİZİ	14

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	15
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	41
KAYNAKLAR	42
EKLER	47
EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ	47
EK 2: ANKET ÜBÖ-30 ÖLÇEĞİ.....	50
EK 3: ETİK KURUL KARAR FORMU	52
EK 4: İNTİHAL RAPORU	54



KISALTMALAR

AMPK	: AMP-Aktive Edici Protein Kinaz
AnTI	: The Anxious Thoughts Inventory
BED	: Binge Eating Disorder
BIA	: Biyoelektrik İmpedans
DEXA	: Dual enerji X-ray Absorbsiyometrisi
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GLP-1	: Glucagon-like Peptide 1
HT	: Hipertansiyon
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
IQR	: İnterkuartil Aralık
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
LCD	: Low calorie diet
MC4R	: Melanokortin 4 Reseptör
MCQ-30	: Metacognition Questionnaire
MCTherap	: Metakognitif Terapi
MCTrain	: Metakognitif Eğitim
MERIT	: Metakognitif Yansıtma ve İçgörü Terapisi
MetS	: Metabolik Sendrom
NAFLD	: Nonalkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı
NIH	: National Institutes of Health
NMS	: Nöroleptik Malign Sendrom
NPY	: Nöropeptid Y
PCOS	: Polikistik Over Sendromu
PHEN/TPM	: Fentermin/Topiramet
SGLT-2	: Sodyum-glukoz Taşıma Proteini-2
SMI	: Severe Mental Illness
TCQ	: Düşünce Kontrol Ölçeği
ÜBÖ-30	: Üst Biliş Ölçeği-30
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması.....	16
Tablo 4.2.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin VKİ gruplarına göre karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.3.	Katılımcıların vücut kompozisyonu özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması.....	21
Tablo 4.4.	Katılımcıların obezite öyküsü ve beslenme alışkanlıklarının gruplara göre karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.5.	Katılımcıların obezite öyküsü ve beslenme alışkanlıklarının VKİ gruplarına göre karşılaştırılması.	23
Tablo 4.6.	Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanımı dağılımlarının gruplara göre karşılaştırılması.	25
Tablo 4.7.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanları.	26
Tablo 4.8.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.9.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının VKİ gruplarına göre karşılaştırılması.	27
Tablo 4.10.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması.	28
Tablo 4.11.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.12.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması.	29
Tablo 4.13.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılması.	29
Tablo 4.14.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.	30
Tablo 4.15.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının çocuklukta obezite öyküsü göre karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.16.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının ailede obezite öyküsü varlığına göre karşılaştırılması.	31
Tablo 4.17.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının öğün sayısına göre karşılaştırılması.	32
Tablo 4.18.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının öğünler arası yeme alışkanlığına göre karşılaştırılması.	33
Tablo 4.19.	Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının gece yeme alışkanlığına göre karşılaştırılması.	33

Tablo 4.20. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının algılanan beden imajına göre karşılaştırılması.	34
Tablo 4.21. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının egzersiz alışkanlığına göre karşılaştırılması.	34



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1.	Kontrol ve obezite grupları arasında yaş dağılımı.	17
Şekil 4.2.	Kontrol ve obezite gruplarında cinsiyet dağılımı.....	17
Şekil 4.3.	Kontrol ve obezite gruplarında medeni durum dağılımı.	18
Şekil 4.4.	Kontrol ve obezite gruplarında öğrenim durumu dağılımı.	18
Şekil 4.5.	Kontrol ve obezite gruplarında çalışma durumu dağılımı.	19



ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZİTELİ BİREYLER VE KONTROL GRUBU ARASINDA ÜST BİLİŞSEL FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışma, üçüncü basamak bir hastanede aile hekimliği polikliniğinde obezite tanısı alan bireyler ile obezitesi olmayan bireyler arasındaki üstbilişsel faktörleri sosyodemografik özellikler, yaşam tarzı faktörleri ve beden algısını dikkate alarak karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlanmış ve Eylül - Ekim 2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi aile hekimliği polikliniğinde veri toplama süreci tamamlanmıştır. Çalışmaya, obezite tanısı almış 105 kişi ile obez olmayan 105 kişilik bir kontrol grubu dahil edilmiştir. Katılımcıların üstbilişsel farkındalık düzeyleri Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) kullanılarak değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular, gruplar arasındaki farkları incelemek amacıyla istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur.

Obezite grubunda, belirli üstbilişsel faktörlerde kontrol grubuna kıyasla anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Özellikle obezite grubunda, olumsuz düşünceleri kontrol etme gereksinimi ve bilişsel farkındalık puanları daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca cinsiyet, medeni durum, ailede obezite öyküsü, beslenme düzeni ve beden algısı gibi sosyodemografik ve yaşam tarzı faktörlerinin üstbiliş düzeyinde önemli farklılıklar yarattığı görülmüştür.

Çalışmada obezite ve üst bilişsel faktörler arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Bu durumun, obezitenin sadece fiziksel değil, aynı zamanda bilişsel süreçler üzerindeki etkilerini de anlamada yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Üstbilişsel terapi ve stratejiler; obezitenin önlenmesi, takibi ve tedavisinin daha bilinçli yönetilmesi ve bireylerde sağlıklı yaşam tarzının desteklenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Beden Kitle İndeksi, Obezite, Üst biliş, Üst Biliş Ölçeği-30

ABSTRACT

COMPARISON OF METACOGNITIVE FACTORS BETWEEN INDIVIDUALS WITH OBESITY AND THE CONTROL GROUP APPLYING TO THE FAMILY MEDICINE CLINIC

This study aims to compare the metacognitive factors between individuals diagnosed with obesity and those without obesity at a family medicine outpatient clinic in a tertiary hospital, considering sociodemographic characteristics, lifestyle factors, and body image perception.

The research was designed as a cross-sectional and descriptive study, with data collection completed at the family medicine outpatient clinic of Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital between September and October 2024. The study included 105 individuals diagnosed with obesity and a control group of 105 non-obese individuals. Participants' metacognitive awareness levels were assessed using the Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30), and the findings were subjected to statistical analysis to examine the differences between the groups.

Significant differences were observed in certain metacognitive factors in the obesity group compared to the control group. Specifically, the obesity group showed higher scores in the need for control over negative thoughts and cognitive self-consciousness. Additionally, sociodemographic and lifestyle factors such as gender, marital status, family history of obesity, eating habits, and body image were found to have notable effects on metacognitive levels.

The study demonstrates a significant relationship between obesity and metacognitive factors. This finding suggests that obesity may influence not only physical health but also cognitive processes. Metacognitive therapy and strategies could contribute to a more conscious management of obesity prevention, monitoring, and treatment, supporting individuals in adopting a healthy lifestyle.

Keywords: Body Mass Index, Family Medicine, Metacognition, Metacognition Questionnaire-30, Obesity

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite, sağığı olumsuz etkileyecek düzeyde vücutta aşırı veya anormal yağ birikmesi olarak tanımlanan bir durumdur. Bir kişinin vücut kitle indeksi (VKİ) 30 ve üzeriyse obezite tanısı konur (1). Obezite, dünya çapında hızla yayılan bir halk sağığı sorunu haline gelmiş ve yalnızca yetişkinlerde değil, çocuklar ve gençlerde de giderek daha fazla görülmektedir (1). Genetik, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin bir kombinasyonu ile ortaya çıkan karmaşık bir hastalıktır (1,2). Ayrıca, duygusal durumlar ve bilişsel süreçler de obezite gelişiminde rol oynayabilir (16).

Fazla kilo ve obezite, diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon ve bazı kanser türleri gibi ciddi sağık sorunları için önemli risk faktörleri oluşturur (17). Obezite, aynı zamanda psikolojik problemleri de beraberinde getirebilir. Depresyon, anksiyete ve düşük özsaygı gibi durumlar obeziteyi tetikleyebilirken, obezite de bu psikopatolojilere katkıda bulunabilir (23).

Üst biliş (metakognisyon), bireylerin düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri yönetme becerisini ifade eder. Bu kavram, John Flavell tarafından 1979 yılında ortaya atılmış ve “düşünme üzerine düşünme” olarak tanımlanmıştır (63). Üstbiliş, bireylerin düşüncelerini, bilgilerini nasıl öğrendiklerini, hatırladıklarını ve nasıl problem çözdüklerini yönetme kapasitelerini ifade eder (67).

Üstbiliş, bireylerin düşüncelerini yönetme ve değerlendirme biçimlerini etkiler ve bu etkiler kaygı, depresyon gibi duygusal durumların yanı sıra yeme davranışlarında da kendini gösterebilir (3). Ancak, yeme bozukluğu ile ilişkili bir durum olan obezite ile üstbiliş arasındaki bağlantıyı inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bununla birlikte, obezite tedavisinde metakognitif farkındalık ve stratejilerin önemli bir yeri olduğu, sağıksız yeme alışkanlıklarının değiştirilmesinde ve kilo kontrolünün sağılanması katkı sağılayabileceğı düşünülmektedir (4).

Bu çalışma, üçüncü basamak bir hastanede obezite tanısı konmuş bireyler ile kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler, yaşam tarzı faktörleri ve beden algısını da dikkate alarak, üstbilişsel faktörleri karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Bunun sonucu olarak obeziteli bireyler üzerinde metakognitif terapi ve eğitim sürecine, gelişimine katkı sağılamayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Obezite tanımı ve epidemiyolojisi

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığı olumsuz etkileyebilecek düzeyde vücutta aşırı veya anormal yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (5). Ulusal Sağlık Enstitüleri'ne (NIH) göre ise obezite, vücut yağ hücrelerinin boyut ve sayısındaki artış ile karakterizedir (6). Son yıllarda hem yetişkinler hem de çocuklar arasında hızla artan obezite, küresel bir sağlık krizi olarak öne çıkmakta ve ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (1). 1980'lerden bu yana dünya genelinde fazla kilo ve obezite oranları iki katına çıkmış, bugün dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri bu kategoride yer almaktadır (7). 2016 yılı itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde 1.9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu olduğunu, bunların 650 milyonunun ise obez sınıfında değerlendirildiğini bildirmiştir. Bu artış, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha belirgin şekilde görülmektedir (8). Türkiye özelinde ise obezite önemli bir sorun haline gelmiştir. Türkiye'de yetişkinlerin üçte birinden fazlası obezdir ve bu durum, ülkeyi Avrupa'da obezitenin en yaygın görüldüğü ülke konumuna getirmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre, Türkiye'de obez birey sayısı 16 milyonu aşmış olup obezite prevalansı %29,5 oranına ulaşmıştır. Bu oranlar, obezitenin sadece bireysel değil, toplumsal düzeyde de ele alınması gereken bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (9).

2.1.2. Obezite etiyolojisi

Obezite, kişinin yaşam tarzı, genetik özellikleri ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesiyle gelişen kompleks ve multifaktöriyel bir hastalıktır (1,2). Bu etkenlerin birleşimi, enerji alımının enerji harcamasını aşmasına ve bunun sonucunda vücutta yağ dokusunun birikmesine yol açar (10). Genetik faktörler, bireylerin kilo almaya olan yatkınlığında önemli bir etkiye sahiptir. Obezite ile bağlantılı birçok gen tespit edilmiş olup, bu genler vücut kitle indeksini etkileyen kalıtsal faktörlerin %40-70'ini açıklamaktadır (11). Modern yaşam tarzının sağladığı kolay erişilebilen yüksek kalorili yiyecekler, fiziksel hareketsizlik ve stres gibi çevresel etkenler obezite riskini yükseltmektedir. Toplum genelinde porsiyonların büyümesi, yüksek kalorili ve işlenmiş gıdaların tüketimindeki artış kilo alımına katkıda

bulunmaktadır (12). Şeker oranı yüksek, işlenmiş gıdaların tüketimi ve düzensiz beslenme alışkanlıkları enerji alımını artırarak kilo alımına neden olur. Araştırmalara göre, Batı tipi beslenme tarzı, özellikle fast food tüketimi, obezite riskini büyük ölçüde yükseltmektedir (13).

Yetersiz fiziksel aktivite, enerji dengesizliğine neden olarak obeziteye katkıda bulunur. Günümüzde, çalışma hayatında uzun saatler boyunca hareketsiz kalmak, obezite oranlarının artmasında başlıca etkenlerden biridir (14). Hormonal ve metabolik faktörler de obezite gelişiminde rol oynayabilir. Örneğin, enerji dengesini düzenleyen temel hormonlardan olan leptin ve insülin direncindeki bozukluklar kilo alımına yol açabilir. Bu sistemin önemli bileşenlerinden biri olan leptin, yağ dokusu tarafından sentezlenir ve beslenme durumu hakkındaki sinyaller, hipotalamus adı verilen beyin bölgesindeki temel düzenleyici merkezlere iletilir. Vücut yağ miktarının azalması, leptin seviyelerinin düşmesine yol açar ve bu da yiyecek alımını artırır (15). Büyüme hormonu eksikliği, endojen hiperkortizolizm ve erkeklerde hipogonadizm görülen obez bireylerde, visseral yağlanma oranı artmıştır. Bu hormon eksiklikleri veya fazlalıkları da obeziteyi önemli oranda etkiler (16). Obezite riskini artıran stres, depresyon ve düşük sosyoekonomik durum gibi psikososyal faktörler de oldukça etkilidir. Sosyal çevre ve psikolojik stres, aşırı yeme veya sağlıksız beslenme alışkanlıklarının oluşumuna katkıda bulunabilir (17). Ayrıca ruh hali ve duygu durumu gibi duygusal ve bilişsel etkenler, lezzetli yiyecekler için motivasyonel dürtüleri artırarak obeziteye katkıda bulunabilir (18).

2.1.3. Obezite ve eşlik eden hastalıklar

Fazla kilo ve obezite, birçok kronik hastalık için temel risk faktörleri arasında yer almaktadır (19). Aşırı yağ dokusu, insülinin etkisini azaltarak kan şekeri seviyelerinin yükselmesine ve insülin direncinin gelişmesine neden olabilir (20). Bu süreç, metabolik disfonksiyonla başlayarak metabolik sendrom (MetS) ve prediyabet riskini artırır ve zamanla tip 2 diyabet (Tip 2 DM) ile kardiyovasküler hastalıklara (KVH) zemin hazırlayabilir. Obez bireylerde insülin direnci ve adipokin artışı, endotel disfonksiyonu, dislipidemi, hipertansiyon ve vasküler inflamasyon gibi kardiyometabolik sorunların gelişmesine neden olur; bu durum ateroskleroz oluşumunu destekler (1). Ayrıca, obstrüktif uyku apnesi obez bireylerde sık görülmekte ve uyku sırasında geçici solunum durmalarına yol açmaktadır (21). Fazla kilo eklemlere binen baskıyı artırarak osteoartrit gibi eklem hastalıklarına neden olabilir (22). Obezite, karaciğerde yağ birikimini tetikleyerek non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) ve karaciğer sirozu gibi ciddi sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilir. Ayrıca, meme, kolon, özofagus ve rahim kanserleri gibi bazı kanser türleriyle

ilişkilendirilmiştir (23,24). Obezite sadece fiziksel sağlık üzerinde değil, psikolojik sağlık üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir. Anksiyete, düşük özsaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla bağlantılı olup, bu sorunların da obeziteyi şiddetlendirebileceği bir kısır döngü oluşturabilir (25).

Bazı terapötik ilaçlar da, bazı bireylerde belirgin kilo artışına yol açabilir. Antidepresanlar, iştahı artırarak kilo artışına katkı sağlarken, antipsikotikler tatlı ve yağlı yiyecekler için isteği artırabilir. Antidiyabetik ilaçlar, insülin seviyelerini yükselterek yağ birikimini teşvik edebilir. Ayrıca, α 2-adrenerjik agonistler ve β 2-adrenerjik agonistler sıvı tutulumu ve enerji dengesinde değişikliklere neden olabilir. Steroidler de kortizol seviyelerini artırarak serum glikozunu yükseltir ve insülin seviyelerini artırarak obezite riskini artırabilir (26).

2.1.4. Obezite tanısı

Obezitenin tanısı, çeşitli kriterler kullanılarak yapılmaktadır. Vücut Kitle İndeksi (VKİ), bireyin kilosu/ boyunun karesi şeklinde hesaplanır ve obezite tanısı koymada en yaygın yöntemdir. Dünya Sağlık Örgütü, VKİ değeri 30'un üzerinde olan bireyleri obez olarak sınıflandırmaktadır. Vücut Kitle İndeksi'ne göre obezite sınıflandırması şu şekildedir: VKİ değeri 18.5'in altında olan bireyler zayıf, 18.5-24.9 aralığında olanlar normal kilolu, 25-29.9 aralığında olanlar fazla kilolu olarak değerlendirilir. VKİ 30-34.9 arasında ise obezite sınıf I (hafif obezite), 35-39.9 arasında obezite sınıf II (orta düzey obezite) ve 40 ve üzerinde obezite sınıf III (ileri obezite veya morbid obezite) olarak sınıflandırılır (8).

Abdominal obeziteyi tespit etmek amacıyla yapılan bel çevresi ölçümü, kardiyovasküler ve metabolik risklerin artışını değerlendirmede önemli bir belirteçtir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), 2005 yılında metabolik sendromu tanımlarken merkezi obeziteyi sendromun ana bileşeni olarak vurgulamış ve bu obezite türünün belirlenmesinde, farklı toplumlara özgü bel çevresi eşik değerlerinin kullanılmasını önermiştir (27). Bu bağlamda, Türk toplumunda santral obezite için Avrupa'da belirlenen bel çevresi değerleri (kadın hastalarda ≥ 80 cm, erkekler hastalarda ≥ 94 cm) dikkate alınmalıdır (1).

Kalça çevresi (KC), pelvisin en çıkıntılı noktasından kalçaların etrafındaki çevreyi tanımlar; bel çevresi (BC) ise göbek seviyesindeki belin yatay ölçüsünü belirtir (28). Dünya Sağlık Örgütü'nün yönergelerine bakıldığında, erkeklerde bel/kalça oranı 0,90 veya üzerinde, kadınlarda ise 0,85 veya üzerinde olan değerler merkezi obezite olarak değerlendirilmektedir (29).

Vücut yağ yüzdesi, toplam vücut ağırlığına göre yağ kütesinin oranını gösterir ve vücuttaki yağ miktarını ve dağılımını doğrudan yansıtır. Geçmiş araştırmalar, obezite tanısında erkekler için %25 ve üzeri, kadınlar için ise %35 ve üzeri vücut yağ yüzdesini kriter olarak önermektedir (30). Yağ ve kas dağılımının daha ayrıntılı analizleri, Biyoelektrik İmpedans Analizi ve DEXA gibi teknikler ile gerçekleştirilmektedir. Bu yöntemler, obezitenin kapsamlı tanısında ve tedavi planlamasında kliniklerde yaygın olarak kullanılmaktadır (31). Biyoelektrik impedans analizi (BIA), vücut kompozisyonu ve sıvı dağılımını değerlendirmede kullanılan basit, hızlı, invaziv olmayan, taşınabilir ve tekrarlanabilir bir yöntemdir; aynı zamanda fiziksel gereksinimleri düşüktür. BIA, geometrik bir sistemdeki impedansın iletkenin uzunluğu, şekli, kesit alanı ve sinyal frekansı ile ilişkili olduğu prensibine dayanır (32). Dual-enerji X-ray absorpsiyometrisi (DEXA), kemik yoğunluğu ve doku bileşimini ölçmek amacıyla X-ray teknolojisinden yararlanan bir yöntemdir. Bu yöntem, X-ray ışınlarının vücuda gönderilmesi ve farklı dokuların bu ışınları emme özelliklerinin incelenmesiyle çalışır. Vücuttaki kemik, yağ ve kas dokusu miktarını belirler ve analiz eder (33).

2.1.5. Obezite Tedavisi

Obezite tedavisinin ana hedefleri, komplikasyonları ve komorbiditeleri önlemek ve tedavi etmek, bireyin iyilik halini artırmak, olumlu bir beden imajı ile özsaygıyı yeniden kazandırmak ve damgalanmayla mücadele etmektir (34). Bu aşamada gerçekçi ve kişiye özel hedefler belirlemek büyük önem taşımaktadır (35).

2.1.5.1. Diyet ve egzersiz

Kilo vermek ve mevcut kiloyu korumak için yapılan diyetlerin ana unsuru, enerji açığı oluşturmaktır (36). Kilo kaybı amacıyla önerilen düşük kalorili diyet (LCD), kişinin günlük enerji gereksiniminden 500-1000 kalorilik daha az enerji almasını içerir. Bu diyetin içeriğinde günlük enerjinin yaklaşık %12-15'i proteinlerden (özellikle hayvansal protein), %25-30'u yağ, %55-60'ı ise karbonhidratlardan sağlanacak şekilde ayarlanır. Bu oranlar, vücudun ihtiyaç duyduğu besin öğelerini dengeli bir biçimde almasını destekler (1). Son araştırmalar ve meta-analizler, yüksek kardiyorespiratuar aktivite düzeyine sahip obez bireylerin, uzun süre hareketsiz kalan normal kilolu bireylere göre tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (37). Hedef, hareketsiz geçirilen zamanı (oturma süresini) azaltmak ve bunun yerine fiziksel aktiviteyi artırmaktır; ayrıca, uygun fiziksel aktiviteler seçerek hareket etme ve aktif olma isteğini yeniden kazandırmaktır. Genel olarak önerilen, haftada en az 150 dk orta seviyede aerobik aktivitedir; bu da saatte yaklaşık

5 km hızla yürüyüşe denk gelir. Yürüyüş, uygun ayakkabılar dışında özel bir ekipman gerektirmemesi ve her yerde ücretsiz olarak yapılabilmesi nedeniyle ideal bir fiziksel aktivite olarak öne çıkar. Fiziksel aktivite, büyük kas gruplarını hedefleyen 8–10 egzersizden oluşan direnç çalışmalarıyla desteklenebilir. Bu direnç egzersizleri haftada en az iki kez, 2–3 seans şeklinde yapılabilir (38).

2.1.5.2. Davranış terapisi

Obezite tedavisinde davranış terapisi, bireyin yeme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını değiştirmesine yardımcı olan bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Bu terapi, kendini izleme, hedef koyma, dürtü kontrolü, pozitif pekiştirme gibi stratejiler içerir. Bu yöntemle kişiler, sağlıklı yaşam biçimi hedeflerine daha kolay ulaşır ve uzun vadede sağlıklı alışkanlıkları sürdürmeleri sağlanır (39).

2.1.5.3. Medikal tedavi

Obezitede farmakolojik tedavi, belirli endikasyonlara dayanarak uygulanmaktadır. VKİ 30 ve üzerinde bireylerde, diyet, egzersiz ve davranış değişikliği gibi yöntemlere rağmen kilo kontrolü sağlanamıyorsa ilaç tedavisi önerilmektedir. Ayrıca, BKİ'si 27-29,9 kg/m² olan ve Tip 2 DM, KAH, hipertansiyon veya uyku apnesi gibi sağlık sorunları bulunan hastalar için de ilaç tedavisi endikedir (40). T2DM hastalarında, özellikle fazla kilolu veya obez bireyler için, birinci basamak tedavi olan metformin kullanımına ek olarak, kilo kaybını destekleyici ek özelliklere sahip antidiyabetik ilaçların (örneğin GLP-1 analogları veya SGLT-2 inhibitörleri) tercih edilmesi önerilmektedir (41). Ülkemizde obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar aşağıdaki gibidir (1).

Orlistat: Orlistat, obezite tedavisinde kullanılan bir lipaz inhibitörüdür. Bağırsaklarda yağların emilimini azaltarak kalori alımını düşürmeye yardımcı olur. Diyet ve egzersizle birlikte uygulandığında kilo kaybını (42) destekleyerek obezite tedavisine katkıda bulunmaktadır.

Liraglutid: Liraglutid, inkretin hormonu olan glukagon benzeri peptid 1'in bir analogudur ve insan GLP-1'i ile %97 oranında benzerlik gösterir. SCALE Diyabet çalışması, 3 mg/gün liraglutidin diyabetik obez bireylerde yalnızca glisemik kontrolü sağlamakla kalmayıp kilo kaybını da desteklediğini ortaya koymuştur. Liraglutid, enerji harcamasını artırmaktan ziyade iştahı ve kalori alımını azaltarak kilo kaybına yardımcı olur. Bu özellikleriyle, tip 2 diyabeti olan fazla kilolu ve obez hastalarda obezite tedavisinde öncelikli seçenek olarak tercih edilebilir (43).

Semaglutid: STEP (Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity) programına göre, haftada 2,4 mg subkutan semaglutid uygulaması (davranış terapisi ve düşük kalorili diyetle ek olarak), obezite yönetimi ve tip 2 diyabet tedavisinde etkili bir alternatif sunmaktadır (44).

Metformin: Metformin, fazla kilolu ve obez bireylerde diyabet riskini azaltmada etkili bir farmakolojik ajan olup, aynı zamanda kilo kaybını destekleyici özelliklere sahiptir. Bu ilaç, insülin duyarlılığını artırarak glukoz metabolizmasını düzenler ve enerji dengesini olumlu yönde etkileyebilir. Metformin, iştahı azaltmak için merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olup, hipotalamik AMPK aktivitesini azaltır. Bu etki, NPY (iştah artırıcı) azalmasına ve POMC (iştah azaltıcı) artmasına yol açar (45).

Lorkaserin: Lorkaserin, iştahı düzenleyen seçici serotonin 2C reseptör agonistidir ve fazla kilolu veya obez bireylerde kilo yönetiminde etkinliği gösterilmiştir (46).

Fentermin/Topiramet: PHEN/TPM, diyet ve egzersizle ek olarak obez veya fazla kilolu hastaların kilo ile ilişkili komorbiditeleri için kronik kilo yönetimi amacıyla onaylanmış bir kombinasyon ajandır. Fentermin-topiramet ER, kardiyovasküler hastalık öyküsü bulunan ve kontrolsüz hipertansiyonu olan hastalarda kullanılmamalı; ayrıca teratojenik etkileri dikkate alınmalıdır (1,47).

Naltrekson/Bupropion: Naltrekson hidroklorür/bupropiyon hidroklorür, obezite yönetiminde etkili bir kombinasyon tedavisidir. Naltrekson, opioid bağımlılığının tedavisinde kullanılan bir antagonistik ilaçtır; bupropiyon ise dopamin ve norepinefrin geri alımı inhibitörü bir antidepresandır ve sigara bırakma tedavisinde kullanılır. Bu kombinasyon, hipotalamus üzerindeki etkileriyle tokluk hissini artırarak aşırma duygusunu azaltır. Her tablet, 8 mg naltrekson ve 90 mg bupropiyon içermektedir (48).

2.1.5.4. Cerrahi tedavi

Cerrahi obezite tedavisi, vücut kitle indeksi (BKİ) 40 kg/m² ve üzeri olan veya BKİ 35 kg/m²'nin üzerinde olup obezite ile ilişkili komorbiditeleri, örneğin tip 2 diyabet, hiperlipidemi, uyku apne sendromu ve hipertansiyon gibi durumları olan hastalara önerilen bir yaklaşımdır. Bu cerrahi yöntemler, mide hacmini küçülterek veya besin emilimini azaltarak kilo vermeyi teşvik eder. Mide bypass (Roux-en-Y), gastrik bant uygulaması, sleeve gastrektomi obezite cerrahisinde yaygın olarak uygulanan teknikler arasındadır. Cerrahi işlemlerin ciddi komplikasyonlar riski taşıması nedeniyle, hastaların cerrahiden önce ve sonra sıkı bir izlem altında olmaları gerekmektedir (49,50).

2.2. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİLER:

Obezitenin fiziksel sağlığa olan etkisi konusunda farkındalık artsa da, ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri yeterince ön plana çıkmamaktadır (51).

Obezite ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiye dair ilk incelemeler 1946 yılında Nicholson tarafından yapılmıştır. Nicholson, duygusal gerilimler ve psikonevrozun obeziteye katkıda bulunabileceğini belirtmiş, psikolojik sorunların kilo alımında rol oynayabileceğine dikkat çekmiştir. Bu çalışma, obezite ve ruh sağlığı bağlantısını ele alan sonraki araştırmalar için temel oluşturmuştur (52). Sonraki çalışmalarda, bu iki klinik durum arasındaki ilişkinin detaylıca incelendiği ve aralarında çift yönlü bir bağlantı olduğu, yani obezitenin ruh sağlığı üzerine negatif etkisi olabileceği gibi, psikopatolojilerin de obeziteye neden olabileceği sonucuna varılmıştır (53).

Obezite ile sosyal damgalanma, düşük özgüven ve olumsuz beden algısı arasında sıkı bir bağlantı vardır. Kilolu bireyler, toplumsal yargılar nedeniyle özgüven kaybı yaşayabilir ve bu durum beden algılarında olumsuz etkilere yol açabilir. Bu döngü, ruh sağlığını olumsuz etkileyerek bireylerin yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilecek bir psikolojik stres faktörü olarak karşımıza çıkar (51).

Ciddi ruhsal hastalık, önemli işlevsel bozukluklara yol açarak bir veya daha fazla temel yaşam aktivitesini önemli ölçüde engelleyen veya sınırlayan zihinsel, davranışsal veya duygusal bir bozukluktur (gelişimsel ve madde kullanım bozuklukları hariç) (54). Ciddi ruhsal hastalığı (SMI) olan bireylerde obezite yaygınlığı, genel popülasyona kıyasla belirgin şekilde yüksektir ve bu bireylerin obezite riski daha fazladır. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, ciddi ruhsal hastalık (SMI) olan bireylerde obezite yaygınlığı %25,9, fazla kilolu ve obez bireylerin toplam yaygınlığı ise %60,1 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, SMI olan bireylerde obezite riskinin genel popülasyona göre 3,04 kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (55). Genetik, çevresel, hastalığa özgü faktörler ile antipsikotik ilaçların yan etkileri arasındaki karmaşık etkileşimlerin de kilo alımına neden olarak, ciddi ruhsal hastalıkların bu şekilde obeziteye katkıda bulunduğu düşünülmektedir (56). Bu tür hastalıklara örnek olarak majör depresif bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluk verilebilir. Depresyonun biyolojik ve psikolojik etkileri, özellikle iştahta artış, enerji kaybı ve azalan fiziksel aktivite gibi davranış değişikliklerine yol açarak kilo alımına neden olabilir (57). Benzer şekilde, obezitenin de sosyal damgalanma, düşük özgüven ve beden memnuniyetsizliği gibi psikolojik etkiler yoluyla depresyon riskini artırabileceği gözlemlenmiştir (58). Fizyolojik açıdan değerlendirildiğinde, enflamasyonun hem obezite hem de depresyonda etkili olduğu ve bu iki durum arasındaki ilişkiyi açıklamada bir aracı

rol üstlenebileceği de düşünülmektedir (59). Bipolar bozukluk ile obezite arasında, depresif bozuklukta olduğu gibi iki yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Yapılan bir meta-analiz, bu iki durum arasındaki bağlantıyı ortaya koyarken, bipolar hastalarda kullanılan farmakolojik tedavilerin obezite üzerinde etkili olabileceğine de işaret etmektedir (60).

Obezite ve anksiyete arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Araştırmalar, obez bireylerin anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (61). Obezite, fiziksel sağlık sorunlarına yol açarak bireylerde stres ve kaygı düzeylerini artırabilir. Bunun yanı sıra, obeziteye yönelik sosyal damgalama ve olumsuz beden algısı, bireylerin anksiyete seviyelerini yükseltebilir. Diğer yandan, anksiyete bozuklukları da bireylerin yeme davranışlarını olumsuz etkileyerek kilo alımına katkıda bulunabilir (62). Aşırı kilolu ve obez bireylerde anormal yeme davranışlarına sıkça rastlanmaktadır ve yeme bozuklukları bu grupta yaygın görülmektedir. Pek çok kişi, duygusal nedenlerle daha fazla yediğini veya yeme kontrolünde zorlandığını ifade etmektedir (51). Obezite, özellikle tıkanırcasına yeme bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. BED, aşırı yemek yeme nöbetleriyle karakterize edilen bir durum olup, obezite riskini artıran yeme davranışlarından biridir (63).

Bu faktörler, obezite ile ruh sağlığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymakta ve obezitenin engellenmesinde ve tedavisinde psikolojik ve davranışsal stratejilerin önemini öne çıkarmaktadır (64).

2.3. ÜST BİLİŞ

2.3.1. Üst biliş tanımı

Üst biliş (metakognisyon), bireylerin kendi düşünme süreçlerini tanıyabilmesi ve bu süreçleri izleyip yönetebilmesi anlamına gelir. Bu kavram, ilk kez 1979 yılında John Flavell tarafından ortaya konmuştur. Flavell, üst bilişi "düşünme üzerine düşünme" olarak tanımlar (65). Öğrenme ile ilgili bağlamda Baker ve Brown, ise bireyin düşüncelerinin ve öğrenme stratejilerinin farkında olması, bu süreçleri izleyerek gerektiğinde düzenlemeler yapabilmesi olarak açıklar. Onlara göre, üst bilişsel farkındalık, öğrenme sürecinin etkinliğini önemli ölçüde artırır (66). Benzer bir şekilde, Paris ve Winograd, üst bilişin bireylerin öğrenme motivasyonunu artırarak onları öğrenme sürecine aktif bir şekilde katılmaya teşvik ettiğini belirtir (67). Daha sonra Kuhn ve Dean, üst bilişi "kişinin kendi düşüncelerini fark etmesi ve bunları yönetmesi" olarak tanımlarken, Martinez ise "düşüncenin izlenmesi ve kontrolü" şeklinde ifade etmiştir (68,69).

Günümüzde, üst biliş, bireylerin düşünme süreçleri ve bilgi ile ilgili yapıları kapsayan bir şemsiye terim olarak kullanılmaktadır (70). Genel olarak üst biliş, bu iki temel bileşen etrafında ele alınır:

Üstbilişsel Bilgi (Metacognitive Knowledge): Bu yapı, bireylerin bilişsel yetenekleri ve stratejileri hakkında sahip oldukları bilgiyle birlikte, bu stratejilerin ne zaman ve nasıl uygulanacağını anlamalarını da içerir (65).

Üstbilişsel Düzenleme (Metacognitive Regulation): Bireylerin bilişsel süreçlerini izleme, planlama ve düzenleme becerilerini içerir. Bu sayede bireyler, ilerlemelerini değerlendirebilir ve hedeflerine ulaşmak için uygun adımlar atabilirler (71).

2.3.2. Üstbiliş ölçümü

Psikolojik sorunlar üzerine üst bilişsel modelleri inceleyen araştırmaların sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Ancak, bu çalışmaların tümünde üst bilişi değerlendirmek oldukça zorlu bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Üst bilişi değerlendirmek için geliştirilmiş çeşitli ölçekler, bireylerin düşünme süreçlerine yönelik farkındalıklarını ve bu süreçleri yönetme becerilerini ölçmeyi hedefler (72). Yaygın olarak kullanılan üst biliş ölçekleri aşağıdaki gibidir: **Düşünce Kontrol Ölçeği (TCQ; Wells & Davies, 1994):** Bireylerin hoş olmayan ya da istenmeyen düşüncelerle başa çıkmak için kullandıkları yöntemleri ölçmeyi amaçlayan, 30 maddeden oluşan bir öz-bildirim anketidir (73). **Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği (The Anxious Thoughts Inventory (AnTI):** Kaygı durumlarını çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirmek amacıyla Wells (1994) tarafından geliştirilmiştir. Bu envanter, bireylerin farklı kaygı türlerini detaylı bir şekilde incelemeyi hedefler. **Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), (Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30):** bireylerin üst bilişsel inançlarını ve süreçlerini değerlendirmeyi amaçlayan bir araçtır. Bu ölçek, Wells ve Cartwright-Hatton tarafından geliştirilmiş olup, bireylerin düşünme biçimlerini, bilişsel süreçlerini ve bu süreçler üzerinde kontrol sağlama kapasitelerini anlamak için kullanılır. ÜBÖ-30, bireylerin üst bilişsel süreçlerini değerlendiren 30 maddelik bir ölçektir ve 1) olumlu inançlar, 2) bilişsel güven, 3) kontrol edilemezlik ve tehlike, 4) bilişsel farkındalık ve 5) kontrol ihtiyacı şeklinde beş alt boyut içerir (74). Psikoloji ve klinik psikoloji alanlarında sıklıkla başvuru bu ölçüm, özellikle obsesif kompulsif bozukluk, depresyon gibi duygusal bozuklukların değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir (72).

2.3.3. Üstbilişsel tedavi yöntemleri

Metakognitif (Üstbilişsel) terapi (MCTherap), Adrian Wells tarafından oluşturulmuş bir terapi yaklaşımıdır. Bu terapi, bireylerin düşünme süreçlerini ve metakognitif inançlarını

fark etmelerini sağlamak amacıyla tasarlanmıştır (75). MCT, özellikle anksiyete, depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) gibi psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde başarılı sonuçlar elde etmiştir. Terapinin temel amacı, bireylerin zihinsel süreçlerini yönetmelerini ve olumsuz düşüncelerin etkisini azaltmalarını desteklemektir (76). Buna ek olarak, MCTrain ve MERIT gibi terapiler de etkinlikleri araştırmalarla kanıtlanmış metakognitif terapi stratejilerindendir (77). Metakognitif Eğitim (MCTrain), başlangıçta Steffen Moritz ve Todd Woodward tarafından şizofreni hastaları için tasarlanmıştır (78). Metakognitif Yansıtma ve İçgörü Terapisi (MERIT), psikoz yaşayan bireylerin üstbilişsel işlevlerini güçlendirmeyi hedefleyen bir terapi modelidir. MERIT, bireyleri kendi düşünceleri ve başkalarıyla ilgili algıları üzerinde düşünmeye ve bu düşünceleri anlamlandırmaya teşvik eder (79).

2.4. ÜST BİLİŞ VE OBEZİTE

Obezitesi olan bireylerin yaşadığı psikolojik güçlükler, kısmen kişinin fizyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel deneyimlerini yönetme yeteneği olarak tanımlanabilen öz-düzenleme kapasitesiyle açıklanmaktadır (80). Bireylerin düşünce süreçlerini fark etme, anlama ve kontrol etme kapasitesini ifade eden üst bilişin, obeziteyle ilişkili durumunu değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Bu ilişkiler genellikle bireylerin yeme davranışlarını yönetme becerileri, duygusal durumlarla başa çıkabilme kapasiteleri ve sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme yetenekleri üzerine odaklanmaktadır. Yeme davranışları ve üstbiliş ilişkisini inceleyen bir çalışmada obezitede aşırı yeme davranışının gelişimi ve devamında etkili olan üst biliş düzeyinin, aşırı yeme davranışı göstermeyen bireylerdeki üstbiliş düzeyinden genellikle oldukça farklı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, üst bilişin obezite ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklamada faydalı olabileceğine işaret etmektedir (81).

Sağlık yaşam davranışı, bireylerin beden, zihin ve sosyal iyilik hallerini koruma iyileştirme ve geliştirme amacıyla gerçekleştirdiği bilinçli hareketler ve alışkanlıklardır (82). Yapılan çalışmalara göre üstbilişin, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını sürdürebilmeleri üzerinde önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Üst bilişsel terapiler ile düşünce süreçlerinin farkında olan kişiler, kendileri için daha sağlıklı seçimler yapma eğiliminde olup, uzun vadeli hedeflerine ulaşmada kararlılık gösterebilir ve sağlıklı bir yaşam tarzını devam ettirme konusunda daha başarılı olabilirler (83).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Göztepe Prof Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine 23.09.2024-28.10.2024 tarihleri arasında başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan 20-50 yaş arası 210 dahil edilmiştir. Çalışma hastalara sözel olarak anlatılıp, yazılı olarak onam alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Göztepe Prof Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine 23.09.2024-28.10.2024 tarihleri arasında başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan 20-50 yaş arası 210 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.6 for MAC OS yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışmanın 0,20 etki büyüklüğüne ve 0,80 güce sahip olması için, %5 hata olasılığı ile yapılan hesaplamada en az 210 katılımcı gerektiği belirlenmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Araştırmanın obeziteli bireyler grubuna dahil edilme kriterleri:

- 20-50 yaş aralığında olan
- VKİ: 30 ve üzeri olan
- Herhangi bir obezite ilişkili rahatsızlığı hariç, (hiperlipidemi, prediyabet, PCOS) kronik hastalık(hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik kalp yetmezliği, akut koroner sendrom gibi kalp ve damar hastalıkları, bronşit, astım, KOAH gibi solunum yolu hastalıkları, nefrotik/nefritik sendrom, kronik böbrek yetmezliği gibi nefrolojik rahatsızlıklar, tiroid hastalıkları, malignite, romatolojik hastalıklar, alerjiler) veya psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları) ve gebelik tanısı almamış olan kadın ve erkek bireyler

Araştırmanın kontrol grubuna dahil edilme kriterleri:

- 20-50 yaş aralığında olan
- VKİ: 29,9 ve altı olan
- Herhangi bir obezite ilişkili rahatsızlığı hariç, (hiperlipidemi, prediyabet, PCOS) kronik hastalık (hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik kalp yetmezliği, akut koroner sendrom gibi kalp ve damar hastalıkları, bronşit, astım, KOAH gibi solunum yolu hastalıkları, nefrotik/nefritik sendrom, kronik böbrek yetmezliği gibi nefrolojik rahatsızlıklar, tiroid hastalıkları, malignite, romatolojik hastalıklar, alerjiler), veya psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları) ve gebelik tanısı almamış olan kadın ve erkek bireyler

Araştırmanın dahil edilmeme kriterleri:

- 20 yaş altı veya 50 yaş üstü olan
- Herhangi bir kronik hastalık (hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik kalp yetmezliği, akut koroner sendrom gibi kalp ve damar hastalıkları, bronşit, astım, KOAH gibi solunum yolu hastalıkları, nefrotik/nefritik sendrom, kronik böbrek yetmezliği gibi nefrolojik rahatsızlıklar, tiroid hastalıkları, malignite, romatolojik hastalıklar, alerjiler) veya psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları) tanısı almış olan, gebelik durumu olan,
- Anket sorularını cevaplamaya engel olacak konuşma bozukluğu, zihinsel engel durumu olan
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler olarak tanımlanmıştır.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Hastalar Aile Hekimliği polikliniğine başvurduğunda detaylı anamnezleri alınıp gerekli görülen tetkik ve tedavileri uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere araştırmayı yürüten hekim tarafından çalışma ile ilgili sözel bilgi verilmiştir ve bilgilendirilmiş onam formu (EK-1) imzalatılmıştır. Başvuru sırasında hastanın sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), medikal öyküsü ile ilgili araştırmacının kendisi (Asist. Dr. Yeşim Özbabalık) tarafından oluşturulan 26 soruluk anket sorusuna ek olarak 30 soruluk Üst Biliş Ölçeği-30 uygulanmıştır.

Hastaların vücut kompozisyonları Biyoelektrik İmpedans (BIA) yöntemi ile analiz edilmiştir. Bunun için kullanılan Tanita BC-601 Segmental Vücut Kompozisyon Monitörü

halihazırda poliklinik şartlarında bulunmaktadır. Çalışmamız için boy (cm), vücut ağırlığı (kg), VKİ (kg/m^2), toplam yağ kütlesi(kg), toplam yağ yüzdesi (%), toplam kas kütlesi (kg) gibi vücut kompozisyonuna ait veriler kayıt altına alınmıştır.

Çalışma kapsamında kullanılan anket formu EK-2 olarak sunulmuştur.

Araştırmamızda kullandığımız ölçekler hakkındaki bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.5.1. Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), (Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30))

Bireylerin üst bilişsel inançlarını ve süreçlerini değerlendirmeyi amaçlayan bir araçtır. Bu ölçek, Wells ve Cartwright-Hatton tarafından geliştirilmiş olup, bireylerin düşünme biçimlerini, bilişsel süreçlerini ve bu süreçler üzerinde kontrol sağlama kapasitelerini anlamak için kullanılır. ÜBÖ-30, bireylerin üst bilişsel süreçlerini değerlendiren 30 maddelik bir ölçektir ve 1) olumlu inançlar, 2) bilişsel güven, 3) kontrol edilemezlik ve tehlike, 4) bilişsel farkındalık ve 5) kontrol ihtiyacı şeklinde beş alt ölçek içerir. Her bir alt ölçek, 5 maddeden oluşur ve 1 (Kesinlikle katılmıyorum) ile 4 (Kesinlikle katılıyorum) arasında derecelendirilen bir Likert ölçeği kullanılarak puanlanır. Yüksek puanlar, daha fazla yararsız üstbiliş düzeyini ifade eder; bu, endişeye yönelik olumlu ve olumsuz inançların artması, hafızaya dair daha düşük güven, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ve daha yüksek düzeyde kendine odaklı dikkati içerir.(72)Psikoloji ve klinik psikoloji alanlarında sıklıkla başvurulanan bu ölçüm, özellikle obsesif kompulsif bozukluk, depresyon gibi duygusal bozuklukların değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Tosun ve Irak (2005) tarafından yapılmıştır (70).

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma kapsamında, verilerin normal dağılıma uygunluğu, Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler, ortalama ve standart sapma ile, normal dağılıma uymayanlar ise medyan ve interkuartil aralık (IQR) ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler, frekans ve yüzdelerle ifade edilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıkların analizi için, beklenen hücre frekansları 5 ve üzerindeyse Pearson Ki-Kare testi, 5'ten az olduğunda ise Fisher's Exact Test kullanılmıştır. İki grup arasındaki farklılıklar, normal dağılım gösteren değişkenlerde Student's t testi, normal dağılıma uymayanlarda ise Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. İki'den fazla gruplar arasındaki farklılıkların analizinde, normal dağılım gösteren değişkenler için ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Kruskal-Wallis testi

uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. İki grup arasındaki üstbiliş düzeylerindeki farklılıkları yaş, cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık gibi sosyodemografik değişkenlere göre ayarlayarak karşılaştırmak amacıyla ANCOVA analizi kullanılmıştır. Varyansların homojenliği varsayımını test etmek için Levene testi uygulanmıştır.

Tüm analizler %95 güven aralığı ile gerçekleştirilmiş ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizler ve veri görselleştirme işlemleri, SPSS-30 yazılımı ve R programlama dili kullanılarak yapılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12/09/2024 tarih ve 881 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-3). Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek yazılı onamlar alınmıştır (EK-1).

4. BULGULAR

Bu araştırmanın verileri, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Diyabet, Obezite ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, 20-50 yaş aralığında olan 105 kişilik kontrol grubu ile 105 obezite tanılı hastadan elde edilmiştir.

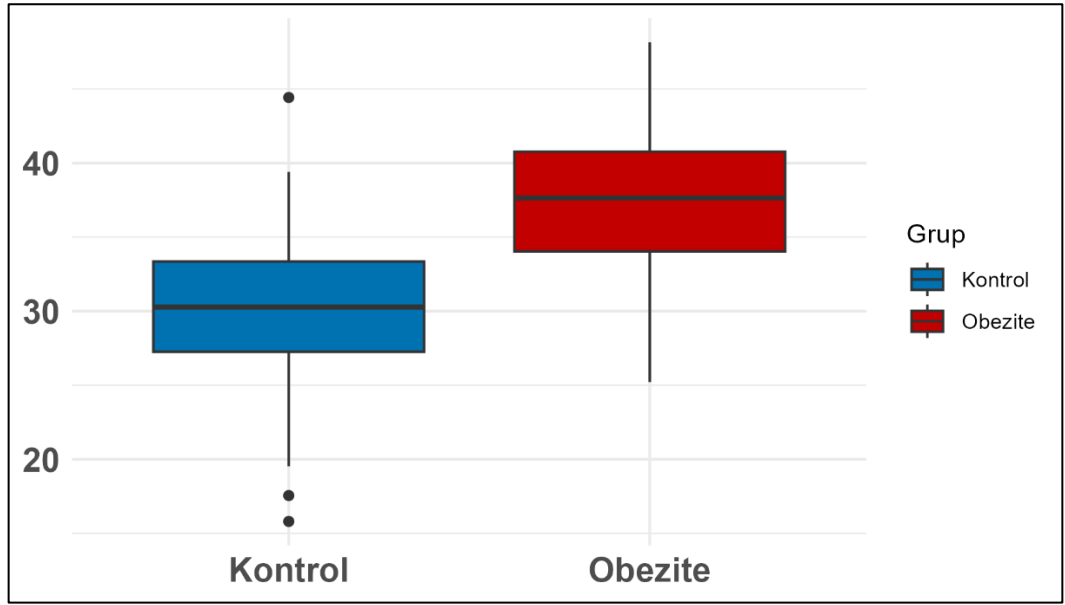
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n = 105)	Obezite Tanılı Grup (n = 105)	p - değeri
Yaş	30,0 (19,0)	38,0 (19,0)	0,005^{a*}
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	69 (65,7)	84 (80,0)	0,020^{b*}
Erkek	36 (34,3)	21 (20,0)	
Medeni Durum, n (%)			
Evli	49 (46,7)	33 (31,4)	0,024^{b*}
Bekar/Boşanmış	56 (53,3)	72 (68,6)	
Öğrenim Durumu, n (%)			
İlkokul	5 (4,8)	18 (17,1)	0,009^{c*}
Ortaokul	4 (3,8)	8 (7,6)	
Lise	21 (20,0)	23 (21,9)	
Üniversite	75 (71,4)	56 (53,3)	
Çalışma Durumu, n (%)			
Çalışmıyor	23 (21,9)	46 (43,8)	<0,001^{c*}
Hekim	27 (25,7)	2 (1,9)	
Öğrenci	18 (17,1)	5 (4,8)	
Devlet memuru	9 (8,6)	15 (14,3)	
Emekli	3 (2,9)	6 (5,7)	
Diğer	25 (23,8)	31 (29,5)	
Sigara Kullanımı, n (%)			
İçiyor	10 (9,5)	16 (15,2)	0,209 ^b
İçmiyor	95 (90,5)	89 (84,8)	

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Pearson Ki-Kare testi; c: Fisher's exact test.

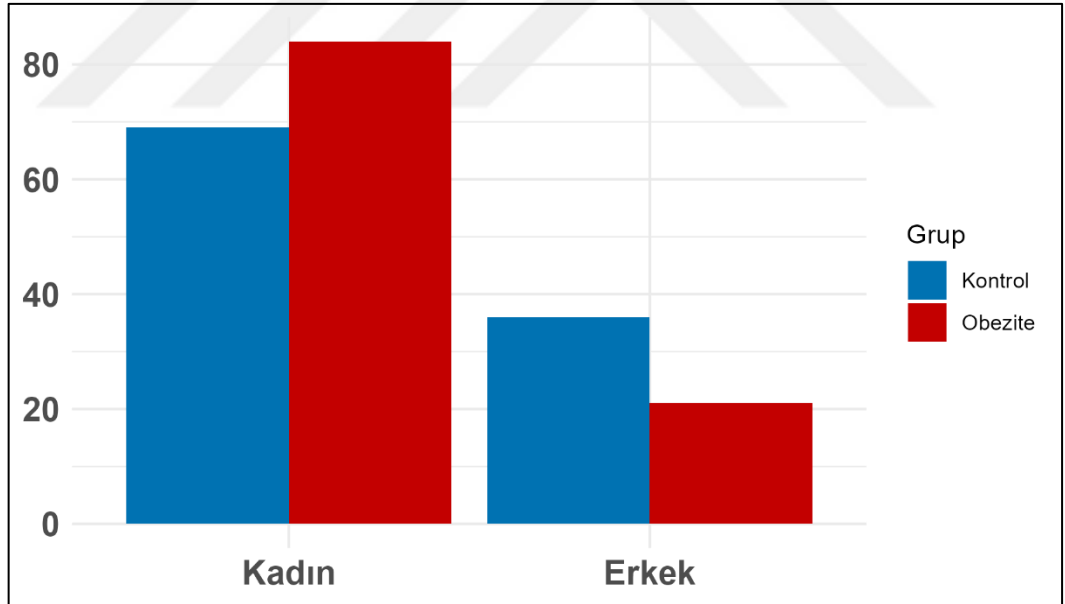
Tablo 4.1'de, kontrol grubu ile obezite tanılı grup arasındaki sosyodemografik değişkenler karşılaştırılmıştır.

Şekil 4.1'de gösterildiği gibi obezite tanılı grupta yaş medyan değeri (38,0 yıl, IQR: 19,0), kontrol grubuna kıyasla (30,0 yıl, IQR: 19,0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,005).



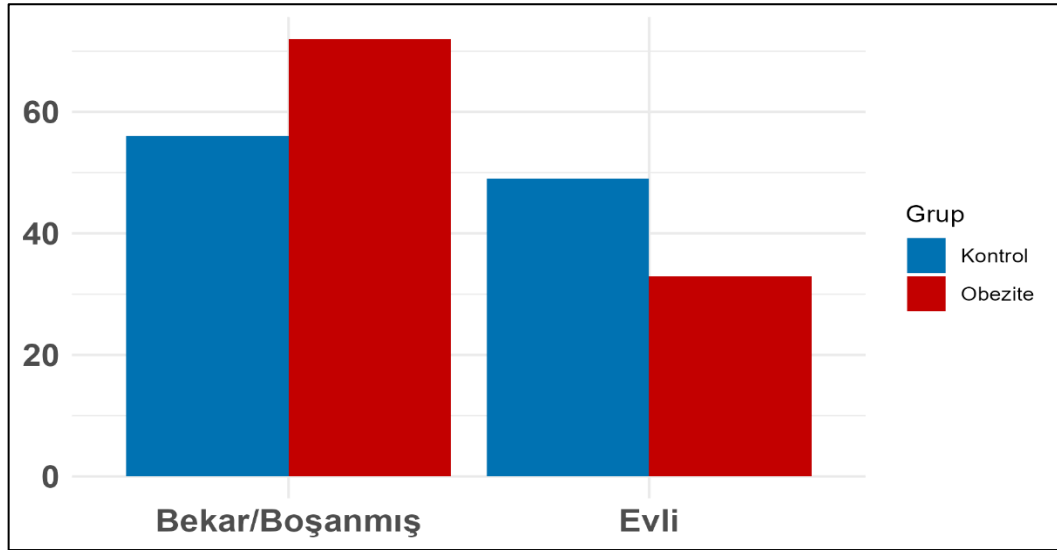
Şekil 4.1. Kontrol ve obezite grupları arasında yaş dağılımı.

Cinsiyet dağılımında, obezite tanılı grupta kadın oranının (%80,0), kontrol grubuna göre (%65,7) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,020$). Sonuçlar Şekil 4.2’de gösterilmiştir.



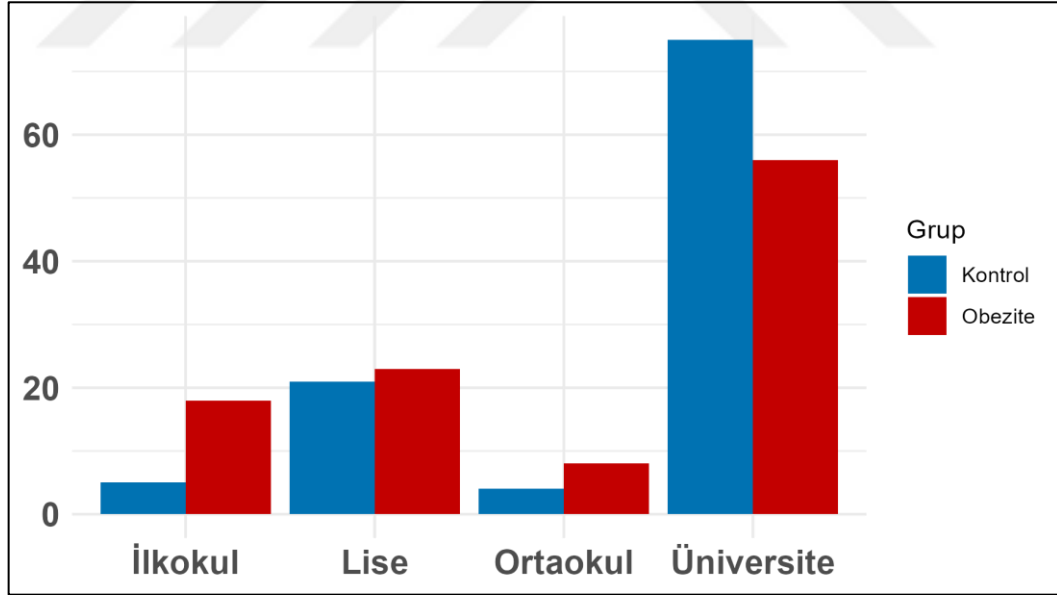
Şekil 4.2. Kontrol ve obezite gruplarında cinsiyet dağılımı.

Medeni durum açısından ise, kontrol grubunda evli birey oranı daha yüksek (%46,7) iken, obezite tanılı grupta bekar veya boşanmış birey oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (%68,6) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,024$). Medeni duruma göre gruplar arası dağılım Şekil 4.3’te verilmiştir.



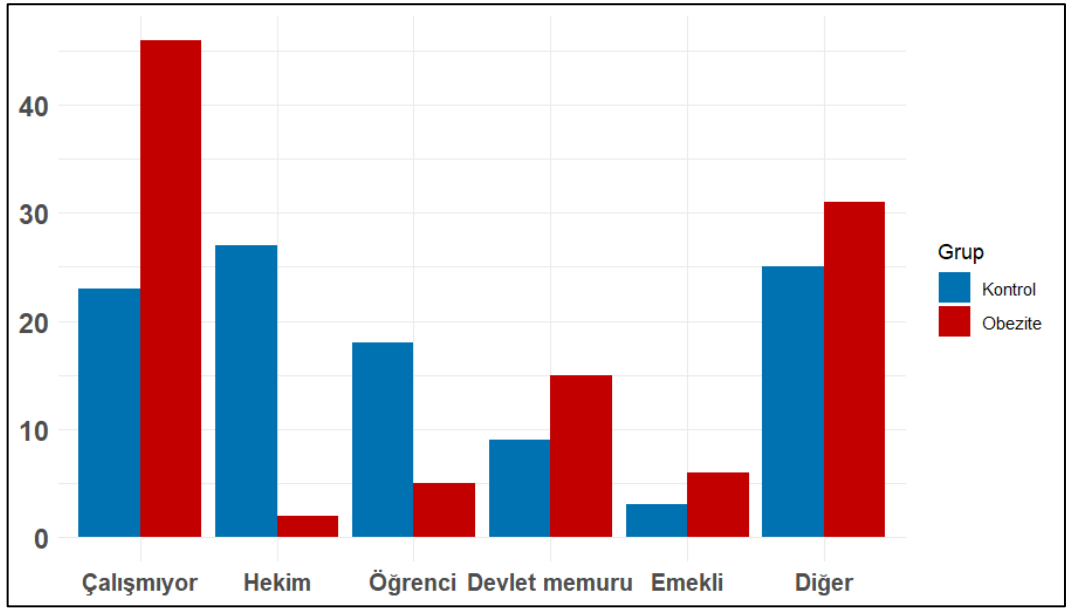
Şekil 4.3. Kontrol ve obezite gruplarında medeni durum dağılımı.

Eğitim durumu değişkeni incelendiğinde (Şekil 4.4), kontrol ve obezite tanımlı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,009$). İkili karşılaştırmalar sonucunda, obezite tanımlı grupta ilkököl mezunu birey oranının (%17,1) daha yüksek, üniversite mezunu birey oranının ise kontrol grubunda (%71,4) daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$).



Şekil 4.4. Kontrol ve obezite gruplarında öğrenim durumu dağılımı.

Çalışma durumu bakımından obezite tanımlı grupta çalışmayan birey oranı (%43,8), kontrol grubuna (%21,9) göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$). Ayrıca, kontrol grubunda hekim olarak çalışan birey oranı (%25,7), obezite tanımlı gruba (%1,9) kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p=0,028$). Gruplar arası karşılaştırmalar Şekil 4.5'te görselleştirilmiştir.



Şekil 4.5. Kontrol ve obezite gruplarında çalışma durumu dağılımı.

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin VKİ gruplarına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	18,5-24,9	25,0-29,9	30,0-34,9	35,0-39,9	40,0 ve üzeri	p - değeri
Yaş	28,0 (16,0)	37,0 (21,0)	42,0 (20,0)	37,0 (19,0)	37,1 ± 9,1	0,012^{a*}
Cinsiyet, n (%)						
Kadın	37 (69,8)	31 (60,8)	32 (76,2)	33 (80,5)	18 (85,7)	0,128 ^b
Erkek	16 (30,2)	20 (39,2)	10 (23,8)	8 (19,5)	3 (14,3)	
Medeni Durum, n (%)						
Evli	24 (45,3)	33 (64,7)	29 (69,0)	27 (65,9)	15 (71,4)	0,080 ^b
Bekar/Boşanmış	29 (54,7)	18 (35,3)	13 (31,0)	14 (34,1)	6 (28,6)	
Öğrenim Durumu, n (%)						
İlkokul	1 (1,9)	4 (7,8)	4 (9,5)	9 (22,0)	5 (23,8)	0,033^{c*}
Ortaokul	0 (0,0)	4 (7,8)	2 (4,8)	4 (9,8)	2 (9,5)	
Lise	10 (18,9)	12 (23,5)	11 (26,2)	7 (17,1)	4 (19,0)	
Üniversite	42 (79,2)	31 (60,8)	25 (59,5)	21 (51,2)	10 (47,6)	
Çalışma Durumu, n (%)						
Çalışmıyor	8 (15,1)	15 (29,4)	15 (35,7)	19 (46,3)	12 (57,1)	<0,001^{c*}
Hekim	17 (32,1)	9 (17,6)	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (4,8)	
Öğrenci	10 (18,9)	7 (13,7)	1 (2,4)	3 (7,3)	1 (4,8)	
Devlet memuru	4 (7,5)	5 (9,8)	10 (23,8)	3 (7,3)	2 (9,5)	
Emekli	1 (1,9)	3 (5,9)	4 (9,5)	1 (2,4)	0 (0,0)	
Diğer	13 (24,5)	12 (23,5)	11 (26,2)	15 (36,6)	5 (23,8)	
Sigara Kullanımı, n (%)						
İçiyor	4 (7,5)	6 (11,8)	6 (14,3)	4 (9,8)	6 (28,6)	0,160 ^b
İçmiyor	49 (92,5)	45 (88,2)	36 (85,7)	37 (90,2)	15 (71,4)	

Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Kruskal-Wallis testi; b: Pearson Ki-Kare testi; c: Fisher's exact test.

Tablo 4.2'de, katılımcıların sosyodemografik özellikleri VKİ gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Yaş açısından VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,012$). İkili karşılaştırma analizi sonucunda, 30,0-34,9 VKİ grubunun yaş medyanının (42,0; IQR:20,0) 18,5-24,9 VKİ grubunun yaş medyanından (28,0; IQR:16,0) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,005$). Cinsiyet açısından VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Medeni durum dağılımında ise, evli bireylerin oranı 18,5-24,9 grubu hariç diğer tüm gruplarda bekar bireylerin oranına göre daha yüksek bulunmuştur; ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Öğrenim durumu açısından VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($p=0,033$). İlkokul ve üniversite mezunları arasında 18,5-24,9 (normal ağırlık) ve 35,0-39,9 (1. derece obez) BMI kategorilerinde anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p = 0.042$). Normal ağırlık grubunda, üniversite mezunlarının %79,2'si yer alırken, ilkokul mezunlarının sadece %1,9'u bu gruptadır. 1. derece obez kategorisinde ise üniversite mezunları %52,2 oranında temsil edilirken, ilkokul mezunlarının bu gruptaki oranı %22,0'dır. Üniversite mezunlarının normal ağırlıkta daha yüksek bir yüzdeye sahip olması ve 1. derece obezite grubunda oranın azalması, eğitim düzeyinin kilo dağılımı üzerindeki etkisine dair önemli bir ipucu sunmaktadır. Çalışma durumu açısından bakıldığında, çalışmayanlar ile hekimler arasında 18,5-24,9 ve 30,0-34,9 ile 18,5-24,9 ve 35,0-39,9 VKİ grupları arasında anlamlı farklılıklar vardır (sırasıyla, $p=0,014$, $p=0,001$); hekimlerin yüksek VKİ grubunda olma yüzdeleri çalışmayanlara göre anlamlı şekilde düşüktür. Ayrıca, hekimler ve devlet memurları arasında 18,5-24,9 ile 30,0-34,9 gruplarında anlamlı bir fark bulunmakta olup ($p=0,021$), devlet memurlarının daha yüksek VKİ grubunda olma oranı hekimlere göre daha yüksektir. Hekimler ile diğer meslek grupları arasında da 18,5-24,9 ve 35,0-39,9 VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,026$); diğer meslek grubundakilerin 35,0-39,9 VKİ grubunda olma ihtimalleri daha yüksektir. Sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Katılımcıların vücut kompozisyonu özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n = 105)	Obezite Tanılı Grup (n = 105)	p - değeri
Kilo (kg)	69,7 ± 11,3	97,5 ± 16,7	<0,001 ^{b*}
Boy (cm)	168,1 ± 8,6	163,0 (12,0)	<0,001 ^{a*}
Yağ (kg)	16,4 (8,9)	37,8 ± 10,1	<0,001 ^{a*}
Yağ (%)	23,8 ± 7,0	38,6 ± 4,9	<0,001 ^{b*}
Kas (kg)	47,2 (14,5)	54,9 (9,0)	<0,001 ^{a*}
VKİ	24,4 (5,5)	36,4 ± 4,6	<0,001 ^{a*}

VKİ: Vücut kitle indeksi. Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Student t testi; c: Pearson Ki-Kare testi.

Tablo 4.3’de kontrol grubu ile obezite tanılı grubun vücut kompozisyonu özellikleri karşılaştırılmıştır. Obezite tanılı grupta kilo ortalaması (97,5 ± 16,7 kg), kontrol grubuna kıyasla (69,7 ± 11,3 kg) anlamlı derecede yüksektir (p<0,001). Boy açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş; obezite tanılı grupta medyan boy değeri 163,0 cm (IQR: 12,0) olarak, kontrol grubunda ise ortalama 168,1 ± 8,6 cm olarak saptanmıştır (p<0,001).

Yağ miktarı ve yağ yüzdesi bakımından da gruplar arasında belirgin farklar mevcuttur. Obezite tanılı grupta ortalama yağ miktarı (37,8 ± 10,1 kg) ve yağ yüzdesi (%38,6 ± 4,9), kontrol grubuna kıyasla (sırasıyla 16,4 kg; IQR: 8,9 ve %23,8 ± 7,0) anlamlı şekilde yüksektir (her ikisi için de p<0,001). Kas kütlesi açısından, obezite tanılı grupta medyan kas miktarı 54,9 kg (IQR: 9,0), kontrol grubuna göre (47,2 kg; IQR: 14,5) daha yüksek olup bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Obezite tanılı grubun ortalama VKİ değeri (36,4 ± 4,6), kontrol grubuna (24,4; IQR: 5,5) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0,001). Bu bulgular, obezite tanılı grupta vücut kompozisyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4. Katılımcıların obezite öyküsü ve beslenme alışkanlıklarının gruplara göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n = 105)	Obezite Tanılı Grup (n = 105)	p - değeri
Çocuklukta Obezite Öyküsü, n (%)			
Var	8 (7,6)	25 (23,8)	0,001^{a*}
Yok	97 (92,4)	80 (76,2)	
Ailede Obezite Öyküsü, n (%)			
Yok	65 (61,9)	45 (42,9)	0,005^{a*}
Anne-Baba	31 (29,5)	34 (32,4)	
Kardeş	4 (3,8)	17 (16,1)	
2. derece yakın	5 (4,8)	9 (8,6)	
Öğün Sayısı, n (%)			
1 öğün	1 (1,0)	4 (3,8)	0,268 ^b
2 öğün	59 (56,1)	57 (54,3)	
3 öğün ve daha fazla	45 (42,9)	42 (41,9)	
Öğünler Arası Yeme Alışkanlığı, n (%)			
Var	54 (51,4)	65 (61,9)	0,126 ^a
Yok	51 (48,6)	40 (38,1)	
Gece Yeme Alışkanlığı, n (%)			
Var	32 (30,5)	29 (27,6)	0,648 ^a
Yok	73 (69,5)	76 (72,4)	
Algılanan Beden İmajı, n (%)			
Çok zayıf	2 (1,9)	0 (0,0)	<0,001^{b*}
Zayıf	7 (6,6)	0 (0,0)	
Normal	51 (48,6)	6 (5,7)	
Kilolu	42 (40,0)	41 (39,0)	
Çok kilolu	3 (2,9)	58 (55,3)	
Egzersiz Alışkanlığı, n (%)			
Haftada 1 kez 30 dk	49 (46,7)	47 (44,8)	0,536 ^a
Haftada 3 kez	41 (39,0)	37 (35,2)	
Haftada 5 kez	15 (14,3)	21 (20,0)	

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Pearson Ki-Kare testi; b: Fisher's exact test.

Tablo 4.4, katılımcıların obezite öyküsü ve beslenme alışkanlıklarının kontrol grubu ile obezite tanılı grup arasında karşılaştırmasını sunmaktadır. Obezite tanılı grupta çocuklukta obezite öyküsü bulunanların oranı %23,8 iken, bu oran kontrol grubunda %7,6 olarak belirlenmiştir; v bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ailede obezite öyküsü bulunmayan bireylerin oranı kontrol grubunda (%61,9), obezite grubuna (%42,9) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,005$). Öğün sayısı ve öğünler arası yeme alışkanlığı açısından ise gruplar arasında belirgin bir farklılık gözlemlenmemiştir; her iki grupta da çoğunlukla günde üç öğün yemek yenildiği ve öğünler arası yeme alışkanlığının kontrol grubuna (%51,4) kıyasla daha yüksek oranda obezite grubunda (%61,9) bulunmasına rağmen ($p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gece yeme alışkanlığı açısından da benzer bir durum söz konusudur; gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Algılanan beden imajı

açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, “çok kilolu” ile “Çok zayıf” ($p=0,005$), “zayıf” ($p=0,000$), “normal” ($p=0,000$) ve “kilolu” ($p=0,000$) ile yapılan karşılaştırmalar arasında önemli farklılıklar saptanmıştır. Ayrıca, “zayıf” grubunun “kilolu” ile karşılaştırılması da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,009$). Genel olarak, bu veriler, beden imajı algılarının obezite durumu ile önemli ölçüde farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Obezite tanılı grubun, beden imajını daha olumsuz bir biçimde değerlendirdiği ve “çok kilolu” algısının belirgin şekilde arttığı gözlemlenmektedir. Bu durum, obezite ile bireylerin beden algısı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Son olarak, egzersiz alışkanlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Katılımcıların obezite öyküsü ve beslenme alışkanlıklarının VKİ gruplarına göre karşılaştırılması.

Değişkenler, n (%)	18,5-24,9	25,0-29,9	30,0-34,9	35,0-39,9	40,0 ve üzeri	p - değeri
Çocuklukta Obezite Öyküsü						
Var	1 (1,9)	7 (13,7)	5 (11,9)	10 (24,4)	10 (47,6)	<0,001^{a*}
Yok	52 (98,1)	44 (86,3)	37 (88,1)	31 (75,6)	11 (52,4)	
Ailede Obezite Öyküsü						
Yok	38 (71,7)	27 (52,9)	21 (50,0)	19 (46,3)	4 (19,0)	0,004^{b*}
Anne-Baba	14 (26,4)	16 (31,5)	9 (21,4)	13 (31,7)	12 (57,2)	
Kardeş	0 (0,0)	4 (7,8)	9 (21,4)	5 (12,2)	3 (14,3)	
2. derece yakın	1 (1,9)	4 (7,8)	3 (7,2)	4 (9,8)	2 (9,5)	
Öğün Sayısı						
1 öğün	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (2,4)	3 (7,3)	0 (0,0)	0,095 ^b
2 öğün	29 (54,7)	30 (58,8)	27 (64,3)	20 (48,8)	9 (42,9)	
3 öğün ve daha fazla	24 (45,3)	20 (39,2)	14 (33,4)	18 (43,9)	12 (57,1)	
Öğünler Arası Yeme Alışkanlığı						
Var	26 (49,1)	26 (51,0)	26 (61,9)	26 (63,4)	13 (61,9)	0,499 ^a
Yok	27 (50,9)	25 (49,0)	16 (38,1)	15 (36,6)	8 (38,1)	
Gece Yeme Alışkanlığı						
Var	12 (22,6)	20 (39,2)	10 (23,8)	9 (22,0)	10 (47,6)	0,071 ^a
Yok	41 (77,4)	31 (60,8)	32 (76,2)	32 (78,0)	11 (52,4)	
Algılanan Beden İmajı						
Çok zayıf-Zayıf	8 (15,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001^{b*}
Normal	35 (66,0)	15 (29,4)	5 (11,9)	1 (2,4)	0 (0,0)	
Kilolu	10 (18,9)	33 (64,7)	23 (54,8)	13 (31,7)	4 (19,0)	
Çok kilolu	0 (0,0)	3 (5,9)	14 (33,3)	27 (65,9)	17 (81,0)	
Egzersiz Alışkanlığı						
Haftada 1 kez 30 dk	25 (47,2)	24 (47,1)	14 (33,3)	22 (53,7)	10 (47,6)	0,167 ^a
Haftada 3 kez	17 (32,0)	23 (45,1)	15 (35,7)	14 (34,1)	8 (38,1)	
Haftada 5 kez	11 (20,8)	4 (7,8)	13 (31,0)	5 (12,2)	3 (14,3)	

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Pearson Ki-Kare testi; b: Fisher's exact test.

Tablo 4.5’de, katılımcıların obezite öyküsü ve beslenme alışkanlıklarının, VKİ gruplarına göre karşılaştırılması yapılmıştır. Çocuklukta obezite öyküsü açısından VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, çocuklukta obezite öyküsü bulunan katılımcıların oranının, 40 ve üzeri VKİ grubunda (%47,6), 18,5-24,9 grubundan (%1,9), 25,0-29,9 grubundan (%13,7) ve 30,0-34,9 grubundan (%11,9) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,002$, $p<0,001$). Ayrıca, 35,0-39,9 grubundaki çocuklukta obezite yaşayan katılımcıların oranı (%24,4) 18,5-24,9 grubuna (%1,9) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,020$). Ailede obezite öyküsü açısından VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($p=0,004$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, ailede obezite öyküsü olmayanlarla anne-babasında obezite öyküsü olanlar arasında, 18,5-24,9 ve 40 ve üzeri VKİ grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,046$); ailede obezite öyküsü olmayanların 40 ve üzeri VKİ’ye sahip olma oranları anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca, obezite öyküsü olmayanlarla kardeşlerinde obezite öyküsü bulunanlar arasında 18,5-24,9 ve 30,0-34,9 VKİ grupları arasında da anlamlı bir fark vardır ($p=0,017$); kardeşlerde obezite öyküsünün bulunması, bireylerin 30,0-34,9 VKİ grubunda olma olasılığını artırmaktadır. Öğün sayısı açısından yapılan karşılaştırmada, her VKİ grubunda 2 öğün yeme alışkanlığı en yaygın olan öğün sayısıdır. Ancak, 3 öğün ve daha fazla yemek yeme alışkanlığı, en çok 40 ve üzeri VKİ grubunda (%57,1) oranında görülmektedir. Ancak, öğün sayısı açısından VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Öğünler arası yeme alışkanlığı ve gece yeme alışkanlığı arasında ise, VKİ grupları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, gece yeme alışkanlığı en çok 40 ve üzeri VKİ grubunda (%47,6) gözlemlenmiştir. Algılanan beden imajı açısından VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, özellikle VKİ arttıkça, katılımcıların kendilerini “normal” ya da “kilolu” yerine daha yüksek bir grupta algılama eğiliminde oldukları dikkat çekmektedir. Çok zayıf ve zayıf beden imajı algısı genellikle yalnızca 18,5-24,9 VKİ grubunda görülmüş olup, bu gruptaki katılımcıların VKİ’si arttıkça, kendilerini normal ya da daha fazla kilolu gruplarında algıladıkları gözlemlenmiştir. Normal beden imajına sahip olanlarda ise özellikle 18,5-24,9 VKİ grubundan daha yüksek VKİ gruplarına geçişlerde anlamlı bir düşüş vardır ($p<0,001$). Kilolu ve çok kilolu algısı arasındaki karşılaştırmalarda, VKİ grupları arttıkça “çok kilolu” algısı daha fazla ortaya çıkmakta, özellikle 30,0-34,9 ve daha yüksek VKİ gruplarında çok kilolu algısı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır ($p<0,001$). Örneğin, 25,0-29,9 ve 35,0-39,9 VKİ gruplarında kilolu ve çok kilolu beden imajı

arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (sırasıyla, $p=0,049$ ve $p<0,01$). Bu sonuçlar, artan VKİ ile birlikte bireylerin kendilerini daha kilolu olarak algıladıklarını, yüksek VKİ grubunda yer alanların ise kendilerini “çok kilolu” olarak değerlendirme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Son olarak, egzersiz alışkanlıkları ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanımı dağılımlarının gruplara göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n = 105)	Obezite Tanılı Grup (n = 105)	p - değeri
Kronik Hastalık Varlığı, n (%)			
Var	15 (14,3)	31 (29,5)	0,008^{a*}
Yok	90 (85,7)	74 (70,5)	
Pre-Diyabet Varlığı, n (%)			
Var	9 (8,6)	22 (21,0)	0,011^{a*}
Yok	96 (91,4)	83 (79,0)	
PCOS Varlığı, n (%)			
Var	7 (6,7)	14 (13,3)	0,107 ^a
Yok	98 (93,3)	91 (86,7)	
Hiperlipidemi Varlığı, n (%)			
Var	2 (1,9)	2 (1,9)	0,999 ^b
Yok	103 (98,1)	103 (98,1)	
İlaç Kullanımı, n (%)			
Var	1 (1,0)	2 (1,9)	0,561 ^b
Yok	104 (99,0)	103 (98,1)	
Metformin Kullanımı, n (%)			
Var	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Yok	105 (100,0)	105 (100,0)	
Statin Kullanımı, n (%)			
Var	1 (1,0)	2 (1,9)	0,561 ^b
Yok	104 (99,0)	103 (98,1)	
GLP-1 Kullanımı, n (%)			
Var	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Yok	105 (100,0)	105 (100,0)	
Obezite Nedeniyle İlaç Kullanımı, n (%)			
Var	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Yok	105 (100,0)	105 (100,0)	

*İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Pearson Ki-Kare testi; b: Fisher's exact test.

Tablo 4.6’da, kontrol grubu ile obezite tanılı grup arasındaki kronik hastalık ve ilaç kullanımına ilişkin dağılımları karşılaştırılmaktadır. Kontrol grubunda dışlama kriterleri dışında belirtilen kronik hastalığa (hiperlipidemi, pcos, pre-diyabet) sahip katılımcıların oranı (%14,3) obezite tanılı gruba (%29,5) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p=0,008$). Kontrol grubunda %8,6 oranında pre-diyabet tespit edilirken, obezite tanılı grupta bu oran %21,0 olarak bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p=0,011$). PCOS varlığı açısından ise, kontrol grubunda %6,7, obezite tanılı grupta %13,3 oranları gözlemlenmiştir. Ancak bu karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hiperlipidemi ve ilaç kullanımı açısından iki grup arasında belirgin bir fark gözlemlenmemiştir ($p>0,05$). Hiperlipidemi varlığı %1,9 ile sabit kalırken, ilaç kullanımında kontrol grubunda %1,0 ve obezite grubunda %1,9 oranları kaydedilmiştir. Metformin, statin, GLP-1 kullanımı ve obezite nedeniyle ilaç kullanımı açısından ise her iki grupta da bu tedavi yöntemlerine dair herhangi bir vaka gözlemlenmemiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanları.

Değişkenler	Tüm Katılımcılar (n = 210)
Olumlu İnançlar	13,5 (6,0)
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,0 (6,3)
Bilişsel Güven	12,0 (7,0)
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,0 (5,0)
Bilişsel Farkındalık	17,0 (5,0)
Toplam Ölçek Puanı	70,4 ± 12,6

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.7 incelendiğinde, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanlarına ilişkin sonuçlar özetlenmiştir. Tüm katılımcılar için alt ölçek puanlarına bakıldığında, olumlu inançlar alt boyutunun medyanı 13,5 (IQR: 6,0), kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunun medyanı 15,0 (IQR: 6,3), bilişsel güven alt boyutunun medyanı 12,0 (IQR: 7,0), düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunun medyanı 14,0 (IQR: 5,0) ve bilişsel farkındalık alt boyutunun medyanı 17,0 (IQR: 5,0) olarak bulunmuştur. Katılımcıların toplam üst biliş ölçek puanı ise ortalama 70,4 ± 12,6 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.8. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n = 105)	Obezite Tanılı Grup (n = 105)	p - değeri
Olumlu İnançlar	14,0 (6,0)	13,3 ± 4,1	0,599
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	13,9 ± 3,9	15,0 (7,0)	0,503
Bilişsel Güven	12,0 (7,0)	12,0 (7,0)	0,789
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	13,0 (4,0)	14,3 ± 4,3	0,008*
Bilişsel Farkındalık	16,3 ± 3,4	17,0 ± 3,4	0,037*
Toplam Ölçek Puanı	68,8 ± 10,9	72,0 ± 14,0	0,101

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. ANCOVA testi kullanılmıştır.

Tablo 4.8, kontrol grubu ile obezite tanılı grup arasındaki üst biliş ölçeği alt ve toplam puanlarının karşılaştırmasını sunmaktadır. İki grup arasındaki üst biliş düzeylerindeki farklılıkları, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve kronik hastalık varlığı gibi sosyodemografik değişkenlere göre ayarlamak amacıyla ANCOVA analizi kullanılmıştır. Levene testi, varyansların homojen olduğunu göstermektedir ($p>0,05$). Olumlu inançlar alt ölçeğinde, kontrol grubunun medyan puanı 14,0 (IQR: 6,0), obezite tanılı grubun ise ortalama puanı $13,3 \pm 4,1$ olarak bulunmuş ve bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Kontrol edilemezlik ve tehlike açısından kontrol grubunun ortalama puanı $13,9 \pm 3,9$, obezite tanılı grubun medyan puanı ise 15,0 (IQR: 7,0) olup, bu durumda da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bilişsel güven açısından, her iki grup için de medyan puan 12,0 (IQR: 7,0) olarak belirlenmiş, bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı alt ölçeğinde, kontrol grubunun medyan puanı 13,0 (IQR: 4,0) iken, obezite tanılı grubun ortalama puanı $14,3 \pm 4,3$ olarak hesaplanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,008$). Bilişsel farkındalık alt ölçeğinde kontrol grubunun ortalama puanı $16,3 \pm 3,4$, obezite tanılı grubun ise $17,0 \pm 3,4$ olarak belirlenmiş ve buradaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,037$). Toplam ölçek puanları açısından kontrol grubunun ortalama toplam puanı $68,8 \pm 10,9$, obezite tanılı grubun ise $72,0 \pm 14,0$ olarak bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Genel olarak, obezite tanısının bilişsel süreçler üzerindeki etkileri, özellikle düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ve bilişsel farkındalık düzeylerinde belirgin bir şekilde ortaya çıkmakta, diğer alt ölçeklerde ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.9. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının VKİ gruplarına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	18,5-24,9	25,0-29,9	30,0-34,9	35,0-39,9	40,0 ve üzeri	p - değeri
Olumlu İnançlar	14,0 (7,0)	$13,3 \pm 13,3$	$13,0 \pm 13,0$	$13,5 \pm 13,5$	$13,8 \pm 13,8$	0,929 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	$13,8 \pm 4,1$	$13,9 \pm 3,6$	$14,3 \pm 4,1$	$15,1 \pm 5,1$	$14,5 \pm 4,9$	0,594 ^a
Bilişsel Güven	$12,6 \pm 4,6$	12,0 (5,0)	$13,2 \pm 4,6$	$12,0 \pm 4,1$	$12,9 \pm 4,8$	0,780 ^b
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	13,0 (3,5)	$13,3 \pm 3,2$	$14,1 \pm 3,9$	14,0 (5,5)	$14,4 \pm 3,6$	0,160 ^b
Bilişsel Farkındalık	$16,3 \pm 3,1$	$16,3 \pm 3,8$	18,0 (3,0)	$17,2 \pm 3,9$	$16,1 \pm 3,3$	0,241 ^b
Toplam Ölçek Puanı	$68,5 \pm 11,5$	$69,0 \pm 10,4$	$71,5 \pm 12,5$	$72,4 \pm 15,9$	$71,8 \pm 13,9$	0,477 ^a

Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: ANOVA testi; b: Kruskal-Wallis testi.

Tablo 4.9'da katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanlarının VKİ gruplarına göre karşılaştırılması sunulmuştur. Elde edilen sonuçlar, VKİ grupları arasında Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir.

Tablo 4.10. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Var	Yok	p - değeri
Olumlu İnançlar	13,4 ± 4,2	14,0 (6,0)	0,841 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,3 ± 4,4	14,0 (6,0)	0,076 ^a
Bilişsel Güven	14,0 ± 4,5	12,0 (7,0)	0,007^{a*}
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,3 ± 3,1	14,0 (5,0)	0,127 ^a
Bilişsel Farkındalık	16,0 (3,3)	16,7 ± 3,5	0,563 ^a
Toplam Ölçek Puanı	73,2 ± 11,7	69,6 ± 12,8	0,072 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Student's t testi.

Tablo 4.10'da, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanlarının kronik hastalık (hiperlipidemi, pcos, prediyabet) varlığına göre karşılaştırılması sunulmaktadır. Analiz sonuçlarına göre, bilişsel güven alt boyutunda kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,007). Kronik hastalığı olan katılımcılar, bilişsel güven alt boyutunda daha yüksek puan almıştır. Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanı açısından ise kronik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.11. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kadın	Erkek	p - değeri
Olumlu İnançlar	13,0 (6,5)	14,1 ± 3,7	0,044^{a*}
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,0 (7,0)	13,1 ± 4,1	0,010^{a*}
Bilişsel Güven	12,0 (7,0)	12,0 (7,5)	0,204 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,0 (5,0)	14,6 ± 3,4	0,011^{a*}
Bilişsel Farkındalık	17,0 (5,0)	16,8 ± 3,2	0,832 ^a
Toplam Ölçek Puanı	70,3 ± 12,8	70,7 ± 12,4	0,826 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Student's t testi.

Tablo 4.11'de sunulan verilere göre, Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Olumlu inançlar alt boyutunda erkeklerin puanı (14,1 ± 3,7), kadınlara kıyasla (13,0; IQR: 6,5) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha

yüksektir ($p=0,044$). Kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunda ise kadınlar (15,0; IQR: 7,0), erkeklerden ($13,1 \pm 4,1$) daha yüksek puan almış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,010$). Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunda da erkeklerin puanı ($14,6 \pm 3,4$), kadınlara kıyasla (14,0; IQR: 5,0) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,011$). Bilişsel güven ve bilişsel farkındalık alt boyutları ile toplam ölçek puanında ise kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Toplam ölçek puanı kadınlar için $70,3 \pm 12,8$, erkekler için ise $70,7 \pm 12,4$ olarak kaydedilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Evli	Bekar/Boşanmış	<i>p</i> - değeri
Olumlu İnançlar	14,0 (6,0)	$13,1 \pm 4,1$	0,703 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,0 (6,0)	$14,3 \pm 4,3$	0,938 ^a
Bilişsel Güven	13,0 (6,0)	11,0 (7,3)	0,046^{a*}
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,0 (5,0)	14,0 (4,3)	0,772 ^a
Bilişsel Farkındalık	17,0 (5,0)	$16,9 \pm 3,5$	0,613 ^a
Toplam Ölçek Puanı	$70,8 \pm 12,6$	$69,8 \pm 12,7$	0,600 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Student's t testi.

Tablo 4.12’de, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması sunulmaktadır. Bilişsel güven alt boyutunda evli katılımcıların puanı (13,0; IQR: 6,0), bekar/boşanmış katılımcılara (11,0; IQR: 7,3) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,046$). Medeni durum açısından diğer alt boyutlarda, istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılması.

Değişkenler	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	<i>p</i> - değeri
Olumlu İnançlar	$13,0 \pm 3,7$	$14,2 \pm 4,4$	$13,3 \pm 3,7$	14,0 (6,0)	0,946 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	$14,9 \pm 4,2$	$15,4 \pm 4,2$	$15,0 \pm 4,6$	14,0 (6,0)	0,304 ^a
Bilişsel Güven	$13,3 \pm 4,1$	$14,8 \pm 4,0$	$12,5 \pm 4,2$	12,0 (8,0)	0,138 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	$13,0 \pm 3,1$	$17,3 \pm 7,4$	$14,1 \pm 3,4$	14,0 (5,0)	0,133 ^a
Bilişsel Farkındalık	$15,2 \pm 3,7$	$16,4 \pm 3,8$	$17,0 \pm 4,0$	17,0 (4,0)	0,163 ^a
Toplam Ölçek Puanı	$69,3 \pm 11,3$	$78,0 \pm 15,8$	$71,9 \pm 13,8$	$69,4 \pm 12,0$	0,109 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Kruskal-Wallis testi; b: ANOVA testi.

Tablo 4.13'te, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılması sunulmaktadır. Elde edilen sonuçlar, üst biliş ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanlarında öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Çalışmıyor	Hekim	Öğrenci	Devlet memuru	Emekli	Diğer	<i>p</i> - değeri
Olumlu İnançlar	13,0 ± 3,6	14,0 (7,0)	14,2 ± 4,5	13,4 ± 5,0	13,0 (3,0)	13,3 ± 3,9	0,816 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,0 (7,0)	12,6 ± 3,6	15,6 ± 4,1	13,5 ± 4,7	13,8 ± 2,9	15,0 (7,8)	0,168 ^a
Bilişsel Güven	12,8 ± 3,8	11,9 ± 4,1	12,8 ± 4,7	12,5 ± 4,9	12,9 ± 4,0	12,0 (8,0)	0,918 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,0 (5,0)	12,8 ± 3,5	13,7 ± 3,3	13,6 ± 3,2	13,3 ± 3,5	14,0 ± 3,6	0,791 ^a
Bilişsel Farkındalık	16,5 ± 3,7	16,1 ± 3,3	17,3 ± 3,2	16,8 ± 3,6	18,3 ± 2,0	16,3 ± 3,4	0,501 ^b
Toplam Ölçek Puanı	71,0 ± 12,6	66,4 ± 10,4	73,7 ± 10,3	69,8 ± 15,0	71,6 ± 8,1	70,4 ± 14,0	0,461 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Kruskal-Wallis testi; b: ANOVA testi.

Tablo 4.14'te katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması görülmektedir. Sonuçlara göre, alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının çocuklukta obezite öyküsü göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Var	Yok	<i>p</i> - değeri
Olumlu İnançlar	14,0 ± 3,6	13,0 (6,0)	0,219 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,3 ± 4,2	14,0 (6,0)	0,122 ^a
Bilişsel Güven	12,4 ± 4,3	12,0 (7,0)	0,830 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,3 ± 3,3	14,0 (5,0)	0,248 ^a
Bilişsel Farkındalık	17,6 ± 3,5	17,0 (5,0)	0,104 ^a
Toplam Ölçek Puanı	73,5 ± 11,7	69,8 ± 12,7	0,106 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Student's t testi.

Tablo 4.15, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının çocuklukta obezite öyküsü durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Çocuklukta obezite öyküsü olan ve olmayan katılımcılar arasında alt boyutlar ve toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının ailede obezite öyküsü varlığına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Yok	Anne-Baba	Kardeş	2. Derece Yakın	p - değeri
Olumlu İnançlar	12,0 (6,0)	14,3 ± 3,7	14,9 ± 3,2	15,1 ± 3,9	<0,001^{a*}
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	13,0 (5,0)	15,3 ± 4,6	15,7 ± 3,2	14,4 ± 4,5	0,011^{a*}
Bilişsel Güven	12,0 (7,0)	12,7 ± 4,4	13,5 ± 5,0	11,0 ± 4,2	0,453 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	13,0 (5,0)	14,4 ± 3,5	17,3 ± 5,5	14,1 ± 3,7	<0,001^{a*}
Bilişsel Farkındalık	16,0 (4,0)	17,0 ± 3,7	17,5 ± 3,2	18,2 ± 3,3	0,016^{a*}
Toplam Ölçek Puanı	66,5 ± 11,9	73,7 ± 11,9	78,8 ± 12,5	72,9 ± 12,1	<0,001^{b*}

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Kruskal-Wallis testi; b: ANOVA testi.

Tablo 4.16, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ailede obezite öyküsüne göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Ailede obezite öyküsü varlığı açısından olumlu inançlar alt boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlemlenmiştir ($p < 0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, ailede obezite öyküsü olmayan katılımcıların olumlu inançlar alt boyutundaki puan medyanı (12,0; IQR: 6,0), anne-babasinda obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına ($14,3 \pm 3,7$), kardeşinde obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına ($14,9 \pm 3,2$) ve 2. derece yakın akrabasında obezite öyküsü olan katılımcıların puan ortalamasına ($15,1 \pm 3,9$) kıyasla istatistiksel olarak daha düşüktür (sırasıyla, $p=0,002$, $p=0,016$, $p=0,032$). Kontrol edilemezlik ve tehlike boyutunda da benzer şekilde, ailede obezite öyküsü varlığı açısından anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p = 0,011$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, ailede obezite öyküsü bulunmayan katılımcıların kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutundaki puan medyanı (13,0; IQR: 5,0), anne-babasinda obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına ($15,3 \pm 4,6$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,033$). Bilişsel güven alt boyut puanlarında ise ailede obezite öyküsü varlığı açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0,05$). Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundaki puanlarda, ailede obezite öyküsünün varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,001$). İkili karşılaştırmalarda, ailede obezite öyküsü olmayan katılımcıların düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutundaki puan medyanı (13,0; IQR: 5,0), anne-babasinda obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına ($14,4 \pm 3,5$) ve kardeşinde obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına ($17,3 \pm 5,5$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla, $p=0,006$, $p < 0,001$). Ayrıca, anne-babasinda obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalaması ($14,4 \pm 3,5$), kardeşinde obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına

(17,3 ± 5,5) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p=0,008). Bilişsel Farkındalık alt boyutunda, obezite öyküsünün varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p = 0,016). İkili karşılaştırmaya göre, ailede obezite öyküsü olmayan katılımcıların puan medyanı (16,0; IQR: 4,0), 2. derece yakın akrabasında obezite öyküsü olan katılımcıların puan ortalamasına (18,2 ± 3,3) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p=0,043). Son olarak, ailede obezite öyküsü varlığı açısından toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmiştir (p<0,001). İkili karşılaştırmalar, ailede obezite öyküsü olmayan katılımcıların toplam ölçek puan ortalamasının (66,5 ± 11,9), anne-babasinda obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına (73,7 ± 11,9) ve kardeşinde obezite öyküsü bulunan katılımcıların puan ortalamasına (78,8 ± 12,5) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğunu göstermektedir (sırasıyla, p<0,001, p<0,001).

Tablo 4.17. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının öğün sayısına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	1 Öğün	2 Öğün	3 Öğün ve Daha Fazla	p - değeri
Olumlu İnançlar	16,0 ± 4,8	13,0 (6,0)	13,5 ± 3,9	0,200 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	18,2 ± 7,2	14,0 (6,0)	15,0 (7,0)	0,088 ^a
Bilişsel Güven	13,6 ± 3,1	12,0 (6,8)	12,0 (6,5)	0,505 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	17,0 ± 2,5	13,0 ± 3,4	14,0 (5,0)	0,004^{a*}
Bilişsel Farkındalık	18,8 ± 3,7	16,7 ± 3,2	16,4 ± 3,6	0,023^{b*}
Toplam Ölçek Puanı	89,0 (19,5)	69,2 ± 11,6	71,2 ± 13,5	0,040^{a*}

Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Kruskal-Wallis testi; b: ANOVA testi.

Tablo 4.17’de yer alan verilere göre, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunda, öğün sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlemlenmiştir (p = 0,004). Yapılan karşılaştırmalarda, 1 öğünle beslenen katılımcıların puan ortalaması (17,0 ± 2,5), 2 öğünle beslenen katılımcıların puan ortalamasına (13,0 ± 3,4) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (p=0,048). Ayrıca, bilişsel farkındalık alt boyutunda da anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0,023), 1 öğün beslenen katılımcıların puan ortalaması (18,8 ± 3,7), 2 öğün (16,7 ± 3,2) ve 3 ya da daha fazla öğünle beslenen katılımcıların puan ortalamalarından (16,4 ± 3,6) anlamlı şekilde daha yüksektir (p= 0,045, p=0,047). Toplam ölçek puanı açısından da anlamlı bir fark bulunmuş olup (p = 0,040), bu fark 1 öğünle beslenen katılımcıların toplam puan medyanının (89,0; IQR:19,5), 2 öğünle beslenen katılımcıların toplam puan ortalamasından (69,2 ± 11,6) anlamlı şekilde daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (p=0,037).

Tablo 4.18. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının öğünler arası yeme alışkanlığına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Var	Yok	p - değeri
Olumlu İnançlar	13,3 ± 4,0	14,0 (7,0)	0,852 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,0 (7,0)	13,0 (6,0)	0,212 ^a
Bilişsel Güven	12,0 (8,0)	13,0 (6,0)	0,518 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,0 (4,0)	14,0 (5,0)	0,179 ^a
Bilişsel Farkındalık	17,0 (4,0)	16,4 ± 3,9	0,322 ^a
Toplam Ölçek Puanı	71,2 ± 12,3	69,3 ± 13,0	0,278 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Student's t testi.

Tablo 4.18'de yer alan verilere göre, öğünler arasında yemek yeme alışkanlığı olan ve olmayan katılımcılar arasında tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının gece yeme alışkanlığına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Var	Yok	p - değeri
Olumlu İnançlar	13,0 ± 4,2	14,0 (6,0)	0,532 ^a
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	14,9 ± 4,3	14,0 (6,0)	0,161 ^a
Bilişsel Güven	12,0 (7,5)	12,0 (6,0)	0,867 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,5 ± 3,4	14,0 (4,0)	0,020^{a*}
Bilişsel Farkındalık	16,6 ± 3,4	17,0 (4,5)	0,974 ^a
Toplam Ölçek Puanı	71,6 ± 12,5	69,9 ± 12,7	0,365 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılımlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Mann-Whitney U testi; b: Student's t testi.

Tablo 4.19, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gece yeme alışkanlığına göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Gece yeme alışkanlığı olan katılımcıların düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puan ortalaması $14,5 \pm 3,4$ iken, gece yeme alışkanlığı olmayanların puan medyanı 14,0 (IQR: 4,0) olarak tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,020$). Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanı açısından gece yeme alışkanlığına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının algılanan beden imajına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Çok zayıf-Zayıf	Normal	Kilolu	Çok kilolu	p - değeri
Olumlu İnançlar	14,7 ± 34,7	14,0 ± 6,0	13,1 ± 3,7	13,5 ± 4,2	0,644 ^b
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,9 ± 4,8	13,3 ± 3,6	13,9 ± 3,9	16,0 (9,5)	0,044^{a*}
Bilişsel Güven	12,6 ± 6,0	12,0 (6,5)	13,0 (8,0)	12,0 (7,0)	0,900 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,4 ± 2,7	12,8 ± 3,3	14,0 (4,0)	14,0 ± 3,6	0,257 ^{a*}
Bilişsel Farkındalık	19,3 ± 2,6	16,1 ± 3,1	17,0 (5,0)	17,3 ± 3,3	0,017^{a*}
Toplam Ölçek Puanı	76,9 ± 11,7	67,4 ± 10,7	70,0 ± 12,1	73,0 (27,0)	0,072 ^a

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Kruskal-Wallis testi; b: ANOVA testi.

Tablo 4.20'ye göre, algılanan beden imajı açısından, kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmektedir ($p=0,044$). İkili karşılaştırma sonucunda, “çok kilolu” algısına sahip olan katılımcıların kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunun puan medyanı (16,0; IQR:9,5), “normal kilolu” algısına sahip katılımcıların puan ortalamasından ($13,3 \pm 3,6$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,038$). Bilişsel farkındalık alt boyutunda ise “çok zayıf/zayıf” algısına sahip olanların puan ortalaması ($19,3 \pm 2,6$), “normal” algısına sahip olanların puan ortalamasına ($16,1 \pm 3,1$) ve “kilolu” algısına sahip katılımcıların puan medyanına (17,0; IQR:5,0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (sırasıyla, $p=0,048$, $p=0,047$). Diğer alt boyutlar ve toplam ölçek puanı açısından algılanan beden imajı grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Katılımcıların üst biliş ölçeği alt ve toplam ölçek puanlarının egzersiz alışkanlığına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Haftada 1 kez 30 dk	Haftada 3 kez	Haftada 5 kez	p - değeri
Olumlu İnançlar	13,1 ± 3,9	13,4 ± 4,0	13,2 ± 4,0	0,908 ^b
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	15,0 (7,8)	14,5 ± 3,9	14,1 ± 4,7	0,445 ^a
Bilişsel Güven	12,0 (6,8)	12,0 (7,0)	12,9 ± 4,8	0,797 ^a
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	13,5 (5,0)	13,5 ± 3,6	14,3 ± 3,6	0,309 ^a
Bilişsel Farkındalık	16,5 ± 3,6	16,6 ± 3,4	17,1 ± 3,2	0,651 ^b
Toplam Ölçek Puanı	69,8,0 ± 12,9	70,6 ± 11,6	71,6 ± 14,2	0,740 ^b

Sürekli değişkenler, normal dağılanlar için ortalama ± standart sapma, normal dağılmayanlar için ise medyan (interkuartil) olarak ifade edilmiştir. *İstatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır. a: Kruskal-Wallis testi; b: ANOVA testi.

Tablo 4.21, katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanlarının egzersiz alışkanlığına göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanları açısından egzersiz alışkanlığı grupları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Araştırmamızda katılımcıların Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30) alt boyut ve toplam puanları incelendiğinde, toplam ölçek puanlarının ortalaması $70,4 \pm 12,6$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç, literatürdeki diğer çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Örneğin, Tosun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 850 üniversite öğrencisinin ÜBÖ-30 toplam puan ortalaması $70,34 \pm 12,43$ olarak rapor edilmiştir (72). Benzer şekilde, Gacal tarafından yürütülen bir araştırmada, 416 katılımcının ÜBÖ-30 toplam puan ortalaması $70,34 \pm 12,44$ olarak belirtilmiştir (84). Bu bulgular, araştırmamızın sonucu ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmada, Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) obezite ve kontrol grubu üzerindeki sonuçları incelendiğinde, obezite tanısının üstbilişsel süreçler üzerinde farklı etkiler oluşturduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunun toplam puanı ortalama $68,8 \pm 10,9$ iken, obezite grubunun $72,0 \pm 14,0$ olması anlamlı bir fark yaratmamış olsa da, özellikle "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı" ve "bilişsel farkındalık" alt boyutlarında obezite tanılı bireylerde daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Diğer alt boyutlarda iki grup arasında anlamlı fark olmamıştır. İnanc ve arkadaşlarının benzer çalışmasında obeziteli ve normal ağırlıktaki katılımcılar arasında, "kontrol edilemezlik ve tehlike", "olumlu inançlar," "bilişsel güven," "bilişsel farkındalık" ve "düşünceleri kontrol ihtiyacı" boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir.(95) Akkuş ve arkadaşlarının araştırmasında ise, farklı kilo gruplarını metabilişsel faktörler açısından karşılaştıran Çok Yönlü Varyans Analizi (MANOVA) sonuçlarına bakıldığında, gruplar arasında metabilişsel anlamda anlamlı bir fark bulunmamıştır (4). Çamkerten ve arkadaşları, bilişsel güven ile kontrol edilemezlik ve tehlike algısının duygusal yeme davranışları üzerinde anlamlı yönde etkili olduğunu belirtmiştir (3). Ayrıca Olstad ve ark. (2015) ile Sapuppo ve arkadaşlarının (2018) çalışmaları, yeme bozukluğu olan bireylerde özellikle "kontrol edilemezlik ve tehlike" inançlarının ve "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı" düzeyinin daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır (85,86). Literatürde obezite ve üst biliş durumunu çalışmamızla aynı koşullarda analiz eden yeterli çalışma bulunmamakla birlikte, çalışmamızın bulguları, üstbilişsel süreçlerin yeme davranışları üzerindeki etkisini ortaya koyan bazı literatür bulgularıyla uyumludur. Obezite grubunda "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı" puanlarının yüksek olması, obeziteli bireylerin kilo verme sürecinde yeme davranışları üzerine olan

olumsuz ve dürtüsel düşünceleri kontrol etme çabalarının bir yansıması olabilir. Bu durum, obeziteye sahip bireylerin yeme alışkanlıkları ve kilo yönetimi konularında daha fazla düşünme ve kaygı duyma eğiliminde olduklarını düşündürmektedir.

Üst Biliş Ölçeği puanlarının VKİ grupları arasında karşılaştırılmasında, alt boyutlar ve toplam ölçek puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Akkuş ve ark. çalışmasında, üstbilişsel alt faktörlerden yalnızca "bilişsel farkındalık" ölçeğinin VKİ'deki artışla anlamlı bulunduğu gözlenmiştir (4). Üst biliş ile VKİ arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların sınırlı olması ile birlikte, çalışmamızdaki analiz sonuçları obeziteli bireylerin üstbilişsel süreçlerinin, obezite derecesinden bağımsız olarak benzer şekilde işlediğini gösterebilir. Literatürdeki bulgulara ise "bilişsel farkındalık" alt boyutunun yüksek olması, obeziteli bireylerin kilo verme sürecinde açlık ve tokluk sinyallerine daha sık odaklanmasının, ayrıca bireyin negatif duygu ve düşüncelerin etkisiyle oluşan duygusal yeme davranışlarını daha fazla gözlemlemesinin göstergesi olabilir.

Çalışmamızda, bilişsel güven alt boyutunda hiperlipidemi, PCOS ve pre-diyabet varlığı açısından katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Purewal ve Fisher 2018'de yaptıkları çalışmalarında, üst bilişsel alt faktörlerden olan olumsuz inançlar ve bilişsel güven eksikliğini, diyabetle ilişkili anksiyete ve depresyon gelişimi üzerinde önemli metabilişsel faktörler olarak tanımlamıştır (87). Çalışmamız ile paralel bir bulguya literatürde rastlanmamış olmakla birlikte, bahsettiğimiz çalışmada metabilişsel inançların diyabetle ilişkili anksiyete ve depresyonla bağlantılı olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, cinsiyete göre bazı üst biliş alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Erkeklerin "olumlu inançlar" alt boyutunda elde ettikleri puanların, kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan, "kontrol edilemezlik ve tehlike" alt boyutunda kadınların puanları erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. "Düşünceleri kontrol etme gereksinimi" alt boyutunda ise erkeklerin puanı kadınlara oranla anlamlı şekilde daha yüksektir. Buna karşılık, "bilişsel güven" ve "bilişsel farkındalık" alt ölçekleri ile toplam ölçek puanlarında cinsiyetler bakımından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Kadınlar için toplam ölçek puanı $70,3 \pm 12,8$, erkekler için ise $70,7 \pm 12,4$ olarak kaydedilmiştir. Abedini'nin karar vermede üst bilişin cinsiyet farklılıklarını ele alan çalışmasında da erkeklerin "olumlu inançlar," "kontrol edilemezlik" ve "düşünceleri kontrol etme gereksinimi" alt boyutlarında kadınlardan daha düşük ortalama puan aldığı görülmektedir. Buna karşılık, erkekler "bilişsel farkındalık" alt boyutunda kadınlardan daha yüksek puan alırken, "bilişsel güven" alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (88). Lenzo ve çalışma

arkadaşlarının üst biliş ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada ise, MCQ-30 ölçeği alt puanları üzerinden Bonferroni düzeltmesi uygulanarak yapılan bağımsız örneklem t-testleri sonucunda, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı rapor edilmiştir (89). Literatürdeki çalışmaların ve araştırmamızın sonuçlarının farklılık göstermesi, kullanılan yöntemler, katılımcı gruplarının özellikleri, kültürel ve sosyal çevre ile bireylerin psikolojik durumlarına bağlı olabilmektedir.

Katılımcıların Üst Biliş Ölçeği alt ölçek ve toplam ölçek puanları medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında, evli bireylerin "bilişsel güven" alt boyutunda elde ettikleri puanların, bekar ya da boşanmış katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Jain ve arkadaşlarının üst biliş ve sosyodemografik özellikler üzerine gerçekleştirdiği araştırmada, üst biliş ile aile durumu ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir (90). Çalışmamızın sonucu bahsedilen çalışmanın bulguları ile uyumsuz olup, literatürde üst biliş ve medeni durum ilişkisi açısından yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bunun yanında, diğer alt ölçeklerde medeni hal açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemesi, üst bilişsel süreçler açısından medeni durumun bu süreçler üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini göstermektedir.

Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları incelendiğinde, öğrenim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmadığı gözlemlenmiştir. Ancak, Gacal ve arkadaşlarının çalışmasında, lise ve daha düşük eğitim seviyesindeki bireylerin, "kontrol edilemezlik ve tehlike," "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı," ve "bilişsel farkındalık" alt boyutlarında, ayrıca toplam üst biliş puanlarında, üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir (84). Daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, sahip oldukları bilgi birikimi ve deneyim sayesinde düşüncelerini farkında olma, problem çözme gibi becerileri daha gelişmiş olabilir. Bu durum, düşüncelerin kontrol edilemez olduğuna ve bu durumun tehlikeli olduğuna dair inançlarını ve istenmeyen düşünceleri bastırma ihtiyacını azaltabilir ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylere kıyasla daha uyumlu başa çıkma stratejileri geliştirmelerini sağlayabilir.

Çalışma durumuna göre üst biliş ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları incelendiğinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Nordahl ve Wells'in çalışmalarında, çalışan grup ile çalışmayan grup arasında yapılan karşılaştırmalarda, çalışmayan grup metabilşsel inançların tüm alanlarında anlamlı şekilde daha yüksek puanlar elde etmiştir (91). Çalışmamızda katılımcıların iş dışındaki yaşam koşulları, örneğin yaş, sosyoekonomik durum ve aile hayatı, üstbilişsel süreçlerini etkileyebilir. Bu faktörler, çalışma durumu ile üstbiliş ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemesinin bir nedeni olabilir.

Literatürde benzer faktörleri karşılaştıran çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Nordahl ve Wells'in bu konudaki anlamlı bulguları ise çalışmakta olan bireylerin, iş ortamındaki karşılaştıkları sorumluluklar, stres durumları ve problemlerle başa çıkma konusunda edindikleri deneyimler, düşünce süreçlerinin ve bu süreçlerle başa çıkma stratejilerinin daha da gelişmesine katkı sağlamış olabileceğini göstermektedir.

Çocuklukta obezite öyküsü olan ve olmayan katılımcılar arasında Üst Biliş Ölçeği'nin alt boyut puanları ve toplam puan açısından anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır. Ancak, ailede obezite öyküsü varlığı dikkate alındığında, ailede obezite öyküsü olmayan bireylerin olumlu inançlar, bilişsel farkındalık ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı puanlarının, obezite öyküsü olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca, ailede obezite öyküsü bulunmayan katılımcıların toplam ölçek puanlarının da anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Ailede obezite öyküsü bulunan bireyler, genetik yatkınlıklarının farkında olmaları ve sağlıkla ilgili kaygılarının artması nedeniyle yeme davranışlarını daha fazla sorgulama eğilimi gösterebilir. Bu durum, sağlıklı yaşam tarzını etkileyebilecek olumsuz düşünceleri kontrol etme ihtiyacını artırabilir. Ayrıca, çocukluk dönemlerinde aile üyelerinin yeme alışkanlıklarını ve yaşam biçimlerini gözlemleyerek büyümeleri, obeziteli bireyler ile benzer üstbilişsel paternlere sahip olmalarına katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda, öğün sayısı ile üst biliş puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, tek öğün tüketen bireylerin "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı" ve "bilişsel farkındalık" alt boyutlarında ve toplam üst biliş puanlarında anlamlı bir artış gözlemlenmiştir. Ayrıca, gece yeme alışkanlığına sahip olan katılımcıların "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı" alt boyut puanlarının, bu alışkanlığa sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, çalışmamızda öğünler arasında atıştırma alışkanlığı olan ve olmayan bireyler arasında üst biliş puanı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Olstad ve ark. nın yeme bozukluğu ve üstbiliş ilişkisini inceleyen çalışmasında ve Sapuppo ve arkadaşlarının kadın katılımcılar üzerinde yapılan benzer çalışmasında, yeme bozukluğu olan bireylerde "kontrol edilemezlik ve tehlike" inançları ile "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı" düzeylerinin daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır (85,86). Palmieri ve arkadaşlarının araştırmasında da, metabilişsel inançların yeme bozuklukları ve yeme davranışları üzerinde belirgin bir etkisi olduğu gözlenmiştir (92). Tek öğün tüketimi olan bireylerde yeme düzenine dair daha fazla planlama ve yeme düzenlerini etkileyebilecek negatif düşüncelere karşı kontrol ihtiyacı daha fazla olabilir. Bu durum, aynı zamanda bilişsel farkındalıklarını artırarak, yeme davranışlarına yönelik daha derin bir sorgulama sürecine sahip olmalarına

neden olmaktadır. Gece yeme alışkanlığı, genellikle duygusal yeme ile ilişkilidir ve bu durum, bireylerin yeme davranışlarını kontrol etme gereksinimlerini artırabilir. Bu bireyler, yeme alışkanlıklarının olumsuz sonuçlarından kaçınmak için düşüncelerini daha fazla izleme ve kontrol etme ihtiyacı hissedebilirler. Literatürde öğün sayısı, öğünler arası yeme, ve gece yeme ile üst biliş ilişkisine dair yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Literatürdeki örnekler de, metabilişsel faktörlerin yeme davranışları ile ilişkili psikolojik süreçlerde önemli bir role sahip olabileceğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, beden imajının bilişsel süreçler üzerindeki etkilerine baktığımızda, kendisini “çok kilolu” olarak algılayan katılımcıların, kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunda, kendini “normal kilolu” olarak algılayan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahip oldukları gözlenmiştir. Bununla birlikte, bilişsel farkındalık boyutunda, kendisini “çok zayıf/zayıf” olarak algılayan bireylerin puan ortalamasının, kendini “normal” algılayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Nejati ve arkadaşlarının obez kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada da beden imajı ve üstbiliş arasındaki ilişkiye vurgu yapılmaktadır. Çalışmalarında, pozitif beden imajına sahip kadınların bilişsel farkındalık puanlarının daha yüksek olduğu; endişe ile ilgili olumlu inançlar, bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (93). İki çalışmada farklı üst biliş alt gruplarında anlamlı bulgular izlenmiş olması ve farklı sonuçlar vermesi, katılımcıların demografik özellikleri, psikolojik durumları, kültürel ve sosyal yapıları ile uygulanan yöntemlerin çeşitliliğinden kaynaklanabilir. Ayrıca, beden imajının ele alınış şekli ve kullanılan ölçüm araçlarındaki farklılıklar da bu sonuçları etkileyebilir.

Çalışmamızda, Üst Biliş Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanlarının egzersiz alışkanlığına göre karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Egzersiz alışkanlığının beyan yoluyla ölçülmesi, katılımcıların subjektif değerlendirmelerine dayandığı için egzersiz alışkanlığının değerlendirilmesinde belirsizlikler yaratmaktadır. Bunun yanında toplumun sedanter yaşam tarzı ve fiziksel aktivite kavramına olan bakış açısı da sonuçların yorumlanmasında dikkate alınması gereken önemli bir faktör olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ-30) sonuçları, çeşitli sosyodemografik ve sağlık faktörlerine göre değerlendirildi ve belirgin farklılıklar saptandı. Hiperlipidemi, PCOS ve pre-diyabet varlığının, bilişsel güven alt boyutunda anlamlı etkide bulunduğu gözlemlendi. Tek öğün tüketen ve gece yeme alışkanlığı olan bireylerde toplam üst biliş puanlarının ve belirli alt boyutların daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca, ailede obezite öyküsü bulunma durumu üst bilişsel farkındalık düzeyleri açısından anlamlı farklılık gözlemlendi. Beden algısı da önemli bir faktör olarak görülerek; kendini "çok kilolu" veya "zayıf" olarak algılayan bireylerin puanlarının diğer gruplardan farklı olduğu belirlendi. Bu bulgular, obezite tedavisinde üstbilişsel farkındalığı artırmaya yönelik terapilerin ve eğitimlerin önemini vurgulamakta, aynı zamanda bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olduğundan daha fazla araştırmaya duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sabuncu Tevfik BFMT ve ark. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2019 [İnternet]. Erişim adresi: www.temd.org.tr
2. Overweight and Obesity - Causes and Risk Factors | NHLBI, NIH [İnternet]. 2022 [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/overweight-and-obesity/causes>
3. Çamkerten Ö, Güloğlu B. Duygusal Yemenin Yordayıcıları Olarak Üstbiliş, Duygu Düzenleme Zorlukları ve Öz Şefkat. Ege Eğitim Derg. 27 Mart 2023;24(1):107-25.
4. Obezitenin yetişkin bağlanma stilleri, duygudurum belirtileri ve üstbilişsel faktörler açısından İncelenmesi - ProQuest [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/docview/2968775880/fulltextPDF/358FC643BA4D48E4PQ/1?accountid=146364&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>
5. Obesity [İnternet]. [a.yer 27 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/obesity>
6. Overweight and Obesity - What Are Overweight and Obesity? | NHLBI, NIH [İnternet]. 2022 [a.yer 27 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/overweight-and-obesity>
7. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Obesity and Overweight Prevalence 1980-2015 | GHDx [İnternet]. [a.yer 28 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2015-obesity-and-overweight-prevalence-1980-2015>
8. Obesity and overweight [İnternet]. [a.yer 27 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
9. Kluge HHP, Weltgesundheitsorganisation, editörler. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen: World Health Organization; 2022. 1 s.
10. Lakka HM, Bouchard C. Chapter 3 - Etiology of Obesity. İçinde: Buchwald H, Cowan GSM, Pories WJ, editörler. Surgical Management of Obesity [İnternet]. Philadelphia: W.B. Saunders; 2007 [a.yer 29 Ekim 2024]. s. 18-28. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978141600089150008X>
11. Obesity – is it a genetic disorder? - Loos - 2003 - Journal of Internal Medicine - Wiley Online Library [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2796.2003.01242.x>
12. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments - The Lancet [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60813-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60813-1/abstract)
13. Hu FB, Hu F, editörler. Diet, Nutrition, and Obesity. İçinde: Obesity Epidemiology [İnternet]. Oxford University Press; 2008 [a.yer 29 Ekim 2024]. s. 0. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195312911.003.0014>
14. Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc. Kasım 1999;31(11):S646.
15. Friedman JM. Obesity in the new millennium. Nature. 01 Nisan 2000;404(6778):632-4.
16. Pasquali R, Vicennati V. Obesity and Hormonal Abnormalities. İçinde: International Textbook of Obesity [İnternet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2001 [a.yer 29 Ekim 2024]. s. 225-39. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/0470846739.ch17>
17. Sex Differences in the Association of Socioeconomic Status With Obesity | AJPH | Vol. 92 Issue 8 [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.92.8.1299>
18. Kökönyei G, Baldacchino A, Urbán R, Demetrovics Z. 4 - The Psychological Basis of Obesity. İçinde: Mahmood T, Arulkumaran S, editörler. Obesity [İnternet]. Oxford: Elsevier; 2013 [a.yer 29 Ekim 2024]. s. 39-51. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780124160453000042>
19. Obesity [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/obesity>

20. Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future - The Lancet [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62154-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62154-6/abstract)
21. Epidemiology of Obstructive Sleep Apnea | A Population Health Perspective | American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.2109080>
22. Osteoarthritis as an inflammatory disease (osteoarthritis is not osteoarthrosis!) - Osteoarthritis and Cartilage [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: [https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(12\)01025-4/fulltext](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(12)01025-4/fulltext)
23. Recent concepts in non-alcoholic fatty liver disease - Adams - 2005 - Diabetic Medicine - Wiley Online Library [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2005.01748.x>
24. Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group | New England Journal of Medicine [İnternet]. [a.yer 29 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMSr1606602>
25. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. Clin Dermatol. 01 Temmuz 2004;22(4):332-7.
26. Masood B, Moorthy M. Causes of obesity: a review. Clin Med. 01 Temmuz 2023;23(4):284-91.
27. International Diabetes Federation [İnternet]. [a.yer 27 Ekim 2024]. Page not found. Erişim adresi: https://idf.org/webdata/docs/Metabolic_syndrome_definition.pdf
28. Liu X, He M, Li Y. Adult obesity diagnostic tool: A narrative review. Medicine (Baltimore). 26 Nisan 2024;103(17):e37946.
29. Burton RF. The waist-hip ratio: a flawed index. Ann Hum Biol. 16 Kasım 2020;47(7-8):629-31.
30. Lahav Y, Epstein Y, Kedem R, Schermann H. A novel body circumferences-based estimation of percentage body fat. Br J Nutr. Mart 2018;119(6):720-5.
31. Lemos T, Gallagher D. Current body composition measurement techniques. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. Ekim 2017;24(5):310.
32. Body composition assessment using bioelectrical impedance analysis (BIA) in a wide cohort of patients affected with mild to severe obesity - Clinical Nutrition [İnternet]. [a.yer 27 Ekim 2024]. Erişim adresi: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(21\)00225-9/abstract](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(21)00225-9/abstract)
33. Assessment of Body Composition in Health and Disease Using Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) and Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DXA): A Critical Overview - Marra - 2019 - Contrast Media & Molecular Imaging - Wiley Online Library [İnternet]. [a.yer 27 Ekim 2024]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2019/3548284>
34. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, vd. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts. 23 Ocak 2019;12(1):40-66.
35. O'Shea D, Kahan S, Lennon L, Breen C. Practical Approaches to Treating Obesity: Patient and Healthcare Professional Perspectives. Adv Ther. 01 Temmuz 2021;38(7):4138-50.
36. Kim JY. Optimal Diet Strategies for Weight Loss and Weight Loss Maintenance. J Obes Metab Syndr. 30 Mart 2021;30(1):20-31.
37. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults. Med Sci Sports Exerc. Şubat 2009;41(2):459.
38. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, vd. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts. 23 Ocak 2019;12(1):40-66.
39. Jacob JJ, Isaac R. Behavioral therapy for management of obesity. Indian J Endocrinol Metab. Şubat 2012;16(1):28.
40. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, vd. Pharmacological Management of Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 01 Şubat 2015;100(2):342-62.

41. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, vd. Pharmacological Management of Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 01 Şubat 2015;100(2):342-62.
42. Bansal AB, Patel P, Al Khalili Y. Orlistat. İçinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [a.yer 02 Kasım 2024]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542202/>
43. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, Kushner RF, Lewin A, Skjøth TV, vd. Efficacy of Liraglutide for Weight Loss Among Patients With Type 2 Diabetes: The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 18 Ağustos 2015;314(7):687-99.
44. Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Davies M, Frias JP, Koroleva A, vd. Effect of Subcutaneous Semaglutide vs Placebo as an Adjunct to Intensive Behavioral Therapy on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 13 Nisan 2021;325(14):1403-13.
45. Malin S, Kashyap S. Effects of metformin on weight loss. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 07 Ağustos 2014;
46. Gustafson A, King C, Rey JA. Lorcaserin (Belviq): A Selective Serotonin 5-HT_{2C} Agonist In the Treatment of Obesity. *Pharm Ther*. Eylül 2013;38(9):525.
47. Gadde KM, Allison DB, Ryan DH, Peterson CA, Troupin B, Schwiers ML, vd. Effects of low-dose, controlled-release, phentermine plus topiramate combination on weight and associated comorbidities in overweight and obese adults (CONQUER): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 16 Nisan 2011;377(9774):1341-52.
48. Pearce N. Obesity Canada. [a.yer 02 Kasım 2024]. Pharmacotherapy in Obesity Management. Erişim adresi: <https://obesitycanada.ca/guidelines/pharmacotherapy/>
49. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery [Internet]. 2012 [a.yer 02 Kasım 2024]. Bariatric Surgery Guidelines and Recommendations. Erişim adresi: <https://asmbs.org/resources/bariatric-surgery-guidelines-and-recommendations/>
50. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen RV, vd. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 01 Aralık 2022;18(12):1345-56.
51. Kar N, Kar S. Exploring the complex relationship between obesity and mental health: A narrative review. *Odisha J Psychiatry*. Aralık 2022;18(2):74.
52. Nicholson WM. Emotional factors in obesity. *Am J Med Sci*. Nisan 1946;211:443-7.
53. Cameron AJ, Magliano DJ, Dunstan DW, Zimmet PZ, Hesketh K, Peeters A, vd. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *Int J Obes*. Şubat 2012;36(2):295-303.
54. What is Mental Illness? [Internet]. [a.yer 03 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org/443/patients-families/what-is-mental-illness>
55. Afzal M, Siddiqi N, Ahmad B, Afsheen N, Aslam F, Ali A, vd. Prevalence of Overweight and Obesity in People With Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol [Internet]*. 25 Kasım 2021 [a.yer 03 Kasım 2024];12. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2021.769309/full>
56. Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs - Holt - 2009 - Diabetes, Obesity and Metabolism - Wiley Online Library [Internet]. [a.yer 03 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://dom-pubs.pericles-prod.literatumonline.com/doi/10.1111/j.1463-1326.2009.01038.x>
57. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, vd. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Mart 2010;67(3):220-9.
58. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, vd. Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Temmuz 2006;63(7):824-30.

59. Depression, Inflammation, and Incident Cardiovascular Disease in Women With Suspected Coronary Ischemia: The National Heart, Lung, and Blood Institute–Sponsored WISE Study | Journal of the American College of Cardiology [İnternet]. [a.yer 04 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2007.07.069>
60. Kambey PA, Kodzo LD, Serojane F, Oluwasola BJ. The bi-directional association between bipolar disorder and obesity: Evidence from Meta and bioinformatics analysis. *Int J Obes.* Haziran 2023;47(6):443-52.
61. Garipey G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* Mart 2010;34(3):407-19.
62. Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and Personality. *Psychiatr Psychiatr.* 01 Ekim 2011;22:290-7.
63. Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? - Yanovski - 2003 - International Journal of Eating Disorders - Wiley Online Library [İnternet]. [a.yer 05 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.10211>
64. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, vd. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep.* Eylül 2015;4(3):303-10.
65. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *Am Psychol.* 1979;34(10):906-11.
66. Pearson PD, Barr R, Kamil ML, Mosenthal P, Moje EB, Afflerbach P, vd. Handbook of Reading Research. Psychology Press; 1996. 928 s.
67. How Metacognition Can Promote Academic Learning and Instruction | 2 | [İnternet]. [a.yer 05 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203771686-2/metacognition-promote-academic-learning-instruction-scott-paris-peter-winograd>
68. Kuhn D, Dean Jr David. Metacognition: A Bridge Between Cognitive Psychology and Educational Practice. *Theory Pract.* 01 Kasım 2004;43(4):268-73.
69. Martinez ME. What is Metacognition? *Phi Delta Kappan.* 01 Mayıs 2006;87(9):696-9.
70. Metacognition among students identified as gifted or nongifted using the DISCOVER assessment - ProQuest [İnternet]. [a.yer 05 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/openview/efca22ec074166f73b22c71013a26a4e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
71. Schraw G, Moshman D. Metacognitive theories. *Educ Psychol Rev.* 01 Aralık 1995;7(4):351-71.
72. Doç Y, BI ÖÜP, Tosun DA. Üstbilis Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirlerle İlişkisi.
73. Wells A, Davies MI. The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther.* 01 Kasım 1994;32(8):871-8.
74. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 01 Nisan 2004;42(4):385-96.
75. Guilford Press [İnternet]. [a.yer 07 Kasım 2024]. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Erişim adresi: <https://www.guilford.com/books/Metacognitive-Therapy-for-Anxiety-and-Depression/Adrian-Wells/9781609184964>
76. Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* [İnternet]. 14 Kasım 2018 [a.yer 07 Kasım 2024];9. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.02211/full>
77. Philipp R, Kriston L, Laniö J, Kühne F, Härter M, Moritz S, vd. Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clin Psychol Psychother.* 2019;26(2):227-40.
78. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *Ger J Psychiatry.* 2007;10(3):69-78.
79. Van Donkersgoed RJ, De Jong S, Van der Gaag M, Aleman A, Lysaker PH, Wunderink L, vd. A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry.* 03 Şubat 2014;14(1):27.
80. Dassen FCM, Houben K, Allom V, Jansen A. Self-regulation and obesity: the role of executive function and delay discounting in the prediction of weight loss. *J Behav Med.* 25 Mayıs 2018;41(6):806.

81. Hartley G. Metacognitions, metacognitive processes and metacognitive control strategies in people with.
82. Glanz K, Stryker JE. Health Behavior and Risk Factors. İçinde: Heggenhougen HK (Kris), editör. International Encyclopedia of Public Health [İnternet]. Oxford: Academic Press; 2008 [a.yer 07 Kasım 2024]. s. 146-52. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012373960500099X>
83. Eshtehard MM, Babakhani N, Hassani Abharian P. The Effect of Training Based on Metacognition and Emotion Regulation on Health Behavior Self-management of Overweight Middle-aged People. Pract Clin Psychol. 10 Temmuz 2023;11(3):201-10.
84. Bireylerin medya tercihleri ile kişilik özellikleri ve üstbilişleri arasındaki ilişki = The relationship between personality traits, metacognitions and media preferences [İnternet]. [a.yer 19 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://platform.almanhal.com/Details/Thesis/2000188591?lang=tr>
85. Olstad S, Solem S, Hjemdal O, Hagen R. Metacognition in eating disorders: comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. Eat Behav. Ocak 2015;16:17-22.
86. Sapuppo W, Ruggiero GM, Caselli G, Sassaroli S. The Body of Cognitive and Metacognitive Variables in Eating Disorders: Need of Control, Negative Beliefs about Worry Uncontrollability and Danger, Perfectionism, Self-esteem and Worry. Isr J Psychiatry. 2018;55(1):55-63.
87. Purewal R, Fisher PL. The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 01 Şubat 2018;136:16-22.
88. Metacognition as a core skill for wise decision-making in higher education: investigating gender differences | Emerald Insight [İnternet]. [a.yer 11 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/jarhe-11-2020-0400/full/html#sec004>
89. Lenzo V, Toffle ME, Tripodi F, Quattropani MC. Gender Differences In Anxiety, Depression And Metacognition. Eur Proc Soc Behav Sci [İnternet]. 20 Mayıs 2016 [a.yer 11 Kasım 2024];Clinical&Counselling Psychology-CPSYC 2016. Erişim adresi: <https://www.europeanproceedings.com/article/10.15405/epsbs.2016.05.02.1>
90. Jain Y. Metacognition and its socio-demographics correlates: A study. Int J Early Child Spec Educ. 2022;14(05).
91. Nordahl H, Wells A. In or out of work: A preliminary investigation of mental health, trait anxiety and metacognitive beliefs as predictors of work status. Clin Psychol [İnternet]. 01 Mart 2019 [a.yer 11 Kasım 2024]; Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1111/cp.12153>
92. Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: A systematic review - Palmieri - 2021 - Clinical Psychology & Psychotherapy - Wiley Online Library [İnternet]. [a.yer 12 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2573>
93. Nejati S, Rezaei AM, Moradi M, Rajezi Esfahani S. Metacognitive beliefs and emotion regulation strategies: obese women with negative and positive body images. J Res Health. 10 Nisan 2017;7(3):826-33.
94. Multicomponent Exercise Intervention and Metacognition in Obese Preadolescents: A Randomized Controlled Study in: Journal of Sport and Exercise Psychology Volume 39 Issue 4 (2017) [İnternet]. [a.yer 12 Kasım 2024]. Erişim adresi: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jsep/39/4/article-p302.xml#d269954e948>
95. Inanc L, Inanir S. The role of meta-cognitive beliefs in obesity. Klin Psikofarmakol Bul. 2015;25:S131.

EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ÇALIŞMANIN ADI: Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Obeziteli Bireyler ve Kontrol Grubu Arasında Üst Bilişsel Faktörlerin Karşılaştırılması

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

- Bu çalışmanın temel amacı obeziteli bireyler ve kontrol grubu arasında Üst Bilişsel faktörleri karşılaştırmaktır.
- Bu çalışmanın amacı obeziteli bireyler ve sağlıklı bireylerin ÜBÖ-30 ölçeği ile üst biliş düzeyleri karşılaştırılarak, sosyodemografik faktörler ve vücut kompozisyonları açısından bulguların değerlendirilmesidir.
- Araştırmada yer alması planlanan gönüllü sayısı:210'dür.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışma esnasında size ek olarak herhangi bir tedavi veya girişimsel tedavi uygulanmayacaktır. Yüz yüze yaptığımız anket ile veri taraması yapılacaktır.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırmada sizin için tıbbi olarak beklenen bir yarar söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmenizin imkanı yoktur.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MAALİYETİ NEDİR? Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Hayır

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

20 yaş altı veya 50 yaş üstü olmanız, herhangi bir kronik hastalık(hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik kalp yetmezliği, akut koroner sendrom gibi kalp ve damar hastalıkları, bronşit, astım, KOAH gibi solunum yolu hastalıkları, nefrotik/nefritik sendrom, kronik böbrek yetmezliği gibi nefrolojik rahatsızlıklar, tiroid hastalıkları, malignite, romatolojik hastalıklar, alerjiler) veya psikiyatrik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları) tanısı almış olmanız, gebelik durumu, anket sorularınızı cevaplamanıza engel olacak bir konuşma bozukluğu, zihinsel engel durumunuzun olması halinde çalışmaya dahil edilemezsiniz.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:

ADI: Yeşim Özbabalık

GÖREVİ: Asistan doktor/araştırmacı

TELEFON:

CALISMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi(var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Görüşme Tanığı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

- 1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi
2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 2: ANKET ÜBÖ-30 ÖLÇEĞİ

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Obeziteli Bireyler ve Kontrol Grubu Arasında Üst Bilişsel Faktörlerin Karşılaştırılması

Vücut kompozisyonu ölçümü:

1. Vücut ağırlığı:
2. Boy:
3. VKI:
4. Yağ(kg):
5. Yağ(%):
6. Kas(kg):

Genel sosyodemografik özellikler:

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
a. Kadın b. Erkek
3. Eğitim Düzeyi:
a. Okur yazar değil b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite
4. Meslek:.....
5. Bilinen kronik hastalık öyküsü:
a. Var b. Yok
6. Kronik hastalık var ise nelerdir? :
7. İlaç kullanımı:
a. Var b. Yok
8. İlaç kullanımı var ise nelerdir?
9. Bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü:
a. Var b. Yok
10. Psikiyatrik ilaç kullanımı:
a. Var b. Yok
11. Psikiyatrik ilaç kullanımı var ise nelerdir?
12. Sigara:
a. Var (adet/gün): b. Yok

Obezite ilişkili sorular:

1. Çocuklukta obezite öyküsü:
a. Var b. Yok
2. Ailede obezite öyküsü:
a. Var b. Yok
3. Var ise kimde?:
a. Anne b. Baba c. Kardeş d. 2. Derece
4. Egzersiz:
a. Haftada 30dkdan az b. Haftada 3 kez en az 30 dk c. Haftada en az 5 kez en az 30dk
5. Öğün sayısı:
a. 1 b. 2 c. 3 d. Daha fazla
6. Öğünler arası yeme:
a. Var b. Yok
7. Gece yeme:
a. Var b. Yok
8. Kendimi:
a. Çok Zayıf b. Zayıf c. Normal d. Kilolu e. Çok Kilolu görüyorum.

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). 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)

Kaynak: Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(1), 67-80.

EK 3: ETİK KURUL KARAR FORMU

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Obeziteli Bireyler ve Kontrol Grubu Arasında Üst Bilişsel Faktörlerin Karşılaştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yeşim Özbabalık			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	As. Dr.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 881	Tarih: 12.09.2024		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “ oybirliği ” ile karar verilmiştir.			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 85B01CA7XB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Erman GEDİKLİ	Sağlık Yönetimi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YILGIT	Biyoistatistik/ Sayısal Yöntemler	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrainızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 85B01CA7XB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK 4: İNTİHAL RAPORU

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZİTELİ BİREYLER VE KONTROL GRUBU ARASINDA ÜST BİLİŞSEL FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI			
ORIGINALITY REPORT			
19%	16%	13%	11%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	5%	
2	Submitted to Akdeniz University Student Paper	4%	
3	Submitted to Istanbul Medeniyet Üniversitesi Student Paper	1%	
4	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Student Paper	1%	
5	www.icommeh.org Internet Source	1%	
6	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper	<1%	
7	openaccess.bezmialem.edu.tr Internet Source	<1%	
8	dergipark.org.tr Internet Source	<1%	
	docs.neu.edu.tr		