



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OBEZİTE HASTALARINDA İÇGÖRÜ VE FARKLI İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

LEYLA MAMMADOVA

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ATİLA EROL

2025-SAKARYA

T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**OBEZİTE HASTALARINDA İÇGÖRÜ VE FARKLI İÇGÖRÜ
ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

LEYLA MAMMADOVA

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ATİLA EROL

2025-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Leyla Mammadova

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Obezite Hastalarında İçgörü ve Farklı İçgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .././202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././202..

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30/04/2024 tarihinde onay alarak (onay no: E-71522473-050.04-356688-117) hazırlanmıştır.

Tarih:

.../.../.....

Leyla Mammadova

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında geçirdiğim uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocam Prof. Dr. Esra YAZICI başta olmak üzere, kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ, Prof. Dr. Ahmet Bülent YAZICI, Prof. Dr. Atila EROL'a;

Tez sürecim boyunca nezaket ve sabırla beni destekleyen, tez danışmanım kıymetli hocam Prof. Dr. Atila EROL'a;

Sakarya'yı benim için bir yuva haline getiren, bu şehri hiç beklemediğim kadar anlamlı ve özel kılan, uzmanlık eğitimi süresince yanımda olan başta müstakbel eşim Abdüllatif KOYUN olmak üzere sevgili dostlarım İrem Asena DOĞAN, Burçin TOYTAŞ, Mert ÖNTAŞ, Melek KARACA, Onur DAVUTOĞLU, Zekiye DAVUTOĞLU, Hasancan BAŞKURT, Kübra AKBULUT, Yusuf DÖKMEN ve Esra ŞEN'e

İşe her gün keyifle gelmemi sağlayan, birlikte güzel anılar biriktirdiğim ve bu kliniği güzelleştiren tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli uzmanlarına, büyük bir özveri ile çalışan kıymetli hemşirelerimize ve tüm personelimize,

Bugünlere gelmemde emekleri sonsuz olan, hep yanımda olduklarını bildiğim sevgili annem, babam ve kardeşlerime içtenlikle teşekkür ederim.

Saygılarımla

Dr. Leyla MAMMADOVA

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obezite	3
2.1.1. Tanım ve epidemiyoloji	3
2.1.2. Obezitenin etiyolojisi	4
2.1.2.1. Nöroendokrin nedenler.....	4
2.1.2.2. Genetik	4
2.1.2.3. Çevresel faktörler	6
2.1.2.4. Psikolojik faktörler.....	6
2.1.3. Tedavi.....	8
2.1.4. Obezite ve psikiyatri	10
2.1.5. Obezitenin psikiyatrik bozukluk olarak sınıflandırılmamasının nedensel ve kavramsal temelleri	16
2.1.6. Obezitenin tıbbi bir hastalık olarak kabulü	18
2.1.7. Obezite ve psikiyatrik komorbidite.....	19
2.2. İçgörü	20
2.2.1. Tanım ve bir kavram olarak içgörü.....	20
2.2.2. İçgörünün tarihsel gelişimi ve kuramsal yaklaşımlar.....	24
2.2.3. İçgörünün değerlendirilmesi ve içgörünün eksikliği	26
2.3. Obezitede İçgörü ve İçgörü ile ilişkili Kavramlar	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32

3.1.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	32
3.2.	Araştırmanın Örneklemi.....	32
3.2.1.	Çalışmanın içleme kriterleri	34
3.2.2.	Çalışmanın dışlama kriterleri	34
3.3.	Veri Toplama Araçları	34
3.3.1.	Sosyodemografik ve klinik veri formu (Ek 2):	35
3.3.2.	DSM-5 yönelimli klinik görüşme:	35
3.3.3.	Vücut kitle indeksi (VKİ):	36
3.3.4.	Obezite farkındalığı ve içgörü ölçeği (OFİ ölçeği) (Ek 3):.....	36
3.3.5.	Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 4):.....	37
3.3.6.	Brown inançları değerlendirme ölçeği (BİDÖ) (Ek 5):	37
3.3.7.	İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 6):.....	37
3.3.8.	Yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) (Ek 7):.....	38
3.3.9.	Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ) (Ek 8):	39
3.3.10.	Üstbiliş ölçeği (ÜBO-30) (Ek 9):.....	40
3.4.	İstatistiksel Analiz Yöntemi.....	41
4.	BULGULAR.....	43
4.1.	Sosyodemografik Veriler	43
4.2.	Klinik Özellikler.....	46
4.3.	Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri.....	50
4.3.1.	Cinsiyete göre içgörü ölçeklerinin karşılaştırılması.....	53
4.3.2.	Obezite evresine göre içgörü ölçeklerinin karşılaştırılması	55
4.3.3.	İçgörü ölçeklerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu.....	57
4.4.	Regresyon Analizleri.....	64
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	67
5.1.	Sosyodemografik Veriler	67
5.2.	İçgörü Ölçekleri	78
6.	KAYNAKLAR	91
7.	EKLER.....	110
	EK-1: Etik kurul kararı.....	110
	EK-2: Sosyodemografik ve klinik veri formu.....	111
	EK-3: Obezite farkındalık ve içgörü ölçeği	115

EK-4: Beck bilişsel içgörü ölçeği	117
EK-5: Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği	118
EK-6: İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği	122
EK-7: Yeme farkındalığı ölçeği- 30.....	124
EK-8: Yeme bozukluğunu değerlendirme ölçeği.....	125
EK-9: Üstbiliş ölçeği-30	127
ÖZGEÇMİŞ	129



KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

SDVF: Sosyodemografik Veri Formu

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

ICD: Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SEAH: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

NICE: Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü

FDA: ABD Gıda ve İlaç Dairesi

YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği-30

YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

OFİ: Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği

BBİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

BİDÖ: Brown İnançları Değerlendirme Ölçeği

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

ÜBO-30: Üstbiliş Ölçeği-30

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	44
Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri.....	48
Tablo 4.3. Katılımcılara uygulanan klinik ölçek puanları.....	52
Tablo 4.4. İçgörü ölçeklerinin sosyodemografik veriler ile korelasyon analizi	59
Tablo 4.5. İçgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi	62
Tablo 4.6. Katılımcıların VKİ değeri için ön gördürücüleri	65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1 Örneklem seçimi.....	33
Şekil 4.1 Hasta grubunun içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyonu	64



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada majör psikopatolojilerde ve psikotik olmayan psikiyatrik bozukluklar için geliştirilmiş içgörü ölçeklerinin obezitede içgörüyü ne kadar ölçtüğünü belirlemek ve obezite şiddeti ile içgörü düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Konsültasyon Liyezon polikliniğine, İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine ve Aile Hekimliği Obezite polikliniğine başvurup tedavi gören ve hastanemiz kayıtlarından telefonla ulaşıp görüşmeye çağırılan 18 yaşını doldurmuş ve obezite tanısı almış 120 hasta üzerinde gerçekleştirildi.

BULGULAR: Katılımcılarda özellikle beden imajı ile ilgili kaygıların ve kısıtlı yeme davranışlarının ön planda olduğunu göstermektedir. YBDÖ’de kadınların “beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler” ile “işlevsellik” puanları erkeklerden yüksektir; YBDÖ toplam puanı da kadınlarda daha yüksektir. Obezite evresine göre, YBDÖ “beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler” 1. evreye kıyasla 2. ve 3. evrede daha yüksektir. OFİ’de kadınların genel hastalık farkındalığı, tedavi gereksinimi ve olumsuz sonuçların farkındalığı puanları erkeklerden yüksektir. OFİ toplam puanı kadınlarda daha yüksektir. OFİ toplam puanı VKİ ve vücut yağ oranı ile pozitif yönlü orta düzeyde ilişkilidir. Yapılan regresyon analizinde içgörü ölçeklerinden yalnızca OFİ toplam puanının VKİ değerini pozitif yönde anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre OFİ toplam puanının obezite evresini anlamlı biçimde yordadığı görülmüştür.

SONUÇ: Çalışmamızda OFİ toplam puanı, hem VKİ hem de vücut yağ oranı ile pozitif ve orta düzeyde ilişki göstermiştir. Ayrıca OFİ toplam puanı, obezite evresini anlamlı biçimde yordayarak, içgörü düzeyi arttıkça daha obezite evresinin artma olasılığını göstermiştir. Obezite bağlamında içgörünün değerlendirilmesi için genel psikiyatrik içgörü ölçekleri uygun değildir; obeziteye özgü bir araç olan OFİ, klinik şiddet göstergeleriyle (VKİ, yağ yüzdesi, evre) tutarlı ilişkiler sunarak hem tarama hem de müdahalenin kişiselleştirilmesi açısından pratik bir çerçeve sağlamaktadır. Klinik uygulamada OFİ’nin rutin değerlendirmelere eklenmesi, tedavi gereksinimi farkındalığının artmasına ve müdahale planlarının hedeflenmesine katkı sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, içgörü, içgörü ölçekleri, obezite, üstbilis

ABSTRACT

Insight and Comparison of Different Insight Scales in Patients with Obesity

AIM: This study aimed to evaluate the extent to which insight scales originally developed for major psychopathologies and non-psychotic psychiatric disorders are effective in measuring insight in individuals with obesity. Additionally, it examined the relationship between obesity severity and insight levels.

MATERIALS AND METHODS: The study included 120 patients aged 18 years and older who were diagnosed with obesity and applied to the Psychiatry Consultation-Liaison Clinic, Internal Medicine–Endocrinology Clinic, and Family Medicine Obesity Clinic of Sakarya Education and Research Hospital. Patients identified from hospital records were contacted by phone and invited for a structured clinical interview. Sociodemographic data, clinical obesity indicators, and insight levels were assessed using multiple insight scales.

RESULTS: Body image concerns and restrained eating behaviors were common among participants. Women scored higher than men on both total scores and subdomains of the EDE-Q. These concerns increased with obesity stage, particularly in stages 2 and 3. Women also demonstrated significantly higher OASIS scores in domains such as general illness awareness, perceived treatment need, and awareness of negative consequences. The OASIS total score showed a moderate positive correlation with BMI and body fat percentage. Among all insight measures administered, only the OASIS total score significantly predicted both BMI and obesity stage, indicating that it may more accurately capture clinically relevant insight in obesity.

CONCLUSION: The OASIS total score demonstrated consistent associations with obesity-related severity indicators, including BMI, body fat percentage, and obesity stage. Higher insight levels were associated with higher obesity stages. Insight scales developed for general psychiatric conditions appear insufficient for evaluating insight in obesity. As an obesity-specific tool, OASIS provides a clinically meaningful framework for assessing insight and may support more targeted and personalized interventions in routine practice.

Keywords: Awareness, insight, insight scales, metacognition, obesity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite; vücut yağ kütesinin yağsız kütele oranla artması ve boya göre vücut ağırlığının idealin üzerine çıkmasıyla tanımlanan, mortalite ve morbidite riskini artıran, kronik ve heterojen bir hastalıktır (Lingvay, Cohen, le Roux, ve ark., 2024; Tam ve Çakır, 2012). Enerji alımı ile harcaması arasındaki dengenin bozulması ve beslenme sinyallerindeki düzensizlik, obezitenin patogeneğinde temel mekanizmalar olarak öne çıkmaktadır (Lin ve Li, 2021). Klinik sınıflamada VKİ ≥ 30 kg/m² obeziteyi ifade ederken; 30–34,9 kg/m² arası evre 1, 35–39,9 kg/m² arası evre 2 ve ≥ 40 kg/m² evre 3 obezite olarak sınıflandırılmaktadır (Derneği, 2024). Obezite, kardiyovasküler hastalık, inme ve böbrek yetmezliği gibi ciddi sağlık sorunlarıyla ilişkilidir (Rubino ve ark., 2025). Küresel ölçekte 2030 yılına kadar hem genel hem de klinik obezite prevalansında belirgin bir artış beklenirken, Türkiye’de TURDEP-II çalışması erişkinlerde obezite sıklığını %32 olarak bildirmiştir (kadınlarda %44, erkeklerde %27) (Lobstein ve ark., 2023; Satman ve ark., 2013).

Obezitenin etiyolojisi çok etkenli bir yapıya sahiptir. Nöroendokrin bozukluklar ve hipotalamik devrelerdeki sapmaların yanı sıra, leptin–melanokortin ekseninde yer alan LEP, LEPR, POMC, PCSK1, MC4R, MRAP2 ve ADCY3 gibi genlerin rolü büyüktür; yaygın obezite ise çok sayıda küçük etkili genetik varyantın kümülatif etkisiyle ilişkilendirilmektedir (AKSOY ve BALCIOĞLU, 2008; Kishi ve Elmquist, 2005). “Toksik” beslenme ortamı, düşük fiziksel aktivite ve çeşitli sosyoekonomik-dokusal etkenler çevresel risk zeminini güçlendirirken, stres, duygulanım regülasyonu bozuklukları, bilişsel çarpıtmalar ve öğrenme süreçleri obezitenin psikolojik boyutunu şekillendirmektedir (Bruch, 1964; Lomax ve ark., 1989). Diyete bağlı nöroinflamasyonun hipotalamus ve ödül devrelerinde erken dönemde tetiklendiğini gösteren hayvan ve insan çalışmaları, sinirsel-plastik değişimlerin obezite klinik tablosuna eşlik ettiğini düşündürmektedir (Borcherding ve ark., 2011; González-García ve García-Cáceres, 2021; Rapuano ve ark., 2020).

Tedavi sürecinde, yaşam tarzı değişiklikleri temel müdahale yaklaşımı olmaya devam etse de, uzun dönemli kilo yönetiminde başarı sınırlı kalmaktadır. Farmakoterapide

orlistat ve GLP-1 reseptör agonistleri (örneğin semaglutid) gibi ajanlar kullanılmakta; ancak bazı farmakolojik tedaviler güvenlik kaygıları nedeniyle piyasadan çekilmiştir (Erden ve ark., 2023; Onakpoya ve ark., 2016). VKİ ≥ 40 kg/m² ya da ≥ 35 kg/m² olup eşlik eden komorbidite varlığında bariatrik cerrahi seçilmiş olgularda anlamlı ve kalıcı kilo kaybı sağlayabilir; ancak komplikasyonlar, psikiyatrik eş tanılar ve mortalite desenleri göz önüne alındığında dikkatli hasta seçimi gereklidir (Adams ve ark., 2007; Encinosa ve ark., 2006; Mechanick ve ark., 2020).

Obezite; damgalanma, beden imgesi sorunları, duygusal yeme ve duygu düzenleme güçlükleri ile sıkı biçimde ilişkilidir. Özellikle bulimiya nervoza (BN) ve tıknırcasına yeme bozukluğu (BED) ile olan kesişimler klinik açıdan dikkate değerdir (Chu ve ark., 2019; Godet ve ark., 2022; Pla-Sanjuanelo ve ark., 2015). DSM-5 obeziteyi doğrudan bir ruhsal bozukluk olarak sınıflamamakta; bu tercih, obezitenin toplumsal dağılımı, çok etkenli yapısı ve bireyler arası fenotipik çeşitlilikle uyumludur (A. P. Association, 2013). Öte yandan, Amerikan Tıp Birliği (AMA) obeziteyi tıbbi bir hastalık olarak tanımakta; sistemik komplikasyonlar, komorbiditeler ve sağlık yükü bu yaklaşımı desteklemektedir (A. M. Association, 2013).

Bu çerçevede, içgörü kavramı; bireyin hastalığını tanıması, belirtileri doğru şekilde atfetmesi ve değişim gereksinimini kabul etmesi gibi çok boyutlu bileşenleriyle, tedaviye uyum ve klinik seyir açısından kritik bir belirleyici olarak değerlendirilmektedir (Belvederi Murri ve Amore, 2019; Thirioux ve ark., 2020). Psikoz literatüründe içgörünün klinik sonuçlarla ilişkisi kapsamlı biçimde belgelenmiş olmasına rağmen obezite alanında içgörü daha çok “farkındalık” kavramı üzerinden parçalı biçimde ele alınmış; içgörünün klinik ve bilişsel boyutlarını bir arada ve ölçek temelli değerlendiren bütüncül çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır (Cohen, 2008; Johnson ve ark., 2014). Bu metodolojik eksiklik, obezite yönetiminde bireyselleştirilmiş müdahalelerin yapılandırılmasını güçleştirmektedir. Çalışmamızın amacı majör psikopatolojilerde ve psikotik olmayan psikiyatrik bozukluklar için geliştirilmiş içgörü ölçeklerinin obezitede içgörüyü ne kadar ölçtüğünü belirlemek ve obezite şiddeti ile içgörü düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Tanım ve epidemiyoloji

Obezite, genellikle vücut yağ kütesinin yağsız kütleyle oranla aşırı artması ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının ideal düzeyin üzerine çıkması şeklinde tanımlanmaktadır (Tam ve Çakır, 2012). Sağlığı olumsuz yönde etkileyen, yaşam kalitesini düşüren ve ölüm riskini artıran, çok yönlü, kronik, ilerleyici ve heterojen bir hastalıktır (Lingvay, Cohen, Roux, ve ark., 2024).

Obezitenin önemli nedenlerinden biri, vücuttaki fazla enerji depolanması ile kullanılan enerji miktarının uyumsuzluğudur; bu da beslenmeyle ilgili sinyallerin düzeninin bozulmasına ve enerji harcamasının azalmasına sebep olabilir (Lin ve Li, 2021). Obezite hayati organlarda hasara yol açarak yaşam kalitesini ciddi şekilde düşüren ve yaşamı tehdit edebilecek çeşitli komplikasyonların gelişmesine neden olabilir. Bu komplikasyonlar arasında kalp krizi, inme ve böbrek yetmezliği gibi durumlar yer almaktadır (Rubino ve ark., 2025).

Yetişkinlerde obezitenin değerlendirilmesinde en yaygın ve basit yöntemlerden biri vücut kitle indeksidir (VKİ). VKİ, kişinin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine (m^2) bölünmesiyle hesaplanır. Elde edilen değere göre; 18,5–24,9 kg/m^2 arası normal, 18,5 kg/m^2 'nin altı zayıf, 25–29,9 kg/m^2 arası ise fazla kilolu olarak kabul edilir. VKİ'nin 30 kg/m^2 ve üzerinde olması durumunda obeziteden söz edilir. Obezite durumu da kendi içinde üç evrede sınıflandırılır: Evre 1 (30–34,9 kg/m^2) hafif obezite, Evre 2 (35–39,9 kg/m^2) orta dereceli obezite ve Evre 3 (≥ 40 kg/m^2) ileri derecede obezite ya da morbid obezite olarak tanımlanır (Derneği, 2024).

2030 yılına kadar dünya nüfusunun yaklaşık %14'ünün genel olarak, %20'sinin ise klinik obezite seviyesinde olacağı öngörülmektedir. Ayrıca, bireylerin %18'inin vücut kitle indeksinin (VKİ) 30 kg/m^2 'nin üzerinde, %6'sının 35 kg/m^2 'nin üzerinde ve %2'sinin 40 kg/m^2 'nin üzerinde olması beklenmektedir. Dünya Obezite

Federasyonu, yüksek sosyoekonomik düzey ve kişi başına düşen gelirin fazla olduğu ülkelerde obezite prevalansının artma riskinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Lobstein ve ark., 2023).

Türkiye’de obezite sıklığına ilişkin önemli bulgulardan biri, 2010 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi öncülüğünde gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) kapsamında ortaya konmuştur. Çalışma sonuçlarına göre, erişkin bireylerde obezite prevalansı %32 olarak belirlenmiş; cinsiyet temelli değerlendirmede ise bu oran kadınlarda %44’e, erkeklerde ise %27’ye ulaşmıştır (Satman ve ark., 2013).

2.1.2. Obezitenin etiyolojisi

2.1.2.1. Nöroendokrin nedenler

Obezitenin etiyolojisinde; Cushing sendromu, hiperinsülinizm, hipotiroidi gibi çeşitli hormonal-metabolik bozuklukların yanı sıra, ventromedial bölge lezyonları ve ob genindeki mutasyonlar sonucu leptin sentezindeki değişiklikler gibi birçok nöroendokrin faktörün rol oynadığı gösterilmiştir (AKSOY ve BALCIOĞLU, 2008; Kishi ve Elmquist, 2005).

2.1.2.2. Genetik

Obezite; genetik yatkınlık, metabolik süreçler, bireysel davranışlar ve çevresel koşullar gibi çok sayıda faktörün etkileşimiyle ortaya çıkan, kronik, kompleks, ilerleyici ve nüks etme riski taşıyan bir hastalıktır (Derneği, 2024).

Genom çapında ilişki çalışmaları, obezite ile bağlantılı 140'tan fazla genetik kromozomal bölgenin tanımlanmasını sağlamış ve bu durum obeziteye genetik yatkınlık olduğunu göstermiştir (Fall ve ark., 2017). Vücut kitle indeksi (VKİ) ve genel obezite ile ilişkilendirilen genlerin ifadesi, merkezi sinir sisteminde yoğun bir şekilde bulunmaktadır (Locke ve ark., 2015). Ancak, VKİ üzerinde belirgin etki büyüklüğüne sahip gen sayısı sınırlıdır. Bunlar arasında leptin ve melanokortin sinyalleme yollarına dahil olan genler ile Prader-Willi sendromundan sorumlu, kromozom 15'in belirli bir bölgesindeki babadan gelen genler yer almaktadır (Angulo

ve ark., 2015). Yaygın obezite ise, monogenetik vakaların aksine, çok sayıda genin küçük etkilerinin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır (Gadde ve ark., 2018).

Tokluk sinyalleri ve enerji harcamasının düzenlenmesinde temel rol oynayan leptin-melanokortin yolu, hipotalamustaki arkuat ve paramedian çekirdekler düzeyinde işlev görür (Faccioli ve ark., 2023). Bu yol, yağ dokusundan salgılanan leptin hormonuyla başlar. Leptin, LEP geni tarafından sentezlenir ve reseptörü LEPR'yi aktive ederek anoreksijenik nöronlarda prohormon subtilisin/keksin konvertaz 1 (PCSK1) enzimini uyarır. Bu süreç, proopiomelanokortin'in (POMC) alfa-melanosit uyarıcı hormona (α -MSH) dönüşümünü sağlar. α -MSH, melanokortin 4 reseptörü (MC4R) ile etkileşerek tokluk sinyallerinin iletilmesinde görev alır (Brouwers ve ark., 2021). Bu sinyal yolunun işleyişinde ayrıca MRAP2 geni (melanokortin reseptör aksesuar proteini 2), ADCY3 geni (adenilat siklaz 3) gibi yapılar da yer alır (Baron ve ark., 2019; Bernard ve ark., 2023; Saeed ve ark., 2018). Bu genlerde meydana gelen mutasyonlar, hem monogenik hem de sendromik obezite ile ilişkili fenotiplerin gelişimine neden olabilir.

Obeziteyle ilişkili genlerin ve epigenetik değişikliklerin merkezi sinir sisteminde özellikle yüksek oranda ifade edilmesi dikkate alındığında, bu genlerin sadece hipotalamusta enerji dengesini düzenleyen mekanizmalarda değil; aynı zamanda ödül odaklı karar verme, öğrenme ve hafıza süreçleri, mekânsal yönelim gibi, obeziteyi tetikleyen çevresel faktörlerle etkileşime giren sinir ağlarında da önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Gadde ve ark., 2018).

Leptin sentezindeki bozukluklar, leptin reseptör işlevsizlikleri, proopiomelanokortin geninde görülen mutasyonlar veya melanokortin-4 reseptör sistemindeki anormallikler bu duruma örnek teşkil etmektedir (Farooqi ve O'Rahilly, 2007; Loos, 2012), (Farooqi ve O'Rahilly, 2007). Bununla birlikte, obezite ve yağ dokusunun dağılımı ile ilişkili yaklaşık 100 civarında farklı gen tanımlanmış olup, bunların her birinin etkisi görece sınırlıdır (Locke ve ark., 2015; Shungin ve ark., 2015). Benzer çevresel koşullar altında bazı bireylerde obezitenin gelişmesine karşın bazılarında gelişmemesi, söz konusu farklılığın çok sayıda değişkenden kaynaklandığını ve daha

önce vurgulandığı üzere genetik bileşenlerin de bu süreçte belirleyici olduğunu göstermektedir (Bray ve ark., 2017).

2.1.2.3. Çevresel faktörler

Obezite büyük ölçüde çevresel bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Batılı yaşam tarzına geçiş sürecinde olan toplumlarda obezite sıklığında belirgin bir artış gözlenmektedir. Obezitenin temel çevresel belirleyicileri yüksek kalorili beslenme ve düşük düzeyde fiziksel aktivitedir. Sosyoekonomik durum ve yaşanılan çevre de bu süreçte önemli rol oynamaktadır. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde, insanın evrimsel uyumuyla örtüşmeyen yaşam biçimlerinde obezitenin adeta kaçınılmaz hale geldiği, “obeziteye yatkın” ya da “toksik” bir çevre ortaya çıkmaktadır. Obezite salgınının önüne geçebilmek, ancak bu toksik çevrenin dönüştürülmesi ve değiştirilmesi ile mümkün olacaktır (Poston II ve Foreyt, 1999).

2.1.2.4. Psikolojik faktörler

Aşırı yeme davranışının ortaya çıkmasında stres ve kaygı gibi psikolojik etkenler önemli bir rol oynamaktadır. Obezitenin etiyolojisinde yer alan bu psikolojik faktörler, farklı kuramcılar tarafından çeşitli biçimlerde açıklanmıştır. Psikanalitik bakış açısına göre obez bireyler, çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimlerine sahiptir ve psikoseksüel gelişimin oral evresinde fiks olmuşlardır. Bu döneme fiksasyon, aşırı iyimserlik ya da karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık eğilimi ve sabırsızlık gibi özelliklerle tanımlanan bir kişilik yapılanmasına yol açabilir (Lomax ve ark., 1989).

Bruch’a göre aşırı yeme davranışının temeli, obez bireylerin yaşamlarının erken dönem deneyimlerine dayanmaktadır. Bebeğin ilk haz ve gerilim azaltma aracı olan anne sütü, aynı zamanda onun ilk kişilerarası etkileşimi ve dış dünya ile kurduğu ilk iletişim biçimidir. Bu dönemde beslenme, annenin ilgisi ve sevgisiyle ilişkilendiği için bebek açısından güven ve huzur duygusunun kaynağı haline gelir. Bu nedenle Bruch, yiyeceğin bireyin ileriki yaşamında temel bir psikolojik anlam kazandığını vurgulamaktadır (Bruch, 1964).

Becker’e göre obezite, bireyin kendisiyle ve çevresindekilerle yaşadığı ilişkisel zorluklarla başa çıkma biçimidir. Kişi, ifade edemediği ya da çözümleyemediği

bilinçdışı çatışmalarını aşırı yeme davranışı aracılığıyla dışa vurur (Mermi, 2018). Psikanalizin erken dönem kuramcılarının obezitenin kökeninde oral döneme ilişkin çatışmaların bulunduğunu öne sürerken, sonraki araştırmacılar obeziteyi depresyon ve diğer olumsuz duygulara karşı bir baş etme mekanizması olarak değerlendirmiştir. Kornhaber ise obez bireylerin olumsuz duygularla başa çıkmayı aşırı yeme yoluyla öğrendiklerini ve kişilik özelliklerinin, uyum sağlayıcı baş etme becerilerinin gelişimini engellediğini ifade etmektedir (Kornhaber, 1970).

Geçmişte yapılan psikanalitik çalışmalar, obez bireyler arasında yapısal ve dinamik farklılıklar bulunsa da ego yapılarının anoreksiya nervoza tanılı hastalardan belirgin biçimde ayrıldığını öne sürmüştür. Bu erken dönem araştırmalar, obez bireylerin ailelerinde patolojik narsistik aile yapılarının yaygın olduğunu ve bu yapının dürtü kontrolü üzerinde yetersiz etki yarattığını belirtmiştir. Bu yaklaşımlara göre, obez bireyler ego çatışmalarını anoreksiya nervoza tanılı hastalardaki gibi içgüdüsel aşırı kontrol yoluyla değil, içgüdüsel haz odaklı biçimde düzenlemeye çalışmaktadır. Ayrıca, bu bireylerin suçluluk duygularını aç kalma, kusma ya da laksatif kullanımı gibi davranışlarla değil; dürtülerini kontrol edememelerinin sorumluluğunu inkâr ederek azaltmaya çalıştıkları ileri sürülmüştür. Zayıf ego yapılarından kaynaklanan, sık yinelenen ve sonuçsuz kalan diyet girişimleri ise özdenetim eksikliğinin bir göstergesi olarak yorumlanmıştır (Wilson ve ark., 1992).

Yine o dönemde öne çıkan davranışçı modele göre obezite, bireyin olumsuz duygusal durumlarını hafifletmek için uygun olmayan yeme davranışlarını olumsuz pekiştireç olarak kullanmasıyla öğrenilmiş bir durumdur (Wadden ve ark., 1994). Ayrıca, öğrenme kuramı ilkelerine dayanarak egzersiz yapmamanın da bir tür pekiştireç işlevi görebileceği öne sürülmüştür (Noordenbos, 2003; Wilson, 1994).

Obeziteyi açıklamaya yönelik geçmiş dönemde ortaya konan bir diğer kuramsal yaklaşım ise bilişsel-davranışçı modeldir. Bu model, bireylerin bilgi işleme süreçlerinde sistematik hatalar bulunduğunu ve hem dış çevreden gelen hem de içsel kaynaklı bilgilerin bilişsel olarak çarpıtıldığını öne sürmektedir. Bu çarpıtmalar sonucunda obez bireylerin işlevsel olmayan tutumlar ve bilişsel yanlışlıklar geliştirdiği düşünülmüştür. Bilişsel-davranışçı yaklaşım, obezitenin yalnızca yeme davranışıyla

değil, aynı zamanda bireyin çevresinden aldığı sosyal destek, duygusal deneyimleri ve bu deneyimlerin bilişsel olarak nasıl yorumlandığıyla da ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (Wilson, 1994).

Çocuklukta aileden ayrılma, depresyon, aile içi düzensizlikler ve olumsuz ilişkiler, çocukluk çağı obezitesine katkıda bulunabilmektedir. Ayrıca, ailenin beslenme biçimi, yanlış beslenme alışkanlıkları ve hormonal-metabolik bozukluklar, obezitenin ortaya çıkmasına yol açabilecek diğer önemli etkenler arasında yer almaktadır (Şengönül ve ark., 2019).

Yeme davranışına ilişkin güncel araştırmalar, aşırı yeme eğilimine yol açan süreçlerle ilgili yeni yaklaşımlar ortaya koymaktadır. Yalnızca besin alımını düzenleyen homeostatik süreçlerdeki dengesizlikle açıklanan basitleştirilmiş görüşün ötesine geçilmiş ve bu durumun daha karmaşık psikososyal mekanizmalarla ilişkili olduğu anlaşılmıştır (Sojcher ve ark., 2012). Bu mekanizmalardan biri, insanların enerji açığı bulunmasa dahi yeme eğilimini ifade eden hedonik beslenme ile, besin kıtlığı veya sosyal baskılar gibi nedenlerle yeme davranışını sınırlayan inhibisyon kontrolü arasındaki çatışmaya dayanmaktadır; stresin varlığı ise bu dengeyi yeme artışı ve inhibisyon azalması yönünde değiştirebilmektedir (Adam ve Epel, 2007; Appelhans, 2009). Bir diğer bakış açısına göre ise bireyler, içsel deneyimlerinden uzaklaşmanın bir yolu olarak ‘farkında olmadan yeme’ davranışına yönelebilmektedir (Wansink ve Sobal, 2007).

2.1.3. Tedavi

Obezite, küresel ölçekte toplum sağlığını tehdit eden ve mevcut sağlık sorunlarını daha da ağırlaştıran önemli bir sağlık sorunudur. Eğer obeziteyi çeşitli anormal fizyolojik değişimlerle birlikte ele alınacak olursa, bu durumla etkili bir şekilde başa çıkabilmek ya da tedavi sürecini doğru yönetebilmek için söz konusu değişimlerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (Arslan, 2023)

Obezitede uzun yıllardır en yaygın şekilde başvurulanan tedavi yöntemi yaşam tarzı değişiklikleri olsa da bu yaklaşımın kalıcı kilo kaybı üzerindeki etkisi genellikle

sınırlı kalmaktadır. Ancak yakın dönemde, daha başarılı kilo kaybı sağlayan yeni tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Sundbom ve ark., 2024).

Obezite tedavisinde kullanılan bazı medikal ajanlar incelendiğinde, Orlistat pankreatik ve intestinal lipaz enzimlerini inhibe ederek diyetle alınan yağların serbest yağ asitleri ve monogliseritlere parçalanmasını, dolayısıyla emilimini engellemektedir. Ancak nadir görülen vakalarda karaciğer yetmezliği ve pankreatit gibi ciddi advers etkilere neden olabileceği bildirilmiş olup, bu nedenle dikkatli kullanımı önerilmektedir. Daha önce kullanılan sibutramin, kardiyovasküler sistem üzerindeki toksik etkileri ve olası psikiyatrik yan etkileri nedeniyle piyasadan çekilmiştir. Benzer şekilde, lorkaserinin kanser riskini artırabileceğine dair bulgular nedeniyle ilacın kullanımı sonlandırılmıştır (Onakpoya ve ark., 2016). Semaglutid, kullanılan GLP-1 reseptör agonistlerinden liraglutide göre daha uzun etki süresine sahip olan ve bu grup içerisindeki en yeni ajanlardan biridir. Kısa süre önce Avrupa, Japonya ve Kuzey Amerika’da tip 2 diyabet tedavisi için ruhsatlandırılmıştır. Haftada bir kez uygulanabilmesi, uzun dönem tedavilerde hasta uyumunu artırmakta ve kullanım kolaylığı sayesinde tercih edilme nedenlerinden biri olmaktadır (Erden ve ark., 2023).

Obezite tedavisinde cerrahi yöntemler; vücut kitle indeksi (VKİ) 40 kg/m² ve üzerinde olan bireyler ile VKİ’si en az 35 kg/m² olup, kiloya bağlı ciddi bir sağlık sorunu bulunan ve yapılandırılmış yaşam tarzı değişikliği ile medikal tedaviye rağmen istenen sonuçlara ulaşamayan hastalarda değerlendirilmesi gereken bir seçenektir (Mechanick ve ark., 2020).

Genel olarak, şiddetli obezite vakalarında uygulanan bariatrik cerrahi; uzun dönemli kilo kaybı, düşük oranda kilo geri alımı ve tip 2 diyabetin klinik özelliklerinde belirgin iyileşme gibi önemli avantajlar sağlamaktadır (Dixon ve ark., 2008; Rubino ve ark., 2010; Sjostrom ve ark., 2007). Ancak, bu olumlu sonuçların altında yatan fizyolojik ve nöroendokrin mekanizmalar tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı araştırmacılar, bu etkilerde inkretin hormonlarının salınımındaki artışın ve mide kaynaklı hormonların sekresyonundaki azalmanın rol oynayabileceğini ileri sürmüştür (Cummings, 2009; Rubino ve ark., 2010).

Öte yandan, özellikle vücut kitle indeksi (VKİ) 40 kg/m²'nin üzerinde olan bireylerde sık görülen psikiyatrik bozuklukların, cerrahi sonrası dönemde de sürdüğü, hatta bazı olgularda yeniden alevlenebildiği bildirilmektedir. Nitekim, depresyon gibi duygudurum bozuklukları öyküsü bulunan birçok obez hastanın, operasyon sonrasında bu semptomları yeniden deneyimlediği gösterilmiştir (Elkins ve ark., 2005). Ayrıca, gastrik bypass uygulanan hastalarda, obez kontrol grubuna kıyasla obeziteye bağlı olmayan mortalite özellikle intihar ve kaza kaynaklı ölümler riskinin 1,58 kat arttığı saptanmıştır (Adams ve ark., 2007).

Bariatrik cerrahiye bağlı fiziksel komplikasyonlar da oldukça yaygındır. Bariatrik cerrahi uygulanan 2522 yetişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, ilk hastane yatışı sırasında komplikasyon oranı %21,9 olarak bildirilmiş; ameliyatı izleyen altı ay içerisinde ise toplam komplikasyon oranı %39,6'ya ulaşmıştır (Encinosa ve ark., 2006).

Sonuç olarak, bariatrik cerrahi birçok vakada etkili ve yaşam süresini uzatıcı bir yöntem olarak kabul edilse de, ciddi komplikasyon riskleri ve psikiyatrik açıdan dikkat gerektiren yönleri nedeniyle, küresel obezite sorunuyla mücadelede rutin bir çözüm yöntemi olarak değerlendirilmesi uygun değildir (Jauch-Chara ve Olthmanns, 2014).

2.1.4. Obezite ve psikiyatri

Obezitenin dünya genelinde giderek yaygınlaşmasına rağmen, bu durumla baş etmeye çalışan bireyler sıklıkla toplumsal damgalama ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu deneyimler, düşük özsaygı, çarpık beden algısı, fiziksel görünümünden memnuniyetsizlik ve olumsuz benlik algısı gibi bir dizi psikolojik soruna yol açabilir. Söz konusu toplumsal baskılar, derin yalnızlık, melankoli ve kaygı duygularını artırarak depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarına karşı duyarlılığı yükseltebilir. Buna ek olarak, bu tür stres ve sıkıntılar, bireylerin duygusal dalgalanmalar ve sosyal baskılarla başa çıkarken uyumsuz yeme davranışları geliştirme riskini de artırır; bu davranışlar kompulsif aşırı yemeden aşırı beslenme kısıtlamalarına kadar çeşitlenebilir. Obezite, bireylerin sağlık sorunları, toplumsal normlar ve kişisel beklentilerle baş etme sürecinde kronik stres ve duygusal

çalkantının hem nedeni hem de sonucu olarak rol oynayabilir. Toplumsal yargılanma korkusu, çoğu zaman sosyal etkileşimlerden uzaklaşmaya ve izolasyon ile yalnızlık döngüsünün derinleşmesine yol açar. Ayrıca, obeziteye yönelik yaygın damgalama, yaşamın çeşitli alanlarında ayrımcılığı tetikleyerek zihinsel iyi oluşu olumsuz etkiler ve genel yaşam kalitesini düşürebilir (Chu ve ark., 2019; Fabricatore ve Wadden, 2004; Sarwer ve Polonsky, 2016; Wardle ve Cooke, 2005).

Duygusal yeme, bireyin yaşadığı duygulara yanıt olarak aşırı yemek tüketmesi ya da tıknırcasına yeme davranışı sergilemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu durum genellikle istenmeyen duygularla baş etme çabası olarak yorumlanmaktadır (Heatherton ve Baumeister, 1991; Polivy ve Herman, 1993). Bununla birlikte, kimlerin bu davranış biçimine daha yatkın olduğu kesinlik kazanmamıştır; çünkü sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip kişilerde dahi zaman zaman duygusal tepkiler sonucu yeme artışı gözlenebilmektedir (Macht, 2008).

Duygusal yeme, ayrı bir yeme bozukluğu değil; daha çok yeme ile ilişkili davranışlar, stres, duygular ve bireysel hislerden etkilenen bir yeme davranışıdır. Ancak, özgül yeme bozukluklarından farklı olarak duygusal yemenin, tüketilen yiyeceklerin miktarı ve kalitesini kontrol etmede tamamen başarısızlıkla ilişkili olmadığı açıkça belirtilmelidir (Grajek ve ark., 2022). Duygusal ya da “rahatlama amaçlı” yeme ile strese bağlı yeme, olumsuz duygular karşısında yeme eğilimini artırır ve bu durum genellikle enerji yoğun, besin değeri düşük fakat lezzetli yiyeceklerin tercih edilmesiyle sonuçlanır (Godet ve ark., 2022; Pla-Sanjuanelo ve ark., 2015). Bu tür yeme davranışları; depresif ruh hali, kaygı ve stres gibi olumsuz duyguları azaltmak ve kontrol altına almak için bir baş etme mekanizması işlevi görür (Sambal ve ark., 2021).

Stres ve duygusal durumlar, yeme davranışını etkilemektedir. Stres ve olumsuz duygudurum, iştahı farklı şekillerde etkileyebilir; bazı bireylerin daha fazla, bazılarının ise daha az yemesine neden olabilir. Bu davranışlar, sırasıyla duygusal aşırı yeme ve duygusal az yeme olarak tanımlanmakta olup, vücut ağırlığı ile ilgili sorunların ve yeme bozukluklarının başlangıcıyla ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte, her iki cinsiyetten önemli bir birey alt grubunda, olumsuz duygular ve stres,

aşırı yeme davranışını tetiklemektedir; bu yeme biçimi, "duygusal yeme" olarak adlandırılmaktadır (Dakanalis ve ark., 2014; Dakanalis ve ark., 2013; Evers ve ark., 2018).

Öte yandan, anormal duygusal işlevsellik; duyguları uygun şekilde tanıma, anlama ve başa çıkma konularında yaşanan güçlükler ile zararlı duyguların uzun süreli olarak yoğun biçimde yaşanması anlamına gelmektedir. Özellikle yüksek düzeyde olumsuz duygulanım, beden memnuniyetsizliği, benliği dışsal görünüş üzerinden değerlendirme (self-objectification) ve düşük benlik saygısı, tıknırcasına yeme davranışı ve uygunsuz kilo dengeleme davranışlarının sürekli olarak sürdürülmesinde belirleyici faktörler olarak öne çıkmaktadır. Benliği dışarıdan bir gözle, yani üçüncü bir kişinin bakış açısıyla değerlendirme biçimi olan self-objectification, hem bu tür davranışların başlamasında hem de devam etmesinde en güçlü etken olarak belirlenmiştir (Dakanalis ve ark., 2023).

Beden imgesi, bireyin kendisini nasıl gördüğü ve başkalarına nasıl göründüğünü hayal ettiği imajdır. Bu kavramın çok boyutlu olduğu düşünülmekte olup , algısal, bilişsel-duygusal ve davranışsal bileşenleri içermektedir (Thompson, 2004). Beden imgesinden duyulan memnuniyetsizlik, bu bileşenler arasındaki etkileşim nedeniyle çeşitli düzeylerde bozulmalara yol açabilir. Önceki araştırmalar, fazla kilolu ve obez bireylerde beden imgesi ve bileşenleriyle ilgili tutarsız bulgulara işaret etmektedir. Örneğin, Friedman ve Brownell'in meta-analizi, fazla kilolu olmanın algısal beden imgesi bozukluğu ile orta düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir; bu etki çalışmalar arasında görece tutarlılık sergilemektedir. Ayrıca, obez bireylerin normal kilolu kontrollere kıyasla artan beden memnuniyetsizliği ile ilişkili olarak olumsuz bilişsel-duygusal beden imgesine sahip oldukları da bulunmuştur (Friedman ve Brownell, 1995). Ancak, bu bulguların genellenebilirliği sınırlıdır; zira çoğu çalışmada eşlik eden yeme bozuklukları dikkate alınmamaktadır. Oysa beden imgesi ele alınırken, bu durum kritik öneme sahiptir; çünkü beden imgesi yeme bozuklukları ile güçlü bir ilişki göstermektedir (Cash ve Deagle III, 1997; Stewart ve Williamson, 2004a, 2004b)

Yüksek düzeyde uyarılmışlık ya da yoğun duyguların yeme davranışını baskıladığı ileri sürülmektedir. Bu görüş, söz konusu duyguların otonom sinir sistemini aktive ederek tokluk hissini tetikleyen fizyolojik değişiklikler oluşturduğu varsayımına

dayanmaktadır. Bu değişiklikler arasında mide boşalmasının yavaşlaması, sindirim sisteminden kaslara doğru kan akışının yönlendirilmesi ve iştahı baskılayıcı etkisi bulunan katekolaminlerin salınımı yer almaktadır (Torres ve Nowson, 2007; Wing ve ark., 1990).

Yakın zamanda, laboratuvar ortamlarında hem olumsuz hem de olumlu duyguların yiyecek alımı üzerindeki etkilerini inceleyen bir meta-analiz gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar genel olarak, olumsuz duyguların küçük fakat anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ve yeme davranışında artışa yol açtığını göstermiştir. Sağlıklı kontrol gruplarında ve obez bireylerde yeme davranışı değişmezken, kısıtlayıcı yiyecekler ve tıknırcasına yeme eğilimi gösteren alt gruplarda olumsuz duygular yiyecek tüketiminde artışa neden olmuştur; ancak bu etkinin büyüklüğü yine de sınırlı düzeydedir. Ayrıca, olumlu duyguların da yiyecek alımını artırıcı yönde küçük bir etkisi olduğu rapor edilmiştir (Cardi ve ark., 2015).

Sonuç olarak, farklı türde duygusal deneyimlerin yeme davranışını hem artırabileceği hem de azaltabileceği öne sürülmektedir. Duyguların yeme üzerindeki etkisinin kimlerde ve hangi koşullarda ortaya çıktığına ilişkin görüşlerdeki tutarsızlık, bireysel araştırmalardan elde edilen bulgulara da yansımaktadır (Evers ve ark., 2018).

Artmış vücut kitle indeksi (VKİ), depresif ve anksiyete belirtilerinin kronikleşmiş seyrine işaret eden önemli bir öngörücü olarak değerlendirilmektedir (Milaneschi ve ark., 2019; Zhao ve ark., 2009). Majör depresif bozukluk ve anksiyete riskinin, metabolik sendromda gözlenenlere benzer biçimde, eşzamanlı metabolik bozuklukların sayısı ile doğru orantılı olarak yükseldiğı bildirilmektedir (Jokela ve ark., 2014; Tang ve ark., 2017). Obezite, depresif bozukluklarda gözlenenlere paralel çeşitli yapısal ve işlevsel beyin değişiklikleriyle ilişkilendirilmiştir; bunlar arasında bölgesel hücre yoğunluğunda artış, sinirsel bağlantılarda zayıflama ve nöronal uyarılabilirlikte azalma yer almaktadır (Opel ve ark., 2021; Rapuano ve ark., 2020). Literatürde, yetersiz beslenme alışkanlıkları ve fiziksel inaktiviteye bağlı olarak gelişen uzun süreli inflamasyonun ve buna eşlik eden metabolik sonuçların söz konusu değişikliklerde belirleyici olduğu ileri sürülmektedir. Klinik gözlemler ile obeziteye bağlı depresif ve anksiyeteye benzer davranış örüntüleri sergileyen

deneysel kemirgen modellerinin birlikte incelenmesi, sürece katkıda bulunan immünometabolik ve nörolojik mekanizmaların aydınlatılmasına önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (Fulton ve ark., 2022).

İnsan çalışmalarını destekleyen ve genişleten hayvan araştırmaları, yüksek yağ ve şeker içerikli beslenmenin fare hipotalamusu, hipokampusu , nucleus accumbens ve ventral tegmental alanında reaktif gliyozisi tetiklediğini ve sitokin ile kemokin gen ekspresyonunu artırdığını ortaya koymaktadır. Doymuş yağ açısından zengin beslenmenin yol açtığı inflamatuvar yanıt ve buna bağlı metabolik bozulmalarda mikrogliya ve astrositlerin belirleyici rol oynadığı bildirilmektedir (González-García ve García-Cáceres, 2021; Rapuano ve ark., 2020; Valdearcos ve ark., 2019). Hipotalamustaki inflamatuvar belirteçlerin dikkat çekici özelliği, yüksek yağlı diyetin yalnızca 3. gününde yağ dokusu genişlemesi ve periferik inflamasyon ortaya çıkmadan önce gözlemlenebilmesidir. Bu bulgu, aşırı kalori alımının doğrudan besin-beyin etkileşimleri ve/veya endokrin mekanizmalar aracılığıyla adaptif inflamatuvar sinyal artışına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Farelerde gözlenen bu erken immün yanıt başlangıçta geçici olarak kaybolmakta, ancak daha sonra kilo artışı ve metabolik bozukluklarla birlikte daha güçlü şekilde yeniden ortaya çıkmakta ve 8. aya gelindiğinde nöral dejenerasyon belirtileri gözlenmektedir (Kleinridders ve ark., 2015). Genetik, farmakolojik ya da diyet temelli müdahaleler yoluyla nöroinflamasyonun tersine çevrilmesi ve davranışsal anormalliklerin düzeltilmesi, obeziteye bağlı nöropatofizyolojide nöroinflamasyonun nedensel rolünü güçlü biçimde desteklemektedir (Borcherding ve ark., 2011). Örneğin, kronik doymuş yağlı diyetin tetiklediği anksiyodepresif davranışlar, nucleus accumbens'te NFκB aktivasyonunun seçici inhibisyonu ile ortadan kaldırılabilmiş ve bu durum bölgenin inflamatuvar durumunun hafiflemesiyle paralellik göstermiştir. Ayrıca, nucleus accumbens'te NFκB aracılı inflamasyonun azaltılması, obez farelerde kompulsif sükröz arayışını engellemiştir. Bu bulgular, aşırı yemenin atipik depresyonun tipik bir özelliği; immünometabolik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlarla uyumludur. Kemirgenlerde elde edilen bu sonuçlar, obez insanlarda bildirilen yapısal ve işlevsel değişikliklerle birlikte değerlendirildiğinde, mekanizmanın klinik önemini desteklemektedir (Rapuano ve ark., 2020).

Tarihsel olarak obezite ve yeme bozuklukları ayrı durumlar olarak ele alınmış ve çeşitli kuramsal çerçeveler üzerinden araştırılmıştır. Ancak giderek artan kanıtlar, obezitesi olan bireylerde yeme bozukluklarının daha sık görüldüğünü ortaya koymakta ve bu bozuklukların birlikte varlığını incelemek için yaklaşımların bütünleştirilmesi gerekliliğini doğrulamaktadır. Bu bütünleşik yaklaşım, her iki durumun ortak ve farklı özelliklerini tanımlamaya ve analiz etmeye yardımcı olabilir. Yeme bozuklukları arasında, obezite ile en çok ilişkilendirilenler bulimiya nervoza (BN) ve tıkinırcasına yeme bozukluğudur (BED) (Duarte, 2020). Her ikisi de kısa bir zaman diliminde aşırı miktarda gıda alımı ve kontrol kaybı hissi ile seyreden tekrarlayıcı tıkinırcasına yeme atakları ile karakterizedir (Withnell ve ark., 2022). BN vakalarında ayrıca kusma, aç kalma, aşırı egzersiz yapma veya laksatif ve diüretik kötüye kullanımı gibi telafi edici davranışlar da gözlenmektedir (Lolk, 2013).

BN ve BED’de tıkinırcasına yeme ataklarının görülmesi nedeniyle, bu bozukluklar “tıkinırcasına yeme spektrum bozukluğu” (BSD) adı verilen tek bir kategori altında toplanmıştır. Bu yaklaşım, tıkinırcasına yemeyi tetikleyen olası faktörleri araştırmayı kolaylaştırmakta ve aynı zamanda aşırı yağ birikimi ve obezite riskinin artmasına da işaret etmektedir (Duarte, 2020). Bununla birlikte, daha düşük sıklıkta olsa da fazla kilo ve obezite diğer yeme bozukluğu türlerinde de gözlenebilmektedir. Örneğin, VKİ normal aralıkta ya da üzerinde olan ancak AN semptomları gösteren bireyler sıklıkla atipik anoreksiya nervoza tanısı almaktadır ve bu durum halihazırda OSFED kategorisinde sınıflandırılmaktadır (Kennedy ve ark., 2017; Matthews ve ark., 2022; Meierer ve ark., 2019).

Literatür, obezite ve yeme bozukluklarının komorbiditesini kolaylaştırabilecek ortak yönler bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu yönler; nörobiyolojik öğelerden genetik yatkınlığa, davranışsal ve psikolojik faktörlere kadar uzanmaktadır. Bu risk faktörleri etkileşime girerek bozuklukların karmaşıklığını artırmakta ve hem yeme bozukluklarında hem de obezitede tedaviye verilen yanıtı etkilemektedir (Camacho-Barcia ve ark., 2024).

2.1.5. Obezitenin psikiyatrik bozukluk olarak sınıflandırılmamasının nedensel ve kavramsal temelleri

DSM-5 sınıflandırmasında obezite, ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmamaktadır. Obezite gelişiminde bireyler arası farklılık gösteren genetik, psikolojik, davranışsal ve çevresel etmenlerin çeşitliliği önemli rol oynamaktadır. Bu çok etkenli yapı nedeniyle obezite, doğrudan bir mental bozukluk kapsamında değerlendirilmemektedir. Bununla birlikte, tıknırcasına yeme bozukluğu, bipolar duygudurum bozukluğu, şizofreni ve depresyon gibi bazı psikiyatrik rahatsızlıklarla obezite arasında güçlü ilişkiler bulunduğu bildirilmektedir (A. P. Association, 2013).

Obezitenin bir ruhsal bozukluğu yansıtmadığını veya nasıl yansıttığını tartışabilmek için, öncelikle “bozukluk” kavramının nasıl tanımlandığını net biçimde anlamak gerekir. Bu, oldukça zordur çünkü bir bozukluğun kapsamı konusunda görüş birliği bulunmamaktadır; birçok gözlemci de bunu vurgulamıştır (Clark, 1999; Lilienfeld ve Marino, 1995; Wakefield, 1992). Muhtemelen ruhsal bozukluğun en etkili iki tanımı, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması ile Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (APA) DSM’in çeşitli baskılarında (DSM-III’den itibaren) kullanılan tanımlardır: ICD-10’a göre, “bozukluk” terimi, “çoğu durumda sıkıntı ile ilişkili olan ve bireyin işlevselliğini etkileyen, klinik olarak tanınabilir bir semptom veya davranış setinin varlığını” ifade eder. Yazarlar ayrıca şunu belirtir: “Sadece sosyal sapma veya çatışma, bireyin işlev bozukluğu göstermemesi durumunda, burada tanımlandığı şekilde ruhsal bozukluk kapsamında değerlendirilemez” (Organization, 1992).

Benzer biçimde, DSM-IV-TR ruhsal bozukluğu şöyle tanımlar: “Bireyde ortaya çıkan ve mevcut sıkıntı (ör. acı verici bir semptom) veya işlevsellik kaybı (yani bir veya daha fazla önemli işlev alanında bozulma) ile ilişkili, klinik olarak anlamlı davranışsal veya psikolojik sendrom veya örüntü; ya da önemli derecede acı, ölüm, sakatlık, işlev kaybı veya özgürlük kaybı riskinin artışı ile ilişkili sendrom veya örüntü” (Edition, 1980).

ICD-10’da olduğu gibi, DSM-IV-TR de sadece birey ile toplum arasındaki çatışmaların veya sapkın davranışların, kişisel işlev bozukluğu eşliğinde ruhsal

bozukluk olarak değerlendirilebileceğini vurgular. Ayrıca, klinik olarak anlamlı sendrom veya davranış örüntüsü, sadece belirli bir olaya verilen beklenen ve kültürel olarak kabul gören bir yanıt olmamalıdır; örneğin, bir yakının kaybına karşı normal bir yas tepkisi gibi. ICD-10 ve DSM tanımları, obezitenin ruhsal bozukluk olup olmadığı sorusuna dair birkaç önemli noktayı ortaya koymaktadır. Her iki kavramsallaştırmada, ruhsal bozuklukların bireyin kişisel işlevini bozduğunu ve sıkıntı, işlev kaybı veya yaşamın diğer alanlarında aksamalara yol açtığını vurgular. Ayrıca, ruhsal olmayan yaşam problemleri, örneğin birey ile toplum arasındaki çatışmalar, ruh sağlığı bozukluklarından açıkça ayrılır. (Marcus ve Wildes, 2009).

Obezitenin zihinsel bir işlev bozukluğundan kaynaklanıp kaynaklanmadığını değerlendirebilmek için öncelikle obezitenin etiyolojisine ilişkin güncel yaklaşımların genel bir çerçevesi sunulmalıdır. Bununla birlikte, mevcut literatürde obezitenin çok faktörlü (multifaktöriyel) bir yapıya sahip olduğu konusunda genel bir uzlaşa bulunmaktadır. Buna göre, genetik yatkınlık, bireysel ve çevresel etkenlerle karmaşık biçimde etkileşime girerek heterojen bir tabloya yol açmaktadır (Marcus ve Wildes, 2009).

Beslenmenin yaşamın sürdürülebilmesi açısından temel bir işlevi olması nedeniyle, insanların enerji alımını destekleyen çok sayıda ve yedekli biyolojik mekanizma geliştirdiği kabul edilmektedir. Ancak günümüzün ABD sosyoekonomik koşullarında, ucuz, yüksek şeker ve yağ içeriğine sahip, lezzetli yiyeceklerin kolayca erişilebilir olduğu ve fiziksel efor gereksiniminin giderek azaldığı bir çevrede bu mekanizmalar artık uyum sağlayıcı (adaptif) olmaktan çıkmış, tersine obezite gelişimini kolaylaştırıcı bir hâl almıştır (Kral, 2005).

Özetle, enerji alımının düzenlenmesi insan yaşamı için hayati önemdedir ve bu nedenle merkezi ve periferik düzeyde çok sayıda, birbirini tamamlayan ve yedekli süreçler tarafından korunmaktadır. Klinik obezite, içsel biyolojik mekanizmalar ile çevresel faktörlerdeki değişimlerin bir araya gelerek çoklu patofizyolojik yollar üzerinden obeziteye yol açtığı karmaşık bir durumdur (Marcus ve Wildes, 2009).

Obezitenin etiyolojisinde rol oynayan faktörlerin çeşitliliği ve ortaya çıkan fenotipik farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda, obezitenin bir ruhsal (psikiyatrik)

bozukluk olarak sınıflandırılmasını destekleyen kanıtlar oldukça sınırlıdır. Aksine, epidemiyolojik bulgular, obezite prevalansındaki değişimlerin büyük ölçüde kalori alımı ve enerji harcamasındaki küçük farklılıklardan kaynaklandığını ve bunun toplum genelinde vücut ağırlığı dağılımında kademeli kaymalara yol açtığını göstermektedir (Sturm, 2007).

2.1.6. Obezitenin tıbbi bir hastalık olarak kabulü

Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association, AMA) 2013 yılında yedi profesyonel dernekle birlikte obeziteyi bir hastalık olarak tanımıştır. AMA'nın Bilim ve Halk Sağlığı Konseyi, o dönemde obezitenin diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi birçok komorbidite ile yakından ilişkili “çoklu metabolik ve hormonal bir hastalık durumu” olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunduğunu belirtmiştir (A. M. Association, 2013).

Obezite, yalnızca tıbbi bir durum ya da diğer hastalıklar için bir risk faktörü olmanın ötesinde, çok yönlü bir etiyolojiye sahip karmaşık bir hastalıktır. Kendine özgü işlev bozuklukları, patofizyolojik süreçleri ve eşlik eden hastalıkları (komorbiditeleri) bulunmaktadır. Tıbbi hastalık tanımını karşılamaktadır; zira çevresel, genetik ve endokrinolojik etkenlerle ilişkili fizyolojik bir işlev bozukluğu niteliğindedir. Çevresel uyaranlara, genetik yatkınlıklara ve biyolojik anormalliklere bir yanıt olarak ortaya çıkar ve belirgin anatomik değişikliklerle birlikte karakteristik belirti ve semptom kümeleri gösterir. Aşırı yağ dokusu kalbin iş yükünü artırarak bu organda yapısal değişikliklere neden olur; ayrıca akciğer, endokrin ve immün sistem işlevlerini olumsuz yönde etkiler. Bu değişikliklerin tümü, genel sağlık üzerinde ciddi sonuçlar doğurur. Obezitenin komplikasyonları arasında kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet, obstrüktif akciğer hastalığı, artrit ve bazı kanser türleri yer almaktadır. Yüksek ölüm oranı, önemli düzeyde hastalık yükü ve ekonomik maliyeti göz önünde bulundurulduğunda obezite, tıp camiası tarafından ciddi biçimde ele alınması gereken bir hastalıktır (Conway ve Rene, 2004).

Obez olmak, yüksek vücut yağıyla ilişkili hormonal değişiklikler olsa da, her zaman kötü sağlık anlamına gelmez. Güçlü kanıtlar, bazı yetişkinlerin “şişman ama fit” olabileceğini ve hatta şişman ama fit bireylerin, zayıf ama fit olmayanlardan daha

sağlıklı olabileceğini göstermektedir (Lee ve ark., 1998). Ancak obez olmak her zaman sağlıksız olmak anlamına gelmez ve bazı bireyler şişman ama fit olabilir. En önemlisi, obeziteyi hastalık olarak etiketlemek kişisel sorumluluğu azaltabilir ve sağlıklı yaşam davranışlarından uzaklaşmaya yol açabilir (Stoner ve Cornwall, 2014).

2.1.7. Obezite ve psikiyatrik komorbidite

Obezite, küresel ölçekte hemen her toplumda artış eğilimi göstermektedir. Bu durum, hastalıkların, yeti kayıplarının ve ölüm oranlarının yükselmesine neden olmakta ve sağlık hizmetleri üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır. Günümüzde obezite, dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, obeziteyle ilişkili birçok psikiyatrik faktör bulunmaktadır ve bu faktörlerin fark edilmemesi ya da tedavi edilmemesi, obezite tedavisinin etkinliğini azaltabilmektedir (Swinburn ve ark., 2011).

Obezite ile ruhsal bozuklukların birlikte ortaya çıkması, aralarında nedensel bir bağ olabileceğini göstermektedir. Özellikle anksiyete bozuklukları, Tıkınırcasına yeme bozukluğu, duygudurum bozuklukları, majör depresyon, psikotik bozukluklar ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda obezite ile eş tanının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Mermi, 2018).

Obezite hastalarında yeme bozuklukları sık görülür ve artmaktadır, ancak hiçbir şekilde sistematik veya spesifik değildir (Melchior ve ark., 2021). Fazla kilolu bireylerin başvuru nedenleri genellikle doğrudan yeme bozukluklarıyla ilişkili olmadığından, bu kişilerin değerlendirilmesi sırasında yeme davranışlarının mutlaka gözden geçirilmesi gereklidir (Basdevant ve ark., 2011). Böylece, uzun vadede kalıcı bir kilo kaybı sağlamak için uygun ve özel bir takip planı oluşturulabilir; aksi halde, tedavi sürecinde başarısızlık riski ortaya çıkabilir. Yeme davranışı çoğu zaman, bireyin zorlayıcı duygulardan uzaklaşma biçimi haline gelir. Bu durum, kısıtlayıcı dönemlerle aşırı yeme dönemlerinin birbirini izlemesi ve yemekten alınan hazda azalma ile kendini gösterir (Basdevant ve ark., 2011; Melchior ve ark., 2021; Schag ve ark., 2013).

Obezite ile depresyon arasındaki iki yönlü ilişkiyi inceleyen 13 uzunlamasına çalışmanın meta-analizi, depresif ergenlerin obezite geliştirme riskinin %70 daha yüksek, obez ergenlerin ise depresyon geliştirme riskinin %40 daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, depresyonun ergenlerde obeziteye yol açma mutlak risk farkı, obezitenin depresyona yol açma riskinden %3 daha yüksektir (Mannan ve ark., 2016). Obezite ile psikiyatrik sorunlar arasındaki bu iki yönlü ilişki ve olumsuz çocukluk deneyimleri ile obezite arasındaki etkileşimi gösteren son kanıtlar göz önüne alındığında, obez ergenlerin yönetiminde çok sektörlü bir yaklaşıma acil ihtiyaç vardır. Ne yazık ki obezite, ağırlıkla ilgili damgalanma ve ayrımcılıkla da ilişkilidir; bu durum sosyal izolasyona yol açarak davranış değişikliğinin önünde önemli bir engel oluşturabilir. Bu nedenle, duyarlılığı yüksek halk sağlığı kampanyalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca, araştırmalar obezite ile psikiyatrik bozukluklar arasında örtüşen genetik yatkınlıklar ve nöroendokrin süreçler bulunduğunu vurgulamaktadır. Depresyonun genetik bileşeninin yaklaşık %12'sinin obezite ile paylaşıldığı saptanmıştır (Afari ve ark., 2010; Bharti ve Malhi, 2021).

Literatürde, obezitenin duygudurum ve anksiyete bozukluğu olasılığını yaklaşık %25 oranında yükselttiği ifade edilmektedir (Simon ve ark., 2006). Bunun yanı sıra obezite, alkol tüketiminde artış, kişilik bozuklukları ve anksiyete ile de bağlantılı bulunmuştur (Petry ve ark., 2008). Morbid obezite nedeniyle cerrahi başvurusu yapan bireylerde yürütülen bir çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla duygudurum bozukluğu, sigara bağımlılığı, anksiyete bozukluğu ve bulimia nervozanın daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Black ve ark., 1992). Ayrıca, başka bir araştırmada artan VKİ'nin kadınlarda depresyon ve intihar düşüncesini artırdığı da rapor edilmiştir (Carpenter ve ark., 2000).

2.2. İçgörü

2.2.1. Tanım ve bir kavram olarak içgörü

İçgörü, bireyin kendi ruhsal bozukluğunu, semptomlarını, tedavi gereksinimini ve hastalığın toplumsal sonuçlarını eleştirel biçimde kavrayabilme, değerlendirebilme ve bunlara uygun bir tutum geliştirebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kapasite; bilişsel, duygusal ve iradi süreçlerin bütüncül etkileşimini içermekte olup,

aynı zamanda bireyin sosyal çevresiyle kurduğu ilişkiler ve bağlamsal faktörlerden de etkilenmektedir (Belvederi Murri ve Amore, 2019).

İçgörü tek bir tanıma sahip olmayıp genellikle çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilir. Günümüzde içgörü, aynı bireyde zaman içinde değişim gösteren ve gelişen bir süreklilik olarak değerlendirilmekte; buna karşılık bazı araştırmacılar, içgörünün kişisel bir özellik olduğunu ve hastalığın farklı dönemlerinde sabit kaldığını savunmaktadır (Mamano-Grande ve ark., 2025).

Psikozun remisyon dönemindeki hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada içgörü, hastalığın mevcut olup olmadığına dair inançlar, belirtilerle ilgili düşünceler, hastalığın nedenlerine yönelik açıklamalar, tekrarlama riskine ilişkin değerlendirmeler ve tedavinin önemine dair görüşler üzerinden ölçülmüştür (Greenfeld ve ark., 1991).

Anthony S. David, içgörü kavramını klinik psikiyatride üç temel boyut üzerinden tanımlamıştır. Güncel literatürde sıklıkla başvuru alan bu model şu bileşenlerden oluşmaktadır:

Hastalık farkındalığı: Bireyin bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu kabul edebilmesi.

Psikotik deneyimlerin anormalliğini kavrayabilme: Sanrı, varsanı gibi yaşantıların hastalıktan kaynaklandığını ve olağan dışı olduğunu anlayabilme kapasitesi.

Tedaviye uyum: Bireyin tedaviyi kabul etmesi ve uygulamaya yönelik istek göstermesi; yalnızca etkin katılımı değil, edilgen bir kabullenışı de içerebilir (David, 2020).

Amador ve arkadaşları, içgörü tanımını “farkındalık ve atıf süreçleri”ni de kapsayacak şekilde genişletmiştir. Buna göre farkındalık, hastalık belirtilerinin veya semptomlarının tanınmasını; atıf ise bu belirtilerin nedeni ya da kaynağına ilişkin açıklamaları ifade etmektedir. Bu yaklaşımda, içgörü beş boyut üzerinden tanımlanmıştır: ruhsal hastalığın tanınması, sonuçlarının fark edilmesi, semptomların

kabul edilmesi, semptomların bir bozukluğa atfedilmesi ve ilaçların etkilerinin tanınması (Amador ve ark., 1993).

Psikotik olmayan bozukluklarda, özellikle anksiyete bozukluklarında içgörüyü daha iyi anlamak amacıyla yeni bir içgörü modeli önerilmiştir. Bu model, klinik içgörü ve bilişsel içgörü olmak üzere iki yapıyı içermektedir. Modele göre, içgörünün her iki boyutu da bir süreklilik üzerinde yer almakta olup mükemmelden zayıfa ya da yokluğa kadar değişebilir. Ayrıca bu iki boyutun birbirinden farklı olduğu, ancak birlikte bulunabileceği öne sürülmektedir (örneğin, panik bozukluğu olan bir hasta iyi klinik içgörüyü sahip olabilir fakat bilişsel içgöründen yoksun olabilir; “Panik bozukluğum var ve tedaviye ihtiyacım var,” ancak aynı zamanda “Bir panik ataktan ölebileceğimden eminim”) (Halaj ve Huppert, 2022).

Klinik içgörü, patolojik süreç üzerine odaklanmakta ve iki farklı biçimde ortaya çıkabilmektedir. İlk olarak, daha entelektüel özellikler taşıyan klinik içgöründe hasta, kendisine aktarılan bilgileri tekrar edebilmekte; ancak bu durum çoğu zaman gerçek bir inancı yansıtmamaktadır. İkinci olarak ise, daha duygusal özellikler içeren klinik içgörü, bireyin içsel farkındalık kapasitesini yansıtır. Bu durum, bireyin daha yüksek düzeyde bir içe bakış geliştirmesine, öz farkındalık kazanmasına ve işlevsel olmayan inanç sisteminde değişiklik yapabilmesine olanak tanımaktadır (Sotelo ve ark., 2021). Yani bireyin psikiyatrik sorunlarını ve tedavi gerekliliğini kavrama kapasitesi olarak değerlendirilir (Amador ve ark., 1993).

Bilişsel içgörü ise bireyin kendisi üzerine düşünebilme kapasitesini ifade etmektedir. Bu boyut, kişinin hata yapma olasılığını kabul edebilmesi, başkalarından gelen geri bildirimlere açık olması ve aşırı özgüvenden kaçınabilmesi ile karakterizedir (Sotelo ve ark., 2021).

İçgörü kavramının giderek genişleyen anlamı, son yıllarda daha ayrıntılı sınıflandırma modellerinin geliştirilmesine zemin hazırlamıştır. Thirioux ve arkadaşlarının önerdiği yaklaşımda içgörü üç temel düzeyde ele alınmaktadır:

Psişik (Ruhsal) İçgörü: Bireyin ruhsal bir bozukluğa sahip olduğunu kabul etme kapasitesini ifade eder. Bu boyut, üç alt kategoriye ayrılmaktadır:

Klinik içgörü: Belirtilerin fark edilmesi ve bunların hastalığa bağlı olduğunun kabul edilmesi.

Bilişsel içgörü: Ruhsal hastalıkların bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açabileceğinin anlaşılması.

Üstbilişsel içgörü: Kişinin kendisini hasta bir özne olarak bütünlüklü bir biçimde değerlendirebilme yetisi.

Somatoestetik İçgörü: Ruhsal hastalıkların bedensel semptomlara yol açabileceğinin fark edilmesi (örneğin majör depresif bozuklukta görülen motor yavaşlama).

Duygusal (Emosyonel) İçgörü: Psikiyatrik hastalığın kabul edilmesi ve işlevsel olmayan inançların dönüştürülebilmesi kapasitesi (Thiriaux ve ark., 2020).

Nörolojik bozukluklarda görülen farkındalık eksiklikleri ile psikozdaki içgörünün azalması arasındaki benzerlikler, her ikisinin de ortak yetersizliklerden kaynaklanabileceği düşüncesini doğurmuştur. Anosognozi kavramı, ilk olarak Babinski tarafından sol hemiplejili hastalarda farkındalık eksikliği bağlamında tanımlanmış olup , organik nörolojik bozukluğu olan bireylerde mevcut defisitlerin fark edilmemesini ifade eder (Skalski, 2007). Örneğin, felçli bir uzvun normal olduğunu iddia eden bireyler gözlemlenebilir. Bu tür farkındalık bozuklukları bazen belirli alanlarla sınırlı olabilir; bir hasta motor kusurunun farkında olurken, görsel alan kusurunu fark etmeyebilir veya tam tersi durum söz konusu olabilir (Marcel ve ark., 2004).

Bazı nörolojik bozukluklarda içgörü kaybı, bireyin mevcut bir semptomu doğru kabul etmesi şeklinde ortaya çıkabilir ve bu durum çoğu kez hastalığı reddetme ile birlikte görülebilir. Örneğin, Anton sendromunda görme yetisini kaybetmiş kişiler, yaşadıkları görsel halüsinasyonların gerçek olduğuna inanarak görmelerinin geri döndüğünü iddia edebilirler (Swartz ve Brust, 1984).

Konfabulasyon aynı zamanda kişinin kendisi ya da dış dünya hakkında gerçekte doğru olmayan, fakat doğruymuş gibi sunduğu bilgileri de kapsar. Konfabulasyonla ilişkili olgularda, içgörü kaybının olup olmadığı esasen kişilerin yaşadıkları

bozukluğu fark etmeleriyle ilgilidir. Prosopagnozi gibi yüz tanıma güçlükleri çoğunlukla hastalarca fark edilse de yine de bu kapsamda değerlendirilebilir (Weinstein ve Kahn, 1955).

Psikozdaki içgörü eksikliği ile nörolojik farkındalık bozuklukları arasındaki paralellikler, psikozun da nörolojik bir temele sahip olabileceği ve özellikle beyin anormalliklerine bağlı bilişsel bozuklukları yansıtabileceği düşüncesini gündeme getirmiştir (Amador ve ark., 1993; Lysaker ve Bell, 1994; McGlynn ve Schacter, 1997; Young ve ark., 1993).

İçgörü, tek başına bir belirti, psikolojik bir mekanizma veya nöropsikolojik bir işlev olarak indirgenemez. Aksine, bu boyutlarla ve kişisel olaylar ile bağlamsal faktörlerle dinamik ilişkiler içinde olduğu düşünülmektedir (Belvederi Murri ve Amore, 2019)

2.2.2. İçgörünün tarihsel gelişimi ve kuramsal yaklaşımlar

İçgörü kavramı, psikiyatri literatüründe ilk olarak Kraepelin'in dementia praecox hastalarının kendi durumlarının farkında olmadıklarını belirtmesiyle ortaya çıkmış ve günümüze dek bilimsel araştırmaların konusu olmuştur (Rocha ve ark., 2021). Jaspers, psikiyatride içgörü kavramını klinik açıdan tanımlayan ilk araştırmacılarından biri olarak kabul edilmektedir. İçgörüyü günümüzde de geçerliliğini koruyan anlamıyla, bireyin hastalığının ve bu hastalığa ilişkin belirtilerinin farkında olması şeklinde tanımlamıştır. Jaspers'e göre psikotik bozukluğu olan hastalarda içgörü süregelen bir özellikten ziyade geçici bir durum olarak ortaya çıkabilmektedir. Nitekim bu hastalar, kimi zaman hezeyan ya da varsanılarının gerçek dışı olduğunun farkına varabilmekte, ancak bu farkındalık genellikle kısa süreli olmakta ve ardından yeniden kaybolmaktadır (Jaspers, 1997). Lewis, içgörünün psikiyatrik bir olgu olarak önemine dikkat çekmiş; yüksek düzeyde içgörüyü, bireyin durumundaki değişikliklere karşı "doğru bir tutum" geliştirmesi ve bu değişikliklere ilişkin uygun yargılarda bulunabilmesi şeklinde tanımlamıştır (Lewis, 1934).

Psikanalitik yaklaşımda, bilinçdışı yaşantılara yönelik içgörü kazanımı, gelişim sürecinin temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir. Freud'a göre, içgörü ile iyileşme birbirine paralel kavramlardır; içgörü, psikiyatrik belirtilerin anlamını

kavramayı ve bastırılmış düşünceler ile sağlıklı işlevlerin önüne geçen nedenleri anlamayı içerir (Corey, 2013). Murdock ise psikanalizin temel amacının içgörü kazanımı olduğunu vurgular ve danışanın iyileşebilmesi için, davranışları ve belirtileri aracılığıyla çocukluktan kaynaklanan çözümlenmemiş bilinçdışı çatışmaları anlaması gerektiğini belirtmektedir (Murdock, 2012). Benzer şekilde, Adleryen yaklaşım gibi dinamik modellerde de hastanın olumlu yönde iyileşme gösterebilmesi, yalnızca içgörü kazanmasıyla mümkün olabilmektedir (Sweeney, 1989). Danışanın terapide ilk adımı atabilmesi için terapist, yorumlarda bulunur ve danışanın o anki davranışlarına odaklanır. Danışanın eğilimleri ve beklentilerini göz önünde bulundurarak yapılan bu yorumlar, içgörü kazanma sürecine destek sağlar. Adleryen yaklaşımda ise, bireyin kendisi hakkında kazandığı içgörünün amacı, terapi öncesinde sahip olduğu hatalı yorumlamaların yerini daha işlevsel bir yaşam tarzına bırakmasını ve bu yeni yaşam tarzının gerektirdiği davranış kalıplarını sergileyebilmesini sağlamaktır (Corey, 2013).

Gestalt yaklaşımında içgörü, bireysel farkındalık olarak değerlendirilir ve iyileşme sürecinde çeşitli terapötik yöntemler aracılığıyla kişinin kendisi, deneyimleri ve duyguları üzerine bilinç kazanması; böylece özgür ve bilinçli kararlar alabilmesi amaçlanır (Wedding, 2010).

Ellis, Akılcı Duygusal-Davranış Terapisi bağlamında, danışanın hatalı inançlarını fark etmesini içgörü olarak görür ve bunu terapinin öncelikli hedeflerinden biri olarak belirler (Corey, 2013). Ellis'e göre içgörünün üç temel bileşeni bulunmaktadır: kişinin yaşam olayları karşısında kendini gereksiz yere olumsuz etkileme eğilimini fark etmesi, akılcı olmayan inançları edinme ve sürdürme yollarının farkına varması ve bireyin kişiliğini ve kendisini olumsuz etkileme eğilimlerini değiştirmek için sihirli bir yol olmadığını kabul etmesidir. Bununla birlikte, birey bu farkındalığı kazansa bile, zorluk yaratan inançlar değiştirilmediği sürece gerçek bir başarı elde edilemez. Hatalı inançların oluşumuna aracılık eden düşünceler de değiştirilmediği ve onlara karşı etkin davranılmadığı sürece, kalıcı bir değişim mümkün değildir (Ellis, 2019).

2.2.3. İçgörünün değerlendirilmesi ve içgörünün eksikliği

Her ne kadar içgörü sezgisel olarak anlaşılabilen bir kavram olsa da, özünü tam olarak tanımlamak güçtür. Bununla birlikte, hem klinik hem de araştırma amaçlı değerlendirmelerde kullanılabilecek çok sayıda ölçek mevcuttur. İçgörü, tek başına bir belirti, psikolojik bir mekanizma veya nöropsikolojik bir işlev olarak değerlendirilemez; muhtemelen tüm bu boyutlarla ve bireysel olaylar ile bağlamsal faktörlere verilen tepkilerle dinamik bir ilişki içindedir (Belvederi Murri ve Amore, 2019).

Özellikle ruhsal hastalıkların sosyal sonuçları ve tıbbi modele alternatif açıklama yaklaşımları, içgörüyü ve tedavi tercihlerini belirgin şekilde şekillendirebilir. Ayrıca, kültürel veya bireysel düzeyde ruhsal hastalığa yönelik damgalama, içgörünün kazanılmasını zor ve acılı bir süreç hâline getirebilir ve depresyon riskini artırabilir. Bu nedenle klinik uzmanların, hasta bakım sürecini ve kişisel gelişimi desteklemek amacıyla içgörüyü titizlikle değerlendirmeleri ve bireye özgü bir yaklaşımla geliştirmeleri önem taşımaktadır (Belvederi Murri ve Amore, 2019).

İçgörünün çok boyutlu doğası ve çeşitli tanımlamaları göz önünde bulundurulduğunda, psikiyatrik hastalıklarda içgörü değerlendirmesi, muayenenin önemli bir unsuru olmasına rağmen, güvenilirliği konusunda hâlen görüş birliği sağlanamamıştır (Markova ve Berrios, 1995).

Psikanalitik yaklaşımda, kişiyi huzursuz eden ya da kabullenilmesi zor olan gerçeklerin, kanıtları ortaya konsa dahi savunma mekanizmaları aracılığıyla reddedilmesi “inkar” şeklinde tanımlanır ve psikolojik modelde içgörü eksikliği bu kavram çerçevesinde değerlendirilir (Akdoğan ve Türküm, 2014).

İçgörü eksikliği, şizofreni hastalarında sık görülen bir durumdur ve hastaların yaklaşık %50–80’inin hastalıklarının farkında olmadığı tahmin edilmektedir. İçgörü; tedaviye uyum, ilaçlara yönelik tutum ve prognoz ile ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla içgörünün anlaşılması klinik açıdan önemlidir (Sakai ve ark., 2023). İçgörü ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analizde, şizofreni hastalarında içgörünün hem pozitif hem de negatif belirtilerle ters yönde ilişkili

olduğu bulunmuş, ancak etki büyüklüklerinin küçük olduğu ve çalışmalar arasında önemli farklılıklar gösterdiği rapor edilmiştir (Mintz ve ark., 2003).

Uzunlamasına olarak içgörüyü değerlendiren çalışmalar içgöründe anlamlı değişiklikler olduğunu bildirmiştir (Kemp ve Lambert, 1995). İçgörünün yalnızca tek bir zaman noktasında değerlendirilmesi, aslında değişkenlik gösteren içgörünün geçici bir durumunu yakalayabilir (Cuesta ve ark., 2011). Buna karşılık, iki farklı zaman noktasında içgörünün değerlendirilmesi ve değişim örüntüsünün anlaşılmasıyla, içgörü değişimine göre gruplar belirlenebilir (örneğin, stabil düşük içgörü, stabil yüksek içgörü ve içgörüsü değişen istikrarsız grup). Bu gruplar içinde, içgörü düzeyi ile psikiyatrik belirtiler ve bilişsel işlev arasındaki ilişkiler incelenebilir. Farklı aralıklarla yapılan çoklu değerlendirmeler, hasta içgörüsünün yanı sıra içgörüyle ilişkili faktörlere dair daha doğru bir tahmin sağlayabilir (Sakai ve ark., 2023). Şizofreni hastaları arasında yapılan incelemelerde, düşük içgörüye sahip bireylerin, yüksek içgörüye ya da dalgalı içgörüye sahip olanlara kıyasla daha belirgin bilişsel işlev bozuklukları ve daha ağır psikiyatrik semptomlar sergiledikleri saptanmıştır. Özellikle düşük içgörü grubunda, sözel kavrama becerilerinin belirgin şekilde düşük olduğu, bunun yanında bilişsel işlevlerdeki yetersizliklerin ve psikiyatrik belirtilerin daha şiddetli seyrettiği görülmüştür (Sakai ve ark., 2023).

Ruh sağlığı profesyonelleri, genellikle yüksek içgörü seviyeleri ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu varsayar; buna karşılık, içgörünün yetersizliği veya hastalığın reddi, bireyin kendi sağlığına gereken ilgiyi göstermemesi nedeniyle ciddi bir kendini ihmal durumu olarak kabul edilir (Vandereycken, 2005).

Araştırmalar, bireylerin içgörüsünün kimi zaman yalnızca hastalığın bazı belirtilerine yönelik olduğunu, diğer belirtilerde ise bu farkındalığın bulunmadığını ve içgörünün hastalığın farklı evrelerinde farklı düzeylerde görülebildiğini ortaya koymuştur (Sadock ve ark., 2000).

Mevcut literatür, psikozda içgörünün psikopatoloji, ruh hali, benlik saygısı, bilişsel işlevler (IQ), yaşam kalitesi, tedaviye uyum ve klinik sonuçlarla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgulara göre düşük ruh hali, daha yüksek düzeyde içgörü ile bağlantılı bulunurken; düşük içgörü, kötüleşen psikopatoloji, azalan bilişsel

performans ve daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, içgörünün yüksek olmasının yalnızca tedaviye uyumun etkisini aşmakla kalmayıp, aynı zamanda daha iyi bir prognoza katkı sağladığı ileri sürülmektedir (Halaj ve Huppert, 2022).

2.3. Obezitede İçgörü ve İçgörü ile İlişkili Kavramlar

Küresel obezite salgını, çevredeki gıdaya erişimin ve gıdanın görsel olarak ön planda olmasının giderek artmasıyla paralel bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Obezite, farklı sosyoekonomik düzeyler ve eğitim grupları arasında yaygınlaşmakta; hatta beslenme konusunda en yüksek bilgi ve uzmanlığa sahip bireylerde dahi görülmektedir. Bu durum, aşırı gıda tüketiminin kimi zaman kişisel farkındalığın ötesinde ya da bireyin içgörüsünün dışında, bilinçdışı süreçler aracılığıyla gerçekleşebileceğini düşündürmektedir (Cohen, 2008).

Literatürde obezitede içgörü çalışması bulunmamakla beraber, son yıllarda obezitenin bir halk sağlığı sorunu olduğunu vurgulamak için yapılan çabalara rağmen, obez yetişkinler arasında kendini fazla kilolu veya obez olarak algılayan bireylerin oranlarının azaldığı, birçoğunun kilo durumlarını hafife aldıkları ve kendilerini gerçekte olduklarından daha sağlıklı bir kiloda olduğunu düşündükleri iddia edilmektedir (Johnson ve ark., 2014; Liu ve ark., 2016; Robinson ve Oldham, 2016).

Yedi yıllık uzun dönemli bir izlem çalışmasında, kendilerini kilolu olarak değerlendiren bireylerde zamanla olumlu sağlık algısının azaldığı gözlemlenmiştir. Bu süreçte katılımcılarda kardiyovasküler, metabolik ve inflamatuvar sorunlar ile birlikte depresif semptomlarda artış meydana gelmiştir. Bulgular, bireylerin kilo algısının sadece psikolojik değil, aynı zamanda fizyolojik sağlık üzerindeki etkilerini de ortaya koymaktadır (Daly ve ark., 2017).

Fazla kilolu bireylerin kendi vücut ağırlıklarını doğru bir şekilde değerlendirememesi, kilo kontrolü uygulamalarının etkinliğini azaltmakta ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır; bu durum ciddi bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır (Heard ve ark., 2017; Park ve ark., 2017; Romano ve ark., 2018). Araştırmalar, obezite farkındalığının eksik olmasının veya kişinin fazla kilolu

olduğunu kabul etmemesinin, sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerini benimsemesini engellediğini ve bunun sonucunda olumsuz klinik sonuçların ortaya çıktığını göstermektedir. Ayrıca, bu eksiklik, sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı ile de ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, obezite yönetiminde bireylerin kendi kilo durumlarını doğru algılamasının ve farkındalığın artırılmasının önemini vurgulamaktadır (Gerretsen ve ark., 2018; Kim ve ark., 2018; Park ve ark., 2017).

Yapılan araştırmalarda, obez yaşlı bireylerin çoğunlukla vücut ağırlık durumlarını olduğundan daha düşük algıladıklarını, buna karşın önemli bir bölümünün mevcut beden ağırlıklarından memnun olmadıklarını ve neredeyse tüm katılımcıların mevcut beden imajlarına kıyasla daha zayıf bir ideal beden imajını tercih ettiklerini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, birçok obez yaşlı bireyin daha zayıf bir bedene sahip olma yönünde istek duyduğunu, ancak obezite düzeylerinin ve buna bağlı sağlık risklerinin farkında olmadıklarını düşündürmektedir (Monteagudo Sánchez ve ark., 2015).

Bir çalışmada, en yüksek obezite farkındalığının 3. evre obez bireylerde ve 49 yaş altı grupta gözlemlendiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, obezite farkındalığının cinsiyet ve eğitim düzeyinden bağımsız olduğunu, ancak VKİ'deki artışın farkındalığı artırabileceğini göstermektedir. Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte obezite farkındalığının azalmasının, azalan yaşam beklentisi ve umut düzeyiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Yılmaz ve ark., 2021).

Daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin obezite farkındalık düzeylerinin belirgin biçimde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu, daha düşük eğitim seviyesine sahip kişilerin obezite gibi yaşam tarzıyla ilişkili hastalıklar hakkında daha sınırlı bilgiye sahip olabilecekleri yönündeki görüşü desteklemektedir. Ayrıca, sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerde obezite farkındalığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, gelir düzeyinin artmasının sağlık ve obezite konusundaki bilgiye, eğitime ve farkındalık programlarına erişimi kolaylaştırabileceğini öne sürmektedirler (Gatillo ve ark., 2022).

Obez ve fazla kilolu yetişkinlerde farkındalık düzeyinin yükseltilmesi, tedaviye başlama sürecini kolaylaştırarak tedaviye uyumu artırabilir ve uzun dönemde obezite

ile ilişkili morbidite ve mortalitenin azalmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca bu süreç, yaşam kalitesinin iyileşmesine de olanak tanır (Heard ve ark., 2017).

Güncel veriler obezitenin kronik, çok etkenli ve giderek artan bir halk sağlığı sorunu olduğunu; biyolojik, çevresel ve psikolojik (damgalanma, duygudurum, duygusal yeme, bilişsel çarpıtmalar) boyutların birlikte ilerlediğini gösteriyor. Tedavide yaşam tarzı müdahaleleri, yeni farmakoterapiler ve bariyatrik cerrahi önemli kazanımlar sunsa da, gerçek yaşamda kalıcı kilo yönetimi ve tedaviye uyum hala sınırlı. Bu çelişki, yalnızca “ne yapılmalı?” değil “kişi bunu neden ve nasıl sürdüremiyor?” sorusunu öne çıkarıyor. Psikiyatri literatüründe tedaviye uyum ve seyrin güçlü belirleyicilerinden biri olarak kabul edilen içgörü bu noktada kritik bir halkadır. Buna karşın obezite alanında, bireylerin kilo durumlarını sistematik biçimde hafife almaları ve sağlık risklerini düşük algılamaları sık bildirilse de, söz konusu olgu çoğunlukla dağınık “farkındalık” başlıkları altında incelenmiş; içgörünün klinik boyutlarını birlikte ve ölçek temelli değerlendiren bütüncül çalışmalar sınırlı kalmıştır. Özellikle yeme psikopatolojisi (tıkınırcasına yeme, bilişsel kısıtlılık, telafi davranışları, beden imgesi kaygıları) ile üstbilişsel inançların (“düşünceler tehlikelidir/kontrol edilemez”, “mutlak kontrol gereklidir”) obezite bağlamında nasıl kümелendiği ve bu yapıların içgörü bileşenleriyle nasıl etkileştiği yeterince haritalandırılmamıştır. Bu metodolojik eksiklik, klinik müdahalelerin kişiye özgü hedeflenmesini de güçleştirmektedir: İçgörünün hangi bileşeninin semptom şiddeti ve tedaviye uyum üzerinde daha belirleyici olduğu açıkça gösterilmeden, psikoeğitsel ve bilişsel-davranışçı stratejilerin etkin biçimde yapılandırılması zorlaşmaktadır.

Literatürde obezite tedavisinde başarı oranlarının düşüklüğü, içgörü ve farkındalık süreçlerinin sıklıkla ihmal edildiğini göstermekte; bu durum, tedaviye uyum ve sürdürülebilir kilo kontrolü açısından içgörünün belirleyici bir faktör olabileceğini ve içgörü konusunun klinik süreçlerde daha fazla dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı;

1. Majör ve psikotik olmayan psikiyatrik bozukluklar için geliştirilmiş içgörü ölçeklerinin obezitede içgörüyü ne kadar ölçtüğünü belirlemek,

2. Obezite şiddeti ile içgörü düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

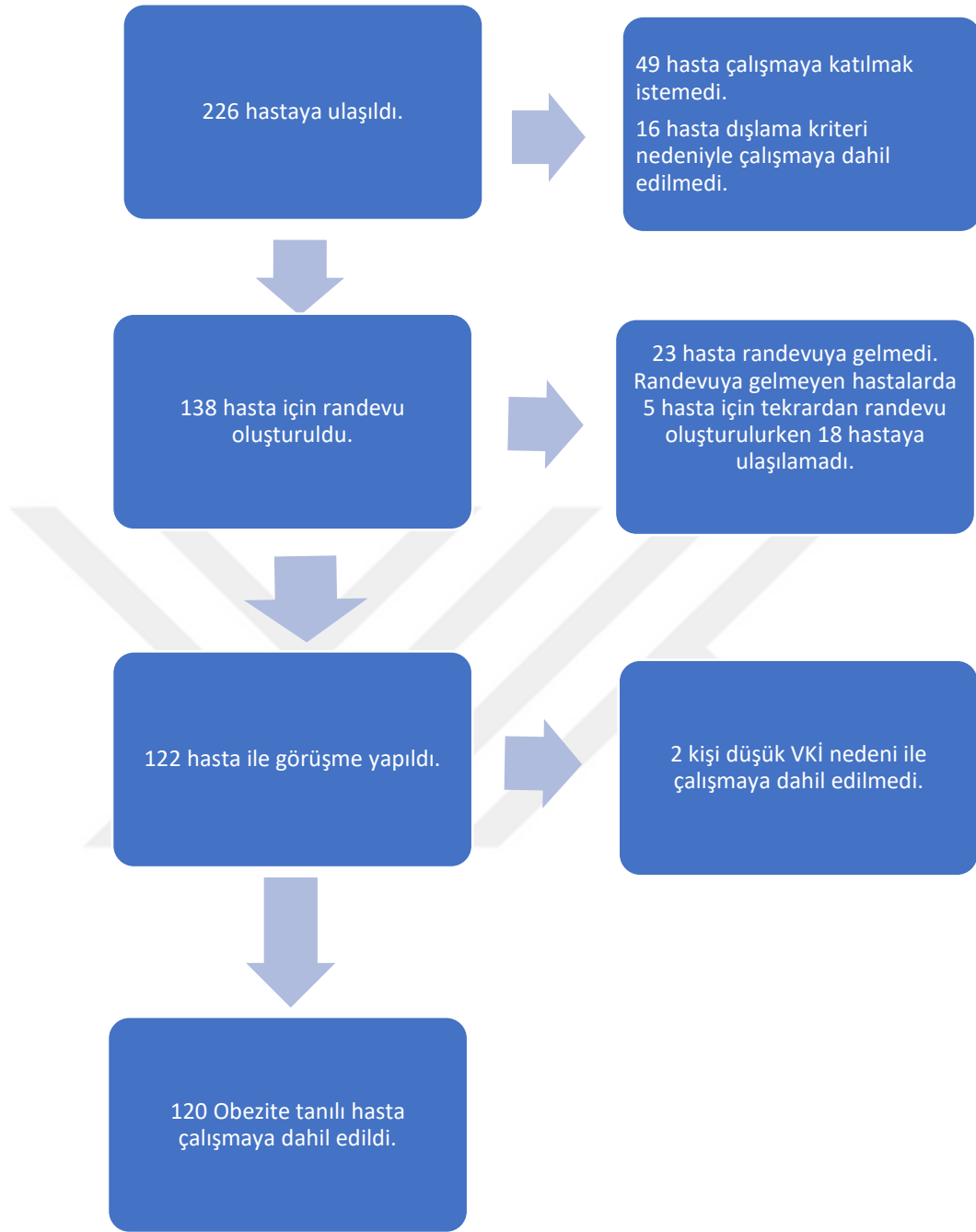
Bu çalışma 01.05.2024- 01.09.2025 tarihleri arasında SEAH Psikiyatri Konsültasyon Liyezon polikliniğine, İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine ve Aile Hekimliği Obezite polikliniğine başvurup tedavi gören ve hastanemiz kayıtlarından telefonla ya da mail yoluyla ulaşıp görüşmeye çağırılan 18 yaşını doldurmuş ve obezite tanısı almış hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

G*Power (v3.1.9.7) programı kullanılarak çalışmamızın örneklem büyüklüğü belirlendi. Yapılan güç analizinde, $\alpha = 0,005$ (α = I. Tip hata olasılığı), $1-\beta = 0,90$ (β = II. Tip hata olasılığı, $1-\beta$ =çalışmanın gücü) ve $d = 0,5$ (d = Cohen'in etki büyüklüğü) olacak şekilde hesaplandığında istatistiksel anlamlılık için 118 kişinin çalışmaya alınması gerektiği anlaşılmıştır. Bununla birlikte daha yüksek anlamlılık seviyesinde veri elde etmek için ve bağıntı analizlerinde olası anlamlı sonuçları elde edebilmek için vaka sayısı minimum 120 olarak planlanmıştır.

Çalışmamızda 01.05.2024-01.09.2025 tarihleri arasında SEAH Psikiyatri Konsültasyon Liyezon polikliniğine, İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine ve Aile Hekimliği Obezite polikliniğine başvurup tedavi gören 18 yaşını doldurmuş ve obezite tanı kılavuzuna uygun olarak endokrinoloji polikliniğinde tanı konulmuş 226 hasta telefonla aranarak görüşmeye çağırılmış, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarda işleme ve dışlama kriterlerini karşılayanlar çalışmaya dahil edilmiştir (Şekil 3.1.).

Bu çalışmada, gönüllü olarak katılan ve işleme kriterlerini karşılayan obezite tanılı bireyler hasta grubunu oluşturmuştur. Tanılar, endokrinoloji polikliniğinde hekim tarafından güncel obezite tanı kılavuzlarına uygun olarak konulmuştur. Görüşme sırasında katılımcılara çalışma hakkında hem sözlü hem de yazılı bilgilendirme yapılmış; ardından yazılı onamları alınmıştır.



Şekil 3.1 Örneklem seçimi

3.2.1. Çalışmanın içleme kriterleri

- 1) Obezite tanısı almış olmak
- 2) Gönüllü olarak çalışmaya katılmak
- 3) 18-65 yaşları arasında olmak
- 4) Çalışmada uygulanan ölçekleri, değerlendirmeleri ve klinik görüşmeleri kullanmak için istekli ve yetkin olmak
- 5) Okur yazar olmak

3.2.2. Çalışmanın dışlama kriterleri

- 1) ICD 10 ve DSM 5 kriterlerine göre Şizofreni, bipolar bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk ve diğer psikotik bozuklukların varlığı (deliryum, demans, epilepsi vb)
- 2) Görüşmeyi etkileyebilecek boyutta ciddi kişilik bozukluğunun bulunması,
- 3) Görüşmeye ve ölçek doldurmaya engel olacak nitelikte ağır-orta mental retardasyon gibi zihinsel ve fiziksel engele sahip olmak
- 4) Ağır fiziksel bir hastalığının olması ve klinik laboratuvar bulgularının ciddi bir hastalığı gösteriyor olması
- 5) Ciddi bir nörolojik hastalığının bulunması (Serebrovasküler hastalık vb),
- 6) 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak
- 7) Psikoaktif madde etkisi altında olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan obezite tanılı hastalar ile hekim tarafından görüşme yapıldı, içleme ve dışlama kriterlerine göre uygun olan katılımcılar çalışma grubuna dahil edildi. Çalışmaya katılan katılımcıların VKİ, vücut ağırlığı, vücut ve visseral yağ oranları Vücut kompozisyonu, Omron empedans tartısı kullanılarak biyolojik empedans analizi (BIA) yöntemiyle ölçülmüştür. Bu cihaz, kullanıcının vücudundan çok düşük düzeyli bir elektrik akımı geçirir ve dokuların elektrik direncini (empedansını) ölçer. Su oranı yüksek dokular (örneğin kas dokusu) düşük direnç gösterirken; yağ dokusu daha yüksek direnç gösterir. Ölçülen empedans değerleri, kullanıcının yaşı, cinsiyeti, boyu ve ağırlığı gibi bilgilerle birlikte cihazın öngörü algoritması aracılığıyla yağ

yüzdesi, yağsız kütle ve diğer kompozisyon parametreleri olarak hesaplanır. Tartı empedans ölçümünü ayak tabanlarından ve / veya ellerden geçtiği varsayılan akım yolları aracılığıyla gerçekleştirir; ardından cihazın gömülü algoritması bu fizyolojik verileri vücut kompozisyonu parametrelerine dönüştürür (Research, 1994). Çalışmaya katılan katılımcılara Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) hastalara hekim tarafından uygulandı. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ Ölçeği), Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) ise görüşme esnasında hastalar tarafından doldurulmuştur.

3.3.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu (Ek 2):

Birinci aşamada kullanılan sosyodemografik bilgi formu katılımcıların yaş, boy, kilo, eğitim seviyesi, medeni hali, çocuk sayısı, yaşadığı bölge, çalışma durumu, ekonomik düzeyi, fiziksel ve psikiyatrik tıbbi geçmiş, diyet ve egzersiz davranışları gibi belli özelliklerini tespit etmeye yönelik soruları içermektedir. Katılımcıların tamamının, sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, eğitim süresi, medeni hali, çocuk sayısı, çalışma durumu, mesleği, ekonomik düzeyi, kiminle yaşadığı), klinik özellikler (VKİ, visseral yağ oranı, vücut yağ oranı, obezite tanısı alma yaşı, çocukluk çağında obezite veya anoreksiya tanısı öyküsü, diyet ya da spor öyküsü), travma öyküsü, tıbbi ve psikiyatrik sorunlar, alkol veya madde kullanım öyküsü, ailede psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımı, adli öykü, intihar düşüncesi ya da girişimi gibi klinik özellikleri sorgulanıp form hasta tarafından doldurulmuştur.

3.3.2. DSM-5 yönelimli klinik görüşme:

Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen bu yapılandırılmış görüşme formu, DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı değerlendirme amacıyla oluşturulmuştur (First et al., 2015). Görüşme formunda, 32 tanı kategorisi ayrıntılı tanı kriterleriyle, 16 kategori ise yalnızca araştırmacı sorular aracılığıyla ele alınmaktadır.

Form, duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler ve bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili

durumlar, travma sonrası stres bozukluğu, DEHB, uyum bozuklukları ve diğer bozukluklara ilişkin değerlendirmeleri içeren toplam 10 modülden oluşmaktadır.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Elbir ve ark., 2019).

Katılımcıların psikiyatrik tanılarını değerlendirmek ve taramak amacıyla uygulanmıştır.

3.3.3. Vücut kitle indeksi (VKİ):

Katılımcıların kilolarının sağlıklı bir düzeyde olup olmadığının belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır. Kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile ($VKİ = \text{vücut ağırlığı [kg]} / \text{boy [m}^2\text{]}$) hesaplanır. Günümüzde hastaların durumunu değerlendirmek için dört VKİ kategorisi yaygın olarak kullanılır: düşük kilolu veya yetersiz beslenmiş durum ($<18,5 \text{ kg/m}^2$); normal VKİ ($18,5 - <25,0 \text{ kg/m}^2$); fazla kilolu durum ($25,0 - <30,0 \text{ kg/m}^2$); ve obezite durumu ($\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) , 30 üzerindeki ise (30-34.9 1. evre , 35-39.9 2. Evre , 40 ve üstü 3. evre) olarak kabul edilmektedir (Derneği, 2024; Eknoyan, 2008). Bu çalışmada boy ve bilgisi katılımcının kendisine sorulmuştur ve daha sonra araştırmacı tarafından biyoelektrik empedans yöntemi kullanan Omron tartı ile VKİ hesaplanmıştır.

3.3.4. Obezite farkındalığı ve içgörü ölçeği (OFİ ölçeği) (Ek 3):

Ölçeğin orijinal adı “OASIS: The Obesity Awareness and Insight Scale” dir (Gerretsen ve ark., 2018). Ölçek hastalık farkındalığı modeline dayanarak geliştirilmiştir. Modelin alanlarına göre sınıflandırılan ölçek tek boyutlu olup dört alanı kapsamaktadır. Bu alanlar: semptomların katkılarının farkındalığı (madde 1), genel hastalık farkındalığı (madde 2, 4, 7), tedavi gereksinimi farkındalığı (madde 3, 5, 8), negatif sonuçların farkındalığı (madde 6). Ölçeğin 4.ve 5. maddeleri ters kodlanarak değerlendirilmektedir. Orijinal ölçek geliştirme çalışmasında modelin alt alanları dikkate alınarak doğrulayıcı faktör analizi uygulanması, örneklemin küçük olması ve toplam madde sayısının az olması nedeniyle mümkün olmamıştır. Ölçeğin ilk bölümünde bireye ait vital / laboratuvar bulgularını sorgulayan altı, sağlıkla ilgili

deneyimlerini sorgulayan ve evet hayır şeklinde yanıtlanan on soru bulunmaktadır. İkinci bölümde sekiz sorudan oluşan yedili likert tipinde yanıtlanan ölçek maddeleri yer almaktadır. Son bölüm puanlama bölümüdür (Yılmaz ve ark., 2021).

3.3.5. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 4):

Beck tarafından içgörüyü değerlendirmede, hastaların bilişsel süreçlerine dayanan “Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği” geliştirilmiştir. Bu ölçeğin, “kendini ifade etme” ve “kendinden eminlik” olmak üzere iki ana boyutu vardır. Kendini ifade etme alt boyutu 1,3,4,5,6,8,12,14,15 maddelerinden, kendinden eminlik alt boyutu ise 2,7,9,10,11,13 maddelerinden toplamda 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı (birleşik indeks), kendini ifade etme puanından kendinden eminlik puanının çıkarılması ile hesaplanmaktadır ve bu puan içgörü düzeyini ifade etmektedir. Ölçeğin puanının yüksek olması içgörü seviyesinin korunduğu anlamına gelir (Beck ve ark., 2004). Ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.68 bulunmuştur (Aslan ve ark., 2005)

3.3.6. Brown inançları değerlendirme ölçeği (BİDÖ) (Ek 5):

Eisen ve arkadaşları tarafından, psikiyatrik bozukluklarda inançları ve inançlara bağlı içgörüyü değerlendirebilmek için geliştirilmiştir. Tek boyutlu ve 7 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert (0= sanrısız olmayan inanç- 4= sanrısız inanç) tipi derecelendirmesi vardır. Ölçek puanlaması; ölçeğin toplam puanı ilk altı maddenin skoru toplanarak hesaplanır. Son madde toplam skora dâhil değildir (Eisen ve ark., 1998). Ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özcan ve ark., 2013).

3.3.7. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 6):

İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği, David ve arkadaşları tarafından 1990'da geliştirilmiştir (Kemp ve David, 1995). Klinisyen, hastanın verdiği yanıtların yanı sıra klinikteki gözlemlerini de katarak değerlendirmeler yapar. Hastanın yüksek puan alması, yüksek içgörü düzeyini gösterir (Bora ve ark., 2006).

3.3.8. Yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) (Ek 7):

Yeme farkındalığını değerlendirmek amacıyla Framson ve ark. tarafından ‘Mindful Eating Questionnaire (MEQ)’ adıyla geliştirilmiştir (Framson ve ark., 2009). Türkçe’ye uyarlanması, Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin bazı maddelerinde gerçekleştirilen değişikliklerle sonucunda “Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)” oluşturulmuştur. Ölçeğin Cronbach’s Alpha değerinin 0.733 olduğu görülmüştür. 5-27’li likert tipli ve 30 sorudan oluşan ölçeğin 7 alt boyutu bulunmaktadır (Köse ve ark., 2016). Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir:

1.Düşünmeden Yeme (Disinhibisyon): Zamanı, kendini, miktarı kontrol edebilme

(4, 14, 17, 20, 26.)

2.Duygusal Yeme: Fizyolojik açlık olmadan duyguları tatmin etmek amaçlı yeme

(21, 22, 23, 28, 30.)

3. Yeme Kontrolü: Yeme davranışını, yeme hızını kontrol altında tutma (3, 6, 27,

29.)

4. Farkındalık: Yemeğin tadına,kendisine odaklanma, yemek yerken yemek

dışındaki aktivite ve düşüncelere ara verme, besinlere yönelik bilgi (8, 9, 12, 13 15.)

5. Yeme Disiplini: Planlama, hazırlama, dengeleme, bulundurma, düzen, saat (1, 18,

24, 25.)

6. Bilinçli Beslenme: Fiziksel açlık-tokluk durumu, kalori ve besin değeri bilgisi,

sağlıklı beslenme davranışı, alışkanlıkları farkındalığı (2, 7, 11, 16, 19).

7. Enterferans: Besinin görüntüsü, çeşitliliği, kokusu gibi dış etmenlerle baş

edebilme (5, 10).

Ölçeğin; 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25, 27. maddeleri düz, geriye kalan maddeler ise ters puanlandırılmaktadır. Ölçekten ya da alt boyutlarından alınan toplam puan ne kadar yüksek ise yeme farkındalığı düzeyinin de o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir (Köse ve ark., 2016).

3.3.9. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ) (Ek 8):

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi (Eating Disorder Examination; EDE), Fairburn ve Cooper tarafından geliştirilmiş olup, bu görüşmenin öz bildirim formu olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire; EDE-Q) aynı araştırmacılar tarafından uyarlanmıştır (Fairburn ve Beglin, 1994). Yeme tutumları ve davranışlarına ilişkin psikopatolojiyi değerlendirmeye yönelik 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek, kısıtlama, yeme endişesi, ağırlık endişesi ve beden şekli endişesi olmak üzere dört alt ölçekten ve yedi alt boyutu kapsayan bir yapıya sahiptir. Likert tipi puanlama sistemiyle 0'dan 6'ya kadar derecelendirilen maddeler, bireylerin son dört hafta içinde yaşadığı belirli duygu, düşünce ve davranışları ölçmektedir. Puanların artması, yeme bozukluğu belirtilerinin daha şiddetli olduğuna işaret etmektedir.

Klinik açıdan anlamlı yeme bozukluğu düzeyini belirlemede, hem alt ölçek hem de toplam puan için ≥ 4 değeri eşik puan (cut-off point) olarak kabul edilmektedir (Lavender ve ark., 2010; Yucel ve ark., 2011) .

Alt ölçeklerin hesaplanmasında, ilgili maddelerin puanlarının toplamı, o alt ölçeğe ait madde sayısına bölünerek ortalama değer elde edilir. Toplam puan ise dört alt ölçek puanının ortalamasıdır (Yucel ve ark., 2011).

YBDÖ'nin beden şekli endişesi ve ağırlık endişesi alt ölçekleri, beden memnuniyetsizliği, bedensel rahatsızlık hissi ve beden şeklini ya da ağırlığını değiştirme isteğiyle ilişkilidir. Kısıtlama alt ölçeği, aşırı yemekten kaçınma, belirli gıdalardan uzak durma ve katı diyet kuralları uygulama eğilimini değerlendirirken; yeme endişesi alt ölçeği, yeme, kalori ve besinlerle aşırı meşguliyet, gizli yeme davranışı ve yeme sonrasında suçluluk hissetme gibi durumları ölçer. Ayrıca, uygunsuz arınma davranışları (örneğin, beslenmenin aşırı kısıtlanması, kendini kusturma, laksatif kullanımı veya aşırı egzersiz yapma) da ölçek kapsamında

son 28 gün içerisindeki sıklık açısından değerlendirilir (Peláez-Fernández ve ark., 2012).

3.3.10. Üstbiliş ölçeği (ÜBO-30) (Ek 9):

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ölçeğin özgün adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)”dır (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997). Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). ÜBÖ-30’un Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik analizleri Tosun ve Irak tarafından yapılmış olup, ölçeğin psikometrik özellikleri üniversite öğrencileri örnekleminde test edilmiş ve yeterli özellikler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. İç tutarlılığı yaklaşık $\alpha = 0.86$, test-tekrar test korelasyonları maddeler için 0.40–0.94, alt ölçekler için 0.70–0.85 aralığında bildirilmiştir. Temel bileşenler analizinde orijinal formdaki 5 faktör yapı korunmuş ve varyansın %52,44’ü açıklanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları da bu beş faktörlü modelin geçerliliğini desteklemiştir. Yakınsak geçerlilik analizlerinde ÜBÖ-30 ile Sürekli Kaygı Envanteri ve Obsesif-Kompulsif ölçek puanları arasında anlamlı korelasyonlar gözlenmiş, ayrıca yaş ile alt ölçekler arasında negatif korelasyonlar ve cinsiyetin bazı alt ölçekler üzerindeki etkisi de raporlanmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi, patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin artmış olduğunu gösterir. Wells ve Cartwright-Hatton’ın orijinal çalışmasına göre ÜBÖ-30’daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır ve bu dağılım uzun form ile özdeşdir.

(1) Olumlu inançlar: 1, 7, 10, 20, 23, 28. maddeler; endişelenmenin plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olacağına dair olumlu inançları ifade eder.

(2) Kontrol edilemezlik ve tehlike: 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeler; hem endişenin kontrol edilmesi gerektiğine hem de endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançları kapsar.

(3) Bilişsel güven: 8, 14, 18, 24, 26, 29. maddeler; kişinin kendi bellek ve dikkat becerilerine güvenmemesiyle ilgilidir.

(4) Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı: 2, 4, 9, 11, 16, 22. maddeler; batıl inanç, cezalandırma ve sorumluluk temalarını barındıran bu inançların kontrol edilmesi gerekliliğini vurgular.

(5) Bilişsel farkındalık: 3, 5, 12, 17, 19, 30. maddeler; bireyin sürekli olarak

düşünceleri üzerinde zihinsel uğraş vermesini ifade eder (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

Türkçe uyarlama çalışmasında maddeler arası korelasyonlar $\geq 0,30$ düzeyinde bulunmuş ve bu durum faktör analizine uygunluğu göstermiştir. KMO indeksi 0,90 olarak saptanmış ve analiz uygunluğu desteklenmiştir. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları tüm ölçek için 0.31–0,68 arasında, alt ölçeklerde ise; olumlu inançlar için 0.77–0.83, bilişsel güven 0.72–0.87, kontrol edilemezlik ve tehlike 0.70–0.82, bilişsel farkındalık 0.56–0.83, kontrol ihtiyacı 0.30–0.65 aralığında bildirilmiştir. Ölçeğin tümü için Cronbach Alpha değeri 0.93 olup, alt ölçekler için bu değerler 0.72 ile 0,93 arasında değişmektedir. Alt ölçekler arası korelasyonların tümü anlamlı bulunmuş ve kısa form ile uzun form arasındaki yapı tutarlılığı gözlenmiştir (Tosun ve Irak, 2008).

3.4. İstatistiksel Analiz Yöntemi

Çalışmamızdaki analizler için Windows 10 yazılım paketi kullanılan bilgisayarda SPSS programının IBM SPSS Statistics 26 versiyonu kullanıldı. Değişkenler arasında karşılaştırma yapmadan önce verilerin dağılımına bakıldı. Çalışmamızda basıklık ve çarpıklık değerleri +2 ile -2 arasında olan değerlerin dağılımının normal olduğu kabul edildi (George, 2011). Sayısal değişkenlerin ortalama değerleri analiz edilirken, verilerin normal dağılım göstermesi durumunda parametrik yöntemler tercih edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için ise ortanca değerler esas alınarak non-parametrik analiz yöntemleri uygulanmıştır. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında, parametrik test olarak Bağımsız Örneklem T testi; parametrik olmayan koşullarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında veriler normal dağıldığında tek yönlü ANOVA testi, veriler normal dağılmadığında Kruskal-Wallis testi tercih edilmiştir. Levene testi kullanılarak varyansların homojenliği değerlendirilmiştir. Varyansların homojen olmadığı durumlarda gruplar arası ortalama farklarını karşılaştırmak için Welch testi kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher Exact testlerinden yararlanılmıştır. Sayısal veriler arasında bağıntı analizi yapılırken, her iki değişkenin normal dağılım

göstermesi halinde Pearson korelasyonu; en az bir değişkenin normal dağılmaması durumunda ise Spearman korelasyonu uygulanmıştır. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Bağlantı katsayılarının derecesini değerlendirmek amacıyla şu sınıflama esas alınmıştır: 0,00: ilişki yok, 0,01–0,29: düşük düzeyde ilişki; 0,30–0,70: orta düzey ilişki; 0,71–0,99: yüksek güçte ilişki; 1,00: mükemmel ilişki olarak belirtilmiştir (Köklü ve ark., 2007). İki grup arasındaki bağlantı katsayılarının karşılaştırılması için cocor analizi kullanılmıştır (Diedenhofen & Musch, 2015). Regresyon analizlerine, yaptığımız bağlantı analizlerinde anlamlılık saptanan değişkenler ve literatürdeki anlamlı olduğu belirtilen değişkenler dahil edildi. Bağımlı değişkenler için gerçekleştirilen lineer regresyon analizlerinde, ileri seçim (forward) yöntemi kullanılmıştır. Optimal model (en az değişkenle en yüksek ya da ona en yakın F, düzeltilmiş R^2 ve en düşük p değerlerine ulaşan model) çalışma ekibi tarafından seçilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızın örneklemini, içleme ve dışlama kriterlerini karşılayan 120 obezite tanılı hastadan oluşturmaktadır.

Katılımcıların %82,5'i (n=99) kadındır. Katılımcılardan yaş aralığı 18-58 yaş olup, yaş ortalaması $40,30 \pm 10,05$ yıldır. (Tablo 4.1.).

Katılımcıların VKİ değerleri 30,00-56,70 aralığında değişmekte olup, ortalaması $39,18 \pm 6,51$ olarak bulunmuştur. Katılımcıları VKİ değerleri cinsiyete göre incelendiğinde ise kadın katılımcıların VKİ ortalaması $39,87 \pm 6,55$ olarak erkek katılımcıların $35,91 \pm 5,37$ olarak saptanmıştır. Kadın katılımcıların VKİ ortalamasının erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,011$, $t=2,592$). Katılımcıların %31,7'si (n=38) birinci evre, %27,5'i (n=33) ikinci evre, %40,8'i (n=49) ise üçüncü evre obezite düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların obezite düzeyi cinsiyete göre incelendiğinde kadın ve erkek katılımcıların obezite evre oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,070$).

Katılımcıların vücut yağ oranı %25,30 ile %66,00 arasında değişmekte olup, ortalama $47,50 \pm 7,28$ olarak bulunmuştur. Katılımcıları vücut yağ oranları cinsiyete göre incelendiğinde ise kadın katılımcıların vücut yağ oranı ortalaması $48,76 \pm 6,38$ olarak erkek katılımcıların $41,57 \pm 8,45$ olarak saptanmıştır. Kadın katılımcıların vücut yağ oranlarının ortalamasının erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$, $t=3,683$).

Katılımcıların visseral yağ oranı ise 6,00 ile 26,00 arasında olup, ortalama $12,14 \pm 3,62$ olarak saptanmıştır. Katılımcıları visseral yağ oranları cinsiyete göre incelendiğinde ise kadın katılımcıların visseral yağ oranı ortalaması $11,68 \pm 2,91$ olarak erkek katılımcıların $14,28 \pm 5,53$ olarak saptanmıştır. Kadın katılımcıların visseral yağ oranlarının ortalamasının erkek katılımcılardan daha düşük olduğu saptandı ($p=0,039$, $z=-2,060$).

Eğitim düzeyine bakıldığında, katılımcıların %23,3'ü (n=28) ilkokul, %9,2'si (n=11) ortaokul, %30,8'i (n=37) lise, %30,0'ı (n=36) üniversite ve %6,7'si (n=8) doktora veya yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Katılımcılar medeni durum açısından incelendiğinde, katılımcıların %75,8'i (n=91) evli, %16,7'si (n=20) bekar ve %7,5'i (n=9) boşanmış veya eş kaybı yaşamıştır. Katılımcıların %69,2'sinin (n=83) çocuğu varken, %30,8'inin (n=37) çocuğu yoktur. Hane halkı bakımından, katılımcıların %79,2'si (n=95) eşi ve çocuklarıyla, %15,8'i (n=19) anne/baba veya kardeşleriyle yaşamakta, %5,0'ı (n=6) ise yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların hane halkı sayısı ortalama $3,43 \pm 1,41$ olarak saptanmıştır.

Katılımcıların %73,3'ü (n=88) kentte, %26,7'si (n=32) kırsal bölgede yaşamaktadır. Katılımcılar gelir düzeyi açısından incelendiğinde, katılımcıların %5,8'inin (n=7) geliri 0-1 asgari ücret, %21,7'sinin (n=26) 1-2 asgari ücret, %38,3'ünün (n=46) 2-3 asgari ücret ve %34,2'sinin (n=41) 3 ve üzeri asgari ücret düzeyindedir. Çalışma durumuna bakıldığında, katılımcıların %49,2'si (n=59) çalışmamakta, %45'i (n=54) düzenli bir işe sahipken, %5,8'i (n=7) düzensiz bir işte çalışmaktadır.

Tablo 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellik		Hasta Verileri
Yaş	En düşük	18
	En yüksek	58
	Ortalama	$40,30 \pm 10,05$
Cinsiyet	Kadın	%82,5 (n=99)
	Erkek	%17,5 (n=21)
VKİ	En düşük	30,00
	En yüksek	56,70
	Ortalama	$39,18 \pm 6,51$

n: örnek sayısı

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devam)

Sosyodemografik Özellik	Hasta Verileri
Obezite Evresi	1.Evre %31,7 (n=38)
	2. Evre %27,5 (n=33)
	3. Evre %40,8 (n=49)
Vücut yağ oranı	En düşük 25,30
	En yüksek 66,00
	Ortalama 47,50±7,28
Visseral yağ oranı	En düşük 6,00
	En yüksek 26,00
	Ortalama 12,14 ±3,62
Eğitim Düzeyi	İlkokul %23,3 (n=28)
	Ortaokul %9,2 (n=11)
	Lise %30,8 (n=37)
	Üniversite %30,0 (n=36)
	Doktora/yüksek lisans %6,7 (n=8)
Medeni hal	Evli %75,8 (n=91)
	Bekar %16,7 (n=20)
	Boşanmış/ eş kaybı %7,5 (n=9)
Çocuk	Var %69,2 (n=83)
	Yok %30,8 (n=37)
Hane halkı	Anne/Baba/Kardeş %15,8 (n=19)
	Eş ve Çocuk %79,2 (n=95)
	Yalnız %5,0 (n=6)
Hane halkı sayısı	Ortalama 3,43±1,41
Yaşadığı bölge	Kent %73,3 (n=88)
	Kırsal %26,7 (n=32)

n: örnek sayısı

Tablo 4.3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devam)

Sosyodemografik Özellik		Hasta Verileri
Gelir düzeyi	0-1 asgari ücret	%5,8 (n=7)
	1-2 asgari ücret	%21,7 (n=26)
	2-3 asgari ücret	%38,3 (n=46)
	3+ asgari ücret	%34,2 (n=41)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	%49,2 (n=59)
	Düzenli işi var	%45 (n=54)
	Düzensiz bir işte çalışıyor	%5,8 (n=7)

n: örnek sayısı

4.2. Klinik Özellikler

Katılımcılar sigara kullanımı açısından incelendiğinde, %25'inin aktif olarak sigara kullandığı (n=22), %67,5'inin sigara kullanımı olmadığı (n=81), %7,5'unun ise geçmişte sigara kullansa da aktif olarak kullanmayı bıraktığı (n=9) saptanmıştır. Katılımcıların alkol kullanım durumları değerlendirildiğinde, %5,8'inin (n=7) aktif olarak alkol kullandığı, %2,5'inin (n=3) alkolü bıraktığı ve %91,7'sinin (n=110) hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Madde kullanımına ilişkin bulgulara göre, katılımcıların tamamının (%100, n=120) madde kullanmadığı saptanmıştır.

Katılımcılar aktif suicidal düşünce varlığı ve geçmiş suicidal girişim öyküleri açısından incelendiğinde, katılımcıların %13,3'ünün (n=16) aktif suicidal düşünces varlığı saptanırken, katılımcıların %5'inin geçmişte suicidal girişimde bulunduğu (n=6) saptanmıştır. Katılımcıların %0,8'inin (n=1) adli öyküsü olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %60,8'inde (n=73) ek tıbbi hastalık bulunduğu, %39,2'sinde (n=47) ise ek tıbbi hastalık bulunmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %23,3'ünün (n=23,3) diyabetinin, %20'sinin (n=24) tiroid hastalığının, %18,3'ünün (n=18,3) hipertansiyonunun, %1,7'sinin (n=1) kalp yetmezliğinin, %1,7'sinin (n=1) böbrek yetmezliğinin bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların %34,2'si (n=41) hastalığının yaşamını etkilediğini ifade etmiştir. Ek tıbbi hastalığı cinsiyete göre incelediğimizde

kadın katılımcıların %66,7'sinin ek tıp hastalığı bulunduğu, erkek katılımcılarının %33,3'ünün ek tıbbi hastalığının bulunduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların ek tıbbi hastalığa sahip olma oranı erkek katılımcıların ek tıbbi hastalığa sahip oranından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,004$, $z=2,8$).

Travma öyküsü incelendiğinde, katılımcıların %27,5'inde ($n=33$) travma öyküsü olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %40,0'ında ($n=48$) ek psikiyatrik hastalık mevcut olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ek psikiyatrik hastalık türleri incelendiğinde, en sık görülen tanının %25,8 ($n=31$) oranı ile majör depresif bozukluk (MDB) olduğu saptanmıştır. Bunu %14,2 ($n=17$) oranı ile yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %6,7 ($n=8$) oranı ile panik bozukluk (PB) ve %3,3 ($n=4$) oranı ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) izlemiştir.

Psikiyatrik tedavi öyküsü değerlendirildiğinde, katılımcıların %30,8'inin ($n=37$) daha önce tedavi aldığı, %69,2'sinin ($n=83$) ise tedavi almadığı belirlenmiştir. Tedavi türü açısından bakıldığında, tedavi alan katılımcıların %97,3'ü ($n=36$) ayaktan, %2,7'si ($n=1$) ise yatarak tedavi görmüştür.

Katılımcıların aile öyküsü incelendiğinde, %28,3'ünün ($n=34$) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu, %71,7'sinin ($n=86$) ise böyle bir öyküsünün olmadığı saptanmıştır.

Katılımcıları obezite başlangıç yaşı 10 ile 53 arasında değişmekte olup, ortalama başlangıç yaşı $28,85 \pm 10,98$ yıldır. Katılımcıların çocukluk çağı yeme bozukluğu öyküleri değerlendirildiğinde, %6,7'sinde ($n=8$) böyle bir öykü bulunduğu, %93,3'ünde ($n=112$) ise bulunmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların en zayıf oldukları yaş ortalaması $20,06 \pm 6,33$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların kendi kilosuna ilişkin görüşleri incelendiğinde, %4,2'si ($n=5$) kilosunu normal olarak, %35,8'i ($n=43$) kilolu, %60,0'ı ($n=72$) ise aşırı kilolu veya obez olarak tanımlamıştır.

Kadın katılımcıların adet düzenine bakıldığında, %41,4'ünün ($n=41$) adet döngüsünün düzenli olduğu, %31,3'ünün ($n=31$) adet döngüsünün düzensiz olduğu, %27,3'ünün ($n=27$) menopoz döneminde olduğu saptanmıştır.

Aktif diyet veya spor yapma durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %29,2'sinin (n=35) aktif olarak diyet yaptığı veya sporla ilgilendiği, %70,8'inin (n=85) ise aktif olarak diyet ya da spor yapmadığı saptanmıştır. Diyet veya spor süresinin ortalaması $3,67 \pm 3,64$ aydır.

Tablo 4.2'de katılımcıların klinik özellikleri sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri

Sosyodemografik Özellik	Hasta Verileri
Sigara kullanım özelliği	Aktif kullanıyor %25 (n=30)
	Bırakmış %7,5 (n=9)
	Kullanmamış %67,5 (n=81)
Alkol kullanım özelliği	Aktif kullanıyor %5,8 (n=7)
	Bırakmış %2,5 (n=3)
	Kullanmamış %91,7 (n=110)
İntihar düşüncesi	Var %13,3 (n=16)
	Yok %86,7 (n=104)
İntihar girişim öyküsü	Var %5,0 (n=6)
	Yok %95,0 (n=114)
Adli öyküsü	Var %0,8 (n=1)
	Yok %99,2 (n=119)
Ek Tıbbi hastalık	Var %60,8 (n=73)
	Yok %39,2 (n=47)
Travma öyküsü	Var %27,5 (n=33)
	Yok %72,5 (n=87)
Ek Psikiyatrik hastalık	Var %40,0 (n=48)
	Yok %60,0 (n=72)

n: örnek sayısı

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri (devam)

Sosyodemografik Özellik		Hasta Verileri
Ek Psikiyatrik hastalık	Var	%40,0 (n=48)
	Yok	%60,0 (n=72)
Psikiyatrik ek hastalık türü	MDB	%25,8 (n=31)
	YAB	%14,2 (n=17)
	PB	%6,7 (n=8)
	OKB	%3,3 (n=4)
Tedavi almış mı?	Evet	%30,8 (n=37)
	Hayır	%69,2 (n=83)
Tedavi türü	Ayaktan	%97,3 (n=36)
	Yatarak	%2,7 (n=1)
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	%28,3 (n=34)
	Yok	%71,7 (n=86)
Obezite başlangıç yaşı	En düşük	10
	En yüksek	53
	Ortalama	28,85 ±10,98
Çocukluk çağı yeme bozukluğu öyküsü	Var	%6,7 (n=8)
	Yok	%93,3 (n=112)
En zayıf olduğu yaş	Ortalama	20,06 ±6,33
Kendi kilosuna hakkında görüşü	Normalim	%4,2 (n=5)
	Kiloluyum	%35,8 (n=43)
	Aşırı kilolu/Obezim	%60,0 (n=72)

n: örnek sayısı

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri (devam)

Sosyodemografik Özellik		Hasta Verileri
Adet düzeni	Düzensiz	%31,3 (n=31)
	Düzenli	%41,4 (n=41)
Aktif Diyet/Spor	Evet	%29,2 (n=35)
	Hayır	%70,8 (n=85)
Diyet/Spor süresi(ay)	Ortalama	3,67±3,64

n: örnek sayısı

4.3. Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri

Katılımcıların Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği incelendiğinde toplam puanlarının 2 ile 22 arasında değiştiği, ortalamasının 10,48±4,64 olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının 2 ile 14 arasında değiştiği, ortalamasının 8,94±2,86 olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği'nin kendini ifade etme alt boyutu ortalaması 19,70±3,99, kendinden eminlik alt boyutu puanı ortalaması 15,97±3,34, toplam puan ortalaması ise 3,72±4,89 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, bireylerin düşüncelerine yönelik bilişsel farkındalıklarının görece yüksek, ancak düşüncelerine yönelik emin olma düzeylerinin daha sınırlı olabileceğini göstermektedir.

Katılımcıların Yeme Farkındalığı Ölçeği-30'da düşünmeden yeme alt boyutu puanlarının 1,00–5,00 arasında değiştiği ve ortalamasının 3,01±0,97 olduğu, duygusal yeme alt boyutu puanlarının 1,60–4,60 arasında değiştiği ve ortalamasının 3,01±0,52 olduğu, yeme kontrolü alt boyutu puanlarının 1,00–5,00 arasında değiştiği ve ortalamasının 3,02±0,79 olduğu, farkındalık alt boyutu puanlarının 2,00–4,60 arasında değiştiği ve ortalamasının 3,29±0,49 olduğu, yeme disiplini alt boyutu puanlarının 1,00–5,00 arasında değiştiği ve ortalamasının 3,17±0,81 olduğu, bilinçli

beslenme alt boyutu puanlarının 1,00–4,40 arasında değiştiği ve ortalamasının $2,75 \pm 0,62$ olduğu, enterferans alt boyutu puanlarının 1,00–5,00 arasında değiştiği ve ortalamasının $3,65 \pm 0,91$ olduğu ve toplam puanın 2,10–3,87 arasında değiştiği ve ortalamasının $3,01 \pm 0,37$ olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Yeme Bozukluęunu Deęerlendirme Ölçeęi'nde beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve dūřünceler alt boyutu puanları 0–6 arasında değişmekte olup ortalama puanı $3,32 \pm 1,56$ olarak, kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı alt boyutu puanları 0–6 aralığında değişmekte olup ortalaması $3,40 \pm 1,74$ olarak, işlevsellik ve kontrol kaybı alt boyutu puanları 0–6 aralığında değişmekte olup ortalaması $1,58 \pm 1,52$ olarak, tıknırcasına yeme alt boyutu puanları 0–5,33 aralığında değişmekte olup ortalaması $0,93 \pm 1,14$ olarak, telafi alt boyutu puanları 0–1,33 aralığında değişmekte olup ortalaması $0,07 \pm 0,20$ olarak ve toplam puan ortalaması $2,31 \pm 1,11$ olarak bulunmuştur. Bulgular, katılımcılarda özellikle beden imajı ile ilgili kaygıların ve kısıtlı yeme davranışlarının ön planda olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların Obezite Farkındalığı ve İęęörü Ölçeęi'nde genel hastalık farkındalığı puanları 2,67–10,00 arasında değişmekte olup ortalaması $8,55 \pm 1,90$ olarak, semptomların katkılarının farkındalığı puanları 0–10,00 arasında değişmekte olup ortalaması $6,36 \pm 3,66$ olarak, tedavi gereksinimi farkındalığı puanları 0–10,00 arasında değişmekte olup ortalaması $7,51 \pm 2,00$ olarak, olumsuz sonuçların puanları 0–10,00 arasında değişmekte olup ortalaması $8,74 \pm 2,50$ olarak ve ortalama toplam puanı $7,87 \pm 1,93$ olarak bulunmuştur. Bu değerler, katılımcıların obeziteye ilişkin farkındalık düzeylerinin genel olarak orta-üst seviyede olduğunu dūřündürmektedir.

Katılımcıların Üstbiliř Ölçeęi'nin alt boyut puanları incelendiğinde; olumlu inançlar alt ölçeği ortalaması $11,60 \pm 4,04$, kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği ortalaması $12,74 \pm 5,04$, bilişsel güven alt ölçeği ortalaması $11,72 \pm 4,59$, dūřünceleri kontrol etme ihtiyacı alt ölçeği ortalaması $12,15 \pm 3,86$, bilişsel farkındalık alt ölçeği ortalaması $12,69 \pm 2,87$ ve toplam puan ortalaması $60,91 \pm 14,30$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Katılımcılara uygulanan klinik ölçek puanları

Uygulanan Klinik Ölçek		Ortalama $\pm$ SS
Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği	Toplam puan	10,48 $\pm$ 4,64
İçgörünü Üç Bileşenini Değerlendirmesi Ölçeği	Toplam puan	8,94 $\pm$ 2,86
Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği	Kendini ifade etme alt boyutu	19,70 $\pm$ 3,99
	Kendinden eminlik alt boyutu	15,97 $\pm$ 3,34
	Toplam puan	3,72 $\pm$ 4,89
Yeme Farkındalığı Ölçeği-30	Düşünmeden yeme alt boyutu	3,01 $\pm$ 0,97
	Duygusal yeme alt boyutu	3,01 $\pm$ 0,52
	Yeme kontrolü alt boyutu	3,02 $\pm$ 0,79
	Farkındalık alt boyutu	3,29 $\pm$ 0,49
	Yeme disiplini alt boyutu	3,17 $\pm$ 0,81
	Bilinçli beslenme alt boyutu	2,75 $\pm$ 0,62
	Enterferans alt boyutu	3,65 $\pm$ 0,91
	Toplam puan	3,01 $\pm$ 0,37
Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği	Beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler alt boyutu	3,32 $\pm$ 1,56
	Kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı alt boyutu	3,40 $\pm$ 1,74
	İşlevsellik ve kontrol kaybı alt boyutu	1,58 $\pm$ 1,52
	Tıkınırcasına yeme alt boyutu	0,93 $\pm$ 1,14
	Telafi alt boyutu	0,07 $\pm$ 0,020
	Toplam puan	2,31 $\pm$ 1,11

SS: standart sapma

Tablo 4.3. Katılımcılara uygulanan klinik ölçek puanları (devam)

Uygulanan Klinik Ölçek		Ortalama±SS
Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği	Genel hastalık farkındalığı	8,55 ±1,90
	Semptomların katkılarının farkındalığı	6,36 ±3,66
	Tedavi gereksinimi farkındalığı	7,51 ±2,00
	Olumsuz sonuçların farkındalığı	8,74 ±2,50
	Toplam puan	7,87 ±1,93
Üstbiliş Ölçeği	Olumlu inançlar	11,60 ±4,04
	Kontrol edilemezlik ve tehlike	12,74 ±5,04
	Bilişsel güven	11,72 ±4,59
	Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı	12,15 ±3,86
	Bilişsel farkındalık	12,69 ±2,87
Toplam puan		60,91±14,30

SS: standart sapma

4.3.1. Cinsiyete göre içgörü ölçeklerinin karşılaştırılması

BİDÖ puanı cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,307$).

BBİÖ kendini ifade etme, kendinden eminlik ve toplam puanı cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,689$, $p=0,801$, $p=0,618$).

İÜBDÖ puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $9,20\pm2,71$, erkek katılımcıların ortalaması $7,71\pm3,25$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=2,198$, $p=0,030$).

YFÖ-30 düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutu puanları ve toplam puanı cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,930$, $p=0,644$, $p=0,376$, $p=0,562$, $p=0,428$, $p=0,276$, $p=0,927$, $p=0,849$).

YBDÖ kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, tıkmırcasına yeme ve telafi alt boyutları puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,242$, $p=0,424$, $p=0,410$).

YBDÖ beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler alt boyutu puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $3,47\pm1,52$, erkek katılımcıların ortalaması $2,58\pm1,60$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=2,412$, $p=0,017$).

YBDÖ işlevsellik alt boyutu puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $1,72\pm1,57$, erkek katılımcıların ortalaması $0,89\pm1,03$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=2,323$, $p=0,022$).

YBDÖ toplam puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $2,41\pm1,08$, erkek katılımcıların ortalaması $1,82\pm1,14$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=2,229$, $p=0,028$).

OFİ genel hastalık farkındalığı alt boyutu puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $8,75\pm1,72$, erkek katılımcıların ortalaması $7,59\pm2,41$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=2,095$, $p=0,047$).

OFİ tedavi gereksinimi farkındalığı alt boyutu puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $7,84\pm1,80$, erkek katılımcıların ortalaması $5,95\pm2,18$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=4,191$, $p<0,001$).

OFİ olumsuz sonuçların farkındalığı alt boyutu puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $8,87 \pm 2,46$, erkek katılımcıların ortalaması $8,09 \pm 2,68$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($z=-2,273$, $p=0,006$).

OFİ toplam puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $8,09 \pm 1,78$, erkek katılımcıların ortalaması $6,84 \pm 2,29$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=2,771$, $p=0,006$).

OFİ semptomların katkılarının farkındalığı alt boyut puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,306$).

ÜBO kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması $13,30 \pm 5,11$, erkek katılımcıların ortalaması $10,09 \pm 3,79$ bulunmuştur. Kadın katılımcıların ortalaması erkek katılımcılardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($t=3,291$, $p=0,002$).

ÜBO olumlu inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilişsel farkındalık puanları ve toplam puan cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,689$, $p=0,764$, $p=0,531$, $p=0,588$, $p=0,220$).

4.3.2. Obezite evresine göre içgörü ölçeklerinin karşılaştırılması

Katılımcıların BİDÖ toplam puanları obezite evresine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($F=0,490$, $p=0,615$).

Katılımcıların İÜBDÖ toplam puanları obezite evresine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($F=2,993$ $p=0,054$).

Katılımcıların BBİÖ kendini ifade etme, kendinden eminlik ve toplam puanları obezite evresine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $F=2,225$ $p=0,113$, $F=0,021$ $p=0,979$, $H(2)=2,249$ $p=0,325$).

Katılımcıların YFÖ-30 düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyutu puanları ve

toplam puanları obezite evresine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $F=0,230$ $p=0,795$, $F=0,859$ $p=0,426$, $F=0,497$ $p=0,610$, $F=2,575$ $p=0,080$, $F=0,376$ $p=0,687$, $F=0,016$ $p=0,984$, $F=0,322$ $p=0,725$, $F=0,493$ $p=0,612$).

Katılımcıların YBDÖ testi beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler alt boyutu puanları obezite evresine göre incelendiğinde 1.evre obez olanların ortalaması $2,66\pm1,46$, 2. evre obez olanların ortalaması $3,60\pm1,55$, 3. evre obez olanların ortalaması $3,64\pm1,52$ olarak saptanmıştır. 1. evre obez olan katılımcıların ortalaması 2. ve 3. derece evre olan katılımcılardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,027$, $p=0,010$). 2. evre ve 3. evre obez olanların puan ortalaması arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,996$).

Katılımcıların YBDÖ kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, işlevsellik, tıknırcasına yeme, telafi ve toplam puanları obezite evresine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $F=0,611$ $p=0,544$, $F=1,772$ $p=0,174$, $H(2)=2,289$, $p=0,318$, $H(2)=3,908$, $p=0,142$, $F=2,577$ $p=0,080$).

Katılımcıların OFİ genel hastalık farkındalığı alt boyutu puanları obezite evresine göre incelendiğinde 1.evre obez olanların ortalaması $7,87\pm2,04$, 2. evre obez olanların ortalaması $8,45\pm1,98$, 3. evre obez olanların ortalaması $9,14\pm1,55$ olarak saptanmıştır. 1. evre obez olan katılımcıların ortalaması 3. evre obez olan katılımcılardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). 2. evre obez olan katılımcılar ile 1. ve 3. evre obez olanların puan ortalaması arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $p=0,716$, $p=0,062$).

OFİ semptomların katkılarının farkındalığı alt boyut puanları obezite evresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=2,980$ $p=0,055$). Bununla birlikte, post-hoc (Tukey HSD) testi sonuçlarına göre 1. evre obez bireyler ile 3. evre obez bireyler arasında farkın anlamlılığa yakın olduğu belirlenmiştir ($p=0,045$).

Katılımcıların OFİ tedavi gereksinimi farkındalığı alt boyutu puanı obezite evresine göre incelendiğinde 1. evre obez olanların ortalaması $6,84\pm2,21$, 2. evre obez olanların ortalaması $7,47\pm2,03$, 3. evre obez olanların ortalaması $8,05\pm1,66$ olarak

saptanmıştır. 1. evre obez olan katılımcıların ortalaması 3. evre obez olan katılımcılardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,013$). 2. evre obez olan katılımcılar ile 1. ve 3. evre obez olanların puan ortalaması arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $p=0,364$, $p=0,387$).

Katılımcıların OFİ olumsuz sonuçların farkındalığı alt boyutu puanı obezite evresine göre incelendiğinde 1.evre obez olanların ortalaması $7,78\pm3,39$, 2. evre obez olanların ortalaması $9,09\pm1,62$, 3.evre obez olanların ortalaması $9,24\pm1,97$ olarak saptanmıştır. 1. evre obez olan katılımcıların ortalaması 3. evre obez olan katılımcılardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,030$). 2. evre obez olan katılımcılar ile 1. ve 3. evre obez olanların puan ortalaması arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $p=0,518$, $p=0,915$).

Katılımcıların OFİ toplam puanı obezite evresine göre incelendiğinde 1. evre obez olanların ortalaması $7,00\pm2,09$, 2. evre obez olanların ortalaması $7,90\pm1,88$, 3. evre obez olanların ortalaması $8,53\pm1,55$ olarak saptanmıştır. 1. evre obez olan katılımcıların ortalaması 3. evre obez olan katılımcılardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). 2. evre obez olan katılımcılar ile 1. ve 3. evre obez olanların puan ortalaması arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $p=0,103$, $p=0,283$).

Katılımcıların ÜBO olumlu inançlar, bilişsel güven, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilişsel farkındalık puanları ve toplam puan cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $F=1,530$ $p=0,221$, $F=1,737$ $p=0,181$, $F=0,210$ $p=0,811$, $F=0,361$ $p=0,698$, $F=0,379$ $p=0,685$, $F=1,377$ $p=0,256$).

4.3.3. İçgörü ölçeklerinin sosyodemografik veriler ile korelasyonu

İçgörü ölçeklerinin sosyodemografik veriler ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla; normal dağılım gösteren veriler için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

BİDÖ ile yaş, VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasında yapılan korelasyon analizinde BİDÖ ile yaş arasında pozitif yönlü düşük düzeyde korelasyon saptandı ($r_p=0,191$, $p=0,037$). Diğer değerler arasında korelasyon saptanmadı

BBIÖ alt ölçekleri ve toplam puanı ile yaş, VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

İÜBDÖ ile yaş, VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasındaki ilişkiler incelendiğinde, VKİ ($r_p=0,184$, $p=0,044$) ve vücut yağ oranı ($r_p=0,218$, $p=0,017$) ile düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişki bulunmadı.

YFÖ alt boyutları ile yaş, VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasında yapılan korelasyon analizinde YFÖ-F alt boyutunun yaş ($r_p=-0,193$, $p=0,035$) ve eğitim yılı ($r_p=-0,182$, $p=0,046$) ile negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği; YFÖ-YD alt boyutunun ise yaş ile pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği ($r_p=0,191$, $p=0,037$) saptandı. YFÖ-TP ise yaş ile pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği belirlendi ($r_p=0,271$, $p=0,003$). Diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişki saptanmadı.

YBDÖ alt ölçekleri ile yaş, VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasında yapılan korelasyon analizinde YBDÖ-BŞ alt ölçeği ile VKİ ($r_p=0,258$, $p=0,004$) arasında düşük düzeyde; vücut yağ oranı ($r_p=0,300$, $p=0,001$) ile arasında orta düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptandı. YBDÖ-İ alt ölçeğinin VKİ ($r_p=0,235$, $p=0,010$) ve vücut yağ oranı ($r_p=0,268$, $p=0,003$) ile pozitif yönlü düşük düzeyde, eğitim yılı ($r_p=-0,191$, $p=0,037$) ile ise negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği saptandı. YBDÖ-TY alt ölçeği ile yaş arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r_s=-0,287$, $p=0,001$). BDÖ-TP ile VKİ ($r_p=0,184$, $p=0,044$) ve vücut yağ oranı ($r_p=0,258$, $p=0,004$) ile pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Diğer değerler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

OFİ alt ölçekleri ile yaş, VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasında yapılan korelasyon analizinde, OFİ-GF alt boyutunun VKİ ($r_p=0,294$, $p=0,001$) ile pozitif yönlü düşük düzeyde ve vücut yağ oranı ($r_p=0,317$, $p<0,001$) ile pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği; OFİ-SF alt boyutunun yaş ($r_p=-0,184$, $p=0,044$) ile negatif yönlü, VKİ ($r_p=0,244$, $p=0,007$) ve vücut yağ oranı

($r_p=0,230$, $p=0,012$) ile pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği saptandı. OFİ-TG alt boyutu VKİ ($r_p=0,289$, $p=0,001$) pozitif yönlü düşük düzeyde ve vücut yağ oranı ($r_p=0,314$, $p<0,001$) ile pozitif yönlü orta düzeyde, eğitim yılı ($r_p=-0,231$, $p=0,011$) ile negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon göstermiştir. OFİ-OF alt boyutu ise VKİ ($r_s=0,269$, $p=0,003$) ile pozitif yönlü düşük düzeyde ve vücut yağ oranı ($r_s=0,336$, $p<0,001$) ile pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı korelasyon göstermiştir. OFİ-TP ise VKİ ($r_p=0,384$, $p<0,001$) ve vücut yağ oranı ($r_p=0,349$, $p<0,001$) ile pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı korelasyon göstermiştir. Diğer değerler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

ÜBO alt ölçekleri ile yaş, VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasında yapılan korelasyon analizinde, ÜBO-30 alt ölçeğinin vücut yağ oranı ($r_p=0,192$, $p=0,036$) ile pozitif yönlü düşük düzeyde, ÜBO-KT alt ölçeğinin eğitim yılı ($r_p=-0,247$, $p=0,007$) ile negatif yönlü düşük düzeyde, ÜBO-TP ile eğitim yılının ($r_p=-0,186$, $p=0,042$) negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği saptandı. Diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Tablo 4.4. İçgörü ölçeklerinin sosyodemografik veriler ile korelasyon analizi

Klinik ölçek	Katılımcılar (n=120)				
	Yaş	VKİ	Vücut yağ oranı	Visseral yağ oranı	Eğitim yılı
BİDO	$r_p=0,191$ $p=0,037$	$r_p=-0,095$ $p=0,303$	$r_p=-0,142$ $p=0,121$	$r_s=-0,044$ $p=0,637$	$r_p=-0,060$ $p=0,517$
BBİÖ-KİE	$r_p=-0,144$ $p=0,117$	$r_p=0,147$ $p=0,110$	$r_p=0,117$ $p=0,204$	$r_s=-0,067$ $p=0,470$	$r_p=0,091$ $p=0,324$
BBİÖ-KE	$r_p=-0,062$ $p=0,501$	$r_p=-0,069$ $p=0,453$	$r_p=-0,052$ $p=0,574$	$r_s=0,074$ $p=0,421$	$r_p=-0,014$ $p=0,880$
BBİÖ-TP	$r_s=-0,092$ $p=0,318$	$r_s=0,144$ $p=0,117$	$r_s=0,117$ $p=0,203$	$r_s=-0,124$ $p=0,177$	$r_s=0,107$ $p=0,245$
İÜBDÖ	$r_p=-0,139$ $p=0,129$	$r_p=0,184$ $p=0,044$	$r_p=0,218$ $p=0,017$	$r_s=-0,073$ $p=0,426$	$r_p=-0,010$ $p=0,914$
YFÖ-DÜŞY	$r_p=0,155$ $p=0,092$	$r_p=0,062$ $p=0,504$	$r_p=-0,047$ $p=0,612$	$r_s=0,118$ $p=0,198$	$r_p=-0,127$ $p=0,166$
YFÖ-DUYY	$r_p=0,109$ $p=0,234$	$r_p=-0,085$ $p=0,357$	$r_p=-0,122$ $p=0,183$	$r_s=-0,043$ $p=0,637$	$r_p=0,012$ $p=0,897$

r_p : Pearson korelasyon, r_s : Spearman korelasyon, n=katılımcı sayısı

Tablo 4.4. İlgörü ölçeklerinin sosyodemografik veriler ile korelasyon analizi
(devam)

Klinik ölçek	Katılımcılar (n=120)				
	Yaş	VKİ	Vücut yağ oranı	Visseral yağ oranı	Eğitim yılı
YFÖ-YK	$r_p=0,057$ $p=0,535$	$r_p=-0,106$ $p=0,247$	$r_p=-0,094$ $p=0,309$	$r_s=0,002$ $p=0,982$	$r_p=0,052$ $p=0,569$
YFÖ-F	$r_p=-0,193$ $p=0,035$	$r_p=-0,022$ $p=0,811$	$r_p=0,031$ $p=0,733$	$r_s=0,044$ $p=0,634$	$r_p=-0,182$ $p=0,046$
YFÖ-YD	$r_p=0,191$ $p=0,037$	$r_p=-0,096$ $p=0,297$	$r_p=-0,089$ $p=0,336$	$r_s=0,011$ $p=0,902$	$r_p=0,152$ $p=0,097$
YFÖ-BB	$r_p=0,077$ $p=0,403$	$r_p=-0,021$ $p=0,822$	$r_p=0,007$ $p=0,943$	$r_s=0,074$ $p=0,421$	$r_p=0,058$ $p=0,526$
YFÖ-E	$r_p=0,159$ $p=0,083$	$r_p=-0,046$ $p=0,616$	$r_p=-0,079$ $p=0,394$	$r_s=0,076$ $p=0,410$	$r_p=-0,147$ $p=0,110$
YFÖ-TP	$r_p=0,271$ $p=0,003$	$r_p=-0,077$ $p=0,404$	$r_p=-0,125$ $p=0,175$	$r_s=0,116$ $p=0,207$	$r_p=-0,054$ $p=0,559$
YBDÖ-BŞ	$r_p=-0,131$ $p=0,153$	$r_p=0,258$ $p=0,004$	$r_p=0,300$ $p=0,001$	$r_s=0,095$ $p=0,302$	$r_p=0,174$ $p=0,057$
YBDÖ-KY	$r_p=-0,151$ $p=0,099$	$r_p=0,016$ $p=0,864$	$r_p=0,070$ $p=0,446$	$r_s=0,022$ $p=0,815$	$r_p=0,095$ $p=0,304$
YBDÖ-İ	$r_p=-0,045$ $p=0,628$	$r_p=0,235$ $p=0,010$	$r_p=0,268$ $p=0,003$	$r_s<0,001$ $p=0,996$	$r_p=-0,191$ $p=0,037$
YBDÖ-TY	$r_s=-0,287$ $p=0,001$	$r_s=0,025$ $p=0,787$	$r_s=0,090$ $p=0,328$	$r_s=-0,195$ $p=0,033$	$r_s=0,106$ $p=0,248$
YBDÖ-T	$r_s=0,028$ $p=0,760$	$r_s=-0,063$ $p=0,497$	$r_s=-0,005$ $p=0,953$	$r_s=-0,077$ $p=0,406$	$r_s=0,020$ $p=0,828$
YBDÖ-TP	$r_p=0,165$ $p=0,072$	$r_p=0,184$ $p=0,044$	$r_p=0,258$ $p=0,004$	$r_s=-0,009$ $p=0,925$	$r_p=-0,078$ $p=0,396$

r_p : Pearson korelasyon, r_s : Spearman korelasyon, n=katılımcı sayısı

Tablo 4.4. İçgörü ölçeklerinin sosyodemografik veriler ile korelasyon analizi
(devam)

Klinik ölçek	Katılımcılar (n=120)				
	Yaş	VKİ	Vücut yağ oranı	Visseral yağ oranı	Eğitim yılı
OFİ-GF	$r_p=-0,162$ $p=0,078$	$r_p=0,294$ $p=0,001$	$r_p=0,317$ $p<0,001$	$r_s=0,022$ $p=0,811$	$r_p=0,115$ $p=0,212$
OFİ-SF	$r_p=-0,184$ $p=0,044$	$r_p=0,244$ $p=0,007$	$r_p=0,230$ $p=0,012$	$r_s=0,026$ $p=0,778$	$r_p=-0,055$ $p=0,548$
OFİ-TG	$r_p=0,001$ $p=0,994$	$r_p=0,289$ $p=0,001$	$r_p=0,314$ $p<0,001$	$r_s=-0,034$ $p=0,711$	$r_p=-0,231$ $p=0,011$
OFİ-OF	$r_s=-0,058$ $p=0,528$	$r_s=0,269$ $p=0,003$	$r_s=0,336$ $p<0,001$	$r_s=-0,096$ $p=0,299$	$r_s=-0,104$ $p=0,258$
OFİ-TP	$r_p=-0,166$ $p=0,070$	$r_p=0,384$ $p<0,001$	$r_p=0,349$ $p<0,001$	$r_s=-0,038$ $p=0,681$	$r_p=-0,102$ $p=0,266$
ÜBO-O	$r_p=0,031$ $p=0,734$	$r_p=0,174$ $p=0,058$	$r_p=0,192$ $p=0,036$	$r_s=0,072$ $p=0,431$	$r_p=-0,081$ $p=0,381$
ÜBO-KT	$r_p=0,090$ $p=0,329$	$r_p=0,146$ $p=0,111$	$r_p=0,150$ $p=0,103$	$r_s=0,037$ $p=0,685$	$r_p=-0,247$ $p=0,007$
ÜBO-BG	$r_p=0,156$ $p=0,088$	$r_p=-0,051$ $p=0,583$	$r_p=-0,026$ $p=0,780$	$r_s=-0,006$ $p=0,947$	$r_p=-0,126$ $p=0,171$
ÜBO-DK	$r_p=0,115$ $p=0,213$	$r_p=0,094$ $p=0,307$	$r_p=0,136$ $p=0,140$	$r_s=0,052$ $p=0,574$	$r_p=-0,152$ $p=0,098$
ÜBO-BF	$r_p=0,062$ $p=0,501$	$r_p=0,080$ $p=0,387$	$r_p=0,170$ $p=0,063$	$r_s=0,076$ $p=0,409$	$r_p=0,029$ $p=0,752$
ÜBO-TP	$r_p=0,134$ $p=0,144$	$r_p=0,131$ $p=0,155$	$r_p=0,170$ $p=0,064$	$r_s=0,070$ $p=0,444$	$r_p=-0,186$ $p=0,042$

r_p : Pearson korelasyon, r_s : Spearman korelasyon, n=katılımcı sayısı

İçgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyonunu değerlendirmek amacıyla; normal dağılım gösteren veriler için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Katılımcıların içgörü ölçek puanlarının birbiriyle yapılan korelasyon analizinde BİDÖ ile İÜBDÖ ($r_p=-0,799$, $p<0,001$) arasında yüksek düzeyde, YBDÖ ($r_p=-0,270$,

$p=0,003$) ve OFİ ($r_p=-0,215$, $p=0,018$) ile arasında ise düşük güçte negatif korelasyon saptanmıştır.

BBİÖ ile YBDÖ arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır ($r_s=0,231$, $p=0,011$).

İÜBDÖ ile YBDÖ ($r_p=0,273$, $p=0,003$) ve OFİ ($r_p=0,290$, $p=0,001$) arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

YFÖ ile YBDÖ ($r_p=-0,223$, $p=0,014$) ve OFİ ($r_p=-0,220$, $p=0,016$) arasında düşük düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır.

OFİ ile YBDÖ ($r_p=0,413$, $p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

ÜBO ile YBDÖ ($r_p=0,351$, $p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

Diğer ölçek puanları arasında bir korelasyon saptanmamıştır.

Katılımcılara uygulanan İçgörü ölçeklerinin birbiri ile korelasyon analizi Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. İçgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi

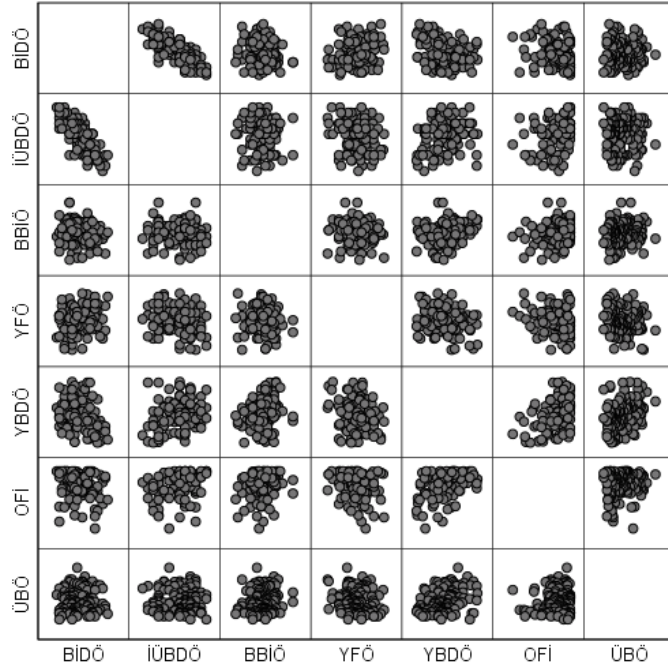
n=120	BİDÖ	BBİÖ	İÜBDÖ	YFÖ	YBDÖ	OFİ	ÜBO
Ölçek							
BİDÖ	1,000	$r_s=-,113$	$r_p=-,799$	$r_p=,149$	$r_p=-,270$	$r_p=-,215$	$r_p=,022$
	-	$p=,220$	$p<,001$	$p=,105$	$p=,003$	$p=,018$	$p=,813$
BBİÖ	$r_s=,113$	1,000	$r_s=,009$	$r_s=-,091$	$r_s=,231$	$r_s=,123$	$r_s=,117$
	$p=,220$	-	$p=,925$	$p=,320$	$p=,011$	$p=,180$	$p=,203$
İÜBDÖ	$r_p=-,799$	$r_s=,009$	1,000	$r_p=-,151$	$r_p=,273$	$r_p=,290$	$r_p=-,030$
	$p<,001$	$p=,925$	-	$p=,100$	$p=,003$	$p=,001$	$p=,748$

r_p : Pearson korelasyon, r_s : Spearman korelasyon, n=katılımcı sayısı

Tablo 4.5. İlgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi (devam)

n=120	BİDÖ	BBİÖ	İÜBDÖ	YFÖ	YBDÖ	OFİ	ÜBO
Ölçek							
YFÖ	$r_p=,149$ $p=,105$	$r_s=,091$ $p=,320$	$r_p=,151$ $p=,100$	1,000 -	$r_p=,223$ $p=,014$	$r_p=,220$ $p=,016$	$r_p=,177$ $p=,054$
YBDÖ	$r_p=,270$ $p=,003$	$r_s=,231$ $p=,011$	$r_p=,273$ $p=,003$	$r_p=,223$ $p=,014$	1,000 -	$r_p=,413$ $p<,001$	$r_p=,351$ $p<,001$
OFİ	$r_p=,215$ $p=,018$	$r_s=,123$ $p=,180$	$r_p=,290$ $p=,001$	$r_p=,220$ $p=,016$	$r_p=,413$ $p<,001$	1,000 -	$r_p=,133$ $p=,147$
ÜBO	$r_p=,022$ $p=,813$	$r_s=,117$ $p=,203$	$r_p=,030$ $p=,748$	$r_p=,177$ $p=,054$	$r_p=,351$ $p<,001$	$r_p=,133$ $p=,147$	1,000 -

r_p : Pearson korelasyon, r_s : Spearman korelasyon, n=katılımcı sayısı



Şekil 4.1 Hasta grubunun içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyonu

4.4. Regresyon Analizleri

Regresyon analizlerine, yaptığımız bağıntı analizlerinde anlamlılık saptanan değişkenler ve literatürdeki anlamlı olduğu belirtilen değişkenler dahil edildi. Bağımlı değişkenler için gerçekleştirilen lineer regresyon analizlerinde, ileri seçim (forward) yöntemi kullanılmıştır. Optimal model (en az değişkenle en yüksek ya da ona en yakın F, düzeltilmiş R² ve en düşük p değerlerine ulaşan model) çalışma ekibi tarafından seçilmiştir.

VKİ bağımlı değişken; BIDÖ, BBIÖ, İÜBDÖ, YFÖ, YBDÖ, OFİ, ÜBO toplam puanları bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizinde forward yöntemi kullanılmıştır. Yapılan regresyon analizinde içgörü ölçeklerinden yalnızca OFİ toplam puanının VKİ değerini pozitif yönde anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır (F=17,830 p<0,001, GA=%95). OFİ toplam puanının tek başına bulunduğu model varyansın %12,4'ünü açıklıyordu (Düzeltilmiş R²=0,124). Modelde

bağımsız değişkenler arasında otobağıntıya rastlanmamış, hataların tesadüfi olduğu görülmüştür (Durbin Watson=2,154, VIF<10).

Tablo 4.6. Katılımcıların VKİ değeri için öngördürücüleri

VKİ	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI for B	
Düzeltilmiş R ² =,124						Lower	Upper
Constant	29,547	2,349		2,751	0,000	24,896	34,199
OFİ	1,224	,290	,362	4,223	0,000	0,650	1,797

Std. Hata: standart hata, CI: güven aralığı

Obezite evresini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla ordinal lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Analizde bağımlı değişken olarak obezite evresi, bağımsız değişkenler olarak BİDÖ, BBİÖ, İÜBDÖ, YFÖ, YBDÖ, OFİ, ÜBO toplam puanları kullanılmıştır.

Modelin veriyle uyumu incelendiğinde, hem Pearson Ki-kare ($\chi^2=236.071$, sd=231, p=0.395) hem de Deviance Ki-kare ($\chi^2=240.915$, sd=231, p=0.314) testlerinin anlamsız olması, modelin veriye uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca Test of Parallel Lines sonucuna göre $\chi^2=12.106$, sd=7, p=0.097 bulunmuş; bu değer p>0.05 olduğu için paralel çizgiler varsayımı sağlanmış, dolayısıyla ordinal lojistik regresyon modelinin geçerli olduğu doğrulanmıştır.

Modelin Pseudo R² değerleri incelendiğinde; Cox & Snell R²=0.150, Nagelkerke R²=0.169 ve McFadden R²=0.075 olarak bulunmuştur. Bu değerler, modelin obezite evresindeki varyansın yaklaşık %17'sini açıkladığını göstermektedir.

Analiz sonuçlarına göre OFİ toplam puanının obezite evresini anlamlı biçimde yordadığı görülmüştür (B=0.289, p=0.008). Buna göre, obezite farkındalık düzeyi arttıkça bireylerin daha ileri obezite evresinde yer alma olasılığı da artmaktadır. İÜBDÖ değişkeni ise sınırda anlamlılık düzeyinde bulunmuştur (B=0.203, p=0.061).

Bu bulgu, içgörü düzeyi yükseldikçe obezite evresinin artma eğiliminde olabileceğini göstermektedir; ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Diğer değişkenlerin obezite evresi üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmanın temel amacı, majör ve psikotik olmayan psikiyatrik bozukluklar için geliştirilmiş içgörü ölçeklerinin obezitede içgörüyü ne kadar ölçtüğünü belirlemek ve obezite şiddeti ile içgörü düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bölümde, çalışmamızdan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmış ve yorumlanmıştır.

5.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızın sosyodemografik verileri incelendiğinde yaş ortalaması $40,30 \pm 10,05$ yıldır. Çalışmamızın örneklemini yaş açısından literatürle uyumluydu. Yaş gruplarına bakıldığında, 40–59 yaş aralığındaki yetişkinlerde obezite oranları, 20–39 yaş ve 60 yaş ve üzeri gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Emmerich ve ark., 2024).

Çalışmamızda katılımcıların %82,5'i ($n=99$) kadındır. Dünya genelinde kadınların obezite oranları erkeklerden daha yüksektir. Cinsiyete özgü farklılıklar dünyanın tüm bölgelerinde belirgindir (Fazal ve ark., 2025).

Katılımcıların VKİ değerleri 30,00-56,70 aralığında değişmekte olup, ortalaması $39,18 \pm 6,51$ olarak bulunmuştur. Bu değerler, literatürde yer alan benzer obezite örneklemleri çalışmalarda bildirilen ortalamalarla paralellik göstermektedir (Dreber ve ark., 2015)

Çalışmamızda kadın katılımcıların ortalama VKİ değerinin ($39,87 \pm 6,55$) erkek katılımcılara ($35,91 \pm 5,37$) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,011$). Literatürde de benzer biçimde, obezite tedavisi veya kilo yönetimi programlarına başvuran örneklemlerde kadınların VKİ ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Multidisipliner obezite tedavi programına katılan bireylerde kadınların ortalama VKİ'sini 38, erkeklerin ise 34 olarak bildirmiştir (Dalle Grave ve ark., 2007). Bu dağılım, literatürde obezitenin özellikle orta yaş kadınlarda daha yüksek oranda görülmesiyle uyumludur (Collaborators, 2017).

Çalışmamızdaki evre 3 obezite oranı (%40,8) genel erişkin popülasyon verileriyle karşılaştırıldığında dikkat çekici şekilde yüksektir. Ulusal düzeyde toplum temelli çalışmalar, ABD erişkinlerinde evre 3 obezite ($VKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$) prevalansının son yıllarda yaklaşık %9 civarında seyrettiğini ve bu oranın son on yılda artış eğiliminde olduğunu bildirmektedir. 2013–2014 döneminden 2021–2023 dönemine kadar evre 3 obezite prevalansının %7,7’den %9,7’ye yükseldiği, son ölçüm döneminde erişkinlerde şiddetli obezite yaygınlığının %9,4 olduğu rapor edilmiştir. Bu karşılaştırma, bizim örneklemimizin rastgele toplum örneklemini olmadığını; aksine ileri derecede obezitesi olan bireylerin sağlık hizmetine başvurduğu veya takibe alındığı, klinik ağırlıklı bir popülasyonu yansıttığını düşündürmektedir. Benzer şekilde literatürde de, klinik başvuru temelli kohortlarda evre 2 ve 3 obezitenin çok temsil edildiği ve bu grupların genel nüfusa kıyasla çok daha yüksek VKİ değerlerine sahip olduğu belirtilmiştir (Emmerich ve ark., 2024). Obezite evrelerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadın ve erkek katılımcılar arasında evre 1, evre 2 ve evre 3 obezite oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,070$). Büyük ulusal taramalarda toplam obezite prevalansının ($VKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) artık kadınlar ve erkekler arasında genel olarak benzer düzeylerde bildirildiği ve erişkinlerde obezitenin her iki cinsiyette de yaygın bir halk sağlığı sorunu hâline geldiği belirtilmektedir; örneğin 2021–2023 dönemi verilerinde erişkinlerde obezite prevalansı %40,3 olup erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Emmerich ve ark., 2024). Bu durum, çalışmamızdaki “genel olarak benzer şiddette obezite ile başvuran kadın ve erkekler” görünümüyle uyumludur.

Katılımcıların vücut yağ oranı %25,30 ile %66,00 arasında değişmekte olup, ortalama $47,50 \pm 7,28$ olarak bulunmuştur. Katılımcıları vücut yağ oranları cinsiyete göre incelendiğinde ise kadın katılımcıların vücut yağ oranı ortalaması $48,76 \pm 6,38$ olarak erkek katılımcıların $41,57 \pm 8,45$ olarak saptanmıştır. Kadın katılımcıların vücut yağ oranlarının ortalamasının erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$, $t=3,683$). Kadınlarda ortalama VKİ ve vücut yağ oranının erkeklere göre anlamlı biçimde daha yüksek olması da benzer şekilde, kadınlarda hormonal faktörler, gebelik öyküsü, menopoz sonrası metabolik değişiklikler ve bunların sonucunda yağ dokusunun artmasıyla açıklanabilir (Davis ve ark., 2012). Bazı araştırmalar, özellikle

karın içi yağ birikiminin menopoza geçiş süreciyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Ergin, 2014).

Çalışmamızda katılımcıların visseral yağ düzeyi 6,00 ile 26,00 arasında değişmekte olup ortalama $12,14 \pm 3,62$ olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın katılımcıların visseral yağ ortalaması $11,68 \pm 2,91$ iken erkek katılımcıların ortalaması $14,28 \pm 5,53$ olarak bulunmuş, erkeklerde visseral yağ birikiminin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gösterilmiştir ($p=0,039$, $z=-2,060$). Erkeklerde visseral (intraabdominal) yağ dokusunun birikiminin kadınlara kıyasla daha belirgin olduğu, toplam vücut yağ kütlesi kontrol edildiğinde dahi erkeklerin mutlak visseral yağ hacimlerinin daha yüksek kaldığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Literatürde abdominal/visseral yağlanmanın erkeklerde daha erken yaşlarda ve daha belirgin biçimde arttığı, buna karşılık kadınlarda özellikle premenopozal dönemde yağın daha çok subkutan depolarda tutulduğu bildirilmiştir. Bu cinsiyete özgü dağılım, erkeklerde android (abdominal merkezli) yağlanma paterninin, kadınlarda ise daha çok gluteofemoral (gynoid) yağlanma paterninin baskın olmasına bağlanmaktadır; bu durum kadınlarda yağın daha büyük oranda deri altı bölgede depolanmasını, erkeklerde ise karın içi (visseral) bölgede yoğunlaşmasını açıklayan temel mekanizmalardan biri olarak sunulmaktadır (Lemieux ve ark., 1993). Erkeklerin visseral yağ dokusu biriktirme eğilimi, obezitenin neden erkeklerde kadınlara kıyasla çok daha tehlikeli olduğunu öngörmede kilit bir faktör olarak görünmektedir. Yine de, erkek ve kadın arasındaki visseral yağ dokusu birikimi farkı, metabolik risk profilindeki cinsiyet farkını bütünüyle açıklayamaz. Cinsiyet hormonları, visseral yağ dokusu birikimine olan etkilerinin ötesinde, metabolik risk parametrelerini daha fazla modüle etmede önemli bir rol oynayabilir (Tchernof ve Després, 2013).

Eğitim düzeyine bakıldığında, katılımcıların %23,3'ü ($n=28$) ilkokul, %9,2'si ($n=11$) ortaokul, %30,8'i ($n=37$) lise, %30,0'ı ($n=36$) üniversite ve %6,7'si ($n=8$) doktora veya yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Wardle ve arkadaşları, İngiltere verileri üzerinde yaptıkları çalışmada, daha az eğitim yılına sahip ve ekonomik koşulları daha kötü olan erkek ve kadınlarda obezite riskinin daha yüksek olduğunu; ayrıca düşük mesleki statüye sahip kadınlarda, obezite riskinin arttığını göstermiştir (Wardle ve ark., 2002). Mackenbach ve arkadaşları ise 22 Avrupa ülkesinde çeşitli

sağlık göstergelerine ilişkin eşitsizlikleri araştırmış ve eğitime bağlı obezite eşitsizliklerinin özellikle kadınlarda ve güney Avrupa ülkelerinde daha belirgin olduğunu ortaya koymuştu (Mackenbach ve Kunst, 1997).

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu evli (%75,8) olup, önemli bir kısmı eşi ve çocuklarıyla aynı hanede yaşamaktadır (%79,2). Katılımcıların %69,2'sinin çocuk sahibi olması, evlilik ve aile yapısının günlük yaşam rutinleri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Hane halkı sayısı ortalama $3,43 \pm 1,41$ olarak saptanmıştır. Bu bulgular literatürdeki sistematik derleme ve meta-analiz sonuçlarıyla uyumludur. Söz konusu derlemede, 105 çalışmanın 76'sı (%72) evli bireylerde obezite riskinin evli olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Evlilik durumu ile obezite arasındaki ilişki, kovaryans ayarlı olasılık oranları (odds ratio) kullanılarak değerlendirilmiş ve 20 çalışmada anlamlı sonuçlar bildirilmiştir. Kadınlara yönelik 22 çalışmanın 13'ünde evli kadınlarda obezite riskinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu, sekizinde fark bulunmadığı, birinde ise evli olmayan kadınlarda riskin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Nikolic Turnic ve ark., 2024).

Dinour ve arkadaşlarının, 40 yılı kapsayan verilerle yürüttükleri sistematik incelemede, evliliğin kilo artışıyla, boşanmanın ise kilo kaybıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Dinour ve ark., 2012). Benzer şekilde, Çin'de yapılan geniş ölçekli bir ikiz çalışmasında ($n=10.448$), genetik ve çevresel faktörler kontrol edilmesine rağmen evli bireylerin her iki cinsiyette de daha yüksek vücut kitle indeksine sahip oldukları gösterilmiştir (Liao ve ark., 2018). Bu bulgular, evliliğin obeziteyle ilişkisini yalnızca çevresel değil, davranışsal düzeyde de desteklemektedir. Çalışmamızdaki yüksek evli birey oranı ve hane yapısı, literatürde bildirilen evlilik ile artmış obezite riski arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Özellikle kadın katılımcılarda, evlilik ve aile içi sorumlulukların günlük yaşam ve beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olabileceği düşünülebilir. Bu bulgu, evlilik durumunun ve aile yapısının obezite riskini değerlendirmede dikkate alınması gereken önemli sosyodemografik faktörler olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun kentsel bölgede yaşadığı (%73,3) görülmüştür. Obezite literatüründe kentsel yaşamın obezite ve abdominal yağlanma

açısından önemli bir belirleyici olduğu sıkça vurgulanmaktadır. Birçok ülkede kentte yaşayan yetişkinlerin vücut kütle indeksinin ve santral obezite göstergelerinin (ör. bel/kalça oranı) kırsal bölgede yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu; bu farkın daha yüksek sedanter yaşam, ulaşılabilir yüksek kalorili besin tüketimi ve sosyoekonomik farklılıklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Örneğin Myanmar ve arkadaşları erişkinleri kapsayan geniş ölçekli, ulusal düzeydeki bir kesitsel çalışmada, fazla kilo ve obezite prevalansının kentsel bölgelerde daha yüksek olduğu; kentte yaşayan bireylerin hem ortalama VKİ hem de bel/kalça oranının anlamlı ölçüde daha yüksek seyrettiği gösterilmiştir. Araştırmada bu kentsel etki kısmen gelir, eğitim ve istihdam gibi sosyoekonomik göstergeler üzerinden açıklanmıştır (Thapa ve ark., 2021). Benzer şekilde Türkiye’den bildirilen saha çalışmalarında da, kentsel bölgelerde obezite prevalansının kırsal bölgelere göre daha yüksek olduğu; örneğin Gaziantep erişkin popülasyonunda kentsel bölgede obezite oranının %28,9 iken kırsalda %20,6 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0,024$) bildirilmiştir (Ozcirpici ve ark., 2009). Bu veriler, çalışmamızdaki katılımcı profilinin ağırlıklı olarak kent kökenli olmasının tesadüf olmadığını, kent yaşamının obezite açısından daha “obeziteye elverişli” bir çevre oluşturduğunu düşündürmektedir. Kentlerde fiziksel aktivite için güvenli alanların sınırlanması, ulaşımın ve iş yaşamının sedanterleşmesi, enerji yoğun ve ucuz hazır gıdaya erişimin artması gibi çevresel faktörlerin obezite yükünü artırdığı literatürde sosyal ve çevresel belirleyiciler kapsamında tanımlanmıştır.

Gelir düzeyi dağılımına bakıldığında, katılımcıların önemli bir bölümü 2-3 asgari ücret (%38,3) ve ≥ 3 asgari ücret (%34,2) gelir grubunda yer almaktadır. Literatür Obezitenin sosyoekonomik statü ile ilişkisi karmaşık olduğunu ülkenin ekonomik gelişmişlik düzeyine göre yön değiştirebildiğini vurgulamaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksek gelir düzeyinin daha yüksek obezite riskine eşlik ettiğini; bunun daha fazla enerji yoğun gıdaya erişim, daha az fiziksel emek gerektiren işlerde çalışma ve “besin bolluğu”nun statü göstergesi olarak içselleştirilmesi gibi mekanizmalarla açıklanabileceğini göstermektedir (Anekwe ve ark., 2020). Buna karşılık, Fransa’da yapılan başka bir çalışmada, ekonomik durumu daha kötü olan erkeklerin obez olma olasılığının kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (de Saint Pol, 2009). Mevcut

Çalışmaların çoğu tek bir ülke üzerine yoğunlaşmakta olup, uluslararası karşılaştırmalar sunan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Garcia Villar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dokuz Avrupa ülkesinde hane gelir düzeyi ile VKİ arasındaki ilişki incelemiş ve kadınlarda ters bir ilişki, erkeklerde ise karışık bir örüntü saptamışlardır; rneğin Finlandiya ve Portekiz’de yüksek gelir grubundaki erkeklerin VKİ değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Villar ve Quintana-Domeque, 2009). Dolayısıyla alışmamızdaki gelir dağılımının görece orta ve st gelir dilimlerinde yoğunlaşması, ileri derecede obez bireylerin yalnızca düşük gelir grubuyla sınırlı olmadığını; aksine obezitenin farklı gelir düzeylerinde görülebilen, sosyoekonomik olarak giderek “genelleşen” bir sorun olduğunu destekler niteliktedir. Bu durum, obezitenin yalnızca yoksulluk veya yalnızca refah ile açıklanamayacağını; yaşanılan evre, beslenme biçimi, iş koşulları ve kültürel faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışma durumuna bakıldığında katılımcıların yaklaşık yarısının çalışmadığı (%49,2), %45’inin düzenli bir işe sahip olduğu ve yalnızca %5,8’inin düzensiz işlerde çalıştığı görülmüştür. Obezite ve istihdam arasındaki ilişki çift yönlüdür ve bu ilişki literatürde giderek daha fazla “sosyal belirleyici” olarak ele alınmaktadır. Bir yandan, fazla kilo ve obezite işgücüne katılımı ve özellikle kadınlarda istihdam edilebilirliği olumsuz etkileyebilmektedir; obez kadınlarda işsizlik riskinin normal kilolu kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu, bunun da iş piyasasındaki kilo temelli ayrımcılık ve damgalanma ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Dietrich ve ark., 2022). Öte yandan, işsizliğin veya düzensiz çalışma biçimlerinin de obezite ile ilişkili olabileceği; ekonomik kırılganlık, düzensiz çalışma saatleri, stres ve sağlıksız besin tercihleri gibi mekanizmalar üzerinden beden ağırlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. ABD’de yüz binlerce erişkini içeren büyük ölçekli analizlerde, bölgesel işsizlik oranları ve bireylerin kilo durumları arasında anlamlı ilişkiler saptanmış; özellikle yerel ekonomik koşulların kötüleştiği bölgelerde obezite oranlarının daha yüksek seyrettiği ve bu ilişkinin gelir, eğitim ve diğer sosyoekonomik göstergelerle i içe olduğu gösterilmiştir (Zhang ve ark., 2014).

Çalışmamızda obez bireylerde tütün, alkol ve madde kullanımına ilişkin oranlar aşağıdaki şekilde saptanmıştır: Katılımcıların %25’i (n=22) aktif sigara iicisidir;

%67,5'i (n=81) hiç sigara kullanmamış, %7,5'i (n=9) ise geçmişte sigara kullanıp bırakmıştır. Bu bulgu, Finlandiya'da obez bireylerde bildirilen %25 aktif sigara içme oranı ile uyumludur (Svård ve ark., 2016). Alkol kullanımına bakıldığında katılımcıların %5,8'inin (n=7) aktif alkol kullandığı, %2,5'inin (n=3) alkolü bıraktığı ve %91,7'sinin (n=110) hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Madde kullanımına ilişkin olarak tüm katılımcıların "kullanmıyorum" beyanında bulunduğu görülmüştür (%100, n=120). Bu bulgunun çalışmanın metodolojisi ile ilişkili olduğu not edilmelidir; çünkü aktif madde kullanımı çalışmanın dışlama kriterlerinden biri olarak belirlenmiş, dolayısıyla örneklem bu yönden seçilmiştir. Bu sonuçlar, çalışmamızdaki obez grupta tütün, alkol ve madde kullanım profiline dair temel karşılaştırmayı sunmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %13,3'ünde aktif intihar düşüncesi saptanmış, %5'inin ise geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Klinik obezite ve özellikle bariatrik cerrahi aday popülasyonlarda bildirilen oranlara bakıldığında bu düzeyler beklenen aralık içindedir. Şiddetli obezitesi olan ve bariatrik cerrahi için değerlendirilen bireylerde preoperatif dönemde intihar düşüncesi bildirme oranlarının %5 ile %16 arasında değiştiği; örneğin geniş örneklemelerde "geçen hafta/şu anda intihar düşüncesi var mı?" sorusuna pozitif yanıt verenlerin oranının %5,3 olduğu, daha küçük klinik kohortlarda ise ameliyat öncesi değerlendirme sırasında intihar düşüncesi bildirenlerin oranının %16'ya kadar çıktığı rapor edilmiştir (Gordon ve ark., 2019). Bu çalışmalar aynı zamanda hastaların yaklaşık dörtte birinde (%~25) yaşam boyu en az bir kez intihar düşüncesi veya kendine zarar verme düşüncesi öyküsü olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda bizim çalışmamızda aktif intihar düşüncesi oranının %13,3 olması, obezite nedeniyle klinik izlemde olan bireylerde tarif edilen aralığa oldukça yakındır ve bu grubun ruhsal açıdan yüksek riskli bir alt popülasyon olduğunu desteklemektedir.

Katılımcıların %5'inde bildirilen geçmiş intihar girişimi öyküsü de literatürle uyumludur. Ciddi obezitesi olan ve bariatrik cerrahi değerlendirmesine alınan bireylerde yaşam boyu en az bir intihar girişimi öyküsü oranı çeşitli çalışmalarda %5–9 bandında verilmektedir. Örneğin bariatrik cerrahi aday 300'ün üzerinde hastanın incelendiği bir çalışmada katılımcıların %30,3'ünün en az bir kez intihar düşüncesi

yaşamış olduğu, %5,55'inin ise yaşam boyu intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir; başka bir seride ise adayların yaklaşık %9'unda önceki intihar girişimi öyküsü olduğu rapor edilmiştir (Chen ve ark., 2012).

Obezite; hipertansiyon, dislipidemi, tip 2 diyabet, osteoartrit, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, karaciğer yağlanması, inme, demans ve obstrüktif uyku apnesi gibi pek çok sağlık sorunuyla ilişkili olduğu ve obezitenin bir çok hastalığa yatkınlaştırıcı olduğu bilinmektedir (Ansari ve ark., 2020; Sarma ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda obezite tanılı bireylerde ek tıbbi hastalık oranının obez olmayanlardan belirgin olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Bae ve ark., 2025). Çalışmamızda da katılımcıların %60,8'inde (n=73) ek tıbbi hastalık bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların %23,3'ünün (n=23,3) diyabetinin, %20'sinin (n=24) tiroid hastalığının, %18,3'ünün (n=18,3) hipertansiyonunun, %1,7'sinin (n=1) kalp yetmezliğinin, %1,7'sinin (n=1) böbrek yetmezliğinin bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların %34,2'si (n=41) hastalığının yaşamını etkilediğini ifade etmiştir.

Yapılan çalışmalarda travma ve istismar ile yetişkin obezitesi arasında ilişki saptanmıştır. Travmaya maruz kalmanın obezite sıklığını arttırdığı, TSSB gelişiminin ise bu riski daha fazla arttırdığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Kubzansky ve ark., 2009; Takemoto ve ark., 2021). Obezite tanılı bireylerin %70'e yakının travma öyküsü olduğu saptanmıştır (Alhalal, 2018; Ben-Porat ve ark., 2023; Grilo ve ark., 2005). Travma öyküsü incelendiğinde, katılımcıların %27,5'inde (n=33) travma öyküsü olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %40,0'ında (n=48) ek psikiyatrik hastalık mevcut olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ek psikiyatrik hastalık türleri incelendiğinde, en sık görülen tanının %25,8 (n=31) oranı ile majör depresif bozukluk (MDB) olduğu saptanmıştır. Bunu %14,2 (n=17) oranı ile yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %6,7 (n=8) oranı ile panik bozukluk (PB) ve %3,3 (n=4) oranı ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) izlemiştir. Bu bulgular, literatürde obez bireylerde yaygın olarak bildirilen depresyon ve anksiyete belirtileriyle uyumludur (Dreber ve ark., 2015). Markowitz ve arkadaşları, obezite ile depresyon arasındaki çift yönlü ilişkiyi açıklayan bir model önermiştir. Model, obezitenin sağlık ve görünüm kaygısı yolları aracılığıyla depresyona; depresyonun ise fizyolojik ve psikososyal yollarla obeziteye yol açabileceğini öne sürmektedir. Bu yollar; işlevsellik kaybı, yaşam

kalitesi, beden imgesi memnuniyetsizliği, diyet ve yeme düzensizlikleri, stres yanıtı, HPA eksenini disregülasyonu ve tedaviye uyumsuzluk gibi faktörleri içermektedir (Markowitz ve ark., 2008). Çalışmamızda gözlenen bulgular, obezite ile yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) arasındaki karşılıklı ilişkiyi desteklemektedir. Literatür, HPA eksenini disregülasyonu, kronik inflamasyon, uyku bozuklukları ve duygusal yeme gibi biyolojik ve davranışsal yolların bu ilişkiyi açıklayabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, obezite ve YAB'nun eş zamanlı ele alındığı multidisipliner yaklaşımların, psikolojik, farmakolojik ve yaşam tarzı müdahalelerini birleştirerek hem mental hem de metabolik sağlığı destekleyebileceğini vurgulamaktadır (Dymek ve ark., 2025) .

Literatür incelendiğinde obezite tanılı hastaların psikiyatrik ilaç kullanımının normal kilodaki bireylerden daha sık olduğu ve obezite tanılı hastaların yaklaşık olarak %27-38'inin psikiyatrik tedavi aldığı öğrenilmiştir (Hawkins ve ark., 2019; Svärd ve ark., 2016). Çalışmamızda katılımcıların psikiyatrik tedavi öyküsü değerlendirildiğinde, katılımcıların %30,8'inin (n=37) daha önce tedavi aldığı, %69,2'sinin (n=83) ise tedavi almadığı belirlenmiştir. Tedavi türü açısından bakıldığında, tedavi alan katılımcıların %97,3'ü (n=36) ayaktan, %2,7'si (n=1) ise yatarak tedavi görmüştür. Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların %28,3'ünde (n=34) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Klinik obez popülasyonlarında bildirilen oranlar merkez ve örneklemme göre değişmektedir: bariatrik cerrahi adaylarında aile öyküsü %50–51,5 düzeyinde raporlanırken, post-bariatrik bir örneklemde %8,8 ve toplum temelli bir erişkin örneklemde %23,4 bulunmuştur (AlQahtani ve ark., 2015; Alqifari ve ark., 2024; Garcia ve ark., 2023). Bu çerçevede, çalışmamızdaki %28,3'lük oran, toplum temelli serilerle benzer büyüklükte olup bazı bariatrik aday serilerinden düşüktür. Bu bulgunun olası açıklamaları birkaç başlık altında değerlendirilebilir. İlk olarak, örneklem kaynağı bildirilen oranları etkileyebilir: tedavi arayan/klinik başvuru örneklemde aile öyküsünün daha yüksek, toplum temelli örneklemde ise daha düşük raporlanması beklenir. İkinci olarak, ölçüm ve tanımlama farkları belirleyicidir; bazı çalışmalar tüm Eksen I bozukluklarını ve alt eşik düzeyindeki durumları kapsarken, bazıları yalnızca klinik tanı almış birinci derece akrabaları

sorgulamaktadır. Öz-bildirim ile kayıt temelli doğrulama arasındaki yöntem farklılığı da prevalansın yönünü ve büyüklüğünü etkileyebilir. Kültürel etmenler ve damgalanma, özellikle alkol/madde kullanımı ve ağır ruhsal bozukluklar söz konusu olduğunda, aile öyküsünün eksik bildirilmesine yol açabilir. Ayrıca demografik bileşim (yaş, cinsiyet, eğitim) ile aile yapısına ilişkin özellikler (aile büyüklüğü, birlikte yaşama) aile üyelerinin tanı alma ve fark edilme olasılıklarını değiştirebilir. Son olarak, sağlık hizmetine erişimdeki farklılıklar, bölgesel psikiyatrik hastalık prevalansı ve hatırlama yanlılığı raporlanan oranların yukarı ya da aşağı yönlü sapmasına neden olabilir. Bu çerçevede, çalışmada saptanan %28,3'lük aile öyküsü oranının, yöntemsel ve bağlamsal farklılıklarla uyumlu olduğu değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda obezite başlangıç yaşı 10–53 arasında değişmiş, ortalama $28,85 \pm 10,98$ yıl olarak saptanmıştır; katılımcıların en zayıf oldukları yaşın ortalaması ise $20,06 \pm 6,33$ yıl bulunmuştur. Literatürde obezite başlangıcının klinik gidişle ilişkili olduğu; özellikle <20 yaş erken başlangıcın erişkin başlangıca kıyasla daha ağır adipozite fenotipi ve daha yüksek VKİ ile seyrettiği bildirilmektedir (Wrzosek ve ark., 2018). Benzer biçimde, erişkin yaşamda fazla kilolu/obeziteye daha erken yaşta geçişin kardiyometabolik risk artışıyla ilişkili olduğu uzunlamasına verilerle desteklenmiştir (Fan ve Zhang, 2023). Bu çerçevede, çalışmamızdaki ortalama başlangıç yaşının üçüncü dekat sonlarında yer alması, erken/erişkin başlangıç literatürüyle uyumlu bir dağılıma işaret etmektedir.

Katılımcılar arasında çocukluk çağı yeme bozukluğu (YB) öyküsü oranı %6,7 (n=8) bulunmuştur. Bariyatrik cerrahi yapılan klinik obez popülasyonlarında ameliyat öncesi YB sıklığının çalışmadan çalışmaya geniş aralıkta değiştiği (ör. BED için $\approx$ %10; “herhangi bir YB” için %20–30+) bildirilmekle birlikte, bu verilerin çoğu mevcut ya da yaşam boyu YB'yi kapsamakta; özellikle çocukluk başlangıçlı YB öyküsü alt grubuna ait kanıtlar sınırlı kalmaktadır (Maxim ve ark., 2025). Türkiye'den yakın tarihli bir çalışmada da bariyatrik adaylarda YB oranlarının anlamlı düzeyde olduğu, ancak geçmiş YB dağılımının gruplar arasında farklılaşmadığı raporlanmıştır (Eroğlu ve Luş, 2024). Bu nedenle, örneklemimizde saptanan %6,7'lik çocukluk çağı YB öyküsü oranı, tanım ve kapsam farkları (yalnızca çocukluk başlangıcını sorgulama) nedeniyle toplam YB prevalansına göre daha düşük görünmektedir. Bu

farklılıklar, çalışmalar arasındaki tanım ve ölçüm çeşitliliğine, ayrıca çoğu çalışmanın mevcut ya da yaşam boyu YB'ye odaklanmasına karşın, bizim analizimizin özellikle çocukluk başlangıçlı YB öyküsünü sorgulamasına bağlanabilir. Son olarak, değişkenlerin öz-bildirim yoluyla toplanmış olması yanlılık olasılığını artırabileceğinden, oranlar bu sınırlılık göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların %60,0'ı kilosunu 'aşırı kilolu/obez', %35,8'i 'kilolu', %4,2'si 'normal' olarak tanımlamıştır. Literatür, obez bireylerin büyük kısmının ağırlığını en azından 'kilolu' olarak algıladığını; 'normal' algısının ise azınlıkta kaldığını göstermektedir. Örneğin, obez VKİ aralığındaki erişkinlerde 'normal' algısı %2–3 düzeyindeyken 'kilolu' algısı %40+ olarak bildirilmiştir; obez evre 1'de ise yaklaşık %23'lük bir grup ağırlığını olduğundan düşük sınıfta değerlendirmektedir (Gruszka ve ark., 2022). Bu bulgular, örneklemimizdeki düşük 'normal' ve yüksek 'kilolu/obez' öz-değerlendirmesiyle uyumludur.

Çalışmamızda kadın katılımcıların %41,4'ünün adet döngüsü düzenli, %31,3'ünün düzensiz, %27,3'ünün ise menopoz döneminde olduğu saptanmıştır. Literatür, obez kadınlarda adet düzensizliği prevalansının yaklaşık %30–36 aralığında seyrettiğini ve obezitenin düzensiz siklus riskini normal kilolulara göre artmış (yaklaşık iki kat) gösterdiğini bildirmektedir (Andreu ve ark., 2023). Bu bağlamda, örneklemimizdeki %31,3'lük düzensiz adet oranı literatür aralığıyla uyumludur. Menopozda olma oranının ise çalışmalar arasında örneklem yaş dağılımına ve klinik bağlama bağlı olarak değişkenlik gösterebildiği dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların %29,2'si aktif olarak diyet yaptığı veya sporla ilgilendiğini bildirmiş, bu faaliyetin süresi ortalama $3,67 \pm 3,64$ ay olarak saptanmıştır. Literatürde obez bireylerin son 12 ayda kilo kaybı girişimi bildirme oranları yüksek olmakla birlikte (ör. %66,7), 'mevcut/aktif program' katılımının daha düşük düzeylerde seyrettiği; obez erişkinlerde düzenli egzersiz yapanların oranının çoğu seride %20–35 bandında raporlandığı görülmektedir (Martin ve ark., 2018). Davranışsal yaşam tarzı müdahalelerinde tipik uygulama süresi 12–16 hafta ($\approx 3-4$ ay) olup, cerrahi öncesi programlar için 3–6 ay gereklilikleri yaygındır (Martin ve ark.,

2018). Bu çerçevede, çalışmamızdaki %29,2'lik aktif diyet/spor oranı ve 3,67 ay ortalama süre, mevcut literatürle tutarlıdır.

5.2. İçgörü Ölçekleri

Bildiğimiz kadarıyla obezite alanında “içgörü” kavramı sistematik olarak incelenmemiş; literatürde kullanılan içgörü ölçekleri ise ağırlıklı psikiyatrik popülasyonlar için geliştirilmiş ve doğrulanmıştır. Bu çalışmada söz konusu ölçekleri obezite bağlamına uyarlayarak obezitede içgörü varlığını ve örüntülerini değerlendirmeyi amaçladık.

Obezitede doğrudan BİDÖ kullanılan çalışma bulunmamakla birlikte, elde ettiğimiz dağılım ve ortalama değerler literatürde raporlanan BİDÖ profilleriyle yön ve büyüklük bakımından tutarlı olduğu değerlendirilmektedir. Yapılan bir çalışmada BİDÖ, obezite örnekleminde kilo, yeme ve bedenle ilişkili inançların içgörü ile ilişkisini niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla kullanılmış; BİDÖ toplam puanı içgörünün düzeyine ilişkin bir gösterge olarak ele alınmıştır. Çalışmamızda BİDÖ toplam puanları 2–22 aralığında değişmiş ve ortalama $10,48 \pm 4,64$ olarak saptanmıştır. BİDÖ, obeziteye özgü bir araç değildir; içgörü düzeyini ve inançların kanıt karşısındaki esnekliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup daha çok OKB, yeme bozuklukları ve beden dismorfik bozukluğu (BDD) alanlarında kullanılmaktadır (Eisen ve ark., 1998). Karşılaştırmalı literatürde poliklinik OKB örneklemelerinde ortalama puanlar yaklaşık 7–9, yeme bozukluklarında 13–14 ve BDD’de 15–16 düzeyinde bildirilmiştir (Sinha ve ark., 2024). Bu veriler ışığında, bizim ortalamamız OKB serilerinden yüksek, yeme bozukluğu/BDD serilerinden düşük görünmekte ve örneklemin genel olarak orta içgörü bandına yakın seyrettiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, obez bireylerde söz konusu inançların tam sanırsal katılımda olmasa da aşırı değer verilmiş düşünce niteliği taşıyabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların BİDÖ puanları cinsiyete ve obezite evresine göre değişiklik göstermemekteydi. Ayrıca çalışmamızda obezite örnekleminde BİDÖ puanı ile VKİ, vücut yağ oranı, visseral yağ oranı ve eğitim yılı arasında ilişki saptamadık. BİDÖ puanı yalnızca yaş ile düşük güçte pozitif yönlü ilişkiye sahipti.

Literatürü incelediğimizde BİDÖ puanı ile vücut ve visseral yağ oranının ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Elde ettiğimiz bulgular obezite tanımlı bireylerde BİDÖ puanının obezite derecesi, VKİ, vücut ve visseral yağ oranları ile ilişkili olmadığı yönündedir.

Bilgimiz dahilinde, obezite alanında İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği kullanılarak yürütülmüş bir çalışma bulunmamaktadır. İÜBDÖ özgün olarak psikoz spektrumunda geliştirilmiş, hastalık farkındalığı, semptomları yeniden adlandırma ve tedavi gereksinimini kabul bileşenlerini birlikte değerlendiren yarı yapılandırılmış bir ölçektir (David ve ark., 1992). Çalışmamızda katılımcıların İÜBDÖ toplam puanlarının 2–14 aralığında (ortalama $8,94 \pm 2,86$) seyretmekte olup kadın katılımcıların ortalama toplam puanı, erkek katılımcıların ortalama toplam puanlarından daha yüksektir. Psikoz literatüründe içgörü dağılımının heterojen olduğuna dair bulgularla kavramsal paralellik taşır (David ve ark., 1992). Bununla birlikte psikoz literatürüne bakıldığında içgörü düzeyinin tedaviye uyumla olumlu ilişkili olduğu bildirilmektedir; bu çerçevede, çalışmamızda İÜBDÖ puanları ile VKİ ve vücut yağ oranı arasındaki düşük düzey pozitif korelasyon, beklenen yöndedir. Fakat son zamanlarda yapılan çalışmalardan alınan verilerde antipsikotiklerin kilo artışıyla ilişkili olduğunu ve bunun uyumu bile etkileyebildiğini (ters yönde de) gösterir; bu nedenle ilişki küçük ve çok etmenli görünmektedir (Kim ve ark., 2020).

BBİÖ’de kendini değerlendirme, bireyin bilişsel önyargılarını sorgulama ve dış geri bildirimi dikkate alma eğilimini; kendinden eminlik ise yargılarda aşırı güven ve fikri değiştirmeye direnç eğilimini ölçen ayrı boyutlar olarak tanımlanmaktadır (Beck ve ark., 2004). Literatürde sağlıklı örneklemlerde kendini değerlendirme puanlarının görece daha yüksek, kendinden eminlik puanlarının ise daha düşük rapor edildiği; psikotik örneklemlerde bunun tersine eğilimler bildirildiği görülmüştür (Riggs ve ark., 2012). Psikiyatrik tanısı olmayan fazla kilolu/obez yetişkinlerde yapılan bir çalışmada, kendinden eminlik alt boyutunun doğru beden ağırlığı algısıyla anlamlı ilişkiler gösterdiğini; yakın dönem kilo değişimlerine farkındalık, daha yüksek VKİ ve sağlık profesyonellerinden alınan önerilerin de algıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Suliman ve ark., 2021). Çalışmamızda Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği’nin kendini değerlendirme alt boyutu ortalaması $19,70 \pm 3,99$, kendinden eminlik alt boyutu

ortalaması $15,97 \pm 3,34$ ve bileşik indeks (kendini değerlendirme – kendinden eminlik) ortalaması $3,72 \pm 4,89$ olarak bulunmuştur. Bu çerçevede, obezite örneklemimizde BİÖ skorlarının sağlıklı kontrollere benzerliği, özellikle ‘kendinden eminlik’ boyutunun beden ağırlığı algısı ve ilgili klinik göstergelerle birlikte değerlendirilmesinin uygun olacağını göstermektedir.

Çalışmamızda BİÖ’nün kendini ifade etme, kendinden eminlik ve toplam puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemesi; yaş, VKİ, vücut yağ/visseral yağ oranı ve eğitim yılı ile anlamlı korelasyon saptanmaması; ayrıca obezite derecelerine göre de gruplar arasında fark bulunmaması (sırasıyla $p=0,689$; $p=0,801$; $p=0,618$; ve $F=2,225$ $p=0,113$; $F=0,021$ $p=0,979$; $H(2)=2,249$ $p=0,325$) birlikte değerlendirildiğinde, BİÖ ile yakalanan bilişsel içgörü düzeyinin bu örneklemde demografik ve antropometrik ölçümlerden görece bağımsız seyrettiğini düşündürmektedir. Bu da, BİÖ’nün (özellikle sağlıklı/psikiyatrik olmayan örneklemelerde) daha çok bireye özgü bilişsel eğilimleri yansıttığı ve kiloya/yağ dağılımına ilişkin klinik göstergelerden sınırlı ölçüde etkilendiği biçiminde yorumlanabilir.

Çalışmamızda obezite tanılı katılımcıların Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) alt boyut ortalamaları; düşünmeden yeme= $3,01 \pm 0,97$, duygusal yeme= $3,01 \pm 0,52$, yeme kontrolü= $3,02 \pm 0,79$, farkındalık= $3,29 \pm 0,49$, yeme disiplini= $3,17 \pm 0,81$, bilinçli beslenme= $2,75 \pm 0,62$, enterferans= $3,65 \pm 0,91$ ve toplam= $3,01 \pm 0,37$ olarak saptanmıştır. Obez bireylerle yapılan bir çalışmada raporlanan alt boyut toplam puanları, sırasıyla 2,8, 3,02, 3,18, 3,27, 3,05, 2,97 ve 3,46 değerleri elde edilmiştir (Kılıç ve ark., 2022). Bu değerler çalışmamızdaki ortalamalarla aynı düzeydedir. Çalışmamızda Enterferans alt boyutu ($3,65 \pm 0,91$) diğer alt boyutlara göre daha yüksek olup, bireylerin yeme davranışlarının çevresel veya duygusal faktörlerden etkilendiğinin bir göstergesi olabilir. Öte yandan, bilinçli beslenme alt boyutunun puanı ($2,75 \pm 0,62$) diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük bulunmuş, bu durum katılımcıların yeme farkındalığına sahip olsalar da bunu sistemli ve bilinçli bir biçimde davranışa dönüştürmekte kısıtlı olabileceklerini düşündürmektedir. Toplam puan ortalamasının $3,01 \pm 0,37$ olması, katılımcıların genel olarak orta düzeyde yeme farkındalığına sahip olduklarını desteklemektedir. Bu bulgular, obez bireylerde yeme

davranışı farkındalığının alt boyutlar arasında heterojenlik gösterebileceğini ve özellikle bilinçli beslenme davranışlarının geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda YFÖ-30'un tüm alt boyutları (düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans) ve toplam puanı ne cinsiyete göre ne de obezite derecelerine göre belirgin bir farklılık göstermemiştir. Bu, yeme farkındalığı ve yeme davranışlarına ilişkin eğilimlerin kadın-erkek ayrımından ve VKİ temelli sınıflamalardan bağımsız olarak benzer düzeyde seyrettiğini düşündürmektedir. Başka bir ifadeyle, YFÖ-30'un alt boyutlarında bakılan özellikler beden ölçütlerinden ziyade bireyin alışkanlıkları, dikkat süreçleri ve günlük bağlam (stres, uyku, iş temposu, çevresel tetikleyiciler) tarafından daha fazla belirleniyor olabilir.

Çalışmamızda YFÖ-30 toplam puanının yaşla pozitif, 'yeme disiplini' alt boyutunun yaşla pozitif, 'farkındalık' alt boyutunun ise yaş ve eğitim yılı ile negatif yönde, her üçünde de düşük düzeyde ilişki göstermesi; yeme farkındalığının bazı boyutlarının yaşla birlikte olgunlaşabildiğine (toplam ve disiplin), buna karşılık 'farkındalık' alt boyutunun örneklem bağlamına duyarlı olabileceğine işaret etmektedir. Geçerlilik/güvenirlilik çalışması ve birçok yerel çalışma, YFÖ-30 puanlarında yaş ilerledikçe artış eğilimini (özellikle toplam puan ve yeme disiplini için) bildirmektedir; bu, toplam ve yeme disiplini bulgularımızla uyumludur (Framson ve ark., 2009; Köse ve Çıplak, 2020). Buna karşın 'farkındalık' alt boyutunun yaş ve eğitimle negatif ilişkisi, literatürde daha sık görülen pozitif/ilişkisiz örüntüden ayrılmaktadır ve örneklem yaşam tarzı dinamikleri (ör. yoğun ekran/iş temposu, düzenli farkındalık/yoga pratiği olmaması, uyku/stres yükü) ya da eğitim yılı ile birlikte değişen bilişsel dikkat stratejileri gibi karıştırıcı etmenlerin etkisini düşündürmektedir.

Katılımcıların Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği puanları incelendiğinde, en yüksek ortalama değerlerin beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler ($3,32 \pm 1,56$) ile kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı ($3,40 \pm 1,74$) alt boyutlarında olduğu görülmüştür. Buna karşılık, tıknırcasına yeme ($0,93 \pm 1,14$), telafi edici davranışlar ($0,07 \pm 0,20$) ve işlevsellik kaybı ($1,58 \pm 1,52$) alt boyutlarında ortalamalar daha düşüktür. Bu bulgular, katılımcılarda özellikle beden imajına ilişkin kaygıların

ve kısıtlı yeme eğilimlerinin ön planda olduğunu, ancak tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışların sınırlı düzeyde görüldüğünü düşündürmektedir. Bu durum, obez bireylerde beden imgesi memnuniyetsizliği ve kısıtlayıcı yeme örüntüsünün sık rapor edildiği literatürle de uyumludur (Weinberger ve ark., 2017). Çalışmalar, obez bireylerin normal kilolu kontrollere göre artmış beden memnuniyetsizliğiyle ilişkili olarak daha olumsuz bilişsel ve duygusal beden imgesine sahip olduklarını göstermektedir (Friedman ve Brownell, 1995).

Çalışmamızda Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) puanlarını cinsiyete göre karşılaştırdığımızda; kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, tıknırcasına yeme ve telafi alt boyutlarında kadın ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,242$; $p=0,424$; $p=0,410$). Buna karşın, beden şekli ve kilo ile ilgili duygu ve düşünceler alt boyutunda kadınların ortalaması erkeklerden anlamlı düzeyde yüksekti (kadın: $3,47\pm1,52$; erkek: $2,58\pm1,60$; $t=2,412$; $p=0,017$). Benzer biçimde, işlevsellik alt boyutunda da kadınların puanı erkeklere kıyasla daha yüksekti (kadın: $1,72\pm1,57$; erkek: $0,89\pm1,03$; $t=2,323$; $p=0,022$). YBDÖ toplam puanı açısından değerlendirildiğinde ise kadınların ortalaması ($2,41\pm1,08$), erkeklerin ortalamasından ($1,82\pm1,14$) anlamlı olarak yüksekti ($t=2,229$; $p=0,028$). Bu bulgular, örneklemimizde cinsiyete bağlı farkların özellikle bedenle ilgili bilişsel-duygusal süreçler ve günlük işlevsellik boyutlarında belirginleştiğini, buna karşılık yeme davranışının temel örüntüleri (kısıtlama, tıknırcasına yeme, telafi) için cinsiyet farkının istatistiksel olarak desteklenmediğini göstermektedir.

Çalışmamızda obezite derecesine göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) alt boyutlarında saptadığı farklılıklar, obezite psikopatolojisinin karmaşık yapısını ortaya koymaktadır. YBDÖ kısıtlı yeme motivasyonu ve davranışı, tıknırcasına yeme ve toplam puanlarının obezite derecesine göre anlamlı fark göstermemesi, Tomar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında da obezite evre 1, 2 ve 3 gruplarında YBDÖ toplam ve Kısıtlı Yeme alt ölçeği puanlarında anlamlı bir fark saptamamasıyla tutarlıdır (Tomar ve Antony, 2021). Bu durum, obez popülasyonun tüm sınıflarında yeme bozukluğu semptomlarının yüksek oranda mevcut olduğunu, ancak genel davranışsal bileşenlerin obezitenin ilerlemesiyle şiddetlenmediğini düşündürmektedir. Ancak, bulgularımız Beden Şekli ve Kilo ile İlgili Duygu ve

Düşünceler alt boyutunda obezite derecesi arttıkça (1. dereceden 2. ve 3. dereceye) endişe düzeyinin anlamlı ölçüde yükseldiğini göstermektedir. Bu bulgu, Weinberger ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez bireylerin, normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek beden hoşnutsuzluğu bildirdiğini gösteren meta-analiz sonuçlarıyla uyum içindedir ve beden algısındaki psikolojik yükün, obezitenin şiddetine paralel olarak arttığını vurgulamaktadır (Weinberger ve ark., 2017). Dolayısıyla, obezite tedavisi ve önleme programları, genel yeme davranışlarının istikrarına rağmen, özellikle morbid obez bireylerdeki şiddetli beden imajı kaygılarına ve psikolojik sonuçlara odaklanan özelleştirilmiş psikososyal müdahaleleri önceliklendirmelidir.

Literatürde VKİ arttıkça YBDÖ’de yeme bozukluğu psikopatolojisinin genel şiddetinin (global skor) yükseldiği; alt boyutlar içinde özellikle şekil/kilo endişesi ekseninin VKİ ile en güçlü ilişkilere sahip olduğu; kısıtlama ve yeme endişesi gibi alanlarda ise daha zayıf ama yine de pozitif ilişkilerin raporlandığı sıkça gösterilmiştir (Keane ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda da YBDÖ toplam puanı ile VKİ ve vücut yağ oranı arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon saptanması, bu temel bulguyu doğrulamaktadır. Bunun yanısıra, Beden şekli ve kiloyla ilgili duygu/düşünceler (YBDÖ-BŞ) alt boyutunun VKİ ve özellikle vücut yağ oranı ile anlamlı ilişki göstermesi, literatürde obez gruplarda en çok “şekil/kilo endişesi” boyutunun yükseldiğine dair bulgularla kavramsal olarak örtüşmektedir (Keane ve ark., 2017). Benzer biçimde, İşlevsellik (YBDÖ-İ) puanının VKİ ve yağ oranıyla pozitif ilişkisi, obezitede beden imajına eşlik eden psikososyal yükün gündelik işlevi bozduğu yönündeki kanıtları destekler niteliktedir. Diğer yandan, literatürde BMI ile tüm EDE-Q alt ölçekleri arasında pozitif ilişkiler bildirilmesine rağmen, bizim çalışmamızda kısıtlama/tıkınırcasına/telafi boyutlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemesi ve bazı davranışsal alt ölçeklerde VKİ/yağ göstergeleriyle ilişkinin beklenenden zayıf ya da anlamsız kalması bir ayrışma olarak görülebilir. Özetle, literatürde görülen “BMI arttıkça global belirti şiddeti ve özellikle şekil/kilo endişesi artar” örüntüsünü biz de YBDÖ-TP, YBDÖ-BŞ ve YBDÖ-İ üzerinden yeniden üretmiş bulunuyoruz; en güçlü bağın yağ oranı-BŞ ekseninde gözlenmesi, beden imajının salt kilodan çok yağlanma/beden şekli ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Hastalık farkındalığının bozulması veya kişinin aşırı kilolu/obez olduğunu kabul etmemesi, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine engel teşkil eden bir durum olarak kabul edilir ve tedaviye uyum ile klinik sonuçları olumsuz etkileyebilir (Gerretsen ve ark., 2018). Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) bu farkındalığı dört alanda (genel hastalık farkındalığı, semptomların katkılarının farkındalığı, tedavi gereksinimi farkındalığı, olumsuz sonuçların farkındalığı) değerlendiren bir ölçektir. Literatürü incelediğimizde ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında toplam puan $6,87 \pm 2,48$ olup; çalışmamızda OFİ toplam puanı $7,87 \pm 1,93$ bulunmuştur ve ortalamanın üzerinde seyretmektedir (Yılmaz ve ark., 2021). Ayrıca yakın tarihli bir klinik seride OFİ toplam puanı $5,47 \pm 1,36$ bildirilmiş ve alt alanlar arasında olumsuz sonuçların farkındalığı puanının en yüksek olduğu vurgulanmıştır; çalışmamızda da bu alan $8,74 \pm 2,50$ ile en yüksek düzeydedir (diğer alanlar: genel hastalık $8,55 \pm 1,90$, semptomların katkıları $6,36 \pm 3,66$, tedavi gereksinimi $7,51 \pm 2,00$) (Güneş ve ark., 2024). Bu değerler, katılımcıların obeziteye ilişkin farkındalık düzeylerinin genel olarak orta-üst seviyede olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda OFİ toplam puanının orta-üst düzeyde bulunması, katılımcıların obeziteyi klinik bir durum olarak büyük ölçüde kabul ettiğini ve müdahaleye açık olduklarını düşündürmektedir. “Olumsuz sonuçların farkındalığı” ve “genel hastalık farkındalığı” alanlarında elde edilen yüksek puanlar, obeziteye ilişkin sağlık risklerinin katılımcılar tarafından anlaşılmış olduğunu; buna karşılık “semptomların katkılarının farkındalığı” alanında saptanan daha ılımlı düzeylerin, günlük yakınmaların (örneğin ağrı, nefes darlığı, yorgunluk) obeziteyle ilişkilendirilmesinde güçlendirmeye ihtiyaç olduğunu göstermektedir. “Tedavi gereksinimi farkındalığı” puanlarının orta-üst düzeyde olması, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite programları ve davranışsal destek randevuları gibi yönlendirmelerin sunulması hâlinde tedaviye katılımın artırılabilirliğini düşündürmektedir. Birincil basamak düzeyinde kısa OFİ taramasının, kilo durumuna ilişkin algının doğruluğu ile birlikte kullanılması, risk altındaki bireylerin erken dönemde belirlenmesini ve uygun yaşam tarzı değişikliği programlarına yönlendirilmesini kolaylaştırabilir.

Literatür, kadınların obeziteyle ilgili öznel farkındalık ve tutum göstergelerinde erkeklere kıyasla daha yüksek düzey sergilediğini; özellikle kilo durumunu doğru algılama ve kilo verme girişimi/tedaviye yönelim davranışlarında kadınların daha

önde olduğunu göstermektedir; bu eğilim bizim örneklemimizde genel hastalık farkındalığı, tedavi gereksinimi farkındalığı, olumsuz sonuçların farkındalığı ve OFİ toplam puanlarında kadınlar lehine saptanan anlamlı farklarla uyumludur (Muscogiuri ve ark., 2024). ABD’de erişkin bir örneklemde yapılan kesitsel çalışmada, kadınların her VKİ kategorisinde kendini fazla kilolu olarak algılama ve kilo vermeyi deneme olasılıklarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lemon ve ark., 2009). Öte yandan, semptomların katkılarının farkındalığı (doğru semptom atfı) boyutunda cinsiyete bağlı farklar için kanıtlar tutarlı değildir; bazı çalışmalar kadın ve erkeklerin obezitenin nedenlerine ilişkin atıflarında örneklem ve bağlama göre değişen (kimi zaman duygusal/psikososyal yönleri kadınların daha çok vurguladığı, kimi zaman anlamlı fark bulunmadığı) sonuçlar bildirmiştir; örneğin Almanya’da yapılan bir çalışmada fiziksel iyilik hali açısından anlamlı cinsiyette farklılık saptanmamıştır (Henning ve ark., 2022). Bizim bulgularımızdaki ‘cinsiyete göre anlamlı fark yok’ sonucu da mevcut kanıt tabanıyla çelişmemektedir.

Obezite evresine göre yapılan karşılaştırmada, OFİ’ nin genel hastalık farkındalığı, tedavi gereksinimi farkındalığı, olumsuz sonuçların farkındalığı alt boyutlarında ve toplam puanlar karşılaştırıldığında 1. evre obez grubun puan ortalamaları, 3. evre obez gruptan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmakla birlikte 2. evre obez grubun ortalamaları ise hem 1. hem 3. evre ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatürde, ileri obezite sınıflarında obezitenin bir hastalık olarak kabulünün ve müdahale gereksinimine dair farkındalığın daha belirgin olduğu gösterilmiştir; çalışmamızda 3. evre obez grubunun, 1. evre obez gruba göre hem genel hastalık farkındalığı hem de tedavi gereksinimi farkındalığı puanlarının daha yüksek bulunması bu bulguyu desteklemektedir (Güneş ve ark., 2024).

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizleri, OFİ puanlarının özellikle vücut kitle indeksi ve vücut yağ oranı ile pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Yakın tarihli bir çalışmada artan vücut yağı ve yüksek VKİ’nin bireylerin artan obezite farkındalık içgörüsü ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Güneş ve ark., 2024). Çalışmamızda genel hastalık farkındalığı, semptomların katkılarının farkındalığı, tedavi gereksinimi farkındalığı ve olumsuz sonuçların farkındalığı puanları, VKİ ve yağ oranı yükseldikçe artış göstermiştir. Buna karşılık, semptomların katkılarının

farkındalığı yaşla birlikte negatif yönlü bir ilişki içinde olduğu; tedavi gereksinimi farkındalığının ise eğitim yılı ile negatif bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Genel olarak etki büyüklüklerinin düşük-orta düzeyde olması, ilişkilerin klinik olarak anlamlı olabileceğini ancak nedensel çıkarım için yeterli olmadığını düşündürmektedir. OFİ toplam puanı VKİ ve vücut yağ oranı ile pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı korelasyon göstermiştir. Çalışmamızda yapılan regresyon analizinde OFİ toplam puanının VKİ için ön gördürücü olduğu saptanmıştır. OFİ toplam puanındaki 1 birimlik artış VKİ’de 1,224 birimlik artış için ön gördürücüdür. Bu, daha yüksek kilo/yag oranına sahip bireylerde obeziteyi hastalık olarak kabul, riskleri tanıma ve tedavi gereksinimini kabullenme eğilimlerinin görece olarak daha belirgin olduğunu; yaşlı bireylerde semptom/obezite ilişkilendirmesinin güçlendirilmesi ve eğitim düzeyi yüksek bireylerde tedavi gereksinimi algısını artırmaya yönelik yaklaşımların yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların ÜBO-30 alt boyut puanları incelendiğinde; olumlu inançlar alt ölçeği ortalaması $11,60 \pm 4,04$, kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçeği ortalaması $12,74 \pm 5,04$, bilişsel güven alt ölçeği ortalaması $11,72 \pm 4,59$, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı alt ölçeği ortalaması $12,15 \pm 3,86$, bilişsel farkındalık alt ölçeği ortalaması $12,69 \pm 2,87$ ve toplam puan ortalaması $60,91 \pm 14,30$ olarak saptanmıştır. Quattropani ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ÜBO-30 alt boyut ve toplam puanları bizim bulgularımızla benzer seyretmektedir (Quattropani ve ark., 2016). Bu bulgular, katılımcıların düşüncelerine yönelik farkındalıklarının ve bilişsel kontrol düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. ÜBO-30 puanlarının “orta” düzeyde bulunması, obezite hastalarında düşüncelerle ilgili olumsuz üstbilişsel inançların (örn. “düşünceler tehlikelidir/kontrol edilemez”) ve düşünceleri düzenleme eğilimlerinin belirgin olabileceğini gösterir. Kısacası, orta düzey ÜBO-30 puanları obezite bağlamında riskin mevcut olduğunu, fakat klinik açıdan düzenlenebilir üstbilişsel hedeflerin bulunduğu odaklanan müdahalelerle ele alınabileceğini ifade eder.

Literatürde Üstbiliş-30 ölçeğinin alt boyut düzeyinde cinsiyet karşılaştırmaları incelendiğinde, kontrol edilemezlik ve tehlike puanlarının kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bizim bulgularımızla uyumlu olmakla birlikte

olumlu inançlar alt ölçeğinde erkeklerin, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı alt ölçeğinde ise kadınların ortalamaları daha yüksek olsa da, bu iki alt boyuttaki farklar istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır (Tosun ve Irak, 2008).

Çalışmamızda, Olumlu İnançlar (ÜBÖ-O) ile vücut yağ yüzdesi arasında pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki saptadık; bu bulgu, “endişe yararlıdır” türü olumlu üstbilişlerin ruminasyonunu stres altında duygusal/tıkınırcasına yeme döngüsünü besleyebileceğini düşündürmektedir (Palmieri ve ark., 2021; Quattropani ve ark., 2016). Ayrıca, obez bireylerde ÜBO-30 puanlarının kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek raporlandığını bildiren karşılaştırmalı çalışmalar, üstbiliş ile vücut yağ oranı arasındaki ilişkinin çoğunlukla VKİ temelli ölçümler üzerinden dolaylı biçimde desteklendiğine işaret etmektedir (Inanc ve Inanir, 2015; Nejati ve ark., 2017).

Çalışmamızda BİDÖ ile İÜBDÖ arasındaki güçlü negatif korelasyon, bu iki ölçeğin puan yönlerinin zıt olmasına (BİDÖ puanları yüksekse; kötü içgörü, İÜBDÖ puanları yüksekse; iyi içgörü) paralel beklenen bir bulgudur. Benzer biçimde YBDÖ ve OFİ ile saptanan zayıf negatif ilişkiler, içgörünün artmasıyla yeme psikopatolojisi şiddetinin azalması ve obeziteye özgü farkındalığın yükselmesi yönündeki kuramsal beklentiyle tutarlıdır.

Çalışmamızda, obezite örnekleminde bilişsel ve üstbilişsel süreçler ile içgörü farkındalık göstergelerinin yeme psikopatolojisiyle çoğunlukla düşük veya orta düzeyde ilişkili seyrettiği görülmüştür. BBİÖ ile YBDÖ arasındaki düşük düzeyde pozitif ilişki, inanç katılığı ve bilişsel içgörüdeki sınırlılık arttıkça yeme bozukluğu belirtilerinin de artabildiğini düşündürmekte; bu yön, BBİÖ’nin “yüksek puan = daha kötü içgörü/katı inanç” yapısıyla ve yeme psikopatolojisinin bilişsel katılık ve düşük içgörü ile birlikte görülebildiğini bildiren çalışmalarla uyumludur (Eisen ve ark., 1998; Fairburn ve Beglin, 2008). Benzer biçimde ÜBO-30 ile YBDÖ arasındaki düşük düzeyde pozitif ilişki, “düşünceler tehlikelidir/kontrol edilemez” ve “mutlak kontrol ihtiyacı” gibi olumsuz üstbilişsel inançların artışıyla semptom şiddetinin yükseldiğini göstermektedir.

İÜBDÖ ile YBDÖ ve OFİ arasındaki düşük düzeyde pozitif ilişkiler, klinik içgörü yükseldikçe hem obeziteye özgü farkındalık göstergelerinin arttığını hem de bireylerin

yeme belirtilerini daha iyi tanıyıp raporlayabildiğini düşündürmektedir. İÜBDÖ'nin "yüksek puan = daha iyi içgörü" yönü bunu kavramsal olarak destekler. Öte yandan YFÖ ile YBDÖ ve OFİ arasındaki düşük düzeyde negatif ilişkiler, yeme sırasında ipuçlarını ayırt etme/anda kalma gibi farkındalık bileşenleri güçlendikçe semptom şiddetinin azalabildiğini ve farklı kavramsal odaklara sahip ölçeklerle (hastalık/obezite farkındalığı) ters yönde hareket edebileceğini göstermektedir (Fairburn ve Beglin, 2008; Köse ve ark., 2016).

Son olarak OFİ ile YBDÖ arasındaki orta düzeyde pozitif ilişki, obeziteye özgü farkındalığı yüksek bireylerin belirtileri daha net fark edip raporlayabildiğini ya da beden/kilo odağının belirti bildirimini artırabildiğini düşündürmekte; bu yön, OFİ'nin "yüksek puan = daha iyi farkındalık" biçimindeki puanlaması ve YBDÖ'nin semptom şiddetini yakalama amacıyla uyumludur (Fairburn ve Beglin, 1994; Yılmaz ve ark., 2021).

Bulgularımız, ölçeklerin bu popülasyonda uygulanabilirliğine ve klinik/ davranışsal göstergelerle ilişkilerine dair ön kanıt sunmakta; ayrıca obezitede içgörünün, tedaviye katılım, motivasyon ve davranış değişikliğiyle ilişkili olabilecek özgül bir boyut olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttu. Çalışmamızı ayaktan takip edilen hastalarla ve gönüllülük esasına dayalı olarak yürütmemiz nedeniyle çalışmaya gönüllü olan Obezite tanılı hastalar seçici bir örneklem oluşturmuş olabilir. Temel ölçümlerden bazıları öz bildirim temellidir (OFİ, BBIÖ, YFÖ-30); bu da yanıltıcı yanlılığı, hatırlama hatası ve sosyal beğenirlik gibi etkilere açık olmalarına ve sonuçların güvenilirliğini sınırlamalarına yol açabilir. Psikiyatrik ya da davranışsal bazı değişkenler (eşlik eden hastalıklar, ilaç kullanımı, uyku ve beslenme alışkanlıkları) sosyodemografik veri formu aracılığıyla değerlendirilmiş olsa da, bu bilgiler katılımcı beyanına dayandığı için doğrulukları kesin olarak doğrulanamamış ve bu durum sonuçlar üzerinde dolaylı bir sınırlılık oluşturmuş olabilir.

Çalışmamızın güçlü yanları ise içgörü gibi genellikle psikotik bozukluklarla ilişkilendirilen bir kavramın obezite bağlamında ele alınması, literatürdeki önemli bir boşluğu doldurma amacı taşımaktadır. Hem içgörüyü, hem beden algısını, hem de

yeme davranış bozukluklarını değerlendiren çok yönlü ve yapılandırılmış bir ölçek seti kullanılmıştır. Bu durum içgörünün hem klinik hem bilişsel hem de davranışsal yansımalarını inceleme imkanı sunmuştur. Mevcut psikiyatrik içgörü ölçeklerinin (özellikle OFİ'nin) obez bireylerde içgörüyü ne ölçüde değerlendirebildiğini sorgulamakta; bu yönüyle hem psikiyatrik değerlendirme hem de klinik karar süreçleri için anlamlı geri bildirimler sağlamaktadır. Çalışma hem yapısal korelasyon analizleri hem de alt grup karşılaştırmaları içermekte; bu da verilerin çok boyutlu olarak incelenmesine olanak sağlamıştır. Çalışmamız obezitede içgörü düzeyini inceleyen ve farklı içgörü ölçeklerini karşılaştıran literatürdeki ilk çalışma olması yönüyle değerlidir.

Çalışmamızın ana bulguları şunlardır;

1. Psikiyatri kökenli içgörü ölçekleri obezitede içgörüyü yeterince açıklamamaktadır; ilişkiler çoğunlukla düşük–orta düzeydedir.
2. OFİ (Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği) öne çıkmıştır: toplam puan orta-üst düzey, “olumsuz sonuçların farkındalığı” en yüksek alt alandır.
3. OFİ toplam ve alt boyutları VKİ ve vücut yağ oranı ile pozitif ilişki göstermiş; VKİ için anlamlı öngördürücü bulunmuştur.
4. OFİ, YBDÖ ile orta düzeyde pozitif, İÜBDÖ ile düşük düzeyde pozitif ilişki göstermiştir.
5. Diğer ölçekler (BİDÖ, BBIÖ, ÜBÖ-30, YFÖ-30) bazı boyutları yakalasa da, klinik olarak en tutarlı örüntü OFİ üzerinden izlenmiştir.

Sonuç olarak; Çalışmamızda OFİ toplam puanı, hem VKİ hem de vücut yağ oranı ile pozitif ve orta düzeyde ilişki göstermiştir. Ayrıca OFİ toplam puanı, obezite evresini anlamlı biçimde yordayarak, içgörü düzeyi arttıkça daha obezite evresinin artma olasılığını göstermiştir. Cinsiyet karşılaştırmalarında da OFİ'nin alt alanları ve toplam puanı kadınlarda daha yüksek bulunmuş, bu da obeziteye ilişkin farkındalığın demografik belirleyicilere duyarlı olabileceğini düşündürmüştür.

Özetle, obezite bağlamında içgörünün değerlendirilmesi için genel psikiyatrik içgörü ölçekleri uygun değildir; obeziteye özgü bir araç olan OFİ, klinik şiddet göstergeleriyle (VKİ, yağ yüzdesi, evre) tutarlı ilişkiler sunarak hem tarama hem de

müdahalenin kişiselleştirilmesi açısından pratik bir çerçeve sağlamaktadır. Klinik uygulamada OFİ'nin rutin değerlendirmelere eklenmesi, tedavi gereksinimi farkındalığının artmasına ve müdahale planlarının hedeflenmesine katkı sunabilir. Gelecek çalışmalarda, çok merkezli ve boylamsal çalışmalarla OFİ'nin klinik sonuçları ne kadar öngörebildiğini ve yordayıcılık gücünün doğrulanması önerilir.

.



6. KAYNAKLAR

- Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & behavior*, 91(4), 449-458.
- Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D., LaMonte, M. J., Stroup, A. M., & Hunt, S. C. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England journal of medicine*, 357(8), 753-761.
- Afari, N., Noonan, C., Goldberg, J., Roy-Byrne, P., Schur, E., Golnari, G., & Buchwald, D. (2010). Depression and obesity: do shared genes explain the relationship? *Depression and anxiety*, 27(9), 799-806.
- Akdoğan, R., & Türküm, A. S. (2014). Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 375-388.
- AKSOY, C., & BALCIOĞLU, İ. (2008). Obezite ve Değişik Şekilleri. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 1(1), 27-31.
- Alhalal, E. (2018). Obesity in women who have experienced intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2785-2797.
- AlQahtani, A. A. A., Nahar, S., AlAhmari, S. M., & AlQahtani, K. S. A. (2015). Association between obesity and mental disorders among male students of King Khalid University, Abha, Saudi Arabia. *Saudi Journal of Obesity*, 3(2), 48-54.
- Alqifari, A. N., Alsaigh, S., Al Harbi, G., Alnassar, J., Alkhalifah, W., Alwehaibi, R., Alrakbi, K., Alkhamees, A., Alqifari, H. N., & Alqifari, A. (2024). Prevalence of Depression and Anxiety Among Post-bariatric Surgery Patients: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 16(10).
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 873-879.
- Andreu, A., Casals, G., Vinagre, I., & Flores, L. (2023). Obesity management in women of reproductive age. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.)*, 70, 85-94.
- Anekwe, C. V., Jarrell, A. R., Townsend, M. J., Gaudier, G. I., Hiserodt, J. M., & Stanford, F. C. (2020). Socioeconomics of obesity. *Current obesity reports*, 9(3), 272-279.
- Angulo, M., Butler, M., & Cataletto, M. (2015). Prader-Willi syndrome: a review of clinical, genetic, and endocrine findings. *Journal of endocrinological investigation*, 38(12), 1249-1263.

Ansari, S., Haboubi, H., & Haboubi, N. (2020). Adult obesity complications: challenges and clinical impact. *Therapeutic advances in endocrinology and metabolism*, 11, 2042018820934955.

Appelhans, B. M. (2009). Neurobehavioral inhibition of reward-driven feeding: implications for dieting and obesity. *Obesity (19307381)*, 17(4).

Arslan, T. (2023). Obezitede farmakolojik tedavi. *Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 15-43.

Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., & Karakaş, G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 8, 186-196.

Association, A. M. (2013). Recognition of obesity as a disease. *American Medical Association House of Delegates Resolution*, 420.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American psychiatric association.

Bae, J. P., Nelson, D. R., Boye, K. S., & Mather, K. J. (2025). Prevalence of complications and comorbidities associated with obesity: a health insurance claims analysis. *BMC Public Health*, 25(1), 273.

Baron, M., Maillet, J., Huyvaert, M., Dechaume, A., Boutry, R., Loisele, H., Durand, E., Toussaint, B., Vaillant, E., & Philippe, J. (2019). Loss-of-function mutations in MRAP2 are pathogenic in hyperphagic obesity with hyperglycemia and hypertension. *Nature medicine*, 25(11), 1733-1738.

Basdevant, A., BOUILLOT, J.-L., CLÉMENT, K., OPPERT, J.-M., & Tounian, P. (2011). *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*. Médecine sciences.

Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329.

Belvederi Murri, M., & Amore, M. (2019). The multiple dimensions of insight in schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 45(2), 277-283.

Ben-Porat, T., Bacon, S. L., Woods, R., Fortin, A., & Lavoie, K. L. (2023). Childhood maltreatment in patients undergoing bariatric surgery: Implications for weight loss, depression and eating behavior. *Nutrients*, 15(9), 2046.

Bernard, A., Naharro, I. O., Yue, X., Mifsud, F., Blake, A., Bourgain-Guglielmetti, F., Ciprin, J., Zhang, S., McDaid, E., & Kim, K. (2023). MRAP2 regulates energy homeostasis by promoting primary cilia localization of MC4R. *JCI insight*, 8(2), e155900.

- Bharti, B., & Malhi, P. (2021). Psychiatric comorbidities in adolescents with obesity: a wake-up call for life course and multisectoral interventions. *The Indian Journal of Pediatrics*, 88(3), 215-216.
- Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *The American journal of psychiatry*.
- Bora, E., Özdemir, F., & Özaşkınlı, S. (2006). Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(2), 74-80.
- Borcherding, D. C., Hugo, E. R., Idelman, G., De Silva, A., Richtand, N. W., Loftus, J., & Ben-Jonathan, N. (2011). Dopamine receptors in human adipocytes: expression and functions. *PloS one*, 6(9), e25537.
- Bray, G. A., Kim, K.-K., Wilding, J. P., & Federation, W. O. (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity reviews*, 18(7), 715-723.
- Brouwers, B., de Oliveira, E. M., Marti-Solano, M., Monteiro, F. B., Laurin, S.-A., Keogh, J. M., Henning, E., Bounds, R., Daly, C. A., & Houston, S. (2021). Human MC4R variants affect endocytosis, trafficking and dimerization revealing multiple cellular mechanisms involved in weight regulation. *Cell reports*, 34(12).
- Bruch, H. (1964). Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5(5), 269-274.
- Camacho-Barcia, L., Giel, K. E., Jiménez-Murcia, S., Pitti, J. Á., Micali, N., Lucas, I., Miranda-Olivos, R., Munguia, L., Tena-Sempere, M., & Zipfel, S. (2024). Eating disorders and obesity: bridging clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. *Trends in molecular medicine*, 30(4), 361-379.
- Cardi, V., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57, 299-309.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American journal of public health*, 90(2), 251.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.
- Cash, T. F., & Deagle III, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-126.

Chen, E., Fettich, K., & McCloskey, M. (2012). Correlates of suicidal ideation and/or behavior in bariatric-surgery-seeking individuals with severe obesity. *Crisis*.

Chu, D.-T., Nguyet, N. T. M., Nga, V. T., Lien, N. V. T., Vo, D. D., Lien, N., Ngoc, V. T. N., Son, L. H., Le, D.-H., & Nga, V. B. (2019). An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 155-160.

Clark, L. A. (1999). Introduction to the special section on the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 371.

Cohen, D. A. (2008). Neurophysiological pathways to obesity: below awareness and beyond individual control. *Diabetes*, 57(7), 1768-1773.

Collaborators, G. O. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England journal of medicine*, 377(1), 13-27.

Conway, B., & Rene, A. (2004). Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity reviews*, 5(3), 145-151.

Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Brooks/Cole Cengage Learning.

Cuesta, M. J., Peralta, V., Campos, M. S., & Garcia-Jalon, E. (2011). Can insight be predicted in first-episode psychosis patients? A longitudinal and hierarchical analysis of predictors in a drug-naïve sample. *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 148-156.

Cummings, D. (2009). Endocrine mechanisms mediating remission of diabetes after gastric bypass surgery. *International journal of obesity*, 33(1), S33-S40.

Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Mantzourou, M., & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173.

Dakanalis, A., Timko, C. A., Carrà, G., Clerici, M., Zanetti, M. A., Riva, G., & Caccialanza, R. (2014). Testing the original and the extended dual-pathway model of lack of control over eating in adolescent girls. A two-year longitudinal study. *Appetite*, 82, 180-193.

Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric properties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, 71, 187-195.

Dalle Grave, R., Cuzzolaro, M., Calugi, S., Tomasi, F., Temperilli, F., Marchesini, G., & Group, Q. S. (2007). The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers. *Obesity*, 15(9), 2320-2327.

Daly, M., Robinson, E., & Sutin, A. R. (2017). Does knowing hurt? Perceiving oneself as overweight predicts future physical health and well-being. *Psychological science*, 28(7), 872-881.

David, A., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 161(5), 599-602.

David, A. S. (2020). Insight and psychosis: the next 30 years. *The British Journal of Psychiatry*, 217(3), 521-523.

Davis, S. R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M., Nappi, R., Shah, D., Villaseca, P., & Day, W. G. o. t. I. M. S. f. W. M. (2012). Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*, 15(5), 419-429.

de Saint Pol, T. (2009). Evolution of obesity by social status in France, 1981–2003. *Economics & Human Biology*, 7(3), 398-404.

Derneği, T. E. v. M. (2024). *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu – 2024*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.

Dietrich, H., Hebebrand, J., & Reissner, V. (2022). The bidirectional relationship of obesity and labor market status-Findings from a German prospective panel study. *International journal of obesity*, 46(7), 1295-1303.

Dinour, L., Leung, M. M., Tripicchio, G., Khan, S., & Yeh, M.-C. (2012). The association between marital transitions, body mass index, and weight: a review of the literature. *Journal of obesity*, 2012(1), 294974.

Dixon, J. B., O'Brien, P. E., Playfair, J., Chapman, L., Schachter, L. M., Skinner, S., Proietto, J., Bailey, M., & Anderson, M. (2008). Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Jama*, 299(3), 316-323.

Dreber, H., Reynisdottir, S., Angelin, B., & Hemmingsson, E. (2015). Who is the treatment-seeking young adult with severe obesity: a comprehensive characterization with emphasis on mental health. *PloS one*, 10(12), e0145273.

Duarte, T. (2020). Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt. *Lancet*, 395, 899-911.

Dymek, A., Zielińska, M., Englert-Bator, A., Dereń, K., & Łuszczki, E. (2025). Generalized Anxiety Disorder and Obesity: Overlapping Neuroendocrine, Metabolic, and Behavioral Pathways. *Nutrients*, 17(17), 2835.

Edition, F. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *American Psychiatric Association, Washington, DC*, 205-224.

Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 102-108.

[Record #175 is using a reference type undefined in this output style.]

Elbir, M., Alp Topbaş, O., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., Özdel, O. İ., Ateşci, F., & Aydemir, Ö. (2019). Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language.

Elkins, G., Whitfield, P., Marcus, J., Symmonds, R., Rodriguez, J., & Cook, T. (2005). Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obesity surgery*, 15(4), 546-551.

Ellis, A. (2019). *How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable: About Anything-Yes, Anything!* Hachette UK.

Emmerich, S. D., Fryar, C. D., Stierman, B., & Ogden, C. L. (2024). Obesity and severe obesity prevalence in adults: United States, August 2021–August 2023.

Encinosa, W. E., Bernard, D. M., Chen, C.-C., & Steiner, C. A. (2006). Healthcare utilization and outcomes after bariatric surgery. *Medical care*, 44(8), 706-712.

Erden, E. E., YAZICI, Z. G., KILIÇ, C., AYDIN, S., & KILIÇ, F. S. (2023). Obezite Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşımlar. *Osmangazi Tıp Dergisi*.

Ergin, A. B. (2014). OBEZİTENİN KADIN SAĞLIĞI VE TOPLUMSAL CİNSİYET AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 41-54.

Eroğlu, M. Z., & Luş, M. G. (2024). Evaluation of Eating Disorders, Eating Attitudes, and Triggers for Weight Gain in Bariatric Surgery Candidates with Childhood Obesity. *Medical Journal of Bakirkoy*.

Evers, C., Dingemans, A., Junghans, A. F., & Boevé, A. (2018). Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 195-208.

Fabricatore, A. N., & Wadden, T. A. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinics in dermatology*, 22(4), 332-337.

Faccioli, N., Poitou, C., Clément, K., & Dubern, B. (2023). Current treatments for patients with genetic obesity. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology*, 15(2), 108.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, 309(313), 509-528.

- Fall, T., Mendelson, M., & Speliotes, E. K. (2017). Recent advances in human genetics and epigenetics of adiposity: pathway to precision medicine? *Gastroenterology*, 152(7), 1695-1706.
- Fan, H., & Zhang, X. (2023). Association between the age at onset of overweight and obesity and the subsequent risk of hypertension in Chinese adults. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 333.
- Farooqi, I. S., & O'Rahilly, S. (2007). Genetic factors in human obesity. *Obesity reviews*, 8.
- Fazal, M. O., Tahir, G. A., Ali, M. U., Rasheed, M. A., Ayaz, S., & Siftain, A. (2025). Prevalence and risk factors of Type II diabetes under the age of 30 years in district of Faisalabad. *The Professional Medical Journal*, 32(10), 1372-1381.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American dietetic Association*, 109(8), 1439-1444.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological bulletin*, 117(1), 3.
- Fulton, S., Décarie-Spain, L., Fioramonti, X., Guiard, B., & Nakajima, S. (2022). The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. *Trends in endocrinology & metabolism*, 33(1), 18-35.
- Gadde, K. M., Martin, C. K., Berthoud, H.-R., & Heymsfield, S. B. (2018). Obesity: pathophysiology and management. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(1), 69-84.
- Garcia, A. S., Álvarez, P. V., Fondo, A. U., Martín, C. V., & Pomar, M. D. B. (2023). Analysis of psychometric questionnaires used in patient selection for bariatric surgery. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.)*, 70(1), 21-28.
- Gatillo, J. L., Corpuz, A., Leyco, T., & Ponce, A. (2022). Obesity awareness and its relationship to sociodemographic characteristics of Filipino adults: A survey among work-from-home employees in metro Cebu, Philippines. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 38(1), 29.
- George, D. (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.
- Gerretsen, P., Kim, J., Shah, P., Quilty, L., Balakumar, T., Caravaggio, F., Plitman, E., Chung, J. K., Iwata, Y., & Pollock, B. G. (2018). OASIS: the obesity awareness and insight scale. *Obesity medicine*, 9, 38-44.
- Godet, A., Fortier, A., Bannier, E., Coquery, N., & Val-Laillet, D. (2022). Interactions between emotions and eating behaviors: Main issues, neuroimaging contributions, and innovative preventive or corrective strategies. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 23(4), 807-831.

- González-García, I., & García-Cáceres, C. (2021). Hypothalamic astrocytes as a specialized and responsive cell population in obesity. *International journal of molecular sciences*, 22(12), 6176.
- Gordon, K. H., King, W. C., White, G. E., Belle, S. H., Courcoulas, A. P., Ebel, F. E., Engel, S. G., Flum, D. R., Hinojosa, M. W., & Pomp, A. (2019). A longitudinal examination of suicide-related thoughts and behaviors among bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(2), 269-278.
- Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Bialek-Dratwa, A., Staśkiewicz, W., Rozmiarek, M., Misterska, E., & Sas-Nowosielski, K. (2022). Prevalence of emotional eating in groups of students with varied diets and physical activity in Poland. *Nutrients*, 14(16), 3289.
- Greenfeld, D. G., Anyan, W. R., Hobart, M., Quinlan, D. M., & Plantés, M. (1991). Insight into illness and outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10(1), 101-109.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Toth, C., Burke-Martindale, C. H., & Rothschild, B. S. (2005). Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obesity research*, 13(1), 123-130.
- Gruszka, W., Owczarek, A. J., Glinianowicz, M., Bąk-Sosnowska, M., Chudek, J., & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2022). Perception of body size and body dissatisfaction in adults. *Scientific Reports*, 12(1), 1159.
- Güneş, S. B., Aytutuldu, G. K., & Akıncı, B. (2024). Obesity awareness-insight is inversely associated with body composition and physical activity behaviour in women with obesity at the admission to a lifestyle modification program. *Journal of Public Health*, 1-7.
- Halaj, A., & Huppert, J. D. (2022). Insight in nonpsychotic disorders: A new model of insight and a systematic review of measures. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(1), 28-38.
- Hawkins, M., Lee, A., Leung, S., Hawa, R., Wnuk, S., Yanofsky, R., & Sockalingam, S. (2019). Prevalence and factors associated with psychiatric medication use in bariatric surgery candidates. *Psychosomatics*, 60(5), 449-457.
- Heard, C., Scuffham, P. A., Ratcliffe, J., & Whitty, J. A. (2017). The association between misperceptions around weight status and quality of life in adults in Australia. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 53.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86.
- Henning, C., Schroeder, S., Steins-Loeber, S., & Wolstein, J. (2022). Gender and emotional representation matter: own illness beliefs and their relationship to obesity. *Frontiers in Nutrition*, 9, 799831.

Inanc, L., & Inanir, S. (2015). The role of meta-cognitive beliefs in obesity. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(1), S131-S132.

Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (Vol. 2). JHU Press.

Jauch-Chara, K., & Oltmanns, K. M. (2014). Obesity—a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Progress in neurobiology*, 114, 84-101.

Johnson, F., Beeken, R. J., Croker, H., & Wardle, J. (2014). Do weight perceptions among obese adults in Great Britain match clinical definitions? Analysis of cross-sectional surveys from 2007 and 2012. *BMJ open*, 4(11), e005561.

Jokela, M., Hamer, M., Singh-Manoux, A., Batty, G., & Kivimäki, M. (2014). Association of metabolically healthy obesity with depressive symptoms: pooled analysis of eight studies. *Molecular psychiatry*, 19(8), 910-914.

Keane, S., Clarke, M., McGrath, D., Farrelly, N., & MacHale, S. (2017). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Norms for female university students attending a university primary health care service in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 7-11.

Kemp, R., & David, A. (1995). Psychosis: insight and compliance. *Current Opinion in Psychiatry*, 8(6), 357-361.

Kemp, R. A., & Lambert, T. J. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 18(1), 21-28.

Kennedy, G. A., Forman, S. F., Woods, E. R., Hergenroeder, A. C., Mammel, K. A., Fisher, M. M., Ornstein, R. M., Callahan, S. T., Golden, N. H., & Kapphahn, C. J. (2017). History of overweight/obesity as predictor of care received at 1-year follow-up in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 674-679.

Kılıç, G., Samar, B. Ş., Akkuş, K., & Sütcü, G. S. T. (2022). Beden kitle indeksindeki artış ile yeme farkındalığı, problem çözme becerileri ve duygudurum belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Studies in Psychology*, 42(3), 611-642.

Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., Shah, P., Caravaggio, F., Iwata, Y., De Luca, V., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: an analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, 168, 107634.

Kim, Y., Austin, S. B., Subramanian, S., & Kawachi, I. (2018). Body weight perception, disordered weight control behaviors, and depressive symptoms among Korean adults: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2014. *PloS one*, 13(6), e0198841.

Kishi, T., & Elmquist, J. (2005). Body weight is regulated by the brain: a link between feeding and emotion. *Molecular psychiatry*, 10(2), 132-146.

- Kleinriders, A., Cai, W., Cappellucci, L., Ghazarian, A., Collins, W. R., Vienberg, S. G., Pothos, E. N., & Kahn, C. R. (2015). Insulin resistance in brain alters dopamine turnover and causes behavioral disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(11), 3463-3468.
- Kornhaber, A. (1970). The stuffing syndrome. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş., & Çokluk-Bökeoğlu, Ö. (2007). *Sosyal bilimler için istatistik*. Pegem A Yayıncılık.
- Köse, G., & Çıplak, E. (2020). Mindful eating questionnaire: eating control, emotional eating and conscious nutrition trio.
- Köse, G., Tayfur, M., Birincioğlu, İ., & Dönmez, A. (2016). Yeme farkındalığı ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 125-134.
- Kral, J. G. (2005). The pathogenesis of obesity: Stress and the brain-gut axis. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1(1), 25-34.
- Kubzansky, L. D., Koenen, K. C., Jones, C., & Eaton, W. W. (2009). A prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in women. *Health Psychology*, 28(1), 125.
- Lavender, J. M., De Young, K. P., & Anderson, D. A. (2010). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate men. *Eating behaviors*, 11(2), 119-121.
- Lee, C., Jackson, A., & Blair, S. (1998). US weight guidelines: is it also important to consider cardiorespiratory fitness? *International journal of obesity and related metabolic disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22, S2-7.
- Lemieux, S., Prud'homme, D., Bouchard, C., Tremblay, A., & Després, J.-P. (1993). Sex differences in the relation of visceral adipose tissue accumulation to total body fatness. *The American journal of clinical nutrition*, 58(4), 463-467.
- Lemon, S. C., Rosal, M. C., Zapka, J., Borg, A., & Andersen, V. (2009). Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender. *Body image*, 6(2), 90-96.
- Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*.
- Liao, C., Gao, W., Cao, W., Lv, J., Yu, C., Wang, S., Li, C., Pang, Z., Cong, L., & Dong, Z. (2018). Association of educational level and marital status with obesity: a study of Chinese twins. *Twin Research and Human Genetics*, 21(2), 126-135.

- Lilienfeld, S. O., & Marino, L. (1995). Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis.
- Lin, X., & Li, H. (2021). Obesity: epidemiology, pathophysiology, and therapeutics. *Frontiers in endocrinology*, 12, 706978.
- Lingway, I., Cohen, R. V., le Roux, C. W., & Sumithran, P. (2024). Obesity in adults. *The Lancet*, 404(10456), 972-987.
- Lingway, I., Cohen, R. V., Roux, C. W. I., & Sumithran, P. (2024). Obesity in adults. *The Lancet*, 404(10456), 972-987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01210-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01210-8)
- Liu, S., Fu, M. R., Hu, S. H., Wang, V. Y., Crupi, R., Qiu, J. M., Cleland, C., & Melkus, G. D. E. (2016). Accuracy of body weight perception and obesity among Chinese Americans. *Obesity research & clinical practice*, 10, S48-S56.
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Powis, J., Brinsden, H., & Gray, M. (2023). World obesity atlas 2023.
- Locke, A. E., Kahali, B., Berndt, S. I., Justice, A. E., Pers, T. H., Day, F. R., Powell, C., Vedantam, S., Buchkovich, M. L., & Yang, J. (2015). Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*, 518(7538), 197-206.
- Lolk, A. (2013). Neurokognitive lidelser. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- Lomax, J., Kaplan, H., Sadock, B., Wilkins, W., & Baltimore, C. (1989). Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry. *Baltimore: Williams & Wilkins*, 1176-1186.
- Loos, R. J. (2012). Genetic determinants of common obesity and their value in prediction. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 26(2), 211-226.
- Lysaker, P., & Bell, M. (1994). Insight and cognitive impairment in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 182(11), 656.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social science & medicine*, 44(6), 757-771.
- Mamano-Grande, M., Punsoda-Puche, P., Espinosa, V., Usall, J., Barajas, A., Baños, I., Sánchez, B., Dolz, M., & Ochoa, S. (2025). Insight in Individuals With First-episode Psychosis: Correlates With Symptoms, Neurocognition and Psychosocial Functioning Over Acute and Stable Phases. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 53(4), 778-790.

- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females-a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *PloS one*, *11*(6), e0157240.
- Marcel, A. J., Tegnér, R., & Nimmo-Smith, I. (2004). Anosognosia for plegia: specificity, extension, partiality and disunity of bodily unawareness. *Cortex*, *40*(1), 19-40.
- Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders*, *42*(8), 739-753.
- Markova, I., & Berrios, G. (1995). Insight in clinical psychiatry revisited. *Comprehensive psychiatry*, *36*(5), 367-376.
- Markowitz, S., Friedman, M. A., & Arent, S. M. (2008). Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*(1), 1.
- Martin, C. B., Herrick, K. A., Sarafrazi, N., & Ogden, C. L. (2018). Attempts to lose weight among adults in the United States, 2013-2016.
- Matthews, A., Kramer, R. A., & Mitan, L. (2022). Eating disorder severity and psychological morbidity in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa and premorbid overweight/obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *27*(1), 233-242.
- Maxim, M., Soroceanu, R. P., Vlăsceanu, V. I., Platon, R. L., Toader, M., Miler, A. A., Onofriescu, A., Abdulan, I. M., Ciuntu, B.-M., & Balan, G. (2025). Dietary habits, obesity, and bariatric surgery: A review of impact and interventions. *Nutrients*, *17*(3), 474.
- McGlynn, S. M., & Schacter, D. L. (1997). The neuropsychology of insight: impaired awareness of deficits in a psychiatric context. *Psychiatric Annals*, *27*(12), 806-811.
- Mechanick, J. I., Apovian, C., Brethauer, S., Garvey, W. T., Joffe, A. M., Kim, J., Kushner, R. F., Lindquist, R., Pessah-Pollack, R., & Seger, J. (2020). Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures–2019 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *16*(2), 175-247.
- Meierer, K., Hudon, A., Sznajder, M., Leduc, M.-F., Taddeo, D., Jamouille, O., Frappier, J.-Y., & Stheneur, C. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: Evolution of weight history and impact of excess premorbid weight. *European journal of pediatrics*, *178*(2), 213-219.

Melchior, V., Fuchs, S., & Scantamburlo, G. (2021). Vignette thérapeutique de l'étudiant: obésité et troubles du comportement alimentaire. *Revue Médicale de Liège*, 72(2).

Mermi, O. (2018). Obezite ve psikiyatri. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(54-60).

Milaneschi, Y., Simmons, W. K., van Rossum, E. F., & Penninx, B. W. (2019). Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular psychiatry*, 24(1), 18-33.

Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61(1), 75-88.

Monteagudo Sánchez, C., Dijkstra, S., & Visser, M. (2015). Self-perception of body weight status in older Dutch adults. *The journal of nutrition, health & aging*, 19(6), 612-618.

Murdock, N. L. (2012). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları. Çev. F. Akkoyun). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Muscogiuri, G., Verde, L., Vetrani, C., Barrea, L., Savastano, S., & Colao, A. (2024). Obesity: a gender-view. *Journal of endocrinological investigation*, 47(2), 299-306.

Nejati, S., Rezaei, A. M., Moradi, M., & Rajezi Esfahani, S. (2017). Metacognitive beliefs and emotion regulation strategies: obese women with negative and positive body images. *Journal of Research and Health*, 7(3), 826-833.

Nikolic Turnic, T., Jakovljevic, V., Strizhkova, Z., Polukhin, N., Ryaboy, D., Kartashova, M., Korenkova, M., Kolchina, V., & Reshetnikov, V. (2024). The association between marital status and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Diseases*, 12(7), 146.

Noordenbos, G. (2003). Early identification. *Handbook of eating disorders*, 455.

Onakpoya, I. J., Heneghan, C. J., & Aronson, J. K. (2016). Post-marketing withdrawal of anti-obesity medicinal products because of adverse drug reactions: a systematic review. *BMC medicine*, 14(1), 191.

Opel, N., Thalamuthu, A., Milaneschi, Y., Grotegerd, D., Flint, C., Leenings, R., Goltermann, J., Richter, M., Hahn, T., & Woditsch, G. (2021). Brain structural abnormalities in obesity: relation to age, genetic risk, and common psychiatric disorders: Evidence through univariate and multivariate mega-analysis including 6420 participants from the ENIGMA MDD working group. *Molecular psychiatry*, 26(9), 4839-4852.

Organization, W. H. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.

- Ozcirpici, B., Coskun, F., Sahinoz, S., Ozgur, S., & Bozkurt, A. I. (2009). Obesity prevalence in gaziantep, Turkey. *Indian Journal of community medicine*, 34(1), 29-34.
- Özcan, T., Kuru, E., Şafak, Y., Karadere, M. E., Yavuz, K. F., & Turkçapar, M. H. (2013). Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 25-33.
- Palmieri, S., Gentile, N., Da Ros, A., & Spada, M. M. (2021). Profiling metacognition in binge eating disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(2), 163-171.
- Park, Y.-J., Lee, S.-J., Shin, N.-M., Shin, H., Jeon, S., Lee, J., & Cho, I. (2017). Application and effect of mobiletype-bone health intervention in Korean young adult women with low bone mass: a randomized control trial. *Asian nursing research*, 11(1), 56-64.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)–Spanish version–for screening eating disorders. *The Spanish journal of psychology*, 15(2), 817-824.
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic medicine*, 70(3), 288-297.
- Pla-Sanjuanelo, J., Ferrer-García, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Riva, G., Andreu-Gracia, A., Dakanalis, A., Fernandez-Aranda, F., Forcano, L., Ribas-Sabaté, J., & Riesco, N. (2015). Identifying specific cues and contexts related to bingeing behavior for the development of effective virtual environments. *Appetite*, 87, 81-89.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms.
- Poston II, W. S. C., & Foreyt, J. P. (1999). Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 146(2), 201-209.
- Quattropiani, M. C., Lenzo, V., Faraone, C., Pistorino, G., Di Bella, I., & Mucciardi, M. (2016). The role of metacognition in eating behavior: An exploratory study. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(3).
- Rapuano, K. M., Laurent, J. S., Hagler Jr, D. J., Hatton, S. N., Thompson, W. K., Jernigan, T. L., Dale, A. M., Casey, B., & Watts, R. (2020). Nucleus accumbens cytoarchitecture predicts weight gain in children. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(43), 26977-26984.
- Research, N. I. o. H. O. o. M. A. o. (1994). *Bioelectrical impedance analysis in body composition measurement: National Institutes of health technology assessment*

conference statement, December 12-14, 1994. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National

Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., & Beck, A. T. (2012). Assessment of cognitive insight: a qualitative review. *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 338-350.

Robinson, E., & Oldham, M. (2016). Weight status misperceptions among UK adults: the use of self-reported vs. measured BMI. *BMC obesity*, 3(1), 21.

Rocha, T. C., Cunha, J., Torres, S., & Lopes, A. (2021). An insight on psychiatric insight. *European Psychiatry*, 64(S1), S476-S476.

Romano, E., Haynes, A., & Robinson, E. (2018). Weight perception, weight stigma concerns, and overeating. *Obesity*, 26(8), 1365-1371.

Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P., Brown, W. A., Stanford, F. C., Batterham, R. L., Farooqi, I. S., & Farpour-Lambert, N. J. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 221-262.

Rubino, F., Kaplan, L. M., Schauer, P. R., & Cummings, D. E. (2010). The Diabetes Surgery Summit consensus conference: recommendations for the evaluation and use of gastrointestinal surgery to treat type 2 diabetes mellitus. *Annals of surgery*, 251(3), 399-405.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1). lippincott Williams & wilkins Philadelphia.

Saeed, S., Bonnefond, A., Tamanini, F., Mirza, M. U., Manzoor, J., Janjua, Q. M., Din, S. M., Gaitan, J., Milochau, A., & Durand, E. (2018). Loss-of-function mutations in ADCY3 cause monogenic severe obesity. *Nature genetics*, 50(2), 175-179.

Sakai, Y., Ito, S., Matsumoto, J., Yasuda, Y., Yamamori, H., Fujimoto, M., Hasegawa, N., Ishimaru, K., Miura, K., & Hashimoto, R. (2023). Longitudinal characteristics of insight and clinical factors in patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology reports*, 43(3), 373-381.

Sambal, H., Bohon, C., & Weinbach, N. (2021). The effect of mood on food versus non-food interference among females who are high and low on emotional eating. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 140.

Sarma, S., Sockalingam, S., & Dash, S. (2021). Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23, 3-16.

Sarwer, D. B., & Polonsky, H. M. (2016). The psychosocial burden of obesity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 45(3), 677.

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dincag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., & Canbaz, B. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and

risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*, 28(2), 169-180.

Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. (2013). Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder—a systematic review. *Obesity reviews*, 14(6), 477-495.

Shungin, D., Winkler, T. W., Croteau-Chonka, D. C., Ferreira, T., Locke, A. E., Mägi, R., Strawbridge, R. J., Pers, T. H., Fischer, K., & Justice, A. E. (2015). New genetic loci link adipose and insulin biology to body fat distribution. *Nature*, 518(7538), 187-196.

Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 824-830.

Sjostrom, L., Narbro, K., Sjostrom, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., & Carlsson, B. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New England journal of medicine*, 357(8), 741-752.

Skalski, J. (2007). Joseph Jules François Félix Babinski (1857–1932). *Journal of neurology*, 254(8).

Sojcher, R., Fogerite, S. G., & Perlman, A. (2012). Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore*, 8(5), 271-276.

Sotelo, D., Grasso, V., & Meloni, G. (2021). Características del insight en la esquizofrenia. Una revisión bibliográfica. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(151, ene.-mar.), 71-78.

Stewart, T. M., & Williamson, D. A. (2004a). Multidisciplinary treatment of eating disorders—Part 1: Structure and costs of treatment. *Behavior modification*, 28(6), 812-830.

Stewart, T. M., & Williamson, D. A. (2004b). Multidisciplinary treatment of eating disorders—part 2: primary goals and content of treatment. *Behavior modification*, 28(6), 831-853.

Stoner, L., & Cornwall, J. (2014). Did the American Medical Association make the correct decision classifying obesity as a disease? *The Australasian medical journal*, 7(11), 462.

Sturm, R. (2007). Increases in morbid obesity in the USA: 2000–2005. *Public health*, 121(7), 492-496.

Suliman, S., L. van den Heuvel, L., Kilian, S., Bröcker, E., Asmal, L., Emsley, R., & Seedat, S. (2021). Cognitive insight is associated with perceived body weight in overweight and obese adults. *BMC Public Health*, 21(1), 534.

- Sundbom, M., Järholm, K., Sjögren, L., Nowicka, P., & Lagerros, Y. T. (2024). Obesity treatment in adolescents and adults in the era of personalized medicine. *Journal of internal medicine*, 296(2), 139-155.
- Svärd, A., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E., & Lallukka, T. (2016). Obesity and psychotropic medication: a prospective register linkage study among midlife women and men. *BMC psychiatry*, 16(1), 185.
- Swartz, B. E., & Brust, J. C. (1984). Anton's syndrome accompanying withdrawal hallucinosis in a blind alcoholic. *Neurology*, 34(7), 969-969.
- Sweeney, T. J. (1989). *Adlerian counseling: A practical approach for a new decade*. ERIC.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804-814.
- Şengönül, M., Arancıoğlu, İ. Ö., Maviş, Ç. Y., & Ergüden, B. (2019). Obezite ve psikoloji. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- Takemoto, E., Van Oss, K. R., Chamany, S., Brite, J., & Brackbill, R. (2021). Post-traumatic stress disorder and the association with overweight, obesity, and weight change among individuals exposed to the World Trade Center disaster, 2003–2016. *Psychological medicine*, 51(15), 2647-2656.
- Tam, A., & Çakır, B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1), 37-41.
- Tang, F., Wang, G., & Lian, Y. (2017). Association between anxiety and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 112-121.
- Tchernof, A., & Després, J.-P. (2013). Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiological reviews*.
- Thapa, R., Dahl, C., Aung, W. P., & Bjertness, E. (2021). Urban–rural differences in overweight and obesity among 25–64 years old Myanmar residents: a cross-sectional, nationwide survey. *BMJ open*, 11(3), e042561.
- Thirioux, B., Harika-Germaneau, G., Langbour, N., & Jaafari, N. (2020). The relation between empathy and insight in psychiatric disorders: phenomenological, etiological, and neuro-functional mechanisms. *Frontiers in psychiatry*, 10, 966.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body image*, 1(1), 7-14.
- Tomar, R., & Antony, V. C. (2021). Assessment of eating disorder and obesity among youth in Saudi Arabia. *Med. Sci*, 25, 2660-2669.

- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11-12), 887-894.
- Tosun, A., & Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1).
- Valdearcos, M., Myers Jr, M. G., & Koliwad, S. K. (2019). Hypothalamic microglia as potential regulators of metabolic physiology. *Nature metabolism*, 1(3), 314-320.
- Vandereycken, W. (2005). Denial of illness: A concept in search of refinement.
- Villar, J. G., & Quintana-Domeque, C. (2009). Income and body mass index in Europe. *Economics & Human Biology*, 7(1), 73-83.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., & Letizia, K. A. (1994). One-year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 165.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American psychologist*, 47(3), 373.
- Wansink, B., & Sobal, J. (2007). Mindless eating: The 200 daily food decisions we overlook. *Environment and Behavior*, 39(1), 106-123.
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 19(3), 421-440.
- Wardle, J., Waller, J., & Jarvis, M. J. (2002). Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *American journal of public health*, 92(8), 1299-1304.
- Wedding, D. (2010). Current psychotherapies. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-4.
- Weinberger, N.-A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2017). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity facts*, 9(6), 424-441.
- Weinstein, E. A., & Kahn, R. L. (1955). Denial of illness: Symbolic and physiological aspects.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wilson, C. P., Hogan, C. C., & Mintz, I. L. (1992). Psychodynamic technique in the treatment of the eating disorders. (No Title).

Wilson, G. T. (1994). Behavioral treatment of obesity: Thirty years and counting. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16(1), 31-75.

Wing, R. R., Blair, E. H., Epstein, L. H., & McDermott, M. D. (1990). Psychological stress and glucose metabolism in obese and normal-weight subjects: A possible mechanism for differences in stress-induced eating. *Health Psychology*, 9(6), 693.

Withnell, S. J., Kinnear, A., Masson, P., & Bodell, L. P. (2022). How different are threshold and other specified feeding and eating disorders? Comparing severity and treatment outcome. *Frontiers in psychology*, 13, 784512.

Wrzosek, M., Wiśniewska, K., Sawicka, A., Tałałaj, M., & Nowicka, G. (2018). Early onset of obesity and adult onset of obesity as factors affecting patient characteristics prior to bariatric surgery. *Obesity surgery*, 28(12), 3902-3909.

Yılmaz, M., Uyanık, G., Kundakçı, G. A., Pamuk, B. Ö., & Pamuk, G. (2021). Obezite farkındalığı ve içgörü ölçeği: geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Genel Tıp Dergisi*, 31(3), 196-201.

Young, D. A., Davila, R., & Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10(2), 117-124.

Yucel, B., Polat, A., Ikiz, T., Dusgor, B. P., Elif Yavuz, A., & Sertel Berk, O. (2011). The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 509-511.

Zhang, Q., Lamichhane, R., & Wang, Y. (2014). Associations between US adult obesity and state and county economic conditions in the recession. *Journal of clinical medicine*, 3(1), 153-166.

Zhao, G., Ford, E. S., Dhingra, S., Li, C., Strine, T. W., & Mokdad, A. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International journal of obesity*, 33(2), 257-266.

7. EKLER

EK-1: Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.04.2024-E.356688



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.04-356688 -117
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

30.04.2024

Sayın Prof. Dr. Atila EROL

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 19.04.2024 tarih ve 117 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Obezite Hastalarında İlgörü ve Farklı İlgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mahmut Sinan YILMAZ
Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır
30.04.2024



EK-2: Sosyodemografik ve klinik veri formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı :

Yaş: Cinsiyet:

Boy:.....cm Yağ oranı:.....

Visseral yağ:.....

Kilo:.....kg VKİ:.....

Telefon numarası:

T.C.Kimlik no:

1-Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐

İlkokul mezunu ☐

Ortaokul mezunu ☐

Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐

Yüksek Lisans/Doktora mezunu ☐

2- Eğitim süreniz nedir?.....yıl

3-Medeni haliniz nedir?

Evli ☐ Bekar ☐ Eşi vefat etmiş ☐

Boşanmış ☐

4-Çocuk sayısı?

Var ☐ Yok ☐ Varsa sayısı....

5-Nerede yaşıyorsunuz? (İlçe) :

.....

Kent merkezi ☐ Kırsal ☐

6-Çalışma durumunuz nedir?

Çalışmıyorum ☐

Düzenli bir işte çalışıyorum ☐

Düzensiz olarak çalışıyorum ☐

7-Mesleğiniz nedir?

İşçi ☐

Memur ☐

Serbest meslek ☐

Öğrenci ☐

Emekli ☐

Diğer ☐

8- Ekonomik düzey (yaşanılan hanenin geliri) nedir?

Asgari ücretin altı ☐

Asgari ücret (17.002 TL) ☐

Asgari ücretin 2 katı ☐

Asgari ücretin 3 katı ve üzeri ☐

9-Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Anne-baba/kardeşler ☐

Eş ve çocuklar ☐

Yalnız ☐

Arkadaşlar ☐

Diğer (yurt,kurum...,vs) ☐

10-Evinizde sürekli yaşayan toplam kişi sayısı kaçtır?.....

11-Sigara kullanıyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor ☐

Kullanıyorsanız miktarını ve süresini belirtiniz.....

12-Alkol kullanıyor musunuz?

Evet ☐

EK-2: Sosyodemografik ve klinik veri formu (devam)

Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor ☐

Kullanıyorsanız miktarını ve süresini belirtiniz.....

13-Bağımlılık yapıcı herhangi bir uyuşturucu madde veya ilaç kullanıyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor ☐

14-Daha önce intihar düşünceniz oldu mu?

Evet ☐

Hayır ☐

15-Daha önce bir intihar girişiminde bulundunuz mu?

Evet ☐

Hayır ☐

16- Adli öykünüz var mı?

Evet ☐

Hayır ☐

Evetse kaç kere?

17-Tanısı konulmuş tıbbi bir hastalığınız var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp yetmezliği

☐ Böbrek yetmezliği ☐ Tiroid rahatsızlığı ☐

Migren ☐ Kas, iskelet hastalığı ☐

Romatizmal hastalık ☐ Diğer ☐.....

18-Kronik tıbbi hastalığınız varsa günlük yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?

Evet ☐ Hayır ☐

19-Daha önce hiç sizi fiziksel, cinsel, duygusal açıdan etkileyen, sonradan da etkisinde kaldığınız travmatik bir olay yaşadınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Ölümcül hastalık tanısı aldım ☐

Hayati tehlike atlattığım bir kaza geçirdim ☐

Ailemden biri (ya da çok yakın arkadaşım)

kaza/cinayet/intihar sebebiyle vefat etti ☐

Cinsel istismar/tecavüze uğradım ☐

Çocukluğumda şiddete maruz kaldım ☐

Bıçakla/silahla saldırıya uğradım ☐

Biri saldırıya uğrarken tanık oldum ☐

20- Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Depresyon ☐

Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) ☐

EK-2: Sosyodemografik ve klinik veri formu (devam)

Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum

bozukluğu/manik depresif) ☐

Panik bozukluk (panik atak) ☐

Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı hastalığı) ☐

Diğer ☐

21- Şimdiye kadar psikiyatrik tanı aldığınız bunun için tedavi aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Ayaktan psikiyatrik ilaç tedavisi ☐

Yatarak psikiyatrik ilaç tedavisi ☐

EKT ☐

TMS ☐

Psikoterapi ☐

22- Geçmiş tedaviler / Son tedavi

Ssri: sitalopram / essitalopram / sertralin / paroksetin / fluoksetin / fluvoksamin ☐

Ssri: duloksetin / venlafaksin ☐

Mirtazapin ☐

Antipsikotik: ketiapin / olanzapin / risperidon / paliperidon / aripiprazol / klozapin / sülpirid / amilsülpirid /

haloperidol / klorpromazin ☐

Diğer (belirtiniz)

23- Ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış biri var mı?

Evet ☐

Hayır ☐

Evet ise yakınlığı: 1.derece /2.derece /3.derece

Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar ☐

Bipolar bozukluk ☐

Unipolar depresyon ☐

Anksiyete bozuklukları ☐

Obsesif kompulsif bozukluk ☐

Tssb (Travma sonrası stres bozukluğu) ☐

Disosiyasyon bozuklukları ☐

Bedensel belirti bozuklukları ☐

Yeme bozukluğu ☐

Uyku bozuklukları ☐

Cinsel işlev bozuklukları ☐

Kişilik bozuklukları ☐

24- Hastalık(Obezite) başlangıç yaşıınız nedir?.....

25-Çocukluk çağında obezite ya da anoreksiya tanısı aldınız mı?

Evet

Hayır

Evetse hangisi olduğunu belirtiniz.....

26-Hayatınız boyunca en zayıf olduğunuz yaşıınızı yazın?.....

27-Size göre şu anki kilonuz aşağıdaki seçeneklerden hangisine uygundur?

Aşırı zayıfım ☐

Zayıfım ☐

Normalim ☐

Kiloluyum ☐

Aşırı kiloluyum/ Obezim ☐

EK-2: Sosyodemografik ve klinik veri formu (devam)

28-Adet düzeniniz nasıl (kadınlar için)?

..... yıldır menapozdayım

Düzensiz/ süredir

Düzenli

Menapozda değilim ama süredir
olmuyorum

**29- Şu anda diyet ya da spor yapıyor
musunuz? Ne kadar süredir?**

Evet,.....süredir

Hayır

EK-3: Obezite farkındalık ve içgörü ölçeği

AD SOYAD:

TARİH:

Güncel Ağırlık:.....kg

Boy:.....cm

Beden Kütle İndeksi (BKİ):..... *(klinikyen tarafından hesaplanacaktır)

Kan Basıncı: mmHg

Açlık Kan Şekeri: mg/dl

HbA1c: %.....

Kontrol tarihi:/...../.....

Kontrol tarihi:/...../.....

Kontrol tarihi:/...../.....

Kontrol tarihi:/...../.....

Kontrol tarihi:/...../.....

Sağlığınızla ilgili kendi inançlarınızla ilgileniyoruz. Başkalarının inandığı veya inanmanızı isteyebileceği şeylerle ilgilenmiyoruz.

Kilonuz ile ilgili düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki soruları okuyarak, sağlıkla ilgili sorunlardan herhangi birini geçirdiyseniz “Evet” geçirmediyseniz “Hayır” kutucuğunu işaretleyin.

	Evet	Hayır
A. Özellikle hareket ettiğinizde (yürüyüş, koşma, merdiven çıkma, vb.) sürekli olarak nefes almakta zorluk çekiyor musunuz?	☐	☐
B. Geceleri sürekli olarak uyumakta zorluk çekiyor musunuz?	☐	☐
C. Sürekli olarak nefessiz kalarak uyanıyor musunuz?	☐	☐
D. Sürekli olarak yorgun musunuz?	☐	☐
E. Kendinizi sürekli olarak keyifsiz ya da depresyonda hissediyor musunuz?	☐	☐
F. Çevrenizdeki diğer insanlardan kaçınıyor musunuz?	☐	☐
G. Sürekli olarak acınız ya da ağrınız var mı?	☐	☐
H. Özellikle hareket ederken (yürüyüş, koşma, merdiven çıkma, vb.) sıklıkla göğüs ağrınız oluyor mu?	☐	☐
I. Bazen idrar kaçırdığınız oluyor mu?	☐	☐
J. Diğer:.....	☐	☐

☐ Yukarıdakilerin tümüne yanıtınız “HAYIR” ise, aşağıdaki soruyu cevaplamayın. Lütfen arka sayfaya geçiniz.

☐ Yukarıdakilerden herhangi birine yanıtınız “EVET” ise sağlıkla ilgili deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, aşağıda verilen ifadelere şu anda ne derece katıldığınızı uygun sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

1)Yaşadıklarım fazla kilolu ya da obez olmamdan kaynaklanıyor.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsızım Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum

Lütfen aşağıdaki ifadelerden her biri için uygun sayıyı işaretleyerek şu anda katıldığınız veya katılmadığınız dereceyi belirtin.

EK-3: Obezite farkındalık ve içgörü ölçeği (devam)

2) Aşırı miktarda vücut yağım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

3) Diyetimi düzenlemek ve egzersiz miktarımı arttırmak için sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri yapmaya veya sürdürmeye ihtiyacım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

4) Vücut ağırlığım sağlıklı bir seviyede.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

5) Şu anki yaşam biçimimi güvenli bir şekilde sürdürebilirim (örneğin şu anda yaptığım gibi yeme, içme, egzersiz).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

6) Vücut ağırlığım olumsuz sağlık sonuçlarına sebep oluyor ya da olabilir. (örneğin yüksek kolesterol, yüksek tansiyon, diyabet, kalp hastalığı, depresyon vb.)

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

7) Ben fazla kilolu ya da obezim. (Beden Kütle İndeksinin 25'ten yüksek olması= fazla kilolu; Beden Kütle İndeksinin 30'dan yüksek olması=obez)

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

8) Kilo vermek için tedaviye ihtiyacım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

BİTTİ

EK-4: Beck bilişsel içgörü ölçeği

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği				
Hasta adı:				
Yaşı:				
Doldurma tarihi:				
Aşağıda insanların nasıl hissettiğini ve ne kadar ayni fikirde olduğunuzu karşılarında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.				
	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Epeyce katılıyorum	Tamamen katılıyorum
(1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.	1.			
(2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.	2.			
(3) Diğer insanlar olduğandışı yaşantılarının nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.	3.			
(4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.	4.			
(5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağtılabilir.	5.			
(6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.	6.			
(7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.	7.			
(8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanlış olabileirim.	8.			
(9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyibilirim.	9.			
(10) İnsanlar benimle aynı fikirde değillerse genellikle onları yanlışdır.	10.			
(11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.	11.			
(12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.	12.			
(13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.	13.			
(14) İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.	14.			
(15) Benim olağan dışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağtılı olabilir.	15.			

EK-5: Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

1. Son hafta içinde sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):
2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı ?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. **İkna olma**
Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)
0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
1- İnançlar doğru değil yada önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
2- İnançlar doğru olabilir yada olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamiyle ikna olmuş durumda(%100 emin).
2. **Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı**
Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE]
İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?
(Görüşmeci eğer gerekiyorsa hastaya bu soruyu cevaplarırken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)
0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamiyle emindir.
1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.

EK-5: Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (devam)

- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.

- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindir.

3. Farklı bakış açılarının açıklanması

Demıştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıltığınızın ikna edebilir miyim?

(Eğer gerekiyse hastayı yüzleştirmeyen bir örnek veriniz.)

(Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürd olduğu konusunda tamamıyla emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir.— inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanıltıyor olabilir.
3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamıyla emindir; diğerlerinin inançları yanlışdır doğru değildir.

- 0- İnançların yanlış olabileme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
1- İnancın yanlış olabileme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
3- Çok açık bir şekilde inancın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
4- İnancın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit.

EK-5: Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (devam)

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz? İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İçgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir.)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığının- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya

psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.
- 3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.
- 4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu? OPSİYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir—değerlendirilen inançla alakasız bir

nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsyonları değil, bunun yerine temel inancı anlamalıdır.)

- 0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.

EK-5: Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (devam)

- | | |
|---|---|
| 1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar. | 4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor. |
| 2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir. | |
| 3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor. | |

EK-6: İlgörünün üç bileşenini değerdendirme ölçeği

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- o Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduunu nadiren sorgular)
- o Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduunu sorgular)
- o Hiçbirzaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşığıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- o Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- o Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- o Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” yada “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- o Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- o Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşığıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?”

şeklinde sorunuz.

- o Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- o Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2b 1 ya da 2 ise aşığıdaki soruyu sorunuz:

EK-6: İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (devam)

2c. "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunuz.

o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar = 2

ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar

o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar yada "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar =1

o Delüzyonel açıklamalar = 0

3a. ".....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını

düşünüyor musunuz?" diye sorunuz. Ya da ".....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz"

o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)

o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

o "Hastalığımın bir parçası" =2

o "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa =1

o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl

hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim."

2= "Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğumu düşünürüm."

4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum."

EK-7: Yeme farkındalığı ölçeği- 30

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Değerli katılımcı, bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.
Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doydüğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bilsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

Türkçe Kaynak: Köse G, Tayfur M, Birinciöğlü İ, Dönmez A. Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish, Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2016; 5(3): 125-134, doi: 10.5455/JCBPR.250644.

Orijinal Kaynak: Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. Journal of the American Dietetic Association. 2009;109(8):1439-44.

PUANLAMA YÖNERGESİ

Alt boyut ve madde sayısı: 7 alt boyut ve 30 madde

1. Düşünmeden Yeme (5 madde): 4, 14, 17, 20, 26
2. Duygusal Yeme (5 madde): 21, 22, 23, 28, 30
3. Yeme Kontrolü (4 madde): 3, 6, 27, 29
4. Farkındalık (5 madde): 8, 9, 12, 13, 15
5. Yeme Disiplini (4 madde): 1, 18, 24, 25
6. Bilinçli Beslenme (5 madde): 2, 7, 11, 16, 19
7. Enterferans (Dış etmenlerden etkilenme) (2 madde): 5, 10

EK-8: Yeme bozukluğunu değerlendirme ölçeği

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiç-birinde	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Her gün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karna sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşüncenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşüncenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. işinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktuunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular : Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yeddiğiniz sırada) ?	
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?	

EK-8: Yeme bozukluğunu değerlendirme ölçeği (devam)

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tikinircasına yeme" teriminin mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

		Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tikinircasına yeme durumlarını saymıyoruz.)	0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tikinircasına yemek yeme durumlarını saymıyoruz.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tikinircasına yeme durumlarını saymıyoruz.)	Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
		0	1	2	3	4	5	6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerti?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camunda, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

EK-9: Üstbiliş ölçeği-30

ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 (ÜBO-30)

Aşağıda insanların ifade ettikleri kendi düşünceleri hakkındaki bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun yere X işareti koyarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.				
2. Endişelerim benim için tehlikelidir.				
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm.				
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim.				
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.				
6. Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur.				
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir.				
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
9. durdurmak için ne kadar uğraşsam da endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur.				
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir.				
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım.				
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutabilmem gerekir.				
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir.				
15. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım.				
16. Endişelerim beni deliye döndürebilir.				
17. Düşüncelerimin sürekli farkındayım.				
18. Hafızam zayıftır.				
19. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim.				

EK-9: Üstbiliş ölçeği-30 (devam)

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
20. Endişelenmek yaşadıklarımla baş etmeme yardımcı olur				
21. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir.				
22. Endişelenmeye başladığımda bunu durduramam.				
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur.				
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır.				
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür.				
26. Hafızama güvenmem.				
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam iş göremez hale gelirim.				
28. İyi çalışmak için endişelenmem gerekir.				
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır.				
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim.				

ÖZGEÇMİŞ

