



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PSİKİYATRİK TANILI BİREYLERİN OTOMATİK DÜŞÜNCE

VE

YEME DAVRANIŞLARININ METABOLİK SENDROM

DÜZEYLERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emre TÖRE

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL

TOKAT-2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL danışmanlığında hazırlamış olduğum " Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünce ve Yeme Davranışlarının Metabolik Sendrom Düzeylerine Etkisi " adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

25.04.2025

Emre TÖRE

TEŞEKKÜR

Öncelikle, bilgi ve deneyimiyle çalışmamın her aşamasında yol gösteren, sabrı ve desteğiyle beni motive eden değerli danışman hocam **Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖLe**

Çalışma sürecimde bana destek olan, değerli görüş ve önerileriyle akademik gelişimime büyük katkıda bulunan **Prof. Dr. Nermin GÜRHAN** ve **Doç. Dr. Medine KOÇ** hocalarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Çalışma sürecimde bana destek olan sayın **Uzm. Dr. Zeliha CENGİZ AL'** a

Psikiyatri hemşireliği alanına olan sevgimi arttıran, bu alanda bana örnek olan değerli hocam **Dr. Öğr. Üyesi Burak ŞİRİN'e**

Çalışmamın gerçekleşmesine katkı sağlayan ve değerli zamanlarını ayırarak çalışmaya katılan tüm katılımcılara

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan beni her koşulda destekleyen, sevgisiyle güç veren, emekleri ve fedakarlıklarıyla her zaman yanımda olan aileme

Son olarak, hayata bakış açısıyla bana ilham veren, her anımda yanımda olan, sevgisi ve varlığıyla bana mutluluk veren kız arkadaşıma gönülden teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

PSİKİYATRİK TANILI BİREYLERİN OTOMATİK DÜŞÜNCE VE YEME DAVRANIŞLARININ METABOLİK SENDROM DÜZEYLERİNE ETKİSİ

TÖRE, Emre

Yüksek Lisans, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL

Nisan 2025, xii + 96 sayfa

Bu çalışma psikiyatrik tanılı bireylerin otomatik düşünce ve yeme davranışları düzeylerinin metabolik sendrom üzerine etkisinin belirlenmesini amaçlayan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde son bir yıl içerisinde takip edilen şizofreni (SCH), bipolar affektif bozukluk (BAB), takıntı zorlantı bozukluğu (OKB), organik olmayan psikoz (OOP), anksiyete ve depresyon tanılı bireylerin sayısı bilindiğinden %95 güven aralığı ($1-\alpha$), %5 hata düzeyinde hesaplanmış, %95 test gücü ($1-\beta$) ve $d=0.5$ etki büyüklüğüne göre alınması gereken örneklem sayısını 241 kişi oluşturmuştur. Veriler 28.03.2024-01.09.2024 tarihleri arasında yüzyüze toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanımlama Bilgi Formu, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS v26 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılımına çarpıklık ve basıklık katsayıları ile kontrol edilmiştir. Bağımsız Gruplar t testi ve One Way Anova parametrik testleri, Mann Whitney U ve kruskallis wallis non-parametrik testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve Linear regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmada katılımcıların %34.9'unun 18-27 yaş aralığında, %62.7'sinin erkek, %71'inin bekâr, %45.6'sının lise mezunu olduğu, %41,5'inin günde. 1 paketten az sigara içtiği, %75.9'u alkol kullanmadığı, %94.6'sının madde kullanmadığı, %43.2'sinin olumsuz duygu durum hissettiğinde yemek yeme davranışının azaldığı, %53.1'inin olumlu duygu durum hissettiğinde yemek yeme davranışının arttığı; açlık alt ölçeği ($\beta=0.155$, $p<0.05$) ve otomatik düşünce ölçeğinden ($\beta=0.158$, $p<0.05$) alınan puan arttıkça trigliserit seviyesinin anlamlı düzeyde arttığı, açlık alt boyutundan ($\beta=0.176$,

$p<0.05$) alınan puan arttıkça HDL seviyesinin anlamlı olarak arttığı, besin seçiciliği alt boyutundan alınan puan arttıkça ($\beta=0.134$, $p<0.05$) glukoz seviyesinin anlamlı olarak arttığı, tokluk alt boyutundan ($\beta=-0.136$, $p<0.05$) alınan puan arttıkça sistolik kan basıncı (SKB) seviyesinin anlamlı olarak azaldığı, duygusal aşırı yeme alt boyutundan ($\beta=0.177$, $p<0.05$) alınan puan arttıkça SKB seviyesinin anlamlı olarak arttığı, tokluk alt boyutundan ($\beta=-0.172$, $p<0.05$) alınan puan arttıkça bel çevresinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Metabolik sendromun önlenmesi için düzenli risk değerlendirilmesi, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi eğitim ve uygulama temelli yaklaşımlar önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik Sendrom, Psikiyatrik Hastalık, Otomatik Düşünce, Yeme Davranışı, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT**THE EFFECT OF AUTOMATED THINKING AND EATING BEHAVIOURS OF
INDIVIDUALS WITH PSYCHIATRIC DIAGNOSIS ON METABOLIC SYNDROME
LEVELS****TÖRE, Emre**

Master's Thesis, Department of Nursing

Thesis Supervisor: Asst. Prof. Tülay YILMAZ BİNGÖL

April, 2025, xii + 96 page

This study is a descriptive study aiming to determine the effect of automatic thoughts and eating behaviors on metabolic syndrome in individuals with psychiatric diagnoses. Since the number of individuals diagnosed with schizophrenia (SCH), bipolar affective disorder (BAD), obsessive compulsive disorder (OCD), non-organic psychosis (NOP), anxiety and depression who were followed up in Tokat Dr. Cevdet Aykan Mental Health and Diseases Hospital in the last one year is known, 95% confidence interval ($1-\alpha$) was calculated at 5% error level, 95% test power ($1-\beta$) and $d=0.5$ effect size, the required sample size was 241 people. Data were collected face-to-face between 28.03.2024-01.09.2024. Patient Identification Information Form, Automatic Thoughts Scale and Adult Eating Behavior Scale were used for data collection. Data Analysis of the data was performed using SPSS v26 program. The normal distribution of the data was checked with skewness and kurtosis coefficients. Independent Groups t test and One Way Anova parametric tests, Mann Whitney U and kruskallis wallis non-parametric tests were used. The relationships between variables were examined with Pearson correlation analysis and Linear regression analysis was used. In the study, 34.9% of the participants were between the ages of 18-27, 62.7% were male, 71% were single, 45.6% were high school graduates, 41.5% smoked less than 1 pack a day. 41.5% smoked less than 1 pack of cigarettes, 75.9% did not use alcohol, 94.6% did not use substances, 43.2% reported that their eating behavior decreased when they felt negative mood, 53.1% reported that their eating behavior decreased when they felt positive mood, 53.1% reported that their eating behavior decreased when they felt negative mood, 53.1% reported that their eating behavior decreased when they felt positive mood. 1% had increased eating behavior when

they felt positive mood; triglyceride level increased significantly as the scores obtained from hunger subscale ($\beta=0.155$, $p<0.05$) and automatic thought scale ($\beta=0.158$, $p<0.05$) increased, HDL level increased significantly as the score obtained from hunger subscale ($\beta=0.176$, $p<0.05$), HDL level increased significantly, glucose level increased significantly when the score obtained from the food selectivity sub-dimension increased ($\beta=0.134$, $p<0.05$), systolic lipids increased significantly when the score obtained from the satiety sub-dimension increased ($\beta=-0.136$, $p<0.05$), the systolic blood pressure (SBP) level decreased significantly, the SBP level increased significantly as the score obtained from the emotional overeating subscale ($\beta=0.177$, $p<0.05$) increased, and the waist circumference decreased significantly as the score obtained from the satiety subscale ($\beta=-0.172$, $p<0.05$) increased. Education and practice-based approaches such as regular risk assessment, healthy nutrition, physical activity and stress management have been recommended for the prevention of metabolic syndrome.

Key Words: Metabolic Syndrome, Psychiatric Disease, Automatic Thought, Eating Behaviour, Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa Numarası
ETİK SÖZLEŞME	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Psikiyatrik Hastalıklar.....	4
2.1.1.1.Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar.....	4
2.1.1.2.İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	6
2.1.1.3.Depresyon Bozuklukları.....	7
2.1.1.4.Anksiyete Bozuklukları.....	8
2.1.1.5.Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar	9
2.2. Otomatik Düşünceler	10
2.3. Yeme Davranışı.....	12
2.4. Metabolik Sendrom	13
2.5.Metabolik Sendrom ve Psikiyatri Hemşireliği	17
3.YÖNTEM VE METHOD.....	19
3.1.Araştırma Bölgesi.....	19

3.2. Araştırmanın Modeli	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Etik Onay	19
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	20
3.6. Araştırmanın Soruları.....	20
3.7. Veri Toplama Araçları	20
3.8. Verilerin Toplanması.....	21
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	46
5.1. Olumsuz Otomatik Düşünceler ve İlişkili Faktörler.....	46
5.2. Yeme Davranışı ve İlişkili Faktörler	47
5.3. Metabolik Sendrom ve İlişkili Faktörler	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKÇA	54
8. EKLER	71
EK-1 Onam Formu	71
EK-2 Hasta Tanımlama Bilgi Formu.....	72
EK-3 Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği	75
EK-4 Otomatik Düşünceler Ölçeği	77
EK-5 Otomatik Düşünceler Ölçeği Kullanım İzni	79
EK-6 Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Kullanım İzni.....	80
EK-7 Kurum İzni Kararı	81
EK-8 Etik Kurul Kararı	82

TABLOLAR LİSTESİ

- Tablo 4.1. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 4.2. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı Hastalık ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 4.3. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Metabolik Özellikleri
- Tablo 4.4. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Metabolik Sendrom Tanı kriterleri
- Tablo 4.5. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Metabolik Sendrom Görülme Durumu
- Tablo 4.6. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutları ile Yetişkin Yeme Davranışı Alt Boyutları Toplam Ölçek Puanları
- Tablo 4.7. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması
- Tablo 4.8. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutları ile Hastalık Özelliklerin Karşılaştırılması
- Tablo 4.9. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Alt Boyutları Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması
- Tablo 4.10. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Alt Boyutları Hastalık ve Tedavi Özelliklerin Karşılaştırılması
- Tablo 4.11. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Korelasyon Sonuçları
- Tablo 4.12. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği ile Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri ve Beden Kitle İndeksi Pearson Korelasyon Sonuçları
- Tablo 4.13. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünce Ölçeği ve Yetişkin Yeme Davranışları Ölçeklerinin Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri Üzerine Yordayıcı Rollerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.2.1. Bilişsel Yapı

Şekil 2.4.1. Metabolik Sendrom ile Psikiyatrik Bozukluklar Arasındaki Ortak Mekanizmalar ve Çift Yönlü İlişki.



KISALTMALAR LİSTESİ

AKŞ Açlık Kan Şekeri

BAB Bipolar Affektif Bozukluk

BS Besin Seçiciliği

DAY Duygusal Aşırı Yeme

DKB Diyastolik Kan Basıncı

DYY Duygusal Yetersiz Yeme

HDL High-Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)

KUYOD Kişisel Uyumsuzluğa Yönelik Olumsuz Düşünceler

KYOD Kendine Yönelik Olumsuz Düşünceler

ODÖ Otomatik Düşünceler Ölçeği

OKB Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar (Obsesif Kompulsif Bozukluk)

OOP Organik Olmayan Psikotik Bozukluk

SCH Şizofreni

SKB Sistolik Kan Basıncı

SNRI Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü

SSRI Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

ŞKYD Şaşkınlık ve Kaçmaya Yönelik Düşünceler

TCA Trisiklik Grubu Antidepresan

ÜYOD Ümitsizliğe Yönelik Olumsuz Düşünceler

YK Yeme Keyfi

YY Yetersiz Yeme

YYD Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği

YYOD Yalnızlığa Yönelik Olumsuz Düşünceler

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal hastalık, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında bozulma ile karakterize olan, beyindeki patolojik süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkan ve klinik olarak önemli bilişsel, duygusal düzenleme veya davranışsal rahatsızlıklarla kendini gösteren bir durumdur; bu bozukluk, bireyin kritik işlevsellik alanlarında önemli düzeyde sıkıntı, bozulma veya işlev kaybına neden olan bir durumdur (World Health Organization (WHO), 2022). Ruhsal hastalarda tüm nedenlere bağlı erken ölüm riski genel nüfusa göre daha yüksektir (Pennix & Lange, 2018). Kronik ruhsal hastalığı bulunan bireylerin genel nüfusa kıyasla 10-15 yıl daha erken mortaliteye sahip olduğu tahmin edilmektedir. Kronik psikiyatri hastalarının yaşam beklentisini azaltan olumsuz fiziksel sağlık sorunlarının başında diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve metabolik sendrom gelmektedir (Hardy & Gray, 2010).

Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde yaygın olarak görülen ve önemli bir morbidite kaynağı olarak öne çıkan metabolik sendrom, aşırı yağlanma, sağlıklı beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi faktörlerden kaynaklanan bir dizi metabolik anormallikle tanımlanmaktadır (Bozkuş, 2023; Öyekçin, 2009). Literatürde metabolik sendrom tanısı için National Cholesterol Education Program Adult Treatment Protocol-III (NCEP ATPIII) ve International Diabetes Federation (IDF) ölçütleri tanımlanmış olup, en az üçünün (bel çevresi, açlık kan şekeri, trigliserit, HDL kolesterol, kan basıncı) karşılanması gerekmekte ve sıklıkla NCEP-ATPIII kriterleri kullanılmaktadır (Papanastasiou, 2013). Metabolik sendrom prevalansı, kullanılan kriterlere ve söz konusu popülasyonların yaş, cinsiyet ve etnik köken özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir. Bununla birlikte, yayınlanan çalışmaların sonuçları, kullanılan kriterlere bakılmaksızın yetişkinlerin yaklaşık dörtte biri ila üçte birinin metabolik sendrom kriterlerini karşıladığını göstermektedir (Samson & Garber, 2014). Abacı ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, Türkiye'de metabolik sendromun yaygınlığı tespit edilmeye çalışılmış ve her dört erkekten birinin ve her üç kadından birinin metabolik sendrom kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (Abacı ve ark., 2018). Hagi ve arkadaşları (2021), metabolik sendromu ve diyabeti olan şizofreni hastalarının, metabolik bozukluğu olmayanlara göre daha ciddi bilişsel eksiklikler, özellikle de hafıza, dikkat,

işlem hızı ve uygulamada bozukluklar sergilediğini bildirmiştir (Hagi ve ark., 2021). Bipolar hastalarda görülen dürtüsel davranışlar, stresle sonuçlanabilecek yaşam olaylarının yaratılması sonucunda otonomik aktivite ve kan basıncını artırarak metabolik sendrom ve kardiyovasküler risk faktörlerinde artışa yol açabilir (Özkan Demir & Tuğlu, 2022). Özkan Demir ve Tuğlu (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, bipolar hastalarda metabolik sendrom görülme sıklığı %56 olarak bulunmuştur (Özkan Demir & Tuğlu, 2022). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde obezite, metabolik sendrom, diyabet, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının görülme sıklığı iki kat daha fazladır (Başoğlu & Kalenderoğlu, 2021).

Ruhsal hastalıklarda metabolik sendrom gelişimini etkileyen bilişsel süreçlerden biri olan otomatik düşünceler, bilişsel yapının en dış katmanını oluşturur. Bu bilişsel süreçler, bireyin iradesinden bağımsız olmaları, hedefe yönelik olmamaları ve yargılayıcı olmamaları ile karakterize edilir (Duru & Yılmaz, 2023). Şizofreni ve benzeri psikiyatri hastaları daha yüksek olumsuz inanç ve düşüncelere sahiptir (Takeda ve ark., 2019). Bu olumsuz otomatik düşünceler bireyin duygu ve davranışlarını etkileyerek özkıyım için risk oluşturmaktadır (Mohammadkhani ve ark., 2020).

Metabolik sendrom ve otomatik düşüncelerle ilişkilendirilen önemli bir davranışsal faktör olan yeme davranışındaki değişikliklerin, seçilen yiyecek türleri ve tüketilen toplam miktar açısından obezite riskini artırdığı gösterilmiştir (Stunkard & Allison, 2003). Üzüntü, öfke ve endişe gibi duygusal durumlarda, bireyler açlık olmasa bile hedonik etkilerle artan yeme davranışları sergileyebilirler. Bu olgu yaygın olarak hakim ruh halini hafifletmek için kullanılan bir davranış olarak anlaşılmaktadır (Ganley 1989). Besin alımının birey üzerinde oluşturduğu fiziksel ve duygusal haz göz önüne alındığında bu durum kaçınılmazdır (Sevinçer & Konuk 2013). Bununla birlikte, duygusal tetikleyicilere yanıt olarak yeme davranışının düzenlenememesi, obezite ve obeziteyle ilişkili hastalık riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Macht 2008). Bireye özgü olarak hangi duygu durumunun besin alımını tetiklediğinin belirlenmesi, obezitenin önlenmesinde önemli bir adımdır (Yücel ve ark., 2022). Bir çalışmada, 18-55 yaş arası kadınlardan oluşan bir örnekleme otomatik düşünceler, yeme tutumları, beden kitle indeksi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlar, vücut kitle indeksi ile hem otomatik düşünceler hem de olumsuz yeme tutumları arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir (Aksu ve ark., 2019).

Metabolik sendrom, ağır ruhsal hastalığı olan kişilerde oldukça sık görülmesi ve mortaliteyi artırması nedeniyle psikiyatri hemşireliği için kritik bir öneme sahiptir. Psikiyatri hemşireleri, bireylerin sadece psikososyal değil fiziksel sağlık ihtiyaçlarını da bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmekle sorumludur (Babaoğlu & Ayar, 2024; Happell ve ark., 2011). Fakat mevcut uygulamalarda, fiziksel sağlık ihtiyaçlarının ikinci planda kaldığı ve metabolik risklerin erken teşhisinde eksiklikler olduğu bildirilmektedir (Gray ve ark., 2009). Bu kapsamda, psikiyatri hemşirelerinin metabolik sendromun önlenmesi ve yönetiminde etkin bir rol oynayabilmeleri için otomatik düşünceler ve yeme davranışları gibi bilişsel ve psikososyal faktörlerle ilişkili risk faktörlerini tanımlamaları büyük önem taşımaktadır.

İlgili alan yazı ülkemizde incelendiğinde psikiyatri tanılı bireylerde otomatik düşünce ve yeme davranışlarının metabolik sendromu üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma psikiyatrik tanılı bireylerde otomatik düşünce ve yeme davranışlarının metabolik sendrom üzerine etkisini inceleyerek bu konuda literatüre yeni bir perspektif kazandıracağı düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatrik Hastalıklar

Psikanaliz alanındaki çalışmalarıyla modern psikolojinin öncülerinden biri olan Sigmund Freud'a göre normallığı belirlemek oldukça zordur. Normallik, alt benlik (id), ego (benlik) ve üst benlik (süper ego) arasında uyumlu bir işleyiştir. Bu yapılanmanın dengeli işleyişi bireyin ruh sağlığının temelini oluşturur. Benliğin (ego), hem alt benliğin dürtülerini yerine getirmesi hem de üst benliğin, yani toplumun beklentilerine uyum sağlaması gerekir. Sağlıklı bir insan, alt benliğin (id) dürtülerini tatmin edebilen, çevreye uyum sağlayabilen (ego) ve üst benliğin (süperego) sesini dinleyen kişidir (Çam, 2021; Freud, 1923; Orak, 2019).

Ruhsal bozukluklar, bireyin düşüncelerini, duygularını, davranışlarını ve genel zihinsel sağlığını olumsuz etkileyerek yaşam esnekliğini, sosyal sağlığı ve günlük yaşamda beslenmeyi önemli ölçüde zorlaştıran çeşitli psikolojik durumlardır (American Psychiatric Association (APA), 2013; World Health Organization (WHO), 2020). Ruhsal bozukluklar, beyin kimyasındaki dengesizlikler, genetik yatkınlıklar ve nörotransmitterlerin işleyişindeki anormallikler gibi biyolojik faktörlerden de etkilenebilir. Ayrıca, çocuklukta yaşanan travmatik deneyimler, kronik stres, aile içi çatışmalar ve sosyal izolasyon gibi psikolojik ve çevresel faktörler de bu bozuklukların gelişiminde önemli rol oynar (APA, 2013; National Institute of Mental Health (NIMH), 2016). Ruhsal sağlık ve fiziksel sağlık arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin kardiyovasküler hastalıklar depresyona, depresyon da kardiyovasküler hastalıklara yol açabilmektedir (Gültekin, 2010).

2.1.1. Türler

2.1.1.1.Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Psikoz bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu, iç görünümün olmadığı, kişilerarası ilişkilerde gerçeklerden uzak kendine özgü bir yaşantı sürdüğü duygu, düşünce ve davranışlarda sorunların olduğu ruhsal bozukluklardır. Psikoz tek başına bir hastalık olarak nitelendirilemez, farklı patogenezdaki hastalıklarda karşılaşılan ortak klinik bir durumdur. Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM-V tanı kriterlerinde şu şekilde sınıflandırmıştır; şizofreni şizofreniform bozukluk, şizoafektif bozukluk, sanrılı

bozukluk, kısa psikotik bozukluk, katatoni, tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk, tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk (APA, 2013; Videbeck, 2020).

Şizofreni, karmaşık düşünceler, algılar, duygular, hareketler ve davranışlara yol açan karmaşık bir zihinsel sağlık bozukluğudur. Tek bir hastalık olarak tanımlanamaz; aksine, şizofreni, bir sendrom veya kanser türleri gibi birçok farklı çeşidi ve semptomu olan bir hastalık süreci olarak kabul edilir (Videbeck, 2020). Şizofreni, gerçeklik algısının bozulması, halüsinasyonlar, sanrılar ve sınırlı sosyalleşme ile karakterize edilen ciddi, kronik bir psikiyatrik bozukluktur. Halüsinasyonlar ve sanrılar hastanın düşüncelerine hâkim olup, kafa karıştırıcı ve tuhaf davranışlara neden olan psikotik bir düşünce bozukluğu oluşturur. Şizofreni hastalarının düşünceleri ile duyguları ve kendi gerçeklikleri ile toplumun gerçekliği arasında bir bölünme vardır ve bu da alışılmadık ve korkutucu davranışlara yol açabilir (Gorman & Anwar, 2014).

Şizofreninin altta yatan fiziksel beyin patolojisine sahip organik bir hastalık olup olmadığı, araştırmacılar ve klinisyenler için hastalığı inceledikleri sürece önemli bir soru olmuştur. Yirminci yüzyılın ilk yarısında, çalışmalar büyük ölçüde otopsi yoluyla hastalıkla ilişkili belirli bir patolojik yapı bulmaya odaklanmıştır. Böyle bir bölge keşfedilememiştir. 1950'lerde ve 1960'larda, vurgu psikolojik ve sosyal nedenlerin incelenmesine kaymıştır (Videbeck, 2020). Kişilerarası kuramcılar şizofreninin erken yaşam ve ergenlik dönemindeki işlevsiz ilişkilerden kaynaklandığını öne sürmüşler fakat bu teorilerin hiçbiri kanıtlanmamıştır ve yeni bilimsel çalışmalar nörolojik/nörokimyasal nedenleri destekleyen daha fazla kanıt bulmaktadır. Bununla birlikte, bazı terapistler hala şizofreninin işlevsiz ebeveynlik veya aile dinamiklerinden kaynaklandığına inanmaktadır (Towsend, 2015).

Şizofreni tanısı, en az biri pozitif belirti olmak üzere en az iki belirtinin varlığına bağlıdır (GBD, 2018; Luvsannyam ve ark., 2022). 'Pozitif belirtiler' terimi halüsinasyonlar, sanrılar, düzensiz konuşma ve anormal hareketleri ifade eder. Buna karşılık, 'negatif semptomlar' düzleşmiş ruh hali, sosyal geri çekilme, anhedoni, ilgisizlik ve duygu eksikliğini kapsar (Luvsannyam ve ark., 2022; Towsend, 2015).

Genel popülasyonda tahmin edilen oranlar değişse de dünya üzerinde nüfusun %0.5-1' inde görüldüğü tahmin edilmektedir. Genellikle 25 yaş öncesi başlamakla birlikte bütün sosyal sınıflarda görülmekte kadın ve erkeklerde benzer oranda görülmektedir. Şizofreni tanılı hastalardan genel popülasyona göre 13-15 yıl daha az yaşam süresi beklentisi olduğu bildirilmiştir (Hjorthøj ve ark., 2017). Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum sistemi hastalıkları, kazalar, intihar, intihar amaçlı olmayan alkol ve madde kullanımı kaynaklı ölümler önde gelen ölüm sebeplerindendir (Olfson ve ark., 2015). Sigara kullanımı, yetersiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite ve antipsikotikler metabolik sendrom, diabetes mellitus, ateroskleroz gibi ek hastalıkları artırarak mortalite riskini artırır (De Hert ve ark., 2005; Suvisaari ve ark., 2021). Genel sağlık hizmetlerinin kullanımının azalmış olması ve fiziksel hastalıkların teşhisinde gecikmenin de şizofreni tanılı hastalarda erken ölüm riski ile ilişkilendirilebileceği bildirilmiştir (Fleury ve ark., 2010).

Şizofreni için birincil tıbbi tedavi psikofarmakolojidir. Geçmişte elektrokonvülsif terapi, insülin şok tedavisi ve psikocerrahi kullanılmıştır, ancak 1952'de klorpromazinin (Thorazine) yaratılmasından bu yana, diğer tedavi yöntemleri neredeyse kullanılmaz hale gelmiştir (Videbeck, 2020). Nöroleptikler olarak da bilinen antipsikotik ilaçlar, öncelikle psikotik semptomları azaltmadaki etkinlikleri için reçete edilir. Şizofreniyi tedavi etmezler; daha ziyade hastalığın semptomlarını yönetmek için kullanılırlar (Luvsannyam ve ark., 2022). Bilişsel davranışçı terapi veya destekleyici psikoterapi gibi psikolojik tedaviler semptomları azaltabilir ve işlevi artırabilir. Diğer tedaviler stresi azaltmayı, istihdamı desteklemeyi ve sosyal becerileri geliştirmeyi amaçlar (Torres, 2024).

2.1.1.2.İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

Bipolar bozukluk (eskiden manik-depresif hastalık veya manik depresyon olarak adlandırılırdı), bir kişinin ruh halinde, enerjisinde, aktivite seviyelerinde ve konsantrasyonunda alışılmadık değişimlere neden olan bir ruhsal hastalıktır. Bu değişimler günlük görevleri yerine getirmeyi zorlaştırabilir (Videbeck, 2020). Günlerden haftalara kadar süren bu dönemlere ruh hali atakları denir. Ruh hali atakları, baskın ruh halinin yoğun bir şekilde mutlu veya sinirli olduğu manik/hipomanik ataklar veya yoğun bir şekilde üzgün bir ruh hali olduğu veya neşe veya zevk deneyimleme yeteneğinin kaybolduğu depresif ataklar olarak kategorize edilir (Preda, 2024). Manik evreler

sırasında hastalar coşkulu, görkemli, enerjik ve uykusuz; zayıf muhakeme ve hızlı düşünce, eylem ve çok konuşmaya sahiptirler (Videbeck, 2020). Depresif bir dönemle karakterize edilen bipolar bozukluğun ilk başvurusu durumunda, majör depresyon tanısı konulabilir. Ancak, bipolar bozukluğun başlangıcı manik bir epizodun ortaya çıkmasına kadar gerçekleşmeyebilir (Videbeck, 2011). Bipolar bozukluğu olan kişilerin sigara içme, alkol kullanma, fiziksel sağlık sorunları (örneğin kardiyovasküler veya solunum yolu hastalığı) yaşama ve sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşama olasılığı daha yüksektir. Ortalama olarak, bipolar bozukluk tanısı almış bireyler, genel nüfusa göre 10 yıl daha düşük bir yaşam beklentisi sergilemektedir (Kwun ve ark., 2022). Dünya çapında yaklaşık 40 milyon insanın bipolar bozuklukla yaşadığı tahmin edilmekte ve 2019'da, yaklaşık 150 yetişkinden 1'i (40 milyon kişi veya küresel nüfusun %0,53'ü) bipolar bozuklukla yüzleşmiştir (GBD, 2022).

Bipolar bozukluk semptomları genellikle tedaviyle düzelir. İlaçlar, bipolar bozukluk tedavisinin temel taşıdır, ancak psikoterapi birçok hastanın hastalıkları hakkında bilgi edinmesine ve ilaçlara uymasına yardımcı olarak gelecekteki ruh hali ataklarını önlemeye yardımcı olabilir (NIMH 2024; Preda, 2024). İki uçlu bozukluğun tedavi bileşenleri; farmakoterapi, elektrokonvülsif tedavi (EKT) başta olmak üzere nörostimülasyon tedavisi ve psikososyal tedavilerdir (McIntyre ve ark., 2020). Bipolar bozukluk ömür boyu süren bir hastalıktır. Mani ve depresyon atakları genellikle zamanla geri gelebilmektedir. Ataklar arasında, bipolar bozukluğu olan birçok kişide ruh hali değişiklikleri olmaz, ancak bazı kişilerde kalıcı semptomlar olabilir. Uzun vadeli, sürekli tedavi insanların bu semptomları yönetmesine yardımcı olabilir (NIMH, 2024; Videbeck, 2020).

2.1.1.3. Depresyon Bozuklukları

Depresyonun sözcük anlamı olarak çöküş, alçalma demektir. Derin üzüntü veren bir duygudurum içinde düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri gösteren hastalıktır (Engin & Ergün, 2021; Videbeck, 2020). Depresyondaki bireylerin genel olarak yüz çizgileri belirgindir, alınları kırışık ve alın çizgileri belirginleşmiştir ve kaşları arasında dikey yerleşimli derin çizgileri (omega bulgusu) vardır. Ağız kenarlarında çökkünlük, omuzlar çökük, kambur duruş, başları öne eğik, yüzünde üzüntülü bir ifade ve donukluk, tedirginlik, şaşkınlık görülür. Hafif ve orta

çökkünlüklerde hasta ile ilişki ve iş birliği kurmak güç olmaz. Şiddetli çökkünlüklerde konuşma, alçak sesli ve yavaştır. Çok ağır çökkünlükte hiç konuşmama (mutizm) görülebilir (Engin & Ergün, 2021; Koç, 2016; Videbeck, 2020). Yetişkinlerin %5'i (erkekler arasında %4 ve kadınlar arasında %6) ve 60 yaş üstü bireylerin ise %5,7'si dahil olmak üzere nüfusun tahmini %3,8'i yaşamında depresyon yüzleştiği tahmin edilmektedir (WHO, 2023). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.4 genelde ise %4 oranında depresif nöbet yaygınlığı rapor etmiştir (Kafes, 2021). Kadınlar yaklaşık 10 yaşından başlayarak orta yaşlarına kadar erkeklerden daha fazla depresyon yaşamaktadır (Kornstein, 2006). Depresyon insidansı kadınlarda yaşla birlikte azalırken, erkeklerde yaşla birlikte artar (Videbeck, 2020). Çalışmaların sonuçları, sosyal sınıf ile depresif semptomların bildirilmesi arasında ters bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ancak sosyoekonomik statü-ruhsal hastalık ilişkisinde henüz kesin bir nedensel yapı ortaya konamamıştır (Towsend, 2015). Depresyon tedavisinde antidepresanlar, psikoterapi ve Elektrokonvülsif terapiden yararlanılmaktadır. Günümüzde depresyonun tedavisi önemli ölçüde antidepresan ilaçlara dayanmaktadır. Hafif şiddetteki depresyonda psikososyal tedavi yöntemleri yeterli olabilir (Koç, 2016). Depresyonun semptomlarını azaltmak ve nüksü önlemek için psikotrop ilaçların uzun süre alınması gerekmektedir (Athanasos, 2017).

2.1.1.4. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarının temelinde, normal bir korku tepkisinin işlevsiz hale gelmesi yatmaktadır. Bu bozukluklar, bir durumun gerçek tehlike düzeyiyle orantısız bir korku tepkisi verildiğinde ortaya çıkar. Anksiyete yaşayan bireyler genellikle korkularının mantıksız olduğunu kabul ederler ancak bu tepkilerini kontrol etmekte zorlanırlar. Bu irrasyonel korku, kişinin hayatını önemli ölçüde kesintiye uğratan durumlardan veya nesnelerden kaçınmasına neden olabilir (APA, 2014). Anksiyete, biyolojik bütünlüğe ya da benlik kavramına yönelik gerçek bir tehlikeye karşı verilen normal bir tepki olarak da değerlendirilir (Videbeck, 2020; Yılmaz, 2016). Normal anksiyete, tehdit veya tehlike ortadan kalktığında kaybolur. Ancak normal ve anormal anksiyete arasındaki çizgi net değildir ve normallik, toplumsal standartlara göre farklılık gösterebilir; örneğin, Chicago, Illinois'de normal kabul edilen bir davranış Kahire, Mısır'da aynı şekilde değerlendirilmeyebilir (Townsend, 2015). Bu hastalar, belirli durumlara veya nesnelere karşı sebepsiz korku, kontrol edilemeyen tekrarlayıcı hareketler ya da açıklanamayan,

ezici bir endişe gibi olağandışı davranışlar sergileyebilirler (Engin, 2021). Tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en yaygın olan anksiyete bozuklukları, işlevsellikte ciddi bozulma ve sıkıntıya neden olur (Townsend, 2015). Bu bozukluklar, kadınlarda, 45 yaşın altındaki bireylerde, boşanmış veya ayrı yaşayanlarda ve düşük sosyoekonomik statüye sahip kişilerde daha yaygın olarak görülmektedir (Merikangas & Eun, 2017).

Dünya sağlık örgütüne göre 2019 yılında yaklaşık 301 milyon anksiyete bozukluğu yaşadığı tahmin edilmektedir (WHO, 2023). Kadınlar, erkeklere oranla kaygı bozukluklarından daha fazla etkilenmektedir. Kaygı bozukluğunun belirtileri genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde başlar (Videbeck, 2020). Tedavide farmakolojik olarak anksiyolitik, antidepresan ve beta bloker ilaçlar tercih edilmekte aynı zamanda da psikoterapiler etkili olmaktadır (Engin, 2021).

2.1.1.5. Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar

Takıntı zorlantı bozukluğunun (OKB) temel yönleri tekrarlayan düşünceler; istenmeyen, kaygı yaratan ve kontrol edilmesi zor olan görüntüler veya dürtüler (obsesyonlar) ve yine kontrol edilmesi zor olan ve obsesyonlarla ilişkili kaygıyı azaltan tekrarlayan ve genellikle anlamsız olan davranışlardır (kompulsiyonlar) (APA, 2014; Engin, 2021). Birey, davranışın aşırı veya mantıksız olduğunun farkındadır, ancak teşvik ettiği rahatsızlıktan kurtulma hissi nedeniyle, eylemi sürdürmek zorunda kalır. Yaygın kompulsiyonlar arasında el yıkama, sipariş verme, kontrol etme, dua etme, sayma ve kelimeleri sessizce tekrarlama yer alır (APA, 2013).

Bu bozukluk erkekler ve kadınlar arasında eşit derecede yaygındır. Çocuklukta başlayabilir, ancak daha sıklıkla ergenlikte veya erken yetişkinlikte başlar. Seyir genellikle kroniktir ve depresyon ya da madde bağımlılığı ile komplike hale gelebilir. Bekâr insanlar takıntı zorlantı bozukluğundan evli insanlara göre daha fazla etkilenmektedir (Towsend, 2015; Videbeck, 2020).

Takıntı zorlantı bozukluğu için en uygun tedavi, farmakolojik ve davranış terapisini birleştirir. Farmakolojik tedavide ilke seçenek antidepresanlardır. Tedaviye direnç gösteren vakalarda ikinci nesil antipsikotiklerde kullanılmaktadır. Takıntı zorlantı bozukluğu bulunan çocuklar ve ergenler, semptomlar tedaviye dirençli olsa bile davranış terapisine ve SSRI antidepresanlarına da iyi yanıt verir (Casale ve ark., 2018).

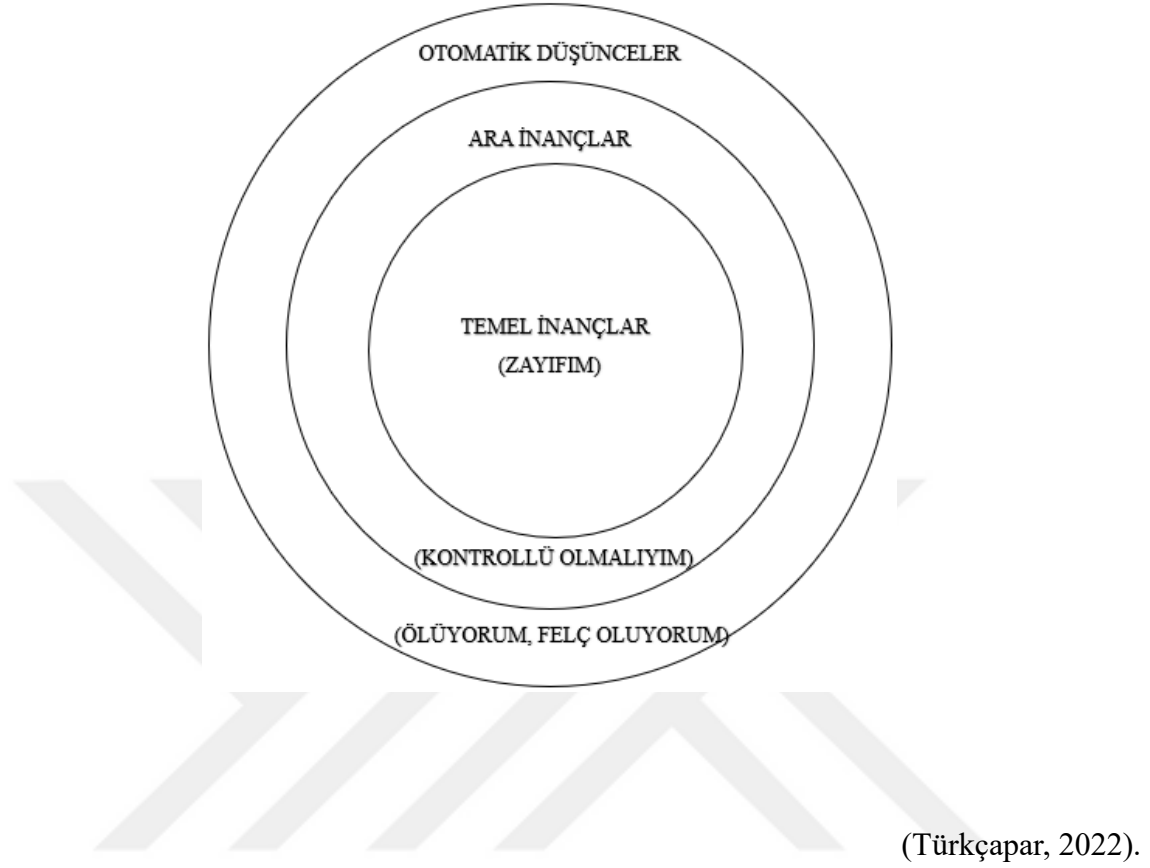
2.2. Otomatik Düşünceler

Otomatik düşünceler, kişinin kendisi ve çevresiyle ilgili algılarına dayanan, anlık ve bilinçsizce ortaya çıkan düşüncelerdir. Hızlı ve zahmetsizce oluşan bu düşünceler, kişinin ruh hali ve davranışlarını etkiler (APA, 2013; Lebedina-Manzoni, 2004). Genellikle gerçeklikten kopuk veya yanlış çıkarımlarla dolu olup, özellikle ruhsal sorun yaşayan bireylerde çarpıtılmış şekilde görülür ve herhangi bir çaba olmaksızın meydana gelir (Artıran & Şeker, 2020; Gökdağ, 2014; Matthews & Wells, 2000). Otomatik düşünceler, ruhsal sorunları bulunan bireylerde değil her bireyde bulunmaktadır. Fakat ruhsal problemleri bulunan bireylerin bu düşünceleri gerçek olarak değerlendirdikleri için otomatik düşüncelerden daha çok etkilenmektedir. Hastalar günde ruh hallerini, davranışlarını ve fizyolojilerini etkileyen onlarca hatta yüzlerce otomatik düşünceye sahip olabilirler (Beck, 2011).

"Otomatik" ifadesi, bu düşüncelerin çekirdek inançlara dayalı, sorgulanmamış ve yansıtıcı bir yapıdan kaynaklanması sebebiyle kullanılmaktadır (Gökçakan & Gökçakan, 2005; Yılmaz, 2015). Otomatik düşünceler, bilişsel yapının en dış katmanını oluşturur ve birey bu düşünceleri değerlendirmeden gerçekmiş gibi kabul eder (Türkçapar, 2022). Olumlu ve olumsuz olarak ikiye ayrılabilen otomatik düşünceler, kişinin ruh halini ve davranışlarını etkiler. Olumlu otomatik düşünceler genellikle sorun yaratmazken, olumsuz otomatik düşünceler duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkilere yol açabilir ve bazı durumlarda psikopatolojinin göstergesi olabilir (Hollon & Kendall, 1980; Wong, 2010).

Beck, bireyin bilişsel yapısını kavramlaştırırken ele aldığı bilişleri iki ana başlıkta incelemektedir. Bunlar otomatik düşünceler ve şemalardır. Şemalar temel inançlar ve ara inançlar (kurallar) ikiye ayırır. Otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar adlandırılan bu üç bilişsel yapı hiyerarşik olarak ilişki bulunmaktadır (Beck, 1991; Türkçapar, 2022).

Şekil 2.1. Bilişsel Yapı



Temel inançlar, bireylerin kendileri, diğer insanlar ve dünya hakkında sahip oldukları en merkezi ve köklü düşüncelerdir. Genellikle çocukluk döneminde oluşan bu inançlar, bireyin yaşamı boyunca davranışlarını, duygularını ve düşüncelerini şekillendirir. Temel inançlar, bireyin kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili temel varsayımları içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel yapılardır (Beck, 2011). Bu inançlar, yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşur ve yaşamın daha ileri yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Temel inançlar, genellikle "yetersizlik" ve "sevilmeme" gibi olumsuz temalar etrafında şekillendiğinde, bireyde kaygı, depresyon veya düşük özsaygı gibi psikolojik sorunlara yol açabilir (Beck, 2011; Türkçapar, 2022). Bütün insanlarda temel inançlar çiftler halinde bulunur; örneğin hem sevilme hem de sevilme temel inançları bir arada bulunur ve yaşanan duruma göre zaman zaman aktif hale geçerek duygudurumunu etkilerler (Türkçapar, 2022).

Ara inançlar, bireyin yaşadığı ana ve duruma özgü olan otomatik düşüncelerin altında yer alır ve kişinin dile getirmemekle birlikte inandığı kurallar ve sayıltıları içerir. Bu kurallar ve sayıltılar, davranışın soyut düzenleyicileridir ve bireyin kendisi ve diğer insanların davranışları, başlarına gelen şeyler ve yaşantıyla ilgili kalıcı hale gelmiş beklentilerini yansıtır (Türkçapar, 2022). Temel inançların daha spesifik ve durumsal yansımaları olan ara inançlar, bireyin belirli durumlar karşısında nasıl düşündüğünü ve hissettiğini etkiler. Örneğin, "Ben yetersizim" gibi bir temel inanç, "Eğer bu projeyi zamanında bitiremezsem, herkes benim yetersiz olduğumu düşünecek" gibi bir ara inançla ifade edilebilir (Beck, 2011). Normal koşullarda bireyler, bu beklenti ve kurallara göre yaşadıkları ve inandıkları için bunları sözcüğe dökmeye gerek duymazlar (Türkçapar, 2022).

Otomatik düşünceler, konuşma ya da yazma dilindeki kadar net kelimelere sahip ifade ya da cümleler değildir. Hızlı akan anlam kümesi olarak düşünülebilirler. Sözel veya simgesel biçimde olabilmektedirler. Herhangi bir durum esnasında kişinin aklından negatif sözcük ya da anlamlardan meydana gelen cümleler geçebileceği gibi kendisiyle ilişkili negatif imgeler/görüntüler/hayaller de geçebilmektedir.

2.3. Yeme Davranışı

Yeme davranışı, bireyin hayatta kalmak için gerekli olan besinleri tüketme eylemi olarak tanımlanabilir. Bu davranış, yalnızca fizyolojik ihtiyaçları karşılamakla kalmaz, aynı zamanda kişiye haz da verir. Ancak, yetersiz veya aşırı beslenme ve yeme bozuklukları gibi sağlık sorunlarına yol açabilecek şekilde de gerçekleşebilir (Konttinen ve ark., 2019; Özkan & Bilici, 2018).

İnsanların yeme davranışları büyük ölçüde duygularına bağlıdır; yiyecek tercihleri, öğün sıklığı ve miktarı çoğu zaman fizyolojik ihtiyaçların ötesine geçer (Canetti, 2002). Depresyon, can sıkıntısı ve yorgunluk gibi durumlarda yeme artarken, korku ve ağrı gibi durumlarda azalabilir (Mehrabian, 1980). Bireyler olumlu duygular yaşarken sağlıklı gıdaları tercih etme eğilimindeyken, olumsuz duygular sırasında abur cubur tüketiminin artma eğilimi vardır (Canetti, 2002). Geleneksel olarak, olumsuz duyguların kişileri daha fazla yemeğe yönlendirdiği düşünülür; bu, kaçış farkındalığı ilkesi ile açıklanır ve bireylerin olumsuz duygulardan kaçmak veya başa çıkmak amacıyla

yiyeceğe yöneldiğini ifade eder (Chang, 2021). Gıda tüketimi yalnızca açlıktan değil, aynı zamanda zevk ve duygusal dengeden de kaynaklanmaktadır (Wu vd., 2017). Stres altında çoğu birey yemeyi azaltma eğiliminde iken, bazıları yeme davranışını artırabilir; duygusal aşırı yemenin hangi koşullarda tetiklendiği ise tam olarak bilinmemektedir (Schnepper ve ark., 2020).

Duygusal yeme, bağımsız bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmese de bireyin alışkanlıkları, yaşadığı stres, duyguları ve yemeye yönelik tutumlarından etkilenen bir davranıştır (Grajek ve ark., 2022). Bu davranışın depresyon, anskiyete ve stres gibi olumsuz duyguları kontrol altına almak ve hafifletmek için bir başa çıkma mekanizması olarak işlev görür (Dakanlis ve ark., 2023). Duygusal yemenin, zamanla kilo artışı ve kilo verme güçlüğü ile pozitif bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir. Bunun nedeni, duygusal yiyenlerin stresle başa çıkmak için şekerli ve yağlı yiyeceklere yönelme ve duygusal olmayan yiyenlere kıyasla daha sık atıştırma eğiliminde olmalarıdır (Braden ve ark., 2018).

Olumlu duygular karşısında aşırı yeme de gözlemlenmiş olup, bunun olumsuz duygularla ilişkili yeme davranışından daha az fiziksel ve psikolojik zarara yol açtığı, aksine sağlıklı bir beslenme düzenini yansıtabileceği bulunmuştur. Hem olumlu hem de olumsuz duygularla ilişkili yeme davranışları farklı yapıları yansıtarak aşırı yeme eğilimini farklı mekanizmalar aracılığıyla tetikleyebilir. Bu nedenle, özellikle olumsuz duygularla ilişkili duygusal yemenin altında yatan mekanizmaları anlamak, potansiyel olarak sorun yaratabilecek tepkileri tanımak açısından önemlidir (McAtamney ve ark., 2021; Sze ve ark., 2021).

2.4. Metabolik Sendrom

Metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık gelişimini doğrudan etkileyen ve birbiriyle ilişkili fizyolojik, biyokimyasal, klinik ve metabolik risk faktörlerinin bir bütünüdür (Grundy ve ark., 2005). Sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite sonrası ortaya çıkan aşırı yağlanma, bu sendromun neden olduğu metabolik bozuklukların kümelenmesi şeklinde tanımlanır (Bozkuş, 2023). Metabolik sendromun merkezinde insülin direnci bulunur ve bu durum genellikle abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diyabet mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi sistemik bozukluklarla

birlikte seyreder. Bu nedenle, mortalitesi yüksek bir endokrinopatidir (Türk Endokronoloji Derneği (TEK), 2009). Ayrıca, insülin direnci, obezite, aterosjenik dislipidemi, hipertansiyon ve hiperkoagülabilité ile karakterize abdominal hastalıklar tablosu olan metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar ve Tip II diyabet gelişimi açısından ciddi bir risk faktörüdür (Cheng ve ark., 2012).

Literatürde metabolik sendrom için National Cholesterol Education Program Adult Treatment Protocol-III (NCEP ATPIII) ve International Diabetes Federation (IDF) ölçütleri tanımlanmış olup sıklıkla NCEP-ATPIII kriterleri kullanılmaktadır (Papanastasiou, 2013).

NCEP-ATP III tanı kriterleri tablosu;

- Hipertansiyon (kan basıncı >130/85 mmHg veya antihipertansif ilaç kullanımı)
- Trigliserit düzeyinin 150 mg/dL'den yüksek oluşu
- Düşük HDL (Erkek<40 mg/dL, Kadın<50 mg/dL)
- Yüksek Açlık Glukozu (>110 mg/dL veya antidiyabetik ilaç kullanma)
- Bel Çevresi (Erkek >102 cm, kadın >88cm) şeklindedir.

(Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, 2001)

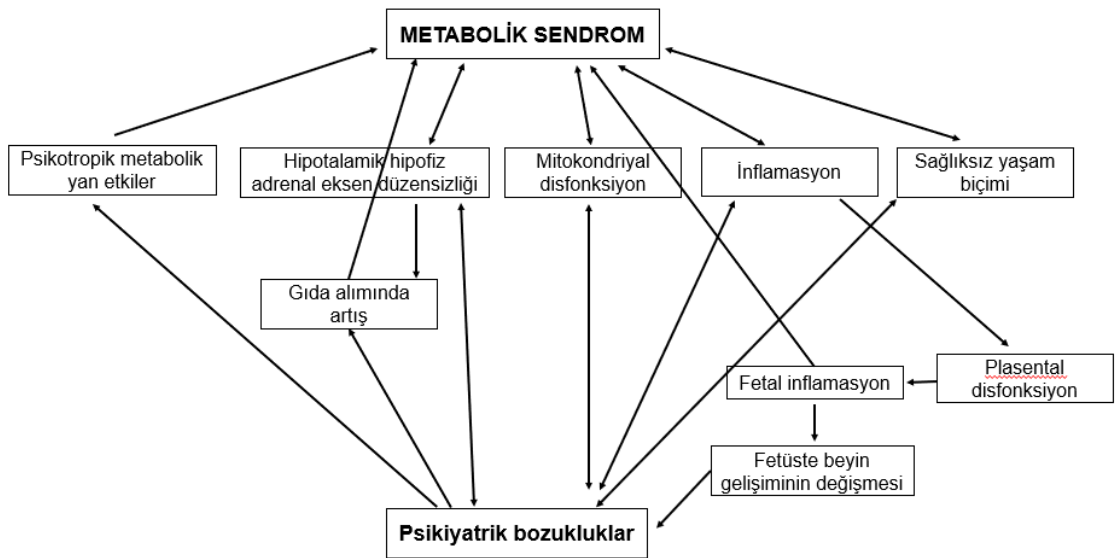
Metabolik sendrom hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artmakta olan bir halk sağlığı sorunudur (Balkan, 2013). Metabolik sendromun insidansı genellikle obezite insidansı ve tip 2 diyabet ile paralel seyretmektedir (Saklayan, 2018). Tüm Dünya Sağlık Örgütü bölgelerinde kadınlarda obezite prevalansı erkeklere göre daha yüksektir. Afrika, Güneydoğu Asya ve Doğu Akdeniz ülkelerinde kadınlarda obezite oranı erkeklerin iki katıdır (Ataey ve ark., 2020).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak görülmekle birlikte yaklaşık olarak her 3 yetişkinden 1'i metabolik sendrom kriterlerini karşılamaktadır (Cleveland Clinic, 2023). Abacı ve arkadaşlarının (2018) Türkiye'de metabolik sendrom sıklığını belirlemek

için yaptıkları çalışmada her dört erkekten birinde ve her üç kadından birinde metabolik sendrom bulunduğunu sonucunu bulmuşlardır (Abacı ve ark., 2018).

Kronik ruhsal bozukluklarda genetik yatkınlıklar, mitokondriyal disfonksiyon, bağırsak mikrobiyomunda meydana gelen değişiklikler, kortizol ve leptin ile ilgili hormonal dengesizlik, ikinci kuşak antipsikotiklerin kullanımı ve metabolik yan etkileri, hareketsiz yaşam tarzı, kötü beslenme tercihleri ve alkol tüketiminin artması ve benzeri faktörler sebebi ile metabolik sendrom açısından risk altındadırlar (Ho ve ark., 2014; Nousen ve ark., 2014; Shah, 2024). Metabolik sendrom ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki çift yönlü ilişki bulunmaktadır (Pennix ve ark., 2018; Shah, 2024).

Şekil 4.1. Metabolik sendrom ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ortak mekanizmalar ve çift yönlü ilişki.



(Shah, 2024)

Ruhsal bozukluğu bulunan bireyler metabolik sendrom oranları ise; Mitchell ve ark.'nın yaptığı 25.692 şizofreni hastasını içeren bir meta- analizde metabolik sendrom oranı %32.5 bulunmuştur. Neredeyse her 3 şizofreni hastasından birinin metabolik sendrom olduğu, 2 şizofreni hastasından 1'nin aşırı kilolu olduğu, 5'te birinde belirgin hiperglisemisi olduğu 5'te 2'sinde dislipidemi olduğu görülmüştür (Mitchell ve ark., 2013). Liu ve ark.'nın şizofreni hastalarında metabolik sendrom prediktörlerini

belirlemek için 465 şizofreni hastasının dahil edildiği bir çalışmada metabolik sendrom sıklığını %18.06 bulmuştur (Liu ve ark., 2022).

Coello ve ark.'nın yaptığı çalışma genel popülasyona göre bipolar hastalarında metabolik sendrom riskinin genel toplumun 3,5 katı bulunmuştur (Coello ve ark., 2019). Özkan Demir ve Tuğlu'nun (2022) yapmış oldukları çalışmada bipolar hastalarda metabolik sendrom görülme sıklığı %56 olarak bulunmuştur (Özkan Demir & Tuğlu, 2020).

Vancampfort ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışması, majör depresif bozukluğu olan kişilerde metabolik sendromun yaygınlığını ve ilişkilerini incelemiştir; 5.531 depresif bireyi kapsayan bu çalışmada, katılımcıların %30,5'inin metabolik sendrom kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Majör depresif bozukluğu olan bireylerin, yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, 1,54 kat daha yüksek bir olasılıkla metabolik sendrom yaygınlığına sahip oldukları belirlenmiştir (Vancampfort ve ark., 2014).

Anksiyete bozukluklarındaki metabolik sendrom prevalansını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda %30 ila %40 arasında değiştiğini göstermektedir (Moreira ve ark., 2019; Skogberg ve ark., 2022).

Albert ve ark. tarafından İtalya'da yapılan kesitsel bir çalışmada, OKB'si olan 104 hastanın %21,2'sinde metabolik sendrom tanı kriterlerini karşılamış ve genel İtalyan nüfusundaki yaygınlığından daha yüksek bulunmuştur (Alber ve ark., 2013). Khalkhali ve ark. tarafından İran klinik örneğinde OKB'li hastalarda metabolik sendrom prevalansını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların %39,2 si metabolik sendrom tanı kriterlerini karşılamaktadır (Khalkhali ve ark., 2023).

Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyoloji Koleji, haftada 150 dakika orta yoğunlukta veya 70 dakika yüksek yoğunlukta fiziksel aktivite önermektedir (Arnett ve Ark., 2019). Kardiyovasküler hastalıkları azaltmak için sebze, meyve, baklagiller, tam tahıllar, kuruyemişler ve balık açısından zengin bir diyet önerilmektedir (Eckel ve ark., 2014). Ayrıca işlenmiş gıdalardan, rafine karbonhidratlardan, doymuş yağ açısından zengin bir diyetten kaçınılması ve sodyum miktarının azaltılması önerilir (Swarup ve ark., 2024).

Metabolik sendromu yönetmek için farmakolojik seçenekleri değerlendirmeden önce sağlıklı bir yaşam tarzının uygulanmasını sağlamak zorunludur. Metabolik

sendromu olan hastalarda, dislipidemi, hipertansiyon ve insülin direnci veya diabetes mellitus tedavisi için genellikle ilaç tedavisi önerilir. Şiddetli obezitesi olan hastalar bariatrik cerrahiden faydalanabilir. Bariatrik cerrahi, metabolik sendrom için en etkili tek tedavi olarak kabul edilir (Swarup ve ark., 2024).

2.5. Metabolik Sendrom ve Psikiyatri Hemşireliği

Metabolik sağlık eğitiminin ruh sağlığı alanındaki önemi uzun zamandır bilinmesine rağmen, ruh sağlığı hemşirelerinin metabolik sağlık konusundaki bilgi düzeylerine ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu bildirilmektedir (Hardy ve ark., 2011). Psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşireler, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yalnızca psikososyal bakım gereksinimlerini değil, aynı zamanda fiziksel sağlık ihtiyaçlarını da bütüncül bir yaklaşımla değerlendirme ve olası komplikasyonları erken dönemde önleme sorumluluğuna sahiptir (Happell ve ark., 2011).

Psikiyatri hemşireleri, bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlık durumlarını değerlendirme bakımından kilit bir konumda yer almaktadır (Babaoğlu & Ayar, 2024). Özellikle hemşirelerin yaşlarının ve mesleki deneyim sürelerinin artmasıyla birlikte, metabolik sendroma ilişkin bilgilerin güncellenmesinin zorunlu olduğu belirtilmektedir (Babaoğlu & Ayar, 2024). Ancak mevcut uygulamalarda, ruh sağlığı hemşirelerinin çoğunlukla psikososyal bakım gereksinimlerine öncelik verdiği ve fiziksel sağlık ihtiyaçlarının ikinci planda kaldığı görülmektedir (Gray ve ark., 2009). Bununla birlikte, ağır ruhsal bozukluğu olan ve düzenli psikotrop ilaç kullanan bireylerde yaşam tarzı müdahaleleri ve erken önleyici uygulamalar sayesinde kardiyovasküler ve metabolik risklerin azaltılabileceğine dair güçlü bilimsel kanıtlar bulunmaktadır (Curtis ve ark., 2016; Naslund ve ark., 2016). Bu bağlamda hemşirelerin, hastalara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunarak metabolik sendromun temel bileşenlerinin gelişimini önlemede etkin bir rol oynadıkları gösterilmiştir (Kumsar, 2012). Özellikle kan basıncı, beden kitle indeksi ve obezitenin metabolik sendrom riskini erken tespit etmek için önemli belirleyiciler olduğu, bu nedenle sağlık hizmeti sunucularına yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Hsiung ve ark., 2015). İngiltere’de yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlıklarını iyileştirmek amacıyla bir fiziksel sağlık değerlendirme aracı geliştirilmiş ve

uygulanmıştır. Bu çalışmada hastaların ilaç kullanımı, bilinen hastalıkları, egzersiz alışkanlıkları, diyetleri ve sigara kullanımı gibi yaşam tarzı davranışları hakkında bilgiler toplanmış; mevcut fiziksel sağlık durumları değerlendirilmiş ve son aşamada hem hastalarla hem de ruh sağlığı profesyonelleriyle birlikte kabul edilen bireyselleştirilmiş eylem planları oluşturulmuştur. On iki aylık takip sürecinde deney grubunda sistolik ve diyastolik kan basıncında ve beden kitle indeksinde anlamlı azalmalar saptanırken, kontrol grubunda bu ölçümlerde anlamlı bir değişim gözlenmemiştir (Gartshore, 2009). Avustralya’da gerçekleştirilen bir çalışmada ise, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaştıkları yapısal ve bireysel engeller ele alınmıştır. Bu çalışmada; ruh sağlığı profesyonellerinin fiziksel semptomları göz ardı etmesi, fiziksel yakınmaların psikosomatik olarak değerlendirilmesi, psikiyatrist dışındaki hekimlerin psikiyatri hastalarına bakım verme konusundaki isteksizlikleri, ruh sağlığı hizmetlerinde genel sağlık kontrolleri için kaynak ve zaman yetersizliği, hastaların tıbbi problemlerini ifade etmekte yaşadıkları güçlükler ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamadaki zorluklar, başlıca engeller olarak tanımlanmıştır (Muir-Cochrane, 2006). Bu çerçevede, sağlıklı yaşam tarzı müdahaleleri ve davranış değişikliklerini destekleyen sağlık geliştirme programlarında psikiyatri hemşireleri kritik bir rol üstlenmektedir (Bonfiole ve ark., 2012). Ruhsal ve fiziksel sağlığın birbirinden bağımsız ele alınması, bakımın bütüncüllüğünü ve sürekliliğini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, psikiyatri hemşirelerinin rutin fiziksel sağlık değerlendirmelerini psikiyatrik bakımın ayrılmaz bir parçası haline getirmeleri önerilmektedir (Gray ve ark., 2009). Sonuç olarak, hemşire liderliğinde sağlanan psikiyatrik tedavinin ana faydalarından biri, bütüncül ve birey merkezli bakım verme yeteneğidir. (Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 2024). Bu yaklaşım, ruhsal tanımlı bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır.

3.YÖNTEM VE METHOD

3.1.Araştırma Bölgesi

Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma araştırmaya katılmayı kabul eden psikiyatrik tanıli bireylerin otomatik düşünce ve yeme davranışları düzeylerinin metabolik sendrom düzeylerine etkisinin belirlenmesini amaçlayan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihlerde Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde takip edilen SCH, BAB, OKB, OOP, anksiyete ve depresyon tanıli hastaların tamamı oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde son bir yıl içerisinde takip edilen SCH, BAB, OKB, OOP, anksiyete ve depresyon tanıli bireylerin sayısı (643) bilindiğinden, %95 güven aralığı ($1-\alpha$), %5 hata düzeyinde hesaplanmış, %95 test gücü ($1-\beta$) ve $d=0.5$ etki büyüklüğüne göre alınması gereken örneklem sayısı 241 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya 28.03.2024 tarihinde başlanmış ve gerekli örneklem sayısına ulaşılan 01.09.2024 tarihinde sonlandırılmıştır. Araştırmada 295 katılımcı ile görüşülmüş olup, 46 katılımcı araştırmaya katılmayı kabul etmediği için 8 katılımcı veri toplama formlarını yanlış/eksik doldurduğu için çalışma dışında tutulmuştur böylece araştırma 241 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.4.Etik Onay

Bu çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu 27.02.2024 tarihinde 2024-01-29 karar no ile onay alınmış, Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15.03.2024 tarihli ve 56314351-044.001.001-E.411819 sayılı yazı gerekli kurum izni alınmıştır.

3.5.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde takipli olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- Remisyon döneminde olmak
- Depresyon, Anksiyete, OKB, BAB, SCH, OOP tanılarından birine sahip olup komorbid psikiyatrik tanı almamış olmak
- Görüşmelerin yapılmasına engel olacak düzeyde fiziksel engeli olmamak (konuşma, işitme bozukluğu vb.)
- İletişim ve iş birliğine açık olmak

3.6. Araştırmanın Soruları

- 1.Psikiyatri hastalarında bazı sosyodemografik değişkenler, hastalık tanı ve tedavi özelliklerine göre otomatik düşünceler değişir mi?
- 2.Psikiyatri hastalarında bazı sosyodemografik değişkenler, hastalık tanı ve tedavi özelliklerine göre yeme davranışları değişir mi?
- 3.Psikiyatri hastalarının tanı ve tedavi özelliklerine göre metabolik sendrom durumu değişir mi?
- 4.Psikiyatri hastalarının otomatik düşünceleri ve yeme davranışları ile metabolik sendrom arasında ilişki var mıdır?

3.7. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanımlama Bilgi Formu: Sosyo-demografik bilgileri ve hastalık yılı, kullanılan medikal tedavi ve süresini elde etmek için araştırmacı tarafından 13 sorudan oluşturulmuş veri formudur (Dolapoğlu, 2017; Gümüşay, 2021; Ma ve ark., 2023).

Otomatik Düşünceler Ölçeği -ODÖ (Automatic Thoughts Questionnaire -ATQ): Hollon ve Kendall tarafından geliştirilen, depresyonla ilişkili olan olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını ölçen, 30 soruluk hiç, ender olarak, arada sırada, sıklıkla ve hep aklımdaydı şeklinde beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Şahin ve Şahin ve Aydın ve Aydın tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Alt boyutları “değersizlik ve ümitsizlik”, “isteksizlik ve başarısızlık”, “kendini sorgulama” ve

“yılgınlık” ‘tır. Yatarak ve ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarının olumsuz otomatik düşüncelerinin ölçülmesi için Otomatik Düşünceler Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirliğini incelemek için 2012 yılında Sevi ve Özyurt bu gruba uygulamış ve iç tutarlılık (Cronbach’s Alpha) 0.96 ile oldukça yüksek bulunmuştur (Şahin & Şahin, 1992). Bu çalışma da ise Cronbach’s Alpha değeri 0,97 olarak bulunmuştur.

Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği: Hunot ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Orijinal ölçek 8 alt boyut 35 sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yücel ve arkadaşları tarafından 2022 yılında yapılmıştır. Türkçe uyarlaması 7 alt boyuttan ve 26 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutlar açlık 4 soru (Cronbach’s Alpha, 0.75), tokluk hissi 3 soru (Cronbach’s Alpha, 0.71), duygusal aşırı yeme 5 soru (Cronbach’s Alpha, 0.86), yemek keyfi 3 soru (Cronbach’s Alpha, 0.72), duygusal yetersiz yeme 5 soru (Cronbach’s Alpha, 0.87), besin seçiciliği 3 soru (Cronbach’s Alpha, 0.75), yavaş yeme 5 soru (Cronbach’s Alpha, 0.83) olarak belirlenmiştir. Ölçeğin boyutlarının Cronbach’s Alpha değeri 0.70 ten büyük olması, 7 boyutlu yapının güvenilir olduğunu göstermektedir. (Yücel ve ark., 2022). Bu çalışma da ise açlık (Cronbach’s Alpha, 0.79), tokluk hissi (Cronbach’s Alpha, 0.49), duygusal aşırı yeme (Cronbach’s Alpha, 0.90), yemek keyfi (Cronbach’s Alpha, 0.79), duygusal yetersiz yeme (Cronbach’s Alpha, 0.86), besin seçiciliği (Cronbach’s Alpha, 0.74), yavaş yeme (Cronbach’s Alpha, 0.74) olarak belirlenmiştir.

3.8.Verilerin Toplanması

Kan Seviyeleri ve Diğer Ölçümler: Çalışma için hastalardan kan alınmamıştır. Yapılan tetkik ve ölçümler hastaların açlık kan glukozu, trigliserit ve HDL seviyeleri kurumda yatışında 8 saatlik açlıktan sonra alınan venöz kan örneklerinin çalışması sonucu elde edilen verilerden alınmıştır. Bel çevresi en alttaki kosta ile krista iliakanın en üst noktası arasındaki orta hattın esnemeyen mezurayla ölçülmüştür Arteriyal nabız ölçümleri hasta beş dakika dinlendikten sonra, sırtı yaslanmış ve rahat bir vaziyette sağ kol çıplak olacak biçimde brakial arter üzerinden alınmıştır. Metabolik sendromu taramak amacıyla hastaların kan basıncı, bel çevresi ölçümü, kan lipid ve açlık glukoz düzeyleri, hastalık süreci ve tedavisiyle ilgili bilgiler sosyodemografik ve klinik veri formuna kaydedilmiştir. Formların uygulama süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS 26.0 programı vasıtası yapılmıştır (SPSS Inc. Chicago, IL). Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Nicel değişkenlere ait veriler ortalama ve standart sapma ($\bar{x} \pm ss$) veya ortanca ve IRC (Ort[Ç1-Ç3]) ile, nitel değişkenlere ait veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak tanımlanmıştır. Değişkenlerin normal dağılımına basıklık (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) değerleri ile bakılmıştır. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin yorumlanmasında +1,5 ile -1,5 arası değerler normal kabul edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2018). Verilerin dağılımının normal olması durumunda Bağımsız Gruplar t testi ve One Way Anova parametrik testleri kullanılmıştır. One Way Anova sonucunda anlamlı çıkan değişkenlerde post-hoc analizi yapılmıştır. Varyansların homojenliğinin test edilmesinde Levene testi kullanılmıştır. Varyansların homojenliği sağlandığı gruplarda Tukey HSD sağlanmadığı gruplarda ise Games-Howell kullanılmıştır. Grup sayısının az olduğu bağımsız değişkenlerde Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis non-parametrik testi kullanılmıştır. Metabolik Sendrom parametreleri ile ODÖ ve YYD, ODÖ ve YYD ölçümleri arasındaki ilişkiyi Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. Regresyon analizleri Linear regresyon analizi kullanılmıştır. P değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 4.1. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n=241)

		<i>n</i>	%
1.Yaş	18-27	84	34.9
	28-35	49	20.3
	36-44	56	23.2
	≥45	52	21.6
2. Cinsiyet	Erkek	151	62.7
	Kadın	90	37.3
3.Medeni Durum	Evli	70	29.0
	Bekâr	171	71.0
4.Aile Tipi	Çekirdek	163	67.6
	Geniş	52	21.6
	Bakımevi	26	10.8
5.Eğitim Durumu	İlköğretim	76	31.5
	Lise	110	45.6
	Üniversite ve üstü	55	22.9
6.Meslek	Çalışmıyor	124	51.5
	Emekli	48	19.9
	Kamu Çalışanı	23	9.5
	Özel Sektör	46	19.1
7.Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	119	49.4
	Gelir Gidere Eşit	91	37.8
	Gelir Giderden Fazla	31	12.9
8.Yaşamının Büyük Bir Kısımının Geçtiği Yer	Köy	50	20.7
	İlçe	76	31,5
	Şehir Merkezi	115	47,7
9.Sigara Kullanımı	Kullanmıyor	72	29,9
	Günde 1 Paketten Az	100	41.5
	Günde 1 Paketten Fazla	69	28.6
10.Alkol Kullanımı	Kullanmıyor	183	75.9
	Haftada 1 Gün	40	16.6
	Haftada 3-4 Gün	18	7.5
11.Madde Kullanımı	Kullanmıyor	228	94.6
	Kullanıyor	13	5.4
11.1 Kullanılan Madde Türü	Belirtmeyen	2	0.8
	Esrar	7	2,9
	Esrar-kenevir	1	0.4
	Kokain-Esra	1	0.4
	Lirika	1	0.4
	Mariyana	1	0.4
12.Üzgün/Öfkeli/Stresli vb. Olumsuz Duygu Durumunda Yemek Yeme Alışkanlığınız Değişim Durumu	Artar	67	27.8
	Aynı Kalır	70	29.0
	Azalır	104	43.2
13.Mutlu/Sevinçli/İyi vb. Olumlu Duygu Durumunda Yemek Yeme Alışkanlığınız Değişim Durumu	Artar	128	53.1
	Aynı Kalır	89	36.9
	Azalır	24	10.0

n katılımcı sayısı % yüzdelik oran

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo-1 de sunulmuştur. Katılımcıların %34.9 18-27 yaş aralığında, %62.7' sinin erkek, %71'inin bekâr, %67.6'sının çekirdek aile

tipinde, %45.6'sının lise mezunu olduğu, %51,5'inin çalışmadığı, %48.4'ünün gelirinin giderinden az olduğu, %47.7'sinin yaşamının büyük bir kısmını eşehr merkezinde geçirdiği, %41,5'inin günde. 1 paketten az sigara içtiği, %75.9'u alkol kullanmadığı, %94.6'sının madde kullanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların olumsuz duygu durum hissettiğinde %43.2'sinin yemek yeme davranışının azaldığı, olumlu duygu durum hissettiğinde ise %53.1'inin yemek yeme davranışının arttığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerinin Dağılımı (n=241)

		<i>n</i>	%
1.Hastalık Tanısı	Depresyon	13	5.4
	Şizofreni	31	12.9
	Bipolar affektif bozukluk	88	36.5
	Organik olmayan psikoz	76	31.5
	Anksiyete	25	10.4
	Takıntı zorlantı bozukluğu	8	3.3
2.Hastalık Süresi	0-1 Yıl	47	19.5
	2-5 Yıl	81	33.6
	5-10 Yıl	45	18.7
	≥11	68	28.2
3.Kullanılan Antipsikotik Türü	Kullanmıyor	36	14.9
	Atipik	117	48.5
	Tipik	16	6.6
	Atipik+Tipik	72	29.9
4.Kullanılan Antidepresan Türü	Kullanmıyor	144	59.8
	Tca	4	1.7
	Ssri	69	28.6
	Snri	4	1.7
	Ssri+Snri	8	3.3
	Tca+Ssri	12	5.0
5.Kullanılan Duygu Durum Düzenleyici Türü	Kullanmıyor	134	55.6
	Valproik Asit	57	23.7
	Karbamezapine	7	2.9
	Lityum	24	10.0
	Lamotrijin	6	2.5
	Valproik Asit +Karbamezapine	2	0.8
	Valproik Asit +Lityum	11	4.6

n katılımcı sayısı % yüzdelik oran

Katılımcıların hastalık ve tedavi özelliklerinin dağılımı Tablo-2 de sunulmuştur. Katılımcıların %36.5'i BAB tanısına sahip olduğu, %33.6' sının 2-5 yıl arası hastalık süresine sahip olduğu, %48.5'inin atipik antipsikotik, %28.6'sının SSRI antidepresan, %23.7'sinin valproik asit kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Hastaların Metabolik Özellikleri

		<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Ortalama</i>	<i>S. sapma</i>
Trigliserid		44.50	588.70	149.50	97.92
HDL	Erkek	20.00	88.00	42.77	8.96
	Kadın	31.00	87.10	49.80	10.14
Açlık Kan Şekeri		51.00	227.00	88.34	20.44
Sistolik Kan Basıncı		98	150	122.58	14.68
Diastolik Kan Basıncı		50	102	71.34	10.23
Bel Çevresi Cm	Erkek	67	145	100.47	13.21
	Kadın	63	130	90.21	14.62
Beden Kütle İndeksi		1581	47.11	26.26	5.69

Kan örnekleri 28.03.2024-01.09.2024 tarihleri arası alınmıştır.

Katılımcıların ortalama değerleri trigliserit 149.5 ile sınırda yüksek, HDL erkek katılımcılarda 42.77, kadın katılımcılarda 49.80 ile sınırda düşük, açlık kan şekeri 88.4, sistolik kan basıncı 122.58, diastolik kan basıncı 71.34, bel çevresi erkeklerde 100.47 ile sınırda yüksek, kadın katılımcılarda 90.21 ile yüksek bulunmuştur. Katılımcıların beden kütle indeksi ortalaması ise 26.26 kg/m² olup fazla kilolu (hafif şişman) grubuna girmektedir.

Tablo 4.4 Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri

			<i>n</i>	<i>%</i>
Trigliserit Grubu		<150	152	63.1
		≥150	89	36.9
HDL Grup	Erkek	<40	56	37.8
		≥40	92	62.2
	Kadın	<50	54	60
		≥50	36	40
AKŞ		<110	212	88
		≥110	29	12
Kan Basıncı		<130/85	172	71.3
		≥130/85	69	28.7
Bel Çevresi	Erkek	<102	81	53.6
		≥102	70	46.4
	Kadın	88<	44	48.9
		≥88	46	51.1
Metabolik Sendrom Durumu		Mets'li	87	36.1

	Mets'siz	154	63.9
--	----------	-----	------

Mets: Metabolik sendrom, n katılımcı sayısı % yüzdelik oran

Katılımcıların metabolik sendrom tanı kriterleri ve özellikleri tablo-4'te gösterilmiştir. %63.1'inin trigliserid seviyesi 150 mg/dl 'nin altında olduğu, erkeklerde %62.2'sinin HDL seviyesi 40 mg/dl'nin üstünde olduğu, kadınlarda %60'ının HDL seviyesi 50 mg/dl'nin altında olduğu, % 88'nin glukoz seviyesi 110 mg/dl'nin altında olduğu, kan basıncı seviyesi %71.3'nün 135/85 mmHg altında olduğu, bel çevresinin erkeklerde %53.6'sının 102 cm altında olduğu, kadınlarda ise %51.1'inin 88 cm den fazla olduğu tüm bu kriterler göz önünde bulundurularak katılımcıların %36.1'inin metabolik sendrom tanı kriterlerinden en az üçünü karşıladığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Metabolik Sendrom Görülme Durumu

		METABOLİK SENDROM DURUMU			
		Mets'li		Mets'siz	
		n	%	n	%
Hastalık Tanısı	Depresyon	1	1.1	12	78
	Sch	13	14.9	18	11.7
	Bab	40	46	48	31.2
	Oop	27	31	49	31.8
	Anksiyete	5	5.7	20	13
	Okb	1	1.1	7	4.5
Hastalık Süresi	0-1 Yıl	8	9.2	39	25.3
	2-5 YIL	24	27.6	57	37.0
	6-10 YIL	23	26.4	22	14.3
	≥11	32	36.8	36	23.4
Kullanılan Antipsikotik Türü	Kullanmıyor	11	12.6	25	16.2
	Atipik	39	44.8	78	50.6
	Tipik	7	8	9	5.8
	Atipik+Tipik	30	34.5	42	27.3
Kullanılan Antidepresan Türü	Kullanmıyor	57	65.5	87	56.5
	Tca	1	1.1	3	1.9
	Ssri	24	27.6	45	29.2
	Snri	2	2.3	2	1.3
	Ssri+Snri	1	1.1	7	4.5
	Tca+Ssri	2	2.3	10	6.5
Kullanılan Duygu Durum Düzenleyici Türü	Kullanmıyor	41	47.1	93	60.4
	Valproik Asit	25	28.7	32	20.8
	Karbamezapine	1	1.1	6	3.9
	Lityum	14	16.1	10	6.5
	Lamotrijin	1	1.1	5	3.2
	V.Asit+Karbamezapine	1	1.1	1	0.6
	V. Asit+Lityum	4	4.6	7	4.5

Mets: Metabolik sendrom, n katılımcı sayısı % yüzdelik oran

Katılımcıların metabolik sendrom durumuna göre hastalık ve tedavi özellikleri tablo-5’de gösterilmiştir. Metabolik sendrom tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların %46’sı BAB, %27.6’sının hastalık süresi 2-5 yıl, %44.8’i atipik antipsikotik, %27.6’sı SSRI grubu antidepresan, %28.7’sinin ise duygu durum düzenleyici olarak valproik asit kullandığı; metabolik sendrom tanı kriterlerini karşılamayan katılımcıların ise 31,8 organik olmayan psikotik bozukluk tanısına, %37’sinin hastalık süresi 2-5 yıl, %50.6’sı atipik antipsikotik, %29.2’sinin SSRI grubu antidepresan, %20.8’inin ise valproik asit kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.6. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutları ile Yetişkin Yeme Davranışları Alt Boyutları Toplam Ölçek Puanları

	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
KYOD	22.63	11.05	10	50
ŞKYD	14.11	6.95	6	30
KUYOD	7.49	3.70	3	15
YYOD	9.22	4.52	4	20
ÜYOD	9.07	5.04	4	20
ODÖ	69.38	32.10	30	150
Açlık	12.32	4.21	4	20
Tokluk	9.76	2.73	3	15
DAY	13.99	6.06	5	25
YK	12.26	2.74	3	15
DYY	15.88	5.69	5	25
BS	11.91	2.79	3	15
YY	9.59	3.08	3	15

SS, standart sapma

Psikiyatrik tanılı bireylerin otomatik düşünceler ölçeği ve alt boyutları ile yetişkin yeme davranışı ölçeği alt boyutlarına ilişkin ölçek puanlarının ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerleri tablo 6’da gösterilmiştir. Katılımcıların ortalama ölçek puan değerleri; KYOD 22.63 ± 11.05 , ŞKYD 14.11 ± 6.95 , KUYOD 7.49 ± 3.70 , YYOD

9.22 $\pm$ 4.52, ÜYOD 9.07 $\pm$ 5.04 ve ODÖ 69.38 $\pm$ 69.38, ODÖ'nün puan aralığı 30-150 arasındır ve puanlar attıkça olumsuz otomatik düşünceler artmaktadır. Katılımcıların olumsuz otomatik düşünceler seviyesinin orta düzeyde olduğu, açlık 12.32 $\pm$ 4.21, tokluk 9.76 $\pm$ 2.73, DAY 13.99 $\pm$ 6.06, YK 12.26 $\pm$ 2.74, DYY 15.88 $\pm$ 5.69, BS 11.91 $\pm$ 2.79, YY 9.59 $\pm$ 3.08, YYD ölçeği toplam puan üzerinden değerlendirilmemekte, her alt boyuttan elde edilen yüksek puan, bireyde ilgili yeme davranışının daha belirgin olduğunu göstermektedir. Katılımcıların YYD ölçeğinin alt boyutlarından ortalamanın üzerinde puan alarak bu yeme davranışlarını sergileme eğilimlerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.



Tablo 4.7. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		<i>n</i>	KYOD	ŞKYD	KUYOD	YYOD	ÜYOD	ODÖ
1.Yaş	18-27	84	23.24±11.675	15.05±7.276	8.20±3.987 ^a	9.79±4.879	9.50±5.105	73.06±34.212
	28-35	49	20.41±10.029	13.02±6.173	6.59±3.054 ^b	8.27±4.147	8.10±4.753	62.63±28.980
	36-44	56	25.43±10.535	14.64±6.813	7.89±3.803 ^{ab}	9.84±4.186	9.91±4.907	75.04±30.549
	45≥	52	20.71±10.989	13.04±7.170	6.77±3.468 ^{ab}	8.56±4.496	8.40±5.225	63.73±31.816
	F;p		2.511;0.059	1.439;0.232	2.942;0.034*	1.908;0.129	1.644;0.180	2.241;0.084
2. Cinsiyet	Erkek	151	22.89±10.36	14.23±6.78	7.72±3.64	9.23±4.41	9.28±4.92	70.44±30.57
	Kadın	90	22.19±12.17	13.90±7.27	7.12±3.79	9.21±4.74	8.72±5.23	67.61±34.62
	t;p		0.474;0.636	0.358;0.721	1.203;0.230	0.034;0.973	0.838;0.403	0.662;0.509
3.Medeni Durum	Evli	70	20.73±10.66	12.84±6.66	6.63±3.44	8.06±4.03	4.84±0.578	30.50±3.646
	Bekâr	171	23.40±11.14	14.63±7.03	7.85±3.76	9.70±4.64	5.07±0.388	32.40±2.478
	t;p		-1.713;0.088	-1.816;0.071	-2.341;0.020*	-2.750;0.007*	-2.077;0.039*	-2.111;0.036*
4.Aile Tipi	Çekirdek	163	23.29±11.47	14.49±7.13	7.79±3.92	9.64±4.65	9.54±5.22	71.93±33.55
	Geniş	52	20.60±8.86	12.90±6.41	6.90±3.19	8.17±4.18	7.71±4.00	62.33±25.75
	Bakımevi	26	22.54±12.15	14.12±6.85	6.81±3.11	8.73±4.15	8.88±5.37	67.58±33.04
	F;p		1.173;0.311	1.027;0.360	1.640;0.196	2.264;0.106	2.654;0.072	1.822;0.164
5.Eğitim Durumu	İlköğretim	76	22.24±11.71	13.75±7.40	6.91±3.714.53 ^a	8.37±4.53	8.49±4.83	66.33±33.11
	Lise	110	23.42±10.39	14.49±6.47	8.17±3.73 ^b	9.93±4.37	9.54±5.04	72.53±30.368
	Üniversite ve üstü	55	21.58±11.47	13.84±7.34	6.95±3.47 ^a	9.00±.67	8.96±5.32	67.33±34.01
	F;p		0.573;0.564	0.308;0.735	3.470;0.033*	2.797;0.063	0.993;0.372	0.985;0.375
6.Meslek	Çalışmıyor	124	22.81±11.45	14.28±7.51	7.45±3.71	9.06±4.70	9.14±5.32	69.47±33.97
	Emekli	48	21.90±10.32	13.90±6.49	7.23±3.64	8.88±4.33	9.21±5.15	67.98±30.57
	Kamu	23	23.09±12.24	14.04±7.03	7.91±3.59	9.74±4.52	8.83±5.04	70.30±34.00
	Ö. Sektör	46	22.65±10.38	13.89±5.96	7.67±3.89	9.78±4.30	8.89±4.20	70.17±28.20
	F;p		0.094;0.963	0.056;0.983	0.219;0.883	0.482;0.695	0.056;0.983	0.046;0.987
7.Gelir Durumu	Az	119	23.07±11.56	14.08±6.94	7.34±3.77	7.34±4.60	9.18±5.25	69.85±33.09
	Eşit	91	22.64±10.97	14.40±7.11	7.70±3.87	7.70±4.46	9.27±4.86	70.05±32.45
	Fazla	31	20.90±9.30	13.35±6.69	7.45±2.98	7.45±4.54	8.06±4.75	65.65±27.52
	F;p		0.470;0.626	0.259;0.772	0.243;0.785	0.053;0.948	0.722;0.487	0.241;0.786
8.Yaşamın Büyük Kısımının Geçtiği Yer	Köy	50	23.34±10.79	14.24±6.93	7.62±3.52	9.24±4.35	9.14±4.66	71.02±31.27
	İlçe	76	21.99±10.60	13.75±6.74	7.34±3.57	8.79±4.40	8.82±4.85	67.04±30.42
	Ş. Merkezi	115	22.74±11.51	14.29±7.15	7.54±3.89	9.50±4.69	9.22±5.34	70.23±33.67
	F;p		0.236;0.790	0.147;0.864	0.101;0.904	0.570;0.566	0.150;0.861	0.306;0.737
9.Sigara Kullanımı	Kullanmıyor	72	19.519.35 ^a	12.13±6.15 ^a	6.74±3.54 ^a	8.07±4.08 ^a	7.93±4.28 ^a	60.33±28.50 ^a
	Az	100	23.14±11.77 ^{ab}	14.26±7.10 ^{ab}	7.31±3.68 ^{ab}	9.08±4.37 ^{ab}	8.86±5.15 ^{ab}	69.57±32.99 ^{ab}
	Fazla	69	25.13±11.00 ^b	15.96±7.07 ^b	8.55±3.73 ^b	10.64±4.86 ^b	10.58±5.29 ^b	78.57±32.11 ^b
	F;p		4.889;0.008*	5.596;0.004*	4.568;0.011*	6.005;0.003*	5.205;0.006*	5.921;0.003*

10.Alkol Kullanımı	Kullanmıyor	183	21.69±10.80 ^a	13.55±6.99 ^a	7.19±3.71	8.79±4.37 ^a	8.60±4.98 ^a	66.26±31.56 ^a	
	1 Gün	40	24.68±10.67 ^{ab}	15.15±5.72 ^{ab}	8.28±3.27	10.07±4.25 ^{ab}	10.20±4.59 ^{ab}	76.25±29.04 ^{ab}	
	3-4 Gün	18	27.61±12.96 ^b	17.50±8.15 ^b	8.89±4.16	11.72±5.74 ^b	11.44±5.71 ^b	85.94±37.94 ^b	
	F;p		3.237;0.041*	3.247;0.041*	2.841;0.060	4.407;0.013*	3.911;0.021*	4.295;0.015*	
11.Madde Kullanımı	Kullanmıyor	228	20(14-29)	12(8-18)	7(4-10)	8(6-12)	7.5(5-12)	58(41,2-88.2)	
	Kullanıyor	13	25(16,5-37)	16(13.5-24)	10(7-11,5)	11(5-15)	12(7-16,5)	85(63,5-111)	
	Z:P		-1.448;0.148	-2.307;0.021*	-1.994;0.046*	-1.007;0.314	-2.006;0.045*	-1.849;..064	
12.olumsuz durumunda davranışı	duygu yeme	Artar	67	21.81±9.90 ^{ab}	13.84±6.51 ^{ab}	7.48±3.70 ^{ab}	8.91±4.20 ^a	9.07±4.68 ^{ab}	67.75±29.41 ^{ab}
		Aynı Kalır	70	20.16±9.55 ^a	11.94±5.60 ^a	6.21±2.96 ^a	7.47±3.24 ^a	7.47±3.92 ^a	59.33±25.47 ^a
		Azalır	104	24.82±12.30 ^b	15.74±7.65 ^b	8.37±3.93 ^b	10.61±5.03 ^b	10.15±5.64 ^b	77.21±35.76 ^b
		F;p		4.078;0.018*	6.605;0.002*	7.431;0.001*	11.131;0.00*	6.190;0.002*	6.943;0.001*
13.Olumlu durumunda davranışı	duygu yeme	Artar	128	22.71±11.08	14.38±6.97	7.63±3.71	9.62±4.65	9.30±5.17	70.77±32.54
		Aynı Kalır	89	22.18±10.91	13.52±6.89	7.10±3.54	8.52±4.29	8.53±4.89	66.11±30.96
		Azalır	24	23.83±11.78	14.83±7.23	8.21±4.24	9.75±4.55	9.88±4.89	74.17±34.05
		F;p		0.218;0.804	0.550;0.578	1.037;0.356	1.744;0.177	0.960;0.384	0.846;0.430

t: Bağımsız Örneklem T Testi, Z: Mann Whitney U Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır, Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

Tablo 7'ye göre otomatik düşünceler ölçeği kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler alt ölçeğinden alınan puanlar yaş gruplarına göre farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda bu farkın 18-27 yaş gurubunun aldıkları puanın 28-35 yaş grubundan aldıkları puandan anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

KUYOD, YYOD, ÜYOD ve otomatik düşünceler ölçeğinden alınan puanlar medeni duruma göre farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Medeni durumu bekâr olanların KUYOD, YYOD, ÜYOD ve otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları puan evli olanlara göre anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Otomatik düşünceler ölçeği ve tüm alt boyutlarından alınan puanlar sigara kullanım durumuna göre farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda bu farkın günde 1 paketten fazla sigara içenlerin aldıkları ortalama puanın sigara kullanmayanlara göre aldıkları puanın anlamlı olarak yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

KYOD, ŞKYD, YYOD, ÜYOD ve otomatik düşünce alt boyutlarından alınan puanlar alkol kullanım durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda haftada 3 ve daha fazla gün alkol tüketenlerin alkol kullanmayanlara göre aldıkları puanın anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

KYOD, ŞKYD, KUYOD ve ümitsizliğe yönelik alt ölçeklerinden alınan puanlar madde kullanımına göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Madde kullanan bireylerin aldıkları puanlar madde kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Otomatik düşünceler ölçeği ve tüm alt boyutlarından alınan puanlar olumsuz duygu hissettiklerinde yemek yeme davranışlarının değişme durumuna göre anlamlı olarak farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda olumsuz duygu durumunda yeme davranışı azalanların aldığı puanın aynı kalanların aldığı puana göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.8. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Alt Boyutları ile Hastalık Özelliklerin Karşılaştırılması

		<i>n</i>	KYOD	ŞKYD	KUYOD	YYOD	ÜYOD	ODÖ
1.Hastalık Tanısı	Depresyon	13	22(15-27.5)	15(12-20,5)	8(6,5-11,5)	9(6,5-12)	9(6,5-12)	66(53-90)
	Sch	31	20(16-30)	11(8-16)	7(5-8)	9(5-11)	8(6-11)	61(50-84)
	Bab	88	20.5(13.2-32)	12(9-20)	7(4-10)	8(5-13)	8(5-14)	61(41-102.7)
	Oop	76	18(12,2-27)	12(8-18)	6.5(4-11)	7.5(5-11.7)	7(5-13.7)	56.5(40,2-82.7)
	Anksiyete	25	20(15.5-30.5)	13(8.5-17.5)	7(4.5-10.5)	10(6,5-14.5)	7(4-11.5)	67(46-91)
	Okb	8	19(10.2-27.7)	7(6.2-16.5)	4(3-8.7)	8(5-13.5)	4.5(4-10.2)	47(35,7-82.2)
	kw;p		2.793;0.732	8.241;0.143	4.802;0.441	3.309;0.652	3.465;0.629	3.101;0.684
2.Hastalık Süresi	0-1 Yıl	47	23.02±9.56	14.26±6.20	8.19±3.42	9.45±4.13	8.91±4.43	70.1±28.40
	2-5 Yıl	81	23.35±11.70	14.38±7.36	7.42±3.96	9.59±4.67	9.33±5.10	71.23±33.60
	6-10 Yıl	45	22.84±11.78	14.76±7.40	7.73±3.62	9.31±5.11	9.58±5.57	71.16±34.89
	11 ve Üstü	68	21.35±10.85	13.25±6.71	6.94±3.62	8.57±4.21	8.54±5.04	65.03±31.01
	F;p		0.438;0.726	0.521;0.668	1.135;0.335	0.689;0.560	0.485;0.693	0.580;0.628
3.Kullanılan Antipsikotik Türü	Kullanmıyor	36	26.94±12.19	16.92±7.02	9.47±3.81 ^a	11.03±5.05	10.97±5.16	83.64±33.99 ^a
	Atipik	117	22.01±10.63	13.58±6.90	7.08±3.62 ^b	8.77±4.41	8.59±4.87	66.66±31.22 ^b
	Tipik	16	21,13±8.38	13.31±6.22	7.63±3.86 ^{ab}	9.13±4.81	9.88±5.54	66.88±28.77 ^{ab}
	Atipik+Tipik	72	21,81±11.34	13.74±6.95	7.15±3.51 ^b	9.08±4.24	8,74±4.99	67.25±32.01 ^{ab}
	F;p		2,218;0.087	2,359;0.072	4.296;0.006	2,367;0.072	2,347;0.073	2.852;0.038
4.Kullanılan Antidepresan Türü	Kullanmıyor	144	18(12-26.7) ^a	11(8-16) ^a	6(4-9) ^a	7(5-11)	7(4-11,7) ^a	53(40.2-79) ^a
	Tca	4	12(10-25.2) ^{ab}	8.5(6.2-15.2) ^{ab}	3.5(3-7,7) ^{ab}	8(5-11)	4(4-9,2) ^{ab}	41(32-75.5) ^{ab}
	Ssrı	69	23(15.5-34.5) ^b	15(10-22) ^b	8(5.5-12) ^b	10(6.5-15)	9(5-15) ^b	71(52-104.5) ^b
	Snrı	4	38.5(19.7-49) ^b	23(10.2-29) ^{ab}	5.7(12-14.5) ^{ab}	115(5.5-18.2)	19(8,2-0) ^b	117(56.5-143.7) ^{ab}
	Ssrı+Snrı	8	22(16.5-28.7) ^{ab}	17(11.2-21.2) ^{ab}	9.5(7-11.7) ^{ab}	8(6-13)	9.5(82-12) ^{ab}	66(63.2-92.5) ^{ab}
	Tca+Ssrı	12	17(15-31.7) ^{ab}	13.5(9.7-18.2) ^{ab}	6(4.2-10.7) ^{ab}	8(5.5-14)	7(6.2-13.5) ^{ab}	61.5(44-93) ^{ab}
	kw;p		15.762;0.008*	15.443;0,009*	15.315;0.009*	8.485;0.131	17.136;0.004*	15.914;0.007*
5.Kullanılan Duygudurum Düzenleyici Türü	Kullanmıyor	134	19.5(14-27.2)	12(8-18)	7(4-10,2)	8(6-12)	7.5(5-12)	62(43-85)
	Valproik Asit	57	19(12.5-31.5)	12(8-18.5)	7(4,5-10)	8(5-13)	8(4.5-14.5)	61(40.5-95.5)
	Karbamezapine*	7	15(12-24)	10(7-17)	5(3-8)	6(5-8)	5(5-9)	46(40-71)
	Lityum	24	120.5(12,5-33)	10.5(9-19)	6.5(3,2-9.7)	7(5-12.7)	6.5(4-13,7)	58(38.7-101)
	Lamotrijin	6	33(21-44)	18(8.5-26.5)	9(3.7-11.7)	11(6.5-15.2)	11(4.7-20)	88,5(57.5-123)

V.A.+Karbamez.*	2	31.5(15-48)	18(8.2-34.5)	10.5(4,5-27)	12(5.2-28.5)	12(6-27.7)	925(42-112.5)
V.A. +Lityum	11	24(16-39)	17(8-23)	7(4-11)	10(4-16)	9(5-14)	78(40-119)
kw;p		6.850;0335	3.601;0.731	3.921;0.687	5.323;0.503	3.559;0.736	4.997;0.544

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) , KW: Kruskall wallis testi, * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır, Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

Tablo 8'e göre otomatik düşünceler ölçeği toplam puanı ve kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler alt ölçeğinden alınan puanlar antipsikotik kullanma durumu ve tipine göre anlamlı olarak farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda otomatik düşünce ölçeği antipsikotik kullanmayanların aldığı puan atipik antipsikotik kullananların aldığı puana göre istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler alt ölçeğinde antipsikotik kullanmayanların aldığı puan atipik antipsikotik ve atipik ve tipik antipsikotiği beraber kullananların aldığı puana göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

KYOD, ŞKYD, KUYOD, ÜYOD ve otomatik düşüncel ölçeği toplam ölçeği puanları antidepresan kullanımına ve türüne göre farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda KYOD ve ÜYOD alt ölçeklerinde SSRI ve SNRI grubu antidepresan kullanan bireylerin aldığı puan antidepresan kullanmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. ŞKYD, KUYOD alt ölçekleri ve otomatik düşünce ölçeğinde SSRI grubu antidepresan kullanan bireylerin aldıkları puanın kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.9. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Alt Boyutları Sosyodemografik

		<i>n</i>	Açlık	Tokluk	DAY	YK	DYY	BS	YY
1.Yaş	18-27	84	11.60±4.36 ^a	10.26±2.79	13.06±6.09	12.18±2.76	15.95±6.35	11.92±2.84	9.73±3.03
	28-35	49	11.90±4.66 ^{ab}	9.51±2.23	13.45±6.22	12.88±2.13	15.76±6.00	12.27±2.56	9.47±3.48
	36-44	56	12.55±3.72 ^{ab}	9.04±2.75	14.50±5.73	11.88±2.72	14.64±4.63	11.46±3.17	8.84±2.97
	≥45	52	13.63±3.78 ^b	9.94±2.92	15.46±6.05	12.23±3.18	17.23±5.08	12.04±2.50	10.29±2.75
	F;p		2.802;0.041*	2.516;0.059	1.966;0.120	1.232;0.299	1.896;0.131	0.775;0.509	2.115;0.099
2. Cinsiyet	Erkek	151	11.60±4.23	9.58±2.66	13.24±5.89	12.04±2.88	15.25±5.63	11.54±3.04	9.34±3.19
	Kadın	90	13.52±3.92	10.04±2.84	15.26±6.17	12.63±2.44	16.94±5.65	12.53±2.18	10.01±2.85
	t;p		-3.502;0.001*	-1.270;0.205	-2.526;0.012*	-1.635;0.103	-2.255;0.025*	-2.948;0.004*	-1.650;0.100
3.Medeni Durum	Evli	70	13.37±4.11	9.57±3.08	15.60±6.14	12.66±2.42	16.16±5.84	12.33±2.55	9.41±3.23
	Bekâr	171	11.89±4.19	9.83±2.58	13.33±5.92	12.10±2.85	15.77±5.63	11.74±2.88	9.66±3.02
	t;p		2.508;0.013*	-0.667;0.505	2.668;0.008*	1.440;0.151	0.477;0.634	1.498;0.135	-0.564;0.573
4.Aile Tipi	Çekirdek	163	12.09±4.24	9.75±2.74	13.48±6.00	12.26±2.64	16.06±5.79	11.99±2.73	9.45±3.12
	Geniş	52	12.85±4.43	9.42±2.58	15.37±6.30	12.60±2.73	14.71±5.39	11.90±3.11	9.44±3.11
	Bakımevi	26	12.69±3.52	10.46±2.93	14.46±5.74	11.62±3.30	17.15±5.42	11.38±2.52	10.73±2.52
	F;p		0.745;0.476	1.256;0.287	2.014;0.136	1.115;0.330	1.841;0.161	0.532;0.588	2.025;0.134
5.Eğitim Durumu	İlköğretim	76	13.62±3.66 ^a	10.32±2.75	15.71±6.18 ^a	12.64±2.58	16.75±5.23	11.68±2.80	9.93±2.98
	Lise	110	11.72±4.50 ^b	9.52±2.67	13.05±5.87 ^b	12.21±2.89	15.51±5.98	11.90±2.91	9.47±3.25
	Üniversite ve üstü	55	11.73±3.98 ^b	9.45±2.76	13.51±5.8 ^{ab}	11.84±2.61	15.44±5.65	12.24±2.54	9.35±2.86
	F;p		5.477;0.005*	2.372;0.095	4.709;0.010*	1.435;0.240	1.295;0.276	0.623;0.537	0.728;0.484
6.Meslek	Çalışmıyor	124	12.02±4.13 ^{ab}	9.93±2.52	14.27±6.18	12.23±2.76	15.73±5.65	11.76±2.81	9.74±3.07
	Emekli	48	13.33±4.23 ^a	9.56±3.29	15.06±5.66	12.65±2.67	15.63±5.82	12.46±2.63	9.63±3.06
	Kamu	23	13.74±3.12 ^a	9.70±2.82	14.61±6.49	11.78±2.15	16.96±5.18	12.35±2.21	9.35±2.95
	Ö. Sektör	46	11.37±4.60 ^b	9.52±2.67	11.83±5.57	12.17±3.02	16.04±5.99	11.52±3.12	9.26±3.23
	F;p		2.858;0.038*	0.356;0.785	2.674;0.048	0.567;0.637	0.347;0.791	1.229;0.300	0.323;0.809
7.Gelir Durumu	Az	119	12.65±4.28	9.72±2.73	14.79±6.02	12.47±2.58	16.18±5.54	12.02±2.81	9.79±2.99
	Eşit	91	12.08±4.08	9.75±2.90	13.16±5.95	12.10±2.80	15.63±6.04	11.67±2.81	9.08±2.94
	Fazla	31	11.77±4.36	9.90±2.30	13.35±6.36	11.94±3.13	15.52±5.25	12.19±2.69	10.32±3.59
	F;p		0.769;0.464	0.054;0.948	2.067;0.129	0.727;0.485	0.314;0.731	0.580;0.560	2.425;0.091
8.Yaşamın Büyük Kısmının Geçtiği Yer	Köy	50	12.38±4.24	10.10±2.30	15.12±6.43	12.46±2.80	15.36±5.09	11.82±3.22	10.04±3.23
	İlçe	76	12.33±4.37	9.25±2.91	13.47±6.26	12.62±2.87	15.57±6.18	12.21±2.47	9.12±3.22
	Ş. Merkezi	115	12.29±4.13	9.94±2.76	13.84±5.75	11.94±2.60	16.32±5.61	11.75±2.80	9.70±2.89
	F;p		0.009;0.991	1.973;0.141	1.179;0.309	1.584;0.207	0.671;0.512	0.659;0.518	1.514;0.222
9.Sigara Kullanımı	Kullanmıyor	72	13.53±3.96 ^a	9.81±2.79	16.32±6.31 ^a	12.93±2.18 ^a	15.82±6.24	12.46±2.22 ^a	9.94±2.86
	Az	100	11.65±4.29 ^b	9.69±2.69	12.51±5.53 ^b	11.75±2.96 ^b	15.77±5.30	11.30±3.07 ^b	9.70±2.95
	Fazla	69	12.03±4.15 ^{ab}	9.80±2.77	13.71±5.88 ^{ab}	12.30±2.80 ^{ab}	16.12±5.70	12.22±2.77 ^{ab}	9.06±3.43
	F;p		4.520;0.012*	0.048;0.953	8.920;0.001*	4.007;0.019*	0.082;0.922	4.311;0.014*	1.582;0.208
10.Alkol Kullanımı	Kullanmıyor	183	12.46±4.26	9.76±2.73	14.25±6.14	12.32±2.81	15.84±5.70	11.85±2.86	9.60±3.14
	1 Gün	40	11.58±4.43	9.80±2.44	13.88±5.81	12.13±2.24	15.98±5.61	12.15±2.46	9.48±2.85
	3-4 Gün	18	12.50±3.11	9.61±3.47	11.61±5.60	12.00±3.09	16.17±5.97	12.00±2.89	9.78±3.00

		F;p	0.748;0.474	0.030;0.970	1.570;0.210	0.168;0.845	0.034;0.967	0.202;0.817	0.061;0.941
11.Madde Kullanımı	Kullanmıyor	228	13(9.2-16)	10(8-11.7)	13(9-19)	13(11-15)	16(12-20)	12(10-15)	10(7-12)
	Kullanıyor	13	12(7-14)	10(9-12.5)	10(5.5-17.5)	10(8.5-13.5)	16(10.5-20.5)	12(11-14)	9(7.5-12)
	Z:P		-1.017;0.309	-1.030;0.303	-1.563;0.118	-2.253;0.024*	-0.145;0.884	-0.211;0.833	-0.247;0.805
12.olumsuz duygu durumunda yeme davranışı	Artar	67	13.78±3.55 ^a	9.09±2.78 ^a	17.69±5.66 ^a	12.88±2.48	13.88±4.77 ^a	12.24±2.39	9.03±2.75 ^a
	Aynı Kalır	70	11.19±4.39 ^b	9.57±2.53 ^{ab}	12.47±5.37 ^b	12.04±2.67	13.91±5.59 ^a	11.50±2.93	9.23±3.20 ^{ab}
	Azalı	104	12.14±4.25 ^b	10.31±2.75 ^b	12.63±5.79 ^b	12.01±2.89	18.50±5.26 ^b	11.97±2.93	10.19±3.11 ^b
	F;p		6.965;0.001*	4.391;0.013*	19.975;<0.001*	2.407;0.092	22.909;<0.001*	1.247;0.289	3.668;0.027*
13.Olumlu duygu durumunda yeme davranışı	Artar	128	13.83±3.71 ^a	9.59±2.76	14.99±6.14 ^a	12.80±2.31 ^a	16.40±5.70	12.30±2.53	9.89±2.89
	Aynı Kalır	89	10.15±4.11 ^b	9.79±2.76	12.00±5.43 ^b	11.57±3.01 ^b	15.01±5.71	11.48±3.20	9.16±3.33
	Azalı	24	12.33±3.67 ^a	10.50±2.78	16.04±6.10 ^a	11.92±3.20 ^{ab}	16.38±5.34	11.38±2.22	9.58±2.99
	F;p		23.894;<0.001*	1.122;0.327	8.406;<0.001*	5.750;0.004*	1.672;0.190	2.802;0.063	1.498;0.226

t: Bağımsız Örneklem T Testi ,Z: Mann Whitney U Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır. Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

Tablo 9'a göre açlık alt ölçeği toplam puanı yaş grubuna göre anlamlı olarak farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda açlık alt ölçeğinde 45 yaş ve üzeri grubun aldığı puan 18-27 yaş grubunun aldığı puana göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Açlık, duygusal aşırı yeme, duygusal yetersiz yeme ve besin seçiciliği alt ölçeklerinden alınan puan cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Kadınların açlık, duygusal aşırı yeme, duygusal yetersiz yeme ve besin seçiciliği alt ölçeklerinden aldıkları puan erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Açlık ve duygusal aşırı yeme alt ölçeklerinden alınan puan medeni durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Evli olan katılımcıların açlık ve duygusal aşırı yeme alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan bekâr olanların aldıkları toplam puana göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Açlık ve duygusal aşırı yeme alt ölçeklerinden alınan puan eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda açlık ve duygusal aşırı yeme alt ölçeklerinden eğitim durumu ilköğretim olanların aldıkları toplam puanın lise ve üniversite ve üstü olanların aldıkları puana göre istatistiksel olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Açlık alt ölçeğinden alınan toplam puan meslek durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Emekli ve kamu çalışanı olanların açlık alt ölçeğinden aldıkları toplam puan özel sektörde çalışan katılımcıların aldıkları toplam puana göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Açlık, duygusal aşırı yeme, yemek keyfi ve besin seçiciliği alt ölçeklerinden alınan puan sigara kullanma durumuna göre farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda sigara kullanmayanların aldıkları toplam puanı günden bir paketten az sigara içenlerin aldıkları toplam puandan anlamlı olarak daha yüksektir. Yemek keyfi alt ölçeğinden alınan toplam puan madde kullanım durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Madde kullanmayanların aldıkları toplam puanın kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Açlık, tokluk, duygusal aşırı yeme, duygusal yetersiz yeme ve yetersiz yeme alt ölçeklerinden alınan toplam puan olumsuz duygu durumunda yemek yeme alışkanlığının

değişme durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda açlık ve duygusal aşırı yeme alt ölçeklerinde olumsuz duygudurumunda yemek yeme davranışı artanların aldığı toplam puan azalanlara ve aynı kalanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Tokluk, duygusal yetersiz yeme ve yetersiz yeme alt ölçeklerinde olumsuz duygu durumunda yemek yeme davranışı azalanların aldığı toplam puanın artanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Açlık, duygusal aşırı yeme ve yemek keyfi alt ölçeklerinden alınan toplam puan olumlu duygu durumunda yemek yeme alışkanlığının değişme durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu analizlerde açlık ve duygusal aşırı yeme olumlu duygudurumunda yemek yeme davranışı artanların ve azalanların aldığı toplam puan aynı kalanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Yemek keyfi alt ölçeğinde olumlu duygudurumunda yemek yeme davranışı artanların aldığı toplam puan aynı kalanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.10. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Alt Boyutları Hastalık ve Tedavi Özelliklerin Karşılaştırılması

		<i>n</i>	Açlık	Tokluk	DAY	YK	DYY	BS	YY
1.Hastalık Tanısı	Depresyon	13	11(9-14.5) ^{ab}	11(9-13.5)	12(8-15.5) ^{ab}	11(9-14)	19(12-21.5)	11(9.5-12) ^a	10(9-11.5)
	Sch	31	13(10-16) ^a	9(7-11)	13(10-21) ^a	12(11-15)	15(10-18)	12(10-14) ^{ab}	9(6-11)
	Bab	88	14(10-16) ^a	9.5(8-12)	15(9.2-20.7) ^a	13.5(11-15)	16(10.2-20)	13(11-15) ^b	10(7-12)
	Oop	76	12(10-15.7) ^a	10(8-11)	13(10-18) ^a	13(11-15)	17.5(13.2-20.7)	13(11-15) ^b	10(7.2-12)
	Anksiyete	25	9(5.5-13) ^b	10(7-11.5)	9(5.5-14) ^b	12(9.5-13.5)	16(8-20)	10(7-13.5) ^a	9(6-10.5)
	OKB	8	12(9.2-18.2) ^a	11(10-12)	12(10.2-17.2) ^a	12(11.2-15)	19(15.7-23)	13.5(9.5-15) ^{ab}	9.5(9-15)
	kw;p		16.023;0.007*	7.530;0.184	13.275;0.021*	9.239;0.100	9.170;0.102	12.400;0.030*	8.976;0.110
2.Hastalık Süresi	0-1 Yıl	47	10.77±3.56 ^a	9.94±2.59	12.09±5.26	11.66±3.08	15.96±5.75	10.62±2.95 ^a	9.19±2.83
	2-5 Yıl	81	12.37±4.03 ^{ab}	9.86±2.64	14.15±6.24	12.59±2.11	15.85±6.29	12.05±2.72 ^b	9.91±2.98
	6-10 Yıl	45	12.40±4.18 ^{ab}	9.40±3.10	14.58±6.41	11.98±3.00	15.62±5.61	12.22±2.58 ^b	9.11±3.24
	≥11	68	13.28±4.62 ^b	9.74±2.71	14.74±5.98	12.47±2.93	16.04±5.02	12.43±2.69 ^b	9.79±3.23
	F;p		3.419;0.018*	0.363;0.780	2.076;0.104	1.456;0.227	0.053;0.984	4.590;0.004*	1.026;0.382
3.Kullanılan Antipsikotik Türü	Kullanmıyor	36	10.97±4.25 ^a	10.53±2.99	12.28±5.97 ^a	11.67±2.98	17.83±5.41	11.56±2.60	10.08±2.92
	Atipik	117	12.10±4.34 ^{ab}	9.56±2.91	13.68±6.06 ^{ab}	12.21±2.90	15.31±5.71	11.82±2.96	9.46±3.12
	Tipik	16	11.31±3.44 ^{ab}	8.88±1.59	12.88±5.32 ^{ab}	12.38±2.22	15.44±5.24	12.19±3.02	8.38±2.87
	Atipik+Tipik	72	13.57±3.88 ^b	9.89±2.42	15.60±6.02 ^b	12.63±2.41	15.94±5.77	12.17±2.57	9.82±3.09
	F;p		3.886;0.010*	1.795;0.149	2.996;0.031*	1.017;0.386	1.867;0.136	0.486;0.692	1.348;0.259
4.Kullanılan Antidepresan Türü	Kullanmıyor	144	12.5(9.2-16)	10(8-11)	14(10-19)	13(11-15)	15(11-19) ^a	13(10-15)	9(7-12)
	Tca	4	13(9.2-18.2)	10.5(9.2-11.7)	12.5(7-17.2)	12.5(11.2-14.5)	22(16.2-24.7) ^{bc}	14.5(11.7-15)	10(7.5-14)
	Ssri	69	13(8.5-15.5)	10(8.5-15.5)	13(8-19)	13(10-15)	17(11-20) ^{ab}	12(10-14.5)	10(8-12)
	Ssri	4	16(14-18.7)	6.5(3.2-12)	11(6-22)	15(9-15)	10.5(9.2-21.5) ^{abc}	12.5(10.2-14)	13(7.5-14.75)
	Ssri+Ssri	8	13(9.5-14.5)	10.5(9.2-14.7)	12(8-15.7)	10(5.2-13.7)	20.5(17.5-22.7) ^c	10.5(8.2-13.2)	11(7.5-11)
	Tca+Ssri	12	12(8.7-13.7)	9(7.5-10)	13(9.2-18)	12(11.2-14.5)	19.5(16.2-24) ^c	12(10-14)	9.5(6.5-10.7)
	kw;p		4.559;0.472	5.908;0.315	1.699;0.889	4.863;0.433	18.137;0.003*	5.506;0.357	3.480;0.626
5.Kullanılan Duygudurum Düzenleyici Türü	Kullanmıyor	134	12(9-15)	10(8-12)	12(9-18)	12(11-15)	17(12-21)	12(10-14)	9(7-12)
	Valproik Asit	57	14(9.5-16)	9(7.5-12)	15(10-20)	13(10-15)	16(12-20)	13(11-15)	10(7-12)
	Karbamezapi*	7	14(12-16)	9(9-10)	15(12-22)	14(12-15)	12(8-16)	11(8-13)	9(8-12)
	Lityum	24	14(10-16)	9.5(8-10)	12.5(8-18.7)	13(11-14)	15(10-19.7)	12(9.2-13.7)	10(7.2-11)
	Lamotrijin	6	12.5(8.7-16.2)	11(9.7-12.7)	14(8.7-19)	13(9.7-15)	18.5(16.5-20.7)	13(10-15)	10(8.2-14.2)
	V.A.+Karbamez*	2	17(10.5-17.2)	6(3-8.2)	24(17.2-21)	15(11.2-13.5)	7(3.7-9)	15(11.2-13.5)	8.5(4.5-10.5)
	V.A +Lityum	11	8(8-13)	12(9-13)	15(7-23)	13(13-15)	16(9-17)	14(10-15)	7(6-11)
	kw;p		7.475;0.279	9.368;0.154	8.765;0.187	6.220;0.399	11.135;0.084	10.049;0.123	2.613;0.856

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova), KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi, * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır, Aynı üst indis istatistiksel farklılığı göstermektedir.

Tablo 10'a göre açlık, duygusal aşırı yeme ve besin seçiciliği alt ölçekleri hastalık tanısına göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda açlık ve duygusal aşırı yeme alt ölçeklerinde anksiyete tanılı bireylerin aldığı toplam puan sch, bab, oop ve okb tanılı bireylerin aldığı toplam puana göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Açlık ve besin seçiciliği alt ölçekleri hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda açlık alt ölçeğinde hastalık süresi 11 yıl ve üstü olan grubun aldığı toplam puan 0-1 yıl grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir. Besin seçiciliği alt ölçeğinde 2-5, 6-10 ve 11 yıl ve üstü olan grubun aldığı toplam puan 0-1 yıla göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Açlık ve duygusal aşırı yeme alt ölçekleri antipsikotik kullanma durumuna ve türüne göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan çoklu karşılaştırmalarda atipik ve tipik antipsikotik ilaçları beraber kullanan katılımcıların aldıkları toplam puan kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Duygusal yetersiz yeme alt ölçeği antidepresan kullanım durumuna ve türüne göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda SSRI + SNRI ve TCA + SSRI grubu antidepresanları kullananların aldıkları toplam puan SSRI grubu antidepresan ve antidepresan kullanmayan katılımcıların aldıkları toplam puana göre anlamlı olarak daha yüksek ve TCA grubu antidepresan kullanan katılımcıların aldıkları toplam puan antidepresan kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.11. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Korelasyon Tablosu

		ŞKYD	KUYOD	YYOD	ÜYOD	ODÖ	Açlık	Tokluk	DAY	YK	DYY	BS	YY
KYOD	r	0.8672	0.759	0.864	0.853	0.963	-0.028	0.194	0.013	-0.100	0.054	-0.120	0.115
	p	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	0.661	0.003*	0.847	0.122	0.403	0.063	0.074
ŞKYD	r		0.790	0.805	0.857	0.938	-0.004	0.227	-0.014	-0.093	0.103	-0.052	0.127
	p		<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	0.956	<0.001*	0.824	0.150	0.111	0.425	0.049*
KUYOD	r			0.775	0.803	0.861	-0.075	0.169	-0.083	-0.093	0.109	0.003	0.103
	p			<0.001*	<0.001*	<0.001*	0.249	0.008*	0.202	0.148	0.092	0.961	0.109
YYOD	r				0.807	0.908	0.009	0.236	-0.021	-0.108	0.114	-0.049	0.164
	p				<0.001*	<0.001*	0.885	<0.001*	0.750	0.095	0.078	0.453	0.011*
ÜYOD	r					0.926	-0.020	0.182	0.002	-0.123	0.097	-0.066	0.074
	p					<0.001*	0.760	0.005*	0.976	0.057	0.132	0.306	0.255
ODÖ	r						-0.023	0.219	-0.008	-0.108	0.093	-0.079	0.126
	p						0.728	0.001*	0.900	0.094	0.149	0.222	0.051
Açlık	r							0.050	0.650	0.372	0.251	0.340	0.229
	p							0.444	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
Tokluk	r								0.002	-0.198	0.349	-0.036	0.488
	p								0.980	0.002*	<0.001*	0.575	<0.001*
DAY	r									0.344	0.007	0.184	0.089
	p									<0.001*	0.916	0.004*	0.170
YK	r										0.042	0.451	0.038*
	p										0.512	<0.001*	0.562
DYY	r											0.182	0.471
	p											0.005*	<0.001*
BS	r												0.173
	p												0.007*

Pearson korelasyon. r:korelasyon katsayısı, *p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 11’de otomatik düşünceler ölçeği ve yetişkin yeme davranışı ölçeğinin pearson korelasyonlar sonuçları gösterilmiştir. KYOD alt ölçeği şkyd ($r=0.8672$), KUYOD ($r=0.759$), YYOD ($r=0.864$), ÜYOD ($r=0.853$) alt ölçekleri ve otomatik düşünce ölçeği ($r=0.963$) ile güçlü pozitif korelasyon ilişkisi ($p<0.001$) saptanmış olup tokluk ($r=0.194$) alt ölçeği ile zayıf korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

ŞKYD alt ölçeği KUYOD ($r=0.790$), YYOD ($r=0.805$), ÜYOD ($r=0.857$) alt ölçekleri ve otomatik düşünce ölçeği ($r=0.38$) ile güçlü pozitif korelasyon ilişkisi ($p<0.001$) saptanmış olup tokluk ($r=0.227$) alt ölçeği ile zayıf korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

KUYOD alt ölçeği YYOD ($r=0.775$), ÜYOD ($r=0.803$) alt ölçekleri ve otomatik düşünce ölçeği ($r=0.861$) ile güçlü pozitif korelasyon ilişkisi ($p<0.001$) saptanmış olup tokluk ($r=0.169$) alt ölçeği ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

YYOD alt ölçeği ile ÜYOD ($r=0.807$) alt ölçeği ve otomatik düşünce ölçeği ($r=0.908$) ile güçlü pozitif korelasyon ilişkisi ($p<0.001$) saptanmış olup tokluk ($r=0.236$) ve yetersiz yeme ($r=0.164$) alt ölçekleri ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

ÜYOD alt ölçeği ile otomatik düşünce ölçeği ($r=0.926$) ile güçlü pozitif korelasyon ilişkisi ($p<0.001$) saptanmış olup tokluk ($r=0.182$) alt ölçeği ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Otomatik düşünce ölçeği ile tokluk ($r=0.219$) alt ölçeği ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Açlık alt ölçeği ile duygusal aşırı yeme ($r=0.650$), yemek keyfi ($r=0.372$) ve besin seçiciliği ($r=0.340$) alt ölçekleri ile orta düzeyde pozitif korelasyon ilişki, duygusal yetersiz yeme ($r=0.251$), ve yetersiz yeme ($r=0.229$) alt ölçekleri ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.001$).

Tokluk alt ölçeği ile duygusal yetersiz yeme ($r=0.349$) ve yetersiz yeme ($r=0.488$) alt ölçekleri ile orta düzeyde pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($p<0.001$). Yemek keyfi ($r=-0.198$) alt ölçeği ile negatif zayıf korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Duygusal aşırı yeme alt ölçeği ile yemek keyfi ($r=0.344$) alt ölçeği orta düzeyde pozitif korelasyon ($p<0.001$); besin seçiciliği ($r=0.184$) alt ölçeği ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($p<0.05$). Yemek keyfi alt ölçeği ile besin seçiciliği ($r=0.451$) alt ölçeği ile orta düzeyde pozitif korelasyon ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Duygusal yetersiz yeme alt ölçeği ile besin seçiciliği ($r=0.182$) alt ölçeği arasında zayıf pozitif korelasyon ($p<0.05$); yetersiz yeme ($r= 0.471$) alt ölçeği ile orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0.001$).

Besin seçiciliği alt ölçeği ile yetersiz yeme (0.173) alt ölçeği arasında zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği ile Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri ve Beden Kitle İndeksi Pearson Korelasyon Tablosu

		Trigliserid	HDL	AKŞ	SKB	DKB	BÇ	BKİ
KYOD	r	0.144	-0.025	-0.012	0.061	0.030	0.040	-0.101
	p	0.025*	0.697	0.858	0.346	0.642	0.532	0.119
ŞKYD	r	0.181	-0.028	-0.018	0.048	0.038	0.044	-0.088
	p	0.005*	0.667	0.780	0.459	0.558	0.496	0.172
KUYOD	r	0.110	-0.123	-0.081	0.012	0.019	-0.010	-0.134
	p	0.087	0.057	0.209	0.848	0.764	0.881	0.038*
YYOD	r	0.120	-0.051	0.003	0.005	0.020	-0.003	-0.124
	p	0.063	0.434	0.969	0.942	0.756	0.963	0.054
ÜYOD	r	0.144	-0.040	0.001	0.105	0.046	0.043	-0.075
	p	0.026*	0.533	0.989	0.105	0.475	0.511	0.243
ODÖ	r	0.154	-0.048	-0.022	0.058	0.038	0.033	-0.108
	p	0.016*	0.459	0.729	0.373	0.555	0.613	0.096
Açlık	r	0.151	0.176	0.185	0.098	0.170	0.104	0.154
	p	0.019*	0.006*	0.004*	0.130	0.008*	0.107	0.017*
Tokluk	r	-0.032	0.047	-0.076	-0.136	-0.065	-0.172	-0.164
	p	0.618	0.463	0.242	0.035*	0.312	0.007*	0.011*
DAY	r	0.118	0.110	0.160	0.177	0.150	0.125	0.181
	p	0.068	0.089	0.013*	0.006*	0.020*	0.053	0.005*
YK	r	0.003	0.092	0.072	-0.021	0.001	-0.008	0.036
	p	0.965	0.154	0.268	0.745	0.987	0.898	0.575
DYY	r	0.068	0.044	0.020	-0.044	0.003	-0.015	-0.005
	p	0.292	0.497	0.755	0.494	0.959	0.818	0.938
BS	r	0.046	0.051	0.179	0.033	0.066	0.019	0.024
	p	0.480	0.434	0.005*	0.616	0.304	0.772	0.707
YY	r	0.060	0.074	0.042	-0.017	0.017	-0.108	-0.163
	p	0.353	0.253	0.514	0.788	0.787	0.094	0.011*

Pearson korelasyon. r:korelasyon katsayısı, * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 12’te metabolik sendrom tanı kriterleri ve beden kitle indeksi ile otomatik düşünce ve yetişkin yeme davranışı ölçekleri ile pearson korelasyon sonuçları verilmiştir. Triglicerid tanı kriteri ile kendine yönelik olumsuz düşünce ($r=0.144$), şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler ($r=0.181$), ümitsizliğe yönelik olumsuz düşünceler ($r=0,144$)

ve açlık ($r=0.151$) alt ölçekleri ve otomatik düşünceler ölçeği ($r=0.154$) ile zayıf pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0.05$)

Hdl metabolik sendrom tanı kriteri açlık alt ölçeği ($r=0.176$) ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Açlık kan şekeri (glukoz) metabolik sendrom tanı kriteri açlık ($r=0.185$), duygusal aşırı yeme ($r=0.160$) ve besin seçiciliği ($r=0.179$) alt ölçekleri ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($p<0.05$).

Sistolik kan basıncı metabolik sendrom tanı kriteri ile tokluk ($r=-0.136$) alt ölçeği ile zayıf negatif korelasyon ilişkisi, duygusal aşırı yeme ($r=0.177$) ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Diastolik kan basıncı metabolik sendrom tanı kriteri ile açlık ($r=0.170$) ve duygusal aşırı yeme ($r=0.150$) alt ölçekleri ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Bel çevresi metabolik sendrom tanı kriteri ile tokluk ($r=-0.172$) alt ölçeği ile zayıf negatif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Beden kitle indeksi ile açlık ($r=0.154$), duygusal aşırı yeme ($r=0.181$) alt ölçekleri ile zayıf pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır ($p<0.05$). Kişisel uyumsuzluğa yönelik olumsuz düşünceler ($r=-0.134$) ve tokluk ($r=-0.164$) alt ölçekleri ile zayıf negatif korelasyon ilişkisi bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.13. Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünce Ölçeği ve Yetişkin Yeme Davranışları Ölçeklerinin Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri Üzerine Yordayıcı Rollerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standartize Edilmiş Katsayılar		β	t	p	%95 Güven Aralığı	
		B	SE				Alt	Üst
Trigliserid	Sabit	71.743	23.599		3.040	0.003*	25.252	118.233
	Açlık	3.598	1.471	0.155	2.446	0.015*	0.700	6.495
	ODÖ	0.482	0.193	0.158	2.497	0.013*	0.102	0.862
<i>R=0.219, R²=0.048, DR²=0.040 F=5.973, p=0.003, Durbin Watson Değeri=1.854</i>								
Hdl	Sabit	40.212	1.964		20.470	0.000*	36.342	44.081
	Açlık	0.418	0.151	0.176	2.770	0.006*	0.121	0.715
<i>R=0.176, R²=0.031, F=7.675, p=0.006, Durbin Watson Değeri=1.793</i>								
Akş	Sabit	67.660	6.085		11.120	0.000*	55.674	79.647
	Açlık	0.430	0.422	0.089	1.019	0.309	-0.402	1.262
	Day	0.264	0.281	0.078	0.939	0.349	-0.289	0.817
	Bs	0.982	0.493	0.134	1.992	0.047*	0.011	1.953
<i>R=0.230, R²=0.053, DR²=0.041 F=4410, p=0.005, Durbin Watson Değeri=1.907</i>								
Skb	Sabit	123.714	4.046		30.576	0.000*	115.743	131.685
	Tokluk	-0.733	0.339	-0.136	-2.160	0.032*	-1.401	-0.064
	Day	0.430	0.153	0.177	2.809	0.005*	0.128	0.731
<i>R=0.224, R²=0.050, DR²=0.042 F=6.269, p=0.002, Durbin Watson Değeri=1.833</i>								
Dkb	Sabit	65.981	2.048		32.215	0.000*	61.946	70.016
	Açlık	0.303	0.204	0.125	1.485	0.139	-0.099	0.705
	Day	0.117	0.142	0.069	0.824	0.411	-0.162	0.396
<i>R=0.177, R²=0.031, DR²=0.023 F=3.8703, p=0.022, Durbin Watson Değeri=1.785</i>								
Bel Çevresi	Sabit	105.616	3.447		30.637	0.000*	98.825	112.407
	Tokluk	-0.920	0.340	-0.172	-2.703	0.007*	-1.590	-0.250
<i>R=0.172, R²=0.030, F=7.308, p=0.007, Durbin Watson Değeri=1.747</i>								

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı

Trigliserit seviyesine etki eden bağımsız değişkenler regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Açlık alt ölçeği ($\beta=0.155$, $p<0.05$) ve otomatik düşünce ölçeği ($\beta=0.158$, $p<0.05$) trigliserit seviyesini pozitif yönde anlamlı düzeyde yordamıştır.

Hdl seviyesine etki eden bağımsız değişkenler regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur. Açlık alt boyutu ($\beta=0.176$, $p<0.05$) serum hdl seviyesini anlamlı pozitif yönde yordadığı görülmüştür.

Glukoz seviyesine etki eden bağımsız değişkenler regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur. Besin seçiciliği alt boyutu ($\beta=0.134$, $p<0.05$) glukoz seviyesini pozitif yönde anlamlı olarak yordamış, açlık ($\beta=0.089$, $p>0.05$) ve duygusal aşırı yeme ($\beta=0.078$, $p>0.05$) alt boyutları glukoz seviyesini anlamlı olarak etkilememiştir.

Sistolik kan basıncı seviyesine etki eden bağımsız değişkenler regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur. Tokluk ($\beta=-0.136$, $p<0.05$) alt boyutu negatif, duygusal aşırı yeme ($\beta=0.177$, $p<0.05$) pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı saptanmıştır.

Diyastolik kan basıncı seviyesine etki eden bağımsız değişkenler regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur. Açlık alt ölçeği ($\beta=0.125$, $p>0.05$), duygusal aşırı yeme ($\beta=0.069$, $p>0.05$) diyastolik kan basıncı seviyesini anlamlı olarak etkilememiştir.

Bel çevresi seviyesine etki eden bağımsız değişkenler regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur. Tokluk ($\beta=-0.172$, $p<0.05$) alt boyutunun pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Metabolik sendromlu psikiyatri tanılı bireylerde olumsuz otomatik düşünceler ve yeme davranışını saptamak için yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır.

1.Olumsuz Otomatik Düşünceler ve İlişkili Faktörler

2.Yeme Davranışı ve İlişkili Faktörler

3.Metabolik Sendrom ve İlişkili Faktörler

5.1. Olumsuz Otomatik Düşünceler ve İlişkili Faktörler

Araştırmanın alt amaçları kapsamında, yetişkin bireylerin otomatik düşünceleri birtakım demografik değişkenlere göre ele alınmıştır. Bu ekseninde değerlendirmeye alınan ilk değişken yaş grubuna göre otomatik düşünceler ölçeği toplam puanı anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatürde ülkemizde Psikiyatrik bozukluk tanılı bireylerin demografik değişkenleri ve otomatik düşünceler konusunda sadece Yıldırım Üşenmez ve Şanlı'nın şizofreni tanılı bireylerle bir çalışması bulunmaktadır. İlgili çalışmada yaş grubu ile otomatik düşünceler ölçeği pozitif ilişki göstermiştir (Yıldırım Üşenmez ve Şanlı, 2023). Türkiye’de yapılan çalışmanın aksine Romanya’da şizofreni tanılı bireylerde yapılan bir çalışmada ise yaş ile otomatik düşünceler anlamlı ilişki göstermemiştir (Popa ve ark., 2022). İki çalışmadaki farklılık çalışmaya katılan katılımcıların kültürel ve tedavi farklılıklarından kaynaklanabilir. Çalışmada yaştan otomatik düşünce üzerinde doğrudan bir etkisi olmamasının nedeni katılımcıların tanı farklılıkları olabilir.

Otomatik düşünceler cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda sonucumuzu desteklemektedir (Iancu ve ark., 2015; Mohammadkhani ve ark., 2020; Popa ve ark., 2022). Yıldırım Üşenmez ve Şanlı tarafından şizofreni hastaları örnekleminde yapılan çalışmada otomatik düşünceler cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiş olup kadın katılımcıların puanı erkek katılımcılara göre yüksek bulunmuştur (Yıldırım Üşenmez ve Şanlı, 2023). Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, cinsiyetin olumsuz otomatik düşünceler üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, çalışmalara dâhil edilen katılımcıların birbirlerinden farklı kriterlere sahip olmasından kaynaklanabilir.

Otomatik düşünceler ölçeğinden bekâr katılımcıların aldıkları puanların, evli katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki tek çalışma olan Yıldırım Üşenmez ve Şanlı'nın çalışmasında da desteklenmektedir (Yıldırım Üşenmez ve Şanlı, 2023). Boşanmış veya bekâr bireylerin psikolojik, sosyal, ekonomik ve sağlık açısından çeşitli uyum güçlükleri yaşadıkları gözlemlenmiştir (Öngider, 2013). Bekâr katılımcıların daha yüksek otomatik düşünce puanlarına sahip olması, evli bireylerin sosyal destek mekanizmaları sayesinde olumsuz düşüncelerini daha iyi yönetebilmeleriyle açıklanabilir. Evlilik, eş ve çocuklarla kurulan iletişim ağı sayesinde bireylerin etkin başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olabilir ve bu durum, olumsuz düşüncelerin azalmasında olumlu bir rol oynayabilir.

Sigara ve alkol kullanımı fazla olan katılımcıları kullanmayanlara kıyasla otomatik düşünceler ölçeği daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Acat ve arkadaşlarının sigara ve alkol kullanan lise öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada otomatik düşünce ölçeği puanları sigara kullanan katılımcılarda yüksek bulunmuştur (Acat ve ark., 2020). Sancak ve arkadaşlarının ilk başvuru psikiyatri hastalarının toplumsal tutumla ilgili otomatik düşüncelerinin alkol ve sigara kullanan katılımcılarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Sancak ve ark., 2016). Ruhsal hastalığı bulunan bireylerde olumsuz otomatik düşünceleri sosyodemografik özelliklerle karşılaştıran çalışmalara literatürde rastlanamamıştır

5.2.Yeme Davranışı ve İlişkili Faktörler

Araştırmanın alt amaçları kapsamında, yetişkin bireylerin yetişkin yeme davranışı birtakım demografik değişkenlere göre ele alınmıştır. Bu ekseninde değerlendirmeye alınan ilk değişken yaş grubu açlık alt boyutuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Bu anlamlı farklılık 44 yaşından büyük olan grubun 18-27 yaş gurubuna göre açlık alt boyutu ölçeği toplam puanından kaynaklanmaktadır. Hindistan'da ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin yeme davranışını değerlendiren çalışmada yaş ile açlık duygusu ters korelasyon göstermiştir (Sreedavi, 2022). Amerika'da yapılan tez çalışmasında açlık hassasiyeti ile yaş anlamlı korelasyon göstermemiştir (Kunstle, 2024). Çalışmada ki bu farklılık katılımcıların kültürel ve tedavi özelliklerinin farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada cinsiyet açlık, duygusal aşırı yeme, duygusal yetersiz yeme ve besin seçiciliğine göre anlamlı farklılık göstermiştir. Şizofreni ve bipolar tanılı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada da cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir (Zekiye Tuncer ve Çetinkaya Duman, 2020). Benzer şekilde, şizofreni hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, kadın hastaların erkek hastalara kıyasla duygusal yeme davranışı sergileme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Sentissi ve ark., 2009). Anksiyete ve depresyon tanılı bireyler üzerinde yakın zamanda yapılan çalışmada da cinsiyete göre farklılık göstermiştir (Akkuş ve ark., 2024). Çalışmanın bulgularının aksine, biri ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları inceleyen, diğeri ise bipolar bozukluğu olan hastalara odaklanan literatürdeki önceki iki araştırmada cinsiyet ile duygusal yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Lundgren vd., 2010; Martin vd., 2016). Kadınların duygusal sıkıntılarla başa çıkma aracı olarak gıdayı kullanma eğilimi, biyolojik ve sosyokültürel faktörlerin bir kombinasyonuna bağlanabilir. Menstrüel döngü ve menopoz gibi hormonal dalgalanmaların duygusal hassasiyeti arttırdığı ve buna bağlı olarak karbonhidrat içeren besinlere başvurma eğilimini arttırdığı bilinmektedir.

Çalışmada medeni duruma göre açlık ve duygusal aşırı yeme anlamlı olarak farklılık göstermiştir. Bu bulgu, evlilikle birlikte artan sosyal rollerin yarattığı stresin bireyleri duygusal yemeye yönelebileceğini düşündürmektedir. Araştırmayı destekleyecek şekilde literatürde benzer bir çalışma bulunmaktadır (Şan, 2024). Bazı çalışmalarda medeni duruma göre duygusal yeme alışkanlığı değişmemektedir (Anıl, 2022). Bu farklılık katılımcıların aile dinamikleri ve tedavi özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada genel olarak katılımcıların yeme davranışları duygu durum değişikliklerine göre değişmektedir. Bipolar tanılı hasta grubu ile yapılan çalışmada ruh hali değişiklikleri günlük yeme zaman düzenini etkilediğini belirtmektedir (Büyükkurt ve ark., 2021). Mani dönemlerinde aşırı enerji ve dürtüsellik, kontrolsüz yeme davranışlarına yol açarken; depresif epizodlarda iştah kaybı veya duygusal açlık ön plana çıkabilmektedir. Ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireylerde fiziksel ve ruhsal sağlık durumları katılımcıların diyet ve yeme davranışı seçimlerini özellikle olumsuz yönde etkilemektedir (Mueller-Stierlin ve ark., 2022). Şizofreni hastalarında yeme davranışlarının incelendiği sistematik derlemede duygudurum düzeyi ile yeme davranışı

pozitif ilişki göstermiştir (Sankaranarayanan ve ark., 2021). Bu ilişki, negatif belirtilerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarına yol açmasıyla veya antipsikotik ilaçların metabolik etkileriyle açıklanabilir. Şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk gibi ciddi bir akıl hastalığı olan kişilerde yapılan nitel bir çalışmada yemek yemenin kadınlarda anksiyete ve depresyon ile erkeklerde ise öfke/hüsran ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (Boggiano ve ark., 2015). Ayrıca, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde obezite prevalansı yüksektir ve bu bireyler duygusal yeme davranışı için yüksek risk grubu oluşturduğu bilinmektedir (Kouidrat ve ark., 2018; Yum ark., 2009).

Ruhsal hastalığı bulunan bireylerin açlık, duygusal aşırı yeme ve besin seçme durumları anlamlı farklılık göstermektedir. Kouidrat ve arkadaşları, şizofreni tanılı bireylerin yeme davranışını değerlendikleri çalışmada duygusal yeme davranışlarının yüksek olduğunu saptamıştır (Kouidrat ve ark., 2018). Yakın zamanda Türkiye’de yapılan çalışmada duygusal yeme davranışının yaygınlığının bipolar bozukluğu olan hastalar ile şizofreni hastalarında benzer olduğu belirlenmiştir (Zekiye Tuncer ve Çetinkaya Duman, 2020). Bu durum, duygusal düzenleme güçlükleri ve antipsikotik ilaçların iştah üzerindeki metabolik etkileriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yeme bozukluklarında depresyon, anksiyete ve öfke arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada yapılan analizler sonucunda, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına aşırı yeme bozukluğu belirtilerine tetikleyicileri olarak anksiyete, depresyon ve öfkenin anlamlı olduğu saptanmıştır (Moosavi ve Amini, 2017). OKB ve panik bozukluk tanılı bireylerin yeme tutumlarını inceleyen çalışmada ise yeme tutumlarında farklılık görülmemiştir (Özsoylar ve ark., 2008). Bu bulgular, olumsuz duyguların yeme davranışını bir başa çıkma stratejisine dönüştürdüğü hipotezini desteklemektedir. Ancak, literatürde aynı mekanizmanın tüm ruhsal hastalıklarda geçerli olmadığı belirtilmektedir. Kültürel faktörler de bu süreçte önemli bir rol oynayabilir.

5.3. Metabolik Sendrom ve İlişkili Faktörler

Bu tez çalışmasında NCEP-ATPIII metabolik sendrom tanı kriterleri olan trigliserit seviyesi, HDL seviyesi, açlık kan şekeri, kan basıncı ve bel çevresi parametreleri kullanılmış olup analizler bu çerçevede yapılmıştır.

Serum trigliserit seviyesini otomatik düşünceler ve açlık alt ölçeği pozitif yönde yordamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmada panik bozukluğu olan bireyler ve kontrol

grubu arasında trigliserit seviyeleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Parmaksız, 2008). Bu anlamlı farklılık panik bozukluğu bulunan bireylerin olumsuz otomatik düşünceleri daha yoğun yaşamasından kaynaklanabilmektedir (Kuru ve ark., 2022; Teachman ve ark., 2008). Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda da yüksek trigliserit seviyesi ile olumsuz otomatik düşünceler pozitif korelasyon göstermiştir (Ma ve ark., 2023; Zhang ve ark., 2022). Otomatik düşüncelerin bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabilir. Dolaylı olarak kişilerin trigliserit seviyelerini etkileyebilir. Katılımcıların Yeme Davranışı Ölçeği (YDÖ) açlık alt boyutundan aldıkları ortalamanın üstünde ki puan, açlık duygularını daha yoğun yaşadıklarından kaynaklanmaktadır. Yapılan analizler, bu puanlardaki artışın trigliserit seviyeleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Trigliserit seviyesindeki değişiklik açlık duygusunda ki artış bireyleri düzensiz ve aşırı yemek yemeğe götürmesinden kaynaklanabilir. Çin’ de ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireylerde yapılan bir çalışmada iştah durumuna göre trigliserit seviyeleri anlamlı farklılık göstermemiştir (Huang ve ark., 2020). Psikiyatri tanıları bireylerin tedavisinde yer alan psikotrop ilaçlar kişinin iştah seviyelerini ve buna bağlı olarak lipit panellerini etkilemekte olduğu bilinmektedir (Huang ve ark., 2020; Shah, 2024; Yılmaz, 2019; Zorkina ve ark., 2024). Çalışma da yer alan katılımcıların büyük bir çoğunluğu psikotrop ilaç tedavisi görmektedir. Metabolik anormalliklerin bazı ciddi ruhsal hastalıklar ile genetik olarak ilişkili olabileceği ve ilaç yan etkilerinden bağımsız olabileceği öne sürülmüştür (So ve ark., 2019).

Serum HDL düzeylerinin açlık alt ölçeği tarafından pozitif olarak yordadığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, açlık hissinin HDL seviyeleri üzerinde kayda değer bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu sonuç literatürdeki önceki çalışmaların bulgularıyla tam olarak örtüşmemektedir. Örneğin, Akıllıoğlu (2018) ve Bayrak ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmalarda açlık hissi ile HDL düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Bazı antidepresan türleri tedavi sürecinde HDL seviyesini pozitif yönde etkilemektedir (Beyazyüz ve ark., 2013; McIntyre ve ark., 2010; Olguner ve ark., 2017; Sankar ve ark., 2024). Çalışma da yer alan katılımcıların %40,2’si antidepresan tedavisi almaktadır. Bu bulgu, araştırmanın özgün bulgularını doğrulamak için daha fazla araştırma yapılması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Serum açlık kan şekeri seviyesini açlık, duygusal aşırı yeme alt ölçeklerinin etkilemediği fakat besin seçiciliği alt ölçeğinin pozitif yönde etkilediği saptanmıştır.

Bireylerin yeme davranışları büyük ölçüde duygusal durumlarına bağlı olmakla birlikte olumlu duygular yaşadıklarında daha sağlıklı gıdalar tüketme eğilimindeyken, olumsuz duygusal durumlarda hızlı yiyecek (fast food) tüketimi artma eğilimindedir (Canetti, 2002). Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireyler, tat ve tokluk algısının azalması ve belirli gıda türlerini seçici olarak tüketme eğilimi de dahil olmak üzere sağlıklı beslenmeye ilişkin olumsuz algılara sahip olma eğilimindedir (Barre ve ark., 2011). Aynı zamanda ciddi ruhsal hastalığı ve aşırı kilolu/obezitesi olan hastalar hızlı yiyecek (fast food) yağlarını daha fazla tercih ederler (Garriga ve ark., 2019; Simon, 2022). Bu tür davranışlar, kan şekeri seviyelerinde ani değişikliklere yol açarak metabolik sendrom riskini artırabilir (Simon, 2022; Diabetes Care Community, 2023).

Sistolik kan basıncı seviyesini duygusal aşırı yeme alt ölçeği pozitif yönde; tokluk alt ölçeği negatif yönde yordamıştır. Yapılan çalışmalarda duygusal yeme ile hipertansiyon arasında pozitif ilişki bildirilmiştir (Hainer ve ark., 2006; Lopez ve ark., 2018; Puchkova-Sistac ve ark., 2023; Wu ve ark., 2024). Literatürde yapılan çalışmalarda tokluk, sistolik kan basıncı ile negatif korelasyon göstermiştir (Smith, 2024). Tokluk hissi leptin gibi anoreksijenik hormonlar tarafından düzenlenmektedir. Bu hormonlar, iştah kontrolünü sağlayarak aşırı yeme eğilimini engeller ve dolaylı olarak kan basıncını olumlu etkileyebilmektedir.

Tokluk ve bel çevresi arasında negatif bir korelasyon tespit edilmiştir; bu da tokluk algısının yeme davranışlarını ve metabolik risk faktörlerini etkileme olasılığını düşündürmektedir. Kore'de şizofreni hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, bel çevresi ile tokluk hissini teşvik eden düzenli ve sağlıklı beslenme düzeni arasında negatif bir korelasyon olduğu görülmüştür (Kim ve ark., 2023). Bu çalışma, önceki araştırmaların bulgularıyla tutarlıdır (Akıllıoğlu, 2018; Betancourt-Núñez vd., 2022; Lazarevich vd., 2013). Hormonlar, açlık ve tokluk hislerini, beynin açlık ve tokluk merkezlerini uyararak gösterirler (Arıkan, 2017). Yapılan çalışmalarda, tokluğa yanıt olarak azaldığı bilinen ghrelin hormonu ile bel çevresi arasında negatif bir ilişki gözlemlenmiştir (Kara, 2014; Monti ve ark., 2006). Bu bulgular, tokluk algısı ile bel çevresi arasındaki negatif korelasyonun, yeme davranışları ve metabolik risk faktörleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu desteklemektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Psikiyatrik tanıli bireylerde metabolik sendrom oranının % 36,1 olduğu belirlenmiştir.

Psikiyatrik tanılara göre metabolik sendrom oranı şu şekildedir;

- Bipolar Affektif Bozukluk % 45,5,
- Şizofreni % 41,9
- Organik olmayan psikoz % 35,5
- Anksiyete %20
- Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar (OKB) % 12,5
- Depresyon % 7,7

Psikiyatrik tedavi özelliklerine göre metabolik sendrom oranı şu şekildedir;

- Atipik antipsikotik tedavi %44,8
- Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü %27,6
- Valproik Asit %28,7

2. Otomatik düşünceler sigara ve alkol kullanım durumu, medeni durum ve kişinin olumsuz duygu durumunda yeme davranışının değişimine, antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanım durumu ve türüne göre anlamlı olarak değişmektedir.

3.Yeme davranışı yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı, olumlu ve olumsuz duygu durumunda yeme davranışının değişimine, hastalık tanısı, süresi, antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanım durumuna ve türüne göre anlamlı olarak değişmektedir.

4. Otomatik düşünceler ölçeği ve yeme davranışı tokluk alt boyutu arasında pozitif ilişki belirlenmiştir. Şaşkınlık ve kaçmaya yönelik düşünceler, yalnızlığa yönelik olumsuz düşünceler ile yeme davranışı yetersiz yeme alt boyutu arasında pozitif ilişki saptanmıştır

5. Bireylerin otomatik düşünceler ve yeme davranışı ölçeğinde alt boyutunda elde edilen puanlar arttıkça trigliserit seviyelerinde anlamlı bir artış gözlemlenmiştir.

6. Yeme davranışı ölçeğinde açlık alt boyutunda elde edilen puanlar arttıkça, HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein) seviyelerinde de anlamlı bir yükselme meydana geldiği belirlenmiştir.

7. Yeme davranışı ölçeğinde besin seçiciliği puanları yükseldikçe, açlık kan şekeri düzeylerinin de artış gösterdiği bulunmuştur.

8. Yeme davranışı duygusal aşırı yeme alt boyutundan alınan puan arttıkça sistolik kan basıncı seviyesini anlamlı olarak arttırdığı, tokluk alt boyutundan alınan puan arttıkça ise sistolik kan basıncı seviyesini anlamlı olarak azalttığı belirlenmiştir.

9. Yeme davranışı tokluk alt boyutunda alınan puan arttıkça bel çevresinde anlamlı bir azalma saptanmıştır

10. Yeme davranışı ölçeğinde açlık ve duygusal aşırı yeme alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça beden kitle indeksinin (BKİ) yükseldiği, yetersiz yeme ve tokluk alt boyutlarındaki puan artışı ise beden kitle indeksinde azalttığı saptanmıştır.

Öneriler;

1. Psikiyatrik tanıları olan bireylerde metabolik sendrom riskini azaltmak için kişiye özel fiziksel ve psikolojik durumuna uygun beslenme programları, düzenli fiziksel aktivite önerileri ve stres yönetimi tekniklerini içeren sağlıklı yaşam planları oluşturulmalıdır.

2. Hastaların düzenli olarak metabolik sendrom parametrelerinin takip edilmesi için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

3. Hastalara yönelik sağlık kuruluşları tarafından bireysel danışmanlık hizmetleri sunulurken, metabolik sendromun önlenmesine yönelik farkındalıkları artırılmalıdır.

4. Aileler, psikiyatrik tanıları olan bireylerin metabolik sendrom risk faktörleri konusunda bilinçlendirilmelidir.

5. Aileler hastalar için hazırlanan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite planlarına dahil edilmeli hastaları desteklemeleri için rehberlik edilmelidir.

6. Ailelerin, hastaların ilaç tedavilerine uyumunu takip etmeleri ve metabolik yan etkiler konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

7. Sağlık çalışanlarına, psikiyatrik hastalıklarda metabolik sendrom risk faktörlerini tanıma ve yönetme konusunda eğitimler verilmelidir.

8. Sağlık çalışanlarının multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek, hastaların hem psikiyatrik hem de metabolik sağlıklarının bütüncül olarak değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

9. Hastaların metabolik sendromun uzun vadeli sağlık riskleri hakkında bilinçlendirilmesi için broşürler, videolar ve interaktif eğitim materyalleri eğitimler düzenlenmelidir.

7.KAYNAKÇA

Abacı, A., Kılıçkap, M., Göksülük, H., Karaaslan, D., Barçın, C., Kayıkçıoğlu, M., Özer, N., Yılmaz, M. B., Şahin, M. ve Tokgozoglu, L., 2018. Türkiye’de Metabolik Sendrom Sıklığı Verileri: Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Epidemiyolojik Çalışmaların Sistematiik Derleme, Meta-Analiz ve Meta-Regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 46(7), 591-601. Doi.Org/10.5543/Tkda.2018.00878

Acat, M., Memiş, Ç. Ö., Turan, M. K., Benli, A. R., Taskın, E., Yasar, Z. and Memiş, S. D., 2020. Smoking Prevalence, Associated Attitudes and Comparison Of Negative Automatic Thoughts Among High School Students İn Turkey. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 6(1), 16-21.

Akıllıoğlu, T. 2018. Metabolik Sendrom, Duygusal ve Kısıtlayıcı Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Akkuş, M., Gelirgün, Ö. G., Karataş, K. S., Telatar, T. G., Gökçen, O. and Dönmez, F., 2024. The Role of Anxiety and Depression in the Relationship Among Emotional Eating, Sleep Quality, and Impulsivity. *The Journal of nervous and mental disease*, 212(7), 378–383. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001783>

Aksu, M. H., Yığman, F. and Özdel, K., 2020. The Relationship Between Cognitive Factors, Body Image And Eating Behaviors İn Obese Patients. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(2), 113-113.

Albert, U., Aguglia, A., Chiarle, A., Bogetto, F. and Maina, G., 2013. Metabolic Syndrome And Obsessive-Compulsive Disorder: A Naturalistic Italian Study. *General hospital psychiatry*, 35(2), 154–159.

American Psychological Association., 2014. Psychological Disorders: A Unit Lesson Plan For High School Psychology Teachers. Teachers Of Psychology İn Secondary Schools (TOPSS).

American Psychological Association., 2018, April 19. Automatic thoughts. In *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/automatic-thoughts>

Amerikan Psikiyatri Birliğı, 2014. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliğı, Ankara.

Anıl, G., 2022. Yetişkin Bireylerde Duygusal Yeme Davranışlarının Besin Seçimi, Depresyon ve Beden Kütle İndeksi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bilgi Üniversitesi, İstanbul.

Arıkan, Ş., 2017. İnsanlarda Açlık ve Tokluk Hissinin Oluşması. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr, Virani, S. S., Williams, K. A., Sr, Yeboah, J. and Ziaeian, B., 2019. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(10), e177–e232. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.010>

Artıran. M. ve Şeker. A., 2020. Otomatik Düşüncelerin Yordayıcılığı: Umut ve Umutsuzluk Farkı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 9(73). 36-47.

Ataey, A., Jafarvand, E., Adham, D. and Moradi-Asl, E., 2020. The Relationship Between Obesity, Overweight, and the Human Development Index in World Health Organization Eastern Mediterranean Region Countries. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 53(2), 98–105. <https://doi.org/10.3961/jpmph.19.100>

Athanasos P., 2017. Mood Disorders. In: Evans K, Nizette D, O'Brien A, eds. *Psychiatric and Mental Health Nursing*. 4th ed. Australia: Elsevier,; p: 914-962.

Babaoğlu, E., ve Ayar, Y., 2024. Hemşirelerin Psikiyatri Kliniklerinde Tedavi Gören Hastaların Metabolik Sendrom Risklerini Değerlendirmeye Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 6(1), 51-61.

Bal, F. ve Alkoç, D., 2020. Aleksitimik Belirtilerin Yordanmasında Olumsuz Otomatik Düşünceler ve Ruminasyonun Rolünün İncelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 16(27), 353-369

Balkan, F., 2014. Metabolik Sendrom. *Ankara Tıp Dergisi*, 13(2), 85-90.

Barre, L. K., Ferron, J. C., Davis, K. E. and Whitley, R., 2011. Healthy Eating İn Persons With Serious Mental İllnesses: Understanding And Barriers. *Psychiatric rehabilitation journal*, 34(4), 304–310. <https://doi.org/10.2975/34.4.2011.304.310>

Baçoğlu, C. ve Kalenderoğlu, A., 2021. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Özsaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 305-314.

Bayrak, E., Serter, R. ve Işıklı, S., 2020. Duygusal, Dışsal ve Kısıtlayıcı Yeme Bozukluklarının Metabolik Sendrom Gelişimi Üzerine Etkisi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 53(1), 36-43.

Becerikli, H.İ., 2023. Yetişkin Bireylerde İrrasyonel İnanışların ve Otomatik Düşüncelerin Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kent Üniversitesi, İstanbul.

Beck, J. S., 2011. *Cognitive Behavior Therapy: Basics And Beyond* (2nd ed.). The Guilford Press. pp (137-242).

Betancourt-Núñez, A., Torres-Castillo, N., Martínez-López, E., De Loera-Rodríguez, C. O., Durán-Barajas, E., Márquez-Sandoval, F., Bernal-Orozco, M. F., Garaulet, M. and Vizmanos, B., 2022. Emotional Eating and Dietary Patterns: Reflecting Food Choices in People with and without Abdominal Obesity. *Nutrients*, 14(7), 1371. <https://doi.org/10.3390/nu14071371>

Beyazyüz, M., Albayrak, Y., Eğilmez, O. B., Albayrak, N. and Beyazyüz, E., 2013. Relationship between SSRIs and Metabolic Syndrome Abnormalities in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Prospective Study. *Psychiatry investigation*, 10(2), 148–154. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.2.148>

Boggiano, M. M., Wenger, L. E., Turan, B., Tatum, M. M., Sylvester, M. D., Morgan, P. R., Morse, K. E. and Burgess, E. E., 2015. Real-Time Sampling Of Reasons For Hedonic Food Consumption: Further Validation Of The Palatable Eating Motives Scale. *Frontiers in psychology*, 6, 744. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00744>

Bonfioli, E., Berti, L., Goss, C., Muraro, F. and Burti, L. (2012). Health Promotion Lifestyle Interventions For Weight Management In Psychosis: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Randomised Controlled Trials. *BMC Psychiatry*, 12-78

Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T. and Emley, E., 2018. Eating When Depressed, Anxious, Bored, Or Happy: Are Emotional Eating Types Associated With Unique Psychological And Physical Health Correlates?. *Appetite*, 125, 410–417. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.022>

Brooks JO 3rd, Chang H.S. and Krasnykh O., 2009. Metabolic Risks In Older Adults Receiving Second-Generation Antipsychotic Medication. *Curr Psychiatry Rep.* 11:33-40.

Buyukkurt, A., Bourguignon, C., Antinora, C., Farquhar, E., Gao, X., Passarella, E., Sibthorpe, D., Gou, K., Saury, S., Beaulieu, S., Storch, K. F. and Linnaranta, O., 2021. Irregular Eating Patterns Associate With Hypomanic Symptoms In Bipolar Disorders. *Nutritional neuroscience*, 24(1), 23–34. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2019.1587136>

Canetti, L., Bachar, E. and Berry, E. M., 2002. Food and Emotion. *Behavioural processes*, 60(2), 157–164. [https://doi.org/10.1016/s0376-6357\(02\)00082-7](https://doi.org/10.1016/s0376-6357(02)00082-7)

Chang, Y., 2021. Effects of Game Situation-Dependent Emotions on Sport Spectators' Food Craving. *Frontiers in Psychology*, 12, 724220.

Chang, J., Oikawa, S., Ichihara, G., Nanpei, Y., Hotta, Y., Yamada, Y., Tada-Oikawa, S., Iwahashi, H., Kitagawa, E., Takeuchi, I., Yuda, M., and Ichihara, S., 2012. Altered Gene And Protein Expression In Liver Of The Obese Spontaneously Hypertensive/NDmcr-cp rat. *Nutrition and Metabolism*, 9(1), 1-10. doi: 10.1186/1743-7075-9-87

Cleveland Clinic., 13.09.2023. Metabolic Syndrome. From: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/10783-metabolic-syndrome>

Coello, K., Vinberg, M., Knop, F. K., Pedersen, B. K., McIntyre, R. S., Kessing, L. V. and Munkholm, K., 2019. Metabolic Profile In Patients With Newly Diagnosed Bipolar Disorder And Their Unaffected First Degree Relatives, *Int J Bipolar Disord*. 7(1).

Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K., and Ward, P. B., 2016. Evaluating An Individualized Lifestyle And Life Skills Intervention To Prevent Antipsychotic-Induced Weight Gain In First-Episode Psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 10(3), 267–276. <https://doi.org/10.1111/eip.12230>

Çakar, F., 2024. Genç Yetişkinlerde Problem Çözme Becerisi ve Otomatik Düşüncelerin Aile İletişim Kalıpları Üzerindeki Yordayıcılığının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Ahi Evran Üniversitesi, Kırşehir.

Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Mantzourou, M. and 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. <https://doi.org/10.3390/nu15051173>

De Hert, M. A., van Winkel, R., Van Eyck, D., Hanssens, L., Wampers, M., Scheen, A. and Peuskens, J., 2006. Prevalence Of The Metabolic Syndrome In Patients With Schizophrenia Treated With Antipsychotic Medication. *Schizophrenia research*, 83(1), 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.12.855>

Del Casale, A., Sorice, S., Padovano, A., Simmaco, M., Ferracuti, S., Lamis, D. A., Rapinesi, C., Sani, G., Girardi, P., Kotzalidis, G. D. and Pompili, M., 2019. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Current neuropharmacology*, 17(8), 710–736. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017>

Diabetes Care Community., 2023. Emotional Eating And Diabetes. Erişim Tarihi: 12.11.2024. <https://www.diabetescarecommunity.ca/living-well-with-diabetes-articles/mental-health-articles/emotional-eating-and-diabetes/>

Dolapoğlu, N., 2017. Bipolar Bozuklukta Metabolik Sendromun Serum Agouti Related Peptid ve Yeme Davranışı İlişkisinin İncelenmesi: Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırmalı Kesitsel Çalışma. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi. İzmir

Duru, H. A. ve Yılmaz, M., 2023. Depresyon Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapide Psikiyatri Hemşiresinin Rolü: Literatür İncelemesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 131-146.

Eckel, R. H., Jakicic, J. M., Ard, J. D., de Jesus, J. M., Houston Miller, N., Hubbard, V. S., Lee, I. M., Lichtenstein, A. H., Loria, C. M., Millen, B. E., Nonas, C. A., Sacks, F. M., Smith, S. C., Jr, Svetkey, L. P., Wadden, T. A., Yanovski, S. Z. and American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines., 2014. 2013 AHA/ACC Guideline On Lifestyle Management To Reduce Cardiovascular Risk: A Report Of The American College Of Cardiology/American Heart Association Task Force On Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25 Pt B), 2960–2984. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.11.003>

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults., 2001. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, 285(19), 2486–2497. <https://doi.org/10.1001/jama.285.19.2486>

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M. and Caron, J., 2010. Professional Service Utilisation Among Patients With Severe Mental Disorders. *BMC health services research*, 10, 141. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-141>

Ganley R., 1989. Emotion And Eating In Obesity: A review of the literature. *International Journal Of Eating Disorders*, 8(3): 343-361.

Garriga M, Mallorquí A, Serrano L, Ríos J, Salamero M, Parellada E., Gómez-Ramiro, M., Oliveira, C., Amoretti, S., Vieta, E., Bernardo, M. and García-Rizo, C., 2019. Food Craving And Consumption Evolution In Patients Starting Treatment With Clozapine. *Psychopharmacology* 236(11):3317–3327. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05291-3>

Global Burden of Disease Study 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators., 2018. Global, Regional, And National Incidence, Prevalence, And Years Lived With Disability For 354 Diseases And Injuries For 195 Countries And Territories, 1990-2017: A Systematic Analysis For The Global

Burden Of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Global Burden of Disease Study., 2022. 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, Regional, and National Burden Of 12 Mental Disorders İn 204 Countries And Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study. *Lancet Psychiatry*. ;9:137–50. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.

Gökçakan. Z. ve Gökçakan. N., 2005. Depresyonda Bilişsel Terapi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1(1). 91- 101.

Gökdağ. C., 2014. Otomatik Düşünceler. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Mizaç ve Karakter Arasındaki İlişkiler [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi.

Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Białek-Dratwa, A., Staśkiewicz, W., Rozmiarek, M., Misterska, E. and Sas-Nowosielski, K., 2022. Prevalence Of Emotional Eating İn Groups Of Students With Varied Diets And Physical Activity İn Poland. *Nutrients*. 14(16), 3289.

Gray, R., Hardy, S. and Anderson, K.H., 2009. Psysical Health And Severe Mental İllness: İf We Don't Do Something About İt, Who Will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5): 299-300.

Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Daniels, S. R., Donato, K. A., Eckel, R. H., Franklin, B. A., Gordon, D. J., Krauss, R. M., Savage, P. J., Smith, S. C., Jr, Spertus, J. A., Costa, F., American Heart Association, and National Heart, Lung, and Blood Institute., 2005. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, 112(17), 2735–2752. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.169404>

Gültekin, B. K., 2010. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve Ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.

Gümüşay Uğur, M., 2014. Metabolik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Tanılı Hastalarda Uyku Kalitesi, Kronotip ve Gece Yemenin Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul

Hagi, K., Nosaka, T., Dickinson, D., Lindenmayer, J. P., Lee, J., Friedman, J., Boyer, L., Han, M., Abdul-Rashid, N. A. and Correll, C. U., 2021. Association Between Cardiovascular Risk Factors and Cognitive Impairment in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(5), 510–518.

Hahs-Vaughn, D. L. and Lomax, R. G., 2020. An introduction to statistical concepts. Routledge.

Hainer, V., Kunesova, M., Bellisle, F., Parizkova, J., Braunerova, R., Wagenknecht, M., Lajka, J., Hill, M. and Stunkard, A., 2006. The Eating Inventory, Body Adiposity And Prevalence Of Diseases In A Quota Sample Of Czech Adults. *International journal of obesity* (2005), 30(5), 830–836. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803202>

Hardy S., White J., Deane K. and Gray R., 2011. Educating Healthcare Professionals to Act on The Physical Health Needs of People with Serious Mental Illness: A Systematic Search for Evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18:8:721-727

Hardy, S. and Gray, R., 2010. Adapting The Severe Mental Illness Physical Health Improvement Profile For Use In Primary Care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19 (5): 350-355.

Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J. and Nordentoft, M., 2017. Years Of Potential Life Lost And Life Expectancy In Schizophrenia: A Systematic Review And Meta-Analysis. *The lancet. Psychiatry*, 4(4), 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)

Ho, C. S., Zhang, M. W., Mak, A. and Ho, R. C., 2014. Metabolic Syndrome In Psychiatry: Advances In Understanding And Management. *Advances in psychiatric treatment*, 20(2), 101-112.

Hollon, S. D. and Kendall, P. C., 1980. Cognitive Self-Statements In Depression: Development Of An Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4(4), 383-395. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029775>

Hsiung, D. Y., Liu, C. W., Cheng, P. C. and Ma, W. F., 2015. Using Non-Invasive Assessment Methods To Predict The Risk Of Metabolic Syndrome. *Applied nursing research : ANR*, 28(2), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.12.001>

Huang, J., Hei, G. R., Yang, Y., Liu, C. C., Xiao, J. M., Long, Y. J., Peng, X. J., Yang, Y., Zhao, J. P. and Wu, R. R., 2020. Increased Appetite Plays a Key Role in Olanzapine-Induced Weight Gain in First-Episode Schizophrenia Patients. *Frontiers in pharmacology*, 11, 739. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00739>

Iancu, I., M.D., Bodner, E., PhD., Joubran, S., M., Lupinsky, Y., M.D. and Barenboim, D., M.A., 2015. Negative and Positive Automatic Thoughts in Social Anxiety Disorder. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 52(2), 129-136. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/negative-positive-automatic-thoughts-social/docview/1777443612/se-2>

Kafes, A. Y., 2021. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.

Kara, H., 2014. Diyet Yapan Obez Bireylerde Leptin, Ghrelin, Nesfatin1 ve Obestatin Biyokimyasal Parametreleri ile Kilo Verme Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir.

Karaman, B., 2019. Yetişkinlerde Sıfatlara Dayalı Kişilik Özellikleri, Otomatik Düşünceler ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisan Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Khalkhali, M., Rasekh, K., Eslandoust-Siahestalkhi, F., Farrahi, H. and Zare, R., 2023. Metabolic Syndrome In Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1164750.

Kim, M., Yang, S. J., Kim, H. H., Jo, A., Jhon, M., Lee, J. Y., Ryu, S. H., Kim, J. M., Kweon, Y. R. and Kim, S. W., 2023. Effects of Dietary Habits on General and Abdominal Obesity in Community-dwelling Patients with Schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 21(1), 68–76. <https://doi.org/10.9758/cpn.2023.21.1.68>

Konttinen, H., van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P. and Haukkala, A., 2019. Depression, Emotional Eating And Long-Term Weight Changes: A Population-Based Prospective Study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8>

Kornstein, S.G. 2006. Gender And Depression. MedscapeCME. Retrieved from <http://cme.medscape.com/viewarticle/527494>

Kouidrat, Y., Amad, A., Stubbs, B., Louhou, R., Renard, N., Diouf, M. and Loas, G., 2018. Disordered Eating Behaviors As A Potential Obesogenic Factor İn Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 269, 450–454. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.083>.

Kumsar A.K., 2012. Metabolik Sendromlu Kadınlarda Hemşire Danışmanlığının Metabolik Sendrom Temel Bileşenlerini Kontrol Altına Almada Etkinliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi.

Kunstle, J. A., 2024. Hunger Sensitivity: How High İnteroceptive Awareness Of Hunger İmpacts Eating Behaviors And Body Mass Index İn Those Over 40 (Order No. 31237886). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (3051214801). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/hunger-sensitivity-how-high-interoceptive/docview/3051214801/se-2>

Kurt, A., 2022. Otomatik Düşünceler, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Esnekliğin Psikolojik Semptomlarla İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.

Kuru, E., Özdemir, İ. ve Bilgiç, A. B., 2022. Panik Bozukluğu Olan Bireylerde Kişilik Özellikleri ve Bilişsel Özelliklerin Değerlendirilmesi: Klinik ve Sağlıklı Grupların Karşılaştırılması. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(2), 6-12.

Kwun Nam Chan J, Ho Yi Yong C, Sau Man Wong C, Yu Hai Chen E. and Chung Chang W., 2022. Life Expectancy And Years Of Potential Life Lost In Bipolar Disorder: Systematic Review And Meta-Analysis. *Br J Psychiatry*. 221(3):567–76. doi:10.1192/bjp.2022.19.

Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E. and Velázquez-Alva, M.delC., 2013. Obesity, Eating Behaviour And Mental Health Among University Students In Mexico City. *Nutricion hospitalaria*, 28(6), 1892–1899.

Lebedina-Manzoni M., 2004. To What Attribute Their Academic Success And Unsucccess. *Education* 124(4): 699-708

Liu, J. and Fu, L., 2022. Metabolic Syndrome In Patients With Schizophrenia: Why Should We Care. *Medicine*, 101(32), e29775.

Lopez-Cepero, A., Frisard, C. F., Lemon, S. C. and Rosal, M. C., 2018. Association Of Dysfunctional Eating Patterns And Metabolic Risk Factors For Cardiovascular Disease Among Latinos. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(5), 849–856. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.007>

Lundgren, J. D., Rempfer, M. V., Brown, C. E., Goetz, J. and Hamera, E., 2010. The Prevalence Of Night Eating Syndrome And Binge Eating Disorder Among Overweight And Obese Individuals With Serious Mental Illness. *Psychiatry Research*, 175(3), 233–236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.027>.

Luvannyam, E., Jain, M. S., Pormento, M. K. L., Siddiqui, H., Balagtas, A. R. A., Emuze, B. O. and Poprawski, T., 2022. Neurobiology of Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Cureus*, 14(4), e23959. <https://doi.org/10.7759/cureus.23959>

Ma, S., Ju, P., Xia, Q., Pan, Z., Gao, J., Zhang, L., Gao, H., Yan, J., Zhang, J., Wang, K., Li, C., Xie, W. and Zhu, C., 2023. Automatic Thoughts, Self-Stigma, And Resilience Among Schizophrenia Patients With Metabolic Syndrome: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 19, 1195–1206. <https://doi.org/10.2147/NDT.S407662>

Macht M., 2008. How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model. *Appetite*, 50(1): 1-11.

İn A Random Sample Of Adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(6), 822–830. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.03.015>

Moosavi, S. M. and Amini, F., 2017. Role Of Anxiety, Depression And Anger İn Eating Disorders-Structural Model. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 5(4), 40-4.

Moreira, F. P., Jansen, K., Cardoso, T. A., Mondin, T. C., Magalhães, P. V., Kapczinski, F., Souza, L. D. M., da Silva, R. A., Osés, J. P. and Wiener, C. D., 2019. Metabolic Syndrome And Psychiatric Disorders: A Population-Based Study. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 41(1), 38–43. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2328>

Mueller-Stierlin, A. S., Cornet, S., Peisser, A., Jaeckle, S., Lehle, J., Moerkl, S. and Teasdale, S. B., 2022. Implications of Dietary Intake and Eating Behaviors for People with Serious Mental Illness: A Qualitative Study. *Nutrients*, 14(13), 2616. <https://doi.org/10.3390/nu14132616>

Muir- Cochrane, E., 2006. Medical Co-Morbidity Risk Factors And Barriers To Care For People With Schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4): 447-452.

Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Scherer, E. A., Pratt, S. I., Wolfe, R. S. and Bartels, S. J., 2016. Lifestyle Intervention for People With Severe Obesity and Serious Mental Illness. *American journal of preventive medicine*, 50(2), 145–153. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.012>

National Institute of Mental Health., 2024. Bipolar disorder. Erişim Tarihi: 10.10.2024, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>

Nousen, E. K., Franco, J. G. and Sullivan, E. L., 2013. Unraveling The Mechanisms Responsible For The Comorbidity Between Metabolic Syndrome And Mental Health Disorders. *Neuroendocrinology*, 98(4), 254–266. <https://doi.org/10.1159/000355632>

O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B. and Ferguson, E., 2019. Effects Of Daily Hassles And Eating Style On Metabolic Control İn Women With Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 38(3), 231-239

Olfson M., Gerhard T., Huang C., Crystal S. ve Stroup T.S., 2015. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia İn The United States. *JAMA Psychiatry [Internet]*. 72(12):1172–81. Available from: <https://jamanetwork.com/>

Olguner Eker, Ö., Özsoy, S., Eker, B. and Doğan, H., 2017. Metabolic Effects of Antidepressant Treatment. *Noro psikiyatri arsivi*, 54(1), 49–56. <https://doi.org/10.5152/npa.2016.12373>

Oruç, T., 2013. Üniversite Öğrencilerinde Psikososyal Değişkenlere Göre Yalnızlık ile Otomatik Düşünceler İlişkisinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi.

Öngider, N., 2013. Boşanmanın Çocuk Üzerindeki Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5 (2), 140-161

Öyekçin, D.G., 2009. Bir Grup Şizofreni ve Şizoaffectif Bozukluk Hastasında Metabolik Sendrom Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (1): 26-33.

Özdamar, K., 2004. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Eskişehir: Kaan Kitabevi; 332.

Özkan Demir, N. ve Tuğlu, C., 2020. Bipolar Bozukluk Hastalarında Metabolik Sendrom ve Dürtüsellik İlişkisi. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(3). 277-284

Özkan, N. ve Bilici, S., 2018. Yeme Davranışında Yeni Yaklaşımlar: Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 16-24.

Özsoylar G., Sayın A., ve Candansayar S., 2008. Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 11:17-24.

Papanastasiou E., 2013. The Prevalence And Mechanisms Of Metabolic Syndrome In Schizophrenia: A Review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 3(1), 33–51. <https://doi.org/10.1177/2045125312464385>

Parmaksız, S., 2008. Panik Bozuklukta Ghrelin, Triglicerit, Kolesterol ve Alt Tiplerinin Düzeyleri ve Klinik Değişkenliklerle İlişkisinin Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.

Penninx, B. W. J. H. and Lange, S. M. M., 2018. Metabolic Syndrome In Psychiatric Patients: Overview, Mechanisms, And Implications. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 63–73.

Popa, C. O., Rus, A. V., Lee, W. C., Cojocaru, C., Schenk, A., Văcăraș, V., Olah, P., Mureșan, S., Szasz, S. and Bredicean, C., 2022. The Relation between Negative Automatic Thoughts and Psychological Inflexibility in Schizophrenia. *Journal of clinical medicine*, 11(3), 871. <https://doi.org/10.3390/jcm11030871>

Preda, A., 2024. What Are Bipolar Disorders? *American Psychiatric Association*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>

Psikiyatri Hemşireleri Derneği., 2024. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Kılavuzu (TÜRK-ICN İş Birliği). Erişim Tarihi: 12.03.2025

https://phdernegi.org/wp-content/uploads/2024/09/TUR_ICN_MentalHealthNursingGuidelines.pdf

Puchkova-Sistac, A., de Lauzon-Guillain, B., Girerd, N., Boivin, J. M., Bozec, E., Mercklé, L., Nazare, J. A., Laville, M., Rossignol, P. and Wagner, S., 2023. Association Between Eating Behaviour and 13-Year Cardiovascular Damages In The Initially Healthy STANISLAS Cohort. *European journal of preventive cardiology*, 30(4), 349–357. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac287>

Saklayen, M.G., 2018. The Global Epidemic Of The Metabolic Syndrome. *Current hypertension reports*, 20(2), 1-8.

Sancak, B., Cesur, E., Altuntaş, Ö. ve Özer, Ü., 2016. İlk Başvuru Hastalarında Tedavi ile İlgili Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Değerlendirilmesi. DOI:10.13140/RG.2.2.15403.77603

Sankar, K., Mohathasim Billah, A. A., Shanmugasundram, N., Veintramuthu, S. and Viswanathan, S., 2024. Effect of Vortioxetine in Comparison to Fluoxetine on Metabolic Parameters in Patients With Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Cureus*, 16(1), e53178. <https://doi.org/10.7759/cureus.53178>

Sankaranarayanan, A., Johnson, K., Mammen, S. J., Wilding, H. E., Vasani, D., Murali, V., Mitchison, D., Castle, D. J. and Hay, P., 2021. Disordered Eating among People with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Nutrients*, 13(11), 3820. <https://doi.org/10.3390/nu13113820>

Sarıca Acaröz, Ö. ve Işıktaş, S., 2023. Yetişkinlerde Fonksiyonel Olmayan Tutumların ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Depresyona Etkisinin İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler Ve Eğitim Dergisi*, 9(19), 311-331. <https://doi.org/10.59304/ijhe.1258890>

Schnepper, R., Georgii, C., Eichin, K., Arend, A. K., Wilhelm, F. H., Vögele, C., Lutz, A. P. C., van Dyck, Z. and Blechert, J., 2020. Fight, Flight, - Or Grab a Bite! Trait Emotional and Restrained Eating Style Predicts Food Cue Responding Under Negative Emotions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 14, 91. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.00091>

Sentissi, O., Viala, A., Bourdel, M. C., Kaminski, F., Bellisle, F., Olié, J. P. and Poirier, F., 2009. Impact Of Antipsychotic Treatments On The Motivation To Eat: Preliminary Results In 153 Schizophrenic Patients. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 24, 257–264. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32832b6bf6>

Serin, N. B. ve Aysan, F., 2021. Lise Öğrencilerinin Depresyon ve Olumsuz Otomatik Düşüncelerinin Cinsiyet ile Akademik Başarı Açısından İncelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 285-296.

Sevi, O. M. ve Özyurt, B. E., 2013. Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin Şizofreni Hastalarının Olumsuz Otomatik Düşüncelerini Değerlendirmede Geçerlik ve Güvenirliliğine Dair Bir Ön Çalışma. *Anatolian Journal Of Clinical Investigation*, 7(1).1-9

Sevilgen, M., Gülfidan, A. N. ve Tolan, Ö. Ç., 2023. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık ile Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkide Öz Anlayışın Aracılık Rolü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (65), 361-386.

Sevinçer, G. ve Konuk, N., 2013. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4): 171-178.

Shah, A., 2024. Metabolic Syndrome in Psychiatric Disorders. *Arch Biol Psychiatry*, (2). 4-13. doi: 10.25259/ABP_24_2023

Simon, M. S., Barton, B., Zagler, A., Engl, K., Rihs, L., Glocker, C. and Musil, R., 2023. Lifestyle Behaviors, Metabolic Disturbances, And Weight Gain In Psychiatric Inpatients Treated With Weight Gain-Associated Medication. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 273(4), 839–851. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01442-4>

Skogberg, N., Castaneda, A. E., Agyemang, C., Koponen, P., Lilja, E. and Laatikainen, T., 2022. The Association Of Depressive And Anxiety Symptoms With The Metabolic Syndrome And Its Components Among Russian, Somali, And Kurdish Origin Adults In Finland: A Population-Based Study. *Journal of psychosomatic research*, 159, 110944. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110944>

Smith, A., 2024. Hunger, Satiety, And Meal Acceptability: Associations With Mood, Cardiovascular Function, And Selectivity In Memory And Attention. *World Journal of Pharmaceutical Research*, 13(4), 26-36.

So, H. C., Chau, K. L., Ao, F. K., Mo, C. H. and Sham, P. C., 2019. Exploring Shared Genetic Bases And Causal Relationships Of Schizophrenia And Bipolar Disorder With 28 Cardiovascular And Metabolic Traits. *Psychological medicine*, 49(8), 1286–1298. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001812>

Stunkard A. ve Allison K., 2003. Two Forms Of Disordered Eating In Obesity: Binge Eating And Night Eating. *International journal of obesity*, 27(1): 1-12.

Suvisaari, J. M., Saarni, S. I., Perälä, J., Suvisaari, J. V., Härkänen, T., Lönnqvist, J. and Reunanen, A., 2007. Metabolic Syndrome Among Persons With Schizophrenia And Other Psychotic Disorders In A General Population Survey. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(7), 1045–1055. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0711>

Swarup, S., Ahmed, I., Grigorova, Y. and Zeltser, R., 2024. Metabolic Syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Sze, K. Y., Lee, E. K., Chan, R. H. ve Kim, J. H., 2021. Prevalence of Negative Emotional Eating and Its Associated Psychosocial Factors Among Urban Chinese Undergraduates in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*. 21(1), 1-10.

Şan, D., 2024. Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Yeme Davranışı, Metabolik Parametreler, Antropometrik Ölçümler ve Visseral Adipozite İndeksinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S., 2018. Using Multivariate Statistics (7th edition). Boston: Pearson.

Takeda, T., Nakataki, M., Ohta, M., Hamatani, S., Matsuura, K., Yoshida, R., Kameoka, N., Tominaga, T., Umehara, H., Kinoshita, M., Watanabe, S., Numata, S., Sumitani, S. and Ohmori, T., 2019. Negative And Positive Self-Thoughts Predict Subjective Quality Of Life In People With Schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 293–301. <https://doi.org/10.2147/NDT.S190381>

Teachman, B. A., Marker, C. D. and Smith-Janik, S. B., 2008. Automatic Associations And Panic Disorder: Trajectories Of Change Over The Course Of Treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 988–1002. <https://doi.org/10.1037/a0013113>

Torres, F., 2024. What Is Schizophrenia? *American Psychiatric Association* <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>

Towsend, M.C., 2015. Psychiatric Mental Health Nursing. ss.419-556. USA. Philadelphia.

Tuncer, G. Z. and Çetinkaya Duman, Z., 2020. An Examination Of Emotional Eating Behavior İn Individuals With A Severe Mental Disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 34(6), 531–536. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.002>

Türkçapar M.H., 2022. Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Uygulama, 21. Baskı, Epsilon Yayıncılık. s. 108-111, İstanbul,

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği., 2009. Metabolik Sendrom Kılavuzu

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği., 2019. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu (8. baskı)

Vancampfort, D., Correll, C. U., Wampers, M., Sienaert, P., Mitchell, A. J., De Herdt, A., Probst, M., Scheewe, T. W. and De Hert, M., 2014. Metabolic Syndrome And Metabolic Abnormalities In Patients With Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis Of Prevalences And Moderating Variables. *Psychological medicine*, 44(10), 2017–2028. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002778>

Woldekidan, N. A., Mohammed, A. S., Degu, A. and Tadiwos, Y., 2021. Prevalence Of Metabolic Syndrome And Associated Factors Among Psychiatric Patients At University Of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *PloS one*, 16(8), e0256195.

Wong, P. T., 2010. Meaning Therapy: An İntegrative And Positive Existential Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85-93.

World Health Organization., (202. Depressive disorder. Erişim Tarihi: 06.09.2024. From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization., 2022. Schizophrenia. Erişim Tarihi 05.09.2024. From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

World Health Organization., 2023. Anxiety Disorders. Erişim Tarihi: 06.09.2024. From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Wu, J., Willner, C. J., Hill, C., Fearon, P., Mayes, L. C. and Crowley, M. J., 2018. Emotional Eating And İnstructed Food-Cue Processing İn Adolescents: An ERP Study. *Biological psychology*, 132, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.10.012>

Wu, Y. K., Pacchioni, T. G., Gehi, A. K., Fitzgerald, K. E. and Tailor, D. V., 2024. Emotional Eating And Cardiovascular Risk Factors İn The Police Force: The Carolina Blue Project. *International journal of environmental research and public health*, 21(3), 332. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030332>

Yavuzer, Y. ve Karataş, Z., 2012. Ergenlerde Otomatik Düşünceler ile Fiziksel Saldırganlık Arasındaki İlişkide Öfkenin Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2):117-23

Yıldırım Üşenmez, T. and şanlı, M. E., 2023. Effect of Negative Automatic Thoughts on Medication Adherence in Individuals With Schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 53(11), 518-524. <https://doi.org/10.3928/00485713-20230912-01>

Yılmaz. Y., 2015. Sağlık Profesyoneli Olacak Üniversite Öğrencilerinin Otomatik Düşünceleri ve Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.

Yum, S. Y., Caracci, G. and Hwang, M. Y., 2009. Schizophrenia And Eating Disorders. *Psychiatric Clinics*, 32(4), 809–819. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.09.004>.

Yücel, M., Karaibrahimoğlu, A. ve Orhan, H., 2022. Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 59-67.

Zhang, X., He, C., Ju, P., Xia, Q., Gao, J., Zhang, L., Chen, X., Yuan, H., Gao, H., Zhang, Y., Yan, J., Xie, W. and Zhu, C., 2022. The Predictive Role of Aberrant Metabolic Parameters and Negative Automatic Thinking on the Cognitive Impairments Among Schizophrenia Patients with Metabolic Syndrome. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 18, 1087–1097. <https://doi.org/10.2147/NDT.S367392>

Zorkina, Y., Ushakova, V., Ochneva, A., Tsurina, A., Abramova, O., Savenkova, V., Goncharova, A., Alekseenko, I., Morozova, I., Riabinina, D., Kostyuk, G. and Morozova, A., 2024. Lipids in Psychiatric Disorders: Functional and Potential Diagnostic Role as Blood Biomarkers. *Metabolites*, 14(2), 80. <https://doi.org/10.3390/metabo14020080>

8.EKLER

EK-1 Onam Formu

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu araştırmanın amacı psikiyatri tanılı bireylerin otomatik düşünce ve yeme davranışlarının metabolik sendrom düzeylerine etkisinin belirlenmesini incelemektir.

Araştırmaya katılım ile tamamıyla gönüllülük temelinde olmaktadır.

Görüşmelerde sürecinde, sizden kimliğinizi belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Görüşme sürecinde kimliğiniz ve toplanan veriler tamamen gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, elde edilecek bilgiler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Görüşmelerdeki sorular, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, görüşme esnasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda kesebilirsiniz. Böyle bir durumda görüşmeyi gerçekleştiren araştırmacıya, devam etmek istemediğinizi söylemeniz yeterli olacaktır. Görüşmeler sonlandığında, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Ayrıca çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için (Emre TÖRE -----) ile iletişim kurabilirsiniz.

Çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

“Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Kayıt altına alınan verilerin ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum”.

Katılımcının Adı Soyadı

Telefon

Tarih / /

İmza

EK-2 Hasta Tanımlama Bilgi Formu**1. Hangi yaş grubundansınız?**

- (a) 18-27 (b) 28-35 (c) 36-44 (d) 45 yaş ve üstü

2. Cinsiyetiniz?

- (a) Erkek (b) Kadın

3. Medeni durum unuz?

- (a).Evli (b). Bekâr

4. Aile Tipiniz Nedir?

- (a).Çekirdek (b).Geniş
(c).Bakımevi

5.Eğitim Durumunuz?

- (a).Lise (b).Önlisans (c).Lisans (d).Lisantüstü

6.Mesleğiniz Nedir?

- (a).Çalışmıyor (b).Emekli (c).Kamu Çalışanı (d).Özel Sektör

7.Gelir Durumunuz?

- (a).Gelir Giderden Az (b). Gelir Gidere Eşit (c). Gelir Giderden Fazla

8. Yaşamınızın büyük bir kısmının geçtiği yer?

- (a). İlçe (b). Köy (c).Şehir merkezi

9.Sigara Kullanım Durumu?

- (a).Kullanmıyor (b).Günde 1 paketten az (c). Günde 1 paketten fazla

10.Alkol Kullanım Durumu?

- (a).Kullanmıyor (b).Haftada 1 gün (c). Haftada 3-4 gün (d). Haftada 5 ve fazlası

11.Madde Kullanım Durumu?

- (a).Kullanmıyor (b).Kullanmıyor

11.1 Kullanıyorsanız Madde Türü Nedir?

.....

12.Kendizi Üzgün/Öfkeli/Stresli vb. olumsuz duygu durumunda Hissettiğinizde Yemek Yeme Alışkanlığınız Değişir mi?

(a). Artar (b). Aynı Kalır (c).Azalır

13.Kendizi Mutlu/Sevinçli/İyi vb. olumlu duygu durumunda Hissettiğinizde Yemek Yeme Alışkanlığınız Değişir mi?

(a). Artar (b). Aynı Kalır (c).Azalır



LÜTFEN BU SAYFADA İŞARETLEME YAPMAYINIZ BU SAYFA

KATILIMCI TARAFINDAN DOLDURULMAYACAKTIR

TRİGLİSERİD	mg/dl
HDL	mg/dl
GLİKOZ	mg/dl
ARTERİYAL TANSİYON	mm/Hg
BEL ÇEVRESİ	cm

TANI	
HASTALIK SÜRESİ	A)0-1 B)2-5 C)6-10 D)11 VE ÜSTÜ

ANTİPSİKOTİKLER	ATİPİK
	TİPİK
ANTİDEPRESANLAR	MAOI
	TCA
	SSRI
	SNRI
DUYGU DURUM DÜZENLEYİCİLER	VALPROİK ASİT
	KARBAMEZAPİNE
	LİTYUM
	LAMOTRİJİN

EK-3 Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği

Aşağıda “Yeme davranışına ilişkin ifadeler yer almaktadır. İfadelere ilişkin düşüncelerinizi içtenlikle cevaplamanız rica ederiz. Cevabınız için seçtiğiniz ifadenin olduğu kutucuğuna lütfen “X” koyunuz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yiyecekleri severim				
2. Yemek yemekten zevk alırım				
3. Yemek zamanlarını dört gözle beklerim				
4. Sinirlendiğimde daha çok yerim				
5. Endişelendiğimde daha çok yerim				
6. Bir öğünü kaçırsam sinirlenirim				
7. Üzgün olduğumda daha çok yerim				
8-Öğün sonunda tabağımda sıklıkla yemek kalır				
9. Yeni yiyecekleri tatmaktan zevk alırım				
10. Endişelendiğimde daha az yerim				
11. Kaygılandığımda daha çok yerim				
12. Kızdığımda daha az yerim				
13. Daha önce tatmadığım besinleri tatmak ilgimi çeker				
14. Üzgün olduğumda daha az yerim				
15. Kızdığımda daha çok yerim				
16. Genellikle yemeğim bitmeden doyarım				
17. Genellikle yemeği bitiren sonuncu kişiyim				
18. Yemek sürecinde gittikçe yavaşlayarak yerim				
19. Sinirlendiğimde daha az yerim				

20. Sıklıkla o kadar aç hissederim ki hemen bir şeyler yemem gerekir					
21. Yemeği yavaş yerim					
22. Kolayca doyarım					
23. Sık sık aç hissederim					
24. Öğün zamanı gecikirse sersemleşirim					
25. Besin çeşitliliğinden hoşlanırım					
26. Kaygılandığımda daha az yerim					



EK-4 Otomatik Düşünceler Ölçeği

Otomatik Düşünceler Ölçeği

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak bu düşüncenin SON BİR HAFTA içinde AKLINIZDAN NE SIKLIKTA GEÇTİĞİNİ işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1-Hiç 2-Ender Olarak 3~Arada Sırada 4-Sıklıkla 5-Hep aklımdaydı

		1	2	3	4	5
1	Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.					
2	Hiçbir işe yaramıyorum.					
3	Neden hiç başarılı olamıyorum?					
4	Beni hiç kimse anlamıyor.					
5	Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.					
6	Devam edebileceğimi sanmıyorum.					
7	Keşke daha iyi bir insan olabilseydim.					
8	Öyle güçsüzüm ki...					
9	Hayatım istediğim gibi gitmiyor.					
10	Kendimi düş kırıklığına uğrattım.					
11	Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.					
12	Artık dayanamayacağım.					
13	Bir türlü harekete geçemiyorum.					
14	Neyim var benim?					
15	Keşke başka bir yerde olsaydım.					
16	Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum.					
17	Kendimden nefret ediyorum.					
18	Değersiz bir insanım.					
19	Keşke birden yok olabilseydim.					
20	Ne zorum var benim?					
21	Hayatta hep kaybetmeye mahkumum.					
22	Hayatım karmakarışık.					

23	Başarısızım.					
24	Hiçbir zaman başaramayacağım.					
25	Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
26	Bir şeylerin değişmesi gerek.					
27	Bende mutlaka bir bozukluk olmalı.					
28	Geleceğim kasvetli.					
29	Hiçbir şey için uğraşmaya değmez.					
30	Hiçbir şeyi bitiremiyorum.					



EK-5 Otomatik Düşünceler Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek onay

Gelen Kutusu x

 **Gulsen T.** 

Alıcı: ben

19 Haz Çar 19:52 (13 gün önce) ★ 😊 ↩ ⋮

Merhaba Emre,

Otomatik Düşünceler Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve belirtilen kaynakları da kullanmanızdır. Ayrıca, Envanterin orijinalini geliştiren araştırmacılarla ilgili gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

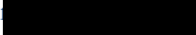
Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail  m

EK-6 Yetişkin Yeme Davranışı Ölçeği Kullanım İzni



Murat Yücel

Alıcı: ben

21 Ara 2023 Per 12:28



Merhaba

Yetişkin yeme davranışı ölçeğini kullanabilirsiniz. Ekte ölçekle ilgili bilgiler bulunmaktadır.
İyi çalışmalar

20 Ara 2023 Çar 18:50 tarihinde Emre Tore <[redacted]> şunu yazdı:

...

2 ek • Gmail tarafından tarandı



EK-7 Kurum İzni Kararı

Tarih ve Sayı: 27.03.2024-415946



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044-240255537
Konu : Anket İzin İsteği (Emre TÖRE) Hk.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi : 15.03.2024 tarihli ve 56314351-044.001.001-E.411819 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği; Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Emre TÖRE'nin (Danışmanı:Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL) "Metabolik Sendromlu Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünce ve Yeme Davranışları" isimli yüksek lisans tez çalışması Müdürlüğümüzce incelenmiş yapılması yönünde izin verilmiş protokol metni ekte gönderilmiştir. Çalışmaya başlanılmadan önce yazının ilgili araştırmacıya tebliğini takip eden 3 iş günü içerisinde protokol metninin imzalanması ve pdf formunda düzenlenerek seyhan.ozelce@saglik.gov.tr adresine gönderilmesi; protokol gereği çalışma sonuçlarının çalışma bitimini takip eden 3 (üç) ay içerisinde 2(iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporlanarak Müdürlüğümüze yayın izni için başvurulması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Cihat ZÜLFÜOĞULLARI
Sağlık Hizmetleri Başkan V.

Ek: protokol-bilimsel araştırma word yeni.docx

EK-8 Etik Kurul Kararı

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
27.02.2024	04	01-29

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Nail YILDIRIM Başkanlığında toplandı.

KARAR 04.07- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 22.01.2024 tarih ve 388806 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Metabolik Sendromlu Psikiyatrik Tanılı Bireylerin Otomatik Düşünce ve Yeme Davranışları
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL Emre TÖRE (Hemşirelik Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Nail YILDIRIM
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Muhittin DEMİRAY
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Tuğba KILIÇER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)