



İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı / Klinik Psikoloji Programı

**BARIATRİK CERRAHİ SONRASI KİLO GERİ  
ALIMININ, GECE YEME, DUYGUSAL YEME, YEME  
ENDİŞESİ, DEPRESYON VE DEMOGRAFİK  
ÖZELLİKLER TARAFINDAN YORDANMASI**

Doktora Tezi

Hazırlayan: Şeniz ÜNAL

Eş Danışmanlar: Prof. Dr. Fulya Maner

Yrd. Doç. Dr. Güzin M. Sevinçer

İstanbul, 2016



İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı / Klinik Psikoloji Programı

**BARIATRİK CERRAHİ SONRASI KİLO GERİ  
ALIMININ, GECE YEME, DUYGUSAL YEME, YEME  
ENDİŞESİ, DEPRESYON VE DEMOGRAFİK  
ÖZELLİKLER TARAFINDAN YORDANMASI**

Doktora Tezi

Hazırlayan: Şeniz ÜNAL

Eş Danışmanlar: Prof. Dr. Fulya Maner

Yrd. Doç. Dr. Güzin M. Sevinçer

İstanbul, 2016

## KABUL VE ONAY

Şeniz ÜNAL tarafından hazırlanan “Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Geri Alımının, Gece Yeme, Duygusal Yeme, Yeme Endişesi, Depresyon Ve Demografik Özellikler Tarafından Yordanması” başlıklı bu çalışma, Savunma Sınavı tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : [Unvanı, Adı ve SOYADI] (Danışman)

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

[ İ m z a ]

[Unvanı, Adı ve SOYADI]

Enstitü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge ve şekillerin kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

## ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 5 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.**

Şeniz ÜNAL

## YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Geri Alımının, Gece Yeme, Duygusal Yeme, Yeme Endişesi, Depresyon ve Demografik Özellikler Tarafından Yordanması” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

şeniz ÜNAL

## ÖZET

### **BARİATRİK CERRAHİ SONRASI KİLO GERİ ALIMININ, GECE YEME, DUYGUSAL YEME, YEME ENDİŞESİ, DEPRESYON VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER TARAFINDAN YORDANMASI**

**Şeniz ÜNAL**

**Doktora Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı**

**Danışmanlar: Prof. Dr. Fulya Maner – Yrd. Doç. Dr. Güzin M. Sevinçer**

**Eylül, 2016**

Bu çalışmanın amacı, bariatrik cerrahi sonrasında geri kilo alımının, depresyon, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi ve çeşitli demografik özelliklerle ilişkisini değerlendirmektir. Araştırmanın çalışma grubunu çeşitli illerde ikamet eden ve yaşları 21 ile 56 arasında ( $\bar{x}=36.99$ ,  $Ss=7.85$ ) değişen, 117 bariatrik cerrahi geçirmiş birey oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak çalışma grubuna “Gece Yeme Anketi”, “Hollanda Yeme Anketi’nin Duygusal Yeme Alt Boyutu”, “Yeme Bozuklukları Ölçeği’nin Yeme Endişesi Alt Boyutu”, “Beck Depresyon Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanmış “sosyo-demografik bilgi formu” uygulanmıştır. Verilerin analiz edilmesinde, Mann Whitney U Testi, Pearson Korelasyon Analizi ve Çoklu Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların % 13.7’sinde kilo geri alımı gerçekleştiği; depresyon ( $\bar{X}=22.88$ ,  $p<.01$ ), gece yeme ( $\bar{X}=1.81$ ,  $p<.01$ ), duygusal yeme ( $\bar{X}=2.89$ ,  $p<.01$ ) ve yeme endişesi ( $\bar{X}=3.83$ ,  $p<.01$ ) puanlarının kilo geri alımı olanlarda kilo geri alımı olmayanlara göre daha yüksek olduğu; evli olmanın kilo geri alımını arttırdığı, ihtiyacı olan günlük besin miktarını bilmenin ise kilo geri alımını düşürdüğü, ayrıca ameliyattan sonra geçen sürenin ve duygusal yemenin kilo geri alımını arttırdığı saptanmıştır ( $F=5.92$ ,  $p<.01$ ).

Araştırmada elde edilen bulgular alanyazında yer alan diğer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kilo Geri Alımı, Duygusal Yeme, Gece Yeme, Yeme Endişesi, Depresyon, Bariatrik Cerrahi, Obezite Cerrahisi

## ABSTRACT

### PREDICTION OF WEIGHT REGAIN AFTER BARIATRIC SURGERY IN TERMS OF NIGHT EATING, EMOTIONAL EATING, EATING CONCERNS, DEPRESSION AND PSYCHOSOCIAL DEMOGRAPHICS

Şeniz ÜNAL

Doctoral Dissertation, Department of Clinical Psychology

Supervisors: Prof. Fulya Maner – Asst. Prof. Güzin M. Sevinçer

September, 2016

The purpose of this study was to determine the prediction of weight regain after bariatric surgery in terms of depression, night eating, emotional eating, eating concern and various psychosocial demographics. The population of the study group consists of post-op adults (n=117), ranging from age 21 to 56 ( $\bar{x}$ =36.99, Ss=7.85) with post-op 12 to 98 months ( $\bar{X}$ =28.53, Ss=12.93) living at different cities all around Turkey. Night Eating Questionnaire (NEQ), Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) (emotional eating subscale), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE) (eating concern subscale), Beck Depression Inventory (BDI) and demographic information form developed by the researcher are used in this study. For the analysis, Mann Whitney U Test, Pearson Correlation Analysis and Hierarchical Multiple Linear Regression are used. The findings are: 13.7% of the patients experienced postsurgery weight regain; results of depression ( $\bar{X}$ =22.88,  $p<.01$ ), night eating ( $\bar{X}$ =1.81,  $p<.01$ ), emotional eating ( $\bar{X}$ =2.89,  $p<.01$ ) and eating concern ( $\bar{X}$ =3.83,  $p<.01$ ) are higher at weight regain group; being married, postsurgery duration and presence of emotional eating contribute to the weight regain; and finally knowledge of necessary daily food intake decreases the weight regain. Results of this research were discussed within the framework of the up to date literature and suggestions were made.

Keywords: Weight regain, Emotional Eating, Night Eating, Eating Concern, Depression, Bariatric Surgery, Obesity Surgery

## ÖNSÖZ

Obezite çağımızın hastalığı... Morbid obez hastalar hangi şekilde kilo verirlerse versinler pek çoğu kısa bir süre verdikleri kilonun tamamına yakını geri almaktalar, hatta daha da fazlasını. Bununla ilgili biyolojik, fizyolojik, psikolojik nedenler her geçen gün daha fazla araştırılmakta. Obeziteye kesin çözüm ümidiyle bıçak altına yatıp sindirim sistemlerini modifiye ettiren hastalar da, müdahale sonrası kilo geri alımı yaşayabiliyorlar. Dünyada bu konu çok detaylı araştırılırken, ülkemizde sadece cerrahların ameliyat sonuçlarını sundukları birkaç çalışma mevcut ve malesef bariatrik ameliyatlar sanki sihirli değnek gibi morbid obezite tedavisi için algılanıyor halk tarafından. Bu çalışma ile amacım, obezite hastalığının akıl-ruh sağlığı açısından nedenlerini ortaya koyabilmek ve halen obezite hastalığının en başarılı tedavisi olan bariatrik ameliyatların ardından da kilo geri alımının olabileceğini ve bu kilo geri alımının, depresyon, duygusal yeme, gece yeme, yeme endişesi ve çeşitli demografik nedenler ile ilişkisini ortaya koymaktı.

Çalışmam boyunca maddi ve manevi desteğini, anlayışını, yoğun deneyimini paylaşan tez eş danışmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Fulya Maner'e, tez komiteme sonradan dahil olup, bilgisini, deneyimini cömertçe paylaşan ve çalışmamda detaylı ve yoğun katkısı olan tez eş danışmanım Sayın Yar. Doç. Dr. Güzin M. Sevinçer'e ve tez izleme komitemde bulunan, çalışmamın verilerinin analizinde yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Ömer Faruk Şimşek'e öneri, destek ve yönlendirmeleri için çok teşekkür ederim.

Zorlu doktora sürecini ailemin ve arkadaşlarımdan desteği olmadan bitirebilmem imkansızdı. Maddi, manevi koşulsuz sevgi ve desteklerini ömür boyu gördüğüm tüm aileme, özellikle babam Adem Ünal, annem Şule Ünal'a ve anneannem Ayten Meriç'e çok teşekkür ederim. Canım kızları Amber ve Asya'ya da onlarsız geçirdiğim zamanlara tolere ettikleri ve sevgileriyle, hayatıma anlam kattıkları için teşekkür ederim. Son olarak neredeyse benimle beraber kendisi de doktora yapmış kadar olan arkadaşım Arlı Keyn'e maddi, manevi tüm desteği için yürekten minnettarım. Hayatımdaki güzel insanlar olmasaydı bu yolculuk yaşanamazdı.

**Şeniz ÜNAL**



## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT .....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
İÇİNDEKİLER .....	9
TABLolar LİSTESİ.....	11
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	12
<b>1. BÖLÜM</b> .....	<b>13</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>13</b>
<b>1. OBEZİTE</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1. OBEZİTENİN YAYGINLIĞI</b> .....	<b>24</b>
<b>1.2. OBEZİTENİN MALİ SONUÇLARI</b> .....	<b>26</b>
<b>1.3. OBEZİTE TEDAVİSİ</b> .....	<b>27</b>
<b>1.3.1. Obezitede Cerrahi Tedavi</b> .....	<b>31</b>
1.3.1.1 Ayarlanabilir Gastrik Bantlama .....	33
1.3.1.2. Roux-Y Gastrik Baypas .....	34
1.3.1.3. Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide).....	35
<b>1.5. BARIATRİK CERRAHİ SONRASINDA YEME ÖZELLİKLERİ</b> .....	<b>37</b>
<b>1.6. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİ</b> .....	<b>42</b>
<b>1.6.1. Obezite ve Depresyon</b> .....	<b>43</b>
<b>1.6.2. Obezite ve Yeme Bozuklukları</b> .....	<b>48</b>
1.6.2.1 Anoreksiya Nervoza.....	49
1.6.2.2. Bulimiya Nervoza .....	50
1.6.2.3. Tıkıncasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder).....	52
1.6.2.4. Gece Yeme Sendromu.....	56
1.6.2.5. Duygusal Yeme .....	61
1.6.2.5. Yeme Bağımlılığı.....	64
<b>1.7. OBEZİTE TEDAVİSİ SONRASI KİLO GERİ ALIMI</b> .....	<b>65</b>
<b>2. BÖLÜM</b> .....	<b>71</b>
<b>AMAÇ VE HİPOTEZLER</b> .....	<b>71</b>
<b>2.1. ÇALIŞMANIN AMAÇLARI</b> .....	<b>71</b>

2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	71
3. BÖLÜM.....	73
YÖNTEM ve BULGULAR .....	73
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ .....	73
3.2. ÇALIŞMA GRUBU .....	73
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	73
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ .....	77
3.5 BULGULAR .....	78
3.5.1. Araştırmada Yer Alan Değişkenlere İlişkin Elde Edilen Puanların Maksimum, Minimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	78
3.5.2. Depresyon, Duygusal Yeme, Gece Yeme ve Yeme Endişesi Puanlarının Kilo Geri Alımının Olup Olmamasına Göre Değerlendirilmesi .....	79
3.5.3. Kilo Geri Alımı, Demografik Özellikler, Yeme Endişesi, Duygusal Yeme, Gece Yeme ve Depresyon Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi.....	80
4. BÖLÜM.....	85
SONUÇ.....	85
4.1. TARTIŞMA ve YORUM.....	85
4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	93
4.3. ÖNERİLER .....	94
KAYNAKÇA .....	97
EKLER.....	123
EK-1 (Bilgilendirilmiş Onam Formu) .....	123
EK-2 (Sosyodemografik Veri Formu) .....	124
EK-3 (1. ANKET).....	126
EK- 4 (2. ANKET).....	127
EK 5 (3. ANKET) .....	128
EK 6 (4. ANKET) .....	129
ÖZGEÇMİŞ.....	131

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler .....	73
<b>Tablo 2.</b> Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler-Devamı .....	74
<b>Tablo 3.</b> Araştırmada Yer Alan Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler.....	79
<b>Tablo 4.</b> Depresyon, Duygusal Beslenme, Gece Yeme ve Yeme Kaygısı Puanlarının Kilo Geri Alımının Olup Olmamasına Göre Değerlendirilmesi .....	79
<b>Tablo 5.</b> Kilo Geri Alımı, Demografik Özellikler, Yeme Kaygısı, duygusal Beslenme, Gece Yeme ve Depresyon Arasındaki İlişkiler .....	81
<b>Tablo 6.</b> Kilo Geri Alımının Yordayıcılarının Değerlendirilmesi.....	82

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Dünya Sağlık Örgütüne Göre Obezite Sınır Değerleri (WHO, 2010).....	19
<b>Şekil 2.</b> Fazla kilo ve Obezite Risk Sınıflandırması (Öztürk, 2011) .....	21
<b>Şekil 3.</b> Laparoskopik Ayarlanabilir Bant Gastrik Bant Ameliyatı (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007) .....	34
<b>Şekil 4.</b> Roux-Y Gastrik By-pass (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007) .....	35
<b>Şekil 5.</b> Sleeve Gastrectomy(Cingi, 2015).....	35

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ

Obezite yaygınlığı hızlı bir şekilde artan, ciddi bir sağlık problemidir ve dünyada büyük bir sorun haline gelmiştir. Obezitenin bir hastalık olabileceği teorisi ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ortaya 1948 yılında konmuştur. Ancak gerçek bir sağlık problemi olarak ancak 1970'lerden itibaren Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de ciddiye alınmaya başlanmıştır. 1975 yılında ilk defa, ICD-9'a (International Classification of Diseases - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) "obezite ve diğer hiperbeslenme" kategorisi dahil edilmiştir. Tıbbi camia, WHO'nun sunduğu tüm verilere rağmen 1980'lere kadar obeziteyi önemsememiştir. 1995 yılında WHO, özellikle kontrol edilemeyen ve giderek artan tıbbi maliyeti de verilerin içine dahil edince obezitenin, geri kalmış ülkelerde görülen açlıktan daha önemli bir problem olabileceğini düşünölmeye başlanmıştır. Yine 1995 yılında "morbid obezite" tanımı ICD-10'un çıkmasından önce ICD-9'a eklenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH – National Institute of Health) 1998 yılında, Amerikan Tıbbi Birliği (AMA – American Medical Association) ise 2013 yılında obeziteyi bir "hastalık" olarak kabul ettiklerini açıklamışlardır. Ortalama her yıl ABD'de 300,000 kişi obezite yüzünden yaşamını kaybetmektedir. (Amednews, 2013; James, 2008)

OECD verilerine göre 1980 yılına kadar %10'dan daha az kişi obezite kriterlerine uymaktayken daha sonra 34 OECD ülkesinden 19'unda bu oran ikiye veya üçe katlanmıştır. Özellikle tüketim alışkanlıklarına bağlı olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde bu oran en yüksektir. Amerikalı yetişkinlerin %25 i obezite ile savaşımaktadır ve bu oran gün geçtikçe artış göstermektedir. OECD tahminlerine göre artış eğilimi hızla devam ederek. ABD, İngiltere, Avustralya'nın fazla kilolu oranının 2020 yılında %70'lere yaklaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2003 yılında obezite oranı %12 iken, 2008 yılında %15,2 2010'da %16,9 ve 2012'de de 17,2 olarak artış göstermiştir.

Fazla kilolu olma durumundan hastalık olarak kabul edilen obeziteye geçişin olup olmadığını belirlemek için Vücut Kitle İndeksi (VKİ) adı verilen bir formülasyon kullanılmaktadır. Bu indeksin değerine bakılarak obezitenin olup

olmadığı, eğer var ise ciddiyeti, hatta ölümlülük düzeyinde olup olmadığına karar verilir. Bu indeksin hesaplaması ise; [ağırlık (kilogram)/boy (metre)<sup>2</sup>] şeklindedir. Vücut kitle indeksinin 30 kg/m<sup>2</sup> olması bireyin obez tanısı almasına yol açarken, 40 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olması, morbid obezite yani hastalık düzeyinde şişmanlık olarak tanımlanmaktadır. Obezite tanısının konması için başka kriterler kullanılsa da (belkalça oranının hesaplanması, deri altı yağ dokusu ölçümleri, vb) VKİ hesaplaması, kolaylığı, güvenilirliği, ucuz maliyeti ve tekrarlanabilirliği açısından en temel ve evrensel parametre olmuştur. (*Türkiye’de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri*, 2014)

Obezite; kalp hastalığı, şeker hastalığı, reflü, tıkaçıcı uyku apnesi, hipertansiyon, dislipidemi (kanda aşırı oranda yağ bulunması), dejeneratif eklem hastalığı, kısırlık; ayrıca cinsiyet bazında ise, erkekler de kolon, rektum ve prostat kanseri, kadınlarda ise meme, rahim ve yumurtalık kanseri gibi pek çok hastalığa yol açabilmektedir. (Patterson ve ark, 2003). Obez bireylerdeki mortalite oranının obez olmayan bireylere göre fazla olduğu hipotezi çok farklı mecrada araştırılmaktadır ve farklı sonuçlar elde edilmektedir. 2000 yılında yayınlanan, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) raporuna göre kiloluluk ekseninin her iki ucunda (fazla ve az kiloluluk) mortalitenin daha fazla olduğu görülmektedir (World Health Organization, 2000)

Obezitenin sebep olduğu fiziksel problemlerin yanı sıra, önemsenmesi gereken bir diğer konu ise, obezitenin ruh sağlığı üzerinde oluşturduğu deformasyonlardır. Genel olarak baktığımızda, insanlar acıktıkları için yerler ve doyduklarında da yemeyi bırakırlar. Ancak insanların yeme davranışı artık bu kadar basit bir şekilde değerlendirilememektedir. Çünkü insanların çoğu, yalnızca acıktığında yemek yememektedir. İnsanlar farklı duygular hissettiklerinde de (mutluluk, can sıkıntısı, üzüntü, öfke, vb) yemek yiyebilmektedirler.. Hatta insanların bir kısmı yemek yemenin “kendilerini tedavi ettiğine” inanmaktadır. Bu durumlara, fiziksel açlık hissetmeden yemek yeme durumlarına, “duygusal - emosyonel yeme” adı verilir. Emosyonel yeme, olumsuz duyguları takiben ikincil ortaya çıkan aşırı yeme eğilimini gösteren bir kavramdır. Emosyonel yeme, acıkma hissiyle veya yemek yeme zamanı geldiği için veya da sosyal gereklilik olmasından değil de sadece duygulanım sonucunda ortaya çıktığı kabul edilen yeme davranışı olarak kabul edilmiştir (Andersen ve ark, 2010; Eddins, 2009; Ogden, 2005). McCrone ve ark. (2000) çalışmalarında erken başlangıçlı obezite hastalığı olan kadınlarda,

açlıktan ziyade olumlu veya olumsuz duygulanım nedeniyle yemenin daha sık olduğunu göstermişlerdir.

Obezite psikopatolojideki artışla da ilişkilidir. III. Sınıf obeziteye sahip olan kişilerle (Vücut kitle indeksi 40 veya daha fazla olanlar), ortalama ağırlığa sahip olan kişiler karşılaştırıldığında, obezite olan kişilerde psikopatoloji oranı daha yüksek olup, majör depresyon oranının normal kiloda olan kişilere göre beş kat fazla olduğu tespit edilmiştir (Onyike ve ark, 2003). Bariatrik cerrahi yaptırmak isteyen obez bireylerde, depresyonun yaygınlık oranı ise %19 ile %58 arasında değişiklik göstermektedir (Gertler ve Ramsey-Stewart, 1986; Glinski ve ark, 2001; Halmi ve ark, 1980; Larsen, 1990; Powers ve ark, 1997; Werrij ve ark, 2006).

Obez bireylerde yeme bozuklukları da normal kilolu bireylere göre yüksektir. Obeziteye sebep olan birçok yeme bozukluğu ya da problemlili yeme davranışı bulunmaktadır. Anoreksiya nervoza, bulimiya nevroza ve tıknırcasına yeme (binge eating) gibi yeme bozuklukları ve gece yeme, çöplenme, duygusal yeme gibi problemlili yeme davranışları bilinenler arasındadır (Babayiğit ve ark, 2013 ; Balcıoğlu, 2008).

Obezite hastalığının tedavisinde kullanılan pek çok yöntem bulunmaktadır: Farklı beslenme metodları, ilaç tedavisi, egzersiz, akapunktur, vb. Yaşam tarzı değişikliklerini içeren obezite tedavilerinin başarı yüzdeleri ilk sene için %33-50 civarlarında kalırken, ikinci seneden itibaren genellikle verilen kiloların hemen hemen hepsinin geri alındığı görülmektedir (Westerveld & Yang, 2016). Bu yöntemlerden birini veya birkaçını, birkaç defa denemiş ancak kalıcı başarıyı yakalayamamış morbid obez bireyler arasında gün geçtikçe daha fazla başka bir yöntem denenmeye başlanmıştır: Bariatrik cerrahiler (obezite ameliyatları). Farklı tekniklerle yapılan çeşitli bariatrik ameliyat tipleri vardır (Gastrik bypass, sleeve gastrektomi, mide bandı, vb) ve özellikle morbid obez hastalarda, bariatrik cerrahi uzun vadeli ve kalıcı olarak kilo kaybının yanı sıra, metabolik koşulların iyileştirilmesini de hedeflemektedir. Çoğu hastada bariatrik cerrahi sonrası obeziteye sekonder sağlık sorunları kaybolur ya da büyük oranda iyileşme gösterir. Örneğin, emilimi azaltıcı bir operasyondan kısa bir süre sonra tip 2 diyabet hastalığı ilaç ve/veya insülin tedavisini çok az gerektirecek bir noktaya gerileyebilir veya ilaç/insülin kullanımının tamamen sonlandırabilecek hale gelebilir. Bariatrik

cerrahinin aynı zamanda farklı hastalıklarda da pozitif sonucu olabilir: hipertansiyon, yüksek kolesterol, eklem hastalığı, polikistik over sendromuna bağlı kısırlık, alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı, astım ve uyku apnesi, gibi durumlarda da iyileşme sağlayabilir (Buchwald ve ark., 2004). Ancak çeşitli nedenlerden dolayı ameliyat seçeneği az kullanılmaktadır. Obez bireylerin %1'den de az bir kısmı, obezite tedavisi için bariatrik ameliyat seçeneğini değerlendirebilmektedir (Westerveld & Yang, 2016).

Bariatrik cerrahi sonrasında hastanın kilo kaybetmesine ilişkin yapılan çalışmalar, özellikle ilk 12-18 aylar içinde önemli kilo kayıplarının olduğunu ortaya koymuştur (Lauti ve ark, 2016). Ancak ameliyat sonrasında bazı hastaların, önemli ölçüde vermiş oldukları kiloları geri almaları, bariatrik ameliyatlarının bir başarısızlığı olarak kabul edilir (Fried ve ark, 2007). Bariatrik ameliyatın başarılı kabul edilmesi için, hastanın fazla kilosunun (VKİ'ine göre) %50'sini ilk bir yıl içinde vermesi gerekmektedir. Akabinde de %50 sınırını korumak ameliyatın başarılı olarak nitelendirilmesi için yeterlidir. Ameliyat sonrasında hastaların bazıları kaybetmiş oldukları denetimlerini yeniden kazanmaya çalışmaktadır. Bariatrik ameliyatlar sonucunda hastalar bedenlerinde olan değişimi, davranışlarına da uygulamak zorunda olup, yeme alışkanlıkları ve kilo kontrolünü hastaların elden bırakmaması gerekmektedir. Throsby de (2008) hastaların obezite ameliyatları sonrasında, kendilerini disipline etme durumlarıyla karşı karşıya geldiklerini, yani hastaların cerrahi modifiye yapılmış olan mideleriyle nasıl beslenmeleri gerektiğini yeniden öğrendiklerini bunun da hastaların sosyal yaşamlarını etkilediğini vurgulamıştır.

Bariatik cerrahi sonrasında görülebilen kilo geri alımını yordayan değişkenlerin belirlenmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması bu ameliyatların obezite tedavisinde uzun dönemli etkisini arttıracaktır. Diğer yöntemlere göre, obezite ameliyatları kısa vadede çok daha başarılı sonuçlar verdiği için, bu ameliyatların orta ve uzun vade sonuçları başlangıçta göz ardı edilmiştir. Ancak belirli bir süre sonra bu ameliyatlara karar verme sürecinde çok daha dikkatli olunması gerektiği ortaya konmuştur. Ayrıca, ameliyat sonrası hasta takibinin titizlikle ve süreklilik gösterecek şekilde planlanmasını gerektiği de belirtilmiştir (Batsis ve ark, 2009)



Bariatrik cerrahinin fizyolojik sonuçlarının yanında psikolojik yönleri de son yıllarda araştırmalara konu olmaktadır. Bu operasyonlardan sonra kilo geri alımı yaşanmasında fizyolojik yönlerden öte psikolojik öğelerin de belirlenmesi önemli gibi görünmektedir. Eddins (2009) 189 gastrik bypass ameliyatı hastası ile yaptığı çalışmada, duygusal yeme ile uzun dönemli kilo kaybı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma sonucunda duygusal yemenin uzun dönemli hem kilo kaybı ile hem de kilo geri alımı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Duygusal yeme, uzun dönemli kilo kaybının % 3'ünü açıklarken, kilo geri alımının ise % 5'ini açıklamaktadır.

İsveç'te gerçekleştirilmiş, devlet destekli 10 senelik uzun bir dönemi ve binlerce hastayı kapsayan bir çalışma çok önemlidir (özellikle bu alanda çok fazla uzun süreli çalışma olmamasından dolayı) (SOS Çalışması - Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery in Swedish Obese Subjects). Bu çalışma için beş bine yakın hasta çalışmaya dahil edilmiş ve konvansiyonel tedavi yöntemleri ile kilo veren bir kontrol grubuyla karşılaştırılma yapılmıştır. 2 sene sonunda 4047 hastanın verileri, 10 sene sonunda da 1703 hastanın verileri toplanabilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre bariatrik ameliyat ile tedavi olan morbid obez hastalarda kilo kaybı daha fazla ve kilo geri alımı daha düşüktür. Ayrıca ameliyat olan hastalarda yaşam kalitesi yüzdesi artış göstermiştir ancak ilk iki senenin sonunda düşük çıkan depresyon sonuçları, on senenin sonunda ilk başlangıç noktalarına geri gelmiştir. Ameliyat olan hasta grubunun ilk iki sene sonunda %86.6'sının, on sene sonunda da %74.5'inin laboratuvar verileri elde edilmiştir. Sonuçlara bakıldığında on sene sonunda, kontrol grubuna göre diyabet, hipertrigliseridemi ve hiperüredite sonuçlarında azalma gözlenirken, yüksek kolesterol ve yüksek tansiyon değerlerinde anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir (Sjöström et al., 2004).

Doğal olarak bu ameliyatların kendisi de belli riskleri içinde barındırmaktadır. Chang ve ark. Bariatrik ameliyatlara ilgili 2003 – 2012 yıllarını kapsayan çok geniş bir meta analizi yapmışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ameliyat sonrası komplikasyon olma ihtimali %10 - %17 arasındadır (minimal olanlar da dahil edilmiştir). Bir operasyon geçirdikten sonra ikinci bir revizyon ameliyatın geçirme yüzdesi %7'dir. Mortalite ihtimali ise çok düşük olup %0.08 - %0.35 aralığındadır (Chang et al., 2014).

Türkiye’de bariatrik cerrahi 2012 yılı sonu itibariyle yaklaşık 4500 hastaya uygulanmıştır ve bu sayı her geçen yıl artmaktadır (*Türkiye’de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri*, 2014). Ülkemizdeki vakalar hakkında, cerrahlar tarafından yayınlanan ve ameliyatların teknik özellikleri ile sonuçlarının yer aldığı yayınların yanı sıra, bariatrik cerrahilerin psikolojik yönleri ile ilgili yapılan çalışmalar da son yıllarda artmakla birlikte sınırlı düzeydedir (Atasoy ve ark, 2014; Bayraktar, Erkman, & Kurtuluş, 2012; Sevinçer, Coşkun, Konuk, & Bozkurt, 2014; Guzin Sevincer, Konuk, Bozkurt, Saraçlı, & Coşkun, 2014). Araştırılmış konular arasında, bariatrik ameliyatlardan önce hastaların psikolojik değerlendirilmesinin önemine dikkat çekilmekte ve bunun psikolojik öğelerinin göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Sevinçer ve ark., 2014). Ancak tezin yayınlandığı güne kadar, bariatrik ameliyatın sonuçlarının psikolojisi hakkında herhangi bir çalışma literatürde yer almamıştır. Ameliyat sonrası kilo geri alımı hakkındaki araştırmalar dünyada da yeni yeni önem kazanırken, Türkiye’de henüz hiç ele alınmamıştır. Bu nedenle bu araştırmanın, Türkiye örnekleminde yapılmış ilk doktora tezi olması sebebiyle literatüre önemli katkı sağlaması hedeflenmiştir.

## 1. OBEZİTE

Dünyadaki en yaygın sağlık problemlerinden biri olan obezite gerek fizyolojik gerek psikolojik etkileri ile ciddi bir sağlık problemidir. Obezite, vücutta depolanan yağ miktarının fazla olması şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile obezite, vücuda yiyecekler ile alınan enerji miktarının, harcanan enerjiden fazla olmasıyla ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile görülen kronik bir hastalıktır (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Obeziteyi tanımlamak için kullanılan birden fazla metod vardır. Ancak bunların içinde en yaygın olarak kullanılan metod vücut kitle indeksi (VKİ) ya da beden kitle indeksi (BKİ) olarak isimlendirilen yöntemdir.

Beden kitle indeksi (BKİ) kilonun boyun karesine bölünmesiyle ( $\text{kg/m}^2$ ) hesaplanır. Buna göre erişkinlerde vücut kitle indeksi (VKİ) 25'in üzerindeyse birey aşırı kilolu, 30'un üzerinde ise obez olarak tanımlanır (Babaoğlu ve Hatun, 2002). Dünya sağlık örgütünün (WHO, 2004) sınıflandırmasına göre belirlenmiş BKİ değerleri ve sınıflandırması şekil 1'de gösterilmektedir.

Sınıflandırma	Beden Kitle İndeksi (BKİ) Kesim Noktaları
Normal Aralık	18.50 - 24.99
Aşırı kilo	$\geq 25.00$
Obezite Öncesi	25.00 - 29.99
Obez	$\geq 30.00$
Obez (Sınıf 1)	30.00 - 34.99
Obez (Sınıf 2)	35.00 - 39.99
Obez (Sınıf 3)	$\geq 40.00$

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütüne Göre Obezite Sınır Değerleri (WHO, 2010)

Şekil 1'de görüldüğü üzere BKİ 24.99  $\text{kg/m}^2$ 'a kadar normal kilo aralığı olarak değerlendirilmektedir. 25-29.99  $\text{kg/m}^2$  arasında aşırı kilolu ya da obezite öncesi olarak isimlendirilirken beden kitle indeksinin 30 ve üzeri olduğu durumlarda bireyin obezite problemi olduğu ifade edilir. Beden kitle indeksinin 18.50  $\text{kg/m}^2$ 'den daha düşük olduğu durumlar ise normal kilonun altında şeklinde değerlendirilir.

Obezite tanısı vermede diğerk bir karar mekanizması ise bel çevresi ölçümüdür. BKİ değerlerine göre normal veya fazla kilolu bireylerde bel çevresinin ölçümü yararlıdır. Bel çevresi (BÇ) ölçümü ise abdominal yağ içeriğinin ölçümünde kullanılan basit ve pratik bir antropometrik ölçüm metodu olarak değerlendirilmektedir. (İslamoğlu, Koplay, Sunay ve Açıkel, 2008). Buna göre erkeklerde bel çevresinin 102 cm ve kadınlarda da 88 cm'den fazla çıkması artmış risk olarak değerlendirilir. Ancak bel çevresi ölçümlerin bölgesel farklılıklar gösterebileceği düşünölmelidir. Güney Asya kökenli kişilerin daha merkezî bir yağ kütlesi dağılımı olduğu hâlde her zaman genel nüfustakine benzer bir obezite durumu göstermediklerine dair kanıtlar bulunmuş, ayrıca bu kişilerin daha düşük bel çevresi değerlerinde obeziteye bağlı hastalık riski taşıdıkları görölmüşür (Rush ve ark., 2004). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) ve Güney Asya Sağlık Vakfı (SAHF), etnik kökeni Çin ve Güney Asya olan erkekler için bel çevresi risk eğiğinin 94 cm'den 90 cm'ye düşürölmesi ve yüksek tehlikeye dikkat çekilmesi gerektiği konusunda hemfikirdir. Kadınlardaki 80 cm eğiği konusunda bir değişiklik önerilmemiştir (Alberti, Zimmet ve Shaw, 2006). Yakın zamanda yapılan bir literatür taraması sonucunda, en doğru bel çevresi eğiğinin farklı etnik kökenlere göre değişiklik gösterdiği ve evrensel olarak kabul edilebilecek tek bir değerin bulunmadığı, ancak ölke ve bölge özelinde geçerli olabilecek değerlerin düşünölebileceği kanısına varılmıdır (Qiao ve Nyamdorj, 2010). Küresel olarak uygulanabilen bir BÇ eğiği henüz bulunmadığından, NICE (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyeti Enstitüsü), Birleşik Krallık'ta yaşıyan farklı etnik gruplar için farklı BÇ eğikleri belirlenmesini tavsiye etmemektedir. Kilo ve bel çevresine göre hastalık riski ve bunların VKİ ile ilişkisini gösteren bilgiler Şekil 2'de ifade edilmektedir (İslamoğlu ve ark., 2008).

KİLO VE BEL ÇEVRESİNE GÖRE HASTALIK RİSKİ				
VKİ	OBEZİTE SINIFI	ERKEK<102cm KADIN< 88cm	ERKEK>102 cm KADIN >88 cm	
Zayıf	< 18.5	-	-	
Normal	18.5-24.9	-	-	
Fazla Kilo	25-29.9	yüksek	yüksek	
Obezite	30-34.9	I	yüksek	çok yüksek
	35-39.9	II	çok yüksek	çok yüksek
Aşırı Obez	>40	III	aşırı yüksek	aşırı yüksek

VKİ: vücut kitle indeksi (kg/m<sup>2</sup>)

Şekil 2. Fazla kilo ve Obezite Risk Sınıflandırması (Öztürk, 2011)

Obezite sınıflandırmasından sonra ortaya çıkan diğer bir önemli konu ise obezitenin nedenleri ve obeziteyle ortaya çıkan ya da ortaya çıkma olasılığı artan risk faktörleridir. Türkiye’de de obezitenin risk faktörleri ve düzeyini belirlemeye yönelik birçok çalışma vardır (Akiş ve ark, 2003; Kayıran ve ark, 2011; Öztürk ve Aktürk, 2011; Savaşhan, Sarı, Aydoğan ve Erdal, 2015) Tüketilenden, ihtiyaçtan fazla enerji alımı obezitenin başlıca nedenidir. Arka planda başka hastalığın olmadığı vakalarda bu durum eksojen obezite olarak adlandırılır ve obezite rahatsızlıklarının çoğunluğu bu grupta sınıflandırılabilir. Eksojen obezite, kalori alımı ile harcanması arasındaki dengesizlikten ortaya çıkarsa da, etiolojide başka faktörler de etkilidir. Bu faktörler yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, genetik, beslenme alışkanlıkları, ve sosyoekonomik kültürel seviye olarak sayılabilir (Berberoğlu, 2008). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı (STD) raporunda obezitenin nedenleri içinde en sık görülenin enerjisi yüksek gıdalara kolay ulaşılması ve hareketi az, durağan yaşam tarzı olduğu belirtilmektedir. Alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda vücutta kalan enerji fazlası yağ şeklinde depolanarak obeziteye neden olduğu ifade edilmektedir. Obeziteye neden olan durumlar; aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

- a) Dengesiz beslenme,
- b) Sıfır veya yetersiz fiziksel aktivite,

c) Bazı endokrin hastalıklar: Diyabet, metabolik sendrom, tiroid fonksiyon bozuklukları, PKOS (polikistik over sendromu), büyüme hormonu yetmezliği, cushing sendromu, cinsiyet hormonlarında azlık, v.b.

d) İlaçlar: Metabolik kontrolü bozan ilaçlar (antipsikotikler, glukokortikoidler, anabolizan steroidler),

e) Genetik sendromlar

Obezitede risk faktörlerinin kapsamlı bir değerlendirilmesi Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu tarafından hazırlanan Obezite Tanı ve Tedavi isimli yayınında değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre obezite de risk faktörleri koroner kalp hastalığı, kalp yetersizliği, inme, gastrointestinal ve hepatobilyer hastalıklar, eklem hastalıkları, solunum hastalıkları, kanser, polikistik over sendromu, böbrek hastalıkları, genitoüriner hastalıklar olarak ifade edilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2014). Yine obezitenin diyabet gelişimi, insülin rezistansı, hiperinsülinemi, bozulmuş karbonhidrat metabolizması, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği, koroner hastalık, inme, kalp yetersizliği, safra kesesi ve safra yolu enfeksiyonları, safra kesesi taşı, gut, idrar torbası hastalıkları, ürik asit böbrek taşları, osteoartrit, kanserler, gebelikte komplikasyon, kısırlık, adet düzensizliği, uyku apne sendromu, ve psikiyatrik hastalıklar için majör risk faktörü olduğu ifade edilmektedir (Yetkin ve Çimen, 2010).

Obezitenin yaratmış olduğu risk faktörleri sadece fizyolojik hastalıklarla sınırlı olmayıp psikolojik bozukluklarla da ilişkilidir. Obezitenin tetikleyebileceği psikolojik bozukluklar arasında depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve düşük özsaygı bulunmaktadır. Scott, McGee, Wells ve Oakley Browne, (2008) özellikle anksiyete bozuklukları bağlamında ruhsal bozukluklar ve obezite ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarında 16 yaş üzeri 12992 katılımcıdan oluşan bir ulusal tarama çalışmasını kullanarak geniş çaplı bir değerlendirme yapmışlardır. Araştırma sonucuna göre obezitenin anksiyete bozuklukları, majör depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğu vurgulanmakta özellikle anksiyete bozukluğu ile obezite arasında yüksek düzey korelasyon olduğu ifade edilmektedir. Black, Goldstein ve Mason, (1992) 88 bariatrik cerrahi kliniği hastası ile gerçekleştirdikleri araştırmada obez bireylerin kontrol grubuna göre yaşam boyu

anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, bulimiya ve tütün bağımlılığı görülme sıklığının daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir.

On dokuz yıllık süre içerisinde dört izlem gerçekleştirilerek yapılan bir çalışmada, obez bireylerin yaygın görülen ruh sağlığı problemleri bakımından daha riskli bir grup olduğu değerlendirilmiştir. Hatta obezitenin ilerleyen dönemde ruhsal problem yaşamayı öngördürmede güçlü bir değişken olduğu ifade edilmiştir (Kivimäki ve ark., 2009). Carpenter, Hasin, Allison ve Faith (2000) genel popülasyonu ele alarak obezite, major depresif bozukluk, intihar eğilimi ve intihar düşüncelerini değerlendirmişlerdir. Çalışma kapsamında ulusal bir tarama çalışmasındaki veriler kullanılmış ve toplam 40.086 kişi üzerinde çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları vücut ağırlığının hem kadın hem de erkeklerde majör depresyon, intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Beden kitle indeksindeki artışın depresyon düzeyi ve intihar düşüncesinin sıklığını artırdığı ifade edilmiştir. Göze çarpan bir bulgu olarak düşük beden kitle indeksinin de erkeklerde depresif duygudurumla korelasyon gösterdiği ifade edilmektedir.

Doll, Petersen, ve Stewart-Brown (2000) obezite ile fiziksel ve duygusal iyi oluş arasındaki ilişki ve beden kitle indeksi ile kronik rahatsızlıklar ve fiziksel ve ruhsal sağlık komponentlerini değerlendirmek amacı ile 8889 kişi üzerinde yapılan tarama çalışmasını kullanmışlardır. Katılımcıların %31'inin aşırı kilolu %11'inin obez olduğu ifade edilen çalışma da, kilo problemi olan danışanların düşük iyi oluş ve düşük fiziksel iyilik hali bildirdiği ifade edilmiştir. Citromea ve Vreelandb, (2009) obezite ve ruhsal rahatsızlıkların ilişkili olduğunu, özellikle obez bireylerin ciddi ruhsal rahatsızlıklar açısından risk grubu olduğunu ifade etmektedirler.

Türkiye'deki alanyazın değerlendirildiğinde de obezite ile psikolojik ve ruhsal rahatsızlıkların ilişkilendirildiği birçok çalışmanın var olduğu söylenebilir. Deveci, Demet, Özmen, Özmen, ve Hekimsoy, (2005) obezite tanısı almış 50 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında obezite ile ruhsal rahatsızlıklar arasında ilişki olduğunu, çalışma kapsamında obez bireylerde en sık görülen problemin özgül fobi olduğunu ifade etmektedir. Eren ve Erdi, (2003) obezite tanısı almış 53 hastayı değerlendikleri çalışmalarında Hastalarda %81.3 oranında major depresif bozukluk, %71.7 hastada son ayda major depresif epizot ve %5.7 oranında yaygın anksiyete

bozukluğu, %22.6 oranında sosyal fobi, %3.8 oranında obsesif kompulsif bozukluk, %17 oranında nikotin bağımlılığı ve %5.8 oranında alkol bağımlılığı olduğunu bildirmişlerdir. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığının ve depresif belirti şiddetinin araştırılması amaçlanan bir diğer çalışmada ise çalışma kapsamında 55 obez kadın hasta değerlendirilmiş, ayrıca 55 kişilik bir normal kilolu kontrol grubu kullanılmıştır (Özdel ve ark., 2011). Obez gruptaki psikiyatrik tanı sıklığının kontrol grubuna göre yüksek olduğu tespit edildiği bu çalışmada en sık konulan tanılar, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olarak ifade edilmektedir. Araştırmacılar obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin varlığını desteklemekte, tedavi arayışında olan obez kadınlarda psikiyatrik değerlendirmenin gerekli olduğunu ifade etmektedir.

## **1.1. OBEZİTENİN YAYGINLIĞI**

Obezite gerek dünyada gerekse Türkiye’de yaygın ve ciddi bir sağlık problemidir. Obezitenin yaygınlığı ile ilgili bir çok bireysel ya da ulusal çalışmanın yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü (WHO – World Health Organisation) gibi büyük kurumlar tarafından gerçekleştirilen yaygınlık araştırmalarında bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından dünyanın çeşitli merkezlerinde, 1980’lerin başında, yaklaşık 10 yıl süren MONICA (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi) çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada obezite prevalansında %10 ila %30 arasında artış gözlemlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi’nin (CDC – Centers for Disease Control and Prevention) ) 2003-2004 yıllarında gerçekleştirdiği NHANES (National Health and Examination Survey - Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) araştırmasının sonuçlarına göre erkeklerin %31,1’i kadınların ise %33,2’si obez olarak saptanmıştır (BKİ  $\geq 30$ ). Aynı araştırma 2 sene sonra tekrar edildiğinde bu oranlar erkeklerde %33,3, kadınlarda ise %35,3 olarak güncellenmiştir. Westerwald ve ark. 2016’da yayınlanan araştırmalarında dünya çapında yaklaşık 1.5 milyar fazla kilolu, 500 milyon da obez bireyin olduğunu belirtmişlerdir. Yine 2000’li yılların ilk başlarında Avrupa’nın farklı ülkelerinde yetişkinlerde gerçekleştirilen çalışmalara göre fazla kilolu olma (BKİ  $\geq 25$  ve  $\leq 29,9$ ) prevalansı erkeklerde %32-79 , kadınlarda %28-78 aralıklarında



seyrederken; obezite (BKİ  $\geq$  30) prevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değiştiği görülmüştür (*Türkiye’de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri*, 2014).

Türkiye’de her 5 yılda bir Hacettepe niversitesi tarafından, 15-49 yaş aralığındaki kadınların hedef alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) araştırması yapılmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına göre fazla kilolu ve obez olma durumunun giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk (BKİ  $\geq$ 25 ve  $\leq$ 29,9 kg/m<sup>2</sup>) prevalansı 1998, 2003, 2008 ve 2013 yıllarında sırasıyla %33,4, %34,2 ve %34,4 ve %55 obezite (BKİ  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup>) prevalansı ise %18,8, %22,7, %23,9 ve %27 olarak bulunmuştur. Bu rakamlara göre fazla kilolu olma durumu 2008’den 2013’e %50’den fazla artış göstermiştir. Obez olma durumu da ciddi artış göstermektedir. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013) Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA- 2010) sonuçlarına göre de yetişkinlerde fazla kilolu olma yüzdesi %34,6 obez olma yüzdesi ise 30,3 olarak tespit edilmiştir. (STD, 2014)

İlköğretim ğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada (Uskun, ztrk, Kişioğlu, Kırbıyık ve Demirel, 2005) ekonomik durum, TV izleme süresi, oyun süresinin çocuktaki obezite gelişimini etkileyen faktörler olarak ifade etmişlerdir. Araştırmaya göre uzun süreli TV izlemenin obeziteyi artıran uzun süreli oyun oynamanın ise obeziteyi azaltan faktörler olduğu ifade edilmiştir. Süt ocukluğu ve erken çocukluk dönemi hızlı büyümesi ergenlik obezitesi ile sonuçlanabildiği de ifade edilmektedir (Berberoğlu, 2008). Yine okul ağı çocuklarının değerlendirildiği bir diğer araştırmada fiziksel aktivite ve katı yağ tüketimi hariç atıştırma, televizyon (TV) seyretme süresi, ailede obezite öyküsü ve sosyoekonomik seviye obez çocuklarda obez olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bilgisayar kullanımı, TV izleme ve fiziksel aktivitede azlık çocuklarda obezite için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Ercan, Dallar, nen ve Engiz, 2012). Türkiyede üç farklı bölgedeki okullarda kilo fazlalığı, obezite ve boy kısılalığını değerlendiren kapsamlı bir çalışmada 1134 ğrenci değerlendirilmiş bölgelere göre kilo fazlalığı ve obezite de farklılaşma olduğu ifade edilmiştir (Kayıran ve ark., 2011). Bu konudaki en yeni çalışmalardan biri İlkokul ağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk

faktörleri üzerine yapılmış 3963 çocuk ve ebeveynleri ile gerçekleştirilen bir betimsel çalışmadır (Savaşhan ve ark., 2015). Hem anne hem de baba obez olanlarda ise çocuklarının kilosundan memnun olma sıklığı %72,2 olarak ifade edildiği çalışmada Her üç çocuktan ikisinin yemek öğünlerinde sorunlar olduğu, çocukların %48,2'sinin düzenli sabah kahvaltısı alışkanlığının olmadığı ifade edilmektedir. Tüm çocukların %69,6'sının öğün aralarında abur-cubur atıştırma alışkanlığı olduğu ifade edilmiştir. Televizyon veya bilgisayar karşısında daha fazla vakit geçiren çocuklarda obezite görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Tüm bu araştırma bulguları ışığında hem Türkiye'de hem de uluslararası alanyazında obezitenin sıklıkla psikiyatrik problemlerle ilişkilendirildiği görülmektedir. Bu durum özellikle obez bireylere yönelik gerçekleştirilen tüm tedavi müdahaleleri için dikkate alınması gereken bir durum olarak göze çarpmaktadır. Bu bağlamda obez bireylerin yaşadıkları psikolojik rahatsızlıkları göz ardı etmemek obezite ile ilişkili birçok ruhsal problem konusunda dikkatli olmak gerekliliği ifade edilebilir. Bu bağlamda obezite ile en çok ilişkili olan ruhsal rahatsızlıklardan biride yeme bozukluklarıdır. Bu çalışmanın temel içeriğini oluşturduğundan gece yeme, duygusal yeme, tıknircasına yeme gibi yeme bozuklukları ve bu rahatsızlıkların obezite ile olan ilişkisi diğer bölümlerde detaylı olarak aktarılmaya çalışılmıştır.

## **1.2. OBEZİTENİN MALİ SONUÇLARI**

Çağın en önemli sorunlarından biri kabul edilen obezitenin, hastaya ciddi bir maliyeti olduğu göz ardı edilmemelidir. İnsani Gelişmişlik Raporu'nda yer alan McKinsey Küresel Enstitüsü'nün yapmış olduğu obezite araştırmasına göre, obezitenin küresel maliyeti 2 trilyon doları aşmaktadır (Mc Kinsey Küresel Enstitüsü, 2014). Wang ve ark. 2000'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarının maliyetinin %27 arttığını ve toplam sağlık harcamalarının %16-18'nin de obezite tedavisinde harcandığını belirtmişlerdir, bu oran da senede yaklaşık \$66 milyar dolara denk gelmektedir. (Westerveld & Yang, 2016). Bu bilgi ile obezitenin yalnızca obezite sorunu yaşayan bireyler için değil devletler için de maddi bir külfet oluşturduğunu söylemek mümkündür. Bir başka deyişle devletlerin nüfusa göre yapmış oldukları planlamalar ve bu doğrultuda yapılan sağlık harcamaları kapsamında, obezite dünya ülkeleri tarafından ciddi mali bir sorun

olarak görülmektedir. Obezitenin ortaya çıkarmış olduğu maliyetlere bakacak olursak; hem dolaylı hem de doğrudan maliyetlerden bahsetmek gerekecektir. Doğrudan obezite maliyetleri; hastanın ayakta veya yatakta almış olduğu sağlık hizmetleri, laboratuvar, radyoloji testleri ve ilaç tedavisi olarak sayılabilecektir. Dolaylı maliyetler ise; obezitenin hastalara yaşatmış olduğu sağlık sorunları yüzünden, ekonomik kaynaklardan yoksun kalınmasıdır. Dolaylı maliyetlerin tespiti zor olmakla birlikte; obezite olan kişilerin hastalıkları yüzünden verimli çalışmamaları ve buna karşılık kayıp iş gücü maliyetinin oluşması, ayrıca bu kişilerin yaşamları daha riskli olduğundan ayrıca ortaya sigorta maliyetlerinin çıkması bu maliyetler arasında sayılmaktadır. Dünya ülkeleri de obeziteyle ve obezitenin mali sonuçlarıyla mücadele etmek amacıyla, sağlıksız ve çok fazla kalori ihtiva eden yiyeceklere yüksek vergi uygulaması yoluna başvurma kararı almıştır. Fakat Japonya diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak, vergi uygulaması yerine 2008 yılında başlatmış olduğu özel bir uygulama çerçevesinde, 40 ile 74 yaş arası bütün nüfusun her sene, erkeklerde 90 kadınlarda 80 cm olarak belirlenen, bel ölçüleri alınmakta ve yetkililerin direktifiyle halkın bu ölçülere ulaşması amaçlanmaktadır. Bu ölçülere ulaşamayan kişilere karşı ise, hükümet maddi yaptırım uygulaması planlamaktadır (The New York Times, Japan, Seeking Trim Waists, Measures Millions - Haziran 2008 Akt. Sencer Turunç, 2014). Bütün dünya ülkeleri kendi anlayışlarına göre obezitenin mali tarafıyla mücadele halindedir. Görülen odur ki, obezite yalnızca hastanın kendisini değil, bütün toplumu etkileyen oldukça ciddiye alınması gereken bir sorundur. Buradan da anlaşıldığı üzere obezite oldukça büyük mali külfeti olan epidemik bir sorundur.

### **1.3. OBEZİTE TEDAVİSİ**

Obezite tedavisinde birçok farklı yöntem ve teknik kullanılmakla beraber bu teknikler birinci basamakta yaşam stilini değiştirme, ikinci aşamada farmakoterapi, üçüncü ve en etkili tedavi ise cerrahi tedavi olarak üç grupta ele alınabilir. Yaşam stili değiştirme birçok hastada işlevsel olarak görülse de gerektiği kadar kilo verilmesi çok da mümkün olmamaktadır. İkinci aşama olan ilaç tedavisi belli bir iyileşme sağlamakta ancak kronik bir rahatsızlık olan obezite için yeterli olamayabilir. Son olarak cerrahi müdahaleler özellikle son yıllarda popüler hale

gelmiş bir yöntemdir. Cerrahi yöntemler hastaların ciddi kilo vermelerine olanak sağlamıştır (Banlı ve ark., 2009).

Obezitenin oluşumunda pek çok faktör olduğu bilinse de her geçen gün yeni parametreler eklenmektedir. Tedavisi için çeşitli metodlar kullanılırken, kesin sonuç veren bir formül yoktur. Tedavinin amacı fazla kiloların verilmesi kadar, uzun vadede hastanın sağlıklı BKİ derecesinde hayatını sürdürebilmesidir. Halen mevcut farklı tedavi metotları aşağıdaki şekilde ifade edilebilir.

**Diyet Tedavisi:** Düşük kalorili gıda alımı sağlanarak, ihtiyaç duyulan günlük enerji miktarından daha az enerjinin alımıyla, aradaki farkın bedende depolanmış ekstra yağların yakımıyla gerçekleşmesi planlanır. Yiyecek kombinasyonlarıyla da bazal metabolizma hızının düşürülmemesi sağlanır.

**Fiziksel Aktivite:** Fiziksel aktivite, enerji kaybını artırır, yağ depolanmasını azaltır ve enerji dengesi sağlar. Tüm yaş grupları için günlük en az 30 dakikalık egzersiz (veya 10,000 adım) tavsiye edilmektedir. Isınma hareketleri ile başlayan ve esneme ile biten kardiyovasküler çalışmalar, karın bölgesi yağlarını yakarken, kas kaybını da engeller.

**Psikolojik Destek:** Çeşitli psikoterapi modelleri, obezitenin oluşumunda rol oynayan yeme bozuklukları, bağımlılıkları, obeziteye sekonder depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi hastalıkların tedavisinde yardımcı olmaktadır. Duygusal yeme anları tespit edilerek, yiyeceklerle bastırılan duyguların keşfedilmesinde yardımcı olunur. Yurt dışında, pek çok merkez multidisipliner yaklaşımla, diyet ve egzersiz programlarının yanı sıra psikolojik grup çalışmaları da gerçekleştirmektedir. Türkiye’de de az da olsa obezite psikolojisi hakkında çalışmalar başlamıştır. Obezite tedavisinde en fazla kullanılan psikoterapi metodlarından biri davranışçı terapidir. Davranışçı terapiler sağlıklı ve düzenli yeme alışkanlığının oturtulmasında başarılı olmaktadır.

*Davranışçı Tedavi Yaklaşımı:* Kilo kaybı için yeme tarzını değiştirmek ve fiziksel egzersiz yapmak genellikle fazla kilonun sadece %10’unun kaybına yardımcı olur. Fazla kiloların verilmesine destek amacıyla davranışçı terapiler çok etkin olabilir. Davranışçı veya bilişsel davranışçı terapileri en temel iç özelliği vardır:

1. Net ve ulaşılabilir hedefler belirlenmesi (ör. Haftada 4 gün, günde 15 dakika yürüyüş yapılması ve bu sürenin 6 haftada 30'ar dakikaya çıkartılması gibi)
2. Neyin değişmesi gerektiğinden ziyade nasıl değişeceğine odaklanma
3. Büyük değişimler yerine küçük değişimlere odaklanma

Farklı araçlar ve teknikler davranışçı terapidde kullanılmaktadır: kendini izleme (self monitoring), dürtü kontrolü, hedef belirleme, eğitim, sosyal destek, vb. (Jacob & Isaac, 2012; Ohsiek & Williams, 2011; Tucker, Samo, Rand, & Woodward, 1991):

**Farmakoterapi:** Ülkemizde obeziteye endike iki tane ilaç vardır. BKİ 30'un üstünde olan hastalarda kullanılabilir. Sibutramine, serotonin, noradrenalin ve dopamin geri alımı inhibitörüdür. İştah kontrolünde yardımcı olur. Orlistat ise reversible lipaz inhibitörüdür. Besinlerin içindeki yağların kısmen emilmesini sağlar. İlaçların etkinlikleri ve yararlılıklarının yanı sıra yan etkileri de ciddi olarak takip edilmelidir (Eker ve şahin, 2002). Bunlara ek olarak Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan dört molekül daha vardır: lorcaserin, phentermine/topiramate (bunlar 2012 yılında onaylanmışlardır), naltrexone/bupropion ve liraglutide (onay tarihleri 2014 – www.fda.org) (Westerveld & Yang, 2016).

**Cerrahi Tedaviler:** Üçüncü sınıf obez hastalara (BKİ  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>) veya komorbid risk etmenleri olan ikinci sınıf obez hastalara (BKİ  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>) uygulanmaktadır. Bir hastaya bariatrik ameliyat uygulayabilmek için en az üç sene boyunca diğer yöntemlerle kilo verememiş olma şartı aranmaktadır. Obezitenin ameliyatla tedavi edilebileceği fikri, midelerinin veya ince bağırsaklarının büyük bölümü alınarak ciddi post-operatif kilo kaybı yaşayan hastalardan esinlenmiştir. Bu ameliyatlar üç kategoriye ayrılırlar: kısıtlayıcı, emilim azaltıcı ve bunların kombinasyonları. Kombine ameliyat olan Gastrik Bypass, 3 sınıf obez hastalar için en etkin tedavi şekli (altın standart) olarak kabul edilmektedir. Sleeve Gastrektomi ameliyatı (kısıtlayıcı) ise önceleri, çok kilolu hastaları gastrik bypass ameliyatına hazırlamak için yapılmaya başlanmıştır. Ancak alınan sonuçlar memnunluk verici olunca, son senelerde bu ameliyat tek başına kullanılmaya başlanmıştır. Bariatrik cerrahi çok dinamik bir alandır ve uzmanlar devamlı olarak daha az invaziv, daha çok güvenilir ve etkin teknikler araştırmaktadır. (Saber, Elgamal ve McLeod, 2008; Balcıoğlu ve Başer, (2008)

Obezite tedavisi multidisipliner bir süreci gerektirir. Bir yandan fizyolojik müdahaleler ve farmakoterapi söz konusu iken diğ er yandan bireylerin psikolojik deste ğ e ihtiya ç duyacakları unutulmamalıdır. Çünkü depresyon baş ta olmak üzere birçok psikopatolojik rahatsızlık obez bireylerde sıklıkla görülebilmektedir. Hastaya özel bireyselleştirilmiş, multidisipliner ve boylamsal stratejiler geliştirilmesi gerekir (Hachem & Brennan, 2015; Westerveld & Yang, 2016)

Görüldü ğ ü üzere obezite çok farklı araçlarla tedavi edilebilir. Bu çalışma kapsamında bariatrik cerrahi bir de ğ iş ken olarak ele alındığından tedavi stratejilerinden biri olan cerrahi müdahale hakkında daha geniş bilgi verilmektedir.

### 1.3.1. Obezitede Cerrahi Tedavi

Tüm dünyada giderek artan bir sorun olan obezitede etkin tedavi yöntemlerinden biride cerrahi yöntemlerdir. Ameliyat harici tüm seçeneklerle obezitenin tedavi edilemediği durumlarda, hastalara cerrahi müdahaleler yapılarak tedavi imkanı sağlanabilir. Bu müdahalelere obezite ameliyatları veya bariatrik ameliyatlar denmektedir. “Bariatrik” kelimesi yunancadaki “*bari, baros – ağır yük*” kelimesinden türemiştir. -iatr eki ise “*doktor, tedavi anlamına gelen iatrikos/iatros*” kelimelerinden gelmektedir (Wyyzant, n.d.). Bariatrik cerrahi olarak da isimlendirilen cerrahi tedaviler günümüzde morbid obezite için en etkin tedavi olarak kabul edilir. Yaygın olarak uygulanan prosedürler; ayarlanabilir gastrik bantlama ve vertikal bantlama gastroplastisini, sleeve gastrektomi, Roux-Y bypass cerrahisinin varyantlarını, biliopankreatik diversiyonu veya duedonal switch ve karışım prosedürleri olarak sınıflandırılmaktadır (Korenkov, Sauerland ve Junginger, 2005). Cerrahi tedavilerin tipleri kısıtlayıcı, absorpsiyon bozucu veya her ikisininin kombinasyonu olarak belirlenmektedir.

Bariatrik cerrahi 50 yılı aşkın süredir obezitenin tedavisinde kullanılmaktadır (Elder ve Wolfe, 2007). Obezite endişe verici bir oranda yayılmaktadır ve sayısı hızla artan hastalar, morbid obeziteye etkili bir tedavi yöntemi bulabilmek için bariatrik cerrahiye yönelmektedir (Maggard ve ark., 2005). Buna ek olarak, yüksek tansiyon, şeker, hiperlipidemi ve tıkaçıcı uyku apnesi olan önemli hastalıkların da tedavinin ardından iyileştiği ve hatta tamamen geçtiği görülmektedir (Buchwald ve ark., 2004). Ancak malesef bazı bariatrik cerrahlar, geçici bir sürede verilen kilonun kendiliğinden kalıcı olacağı algısı yaratarak hastaları yanlış yönlendirebilmektedir. Hastalar “obezitelerini tedavi etmek” için cerrahi prosedüre güvenebilir ve doğal olarak kilo kaybını sürdürecektir ve ölüm riskini azaltacak gerekli davranışsal değişikliklere neden olacağı gibi yanlış bir kaniye kapılabilir (Sjöström e ark., 2007). Bu kaniye malesef kiloların geri alınma riskini daha da yükseltebilir.

Bariatrik cerrahinin ardından optimal oranda kilo kaybetmek ve bu oranı korumak için beraberinde uygulanması gereken yaşam tarzı değişiklikleri son derece önemlidir. Bunlara besin optimizasyonu, düzenli yapılan egzersiz, artırılan fiziksel aktivite, stres yönetimi, gerçekçi hedef koyma, çevre kontrol stratejileri, destek sistemleri ve bilişsel yeniden yapılanma dâhildir (Sarwer, Wadden ve Fabricatore,

2005) Tedavi gören hastaların kilo verme sürecinde karşılaşacağı zorlukların bazıları bu yaşam tarzı değişikliklerini uygulamakla ilgilidir. Geleneksel olarak, davranışsal etkilerin ve yaşam stresini artıran faktörlerin cerrahi sonrası hasta başarısında rol oynadığını düşünülmüştür. Bu nedenle, bariatrik cerrahinin ardından yeniden kilo almaya neden olacak faktörleri anlamak çok önemlidir. Böylece yeniden kilo alma ihtimali en aza indirgenebilir veya önlenebilir (Odom ve ark., 2010)

Morbid obezite sınıflamasına giren bireylerin bariatrik cerrahi için uygun hasta olarak değerlendirilebilmesi için bazı kriterler mevcuttur. Morbid veya III. Sınıf obezite hastalığı tanısını koymak için BKİ (beden kitle indeksi) değerinin 40 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olması gerekmektedir. Bununla beraber, II.sınıf obez olan hastalar da (BKİ 35 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde) diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi gibi sistemik hastalıklara sahiptirler, bariatrik cerrahi tedavisinden faydalanabilirler. ABD'de hastaların %1'den de azı bariatrik yöntemlerden faydalanabilirken faydalanabilirken, Türkiye'de teknolojik alt yapı da dâhil olmak üzere bu tedavi yöntemleri ile (cerrahi, endoskopik vb) var olan morbid obezlerin ancak 1/1000'i tedavi edilebildiği söylenebilir (Westerveld & Yang, 2016; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2014).

Obezite tedavisi için bariatrik ameliyatlar her geçen gün daha fazla tercih edilen bir yöntem olmaktadır. Bu ameliyatlarda yapılan cerrahi işlemler, malabsorpsiyona (emilim azlığı) sebep olarak ya da hastanın gıda alımını kısıtlayarak kilo kaybına yol açmaktadır. Obezite ameliyatlarında “Gıda Alımı Kısıtlama (restriktif)” ve “Malabsorpsiyona Yönelik Cerrahi” ayrı ayrı kullanıldığı gibi, kombine olarak da kullanılabilir. Bunlar;

**Gıda Alımını Kısıtlama (Restriktif müdahaleler):** Rezeksiyon, bypass veya midenin üst kısmını küçülterek, midenin besin alma kapasitesi azaltılır. Hasta, böylece çok daha az besin tüketir. Gıda alımını kısıtlayan ameliyatlar; Vertikal band gastropласти (VBG) ve laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB) ve Sleeve Gastrektomi'dir.

**Malabsorpsiyona Yönelik Cerrahi Yöntemler:** Bu yöntemlerde ince bağırsak uzunluğu kısaltılarak, absorpsiyon yapan alan bypass edilerek, emilimin azaltılması



hedeflenir. Jejunoyal bypass (JİB) ve duodenal switch (DS) bu tip operasyonlar arasındadır.

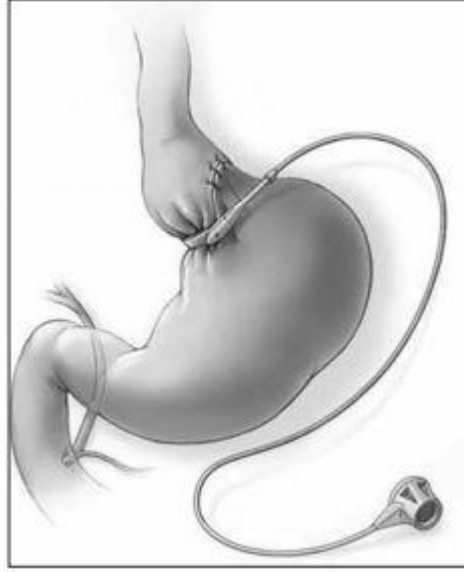
**Restriktif ve Malabsorbif Kombine Etkili İşlemler:** Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB), bilyopankreatik diversiyon (BPD) ve bilyopankreatik diversiyon/duodenal switch (BPD/DS) bu tip ameliyatlar arasındadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2014).

Obezitenin cerrahi tedavisinde bir çok yöntem bulunmasına rağmen bu bölümde en sık kullanılan yöntemler olan Ayarlanabilir Gastrik Bantlama, Roux-Y Gastrik Baypas ve Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide) teknikleri hakkında bilgi verilmeye çalışılmıştır.

### **1.3.1.1 Ayarlanabilir Gastrik Bantlama**

Ayarlanabilir gastrik bantlama (adjustable gastric band surgery) bir tür kısıtlayıcı ameliyat olarak sınıflandırılabilir. Kuzmak ve Forsell tarafından tanımlanmış olan bu teknik, dünyada yaygın olarak kullanılan bariatrik cerrahi yöntemi (Kuzmak, 1991). Hayatı tehdit eden komplikasyonların az olması, minimal invaziv bir girişim olması nedeni ile mide bandı sıklıkla tercih edilen cerrahi tedavi yöntemi (Banlı ve ark., 2009). Ancak son senelerde giderek çok daha az tercih edilmektedir. İleri yaşta, yüksek risk grubunda olan obez bireyler için önerilmektedir (Nedelcu, Khwaja, & Rogula, 2016).

Ayarlanabilir gastrik bant, mide proksimal kesiminin 360 derece kelepçe benzeri bir malzemeyle sarılarak uygulanan bir yöntem olarak özetlenebilir. Bu müdahaleye ilişkin görsel Şekil 3'te gösterilmektedir. Tamamen gıda alımını azaltmaya yönelik bir müdahale olarak değerlendirilir. Türkiye'de de sıklıkla kullanılmış bir yöntem olan gastrik bant yöntemi, hastaların ameliyat sonrasında gıda alımına başlayabilmesi, ameliyat sonrası yatış süresinin kısa olması gibi nedenlerle sıklıkla tercih edilmekteydi. Ancak sürekli izlem gerektirmesi tekniğin bir dezavantajı olarak ifade edilebilir. (Shekelle ve ark., 2004; Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).



*Şekil 3. Laparoskopik Ayarlanabilir Bant Gastrik Bant Ameliyatı (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007)*

### **1.3.1.2. Roux-Y Gastrik Baypas**

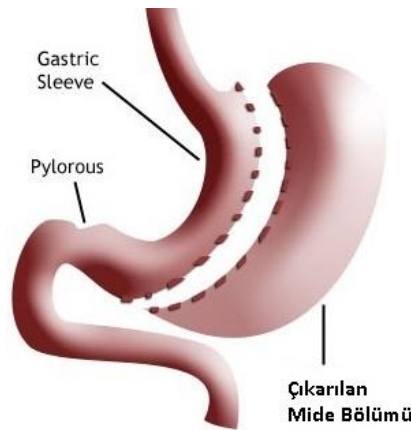
Roux-Y gastrik By-Pass, hem gıda alımını kısıtlayıcı hem de emilimi azaltıcı Özelliği olan bir ameliyat şekli olarak tanımlanmaktadır. Ameliyatın teknik yönü özetlersek; midenin proksimal kesiminde yaklaşık 20 mL'lik bir cep oluşturularak, bu cebin distal kısmı doğrusal zimbalarla kapatılmasını içerir. Midenin transekte edilmesi, tekrar rekanalize olmasını engellemek için önerilen bir yöntem olan ROUX-Y Gastik Baypas Jejunum treitz bağının 40-50 cm distalinden transekte edilir ve distal jejunum midede oluşturulan cebe 1 cm çaplı bir anastomoz ile ağzlaştırılması ile gerçekleştirilir. Proksimal jejunum hastanın obezite şiddetine göre 75-150 cm distale ağzlaştırılmaktadır (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007). İlgili müdahaleye ait görsel Şekil 4'te gösterilmektedir.



Şekil 4. Roux-Y Gastric By-pass (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007)

### 1.3.1.3. Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide)

Bariatrik cerrahide yaygın olarak kullanılan yöntemlerden birisi de Sleeve Gastrectomy ya da Türkiye’de halk arasındaki ifadesi ile tüp mide ameliyatıdır. Türkiye’de oldukça yaygın bir şekilde kullanılan bu cerrahi yöntem hacim kısıtlayıcı cerrahi yöntemlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Sleeve gastrektomi ameliyatları genellikle laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Bu tür ameliyatlar içinde ortaya çıkabilecek kanama, organ yaralanması, solunum sorunları ve emboli gibi komplikasyonlar çok düşük oranlarda gözlenir (Topuz, Baturay, Çakırgöz, ve Ersoy, 2014). Sleeve Gastrektomi ameliyatlarına ilişkin görsel Şekil 5’de gösterilmektedir.



Şekil 5. Sleeve Gastrectomy (Cingi, 2015)

Tüm dünyada giderek daha popüler hale gelen bu yöntem ile ilgili Türkiye’de de çalışmalar olduğu görülmektedir. Tekin ve Toydemir (2013) ayarlanabilir gastrik band uzun dönem komplikasyonları nedeniyle daha az tercih edilirken, son yıllarda hızlı artış gösteren sleeve gastrektominin, roux-y gastrik bypassa yakın kilo verimi oranları ile uygulamada sıklıkla kullanıldığını ifade etmektedir. Zengin ve Küçük (2015) tüp mide ameliyatı olan 16 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında Tek Kesiden Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (SILS-SG ) yöntemini kullanmışlar, SILS-SG ameliyatı uygun teknik donanım şartlarında uygulanabilecek bir ameliyat olduğunu ve ameliyat sonrası yüksek hasta memnuniyeti, daha az ağrı ve hastanede kalış süresi değerlendirildiğinde avantajlı bir yöntem olduğunu ifade etmişlerdir. Yazarlar bu operasyon yönteminin diğer uygulamalara göre daha maliyetli olduğunun altını çizmektedir. Ögünç (2012) tüp mide avantajının giderek popüler hale geldiği ve sıklıkla kullanılan bir cerrahi girişim olduğunu, metabolik etkinliğini üst düzey olduğu ifade edilen bu yöntemin dikkate değer kilo verimini sağladığını bildirmektedir. Mihmanlı ve Işıl (2015) komplikasyonların azalması için güvenli bir tüp mide müdahalesinin nasıl olması gerektiğine ilişkin değerlendirme çalışmalarında laparoskopik sleeve gastrektomi ve diğer obezite ameliyatlarında görülen apse, kaçak, emboli, kanama gibi komplikasyonların azalması cerrahi merkezin tecrübesi ile doğru orantılı olduğunu ifade etmektedir. Baştürk (2015) Sleeve Gastrektomi’nin orta ve uzun dönem sonuçlarını değerlendirdiği çalışmasında, bariatrik cerrahide primer tedavi olarak uygulanan Sleeve Gastrektomi’nin oldukça etkin, düşük mortalite ve morbidite oranları ile güvenilir bir yöntem olarak değerlendirildiğini, kilo kaybının yanında tip 2 diyabet ve hipertansiyon gibi eşlik eden komorbiditelerde de etki sağladığını bildirmiştir. Sleeve Gastrektomi ile yeterli kilo kaybının sağlanamadığı ya da tekrar kilo alımı olan hastalarda, duodenal switch gibi ikincil operasyonlar düşünülebileceğini ifade etmektedir. Kuzu-Okur ve ark. (2014) Sleeve Gastrektomi yöntemi ile bariatrik cerrahi uygulanan hastaların postoperatif döneminde vücut kitle indekslerinde azalma ile birlikte solunum fonksiyon test parametrelerinde de iyileşme görüldüğünü bildirmektedir.

Zengin ve Küçük (2015) Sleeve Gastrektomi ameliyatı olmuş 16 hasta ile yaptıkları değerlendirme görüşmelerinde, ameliyatın yüksek maliyetinin yanında, yüksek hasta memnuniyeti, daha az ağrı ve hastanede kalış süresi gibi avantajlarının

olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Türkiye’de SGK tarafından bu ameliyatlar artık karşılanmaktadır. Bir hastanın SGK kapsamında Sleeve Gastrektomi ameliyatı olabilmesi için vücut kitle indeksinin 40’ın üzerinde olması ve tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekimin de içinde yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi gerekmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 29 Eylül 2012).

## 1.5. BARIATRİK CERRAHİ SONRASINDA YEME ÖZELLİKLERİ

Bariatrik ameliyatlar sonrasında hastalar yeme davranışlarını değiştirmek zorundadırlar. Mideye yapılan işlem neticesinde görülen gastrik sınırlılık sebebiyle bir oturuşta yenen besin miktarları çok büyük ölçüde azalır. Bu yeni durum, bariatrik ameliyatların amacı olan hızlı ve yüksek miktarda kilo verdirmenin prensibidir. Hastaların yemek miktarlarını azaltmaya, aldıkları besinleri çok iyi çiğnemeye ve kendilerini tok hissetmez de yemek yemeyi bırakmaya adapte olmaları gerekmektedir. Bariatrik ameliyatlar sonrasında, hastalarda oluşan problemlerden öne çıkanları aşağıda sıralanmıştır:

**Kusma:** Bariatrik cerrahiye takip eden altı ay boyunca hastaların bir kısmında üst gastrointestinal sistemin (GİS) doygunluğuna paralel olarak kusma davranışı görülür. Kusma davranışı hastalara bağlı olarak iki şekilde gerçekleşmektedir; istem dışı kusma ve rahatsızlık duygusundan kaynaklanan istemli kusmadır. İstemli olarak kusan hastalarda da amaç zayıflamak değildir, hastalar hissettikleri rahatsızlık duygusunun gidermeye çalışmaktadırlar (Fandiño et al., 2005; Morseth et al., 2016).

**Tıkanma (Plugging):** Obezitenin son bulmasına yönelik olarak hastalara uygulanan cerrahi işlemin (Sleeve gastrektomi, mide bandı veya Roux-Y gastrik by-pass) fiziksel sonucu kimi zaman yutma gücü ile birlikte tıkanma problemlerine sebep olabilir. Özellikle çok miktarda ve hızlı yemek yiyip, iyi çiğnemedi besinleri yutan hastalarda, cerrahi işlemler sonucunda midelerinin kapasitesi artık küçük olduğundan yedikleri yiyecekler geri doğru itilmektedir. Bu itilmenin bir sonucu olarak hasta göğsünde baskı ve dolgunluk duygusu hissetmektedir (Conceição et al., 2014; Kofman, Lent, & Swencionis, 2010).

**Dumping sendromu:** Gastrik by-pass gibi gastrik sınırlamalarla birlikte malabsorbsiyon da uygulanan (ince bağırsağa müdahale edildiğinde) hastaların ortalama %85'inde dumping sendromu ortaya çıkmaktadır. Dumping sendromu çoğunlukla yüksek glisemik indeksi olan karbonhidrat içerikli besinlerin seçimiyle gelişmektedir. Bu tarz yiyeceklere *kayan besinler* (sliding food) da denir. Bu tarz yiyecekler mide kesesinden çok hızla, adeta kayarak ince bağırsağa geçerler ve bunun sonucunda da bireyde bazı fizyolojik belirtiler (gastrointestinal ve vasomotor) görülebilir. Dumping sendromunun iki çeşidi bulunmaktadır. Bunlardan ilki; hastaların yemek yemesinin 10-30 dakika sonrasında ortaya çıkıp 60 dakika içinde sonlanan *erken dumpingtir*. Erken dumping sırasında genellikle; baş dönmesi, kalp ritminde hızlanma, terleme, bulantı, midede dolgunluk duygusu, kızarma, bağırsaklara hareketlenme, ishal ve kramplar görülebilir. Bir diğer dumping çeşidi, ise yemek yedikten 1-3 saat sonra ortaya çıkan *geç dumpingtir*. Bu aşamada; açlık, terleme, bayılma ve yoğunlaşma güçlüğü ortaya çıkabilmektedir. Dumping sendromunun oluşumunu engellemek için hastanın düşük glisemik indeksli, protein çeşidi çoğunlukta olan besinleri yemesi gerekmektedir. Dumping sendromu bir şekilde hastaların kilo vermesi üzerinde potansiyel bir yarara sahiptir ancak yetersiz beslenmeye de dikkat edilmelidir. Fakat bu yararın hastaların kilo vermesi veya vermiş oldukları kiloları koruması üzerindeki etkisinin boyutu kesinlik kazanmamıştır (Berg & McCallum, 2016; Conason & Houtz, 2014; Kruseman, Leimgruber, Zumbach, & Golay, 2010; Natvik, Gjengedal, & Råheim, 2013; Palleja ve ark, 2016; Saules, Ph, Greenwald, Schmitt, & Loverich, 2012; Villanueva, 2012).

**Yeni beslenme şekline uyum güçlüğü:** Her ne kadar bariatrik ameliyatların güvenilirliği yüksek de olsa sonuçta bu ameliyatlar bireyin sindirim sisteminde önemli değişiklikler yaratan ciddi operasyonlardır ve ilk başta hastanın iyileşme sürecini, akabinde de kilo vermesini sağlayan yeni beslenme prensiplerinin hayata geçirilmesini gerektirirler. Bazı hastalarda yeni beslenme prensiplerine uyum konusunda sıkıntılar gözlemlenmektedir. Örneğin ameliyat ertesi ilk haftalarda zorunlu olan sıvı alınması gerekli iyileşme döneminde, küçük kalorili protein ağırlıklı sıvılar yerine, yüksek kalorili içecekler tercih ederek süreci sabote edebilirler. Daha sonraki zamanda da yine yüksek kalorili atıştırmalıkları gün boyu tüketebilirler (otlanma, çöplene). Bu tarz uyumsuz yeme davranışı gösteren hastalar için davranışsal kilo verme yöntemlerinin uygulanması ve beslenme

uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir. Bu sürecin bir psikolog veya psikiyatrist tarafından da izlenmesinde fayda olabilir çünkü ortaya çıkan yeme sorunlarının, ameliyat ertesi oluşabilecek yeme bozuklukları olup olmadığının ayrımının yapılması elzemdir (Conceição ve ark, 2014; Kofman ve ark, 2010; Lauti ve ark, 2016; Sevinçer ve ark, 2016, 2014).

Obezite ameliyatlarından herhangi birini tercih eden hastada ameliyat sonrasında, hızlı bir kilo kaybı olmaktadır. Operasyon sonucunda, hastaların mide hacmi küçüldüğünden, açlık hisleri de buna karşılık azalmıştır. Fakat bu süreç kişiden kişiye değişmekle birlikte çok uzun sürmemektedir. Çünkü hasta bulunduğu duruma alıştığı için, her geçen gün daha fazla yeme ihtiyacıyla mücadele etme durumunda kalabilecektir (Bastos ve ark, 2013; Colles, Dixon, & O'Brien, 2008).

Bariatric ameliyatlar sonrasında birey normal yeme düzenine geçene kadar belirli süreçlerden geçmektedir. Bu süreçlerden ilkinde Sıvı Dönem denilmektedir ve bu dönem ameliyattan sonraki ilk 2 haftayı kapsamaktadır. Bu dönemde ameliyatı yeni gerçekleştirmiş olan hastanın besleneceği içeceklerin hepsi, pipetle içebileceği kıvamda ve posasız olmalıdır. Bu aşamada hastanın beslenirken ağrı ve kusmaya neden olacak büyük yudumlar almaktan kaçınmalıdır. Bu süreçte doktorlar, hastaların gazlı içeceklerden uzak durmasını tavsiye etmektedir. Buna karşılık besleyici sıvılar (meyve ve sebze suları gibi) alınması şiddetle önerilmektedir. Bu evreden sonra ise, sıradaki evre, hastanın yumuşak ve püre yiyecekler tükettiği evredir. Bu dönem ameliyattan sonraki 3. ve 4. haftayı kapsamaktadır. Bu dönemde hasta iyi bir şekilde blenderize edilmiş sebze ve meyveler tüketebilecektir. Ayrıca bu dönemde hastaya yoğurt verilmesi de önerilmektedir. Bu evreyi de tamamlayan hasta son evre olan yumuşak kıvamlı katı gıdalar evresine geçmektedir. Bu evre hastanın ameliyatından sonraki 5. ve 6. haftaları kapsamaktadır. Bu evrenin de sonunda ancak hasta normal gıdalar alabildiği yani ameliyatının sonrasında ki 6. ve 8. haftalara ulaşmaktadır (Üstün, 2008).

Bütün bu evreleri başarıyla tamamlayan hastalar, normal gıdalara döndükten sonra başlangıçta kendilerini aç hissetmeyebilirler. Fakat bu süreçte öğün atlamak, verilmiş olan kilonun korunması açısından tavsiye edilmemektedir.

Bütün bu evrelerin yanı sıra bariatric cerrahi sonrasında yeme bozuklukları ile ilişkili çeşitli davranışlar ortaya çıkmaktadır:

**Kontrol kaybı ile yeme (loss of control eating) (öznel tıknırca yeme):**

Tıknırçasına yeme sendromunda bir oturuşta çok büyük miktarda yemek yeme görülmektedir, binlerle ölçülen kalori değeri olan yemek yenebilir. Bariatrik ameliyatların restriksiyon özelliğinden dolayı, ameliyat öncesi tıknırçasına yeme hastalığı olan bir hasta için, ameliyattan sonra bir oturuşta fazla miktar yemek yemesi çok zor hatta imkansızdır. Ameliyat sonrası için tıknırçasına yeme sendromunun tanımının güncellenmesi, kontrol kaybı duyumu kavramı ile ilişkilendirilmesi yakın zamanda başlayan bir tartışma konusudur. Post operatif dönemde kontrol kaybı ile az kilo verme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca kontrol kaybı ile yeme'nin mevcudiyeti depresyon için de öngürücü olabilmektedir (Conceição ve ark, 2014; Meany, Conceição, & Mitchell, 2014; Sevinçer ve ark, 2014)

**Otlanma (Grazing) :** Bir beslenme şekli olarak kabul edilen otlama yakın zamanda ilgi alanımıza girmiştir ve 'uyanık geçen zaman süresinde kişinin az ancak sık olarak yiyecek tüketmesi ve gün sonunda tüketilen besinlerin toplanmasının kişinin ihtiyacından fazla olması' şeklinde tanımlanabilir. Hastaya sorulduğunda çok az hatta hiç yemek yemediğini dahi iddia edebilir ancak toplam gıda miktarı günlük gerekli tüketimin bazen çok üstüne çıkabilmektedir. Bu tip beslenme bariatrik ameliyat sonrasında kilo verme sürecini olumsuz olarak etkileyeceği gibi, kilo geri alımına da yol açabilir. Saunders ve Colles, bariatrik cerrahiden önce var olan tıknırçasına yeme sorununun ameliyat sonrası otlama olarak yer değiştirdiğini ve tıknırca yeme davranışıyla hemen hemen aynı işlevi gördüğünü vurgulamışlardır. Malesef otlama henüz klinik ortamlarda çok dikkati çekmemektedir, ancak obezite tedavisi sürecine olumsuz etkisi olan bir durumdur ve otlamanın net ve herkes tarafından kabul edilmiş bir tanımlaması, onu ölçecek bir ölçme aracı da yoktur. Otlama konusu, tıknırçasına yeme bozukluğu ile alakalı olduğundan, yeme bozuklukları anlatılırken tekrar ele alınmıştır (Colles et al., 2008; Conceição et al., 2014; Kofman et al., 2010; Lauti et al., 2016; Nicolau et al., 2015).

**Kusma davranışı:** Bariatrik cerrahi sonrası bazı hastalarda kusma ve rejürjitasyon (kusma olmaksızın yiyeceklerin ağza geri gelmesi) görülmektedir. Yeni yapılandırılmış mide kapasitesine alışma sürecinde kusmalar olması beklenebilir.



Hastaların küçük miktarlarda, çok iyi çiğneyerek yemek yemesi öğrenmeleri, “göz doymasını” ayarlayabilmeleri zaman alabilmektedir. Önemli olan kusma hareketinin istemli mi (kilo kontrolünü amaçlayan) istemsiz mi gerçekleştiğinin ayırt edilmesidir. Yapılan bir araştırmalarda, ameliyat sonrası hastaların %23-75’inde kusma tespit edilmiştir. Başka bir araştırmada da kusma oranı %60 olarak bulunmuş ve bu grubun %12’sinin istemli kusma olduğu belirlenmiştir. Diğer kusmalar istemsiz olarak fizyolojik bir sebebe dayandırılmıştır (Chang et al., 2014; Conceição et al., 2013, 2014; Morseth et al., 2016; Müller, Mitchell, Sondag, & De Zwaan, 2013).

**Yemeden kaçınma bozukluğu:** Bariatrik cerrahi sonrasında gelişebilen yeme bozuklukları çok çeşitli, hastaya özel olup, DSM-5 ‘deki yeme bozuklukları tanımlarına uymayabilir. Bazen hastalar ideal kilolarına indikten sonra, tekrar kilo alma konusunda büyük korku geliştirebilirler. Kasıtlı olarak az yemek yemeğe, yediklerinin içeriklerini çok titiz ve detaylı olarak incelemeye başlayabilirler. Biraz kilo aldıklarında laksatif kullanabilirler. Hatta bazı vakalarda bu durum anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza’ya bile dönüşebilir. İşlevsellikte belirgin bozulma görülebilir. Böyle vakalar için Segal ve arkadaşları “*cerrahi sonrası yemeden kaçınma bozukluğu – post operative eating avoidance disorder*” isimli yeni bir yeme bozukluğu çeşidi önermişlerdir. Segal’in bu önerisinin ardından diğer araştırmacılar da bu konuyla ilgili çalışmalar üretmeye başlamışlardır. Bu semptomları gösteren hastaların mutlaka psikolog veya psikiyatristlere yönlendirilmesi gerekmektedir (Fandiño et al., 2005; Segal, Kinoshita Kusunoki, & Larino, 2004; Sevinçer et al., 2016)

**Kahvaltıyı atlama:** Bariatrik ameliyatların ardından görülen kilo geri alınımının nedenlerinden olduğu söylenmektedir. Hastaların çoğunda bu davranış görülmektedir. Bu araştırmada da demografik soru formunda bu soru hastalara sorulmuştur ve cevaplar analize dahil edilmiştir (Digiorgi, 2012; Gradaschi et al., 2013; Macey, 2013; Ogden, Avenell, & Ellis, 2011).

Görüldüğü üzere, bariatrik cerrahi sonrasında hastanın normal şekilde beslenmeye alışması belirli bir süreci kapsamaktadır. Bütün bu süreçleri en iyi şekilde tamamlayıp normal beslenmeye geçiş yapan hastaların, vermiş oldukları kiloları tekrar geri almamaya yönelik mücadelesi de bu dönem de başlamaktadır. Çünkü hastaların bu dönemde yeme davranışında yepyeni adımlar atıp, yeni

beslenme alışkanlıkları edinmeleri gerekmektedir. Bu alışkanlıkları doğru bir şekilde edinemeyen hastalarda çeşitli bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bozukluklar sonrasında da Kilo Geri Alımı görülmektedir.

## **1.6. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİ**

Obezite tıbbi, psikolojik ve sosyal boyutları olan ciddi bir sağlık sorunudur. Obezite yalnızca gelişmiş ülkeleri değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkeleri de tehdit etmektedir. Vücudun aşırı yağlanmasıyla oluşan obezite, hastaların vücutlarında kalp damar hastalıkları başta olmak üzere, bir çok rahatsızlığa da yol açmaktadır (Babayiğit ve ark., 2012).

Fiziksel olarak zarar gören obezite hastaları aynı zamanda psikolojik açıdan da zarar görmektedir. Günden güne artış gösteren yeme bozuklukları, hastaların ruh sağlıklarının da bozulmasına yol açmaktadır. Çoğu zaman obezite depresyona ve diğer psikiyatrik sorunlara sebep olmaktadır. Özellikle de günümüzde sosyokültürel ve teknolojik olarak hızlı değişimlerin yaşanması, kültürel olarak çatışmaların artması, moda ve kişilerin eğilimlerinin farklılaşması ile yeme bozuklukları ve obezite de artış göstermektedir. Özellikle de beden yapısına yönelik sosyokültürel tutumlardaki değişim hem dünya da hem de ülkemizde yeme bozukluğu sıklığını arttırmaktadır (Deveci ve ark., 2005).

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin çalışmalarda, normal vücut ağırlığına sahip olanlara göre obez hastalarda daha düşük benlik değeri, özellikle de depresyon, kaygı bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları ve kişilik bozuklukları olduğu saptanmıştır. Obezite ile benlik değerinin azalmasını anlatan doğrusal ilişkiler olduğuna dair de yapılmış olan araştırmalar vardır. Bağlanma kuramı, özellikle bireylerin kişiler arası ilişkilerini açıklamaktadır ve bu kuramın temel düşüncesindeki bağlanma güvenle ilişkilidir. Obezite hastalığı ve bu hastalığa maruz kalan bireylerle yapılan araştırmalarda güvensiz bağlanma puanları yüksek çıkmıştır. Düşük kendilik değerine sahip olanlar, yetersizlik ve işe yaramazlık duygularını yoğun şekilde yaşayan ve ark. tarafından reddedilmeye duyarlı olan kişiler güvensiz bağlanan kilo ile uğraşı olan kişilerdir (Ulutürk, 2014).

Black ve ark.'ının obezitesi çok ilerlemiş olan yetişkin hastalarla yapmış olduğu çalışmada, duygu durum bozukluğu, anksiyete, sigara bağımlılığı ve bulimia nervozanın daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Buna ek olarak özellikle kadınlarda ileri düzey obezitenin etyolojisinde post travmatik stres bozukluğunun belirgin rol oynadığını, ayrıca fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmanın da daha sık görüldüğü ileri sürülmüştür (Black ve ark., 1992).

Castelnuovo-Tedesso ise ileri düzeyde obezitesi olan 20 kadını incelediği çalışmasında; çok fazla ön plana çıkmış olan bir psikiyatrik bozukluk saptamamış fakat pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarının oldukça fazla olduğunu ortaya koymuştur. Ortaya çıkan sonuçlara göre, depresif özelliklerin yoğun olmamakla birlikte belirli düzeylerde var olduğunu ve fazla yiyecek tüketiminin, tipik olarak duygusal yoksunluğun yatıştırılması için kullanıldığını ileri sürmüştür (Castelnuovo-Tedesso ve Castelnuovo-Tedesso, 1975).

Obezite ve psikopatoloji üzerine yapılan bu araştırmaların yanı sıra, ülkemizde de Akalın ve arkadaşlarının obez erişkinlerle borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin göstermiş olduğu psikolojik etkileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez olan kişiler sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ileri sürülmüştür. BKB olan kişilerin grubunda, obsesif kompulsif belirtiler ve paranoid-psikotik davranışlara gösterilen eğilimler obez olan kişilere göre daha yüksek, obez hastaların grubunda ise, benlik saygusu, somatik belirtiler ve yeme patolojisinin BKB grubuna göre çok daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Akalın ve ark., 2001).

### **1.6.1. Obezite ve Depresyon**

En yaygın ruh sağlığı problemi olarak ifade edilen depresyon, günlük hayatta da üzüntülü ruh halini tanımlamak için kullanılan popüler bir kelime haline gelmiştir. Ancak bilinmesi gerekir ki her üzüntü ya da çökkünlük hali depresyonu ifade etmez. Depresyon ciddi düzeyde yaşam kalitesini düşüren önemli bir ruhsal problemdir. Sözlük anlamı ile depresyon bunalım - Uyarılara karşı duyarlılığın, iş yapabilme gücünün, kendine güvenin azalarak; karamsarlığın, umutsuzluğun güçlenmesiyle

ortaya çıkan ruhsal bozukluk, ruhsal çöküntü demektir. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısına göre depresyon tek bir rahatsızlık değil birden fazla alt türü bulunan bir rahatsızlıktır. DSM 5'e göre depresyon türleri;

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
6. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
7. Diğer belirtilen depresif bozukluk
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk olarak sınıflandırılmıştır.

Çökkün bir ruh hali olması depresyon için yeterli kanıt değildir. DSM 5'e göre majör depresyon tanısı konması için ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekir.

- Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır.
- Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi
- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- İştah kaybı ya da kilo değişikliği
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Düşük enerji
- Kötü konsantrasyon
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Buna ek olarak, bu belirtiler önemli sıkıntıya yol açabilir veya psikososyal fonksiyonlarda bozukluğa sebep olabilir ve bu belirtiler madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Depresyon oldukça yaygın bir ruh sağlığı problemidir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması (bir yıllık sıklık oranları) depresyon %4, distimi:%1.6, yineleyici

kısa depresyon: %1.6 olarak ifade edilmektedir. Bu oranlar dünyadaki oranlarla büyük ölçüde benzerlikler göstermektedir. Güncel çalışmalarda da benzer yaygınlık oranları raporlanmaktadır. Avenevoli, Swendsen, He, Burstein ve Merikangas (2015)13-18 yaş arası 10123 ergenin değerlendirildiği tarama çalışmasında yaşam boyu görülme sıklığını %11, yıllık görülme sıklığını ise %7.5 olarak ifade etmiştir. Almanya’da bu oran kadınlar için %3.7 erkekler için %2.5 olarak ifade edilmektedir (Hoffmann, Petermann, Glaeske ve Bachmann, 2012). Ayrıca depresyon yaşayan bireylerin %62.5 ‘inin farklı bir ruhsal probleme de sahip olduğu bildirilmektedir. Bu alanda yapılmış birçok meta analiz çalışması da bulunmaktadır. Majör depresif bozukluğun ele alındığı toplam 120 çalışmayı değerlendiren (Ferrari ve ark., 2013) global yaygınlığın %4.5 olduğunu ifade etmektedir.

Depresyonun çevresel, fizyolojik birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenleri çevresel, biyolojik ve kişilik etkenleri olarak gruplamak mümkündür. Depresyonun nedenlerine yönelik açıklamalar Hipokrat’a kadar uzanır. Hipokrat kara safra miktarındaki artışın depresyona yol açacağını ifade ediyordu ancak günümüzdeki çalışmalar depresyona tetikleyecek bazı yaşam olaylarından bahseder. Örneğin iş kaybı sevilen birinin kaybı önem taşıyan bir ilişkinin sona ermesi Yalnızlık çocuk doğurmak yaşlılık bu nedenler arasında ifade edilebilir genel olarak bakıldığında bu nedenlerin ortak noktasının ‘kayıp’ olduğu söylenebilir. Depresyon konusunda söylenebilecek diğer nedenler ise biyolojik nedenlerdir beyindeki sinirler arası iletişimi sağlayan serotonin dopamin ve noradrenalin eksikliği depresyona neden olabilir son dönemde popüler olan depresyon modeli ise bilişsel terapidaki biyopsikososyal modeldir. Bu modele göre depresyonun ortaya çıkmasında ve sürmesinde biyolojik çevresel ve bilişsel ek olarak davranışsal etkenler rol oynar bilişsel yaklaşım boyutlardaki herhangi bir değişikliğin diğerleri değiştirebileceğini ifade eder (Türkçapar, 2009).

Depresyon başarılı tedavi sonuçlarının görülebildiği bir rahatsızlık olarak değerlendirilmektedir. Psikofarmakoloji, psikoterapi, tamamlayıcı ve alternatif yöntemler, kombine tedavi depresyonda tedavi yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Lityum, Karbamazepin, Valproat gibi duygudurum dengeleyiciler, Trisiklik antidepresanlar, Klasik MAO inhibitörleri, RİMA’lar, Bupropion, Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri gibi antidepresan ilaçlar psikofarmakolojik ilaçlar olarak sıklıkla kullanılmaktadır (Vahip, 1999).

*Obezite ve depresyon:* bu iki konuyu ele alan birçok araştırma gerçekleştirilmektedir. Her iki problem alanı için bir öncelik sonralık ilişkisinden bahsetmek güçtür. Birbirine neden olmaktan çok iki durumun birlikte görünürlüğünden bahsetmek daha doğru olacaktır. Dong, Sanchez ve Price (2004) 482 farklı aileden bireyleri dahil ettikleri çalışmalarında obezitenin depresyon riskini artırdığını ifade etmektedirler. Çalışmaya göre beden kitle indeksi depresyonun önemli bir yordayıcısıdır. Orta yaş kadınlarda obezite ve depresyon ilişkisini değerlendiren bir çalışmada 40-65 yaş arası 4641 kadına telefonla görüşme yöntemi ile ulaşılmış, beden kitle indeksinin depresyonda olma riskini ciddi ölçüde artırdığı ifade edilmiştir (Simon ve ark., 2008). Onyike, Crum, Lee, Lyketsos ve Eaton (2003) 1988-1994 ulusal sağlık taraması çalışmasında toplanan veriler üzerinden gerçekleştirdikleri çalışmalarında obezitenin depresyonun güçlü bir yordayıcısı olduğunu ifade etmektedir.

Ahmadi, Keshavarzi, Mostafavi ve Lankarani, (2014) 94 depresyon tanılı kadın ile 99 depresyon tanılı olmayan aşırı kilolu yaşlı kadınlarda depresyon ve obezite/aşırı kilolu olma arasındaki ilişki değerlendirmişlerdir. Çalışmaya göre toplam kilo ve beden kitle indeksi yüksek olan kadınların daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu ifade edilmiştir. Beden kitle indeksi ile depresyon arasında düşük korelasyon var iken toplam kilo ağırlığı ile depresyon arasında yüksek korelasyon olduğu ifade edilmiştir.

Ciubara, Burlea, Burlea ve Untu (2014), çocuk ve ergenlerde depresyon ve obezite ilişkisini değerlendiren çalışmaların sistematik bir analizini yapmıştır. Çalışma kapsamında obezite ve depresyon komorbiditesinin çok yaygın olduğu ifade edilmektedir. Obezite sonucunda algılanan damgalanma ve dışlanmanın sıklıkla depresyon sebebi olabileceğinin düşünülebileceği ifade edilmektedir.

Roberts ve Duong, (2015) ergenlerde depresyon ve obezite ilişkisini incelemesi, beden imajının aracı rolünü test etmeyi amaçlamışlardır. Bu kapsamda 11-17 yaş Aralığında 4175 kişi çalışmaya alınmış, 3134 katılımcının bir yıl sonraki takibi de yapılarak araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucu algılanan ağırlık, depresyon ve obezitenin ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak doğrudan bir ilişki bulunamadığı ifade edilmektedir.

Preiss, Brennan, ve Clarke (2013) sistematik bir gözden geçirme olan çalışmaları kapsamında ikisi boylamsal 46 çalışmayı değerlendirmiş, birçok çalışmada depresyon ile obezite arasında bağlantı olduğunu ifade etmişlerdir. Değerlendirdikleri dokuz çalışmada obezite ile depresyon tanısı alma, dört çalışma da obezite düzeyinin obezite ve depresif semptomlarla ilişkili olduğunu, sekiz çalışma da ise obez grupların obez olmayan gruplara göre daha yüksek depresyon ölçeği puanına sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Türkiye’de de obez hastalarda depresyon ve ilişkili problemlerin değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır. Deveci, Demet, Özmen, Özmen ve Hekimsoy (2005) obezite nin kişinin yaşam kalitesini etkileyen ciddi bir problem olduğunu ifade ederken, her ne kadar araştırmalarında depresyon ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamış olsa da bu rahatsızlığın sıklıkla depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara neden olduğunu ifade etmektedir. Karagöl, Özçürümez, Taşkıntuna ve Nar (2014) 18-67 yaş Aralığındaki 100 hasta üzerinde yaptıkları araştırmalarında beden kitle indeksi ile depresyon düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu bulmuşlardır. Diğer bir ifade ile obez ve aşırı kilolu olan bireylerde beden kitle indeksi arttıkça bireyin depresif semptomlara sahip olma olasılığının da aynı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir. Obezitenin çocuklarda özgüven eksikliği ve depresyona yol açıp açmadığının değerlendirildiği bir çalışmada, 40 obezite tanılı çocuk ile 40 normal kilosunda olan çocuk çalışmaya dahil edilmiş, obez çocukların özgüven düzeyinin obez olmayan akranlarına göre daha düşük olduğu aynı şekilde obez çocukların depresyon puanının obez olmayan akranlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Dallar, Erdeve Şavaş, Çakır ve Köstü, 2006). Eren ve Erdi (2003) obez bireylerde psikiyatrik tanıların sıklığını değerlendirdikleri araştırmalarında hastalarda %81.3 oranında major depresif bozukluk, %71.7 hastada ise son ayda major depresif epizod probleminin olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmaya göre obez bireylerdeki en yaygın psikiyatrik sorun depresif duygudurumdur. Bu bağlamda yapılan diğer bir araştırmada (Pınar, 2002) ise obez bireylerin %42.5’inin depresif semptomlara sahip olduğunu ifade etmektedir. Obez kadın hastalarda psikiyatrik problemlerin yaygınlığının değerlendirildiği bir diğer çalışma da ise obezite nedeniyle tedavi arayışında olan kadınlarda psikiyatrik bozukluk sıklığının normal kilolu kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmacılar obezite ve psikopatoloji arasındaki

ilişkinin varlığını ifade etmekte, tedavi arayışında olan obez kadınlarda psikiyatrik değerlendirmenin de gerekli bir aşama olduğunu vurgulamaktadır (Özdel ve ark., 2011). Yaşlılarda obezite ve depresyonu değerlendiren güncel bir çalışmada obez grupta depresyon sıklığı %54.9 iken, obez olmayan grupta sıklık 49.4 olarak ifade edilmektedir (Çakmur ve Ardıç, 2015).

Yukarıdaki araştırmalar göz önüne alındığında Türkiye’de obez bireylerin depresif duygudurum düzeylerinin değerlendirildiği çalışmaların görece az olduğu ancak bulguların uluslararası alanyazınla benzerlikler gösterdiği ifade edilebilir. Bu bağlamda depresyonun obez bireylerde en sık gözlenen ruh sağlığı problemi olduğunu söylemek çokta yanlış olmayacaktır. Genel anlamda obez bireylerin gerek bariatrik ameliyat öncesi gerek ameliyat sonrası depresif duyguduruma maruz kalma olasılığı göz ardı edilmemelidir. Sadece kilo odaklı tedaviler düşünülmemeli özellikle kilo geri alımında da bir yordayıcı olabilecek depresyon ve ilişkili bozukluklar dikkate alınmalıdır.

Ruh sağlığı alanında yaygın bir problem olan depresyon obezite problemi yaşayan, bariatrik cerrahi ya da diğer yöntemlerle tedavi olan kişiler içinde önemli bir sağlık problemi olarak göze çarpmaktadır. Yukarıda da ifade edilen çalışmalar ışığında obezite problemi yaşayan bireylerde depresif duygudurumun da değerlendirmesini yapmanın önemli bir basamak olduğu ifade edilebilir. Duygusal yeme gibi yeme bozukluklarının da belirleyicisi olabilecek bir rahatsızlık olan depresyon hem kilo verme hem de müdahaleler sonrası kilo alımında dikkate alınması gereken bir değişkendir.

### **1.6.2. Obezite ve Yeme Bozuklukları**

Obezitenin birçok yeme bozukluğu ile ilişkili olduğunu gösteren birçok araştırma bulunmaktadır. Özellikle tıkanırcasına yeme, duygusal yeme, gece yeme, otlama (grazing) gibi yeme bozuklukları ya da bir bozukluk olarak sınıflandırılmasa dahi problemlili yeme davranışı olarak görülen birçok sorun alanı ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir.

Balcıoğlu ve Başer (2008) bazı obez ve aşırı kilolu kişileri iki yeme bozukluğunun iki alt tipinin sıklıkla görüldüğünü ifade etmektedir. Bunlardan biri Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder) ve bir diğeri ise Gece Yeme



Sendromudur. Obez bireylerde psikiyatrik komorbiditenin sık olduğu ifade edilmektedir. Hill (2007) özellikle tıknırcasına yeme başta olmak üzere yeme bozuklukları ile obezitenin sıklıkla ilişkili ve bir arada bulunduğunu ifade etmektedir.

Bir çok yeme bozukluğu ya da problemlili yeme davranışı bulunmaktadır. Bu çalışma kapsamında anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme (binge eating) gibi yeme bozuklukları ve gece yeme, çöplene, duygusal yeme, yeme bağımlılığı gibi problemlili yeme davranışları açıklanmaya çalışılmıştır.

### **1.6.2.1 Anoreksiya Nervoza**

Anoreksiya Nervoza kendini sürekli kilolu olduğunu düşünerek , yemek yememek, çok az uyumak, buna rağmen çok aktif olmakla karakterize edilebilecek bir yeme bozukluğudur. Anoreksik bireyler ciddi ölçüde zayıftır. Hatta bu zayıflık yaşamı tehdit edecek boyutta olabilir. DSM-5 'e göre anoreksiya tanısı alınması için aşağıdaki kriterlerin karşılanması gerekmektedir.

“A. Gereksinimlere göre erke (enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.”

Yine DSM 5'e göre anoreksiyanın iki türü olduğu ifade edilmektedir. Bunlar Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt

tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümüleri tanımlar. Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olan türü ifade eder. Anoreksiya nervoza da beden kitle indeksi (BKİ) önemlidir. Problem düzeyi Ağır olmayan: BKİ = 17 kg/m<sup>2</sup>, Orta derecede: BKİ 16-16.99 kg/m<sup>2</sup> Ağır: BKİ 15-15.99 kg/m<sup>2</sup> Aşırı düzeyde: BKİ < 15 kg/m<sup>2</sup> şeklinde ifade edilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Anoreksiya nervoza özellikle kadınlarda daha yaygın bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Farklı çalışmalarda farklı yaygınlık oranları verilmektedir. Swanson, Crow, le Grange, Swendsen ve Merikangas, (2011) 10.123 birey üzerinde yaptıkları araştırmalarında anoreksiya nevrozanın yaşan boyu yaygınlığı % .3 olarak ifade etmektedir. Yeme bozukluklarının yaygınlığını değerlendirdiği derleme çalışmasında (Hoek, 2006) Anoreksiya nervoza sıklığı yıllık 8/100 000 kişi civarında olduğu, 1970 yılından bu yana anoreksiya nervoza sıklığında artış eğilimi olduğu ifade edilmiştir. Anoreksiya nevrozanın genç kadınlar arasındaki ortalama yaygınlığı sırasıyla %0.3 olarak ifade edilmektedir. Vardar ve Erzenin, (2011) ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmalarında Türkiye'deki anoreksiya nervoza oranının batı ülkelerinden daha düşük olduğunu ifade etmelerine rağmen yeme bozukluklarının Türkiye içinde önemli bir problem olduğunu vurgulamışlardır.

### **1.6.2.2. Bulimiya Nervoza**

Yeme bozuklukları anlamında en yaygın sorunlardan bir diğeri bulimiya nervoza ya da bilinen adı ile bulimiyadır. Aşırı bir şekilde yeme ve daha sonrasında bu yemeği kendini zorlayarak kusma ile karakterize olan bu rahatsızlığın DSM 5'teki tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir.

“A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdaki her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçlar ya da diğer ilaçlar yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Problemin yoğunluğu ödünleyici davranışın olup olmaması ile değerlendirilmektedir. Yoğunluk derecelendirmesi aşağıdaki kriterlere göre yapılabilir.

- Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.
- Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.
- Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.
- Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.”

(American Psychiatric Association, 2013)

Bulimiya nervoza yaygın ve bilinen bir yeme bozukluğudur. Özellikle kadınlarda daha sık görüldüğü ifade edilen bu rahatsızlığın yaygınlığına ilişkin farklı araştırma bulguları vardır. Swanson ve ark. (2011) yaşam boyu görülme sıklığını % 0.9 olarak ifade etmektedir. Semiz, Kavakcı, Yağız, Yontar, ve Kugu, (2012) bir il merkezinde yeme bozukluklarını değerlendirdikleri çalışmalarında bulimiya oranını % 0.69 olarak ifade etmektedir. Bulimiyanın

otuz yıllık süreçte (1982-1992-2002) yaygınlığını değerlendiren bir çalışma da yaygınlığın gözlem sürecinde azaldığı ifade edilmektedir (Keel, Heatherton, Dorer, Joiner ve Zalta, 2006).

### **1.6.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder)**

Bu bölümde yaygın yeme bozukluklarından biri olan tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), tanı kriterleri, yaygınlığı, obezite ve psikolojik problemlerle ilişkisi ve tedavisi başlıkları altında değerlendirilmektedir. Özellikle obez bireylerde daha yaygın olduğu ifade edilen TYB'nin yaşam kalitesini düşüren ciddi bir sağlık sorunu olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda bu çalışmanın değişkenlerinden biri olarak seçilmiştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), yeme davranışı üzerinde kontrol kaybı hissine eşlik eden, tekrarlayan aşırı yeme dönemleriyle kendini gösteren ve kişinin tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri giderebilmek için bir takım yöntemlere başvurmadığı bir yeme bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Maner, 2001) (Turan, Aksoy Poyraz ve Özdemir, 2015). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Elkitabının son baskısında (DSM-5) yeni bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. DSM-5 'e (2013) göre tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı konması için aşağıdaki kriterlerin karşılanması gerekmektedir.

“A. Tekrar tekrar görülen tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla yiyeceği ayrı bir zaman diliminde (ör. herhangi bir iki saatlik sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı hissini bulunması.

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) görülür:

1. Alışılanın çok üstünde bir hızla yeme
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme
3. Açlık hissi duymuyorken aşırı miktarlarda yeme

4. Ne kadar yediğinden utandığı için yalnızken yeme
5. Yeme sonrası kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme yalnızca bulimiya nervoza ve anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz” (American Psychiatric Association, 2013)

Yeme bozuklukları arasında yaygın bir bozukluk olarak görülen tıkınırcasına yeme ya da bazı kaynaklarda aşırı yeme oldukça yaygın bir sorun olarak görülmektedir. Güney Avustralya’da toplum bazlı bir araştırmada 3001 kişi araştırmaya dahil edilmiş, araştırma sonucunda göre katılımcıların %3.2’sinin tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca özellikle orta yaşın tıkınırcasına yeme konusunda bir risk faktörü olduğu, özellikle 30’lu yaşların ortalarında yaygın bir şekilde görüldüğü ifade edilmiştir (Hay, 1998). Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan ve Izgic, (2006) Türkiye’de yeme bozukluklarının yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmalarında 951 üniversite öğrencisinden toplanan verilerle araştırmalarını gerçekleştirmişler, öğrencinin yalnızca 21’inde (%2.2) yeme bozukluğuna rastlandığı, bunların 18’inin (%1.7) bulimia nervoza, 3’ünün (%0.31) ise TYB olduğu; TYB saptanan öğrencilerin hepsinin erkek olduğunu bildirmişlerdir. Vardar ve Erzen, (2011) yeme bozukluklarının yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmalarında TYB yaygınlığını %0.99 olarak bulunmuştur. Bu oran düşük gibi gözükse de anoreksiya ve bulimiya nervozadan daha yüksek bir sıklık gösterdiği ifade edilebilir. ABD ‘de yapılan bir çalışma da siyahi kadınlarda tıkınırcasına yeme %4.5 iken beyaz kadınlarda bu oranın %2.6 olduğu ifade edilmektedir (Striegel-Moore, Pike, Wilfley, Dohm ve Fairburn, 2000).

Gruza, Przybeck ve Cloninger (2007), 910 katılımcı ile gerçekleştirdikleri toplum bazlı çalışmalarında tıkınırcasına yeme oranını %6.6 olarak ifade etmişlerdir. Kadınlar ve erkeklerdeki oranların hemen hemen eşit olduğu ve tıkınırcasına yemenin diğer yeme bozuklukları ile de ilgili olabileceğini ifade etmişlerdir.

Striegel-Moore ve Franko (2003) tıknırcasına yeme bozukluğu üzerine geniş bir derleme çalışması gerçekleştirmişlerdir. Bu kapsamda inceledikleri çalışmaları cinsiyet, etnik köken ve kullanılan ölçme aracının niteliği yönlerine göre sınıflandırmışlardır. Ancak yazarlar çalışmaların yöntemsel sınırlılıkları olduğunu ifade etmiş daha geniş kapsamlı çalışmalar önermişlerdir.

Konu üzerine gerçekleştirilen öncül çalışmalardan olan bir diğer araştırmada Katzman, Wolchik ve Braver (1984) 485 kadın ve 327 erkek üniversite öğrencisinden oluşan katılımcıları değerlendirmişler, üniversite öğrencilerinin %49'unun en az bir kez tıknırcasına yeme bildirdiğini ifade etmektedirler. Tıknırcasına yeme bildiren kadınların sadece %7.2'sinin her ay 8 ya da daha fazla tıknırcasına yeme bildirdiğini rapor etmişlerdir. Katılımcı kadınların yaklaşık %4'ünün bulimiya kriterlerini karşıladığını ifade etmişlerdir. Johnson, Rohan ve Kirk (2002) Afrika Amerikalılar ve beyaz Amerikalıları değerlendirdikleri çalışmalarında 822 katılımcıdan veri toplamış, en çok Afrika Amerikalı erkeklerde tıknırcasına yeme davranışı olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma kapsamında tıknırcasına yeme davranışı sıklığı Afrika Amerikalı erkeklerde %26, Afrika Amerikalı kadınlarda %17, beyaz erkeklerde %19 ve beyaz kadınlarda %18 olarak belirlenmiştir. Beyaz ırka mensup katılımcılarda yaşla birlikte tıknırcasına yeme azalırken, siyah ırka mensup bireylerde bu davranış azalmaktadır. Smink ve ark. (2012) gerçekleştirdikleri derleme çalışmalarında özellikle 15-19 yaş arasındaki kadın bireylerin yeme bozukluğu konusunda risk grubunda olduğunu ifade etmişlerdir. Gerçekleştirilen çalışmalar 1990'ların başında özellikle bulimiya da bir artış olduğunu göstermektedir. Diğer yeme bozukluklarına göre özellikle erkekler ve daha yaşlı bireylerde tıknırcasına yemenin yaygın olduğu ifade edilmektedir.

Tıknırcasına yeme bozukluğunun obezite ile ilgili olabileceği üzerine gerçekleştirilmiş birçok araştırma bulunmaktadır. Kilo problemleri için yardım arayan obez ergenlerle yürütülen bir çalışma da 196 kişi araştırmaya alınmış, katılımcıların sadece yüzde 1'inin TYB tanı kriterlerini karşıladığı ifade edilmiştir. Araştırma kapsamında obez bireylerin yardım arayışlarında özellikle yeme konusunda güçlükler olduğu da ifade edilmektedir. Araştırma sonucu obeziteden mustarip ergenlerde yeme bozukluklarından biri olan TYB'nin semptomlarının dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (Decaluwé ve Braet, 2003). Obez bireylerde tıknırcasına yeme yoğunluğunun değerlendirildiği bir diğer çalışma da

tıkınırcasına yeme eğilimi ile obezite arasında ilişki olduğu ifade edilmiştir (Gormally, Black, Daston ve Rardin, 1982). Yine aynı çalışma da gerçekçi olmayan diyet hedefleri arasında da ilişki olduğu ifade edilmektedir. Obez bireyler için dışlanma ve damgalanma oldukça sık karşılaşılan bir problemdir. Bu bağlamda kilo temelli damgalanmaya maruz kalma ile tıkınırcasına yeme problemi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada yetişkin obez bireylerde damgalanmanın tıkınırcasına yemeyi yordadığı ifade edilmiştir (Ashmore, Friedman, Reichmann ve Musante, 2008). Striegel-Moore ve ark. , (2010) obez bireylerde gece yemeleri ile tıkınırcasına yemenin de ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Alanyazında bariatrik cerrahi müdahaleleri ve tıkınırcasına yeme konusunda da çalışmalar olduğu gözlenmektedir. Sarwer ve ark. (2004) bariatrik cerrahi ameliyatı olmaya aday 90 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında tıkınırcasına yemenin bariatrik cerrahi olacak bireylerde en yaygın yeme bozukluğu sorunu olduğunu ifade etmektedirler. Obez bireylerde TYB'nin %30 civarında iken normal popülasyonda bu oranın %2 olduğu ifade edilmektedir. Saunders (1999) gastrik baypas ameliyatı öncesinde tıkınırcasına yeme davranışını değerlendirdiği çalışmasında katılımcıların %33.3'ünde ciddi ölçüde tıkınırcasına yeme davranışı bulunduğu, katılımcıların ayırdan fazlasının haftada bir ya da iki kez çöplene ya da tıkınırcasına yeme davranışı gösterdiğini bildirmektedir. Yüksek düzey depresyonun da tıkınırcasına yeme ile ilişkili olabileceğini ifade etmektedir. Gastrik bypas ameliyatı olan bireylerin uzun dönem izlemine konu edinen bir çalışma da (Kalarchian ve ark., 2002) ameliyat sonrası tıkınırcasına yeme davranışı gösteren bireylerin kilo geri alımı konusunda risk grubunda olduğu ve tıkınırcasına yeme davranışı görülmeyen bireylere nazaran daha fazla kiloyu geri aldığı ifade edilmektedir. Aynı şekilde tıkınırcasına yiyen bireyler kendilerini fiziksel anlamda daha olumsuz görmekte yeme, ağırlık ve fiziksel görünüş yönünden daha kaygılı hissetmektedir. Tıkınırcasına yeme ameliyattan elde edilecek kazanımları azaltmaktadır.

Yeme ile ilgili olarak diğer bir davranış problemi ise çöplenedir. Bazı kaynaklar bu yeme şeklini otlama olarak da tanımlamaktadır. Saunders (2004) çöplenemeyi özellikle bariatrik cerrahi ameliyatlarından sonraki süreçte kilo geri alımı ile ilişkili olabilecek ancak fazla çalışılmamış bir problem davranış olarak ifade etmektedir. Özellikle daha kısa süreli tıkınırcasına yemenin bir türü olarak ifade

edilen çöplenme bu hali ile eşikaltı tıknırcasına yeme (Subthreshold binge eating disorder) olarak da ifade edilmektedir. Bu bağlamda çöplenmenin daha küçük parçalarla tıknırcasına yemeyi çağrıştırdığı da ifade edilebilir.

Çöplenme ya da otlama üzerine en kapsamlı çalışmalardan biri Conceição ve ark. (2014) tarafından gerçekleştirilen derleme çalışmasıdır. Bu çalışma kapsamında kavramın tanımı gözden geçirilmiş, sıklığı, klinik özellikleri ve özellikle bariatrik cerrahi sonrasındaki sonuçları irdelenmiştir. Toplamda 39 farklı çalışmanın değerlendirildiği çalışma da özellikle bariatrik cerrahi olmuş bireylerde oldukça yaygın bir problem olduğu ifade edilmiştir. Psikopatoloji ile ilişkisinin net olmadığı ancak kilo verimi ile negatif ilişkisi olduğunun bir çok çalışmada ifade edilen ortak bulgu olduğu bildirilmiştir. Ortak bir tanıma ulaşılamamış olsa da çöplenmenin yiyeceklerin küçük parçalar halinde tekrarlayan yeme biçimi olarak ifade edilebileceği, bunun kompulsif ya da kompulsif olmayan alt tiplerle karakterize edilebileceği ifade edilmiştir.

#### **1.6.2.4. Gece Yeme Sendromu**

Bu bölümde problemlili yeme davranışlarından bir olarak gösterilen gece yeme hakkında bilgiler verilmiştir. Gece yemenin tanımı yaygınlığı ve özellikle obezite ile ilişkisi konusunda açıklamalarda bulunulmuştur. Gece yeme birçok araştırmacı tarafından ilgilenilen bir konudur. Sadece obez bireylerde değil herhangi bir problemi olmayan bireylerde de gece yeme görülmesi mümkündür.

Obezite hastalarının obezite ile birlikte birçok yeme bozukluğuna sahip olduğu ifade edilmektedir. Bunlar tıknırcasına yeme (binge eating) diğeri ise gece yeme sendromudur (Stunkard ve Allison, 2003). Asıl uyku periyodu sırasındaki anormal yeme davranışları ya gece yeme sendromu (GYS) ya da uykuyla ilişkili yeme bozukluğu olarak adlandırılır. Gece yeme sendromu sabahları anoreksi, akşam hiperfaji ve uykudan uyanma sonrası nokturnal yemek yemelerin, insomniaya eşlik ettiği bir yeme bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Orhan ve Tuncel 2009). Gece yemenin birden fazla tanımı vardır ve kriterler net değildir. Bu yüzden benzer konuları araştıran araştırmalarda farklı sonuçlar ve değerlendirmelerle karşılaşmaktadır. Allison ve ark. (2010), gece yemenin tanı kriterlerini ortaya



koymayı amaçladıkları çalışmalarında, gece yemeyi temelde akşam ve gece saatlerinde yemede artışla karakterize edilen gün içerisinde alınan yiyecek miktarının %25'inden fazlasının gece saatlerinde alınması ya da haftada en az iki kere gece aşırı yemek yeme olarak ifade etmektedirler. Yazarlara göre gece yeme sendromu olan bireylerin işlevselliğinin bozuluyor olması, yeme ataklarının farkında olması ve problemlerin en az üç aydır süregeliyor olması gerekmektedir.

Gece Yeme Sendromu kavramı ilk olarak 1955 yılında Stunkard tarafından tarafından, tedavileri oldukça problemlili obeziteye sahip hastalarda, sabahları anoreksi, akşam hiperfaji ve insomnia ile tanımlanan bir bozukluk olarak ifade edilmiştir. Bu çalışma sonrasında 1999 yılında Birkenvedt ve arkadaşlarının Gece Yeme Sendromuyla ilgili yapmış oldukları yeni bir araştırmayla bu konu genişletilmiştir. Bu çalışmada, Gece Yeme Sendromu hastalarının uykudan uyanmalarında artış olduğu ve uyanmalarla ilişkili olan yemelerinin de bilinçli ve isteyerek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmayla beraber, gözden geçirilmiş olan Gece Yeme Sendromu tanı ölçütlerine, gece yeme ölçütü de –gece yemek için uykudan uyanmak- eklenmiştir ve toplam enerji alımının yüzdesi arttırılmıştır. Bu sonuçlara göre, günlük enerji alım miktarının yarısından fazlasının akşam yemeğinden sonra gerçekleşmesi bu araştırmanın tanısı için yeterli görülmüştür (Orhan ve Tuncel, 2009).

Gece yeme probleminin önemli bir psikiyatrik problem olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda gece yeme sendromu birçok psikiyatrik rahatsızlıkta eşlik eden rahatsızlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Cengiz ve ark. (2011) psikiyatri kliniğe başvuran ayaktan hastalarda gece yemenin yaygınlığı ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisini değerlendirmiş, GYS yaygınlığının %19.8 olarak bulmuştur. Aynı çalışmada GYS varlığı ile herhangi bir psikiyatrik bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Lundgren ve ark., (2006) 399 hasta üzerinde yaptıkları araştırmalarında, gece yeme sendromu kriterlerini sağlayan hasta oranının %12.4 olduğunu ifade etmiş, obez, depresyon ve anksiyete tanısı almış hastalarda gece yeme sendromunun değerlendirildiği bir başka çalışmada depresyon varlığı, beden kitle indeksi ortalaması yüksekliği ve sigara kullanımının GYS belirleyicileri olduğu tespit edilmiştir (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014). Aşırı kilo problemi olan birey ile gerçekleştirilen bir çalışmada gece yeme sendromu olan bireylerin daha yüksek

depresyon, daha düşük özgüven bildirdiği ifade edilmektedir (Gluck, Geliebter ve Satov, 2001). Gece yeme problemi olan bireylerin uyku problemlerini ele alan bir çalışmada gece yeme sendromuna sahip bireylerin uyku problemlerine de sahip olduğu ifade edilmektedir (Rogers ve ark., 2006). Ciddi ruhsal rahatsızlığı olan obez/aşırı kilolu hastaların değerlendirildiği bir diğer çalışma da ise (Lundgren ve ark., 2010) bu bireylerin gece yeme sendromuna sahip olma riskinin diğer bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir. Gece yeme problemi olan bireyler ile obez bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada gece yeme problemi olan bireylerin obez bireylere göre daha yüksek depresyon düzeyi bildirdikleri görülmüştür. Aynı çalışma da gece yeme problemi olan bireylerin daha çok istismar ve olumsuz çocukluk yaşantılarına sahip olabileceği ifade edilmektedir (Allison ve ark., 2007) .

Gece Yeme Sendromunun ABD’de genel nüfusa oranla yaygınlığı %1.5, obezite kliniklerindeki yaygınlığı %6 – 14 ve bariatrik cerrahi kliniklerindeki yaygınlığının ise %8 – 42 şeklinde ortaya konmuştur (Hsu ve ark., 1996). İleri düzeyde obezite hastası olan gruplarda yapılan iki farklı çalışmada, kilo kontrolü tedavi programlarına karşı dirençli olan hastalarda yaygınlığın oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir (Stunkard 1955, Aronoff ve ark. 2001, O’Reardon ve ark. 2004).

Gece Yeme Sendromunun, obezite ve psikolojik stres ile yakın ilişkisi sebebiyle psikiyatri açısından da oldukça önemlidir. Yapılmış olan çalışmalarda depresif duygudurumu ile gece yeme sendromunun sıklıkla birlikte anıldığı bildirilmiştir (Birketvedt ve ark. 1999, O’Reardon ve ark. 2004, Gluck ve ark. 2001, Rand ve Kaldau 1993). Ayrıca ABD’ de iki farklı yerde yapılan bir çalışmaya göre Gece Yeme Sendromunun genel psikiyatrik ayaktan hasta nüfusuna oranı %16.5 olarak ortaya konmuştur. Bu oran Gece Yeme Sendromu ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir (Lundgren ve ark. 2006).

Allison ve arkadaşları, Gece Yeme Sendromu hastaları ile oluşturulan kontrol grubunu karşılaştırdıkları bir çalışmada; gıda alımı, enerji dengesi, uyku ve streste yer alan hormon düzeylerinin 25 saatlik fizyolojik profillerindeki kesin farklılıklar ele alınmıştır. Kişilerin aldığı toplam enerji miktarı değişmemesine karşın, Gece Yeme Sendromu grubunun, akşam saatlerinde daha fazla yedikleri görülmüştür. Özellikle ghrelin hormonu normal kişilerde yemekten önce artıp, yemekle birlikte

baskılanmaktadır. Gece Yeme Sendromu grubunda ghrelin hormon düzeyleri, gece 01:00 ve sabah 09:00 arasında, kontrol grubuna göre ciddi şekilde düşük olarak görülmüştür. Gece yeme Sendromu grubundaki düşük ghrelin hormonu seviyelerinin, gece uyanıp yenilen yemekle ilişkili olduğu ve düşük ghrelin hormonu düzeylerinin neden olarak değil sonuç olarak görülmesi gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca, Gece Yeme Sendromu grubunda insülinin de gece yüksek ve sabah düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Glukoz seviyeleri ise akşamları anlamsız bir şekilde istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Allison, 2005)

Yukarıda ifade edilen çalışmalar ve alanyazında benzer bulguları içeren birçok çalışma göz önünde bulundurulduğunda, gece yemenin bazen temel bir psikolojik problem bazen de diğer problemlerin yanında eşlik eden diğer bir rahatsızlık olarak görüldüğü ifade edilebilir. Gece yeme depresyondan, uyku bozukluğuna, özgüvenden ciddi ruhsal bozukluklara kadar birçok problem üzerinde yapılmış araştırmalarda anlamlı bir değişken olarak ifade edilmektedir. Gece yemenin sadece obezite ile ilgili değil psikolojik rahatsızlıklarla da bir arada düşünülmesi gerekmektedir. Özetle ifade etmek gerekirse gece yeme sadece kilo geri alımını artıran bir faktör olarak değerlendirilmemeli kişinin ruh sağlığını etkileyen ciddi bir durum olarak ele alınmalıdır.

Alanyazında gece yeme ve obezite arasında ilişki olduğunu ifade eden birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmalar gece yeme ile obezite arasındaki ilişkilere aynı zamanda da bariatrik cerrahi ameliyatı olan kişilerde gece yemenin değerlendirilmesine dayanmaktadır. Gece yemenin obeziteye neden olan önemli bir problem olduğu ifade edilmektedir (Marshall, Allison, O'Reardon, Birketvedt ve Stunkard, 2004; Napolitano, Head, Babyak ve Blumenthal, 2001). Obez bireylerde bir döngü olarak gece yemenin özellikle kilo alındığı ve stresli yaşam olaylarının olduğu dönemlerde artma eğilimi gösterdiği ifade edilmektedir (Stunkard, Grace ve Wolff, 1955). Buradan hareketle tüm bireylerin gece yeme sendromuna sahip olabilecekleri ancak obez bireylerin daha riskli bir grup olduğu ifade edilebilir .

Gece yemenin tedavisi üzerine bazı çalışmalar olduğu bilinmekle birlikte tek başına yeterli ve geçerli bir yöntem olduğunu ifade etmek güçtür. Bu bağlamda genel olarak farmakolojik tedaviye yönelik çalışmalar olduğu gözlenmektedir. Stunkard ve ark. (2006) 50 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarda sertralinin gece yemenin

azaltılmasında etkili bir ilaç olarak değerlendirmektedirler. Benzer şekilde O'Reardon ve ark. (2006) plasebo grubunu da içeren çalışmalarında sekiz haftalık tedavi programı sonrasında sertralin alan grubun plasebo alan gruba göre gece yemelerinde azalma olduğunu bildirmiş, sertralinin gece yeme konusunda etkili bir farmakolojik tedavi olduğunu ifade etmiştir.

Alanyazında ifade edilen bu çalışmalar değerlendirildiğinde gece yemenin hem obeziteye neden olabilecek faktörler arasında olduğu hem zaten obez olan hastalarda bariatrik cerrahisi müdahalelerinden sonra kilo geri alımını hem ruhsal durumu etkileyen ciddi bir problem olduğu görülmektedir. Özellikle cerrahi operasyonlar sonrasında kilo geri alımı ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum hem fizyolojik hem ruhsal sağlığa etki etmektedir. Gece yeme kilo geri alımını hızlandıran bir faktör olarak değerlendirilmeli ve uygun tedavi seçenekleri gözden geçirilmelidir. Gece yemenin tedavisi üzerinde birçok çalışma yapılmıştır.

Yapılan çalışmalardan birinde 18 yaşından büyük ayakta tedavi edilen psikiyatrik hastalardan ardışık olarak seçilen 133 kişi , psikiyatrik tanı açısından DSM-IV tanı sistemine göre polikliniklerde yapılan görüşmelerle değerlendirilmiştir. Gece Yeme Anketi (NEQ) araçlarına dayalı hem klinik görüşme raporları hem de öz raporlar NES yapısının kullanılabilmesi için katılımcılar özel olarak seçilmiştir. Araştırma esnasında, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ve beden kitle indeksi (BKİ) gibi klinik ve sosyo - demografik özellikler kaydedilmiştir. Ayrıca, vücut şekli anketi (BSQ) ve Psikolojik belirti tarama listesi (SCL – 90R) uygulanmıştır. Bütün yapılan bu incelemelerin sonucunda, Gece Yeme Sendromunun depresyon, dürtü kontrol bozukluğu ve nikotin bağımlılığı ile birlikte psikiyatri kliniğine başvuran obez hastalar arasında yaygın olduğu tespit edilmiştir (Sevinçer ve ark., 2015).

Başka bir çalışmada ise Allison ve ark. Tarafından geliştirilen Gece Yeme Anketi (GYA) Türkçe'ye uyarlanarak, Türkiye'deki hastalara uygulanmıştır. 18 yaşından büyük, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık ve Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniğine başvuran toplam 433 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların 306'sı (%70.7), kadın, 127'si (%29.3) erkek olarak belirlenmiştir. Bu kişilerin 97' sine GYS tanısı konmuş fakat kalan 336 sına GYS

tanısı konmamıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre GYS'nin psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır (Atasoy ve ark., 2014).

#### **1.6.2.5. Duygusal Yeme**

Duygusal yeme ya da emosyonel yeme gibi farklı isimlerle isimlendirilen bir kavram olan duygusal yeme olumlu/olumsuz duygulanım sonrasında, bu duyguların karşısında gözlenen aşırı yeme tepkisi olarak özetlenebilir (Sevincer ve Konuk, 2013). Emosyonel yeme açlık hissi nedeniyle ya da öğün zamanı geldiği için ya da sosyal gereklilik olduğu için değil sadece duygulanıma cevaben ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak ifade edilmektedir (Bekker, Van De Meerendonk ve Mollerus, 2004).

Duygusal yeme davranışı olumlu ya da olumsuz duygularla birlikte anılmaktadır. Ancak her olumsuz duygulanım sonrası yeme davranışı gelişmek zorunda değildir. Bennett, Greene ve Schwartz-Barcott (2013) 16 üniversite öğrencisinden oluşan katılımcıların duygusal yeme davranışları esnasındaki baskın duygularının değerlendirildiği çalışmalarında kadınların baskın olarak suçluluk erkeklerin ise genel olarak anksiyete hissettiklerini rapor etmiştir. Her iki cinsiyetinde duygusal yeme ataklarında sağlıksız olarak ifade ettikleri yiyecekleri seçtiği ifade edilmiştir.

Duygusal yeme davranışı genel olarak obez ve kilolu bireylerde görülse de bu durum her zaman geçerli bir önerme değildir. Kilo problemi olmayan, normal kiloya sahip hatta normalden daha düşük bireylerde bile duygusal yeme söz konusu olabilir. Ek olarak duygular ile yeme davranışının ilişkili olduğu alanyazında sıklıkla ifade edilen bir durum olarak karşımıza çıkar. Geliebter ve Aversa (2003) 15 aşırı kilolu, 15 normal kilosunda 15 de normal sınırın altında kiloya sahip bireyle gerçekleştirdiği çalışmasında her grupta da duygusal yeme davranışının bulunduğunu ifade etmektedir. Araştırma bulgularına göre normal değerlerin altında kiloya sahip bireyler daha çok pozitif duygulanım sonrasında duygusal yeme davranışı gösterirken diğer gruplar daha çok üzüntü verici ya da negatif duygulanım sonrası duygusal yeme durumu göstermektedir. Çoklu grup analizi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen bir diğer çalışmada 571 birey çalışmaya dâhil edilmiş ancak katılımcıların ağırlıkları ile

yeme davranışları arasında ilişki olmadığı, kilo problemi olan bireylerin daha çok duygusal yeme göstermeyebileceği ifade edilmiştir. Ek olarak beden kitle indeksinin duygusal yeme için bir belirleyici olmadığını ifade edilmiştir (Nguyen-Rodriguez, Chou, Unger ve Spruijt-Metz, 2008). Yeme özellikleri ve duygu kaynaklı değişimleri değerlendiren Macht (2008), gıda seçiminde duygusal kontrol, gıda alımında duygusal bastırma, bilişsel yeme kontrolünü iyileştirme, duyguları düzenleyen yeme ve yeme modülasyonuna eşlik eden duygular olarak beş alanda yeme davranışı ve duyguların ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Wallis ve Hetherington (2004) duygusal yeme problemi olan bireylerde stres düzeyinin belirleyici bir faktör olduğunu ifade etmektedir. Bekker ve ark. (2004), negatif duygudurum ve dürtüsellik algılanan duygusal yeme üzerindeki etkisini değerlendirmişlerdir. Üniversite öğrencisi 84 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında algılanan duygusal yeme ile dürtüsellik arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğunu, ancak işin içine negatif duygulanım girdiğinde dürtüsellik etkisinden bahsetmenin mümkün olmadığını ifade etmişlerdir. Obezite problemlerinden sonra kilo verebilmiş 108 birey üzerinde gerçekleştirilen bir diğer çalışma da öz yeterlik ve duygudurumun duygusal yemenin iki temel belirleyicisi olduğu ifade edilmektedir. Canetti, Bachar ve Berry, (2002) sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma olduğu; korku, gerilim ve ağrı sırasında ise yeme miktarında azalma olduğunu ifade etmektedir. Bir diğer çalışmada ise anne baba tutumları ile duygular ve duygusal yeme arasında ilişki olduğu ifade edilmektedir. 450 anne ve 450 çocuk ile gerçekleştirilen bu araştırmaya göre duygusal yeme problemlerine müdahalede ebeveyn tutumlarını ve aile iklimini değerlendirmek oldukça önemlidir (Topham ve ark., 2011)

Duygusal yeme bazı psikiyatrik bozukluklarla da ilişkili olduğu ifade edilen bir kavramdır. Ricca ve ark. (2012) anoreksiya ve bulimiya rahatsızlığı olan bireylerde duygusal yemeyi araştırmışlardır. Yeme bozukluğuna sahip 251 ve herhangi bir problemi olmayan 89 bireyin konu edinildiği araştırmada duygusal yemenin psikopatoloji ile ciddi anlamda ilişkili kavramlar olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmada anoreksiya ve bulimiya hastalarının duygusal yeme ölçeği puanlarının farklılaşmadığı ancak sağlıklı gruba göre yeme bozukluğu olan bireylerin ciddi yüksek skorlara sahip olduğu ifade edilmektedir. Waller ve Matoba (1999) çalışmalarında klinik tanı almamış İngiliz ve Japon kadınlarda duygusal yeme konusundaki farklılaşmayı irdelemişlerdir. Araştırmaya sonuçlarına göre yazarlar

psikopatolojinin kültüre göre farklılık arz ettiğini bildirmişlerdir. Bir diğer araştırma da ise 2331 erkek araştırmaya dahil edilmiş, depresif semptomlarla duygusal yeme arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir (Konttinen, Silventoinen, Sarlio-Lahtenkorva, Mannistö ve Haukkala, 2010) . Yine bir başka çalışmada depresif semptomlarla duygusal yemenin ilişkili olduğu ifade edilmiş özellikle depresif semptomlarla birlikte ortaya çıkan duygusal yeme durumlarında bireylerin tatlı ve sağlıksız yiyecekler tüketme eğiliminde olduğu ifade edilmiştir (Konttinen, Männistö, Sarlio-Lähtenkorva, Silventoinen ve Haukkala, 2010).

Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet ve Barbe (2003) obez kadınlarda aleksitimi, duygusal yeme ve tıknırcasına yeme davranışlarını değerlendirmiş, bu yeme bozukluklarının obez hastalarda sıklıkla görüldüğünü ifade etmişlerdir. Araştırma bulguları obez bireyler için aleksitiminin duygusal yemenin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılarak 8-18 yaş arası aşırı kilolu gençlerde yeme kontrolünün kaybının değerlendirildiği bir diğer çalışmada duygusal yemenin yeme kontrolü kaybının bir belirleyicisi olduğu ifade edilmiştir. Bu bağlamda duygusal yemenin kaygı ve yeme üzerindeki kontrol kaybı arasında aracılık etkisi olduğu ifade edilmektedir (Goossens, Braet, Van Vlierberghe ve Mels, 2009). Ganley (1989) bazı duygusal durumların obez bireylerde normal bireylere göre daha fazla yeme davranışı getirdiğini ifade etmektedir. Bu duygular öfke, yalnızlık, can sıkıntısı ve depresyon olarak ifade edilmektedir.

Bu bölümde de ifade edildiği üzere duygular ve yeme davranışı oldukça ilişkilidir. Yeme davranışına eşlik eden duygular ve yeme davranışının ardından gelen duygular birbirinden farklı olabilir. Yeme davranışı ile birlikte her zaman olumsuz duygulanım yaşanacağı söylenemez. Bu bağlamda ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin daha geniş açıdan değerlendirme yapmaları gerekmektedir. Aslı olan duygunun içeriği değil yeme davranışında rol alıp almadığıdır. Yeme konusunda davranış problemleri obez bireylerde oldukça yaygındır. Bu bağlamda obez bireylerin değerlendirildiği, özellikle de kilo ile ilgili çalışmalarda duygusal yemeninde göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Görüldüğü üzere duygusal yeme farklı duygularla birlikte ortaya çıkabilen kompleks bir kavramdır. Tüm duygular bir duygusal yeme durumuna neden olabilir.

Ancak bazı insanlarda duygusal yeme ciddi bir problem olarak karşımıza çıkar. Duyguların farkında olmak, yeme davranışı ile duyguların ilişkisi konusunda farkındalık sahibi olmanın özellikle ameliyat sonrası ya da obezite tedavisi sonrası kilo geri alımı konusunda dikkate alınması gerektiği ifade edilebilir.

#### **1.6.2.5. Yeme Bağımlılığı**

Yeme bağımlılığı diye bir yeme bozukluğunun olup olmadığı son yılların tartışma konusudur. Çok miktarda bazı yemeklerin yenmesinin bağımlılık olarak ele alabileceğini söyleyenler varken buna karşı olanlar da vardır. Bir maddenin veya temanın bağımlılık olarak nitelendirilebilmesi için üç açıdan bakılması gerekir: aşırma, kontrolsüz tüketme ve yoksunluğuna karşı tolerans süreci. Bu tolerans süreci de üç başlık altında araştırılır: zihinsel, fizyolojik ve psikolojik.

Bağımlılık olarak tanımlanan nesnelere, durumlar veya olayların hepsinin ortak özelliği, onları insan hayatından çıkardığı zaman yaşamaya devam eder. Bağımlılık tedavileri de “azaltmaya yönelik değil”, bireyin hayatından “tamamen çıkartmaya” yöneliktir. Ancak yeme bağımlılığı, eğer varsa, bu açıdan nasıl bakılırsa nasıl tedavi edilebilir? Sonuçta insanın yaşamak için mutlaka yemek yemeğe de devam etmesi gerekir. Bu nokta araştırmacıların en çok tartıştıkları konulardan birisidir. Bu noktada hastanın hangi besinlere bağımlı olduğu konusu gündemen gelmektedir. Yeme bağımlılığı var denen durumlarda, bağımlı olduğu belirlenen besinler genellikle yüksek glisemik indeksli yiyecekler veya çikolata, kahve gibi içinde bağımlılık yapıcı maddelerin varlığı bilimsel olarak da kanıtlanmış besinlerdir. Burada da fizyolojik bağımlılık devreye girer, yeme psikopatolojisi var denemez. Bazı araştırmacılar yeme bağımlılığı yerine “örtük isteme” (implicit wanting) tanımının daha doğru olabileceğini söylemektedirler.

Gearhardt ve ark. yeme bağımlılığının varlığını ispat etmek için YALE yeme bağımlılığı skalasını oluşturmuşlar ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalara uygulamışlardır. Araştırmanın sonucunda tıknırcasına yeme bozukluğunda da çok yemek yendiği için, TY ile yeme bağımlılığının tanım olarak çok yakın ancak tamamen de kesişmediklerini ifade etmişlerdir. Halen bu skala diğer araştırmacılar



tarafında kullanılmaktadır. Yeme bağımlılığının bir yeme patolojisi olarak resmen kabul edilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Bayraktar et al., 2012; Forbes, 2013; Gearhardt et al., 2012; Ogden, Clementi, & Aylwin, 2006; Oyekcin & Deveci, 2012; Güzin Sevincer, Konuk, Bozkurt, & Co, 2016)

## **1.7. OBEZİTE TEDAVİSİ SONRASI KİLO GERİ ALIMI**

Bu bölümde obezite tedavisi sonrasında kaybedilen kiloların bir kısmının geri alınması olarak tanımlanan, obez bireyler için ciddi bir problem olan kilo geri alımı (KGA) hakkında bilgiler ve güncel araştırma bulguları paylaşılmıştır. Bariatrik ameliyatlar sonrası KGA, yaygınlığı, etkileyen faktörler bu bölümde ele alınmıştır.

Obezite tedavisi sonrasında kilo geri alımı son senelerde sıklıkla üzerinde çalışılan bir konudur. Her ne kadar bariatrik cerrahi, hastaların çoğunun kısa vadede kilo vermelerini sağlasa da, azami kilo kaybına ulaşıldığında hastalar yavaş yavaş yeniden kilo almaya başlayabilirler. Bu yüzden obezite rahatsızlığı bulunan bireyler, hem de bu alanda çalışan uzmanlar için kilo geri alımı önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir. Kilo geri alımı konusu üzerine gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasında ameliyat olan hastaların yüzde 30 'unun ameliyat sonrası 18-24 aylık dönemde kilo geri alımı ile ilgili sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir (Hsu ve ark., 1998). Özellikle ameliyat sonrasında geçen 2-5 yıl arasındaki süreçte kilo geri alımının yaygın bir şekilde görüldüğü belirtilmektedir (Bastos ve ark., 2013; Magro ve ark., 2008). Bireysel kilo kayıpları ise çeşitlilik göstermektedir (L. K. Hsu ve ark., 1998). Buchwald ve ark. (2004) gerçekleştirdikleri meta analiz çalışmasında ameliyat sonrasında hastaların ilk 24 aylık dönemde fazla kilolarının %56.7 ile %66.5'i arasında değişen oranlarda verdiğini ifade etmektedir. Ancak bu rakamlar bireylerin sahip olduğu birçok faktöre göre değişkenlik göstermektedir.

Bariatrik ameliyatlar içinde sleeve gastrektomi en çok tercih edilen müdahale şeklidir. Lauti ve arkadaşları, sleeve gastrektominin ardından görülen kilo geri alımı hakkında 132 makalede sistematik gözden geçirme yapmışlar ve 21 makalenin verilerini değerlendirmeye almışlardır. İlk olarak KGA tanımını araştırmışlar ve bu konuda bir konsensus olmadığı ortaya koymuşlardır. Bazı doktorlar, ameliyatın ardından erişilen en düşük kilonun üzerine 10 kg veya daha fazlasının alınmasını

dikkate alırken (ki bu yaklaşım ciddi eleştirilere yol açmaktadır, 30 kilo veren bir hasta ile 100 kilo veren bir hastanın 10 kg geri alması nasıl aynı potada değerlendirilir diyerek) bazıları da yüzde hesaplaması yapmışlardır. Yüzde konusunda da ortak kullanılan bir değer bulunmamaktadır. Bazı araştırmacılar, kaybedilen fazla kilonun %15'ini KGA vardır kabul ederken, bazıları da %25 kabul etmektedirler (Lauti et al., 2016).

%15 değeri baz alarak bariatrik ameliyatların ardından görülebilen kilo geri alım yüzdelerini inceleyen çalışmalara baktığımızda, kilo geri alımlarının genellikle ameliyatı takiben 18 – 24. aylardan itibaren görülmeye başlandığı ve 5. Yıl (60 ay) itibariyle de hangi seviyeye geldiyse orada sabit kaldığı görülmüştür. Kilo geri alım yüzdesi ise %20 ila %40 arasında farklı değerler alabilmektedir ((Kofman et al., 2010) Hsu ve ark., 1998; Bastos ve ark., 2013; Magro ve ark., 2008). Geraci'nin 2015 tarihli çalışmasında da toplam 667 hasta incelenmiş ve bu hastaların 129 tanesinin (%19.3) KGA yaşadığı görülmüştür (Geraci, 2015).

Obezite ameliyatlarından sonra hızlıca kilo verilmesinin ardından bu kiloyu korumak önemli hale gelir. Bu çerçevede beslenme alışkanlıklarının optimizasyonu, artan fiziksel aktiviteyi yaşam tarzı haline getirme, stres yönetimi, gerçekçi hedefler belirleme, çevresel düzenlemeler, destek grupları gibi birçok farklı yöntem ve teknik kullanılır (Odom ve ark., 2010). Var olan kiloyu koruma söz konusu olduğunda kilo geri alımının nedenlerini iyi analiz etmek gerekmektedir. Kilo geri alımının nedenleri üzerine birçok çalışma gerçekleştirilmiş ve birçok farklı neden araştırılmıştır. Elfhag ve Rössner, (2005) kimlerin kilo geri alımında risk grubu olduğunu kimlerin kilo kaybını devam ettirebildiğine yönelik yapılan çalışmalarla ilgili oldukça kapsamlı bir derleme çalışması yapmıştır. Araştırmacılar bu çalışmalarında, kilo geri alımı ya da kiloyu korumaya etki eden faktörleri düşük kilo hedefleri koyma, fiziksel aktivite, diyet yapma, yemek döngüleri, yeme bozuklukları ve özellikle tıknırcasına yeme, kendini izleme, yaşam olayları ve çevre, stresle başa çıkma, motivasyon, denetim odağı, öz yeterlilik, kişilik, psikiyatrik bozukluklar, duygudurum bozuklukları gibi başlıklar altında sınıflamıştır. Lauti ve arkadaşları (2016) KGA nedenlerini beş maddede toplamışlardır: Kötü beslenme; hormonal/metabolik dengesizlik; akıl sağlığı; yetersiz fiziksel aktivite ve anatomik cerrahi faktörler (Lauti et al., 2016). Geraci de KGA nedenleri olarak otlanma, kontrolsüz yeme (şartlı refleksin yitimi), aşermeler, sosyal destek eksikliği ve depresyonu listelemiştir. Özellikle araştırmasına

katılan 667 hastanın %80'i, "ne eksik?" sorusunu açık uçlu cevaplayarak bariatrik eğitim, kontrol ve destek eksikliğinden şikayet etmişlerdir (Geraci, 2015).

Laparoskopik bypass ameliyatı sonrasında kilo geri alımında hasta davranışlarının araştırıldığı bir diğer çalışmada (Livhits ve ark., 2011), 197 hastanın iki yıl boyunca takibi gerçekleştirilmiştir. Düşük özgüven, düşük düzey fiziksel aktivite, uyum bozucu yeme stilinin kilo geri alımı ile ilişkili faktörler olduğu ifade edilmiştir.

Odom ve ark. (2010), ameliyat sonrası kilo geri alımı konusunda davranışsal yordayıcıları değerlendirdikleri çalışmalarında iyi oluş düzeyi ile düzenli olarak kontrol muayenelerine giden hastaların kilo geri alımlarının düşük iyi oluş düzeyi ve kontrol muayenelerini aksatan hastalara göre daha az kilo geri alımı riski altında olduklarını ifade etmektedirler. Aynı çalışmada alkol kullanımının da kilo geri alımını artırdığı bulunmuştur. Benzer bir şekilde Freire, Borges, Alvarez-Leite, ve Toulson Davisson Correia (2012) yemek konusunda diyetisyenden danışmanlık almayan, kötü beslenen ve düzensiz fiziksel aktivitenin olduğu ya da fiziksel aktivitenin olmadığı bir yaşam tarzı olarak ifade edilen sedanter yaşam tarzının söz konusu olduğu bireylerin kilo geri alımı konusunda riskli gruplarda yer aldığını ifade etmiştir.

KGA'nın nedenlerinden biri olan akıl/ruh sağlığı başlığının altında yeme bozukluklarını, depresyonu, duygusal yemeyi, vb görebiliriz. Depresyon düzeyinin kilo geri alımı ile ilişkisi değerlendirildiğinde net bir açıklama yapmak zor olsa da bu iki değişkenin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Odom ve ark. (2010) depresyon skoru arttıkça kişinin kilo geri alım riskinin arttığını ifade etmiştir. McGuire, Wing, Klem, Lang ve Hill (1999) yüksek depresyon düzeyinin, kilo geri alımında önemli bir risk faktörü oluşturduğunu ifade etmektedir. Yine Keck ve McElroy, (2003) bipolar bozukluk hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri meta analiz çalışmalarında 45 farklı çalışmayı incelemişler ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin normal bireylerden daha fazla obezite ve kilo geri alımı konusunda risk grubunda oldukları, tekrarlayan depresif epizodların ve ilaç tedavisinin kilo geri alımını hızlandırdığını ifade etmişlerdir. Ameliyat öncesi depresyon düzeyinin ameliyat sonrası kilo kaybının önemli bir yordayıcısı olduğu da bildirilmektedir (Averbukh ve ark.; 2003). Ancak bu konuda farklı görüşlerde vardır. Foster, Wadden, Kendall,

Stunkard ve Vogt, (1996) kilo kaybı ve kilo geri alımının uzun dönemde psikolojik etkisi olmadığını ifade etmektedir.

Uygunsuz yeme davranışları da kilo geri alımında önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Tıkınırcasına yeme ve yeme davranışı üzerindeki kontrol kaybının ameliyat sonrası kilo alımını yordayıcılığını değerlendiren 15 çalışmanın 14'ünde bu değişkenlerin kilo alımı ile doğrudan ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Meany, Conceição ve Mitchell, 2014). McGuire ve ark. (1999) tıkınırcasına yemenin kilo geri alımında önemli bir yordayıcı olduğunu ifade etmektedir. Ancak tıkınırcasına yemenin bir yordayıcı olmadığını ifade eden çalışmalarda bulunmaktadır (Morseth et al., 2016).

Gece Yeme Sendromunun (GYS) da post operatif dönemde görülüp görülmediği yakın zamanda araştırılmaya başlanmıştır. Hsu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi GYS tanısı konmuş 24 hasta takip edilmiştir. Post operatif 12 ve 18 ay kontrollerinde bu hastalarda sadece ikisinde GYS'nin devam ettiğini tespit etmişlerdir. De Zwaan ve arkadaşları, gastrik by-pass geçirmiş 59 hastanın %4'ünde gece yeme davranışı bildirmişlerdir. Chang yaptığı sistematik gözden geçirme araştırmasında ameliyat sonrası GYS oranını %1.9-42 arasında bulmuştur (Chang et al., 2014). Cerrahi sonrasında GYS görülen hastaların %50'sinden fazlasında bu sendromun yeni olarak geliştiği görülmüştür. Her zaman ameliyat ertesi yeni patolojiler de gelişebileceğinden, değerlendirmeler ameliyat öncesi ve sonrası düzenli olarak yapılmalıdır (Kruseman et al., 2010; Sevinçer et al., 2016).

Fiziksel aktivite kilo geri alımını etkileyen diğer bir faktördür. Wing ve Hill, (2001) gerçekleştirdikleri tarama çalışmasında düzenli fiziksel egzersizin uzun vadede kilo geri alımını azalttığını ifade etmişlerdir. Özellikle düzenli yürüyüş hastalar tarafından tercih edilen aktivite türüdür. Yoğun fiziksel aktivitenin kaybedilen kiloların geri alınmasını engellediği ayrıca egzersizlerin iyi oluşu artırarak kiloyu korumayı sürdürme konusunda ihtiyaç duyulan diğer davranışsal aktiviteleri sürdürmek için uygun bir ruh hali yarattığı öne sürülmektedir (Hughes, 1984; Saris, 1998). Kaybedilen kiloyu koruma konusunda 90 katılımcı ile 20 haftalık davranışsal müdahale programının etkilerinin değerlendirildiği bir diğer çalışma da tedaviden 18 ay sonrasında bireylerin kilolarını koruduğu bu sayede kilo

korumaya eşlik eden birçok psikolojik fayda gördüklerini ifade etmektedir (Latner, Ciao, Wendicke, Murakami ve Durso, 2013). Latner, Wilson, Stunkard, ve Jackson, (2002) davranış terapisine dayalı obezite programı sonrasındaki izlemlerinde kilo geri alımının kontrol altında tutulabildiğini ifade etmektedir.

Brantley ve ark. (2014) grup temelli kilo verme programı sonrasındaki kilo geri alımındaki psikososyal yordayıcıları değerlendirdikleri çalışmalarında algılanan stres, daha sağlıklı beslenmeye teşvik eden arkadaşlara sahip olma, ırk, cinsiyet gibi değişkenlerin kilo geri alımı ile anlamlı ilişkilere sahip olduğunu ifade etmektedir. Alanyazında psikososyal bir faktör olarak değerlendirilebilecek aile desteğinin obez bireylerin diyet uyumu ve ameliyat sonrası psikososyal stres faktörlerini azaltarak kilo alımı üzerinde etkili olduğunu ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Canetti, Berry, ve Elizur, 2009; Shiri, Gurevich, Feintuch ve Beglaibter, 2007).

Thompson, Slattery, Bundga ve Lautz (2006) kilo geri alımının mekanizmasının çok da net olmadığını ifade ettikleri çalışmalarında Roux-en-Y gastrik baypas yöntemi ile bariatrik cerrahi olan hastaları değerlendirmişlerdir. Yöntemin ciddi oranda kilo vermeyi sağladığını ve kilo geri alımı anlamında da izlem çalışmalarına göre avantajlı bir yöntem olduğunu ifade etmişlerdir.

Faria, De Oliveira Kelly, Lins ve Faria, (2010) Roux-en-Y gastrik baypas yöntemi ile bariatrik cerrahi ameliyatı olan hastalarda kilo alımı ve beslenme yönetimini değerlendirdikleri çalışmalarında hataları ameliyattan iki hafta sonra her iki haftada bir olmak üzere en az üç ay takip etmişlerdir. Ameliyat sonrası hastaların %88 inin kilo kaybettiğini ifade etmektedirler. Yazarlar kısa bir süre olmasına rağmen beslenme konusunda danışmanlık almanın kilo geri alımını azalttığını bulmuşlardır. Christou, Look ve MacLean, (2006) kullanılan cerrahi yönteminin kilo alımını yordamadığını ifade etmektedir.

Kilo geri alımının araştırması hakkında ciddi eleştiriler de bulunmaktadır. Nedelcu ve arkadaşları bu konuda sert sayılabilecek bir makale yazmışlar ve tıbbi camianın bu konuda bir konsensusa gelememesini eleştirmişlerdir. Başka çalışmalarda da örnekleri görüldüğü üzere KGA belirlenmesi hakkında net bir tanım yoktur, kimileri kilo değerine bakarken kimileri de yüzdelere bakmaktadır. Kesit rakamları da net değildir, %15, %25 hatta %50 kullanan bile vardır. KGA görülmüşse, bunun nasıl tedavi edileceği, eğer revizyon ameliyatı yapmak

gerekiyorsa, hangi ameliyatın yapılacağı da tamamen doktorun bireysel kararıdır. Uzun dönem KGA araştırmaları da sağlıklı sonuç vermeyebilir çünkü zamanda operasyon teknikleri de farklılık gösterebilmektedir (Felsenreich et al., 2016; Lauti et al., 2016; Nedelcu et al., 2016).

## 2. BÖLÜM

### AMAÇ VE HİPOTEZLER

#### 2.1. ÇALIŞMANIN AMAÇLARI

Obezite tedavisinde çok sık kullanılan bir yöntem olan bariatrik ameliyatlardan sonrasında kilo geri alımını yordayan değişkenlerin saptanmasını amaçlayan bu araştırmanın beş amacı vardır:

1. Bariatrik cerrahi olan bireylerin demografik özelliklerinin kilo geri alımını yordamasını değerlendirmek,
2. Gece yeme varlığının bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımını yordamasını değerlendirmek,
3. Duygusal yemenin bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımını yordamasını değerlendirmek,
4. Yeme endişesinin bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımını yordamasını değerlendirmek,
5. Depresyonun bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımını yordamasını değerlendirmektir.

#### 2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir;

1. Demografik özellikler ( cinsiyet - kadın olma, ameliyattan önce psikolojik muayeneden geçme, çocukluk çağı taciz veya travma öyküsü, intihar öyküsü, ameliyat sonrası ihtiyaç duyulan günlük besin miktarını bilmeme, kahvaltı öğününü atlama, ameliyattan sonra geçen gün süresi, periodik tartılmama, egzersiz yapmama) bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımını yordamaktadır.
2. Gece yeme bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımının anlamlı bir yordayıcısıdır.

3. Duygusal yeme bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımının anlamlı bir yordayıcısıdır.
4. Yeme endişesi bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımının anlamlı bir yordayıcısıdır.
5. Depresyon bariatrik ameliyat sonrası kilo gerialımının anlamlı bir yordayıcısıdır.



### 3. BÖLÜM

#### YÖNTEM ve BULGULAR

##### 3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırma, Sleeve Gastrektomi ve Gastric Bypass operasyonlarından sonra görülebilen kilo geri alımının, depresyon, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi düzeyleri ve çeşitli demografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirildiği kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

##### 3.2. ÇALIŞMA GRUBU

Çalışma grubuna ait diğer demografik özellikler Tablo 1 ve Tablo 2’de verilmiştir.

*Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler*

Demografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Erkek	22	18.8
	Kadın	95	81.2
Medeni Durum	Evli Değil	56	47.9
	Evli	61	52.1
Ameliyattan Önce Psikolojik Muayeneden Geçip Geçmeme?	Hayır	61	52.1
	Evet	56	47.9
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	38	32.5
	Çalışıyor	79	67.5
Süreğen Hastalık	Süreğen Hastalığı Yok	105	89.7
	Süreğen Hastalığı Var	12	10.3
Çocukluk çağınızda taciz veya travma öykünüz var mı?	Hayır	90	76.1
	Evet	28	23.9
Ameliyat tipi	Gastric Bypass	18	15.4
	Sleeve Gastrektomi	99	84.6
İntihar öykünüz var mı?	Hayır	94	80.3
	Evet	23	19.7
İhtiyacınız olan günlük besin değeri miktarını biliyor musunuz?	Hayır	63	53.8
	Evet	54	46.2
Kahvaltıyı atlayıp atlamama?	Hayır	67	57.3
	Evet	50	42.7
Öğrenim Durumunuz	İlkokul Mezunu	3	2.6
	Ortaokul Mezunu	3	2.6
	Lise Mezunu	33	28.2
	Lisans Mezunu	61	52.1
	Lisansüstü	17	14.5
Kilo Gerialımı	Var	16	13.7
	Yok	101	86.3

Araştırmanın çalışma grubu, 117 bireyden oluşturmaktadır. Çalışma sürecinin bitiminde 164 katılımcıya ulaşılmıştır. Ancak, ameliyattan sonra geçen süresi bir yıldan az olan, mide bandı ameliyatı geçirmiş olan, ameliyattan sonra hamile olan ve doğum yapmış olan katılımcılar çalışma grubundan çıkarılmıştır. Tablo 1'e göre, çalışma grubunda yer alan bireylerden 101'inde (% 86.3) ameliyat sonrası kilo geri alımı yokken, 16'sında (% 13.7) kilo geri alımı olduğu gözlenmiştir. Çalışma grubunun, 95'i (%81.2) kadın, 22'si (18.8) erkek, 61'i (% 52.1) evli ve 56'sı (% 47.9) evli değildir. Katılımcıların; % 47.9'u ameliyattan önce psikolojik muayeneden geçtiğini belirtmiştir, % 67.5'i çalışmaktadır, % 76.1'inin süregelen bir hastalığı bulunmamaktadır, % 84.6'sı Sleeve Gastrektomi tipi ameliyat olmuştur, % 80.3'ünün intihar öyküsü bulunmamaktadır, % 58.3'ü günlük ihtiyacı olan besin miktarını bilmediğini ve % 57.3'ü kahvaltıyı atlamadığını belirtmiştir ayrıca katılımcıların % 52.1'i lisans mezunudur.

**Tablo 2. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler-Devamı**

Demografik Özellikler	Ortalama	Ss	Min.	Maks.
Yaş	36.99	7.85	21	56
Ameliyattan Sonra Geçen Süre	28.53	12.93	12	98
Kilo Problemi Başlama Yaşı	13.34	9.80	1	48
Ameliyattan sonra tekrar kilo alımı kaçınıcı ayda başladı?	21.07	9.25	1	60
Egzersiz Sıklığı (Aylık)	4.98	4.42	0	21
Tartılma Sıklığı (Günde)	2.25	1.06	1	4

Katılımcıların yaşları 21 ile 56 arasında ( $\bar{X}=36.99$ ,  $Ss=7.85$ ) değişmektedir; çalışma grubunda yer alan bireylerin; ameliyat oldukları zamandan veri toplama zamanına kadar olan geçen süre 12 ay ile 98 ay arasında ( $\bar{X}=28.53$ ,  $Ss=12.93$ ) değişmektedir. Kilo problemi başlama yaşı da bir ile 48 yaş aralığında ( $\bar{X}=13.34$ ,  $Ss=9.80$ ) ve ameliyattan sonra tekrar kilo alımı başlama ayı da bir ile 60 ay arasında ( $\bar{X}=21.07$ ,  $Ss=9.25$ ) değişmektedir. Katılımcıların egzersiz yapma sıklıkları aylık hiç yapmama ile 21 kez yapma arasında ( $\bar{X}=4.98$ ,  $Ss=4.42$ ); tartılma sıklıkları da günde bir ile dört arasında ( $\bar{X}=2.25$ ,  $Ss=1.06$ ) değişmektedir.

Çalışma grubunda bulunan bireylerin ikamet ettikleri yerler değerlendirildiğinde, 44'ünün (% 37.6) İstanbul'da, 21'inin (% 17.9) İzmir'de, sekizinin (% 6.8) Bursa'da, dördünün (% 3.4) Ankara'da ve 40'ınının (% 34.2) farklı illerde ikamet ettikleri görülmektedir.

### 3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada, araştırmaya katılanlara araştırmacının hazırladığı bir sosyo-demografik anketin yanı sıra 4 adet ölçek uygulanmıştır. Sosyo-demografik ankette kişisel bilgilerin yanı sıra, bariatrik ameliyatlara kullanılan veriler (örneğin detaylı kilo verileri) ile ameliyat ertesi görülebilen davranışlarla ilgili sorular da eklenmiştir. Uygulanan ölçeklerle ilgi bilgiler aşağıdadır:

**3.3.1. Gece Yeme Anketi (GYA):** Allison ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ve Atasoy ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanan (2014), 14 sorudan oluşan bir tarama anketidir. Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemeleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olma-yan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. madde dışındaki maddeler beşli Likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yedinci maddede gün içi duygudurum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır. Madde 1, 4 ve 14 ters puanlanmaktadır. Gece yarısı atıştırmalarının ne kadar farkında olduğunu soran madde 13, GYS'nin uykuyla ilişkili yeme bozukluğundan ayırt edilebilmesi için sorulmakta, ancak puanlamaya katılmamaktadır. Toplam puan 0-52 arasında olabilmektedir. Ankette yer alan 15. ve 16. soruların ise ek soru olarak kullanılması önerilmiş ama puanlamaya katılmamıştır. Özgün çalışmada 25 ve üzerindeki puan için gece yeme bozukluğu olduğu, bu puanın altı için ise gece yeme bozukluğu olmadığı öngörülmüştür.

**3.3.2. Duygusal Yeme Alt Ölçeği:** Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBPQ) Van Strein ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan ölçek duygusal yeme davranışlarını, (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz) ve kısıtlanmış yemeyi (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) ölçen 3 skaladan meydana gelmektedir. Bu çalışmada ölçeğin duygusal yeme alt boyutu kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Bozan (2009) tarafından yapılmıştır.

**3.3.3. Yeme Endişesi Alt Boyutu:** EDE-Q ölçeği Fairburn ve Beglin tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek 1993 yılında ortaya konmuş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Mülakatının (Eating Disorder Examination Interview-EDE) anket haline çevrilmiş olan şekli olarak kabul edilmektedir (Fairburn ve ark., 1993). EDE-Q ölçeğinin yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde ve bu tanının belirlenmesinde oldukça yaygın olarak kullanılan bir araç olduğu bilinmektedir. Bu ölçekte toplam 28 soru yardımıyla ankete katılan kişilerin son 28 gündeki kendilerinden memnuniyet durumları ve beslenme alışkanlıkları 4 alt boyut şeklinde incelenerek yeme bozukluğunun olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmaktadır. EDE-Q ölçeğinin Türkçe uyarlaması Yücel ve ark. Tarafından 2011 yılında yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur (Yücel et al., 2011). Bu ölçeğin yeme endişesi alt boyutu araştırmada kullanılmıştır.

**3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği:** (BDÖ): Ruh sağlığı taramalarında ya da depresyon ile ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Beck ve arkadaşları tarafından (1961) geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulur. 15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren 21 maddesi vardır. Ölçek için Türkiye'de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır (Hisli, 1989). BDÖ'de her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Bariatrik cerrahi hastaları örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışması da yapılmıştır (Hall et al., 2012).

**3.3.5. Kilo Geri Alımı Değişkeni:** Kilo geri alımı değişkeni, mevcut kilo ile ameliyat sonrası en düşük kilo farkının kişinin fazla kilosuna (ameliyat öncesi kilo ile kişinin ideal kilosunun farkı) olan oranı şeklinde hesaplanmaktadır. Yüzdeler olarak, ameliyattan sonra, verilen kilonun % 15'inden fazlası geri alınmış ise o kişi kilo geri alımı olan birey olarak değerlendirilmektedir. Sayısal bir örnek olarak ameliyat öncesi 100 kg olan bir hastayı düşünebiliriz. Ameliyattan sonra hasta 40 kg kaybedip, 60 kg'ya inmiş olsun. Aradan bir süre geçtikten sonra da kilo geri alımı yaşamış ise, geri aldığı kilonun miktarına göre bu hastanın ameliyat kriterlerine göre kilo geri alımı deneyimleyip deneyimlemediğine bakabiliriz. Eğer 6 kg'dan az geri almış ise (kaybettiği 40 kg'nun %15 sınırı) bu hastada kilo geri alımı yoktur ancak 6 kg'dan fazla almışsa o zaman bu hasta bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alımı yaşamıştır denir.

Odom ve arkadaşları ise (2010) kilo geri alımının hesaplanmasında, mevcut kilo ile ameliyat sonrası en düşük kilonun farkının, ameliyat öncesi kilo ile ameliyat sonrası en düşük kilonun farkına oranı formülünü kullanmaktadırlar. Elde edilen sonuç yüzdeler olarak bir değer olarak alınmakta ve % 15 in üzeri kilo geri alımı olarak değerlendirilmektedir. Bu araştırma için hem yukarıda bahsedilen iki formül de hesaplamalarda kullanılmış gruplamada hiçbir fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada geri kilo alım parametresi olarak (Conceição et al., 2014) önerdiği formül kullanılmış olup Odom ve ark.'nın önerdiği formül ile karşılaştırıldığında geri kilo alımı olan ve olmayan gruplamasında hiçbir fark olmadığı belirlenmiştir.

#### **3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ**

Veri toplama araçları bölümünde söz edilen ölçeklere yönergeler eklenerek ölçek bataryası oluşturulmuştur. Araştırma bulgularının genel olarak değerlendirileceği bireysel bazda değerlendirme yapılmayacağı ve gizli tutulacağı bilgisi verilmiştir. Ölçeklerin uygulanma süresinin 15-20 dakika arasında sürdüğü gözlenmiştir. Batarya internet ortamına Google Docs kullanılarak konmuştur ve tüm katılımcılar soruları internet üzerinden, kendi kendilerine cevaplamışlardır.

Bariatrik cerrahi olmuş hastalara ulaşmak için internet ortamındaki Facebook sosyal medya mecrası tercih edilmiştir. Buradaki amaç sadece belli bir hastanenin veya grubun verilerine odaklanılmadan, Türkiye'nin her yerinden hastalara ulaşmaktır. Her birinde binlerce üyesi olan, bariatrik ameliyat olanlar, olmayı düşünenler veya hasta yakınlarının yer aldığı Facebook gruplarına üye olunarak, 6 aylık bir süre içinde çeşitli defalar anket gönderimi yapılmıştır. Anket tanıtımı, gönderimi yapılmadığı günlerde de hastaların soruları, yorumları takip edilerek, uzun dönemli hastalarla karşılaşıldığı zaman da özellikle onlara direk anketi de paylaşarak araştırmaya katılım rica edilmiştir. Bu şekilde toplam 164 hastanın verisine ulaşılmıştır.

Kilo geri alımı olan ve olmayan bireylerin depresyon, gece yeme, duygusal yeme ve yeme endişesi düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığının değerlendirilmesinde, Mann Whitney U-Testi kullanılmıştır. Demografik değişkenlerin, depresyon, gece yeme, duygusal yeme ve yeme endişesi düzeylerinin kilo geri alımını yordaması ise, öncelikle değişkenler arası ilişkilerin test edilebilmesi için Pearson Korelasyon Analizi uygulanmış ardından hiyerarşik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

### **3.5 BULGULAR**

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın amaçları çerçevesinde toplanan verilerin istatistiksel analizlerine ilişkin bilgilere, bu analizler sonucunda elde edilen bulgulara ve bu bulguların yorumlanmasına yer verilmiştir.

#### **3.5.1. Araştırmada Yer Alan Değişkenlere İlişkin Elde Edilen Puanların Maksimum, Minimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Araştırmanın çalışma grubunun gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve kilo geri alımı puanlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3'de verilmiştir.

**Tablo 3. Araştırmada Yer Alan Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistikler**

Puanlar	N	Min.	Maks.	$\bar{X}$	Ss.
Kilo Geri Alımı Sürekli Değişken Olarak	117	0	67.51	7.46	10.00
Depresyon Toplam Puanı	117	19	63	31.56	12.54
Gece Yeme Toplam Puanı	117	20	50	31.65	5.58
<b>Duygusal Yeme Toplam Puanı</b>	<b>117</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>37.54</b>	<b>16.44</b>
Yeme Endişesi Toplam Puanı	117	6	42	18.44	10.62

Tablo 3’de verilen betimsel istatistikler incelendiğinde kilo verme ameliyatlarından sonra kilo alımı ortalamasının  $\bar{x} = 7.46$  olduğu, dolayısıyla kilo verme ameliyatlarından sonra verilen kilonun ortalama 7.46’sının geri alındığı görülmektedir. Ayrıca çalışma grubunun depresyon ortalamalarının “yüksek düzey” (30 ve üzeri puan) depresyon seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

### **3.5.2. Depresyon, Duygusal Yeme, Gece Yeme ve Yeme Endişesi Puanlarının Kilo Geri Alımının Olup Olmamasına Göre Değerlendirilmesi**

Depresyon, duygusal yeme, gece yeme ve yeme endişesi toplam puanlarının kilo geri alımı olup olmamasına göre farklılaşması Mann Whitney U Testi ile değerlendirilmiş analiz sonuçları Tablo 4’de verilmiştir.

**Tablo 4. Depresyon, Duygusal Beslenme, Gece Yeme ve Yeme Kaygısı Puanlarının Kilo Geri Alımının Olup Olmamasına Göre Değerlendirilmesi**

	Kilo geri alımı var (n=16)		Kilo geri alımı yok (n=101)		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Depresyon Top. Puanı	22.88	10.97	10.82	12.20	340	.00
Duygusal Yeme Top. Puanı	2.89	1.17	1.73	1.21	380	.00
Gece Yeme Top. Puanı	1.81	0.38	1.44	0.58	446	.00
Yeme Endişesi Top. Puanı	3.83	1.23	1.80	1.68	273	.00

Tablo 4’de verilen analiz sonuçlarına göre, depresyon, duygusal yeme, gece yeme ve yeme endişesi toplam puanlarının kilo geri alımı olanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.

### **3.5.3. Kilo Geri Alımı, Demografik Özellikler, Yeme Endişesi, Duygusal Yeme, Gece Yeme ve Depresyon Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada ele alınan değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5’te verilen korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, katılımcıların kilo geri alımının, demografik değişkenlerden medeni durum ( $r=.22$ ,  $p<.05$ ), ameliyat öncesi psikolojik muayeneden geçme ( $r=-.19$ ,  $p<.05$ ), ihtiyacı olan günlük besin miktarını bilme ( $r=-.32$ ,  $p<.01$ ) ve ameliyattan sonra geçen süre ( $r=.27$ ,  $p<.01$ ) ile anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir. Ayrıca, kilo geri alımı ile gece yeme ( $r=.24$ ,  $p<.05$ ), duygusal beslenme ( $r=.28$ ,  $p<.01$ ), yeme kaygısı ( $r=.29$ ,  $p<.01$ ) ve depresyon ( $r=.29$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Gece yeme ile duygusal beslenme ( $r=.42$ ,  $p<.01$ ), yeme kaygısı ( $r=.41$ ,  $p<.01$ ) ve depresyon ( $r=.49$ ,  $p<.01$ ); duygusal beslenme ile yeme kaygısı ( $r=.61$ ,  $p<.01$ ) ve depresyon ( $r=.49$ ,  $p<.01$ ) ve depresyon ile yeme kaygısı arasında ( $r=.68$ ,  $p<.01$ ) da pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile gece yeme ( $r=-.36$ ,  $p<.01$ ), yeme kaygısı ( $r=-.28$ ,  $p<.01$ ) ve depresyon ( $r=-.46$ ,  $p<.01$ ) arasında da negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiştir.



**Tablo 5. Kilo Geri Alımı, Demografik Özellikler, Yeme Kaygısı, duygusal Beslenme, Gece Yeme ve Depresyon Arasındaki İlişkiler**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Kilo Geri Alımı	-																				
2. Cinsiyet <sup>a</sup>	-.03	-																			
3. Med. Dur <sup>b</sup>	.22*	-.02	-																		
4. Amel. Ön. Psik. <sup>c</sup>	-.19*	-.15	-.04	-																	
5. Çalışma Durumu <sup>d</sup>	.06	-.15	-.01	.08	-																
6. Süreğen Hastalık. <sup>e</sup>	.05	.09	-.01	-.27**	-.25**	-															
7. Çoc. çağ. Taciz/trav. <sup>f</sup>	.11	.30**	-.08	-.09	-.03	.19*	-														
8. Ameliyat tipi <sup>g</sup>	.16	.16	-.03	-.07	-.09	.06	.26**	-													
9. İntihar öyk. <sup>h</sup>	.11	.13	-.04	.13	-.07	.11	.35**	-.02	-												
10. İhtiy. bes. mik. <sup>1</sup>	-.32**	-.08	-.11	.25**	-.05	-.03	-.08	.21*	-.11	-											
11. Kahv. atl.? <sup>i</sup>	.06	.24**	.07	-.07	.01	-.12	.24*	.17	.31**	-.01	-										
12. Yaş	.04	.05	.04	-.06	.04	-.06	.10	-.12	.02	-.29**	-.39**	-									
13. Amel. Son. Süre	.27**	-.10	-.05	-.23*	.10	.09	-.05	-.22*	-.02	-.01	-.02	.13	-								
14. Kilo Prob. Baş. Yaş.	.02	-.05	.09	-.01	.31**	-.08	-.06	-.09	-.01	-.05	-.17	.36**	.06	-							
15. Amel. son. tek.	-.07	.01	-.33**	-.32**	.24*	.08	.06	-.36**	-.09	.04	.01	-.03	.75**	-.04	-						
16. Egzersiz Sıklığı	.12	-.02	-.02	-.15	-.03	.05	-.05	-.01	.03	.01	-.04	.10	.25**	.17	.23	-					
17. Tartılma Sıklığı	.05	-.18	-.12	.01	-.03	.11	.03	.01	-.17	-.03	-.08	-.01	.09	.02	-.01	.09	-				
18. Öğrenim Dur.	-.08	-.36**	-.18*	-.09	.13	.07	-.06	-.02	-.12	.15	-.05	-.20*	.21*	.01	.23*	-.09	.11	-			
19. Gece Yeme	.24*	.25**	.06	-.13	-.34**	.01	.26**	-.01	.26**	-.22*	.10	.19*	.03	-.23*	-.09	-.02	-.24*	-.36**	-		
20. Duygusal Besl.	.28**	.27**	-.17	-.13	-.27**	-.01	.27**	.20*	.04	-.21*	.05	.06	-.08	-.24**	-.09	-.01	-.05	-.10	.42**	-	
21. Yeme Endişesi	.29**	.16	-.02	-.03	-.27**	.07	.28**	.18*	.06	-.26**	.17	-.01	.08	-.32**	.11	.14	-.06	-.28**	.41**	.61**	-
22. Depresyon	.29**	.07	.10	-.10	-.05	-.05	.30**	.15	.19*	-.21*	.33**	.07	.06	-.21*	-.01	.13	.05	-.46**	.49**	.49**	.68**

Med. Dur.: Medeni Durum, Amel. Ön. Psk: Ameliyattan Önce Psikolojik Muayeneden Geçip Geçmeme?, Çoc. Çağ. Taciz/trav: Çocukluk çağımızda taciz veya travma öykünüz var mı?, İntihar öyk: İntihar öykünüz var mı?, İhtiy. bes. Mik: İhtiyacınız olan günlük besin değeri miktarını biliyor musunuz?, Kahv. Atl.: Kahvaltıyı atlayıp atlamama?, Amel. Son. Süre: Ameliyattan Sonra Geçen Süre, Kilo Prob. Baş. Yaş: Kilo Problemi Başlama Yaşı, Amel. son. Tek.: Ameliyattan sonra tekrar kilo alımı kaçınıcı ayda başladı? <sup>a</sup>: 0 kadın; 1 erkek, <sup>b</sup>: 0 evli değil; 1 evli, <sup>c</sup>: 0 hayır, 1 evet, <sup>d</sup>: 0 çalışmıyor; 1 çalışıyor; <sup>e</sup>: 0 Süreğen bir hastalık (Diyebe, Tansiyon, FMF, Troid, Polikistik) yok, 1 var, <sup>f</sup>: 0 yok, 1 var, <sup>g</sup>: 0 Gastic Bypass, 1 Sleeve Gastrektomi, <sup>h</sup>: 0 yok, 1 var, <sup>1</sup>: 0 hayır, 1 evet, <sup>i</sup>: 0 hayır, 1 evet, \*p<.05, \*\*p<.01

Demografik özellikler, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi ve depresyon değişkenlerinin kilo geri alımını yordamaları değerlendirilirken korelasyon analizinde kilo geri alımı ile ilişkili olduğu belirlenen değişkenler regresyon modeline alınmıştır. Yapılan hiyerarşik doğrusal regresyon analizine ilişkin bulgular Tablo 6’da verilmiştir.

**Tablo 6. Kilo Geri Alımının Yordayıcılarının Değerlendirilmesi**

Aşama	Yordayıcı Değişken	R <sup>2</sup>	RΔ	F <sub>Değişim</sub>	F <sub>Model</sub>	B	T
1		.22	.22	7.89**	7.89**		
	Medeni Durum					.20	2.41*
	Ameliyattan Önce Psikolojik Muayeneden Geçip Geçmeme?					-.05	-.57
	İhtiyacınız olan günlük besin değeri miktarını biliyor musunuz?					-.29	-3.30**
	Ameliyattan Sonra Geçen Süre					.27	3.10**
2		.26	.04	5.55**	7.68**		
	Medeni Durum					.19	2.26*
	Ameliyattan Önce Psikolojik Muayeneden Geçip Geçmeme?					-.04	-.48
	İhtiyacınız olan günlük besin değeri miktarını biliyor musunuz?					-.25	-2.85**
	Ameliyattan Sonra Geçen Süre					.26	3.04**
	Depresyon Toplam Puanı					.20	2.36*
3		.27	.01	1.72	6.73**		
	Medeni Durum					.20	2.42*
	Ameliyattan Önce Psikolojik Muayeneden Geçip Geçmeme?					-.06	-.63
	İhtiyacınız olan günlük besin değeri miktarını biliyor musunuz?					-.23	-2.56*
	Ameliyattan Sonra Geçen Süre					.25	2.95**
	Depresyon Toplam Puanı					.10	.89
	Yeme Endişesi Toplam Puanı					.15	1.31
4		.30	.04	5.64**	6.82**		
	Medeni Durum					.25	2.98**
	Ameliyattan Önce Psikolojik Muayeneden Geçip Geçmeme?					-.02	-.25
	İhtiyacınız olan günlük besin değeri miktarını biliyor musunuz?					-.22	-2.50*

Ameliyattan Sonra Geçen Süre	.29	3.45**
Depresyon Toplam Puanı	.06	.51
Yeme Endişesi Toplam Puanı	.02	.19
Duygusal Yeme Toplam Puanı	.26	2.38*
5	.31	.01
	0.07	5.92**
Medeni Durum	.25	2.94**
Ameliyattan Önce Psikolojik Muayeneden Geçip Geçmeme?	-.02	-.23
İhtiyacınız olan günlük besin değerini biliyor musunuz?	-.21	-2.46*
Ameliyattan Sonra Geçen Süre	.29	3.43**
Depresyon Toplam Puanı	.05	.42
Yeme Endişesi Toplam Puanı	.02	.18
Duygusal Yeme Toplam Puanı	.25	2.27*
Gece Yeme Toplam Puanı	.03	.27

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Tablo 6’de verilen analiz sonuçları incelendiğinde eşitliğe ilk olarak demografik özellikler sonra sırasıyla depresyon, yeme endişesi, duygusal yeme ve gece yeme değişkenlerinin dâhil edildiği görülmektedir.

Hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda yordayıcı değişken olarak, demografik özellikler; medeni durum değişkeni (kategorik bir değişken olan medeni durum değişkeni için kukla değişken düzenlenerek analiz yapılmış, evli olmanın etkisi incelenmiştir), ameliyattan önce psikolojik muayeneden geçip geçmeme (psikolojik muayeneden geçme referans alınmıştır), ihtiyaç duyulan günlük besin değerini bilip bilmeme (bilme referans alınmıştır) ve ameliyattan sonra geçen süre girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak %22’sini açıklamıştır [ $F=7.89$ ,  $p < .01$ ]. Medeni durum ( $\beta=.20$ ,  $p < .05$ ), ihtiyacı olan günlük besin miktarını bilip bilmeme ( $\beta=-.29$ ,  $p < .01$ ) ve ameliyattan sonra geçen sürenin ( $\beta=.27$ ,  $p < .01$ ) modele anlamlı katkılarının olduğu ancak, ameliyattan önce psikolojik muayeneden geçmenin modele anlamlı bir katkısının olmadığı ( $\beta=-.05$ ,  $p > .05$ ) belirlenmiştir.

Çalışmamızın İkinci bloğunda da depresyon toplam puanı modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 26’sını açıklamıştır [ $F=7.68$ ,  $p < .01$ ]. Depresyon toplam puanının modele etkisinin ( $\beta=.20$ ,  $p < .05$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $R\Delta=.04$ ,  $F_{Değişim}=5.55$ ,  $p < .01$ ) anlamlı olduğu görülmektedir.

Üçüncü blokta yeme endişesi toplam puanı modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 27'sini açıklamıştır [ $F=6.73$ ,  $p<.01$ ]. Yeme endişesi toplam puanının modele etkisinin ( $\beta=.15$ ,  $p>.05$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $R\Delta=.01$ ,  $F_{\text{Değişim}}=1.72$ ,  $p>.05$ ) anlamlı olmadığı görülmektedir. Ayrıca yeme endişesi toplam puanının modele eklenmesi, bir önceki aşamada modele anlamlı katkısı olduğu görülen depresyon toplam puanının modele katkısını da istatistiksel olarak anlamsız hale getirmiştir.

Bizim çalışmamızın dördüncü bloğunda da, duygusal yeme toplam puanı modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 30'unu açıklamıştır [ $F=6.82$ ,  $p<.01$ ]. Duygusal yeme toplam puanının modele etkisinin ( $\beta=.26$ ,  $p<.05$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $R\Delta=.04$ ,  $F_{\text{Değişim}}=5.64$ ,  $p<.01$ ) anlamlı olduğu görülmektedir.

Çalışmamızın beşinci yani son bloğunda ise gece yeme anketi toplam puanı modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 31'ini açıklamıştır [ $F=5.92$ ,  $p<.01$ ]. Gece yeme anketi toplam puanının modele etkisinin ( $\beta=.03$ ,  $p>.05$ ) ve modeldeki değişime katkısının ( $R\Delta=.01$ ,  $F_{\text{Değişim}}=0.07$ ,  $p>.01$ ) anlamlı olmadığı görülmektedir. Son aşamasında, medeni durumun, ihtiyacı olan günlük besin miktarını bilip bilmemenin, ameliyattan sonra geçen sürenin ve duygusal yeme toplam puanının kilo geri alımını yordadığı belirlenmiştir. Dolayısıyla, evli olma kilo geri alımını arttırıyorken, ihtiyacı olan günlük besin miktarını bilmenin ise kilo geri alımını azalttığı ifade edilebilir. Ayrıca, ameliyattan sonra geçen sürenin ve duygusal yemenin artmasının kilo geri alımını da arttığı ifade edilebilir.

## 4. BÖLÜM

### SONUÇ

#### 4.1. TARTIŞMA ve YORUM

Bu bölümde, önceki bölümde yapılan analizler sonucu elde edilen bulguların, hipotezler bazında, alanyazın çerçevesinde tartışma ve yorumu yer almaktadır.

Bariatrik ameliyatlar sonrasında kiloyu geri almanın depresyon, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi ve çeşitli demografik özelliklerle ilişkisini değerlendirme amaçlı yapmış olduğumuz çalışmamız ilk göze çarpan, kilo verme ameliyatlarından sonra, hastaların %13.7'sinin, ameliyatlar neticesinde vermiş oldukları kiloları geri aldıkları görülmektedir. Kilo Geri Alma (KGA) kriteri olarak kaybedilen kilonun en az %15'nin geri alınması araştırmada kullanılmıştır (Conceição et al., 2014; Meany et al., 2014; Odom et al., 2010). %15 değerinin KGA belirlemede kesit olarak kabul edilmesi yaygın olarak kabul edilse de bazı durumlarda farklı değerler de kullanılabilir. Alvarez ve arkadaşları (2015), Lui ve arkadaşları (2014) yaptıkları araştırmalarda, KGA araştırmasındaki fizyolojik farklılıklara bakarken %25 değerini almışlardır. Bariatrik ameliyatların ardından görülebilen kilo geri alımı özellikle son senelerde daha yoğun araştırılmaya başlandığından ileride farklı kesit yüzdeleri ile farklı yorumlar ortaya çıkması beklenmektedir. Keza Alvarez (2015) yine aynı çalışmada hasta grubunu “az kilo geri alan” ve “çok kilo geri alan” olarak %50 ikiye bölerek analizlerini gerçekleştirmiştir.

%15 değeri baz alarak bariatrik ameliyatların ardından görülebilen kilo geri alım yüzdelerini inceleyen çalışmalara baktığımızda, kilo geri alımlarının genellikle ameliyatı takiben 18 – 24. aylardan itibaren görülmeye başladığı ve 5. Yıl (60 ay) itibarıyla de hangi seviyeye geldiyse orada sabit kaldığı görülmüştür. Kilo geri alım yüzdesi ise %20 ila %40 arasında farklı değerler alabilmektedir ((Kofman et al., 2010) Hsu ve ark., 1998; Bastos ve ark., 2013; Magro ve ark., 2008). Obezitenin yaygınlığı, hastalığın ve tedavi çeşitlerinin maliyetleri de dikkate alındığında, pahalı bir seçenek olan bariatrik cerrahinin ardından görülebilen kilo geri alımları giderek daha fazla araştırılmaya başlanmıştır. Kilo geri alım konusu hem fizyolojik hem de

psikolojik açıdan nedenleri giderek daha yoğun olarak araştırılmaktadır (Alvarez et al., 2015; Digiorgi, 2012; Stewart, Olbrisch, & Bean, 2010) Ülkemizde de giderek artan ameliyatların sonuçları açısından, bu çalışmada bulunan %13.7'lik kilo geri alım yüzdesi çok önemlidir. Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bariatrik cerrahi sonrası kilo alımının yordayıcılarını irdeleyen ilk araştırmadır.

Araştırmada yer alan değişkenlere ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, kilo geri alım yüzdesinin yanı sıra, çalışma gurubunun depresyon ortalamasının “yüksek düzey” depresyon seviyesinde olduğu görülmüştür. Obezite endikasyonu ile ameliyat olan hastalarda depresyon görülmesi alanyazındaki araştırmalarda da mevcuttur. III. Sınıf obeziteye sahip (morbid obezite) olan kişilerle (Beden kitle indeksi 40 veya daha fazla olanlar), ortalama ağırlığa sahip olan kişiler karşılaştırıldığında, obezite olan kişilerde majör depresyon oranının normal kiloda olan kişilere göre beş kat fazla olduğu tespit edilmiştir (Onyike, Crum, Lee, Lyketsos, ve Eaton, 2003). Bariatrik cerrahi yaptırmak isteyen obez bireylerde, depresyonun yaygınlık oranı ise %19 ile %58 arasında değişiklik göstermektedir (Gertler ve Ramsey-Stewart, 1986; Glinski ve ark. 2001; Halmi ve ark., 1980; Larsen, 1990; Powers, Rosemurgy, Boyd, ve Perez, 1997; Werrij, Mulkens, Hospers, ve Jansen, 2006).

Araştırmanın hipotezlerine paralel olarak, elde edilen verileri incelediğimizde aşağıdaki yorumlar yapılabilmektedir:

1. *Hipotez: Demografik özellikler (cinsiyet - kadın olma, ameliyattan önce psikolojik muayeneden geçme, çocukluk çağı taciz veya travma öyküsü, intihar öyküsü, ameliyat sonrası ihtiyaç duyulan günlük besin miktarını bilmeme, kahvaltı öğününü atlama, ameliyattan sonra geçen gün süresi, periodik tartılmama, egzersiz yapmama) bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımını yordamaktadır.*

Bariatrik ameliyatlara ilgili çalışmalar yoğunlukla Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da gerçekleştirilmiştir. Mevcut alanyazını incelerken demografik özellikler açısından, hipotezde yer alan özelliklerin kilo geri alımını yordaması ile ilgili araştırmalar yapılmıştır (Bocchieri, Meana, & Fisher, 2002; Byrne, 2002; Johnson, 2008; Ohsiek & Williams, 2011; Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005; Tucker et al., 1991). Bu özelliklerden ilki olan egzersiz

yapma/yapmamanın (oturma olarak tanımlanır) yaşam tarzı değişikliklerinin sonucunda gerçekleşen kilo kaybına etkisi geniş olarak araştırılmış ve egzersiz yapmanın kısa vadede daha fazla kilo kaybını sağladığı ortaya konmuştur. Bariatrik ameliyatlar sayesinde kilo kaybı olduğu zaman da ise fiziksel egzersizin daha fazla kilo kaybı sağladığı ortaya konya da, bu kilonun kısa vadede (3 yıla kadar) korunmasında egzersizin etkisi hakkında net cevap alınamamıştır. Uzun vadeli dönem hakkında da fazla araştırma bulunmamaktadır (Herman, Carver, Christou, & Andersen, 2014) Bu çalışmada da kilo geri alımı ile egzersiz yapmama arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Obezitenin kronik bir hastalık olarak kabul edilmesi ve tedavisinin de multidisipliner olması gerektiğinden yola çıkarak farklı uzmanların tedavide yer alması genel kabul görmüştür. Buna paralel olarak, yurt dışında bariatrik ameliyatlardan önce psikolojik bir değerlendirmeden geçmek, varsa, bulunan patolojilere göre bir tedavi sürecine girmek ve hatta psikopatolojinin şiddetine göre gerekirse ameliyatı ertelemek veya onay vermemek görülmektedir. Ameliyat öncesi psikolojik değerlendirmede çok çeşitli ölçekler kullanılabileceği gibi deneyimli terapistlerin kişisel değerlendirmeleri de dikkate alınmaktadır. Hastadaki psikopatoloji direk yemek bozuklukları olarak da görülebilir. Ameliyat öncesi yapılan değerlendirmenin ameliyatın sonuçlarına etki ettiği pek çok çalışmada ortaya konmuştur (Kalarchian & Marcus, 2015; Odom ve ark., 2010; Ohsiek & Williams, 2011). Bu çalışmada da katılımcıların %48'i, ameliyat öncesi psikolojik bir değerlendirmeden geçmediklerini belirtmişlerdir. Korelasyon analizinde bu parametre kilo geri alımı ile ilişkili çıkmış ancak regresyon analizinde kilo geri alımını yordamadığı yönünde bir sonuca ulaşılmıştır.

Bariatrik ameliyatların ardından hastalar, yeni yeme düzenleri ve alışkanlıkları geliştirmektedirler. Yeni öğün düzenleri ayarlandığı gibi bazen de öğünler toptan atlanabilmektedir. Özellikle kahvaltı öğünü araştırmacıların dikkatini çekmiş ve kahvaltı öğününün atlanmasının kilo geri alımına neden olduğu belirtilmiştir. Hastaların çoğunda bu davranış görülmektedir. (Digiorgi, 2012; Gradaschi et al., 2013; Macey, 2013; Ogden, Avenell, & Ellis, 2011). Ancak bu çalışmada kahvaltı öğününün atlanmasının kilo geri alımını yordamadığı bulunmuştur. Bu açıdan alanyazı ile farklılık göstermektedir.

Ameliyattan sonra geçen süreye bakıldığı zaman, yapılan tüm çalışmalarda, kilo geri alımı başladıktan sonra (ki 18 – 24. aylardan sonra genellikle başlamaktadır) zaman geçtikçe kilo geri alımının arttığı gözlenmektedir ta ki plato noktasına gelene kadar. Plato devresi de 60. ay civarlarındadır (Bastos ve ark, 2013; Rudolph & Hilbert, 2013). Bu çalışmanın hipotezinde yer alan özelliklerden *ameliyattan sonra geçen süre*'nin ameliyattan sonra görülebilen kilo geri alımını yordadığı belirlenmiştir. Bu sonuç mevcut alanyazın sonuçlarıyla paraleldir.

Hipotezlerde yer alan diğer bir özellik olan *ameliyat sonrası ihtiyaç duyulan günlük besin miktarını bilmeme*'nin de kilo geri alımını yordadığı belirlenmiştir. Bu özellikle “kendini izleme – self monitoring” başlığı altında yurt dışı araştırmalarda, her çeşit kilo verme yöntemi ve geri alma vakalarında incelenmiştir. Obezitenin kronik, kesin tedavisi olmayan bir hastalık olduğundan yola çıkarsak, hastanın kendi tedavisini başarıyla devam ettirmesinde kişisel çabasının önemli bir rol oynaması kaçınılmazdır. Alanyazı, günlük besin ve buna paralel enerji miktarını bilmek, besin gruplarına göre hesaplamalar yapmak ve bunları ve kişinin günlük kilo miktarını yazılı olarak kaydetmek, verilen kilonun korunmasında pozitif etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (Kalarchian & Marcus, 2015; Kruseman et al., 2010; Odom et al., 2010). Bu çalışmada çıkan sonuç alanyazı ile uyumludur. Türkiye örnekleminde de kilo geri alanların ihtiyaç duydukları farklı besin miktarlarını bilmedikleri ortaya çıkmıştır. Ancak kendini izleme başlığı altında yer alan diğer bir parametre olan *periyodik tartılma*'nın bu çalışmadaki örneklem ile ilişkisine bakıldığı zaman, periodik tartılmamanın kilo geri alımını yordamadığı görülmüştür.

Araştırma verilerini hiyerarşik lineer regresyon modeli ile incelerken, medeni durumun bariatrik ameliyatlardan sonrası kilo geri alımı açısından daha önceki araştırmalara dahil edilmediği görülmüştür. Ancak obezite ve medeni durum ilişkisi çok kapsamlı çalışmalarda yoğun olarak incelenmiştir. Bu araştırmalara örnek verecek olursak, Janghorbani ve ark. 2005 yılında İran'da ülke çapında 89,404 yetişkinde tarama yapmışlar ve fazla kilolu olma (BKİ 25-30 aralığında) evli olanlarda olmayanlara göre iki misli, obez olma durumu ise (BKİ 30'dan yüksek) üç misli fazla çıkmıştır (araştırmada yaş, eğitim seviyesi, fiziksel aktivite, sigara alışkanlıkları, yaşam yeri verileri kontrol altına alınarak)



(Janghorbani et al., 2008). Başka bir geniş katılımlı araştırmayı da Frederiksen 2004-2007 yılları arasında 43,000 binden fazla Danimarka'lı yetişkinler üzerinde yapmış ve evli erkeklerde obezite prevalansı yüksek bulunmuştur (Frederiksen, Jensen, & Kjaer, 2014). 2007'de Amerikan Beslenme Birliği dergisinde yayınlanan başka bir çalışmada da 1999-2002 yılları arasında 10binden fazla kişiyi kapsayan taramada evli erkek ve kadınlarda fazla kilolu ve obez olma yüzdesi olmayanlara göre yüksek çıkmıştır (Hanson, Sobal, & Frongillo, 2007). Tzotzas ve arkadaşları da 2003 yılında Yunanistan'da 17.341 yetişkini kapsayan taramalarında, evli erkek ve kadınlarda obez olma riskini ve abdominal yağlanmayı olmayanlara göre yüksek bulmuşlardır (Tzotzas, Vlahavas, Papadopoulou, Sousana K. 2, Kaklamanou, & Hassapidou, 2010). Ülkemizde de 2010 yılında Ankara'da yapılan ve 498 fazla kilolu yetişkini kapsayan çalışmada katılımcıların %31.5'u evlendikten sonra kilo aldıklarını söylemişlerdir. Fazla kiloyu yorgayan özellikler sırasıyla yaş, eğitim seviyesi, medeni durum, sigara alışkanlığı ve uyku süresi olarak belirlenmiştir (Asil, Surucuoglu, Cakiroglu, & Ucar, 2014)

Obezitenin nedenleri arasında yoğun olarak medeni durum araştırılırken, bariatrik ameliyatların sonuçlarında bu özelliğe odaklanılmaması literatürde bir boşluk olduğunu göstermektedir.

*2. Hipotez: Gece yeme bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımının anlamlı bir yordayıcısıdır.*

Araştırma verileriyle yapılan korelasyon analizinde bariatrik ameliyatların ardından kilo geri alımı yaşayanlarda, yaşamayanlara göre Gece Yeme anlamlı olarak fazla çıkmıştır ( $p=.00$ ) ancak gece yemenin kilo geri alımını anlamlı olarak yordayıp yordamadığına, hiyerarşik lineer regresyon analizi ile baktığımızda yordamadığını görmekteyiz.

Gece yemenin birden fazla tanımı vardır ve kriterler net değildir. Bu yüzden benzer konuları araştıran araştırmalarda farklı sonuçlar ve değerlendirmelerle karşılaşmaktadır. Allison ve ark. (2010), gece yemenin tanı kriterlerini ortaya koymayı amaçladıkları çalışmalarında, gece yemeyi temelde akşam ve gece saatlerinde yemede artışla karakterize edilen gün içerisinde alınan yiyecek

miktarının %25'inden fazlasının gece saatlerinde alınması ya da haftada en az iki kere gece aşırı yemek yeme olarak ifade etmektedirler. Yazarlara göre gece yeme sendromu olan bireylerin işlevselliğinin bozuluyor olması, yeme ataklarının farkında olması ve problemlerin en az üç aydır süregeliyor olması gerekmektedir.

Gece Yeme Sendromunun (GYS) da post operatif dönemde görülüp görülmediği yakın zamanda araştırılmaya başlanmıştır. Hsu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi GYS tanısı konmuş 24 hasta takip edilmiştir. Post operatif 12 ve 18 ay kontrollerinde bu hastalarda sadece ikisinde GYS'nin devam ettiğini tespit etmişlerdir. De Zwaan ve arkadaşları, gastrik by-pass geçirmiş 59 hastanın %4'ünde gece yeme davranışı bildirmişlerdir. GYS'nin bariatrik ameliyatlardan sonra görülme sıklığı azalmaktadır. Cerrahi sonrasında GYS görülen hastaların %50'sinden fazlasında bu sendromun yeni olarak geliştiği görülmüştür. Her zaman ameliyat ertesi yeni patolojiler de gelişebileceğinden, değerlendirmeler ameliyat öncesi ve sonrası düzenli olarak yapılmalıdır (Sevinçer ve ark., 2016).

De Zwaan, bariatrik cerrahi ameliyatı geçirmiş örnekleme gece yemenin %2-20 arasında değiştiği ifade edilmektedir (de Zwaan, Marschollek ve Allison, 2015). Konu ile ilgili olarak gerçekleştirilen meta analiz çalışmasında, mide ameliyatları ile gece yemenin ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Colles ve Dixon, 2006). Ameliyat öncesi ve sonrası yeme problemlerinin değerlendirildiği bir çalışma da (Hsu, Betancourt, ve Sullivan, 1996) ameliyat sonrası yeme bozukluğu gelişme olasılığının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Rand, Macgregor ve Stunkard, (1997) genel popülasyon ile obezite ameliyatı olan kişilerde ameliyat sonrasında gece yemenin yayınlığını araştırmak için 2907 ameliyat olmamış birey ile 111 bariatrik cerrahi ameliyatlarından birini olmuş bireyleri değerlendirmiştir. Araştırmanın sonuçları gece yemenin ameliyat olmuş popülasyonda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Normal popülasyonda gece yeme davranışı %1.5 olarak belirlenirken ameliyat olmuş grupta gece yeme yayınlığı %27 olarak ifade edilmektedir. Bariatrik cerrahisi olmuş bireylerde tıknırcasına yeme ve gece yeme sendromunun değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise ileri derecede obez olan 215 katılımcıya ulaşılmış, katılımcıların %8.9'unun gece yeme kriterlerini karşıladıkları görülmüştür. Çalışma kapsamında ulaşılan yayınlığın diğer çalışmalara göre daha düşük olduğu ifade

edilmiş, tahmin edilen yaygınlığın çok daha yüksek olabileceği ifade edilmiştir (Allison ve ark., 2006). Colles, Dixon ve O'Brien, (2008) bariatrik cerrahi ameliyatlarından sonra gece yeme sendromu ve tıknırcasına yeme davranışının gelişme olasılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Görüldüğü üzere GYS hakkında farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu çalışmada da kilo geri alımı yaşayanlarda, almayanlara göre gece yemenin bir konu olduğu ortaya konmuştur. Ancak GYS tanımında yer alan “günlük besin miktarının %25’ini veya fazlasını tüketme” şartı, ameliyatın fizyolojisinden dolayı mümkün olamıyor olabilir. Uzun vadeli bir araştırmada, mide restriksiyonu, ilk döneme göre azaldığında bu noktaya tekrar bakılması doğru olacaktır.

*3. Hipotez: Duygusal yeme bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımının anlamlı bir yordayıcısıdır.*

Araştırmada duygusal yeme'nin bariatrik ameliyatlar sonrasında görülen kilo geri alımını yordadığı görülmüştür. Hiyerarşik regresyon analizinde duygusal yeme 4. adımda eklenmiştir ve o seviyede toplam puanının modele ve modeldeki değişime katkısı anlamlı bulunmuştur. Ardından 5. adımda gece yeme eklendikten sonra dahi duygusal beslenme anlamlı olmaya devam etmiştir.

Alanyazında duygusal yeme ve obezite ilişkili araştırmalara ek olarak duygusal yeme ve bariatrik cerrahi üzerine gerçekleştirilmiş araştırmalar da bulunmaktadır. Manzoni ve ark. (2009) 60 duygusal yeme problemi olan obez kadın hasta üzerinde yaptıkları araştırmalarda, obez bireylerin sıklıkla duygusal yeme sorununa sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma kapsamında 12 haftalık müdahale programının obez bireylerde duygusal yeme epizodlarının azalmasını sağladığı ifade edilmiştir. Bariatrik cerrahi tedavisi olmuş hastaların değerlendirildiği çalışmalarında Guerdjikova ve ark. (2007) 178 hastanın %38.7'sinde duygusal yeme probleminin olduğunu bildirmektedir. Çalışma kapsamında hastalar ameliyat öncesi ve sonrasında değerlendirilmişler duygusal yeme davranışının ameliyat öncesi ve sonrasında fark göstermediği ifade edilmiştir. Ancak araştırmacılar daha uzun süreli izlemler yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ameliyat öncesi duygusal durumlar ve yeme ilişkisini değerlendirildiği bir çalışmada da 122 kadın hasta değerlendirilmiş, sıkılmış,

depresif, kaygılı, kızgın ve yorgun hissetmenin obez kadın hastalarda duygusal yeme dönemlerine eşlik eden başlıca duygular olduğu ifade edilmiştir (Walfish, 2004).

Eddins (2009) 189 gastrik bypass ameliyatı hastası ile yaptığı çalışmada, duygusal yeme ile uzun dönemli kilo kaybı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma sonucunda duygusal yemenin hem uzun dönemli kilo kaybı ile hem de uzun dönemli kilo geri alımı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Duygusal yeme, uzun dönemli kilo kaybının % 3'ünü açıklarken, kilo geri alımının ise % 5'ini açıklamaktadır.

Bu çalışmada bulunan sonuç, mevcut alanyazı ile paraleldir. Duygusal beslenme bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımını yordamaktadır.

*4. Hipotez: Yeme endişesi bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımının anlamlı bir yordayıcısıdır.*

Araştırmada Yeme Bozuklukları Ölçeği'nin alt boyutu olan yeme endişesinin bariatrik ameliyatlarında ardında görülen kilo geri alımını yordamadığı görülmüştür.

Yeme endişesi soruları, Yeme Bozukluğu Ölçeği'nin bir alt boyutudur ve tıknırcasına yemek yeme ile yemek yeme ile ilgili kontrol kaybı konuları hakkındadır. Tıknırcasına yeme sendromunda bir oturuşta çok büyük miktarda yemek yeme görülmektedir, binlerle ölçülen kalori değeri olan yemek yenebilir. Bariatrik ameliyatların restriksiyon özelliğinden dolayı, ameliyat öncesi tıknırcasına yeme hastalığı olan bir hasta için, ameliyattan sonra bir oturuşta fazla miktar yemek yemesi çok zor hatta imkansızdır. Ameliyat sonrası için tıknırcasına yeme sendromunun tanımının güncellenmesi halen devam eden bir tartışma konusudur. Post operatif dönemde kontrol kaybı ile az kilo verme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca kontrol kaybı ile yeme'nin mevcudiyeti depresyon için de öngürücü olabilmektedir (Conceição et al., 2014; Meany et al., 2014; Sevinçer et al., 2014)

5. *Hipotez: Depresyon bariatrik ameliyat sonrası kilo geri alımının anlamlı bir yordayıcısıdır.*

Araştırmada depresyonun bariatrik ameliyatlarında ardında görülen kilo geri alımını yordamadığı görülmüştür. Ancak verilerle ilk yapılan betimsel istatistiklerde, depresyonun toplam puanı 30'un üstünde çıkarak grubun genel olarak depresyon seviyesinin “yüksek düzey” olduğu görülmüştür (Beck et al., 1961; Hall et al., 2012) Korelasyon analizinde de kilo geri alımı yaşayanda, yaşamayanlara göre depresyon anlamlı olarak fazla çıkmıştır.

Depresyon düzeyinin kilo geri alımı ile ilişkisi değerlendirildiğinde net bir açıklama yapmak zor olsa da bu iki değişkenin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Her iki parametre birbirini karşılıklı olarak etkileyebilmektedir. Ameliyat öncesi depresyon düzeyinin ameliyat sonrası kilo kaybının önemli bir yordayıcısı olduğu bildirilmektedir (Averbukh ve ark.; 2003). Odom ve ark. (2010) depresyon skoru arttıkça kişinin kilo geri alım riskinin arttığını ifade etmiştir. McGuire, Wing, Klem, Lang ve Hill (1999) yüksek depresyon düzeyinin, kilo geri alımında önemli bir risk faktörü oluşturduğunu ifade etmektedir. Yine Keck ve McElroy, (2003) bipolar bozukluk hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri meta analiz çalışmalarında 45 farklı çalışmayı incelemişler ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin normal bireylerden daha fazla obezite ve kilo geri alımı konusunda risk grubunda oldukları, tekrarlayan depresif epizodların ve ilaç tedavisinin kilo geri alımını hızlandırdığını ifade etmişlerdir.

#### **4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bariatrik ameliyatlar ülkemizde 2000'li yıllardan itibaren yapılmaya başlanmıştır. Önceleri devlet hastanelerinde bir veya iki doktor tarafından yapılırken son birkaç senedir özel hastanelerin de devreye girmesiyle yaygınlaşmaya başlamıştır. Araştırma için ameliyat olmuş hasta verilerine ulaşmak istendiğinde malesef devlet hastanelerindeki eski kayıtlara ulaşmak mümkün olmamıştır. Hastaların iletişim bilgilerinin eksik veya geçersiz olduğu görülmüştür. Bunun üzerine uzun süredir bariatrik ameliyatları gerçekleştiren cerrahlara ulaşmaya

çalışılmış ancak onlar da hastalarına uzun vadeli ameliyat sonuçlarını sorma konusunda olumsuz cevap vermişlerdir. Bunun üzerine internet ortamında, sosyal medya aracılığıyla hastalara ulaşılmıştır. Bunun neticesinde, Türkiye geneline yayılmış, çok farklı demografik özelliklere sahip hastaların verilerine ulaşılmıştır. Randomizasyon açısından uygun olsa da daha dar çerçeveli, spesifik özellikleri olan hasta grupların incelenmesi, bariatrik ameliyatların sonuçlarının incelenmesi açısından daha verimli olabilir (örneğin, cinsiyete, yaş, ameliyat tipi, bireyin karakter özellikleri, ameliyat olunan kurum – devlet, özel hastanelerde alınan hizmet açısından, vb). Ayrıca bu araştırma betimseldir, boylamsal değildir

### 4.3. ÖNERİLER

Obezitenin Dünya Sağlık Örgütü tarafından epidemik bir hastalık olarak kabul edilmesiyle birlikte; obezite tedavisiyle ilgili çalışmalar ve araştırmalar ciddi oranda artmıştır. Obezite tedavisinde iki önemli epizod vardır; birincisi fazla kiloları verme dönemi, ikincisi ise verilen kiloları koruma dönemidir.

Çok sayıda farklı tedavi şekillerinin olması bize, belirli bir tedavinin veya tedavi kombinasyonunun sorunun çözümü için yeterli olmayacağını göstermektedir. Halen morbid obezite hastaları için altın standart kabul edilen gastrik bypass ameliyatlarının ardından dahi %30-%40'lara varan kilo geri alımlar görülmektedir. Bu kilo geri alım yüzdelerinin bireysel olarak hastalar üzerinde olumsuz etki yapmasının yanı sıra, ülkelerin sağlık harcamalara, obezite hastalığının ülke ekonomisine mali yükü açısından da olumsuz sonuçları vardır. Bu nedenle, obezite tedavisinde kısa vadeli çözümler yerine, uzun vadeli planlamalar yapılmalı, bariatrik cerrahinin neticesinde verilen fazla kiloların kalıcı olabilmesi için, farklı branşların bir arada çalıştığı multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Halen bariatrik ameliyatlar cerrahların tekelindedir, özel kurumlarda ameliyat yapan bazı doktorlar kendi multidisipliner ekiplerini kurarak hastalarına uzun dönem destek olmaktadır. Ancak devlet hastanelerinde, Sağlık Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında ameliyat olan hastalar, gerek ameliyat öncesi, gerekse ameliyat sonrası yeterli bilgilere sahip olamamaktadırlar. Sosyal medya ortamlarında yardım, destek arayışı içine girmektedirler. Araştırma neticesinde bulunan sonuçlara ve veri toplama sürecinde,

hastalarla paylaşılan iletişim kanallarına gelen soru ve istekler ışığında aşağıdaki konular ve aksiyonlar önerilmektedir:

- Bariatrik ameliyatların hangi hastalar için uygun olduğu, ameliyat kriterleri, riskleri ve olası sonuçları çok net ve detaylı paylaşılmalıdır. Bu ameliyatların “sihirli değnek” olmadıklarının altı mutlaka çizilmelidir. Başarı ve kilo geri alım kriterleri net olmalıdır.
- Denetleme mekanizması iyi çalışmalı, özellikle münferit çalışan özel cerrahların hasta seçim kriterleri ve ameliyat sonrası takipleri standartlaştırılmalıdır.
- Ameliyat için hasta seçiminde sadece fazla kilolara bakılmamalı, psikolojik değerlendirme mutlaka yapılmalı ve bu değerlendirme sadece mulakat şeklinde kalmadan mutlaka, bu ameliyatlar için onaylanmış ölçeklerle desteklenmelidir. Ameliyat onayı için sınırlar belirlenmeli ve bu sınırlara da uyulmalıdır. Malesef özel kurumlarda yapılan ameliyatlarda psikolojik değerlendirme çoğu zaman yapılmamaktadır.
- Bariatrik ameliyatların uzun vadeli, kalıcı başarısı için hastalara sadece beslenme listeleri paylaşılması kafi gelmemektedir. Gerçekçi hedefler belirlenerek, bu hedeflere ulaşmak için yardımcı olacak ek araçlar, yöntemler, davranışların önemi vurgulanarak öğretilmelidir (periyodik kontrollerin yapılması, bireyin kendini izleme yöntemleri – tartılma, alınan besin takibi, vs - destek gruplarına dahil olma, gereken durumlarda psikoterapi desteği, vb)
- Ameliyat sonrası periodik kontroller yapılırken, bunların sadece biomedikal ölçümlerle sınırlı kalmayıp, psikolojik değerlendirmelerle de desteklenmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre de bariatrik ameliyat olmuş hastaların çoğunda depresyon oranı yüksek çıkmıştır. Değerlendirmelerin sonucuna göre farklı tedaviler önerilmelidir.

Bu konuyla ilgili çalışan uzmanlara klinik uygulama ve araştırma alanları hakkında aşağıdakiler önerilebilir:

- Klinik uygulamalarla ilgili öneriler:

- Bariatrik cerrahi öncesi yapılacak değerlendirmede davranışsal patternler ve uygulamalar tespit edilmelidir.
- Psikolojik değerlendirme, mümkünse ölçme araçlarıyla beraber yapılmalıdır. Herhangi bir psikopatolojinin yüksek çıkan değeri hasta ve cerrah ile paylaşarak tedavi imkanı sağlanmalıdır. Ameliyata engel bir durum varsa mutlaka belirtilmelidir (madde bağımlılığı, psikotik hastalık, vs)
- Gelişimsel ve tıbbi öykü alınmalı, çocukluk çağı travmaları varsa obeziteye etkisi olup olmadığı tespit edilmelidir.
- Bariatrik cerrahi hakkında bilgi ve anlayış düzeyi araştırılmalı, eksik varsa tamamlanmalıdır.
- Ameliyat öncesini ve sonrasını kapsayan boylamsal araştırmalar, uzun süreli izleme çalışmaları yapılmalıdır.
- Sektörel konsensus ve ortak tanımlamalarda uzlaşma sağlanması, çalışma sonuçlarının karşılaştırılması ve “en iyi uygulamaların” belirlenmesi açısından önemlidir.

Sonuç olarak, bariatrik ameliyatlar sonrasında görülebilen kilo geri alım sürecinin ve nedenlerinin araştırılmaya devam edilmesi, özellikle uzun bir süreye yayılan ve yakın hasta takibini içeren boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKÇA

- Ahmadi, S. M., Keshavarzi, S., Mostafavi, S., & Lankarani, K. B. (2014). Depression and Obesity / Overweight Association in Elderly Women : a Community-Based Case-Control Study.
- Akiş, N., Pala, K., İrgil, E., Aydın, N., Aksu, H., Üniversitesi, U., ... Dalı, A. (2003). Bursa İli Orhangazi İlçesi 6 Merkez İlköğretim Okulunda 6-14 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite, *29*(3), 17–20.
- Akalın A, Erol A, & Yazıcı F. (2001) Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler, *Türkiye’de Psikiyatri*, 3;88-93.
- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome-a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, *23*(5), 469–480. <http://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x>
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(12), 2874–83. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.007>
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O’Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., ... Stunkard, A. J. (2010). Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(3), 241–247. <http://doi.org/10.1002/eat.20693>
- Allison, K. C., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Gibbons, L. M., ... Williams, N. N. (2006). Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *2*(2), 153–158. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2006.03.014>
- Altunkaynak, B. Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: Nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, *13*(4), 138–142.
- Alvarez, V., Carrasco, F., Cuevas, A., Valenzuela, B., Munoz, G., Ghiardo, D., Burr,

- M. Lehmann, Y., Leiva, M., Berry, M., Maluenda, F. (2015). Mechanism of long-term weight regain in patients undergoing sleeve gastrectomy. *Nutrition* 1-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2015.08.023>.
- Amednews. (2013). What's next now that the AMA has declared obesity a disease? *Amednews*, p. 130709952/1. Retrieved from <http://www.amednews.com/article/20130701/house/130709952/1/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington.  
<http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Ashmore, J. a., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., & Musante, G. J. (2008). Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, 9(2), 203–209. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.09.006>
- Asil, E., Surucuoglu, M. S., Cakiroglu, F. P., & Ucar, A. (2014). Factors That Affect Body Mass Index of Adults. *Pakistan Journal of Nutrition*, 13(5), 255–260.
- Atasoy, N., Saraçlı, Ö., Konuk, N., Ankaralı, H., Güriz, S. O., Akdemir, A., Atik, L. (2014). Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 238–247. doi:10.5455/apd.39829
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J.-P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37–44.e2. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Averbukh, Y., Heshka, S., El-Shoreya, H., Flancbaum, L., Geliebter, A., Kamel, S., ... Laferrère, B. (2003). Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery*, 13(6), 833–6. <http://doi.org/10.1381/096089203322618605>
- Babaoğlu, K., & Hatun, Ş. (2002). Çocukluk Çağında Obezite. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(1), 8–10.
- Babayiğit, Z., Alçalar, N., & Bahadır, G. (2013). Investigation of Psychopathology

- and Cognitive Aspects of Binge Eating Disorder in Obese Women. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(4), 1077–1087. <http://doi.org/10.5336/medsci.2012-32456>
- Balciođlu, İ., & Başer, S. Z. (2008). Obezitenin Psikiyatrik Yönü. *İ.Ü. Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, (62), 341–348.
- Banlı, O., Altun, H., Karakoyun, R., Özdoğan, H., Kahveci, K., & Çakmak, B. (2009). Obezite tedavisinde laparoskopik gastrik bant yerle ř tirilmesi sonuçları : İlk 100 olgu. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 25(1), 11–14.
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., dos Santos, E. A., Vasconcelos, S. M. L., & Santos, E. A. Dos. (2013). Determinants of weight regain after bariatric surgery. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva : ABCD = Brazilian Archives of Digestive Surgery*, 26 Suppl 1(Suplemento 1), 26–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24463895>
- Baştürk, S. (2015). *Sleeve gastrektomi'nin orta ve uzun dönem sonuçları, obeziteye eşlik eden komorbiditelere etkileri*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi : Denizli
- Batsis, J., Lopez-Jimenez, F., Collazo-Clavell, M.L, Clark, M.M., Somers, V.K., Sarr, M.G. Quality of Life after Bariatric Surgery: A Population-based Cohort Study. (2009) *The American Journal of Medicine*. <http://doi:10.1016/j.amjmed.2009.05.024>.
- Bayraktar, F., Erkman, F., & Kurtuluş, E. (2012). Adaptation Study of Yale Food Addiction Scale, 22, 2012.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 53–63. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bekker, M. H. J., Van De Meerendonk, C., & Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 461–469. <http://doi.org/10.1002/eat.20041>
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60(1), 187–

192. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.023>

Berberoğlu, M. (2008). Adolesanlarda obezite. *İ.Ü. Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, Adolesan S(63)*, 79–80.

Berg, P., & McCallum, R. (2016). Dumping Syndrome: A Review of the Current Concepts of Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Digestive Diseases and Sciences*, *61*(1), 11–18. <http://doi.org/10.1007/s10620-015-3839-x>

Black, D. W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients.

Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(3), 155–165. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00241-0](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00241-0)

Bozan, N. (2009). *Hollanda yeme davranışı anketinin (DEBQ) Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması*. Başkent Üniversitesi.

Bradley, L. E. (2015). *A Remote , Acceptance-Based Intervention for Weight Regain After Bariatric Surgery*. Drexel University.

Brantley, P. J., Stewart, D. W., Myers, V. H., Matthews-Ewald, M. R., Ard, J. D., Coughlin, J. W., ... Stevens, V. J. (2014). Psychosocial predictors of weight regain in the weight loss maintenance trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 1155–1168. <http://doi.org/10.1007/s10865-014-9565-6>

Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fährbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, *292*(14), 1724–1737. <http://doi.org/10.1001/jama.292.14.1724>

Budak, Amanda R. (2014) *Assesing eating behaviors and attitudes towards food to determine predictors of weight loss after gastric bypass surgery*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 75 (1-B (E)).

Byrne, S. M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(5), 1029–1036. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00487-7](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00487-7)

Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural*

*Processes*, 60(2), 157–164. [http://doi.org/10.1016/S0376-6357\(02\)00082-7](http://doi.org/10.1016/S0376-6357(02)00082-7)

- Canetti, L., Berry, E. M., & Elizur, Y. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: the mediating role of emotional eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 109–117. <http://doi.org/10.1002/eat.20592>
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251–257. <http://doi.org/10.2105/AJPH.90.2.251>
- Castelnuovo-Tedesco P, Schievel D. (1975) Studies of super obesity: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med*, 6;465-480.
- Cengiz, Y., Gönenli Toker, S., Karamustafalıoğlu, Oğuz, K., Bakım, B., & Özçelik, B. (2011). Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Gece Yeme Sendromunun Yaygınlığı ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. *New/Yeni Symposium Journal*, 49(2), 83–89.
- Chang, S.-H., Stoll, C. R. T., Song, J., Varela, E., Eagon, C. J., & Colditz, G. (2014). Bariatric surgery: an updated systematic review and meta analysis, 2003–2012. *JAMA Surgery*, 149(3), 275–287. <http://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.3654>. Bariatric
- Christou, N. V., Look, D., & MacLean, L. D. (2006). Weight Gain After Short- and Long-Limb Gastric Bypass in Patients Followed for Longer Than 10 Years. *Annals of Surgery*, 244(5), 734–740. <http://doi.org/10.1097/01.sla.0000217592.04061.d5>
- Citromea, L., & Vreelandb, B. (2009). Obesity and Mental Illness. In J. Thakore & B. E. Leonard (Eds.), *Metabolic Effects of Psychotropic Drugs* (Vol. 26, pp. 25–46). Basel: KARGER. <http://doi.org/10.1159/000189773>
- Ciubara, A., Burlea, L. S., Burlea, M., & Untu, I. (2014). Obesity – depression interrelation in children and adolescent. *REVISTA ROMÂNĂ DE PEDIATRIE*, LXIII(4), 375–379.
- Colles, S. L., & Dixon, J. B. (2006). Night Eating Syndrome: Impact on Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 16(7), 811–820.

<http://doi.org/10.1381/096089206777822160>

- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity, 16*(3), 615–22. <http://doi.org/10.1038/oby.2007.101>
- Conason, A. H., & Houtz, J. C. (2014). Eating Disturbances In Bariatric Surgery Patients : Relation To Postoperative Outcomes BA , Tufts University , 2007 MA , Teachers College , Columbia University , 2008 Mentor Merle A . Keitel , PhD Readers Dissertation Submitted In Partial Fulfillment Of T.
- Conceição, E., Mitchell, J. E., Vaz, A. R., Bastos, A. P., Ramalho, S., Silva, C., ... Machado, P. P. P. (2014). The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eating Behaviors, 15*(4), 558–562. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.010>
- Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., Lahaise, K., Jorgensen, M., ... Wonderlich, S. a. (2013). Eating disorders after bariatric surgery: a case series. *The International Journal of Eating Disorders, 46*(3), 274–9. <http://doi.org/10.1002/eat.22074>
- Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Machado, P. P. P., Lancaster, K., & Wonderlich, S. A. (2014). What is “grazing”? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. *Surgery for Obesity and Related Diseases : Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery, 10*(5), 973–82. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2014.05.002>
- Covan, R., Wolkov, N.D., Feurer, I.D., Li, R., Williams, B., Kessler, R., & Amubrad, N. (2010) Decreased dopamine availability after bariatric surgery: Preliminary findings. *Brain Reserach (1350)*, 123-3.
- Çakmur, H., & Ardiç, S. (2015). Investigation of obesity and depression in a sample of Turkish elderly adults. *Turkish Journal of Geriatrics, 18*(2), 115–122.
- Dallar, Y., Erdeve Şavaş, Ş., Çakır, İ., & Köstü, M. (2006). Obezite , çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu ? *Gülhane Tıp Dergisi, (48)*, 1–3.

- De Zwaan, M., Marschollek, M., & Allison, K. C. (2015). The Night Eating Syndrome (NES) in Bariatric Surgery Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 426–434. <http://doi.org/10.1002/erv.2405>
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2003). Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *International Journal of Obesity*, 27, 404–409. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.802233>
- Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E., & Hekimsoy, Z. (2005). Obez hastalarda psikopatoloji , aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 84–91.
- Digiorgi, M. (2012). Factors Associated With Long Term Weight Regain After Bariatric Surgery Submitted in partial fulfillment of the Requirements for the degree of Doctor of Philosophy Under the Executive Committee Of the Graduate School of Arts and Sciences COL.
- Dobbs, R., Manyika, J. Woetzel, J. (2014). Overcoming obesity: An initial economic analysis. *McKinsey Global Institute, London*.
- Doll, H. a, Petersen, S. E., & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research*, 8(2), 160–170. <http://doi.org/10.1038/oby.2000.17>
- Dong, C., Sanchez, L. E., & Price, R. A. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity*, 28(6), 790–795. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802626>
- DSM-5 (2015). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı – 5 (E. Koroğlu , Çev. ), HYB Yayıncılık : Ankara
- Eddins, G. (2009). *The Relationship Between Emotional Eating and Long-Term Weight Loss Following Gastric Bypass Surgery*. Walden University.
- Eker, E., & Şahin, M. (2002). Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(7), 246–249.
- Elder, K. A., & Wolfe, B. M. (2007). Bariatric Surgery: A Review of Procedures and Outcomes. *Gastroenterology*, 132(6), 2253–2271. <http://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.03.057>

- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 6(1), 67–85. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x>
- Ercan, S., Dallar, Y. B., Önen, S., & Engiz, O. (2012). Prevalence of obesity and associated risk factors among adolescents in Ankara, Turkey. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 4(4), 204–207. <http://doi.org/10.4274/jcrpe.714>
- Eren, İ., & Erdi, Ö. (2003). Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6, 152–157.
- Fairborn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2011). Eating Disorder Examination, 1–30. doi:10.1037/t03975-000
- Fandiño, J. N., Benchimol, A. K., Fandiño, L. N., Barroso, F. L., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2005). Eating avoidance disorder and Wernicke-Korsakoff syndrome following gastric bypass: An under-diagnosed association. *Obesity Surgery*, 15(8), 1207–1210. <http://doi.org/10.1381/0960892055002266>
- Faria, S. L., De Oliveira Kelly, E., Lins, R. D., & Faria, O. P. (2010). Nutritional management of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20(2), 135–139. <http://doi.org/10.1007/s11695-008-9610-z>
- Felsenreich, D. M., Langer, F. B., Kefurt, R., Panhofer, P., Schermann, M., Beckerhinn, P., ... Prager, G. (2016). Weight loss, weight regain, and conversions to Roux-en-Y gastric bypass: 10-year results of laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2016.02.021>
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(03), 471–481. <http://doi.org/10.1017/S0033291712001511>
- Forbes, L. J. (2013). *Food Addiction: An Overlooked Cause of Persistent Overweight and Obesity*. Saybrook University.



- Foster, G. D., Wadden, T. A., Kendall, P. C., Stunkard, A. J., & Vogt, R. A. (1996). Psychological effects of weight loss and regain: a prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(4), 752–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8803365>
- Frederiksen, P., Jensen, K. E., & Kjaer, S. K. (2014). Sociodemographic factors and risk-taking behaviour during adolescence and obesity among more than 40 000 Danes. *Public Health Nutrition, 17*(1), 162–169. <http://doi.org/10.1017/S1368980012004545>
- Freire, R. H., Borges, M. C., Alvarez-Leite, J. I., & Toulson Davisson Correia, M. I. (2012). Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.), 28*(1), 53–8. <http://doi.org/10.1016/j.nut.2011.01.011>
- Ganley, R. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 8*(3), 343–361. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C](http://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3<343::AID-EAT2260080310>3.0.CO;2-C)
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 45*(5), 657–663. <http://doi.org/10.1002/eat.20957>
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors, 3*(4), 341–347. [http://doi.org/10.1016/S1471-0153\(02\)00100-9](http://doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00100-9)
- Geraci, A. A. (2015). *The Impact Of Psychosocial Outcomes In Long-Term Bariatric Patients*. North Dakota State University.
- Gertler ve Ramsey-Stewart, 1986, *Pre-operative psychiatric assessment of patients presenting for gastric bariatric surgery*. Feb; 56(2):157-61 DOI: 10.1111/j.1445-2197.1986.tb01874.x
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). *The psychology of gastric bypass surgery*. *Obesity Surgery (11)*581-588. DOI: 10.1381/09608920160557057

- Gluck, M. E., Geliebter, a, & Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, 9(4), 264–267. <http://doi.org/10.1038/oby.2001.31>
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 68–78. <http://doi.org/10.1002/erv.892>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55. [http://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](http://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Gradaschi, R., Noli, G., Cornicelli, M., Camerini, G., Scopinaro, N., & Adami, G. F. (2013). Do clinical and behavioural correlates of obese patients seeking bariatric surgery differ from those of individuals involved in conservative weight loss programme? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(SUPPL.1), 34–38. <http://doi.org/10.1111/jhn.12080>
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124–31. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.08.002>
- Guerdjikova, A. I., West-Smith, L., McElroy, S. L., Sonnanstine, T., Stanford, K., & Keck, P. E. (2007). Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 17(8), 1091–1096. <http://doi.org/10.1007/s11695-007-9184-1>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*.
- Hachem, A., & Brennan, L. (2015). *Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review*. *Obesity Surgery*, 395–409. <http://doi.org/10.1007/s11695-015-1940-z>
- Halmi, Long, Stunkard, ve Mason, 1980; *Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients*. *Apr*;137(4):470-2. DOI: 10.1176/ajp.137.4.470

- Hall, B. J., Hood, M. M., Nackers, L. M., Azarbad, L., Ivan, I., & Corsica, J. (2012). Confirmatory Factor Analysis of the Beck Depression Inventory-II in Bariatric Surgery Candidates. *Psychological Assessment*, 25(1), 294–299. <http://doi.org/10.1037/a0030305>
- Hanson, K. L., Sobal, J., & Frongillo, E. a. (2007). Gender and marital status clarify associations between food insecurity and body weight. *The Journal of Nutrition*, 137(6), 1460–1465.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 371–382. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199805\)23:4<371::AID-EAT4>3.0.CO;2-F](http://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199805)23:4<371::AID-EAT4>3.0.CO;2-F)
- Hill, A. J. (2007). Obesity and eating disorders. *Obesity*, 15(5), 1061–1067. <http://doi.org/10.1038/oby.2007.632>
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3–13.
- Hoek, H. W. (2006). Anoreksiya nervoza ve diğer yeme bozukluklarının sıklığı, yaygınlığı ve mortalitesi. *Current Opinion in Psychiatry*, 2(3), 166–173. Retrieved from <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-anoreksiya-nervoza-ve-diger-yeme-bozukluklarinin-sikligi-yayginligi-ve-mortalitesi-46916.html>
- Hoffmann, F., Petermann, F., Glaeske, G., & Bachmann, C. J. (2012). Prevalence and comorbidities of adolescent depression in Germany. An analysis of Health Insurance Data. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 40(6), 399–404. <http://doi.org/10.1024/1422-4917/a000199>
- Hsu, G. L. K., Betancourt, S., & Sullivan, S. P. (1996). Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 23–34. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199601\)19:1<23::AID-EAT4>3.0.CO;2-Y](http://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199601)19:1<23::AID-EAT4>3.0.CO;2-Y)
- Hsu, L. K., Benotti, P. N., Dwyer, J., Roberts, S. B., Saltzman, E., Shikora, S., ... Rand, W. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 338–46. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9625222>

- Hughes, J. R. (1984). Psychological effects of habitual aerobic exercise: a critical review. *Preventive Medicine, 13*(1), 66–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6371779>
- İslamoğlu, Y., Koplay, M., Sunay, S., & Açikel, M. (2008). Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi, 6*(3), 168–174.
- Jacob, J. J., & Isaac, R. (2012). Behavioral therapy for management of obesity. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 16*(1), 28–32. <http://doi.org/10.4103/2230-8210.91180>
- James, W. P. T. (2008). REVIEW WHO recognition of the global obesity epidemic, 120–126. <http://doi.org/10.1038/ijo.2008.247>
- Janghorbani, M., Amini, M., Rezvanian, H., Gouya, M.-M., Delavari, A., Alikhani, S., & Mahdavi, A. (2008). Association of body mass index and abdominal obesity with marital status in adults. *Archives of Iranian Medicine, 11*(3), 274–281. <http://doi.org/08113/AIM.008>
- Johnson, K. C. (2008). *Weight Maintenance Factors after Gastric Bypass Surgery*. Northcentral University.
- John P. O'Reardon, M. D., Kelly C. Allison, P. D., Nicole S. Martino, B. A., Jennifer D. Lundgren, P. D., Moonseong Heo, P. D., & Albert J. Stunkard, M. D. (2006). A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Sertraline in the Treatment of Night Eating Syndrome. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 893–898. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.2006.163.5.893#citart1>
- Johnson, W. G., Rohan, K. J., & Kirk, A. a. (2002). Prevalence and correlates of binge eating in white and African American adolescents. *Eating Behaviors, 3*(2), 179–189. [http://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00057-5](http://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00057-5)
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E., & LaMarca, L. B. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery, 12*(2), 270–275. <http://doi.org/10.1381/096089202762552494>
- Karagöl, A., Özçürümez, G., Taşkıntuna, N., & Nar, A. (2014). Association of body mass index with depression and alexithymia. *Anatolian Journal of Psychiatry,*

15, 207–213. <http://doi.org/10.5455/apd.37209>

- Katzman, M. A., Wolchik, S. A., & Braver, S. L. (1984). The prevalence of frequent binge eating and bulimia in a nonclinical college sample. *International Journal of Eating Disorders*, 3(3), 53–62.
- Kayıran, P. G., Taymaz, T., Kayıran, S. M., Memioğlu, N., Taymaz, B., & Gürakan, B. (2011). Türkiye ' nin üç farklı bölgesinde ilköğretim okulu öğrencilerinde kilo fazlalığı , obezite ve boy kısalığı sıklığı. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(1), 13–18.
- Keck, P. E., & McElroy, S. L. (2003). Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy-associated weight gain. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1426–35. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14728103>
- Keel, P. K., Heatherton, T. F., Dorer, D. J., Joiner, T. E., & Zalta, A. K. (2006). Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychological Medicine*, 36(1), 119–127. <http://doi.org/10.1017/S0033291705006148>
- Kivimäki, M., Lawlor, D. a, Singh-Manoux, A., Batty, G. D., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., ... Jokela, M. (2009). Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 339, 1–8. <http://doi.org/10.1136/bmj.b3765>
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an Internet survey. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 18(10), 1938–1943. <http://doi.org/10.1038/oby.2010.27>
- Kofman, Michele D. (2009). Disordered eating, meal patterns, and weight outcomes following bariatric surgery. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 69 (7-B).
- Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473–479. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>
- Korenkov, M., Sauerland, S., & Junginger, T. (2005). Obezite cerrahisi. *Current*

*Opinion in Gastroenterology*, (21), 679–683.

- Kruseman, M., Leimgruber, A., Zumbach, F., & Golay, A. (2010). Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(4), 527–534. <http://doi.org/10.1016/j.jada.2009.12.028>
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., & Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 129–35. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01759.x>
- Kuzmak. (1991). A Review of Seven Gastric Banding Years ' Experience with Silicone. *Obesity Surgery*, (1), 403–408. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=A Review of Seven Gastric Banding Years ' Experience with Silicone](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=A+Review+of+Seven+Gastric+Banding+Years+'Experience+with+Silicone)
- Kuzu Okur, H., Karip, A. B., Aras, O., Taşdelen, İ., Altun, H., & Memişoğlu, K. (2014). Obezite cerrahisi uygulanan kadın hastaların solunum fonksiyon değişiklikleri. *Marmara Medical Journal*, (27), 32–35. <http://doi.org/10.5472/MMJ.2013.03256.1>
- Küçükgöncü, S., & Beştepe, E. (2014). Night Eating Syndrome in Major Depression and Anxiety Disorders. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 51(4), 368–375. <http://doi.org/10.5152/npa.2014.7204>
- Larsen F, 1990; *Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 359, 1-57
- Latner, J. D., Ciao, A. C., Wendicke, A. U., Murakami, J. M., & Durso, L. E. (2013). Community-based behavioral weight-loss treatment: Long-term maintenance of weight loss, physiological, and psychological outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 451–459. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.009>
- Latner, J. D., Wilson, G. T., Stunkard, a. J., & Jackson, M. L. (2002). Self-help and long-term behavior therapy for obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 805–812. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00102-4](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00102-4)
- Lauti, M., Kularatna, M., Hill, A. G., & MacCormick, A. D. (2016). Weight Regain Following Sleeve Gastrectomy - a Systematic Review. *Obesity Surgery*, 1–9.

<http://doi.org/10.1007/s11695-016-2152-x>

- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. a., Dutson, E., Mehran, A., ... Gibbons, M. M. (2011). Patient behaviors associated with weight regain after laparoscopic gastric bypass. *Obesity Research & Clinical Practice*, 5(3), e258–e265. <http://doi.org/10.1016/j.orcp.2011.03.004>
- Lundgren, J. D., Allison, K. C., Crow, S., O'Reardon, J. P., Berg, K. C., Galbraith, J., ... Stunkard, A. J. (2006). Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 156–158. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.156>
- Lundgren, J. D., Rempfer, M. V., Brown, C. E., Goetz, J., & 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. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.027>
- Macey, S. (2013). *Dietary Protocol Adherence after Bariatric Surgery : The Roles of Future Optimism and Positive Spiritual Coping*. Northcentral University.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Maggard, M. a, Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H. J., Livingston, E. H., ... Rhodes, S. (2005). Clinical Guidelines Meta-Analysis : Surgical Treatment of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), 542–558.
- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B. C., Callejas, F., & Pareja, J. C. (2008). Long-term Weight Regain after Gastric Bypass: A 5-year Prospective Study. *Obesity Surgery*, 18(6), 648–651. <http://doi.org/10.1007/s11695-007-9265-1>
- Maner, F., Aydın, A. (2007). Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. *Düşünen Adam*, 20 (1): 25-37.
- Maner, F., Aydın, A. (2008). Yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı tedavi, *RCHP Psikiyatride Derlemeler, Olgular, ve Varsayımlar*.
- Maner, D. F. (2001). *Yeme Bozuklukları*.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women

- with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1427–32. <http://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.004>
- Marshall, H. M., Allison, K. C., O'Reardon, J. P., Birketvedt, G., & Stunkard, A. J. (2004). Night Eating Syndrome among Nonobese Persons. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 217–222. <http://doi.org/10.1002/eat.10241>
- McGuire, M. T., Wing, R. R., Klem, M. L., Lang, W., & Hill, J. O. (1999). What predicts weight regain in a group of successful weight losers? . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 177–185. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.282>
- Meany, G., Conceição, E., & Mitchell, J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 87–91. <http://doi.org/10.1002/erv.2273>
- Mihmanlı, M., & Işıl, R. G. (2015). Güvenli Laparoskopik Sleeve Gastrektomi. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 8(3), 26–32. Retrieved from <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-guvenli-laparoskopik-sleeve-gastrektomi-72841.html>
- Morseth, M. S., Hanvold, S. E., Rø, Risstad, H., Mala, T., Benth, J. Š., ... Henjum, S. (2016). Self-Reported Eating Disorder Symptoms Before and After Gastric Bypass and Duodenal Switch for Super Obesity—a 5-Year Follow-Up Study. *Obesity Surgery*, 26(3), 588–594. <http://doi.org/10.1007/s11695-015-1790-8>
- Müller, A., Mitchell, J. E., Sondag, C., & De Zwaan, M. (2013). Psychiatric aspects of bariatric surgery topical collection on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(10). <http://doi.org/10.1007/s11920-013-0397-9>
- Napolitano, M. a., Head, S., Babyak, M. a., & Blumenthal, J. a. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: Psychological and behavioral characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 193–203. <http://doi.org/10.1002/eat.1072>
- Natvik, E., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Totally changed, yet still the same: patients' lived experiences 5 years beyond bariatric surgery. *Qualitative Health*



- Research*, 23(9), 1202–14. <http://doi.org/10.1177/1049732313501888>
- Nedelcu, M., Khwaja, H. A., & Rogula, T. G. (2016). Weight regain after bariatric surgery—how should it be defined? *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1–2. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2016.04.028>
- Nicolau, J., Ayala, L., Rivera, R., Speranskaya, A., Sanch??s, P., Julian, X., ... Masmiquel, L. (2015). Postoperative grazing as a risk factor for negative outcomes after bariatric surgery. *Eating Behaviors*, 18, 147–150. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.008>
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Chou, C. P., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 9(2), 238–246. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.09.001>
- Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., ... McCullough, P. A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20(3), 349–356. <http://doi.org/10.1007/s11695-009-9895-6>
- Ogden, J., Avenell, S., & Ellis, G. (2011). Negotiating control: patients' experiences of unsuccessful weight-loss surgery. *Psychology & Health*, 26(7), 949–64. <http://doi.org/10.1080/08870446.2010.514608>
- Ogden, J., Clementi, C., & Aylwin, S. (2006). The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. *Psychology & Health*, 21(2), 273–293. <http://doi.org/10.1080/14768320500129064>
- Ogden, J. (2005). Obesity managenet and the paradox of control. *Proquest Central*, 18,4, 224.
- Ohsiek, S., & Williams, M. (2011). Psychological factors influencing weight loss maintenance: An integrative literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(11), 592–601. <http://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00647.x>
- Oyekcin, D., & Deveci, A. (2012). Etiology of Food Addiction. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 138. <http://doi.org/10.5455/cap.20120409>
- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C.G., & Eaton, W. W. (2003). Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*,

158(12), 1139–1147. <http://doi.org/10.1093/aje/kwg275>

Orhan, F. Ö., & Tuncel, D. (2009). Gece Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 132–154. Retrieved from <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076423>

Öğünç, G. (2012). Laparoskopik Sleeve Gastrektomi: Kilo Kaybı ve Metabolik Etkinlik. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 5(2), 17–24. Retrieved from <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-laparoskopik-sleeve-gastrektomi-kilo-kaybi-ve-metabolik-etkinlik-63437.html>

Özdel, O., Sözeri-Varma, G., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoglu, N., & Ateşçi, F. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 14, 210–217. *Klinik Psikiyatri*, (14), 210–217. Retrieved from <papers3://publication/uuid/AEF7965D-E96C-48D1-A7E2-1BD469D927D0>

Öztürk, A., & Aktürk, S. (2011). İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı Ve İlişkili Risk Faktörleri.Pdf. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(1), 53–60.

Palleja, A., Kashani, A., Allin, K. H., Nielsen, T., Zhang, C., Li, Y., ... Arumugam, M. (2016). Roux-en-Y gastric bypass surgery of morbidly obese patients induces swift and persistent changes of the individual gut microbiota. *Genome Medicine*, 1–13. <http://doi.org/10.1186/s13073-016-0312-1>

Patterson ve ark. (2003). A comparison of diet and exercise therapy versus laparoscopic roux-en-y gastric bypass surgery for morbid obesity: A decision analysis model. *Decision analysis of gastric bypass versus diet. American college of surgeons published by Elsevier Science Inc. Vol.196.*

Perlmutter, D. (2013). Grain Brain. Eylül, 2013. Birinci Baskı, Little Brown and Company.

Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P., & Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195–201. <http://doi.org/10.1038/oby.2003.31>

Pınar, R. (2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 30–41.

- Powers, Rosemurgy, Boyd, ve Perez, 1997, *Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction*. *Obes Surg*. 1997 Dec;7(6):471-7. DOI: 10.1381/096089297765555197
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 14(11), 906–918. <http://doi.org/10.1111/obr.12052>
- Qiao, Q., & Nyamdorj, R. (2010). Is the association of type II diabetes with waist circumference or waist-to-hip ratio stronger than that with body mass index? *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(1), 30–34. <http://doi.org/10.1038/ejcn.2009.93>
- Rand, C. S. W., Macgregor, a. M. C., & Stunkard, A. J. (1997). The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 65–69. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199707\)22:1<65::AID-EAT8>3.0.CO;2-0](http://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<65::AID-EAT8>3.0.CO;2-0)
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Lo Sauro, C., Rotella, F., Ravaldi, C., ... Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 245–251. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.04.062>
- Roberts, R. E., & Duong, H. T. (2015). Does major depression affect risk for adolescent obesity? *Journal of Affective Disorders*, 186, 162–167. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.030>
- Rogers, N. L., Dinges, D. F., Allison, K. C., Maislin, G., Martino, N., O'Reardon, J. P., & Stunkard, A. J. (2006). Assessment of sleep in women with night eating syndrome. *Sleep (Rochester)*, 29(6), 814–819. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796220>
- Rush, E., Plank, L., Chandu, V., Lauulu, M., Simmons, D., Swinburn, B., & Yajnik, C. (2004). Body size, body composition, and fat distribution: a comparison of young New Zealand men of European, Pacific Island, and Asian Indian ethnicities. *The New Zealand Medical Journal*, 117(1207), 1–9.

- Saber, A. a, Elgamal, M. H., & McLeod, M. K. (2008). Bariatric surgery: the past, present, and future. *Obesity Surgery*, *18*(1), 121–128. <http://doi.org/10.1007/s11695-007-9308-7>
- Saraçlı Ö., Atasoy N., Akdemir A., Güriz O., Konuk N., Seviçer G.M., Ankaralı H., Atik L., (2014) The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatric out-patient population. *Compr Psychiatry*. 2015 Feb;*57*:79-84. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.11.007. Epub 2014 Nov 20.
- Saris, W. H. (1998). Fit, fat and fat free: the metabolic aspects of weight control. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *22 Suppl 2*, S15–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9778092>
- Sarwer, D. B., Cohn, N. I., Gibbons, L. M., Magee, L., Crerand, C. E., Raper, S. E., ... Wadden, T. a. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, *14*(9), 1148–56. <http://doi.org/10.1381/0960892042386922>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, *13*(4), 639–648. <http://doi.org/10.1038/oby.2005.71>
- Saules, K. K., Ph, D., Greenwald, M., Schmitt, T., & Loverich, T. (2012). Relationships between food reinforcement and eating behaviors to bariatric surgery weight loss and substance abuse outcomes . by Summar Reslan Dissertation Submitted to the Department of Psychology Eastern Michigan University in partial fulfillment of the.
- Saunders, R. (1999). Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obesity Surgery*, *9*(1), 72–76. <http://doi.org/10.1381/096089299765553845>
- Saunders, R. (2004). “Grazing”: A High-Risk Behavior. *Obesity Surgery*, *14*(1), 98–102. <http://doi.org/10.1381/096089204772787374>
- Savaşhan, Ç., Sarı, O., Aydoğan, Ü., & Erdal, M. (2015). Obesity frequency in school children and related risk factors. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *19*(1), 14–21. <http://doi.org/10.15511/tahd.15.01014>
- Segal, A., Kinoshita Kusunoki, D., & Larino, M. A. (2004). Post-surgical refusal to

- eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obesity Surgery*, 14(3), 353–60. <http://doi.org/10.1381/096089204322917882>
- Sevincer, G., Konuk, N., Bozkurt, S., Saraçlı, Ö., & Coşkun, H. (2014). Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(1), 1. <http://doi.org/10.5455/apd.174345>
- Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N., & Bozkurt, S. (2014). Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 6(1), 32–44. <http://doi.org/10.5455/cap.20130522110439>
- Sevinçer, G. M., Konuk, N., İpekçioğlu, D., Crosby, R. D., Cao, L., Coskun, H., & Mitchell, J. E. (2016). Association between depression and eating behaviors among bariatric surgery candidates in a Turkish sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <http://doi.org/10.1007/s40519-016-0296-2>
- Scott, K. M., McGee, M. a., Wells, J. E., & Oakley Browne, M. a. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 97–105. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.006>
- Semiz, M., Kavakcı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kugu, N. (2012). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar •. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 1–9.
- Sevincer, G., & Konuk, N. (2013). Emotional Eating. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171–179. <http://doi.org/10.5455/jmood.20130926052526>
- Sevincer GM, Konuk N, Ipekcioglu D, Crosby RD, Cao L, Coskun H, Mitchell JE Relationship Between Depression and Eating Behaviors Among Bariatric Surgery Candidates: A Turkish Sample. *Eat and Weight Disord*. 2016 DOI: 10.1007/s40519-016-0296-2
- Sevincer, G., Konuk, N., Bozkurt, S., & Co, H. (2016). Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year : Prospective observational study, 244, 159–164. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.022>
- Shekelle, P. G., Morton, S. C., Maglione, M., Suttorp, M., Tu, W., Li, Z., ... Solomon, V. (2004). Pharmacological and surgical treatment of obesity.

*Evidence Report/technology Assessment (Summary)*, (103), 1–6.

- Shiri, S., Gurevich, T., Feintuch, U., & Beglaibter, N. (2007). Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 17(5), 663–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17658027>
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Operskalski, B. H., Ichikawa, L., Rohde, P., ... Jeffery, R. W. (2008). Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 32–39. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.09.001>
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., ... Carlsson, L. M. S. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 741–752. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa066254>
- Sjöström, L., Lindroos, A.-K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., ... Wedel, H. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*, 351(26), 2683–2693. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1407764>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- STD (2014). *Türkiye’de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri*. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı : ANKARA.
- Stewart, K. E., Olbrisch, M. E., & Bean, M. K. (2010). Back on track: Confronting post-surgical weight gain. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 5(2), 179–185. <http://doi.org/10.1089/bar.2010.9920>
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 34 Suppl, S19–29. <http://doi.org/10.1002/eat.10202>
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Wilson, G. T., Perrin, N., Harvey, K., & DeBar, L. (2010). Nocturnal eating: association with binge eating, obesity, and psychological distress. *Int J Eat Disord*, 43(6), 520–6. <http://doi.org/10.1002/eat.20735.Nocturnal>

- Striegel-Moore, R., Pike, K., Wilfley, D., Dohm, F.-A., & Fairburn, C. (2000). Recurrent binge eating in Black American women. *Archives of Family Medicine*, (9), 83–87. Retrieved from <http://digitalcommons.fairfield.edu/education-facultypubs/43>
- Stunkard, A. J., & Allison, K. C. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 27(1), 1–12. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802186>
- Stunkard, A. J., Allison, K. C., Lundgren, J. D., Martino, N. S., Heo, M., Etemad, B., & O'Reardon, J. P. (2006). A paradigm for facilitating pharmacotherapy at a distance: sertraline treatment of the night eating syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1568–72. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/17107248>
- Stunkard, A. J., Grace, W. J., & Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome. *The American Journal of Medicine*, 19(1), 78–86. [http://doi.org/10.1016/0002-9343\(55\)90276-X](http://doi.org/10.1016/0002-9343(55)90276-X)
- Swanson, S. A., Crow, S. J., le Grange, D., Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Tekin, K., & Toydemir, T. (2013). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 86–90. Retrieved from <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-obezenin-cerrahi-tedavisi-64643.html>
- Thompson, C. C., Slattery, J., Bundga, M. E., & Lautz, D. B. (2006). Peroral endoscopic reduction of dilated gastrojejunal anastomosis after Roux-en-Y gastric bypass: a possible new option for patients with weight regain. *Surgical Endoscopy*, 20(11), 1744–8. <http://doi.org/10.1007/s00464-006-0045-0>
- Topham, G. L., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J. M., Page, M. C., Kennedy, T. S., Shriver, L. H., & Harrist, A. W. (2011). Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child

emotional eating. *Appetite*, 56(2), 261–264.  
<http://doi.org/10.1016/j.appet.2011.01.007>

Topuz, C., Baturay, F., Çakırgöz, M., & Ersoy, A. (2014). Bariatric Surgery and Anaesthesia. *The Medical Journal of Okmeydani Training and Research Hospital*, 30(Supplement 1), 56–59. <http://doi.org/10.5222/otd.suppl.2014.056>

Tucker, J. A., Samo, J. A., Rand, C. S. W., & Woodward, E. R. (1991). Behavioral interventions to promote adaptive eating behavior and lifestyle changes following surgery for obesity: Results of a two- year outcome evaluation. ... *Journal of Eating ...*, 10(6), 689–698. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199111\)10:6<689::AID-EAT2260100607>3.0.CO;2-6](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199111)10:6<689::AID-EAT2260100607>3.0.CO;2-6)

Turan, S., Aksoy Poyraz, C., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 9(1), 1. <http://doi.org/10.5455/cap.20150213091928>

Turunç, S. (2014). Obezite Vergisi: Sıkı maliye politikasının bir aracı olabilir mi?, *T.C. Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Başkanlığı*, <http://www.abmaliye.gov.tr/ABDID%20Raporlar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rma%20ve%20%C4%B0nceleme%20Serisi/Obezite%20Vergisi.pdf>.

Türkçapar, M. (2009). Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: depresyon. Retrieved from <https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&q=Klinik+Uygulamada+Bili%C5%9Fsel+Davran%C4%B1%C5%9F%C3%A7%C4%B1+Terapi%3A+Depresyon&btnG=&lr=#0>

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2014). *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu* (1st ed.). Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.

Tzotzas, T., Vlahavas, G., Papadopoulou, Sousana K. 2, E. K., Kaklamanou, D., & Hassapidou, M. (2010). Marital status and educational level associated to obesity in Greek adults: data from the National Epidemiological Survey. *Bio Med. Central Public Health*, 10(732), 1–8. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-732>

Villanueva, J. A. . (2012). *The Understanding and Treatment of Obesity from a Contemporary Psychodynamic Perspective*. The Chicago School of Professional



Psychology.

- Warholm, C. Ve ark. (2014). The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. *Citation: Int. J. Qualitative Stud. Health Well-being* 9: 22876-  
<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.22876>.
- Uskun, E., Öztürk, M., Kişioğlu, A. N., Kırbıyık, S., & Demirel, R. (2005). İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *S.D.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2), 19–25.
- Vahip, S. (1999). Araştırmalardan Klinik Uygulamaya Bipolar Depresyon Tedavisi \*. *Klinik Psikofarmakoloji Bülten*, 9(4), 216–221.
- Vardar, E., & Erzenin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205–212. Retrieved from <papers3://publication/uuid/531D2FD3-9F24-4E3C-8FBE-378409A918A4>
- Walfish, S. (2004). Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. *Obesity Surgery*, 14(10), 1402–1405. <http://doi.org/10.1381/0960892042583897>
- Waller, G., & Matoba, M. (1999). Emotional eating and eating psychopathology in nonclinical groups : A cross-cultural comparison of women in Japan and the United Kingdom Emotional Eating and Eating Psychopathology in Nonclinical Groups : A Cross-Cultural Comparison of Women in Japan and. *International Journal of Eating Disorders*, (DECEMBER), 333–340. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199911\)26:33.0.CO](http://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199911)26:33.0.CO)
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), 39–46. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2004.02.001>
- Werrij, M. Q., Mulkens, S., Hospers, H., & Jansen, A. (2006). *Overweight and obesity: The significance of a depressed mood*. *Patient Education and Counseling*, 62, 126–131. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.016>

- Westerveld, D., & Yang, D. (2016). Through Thick and Thin : Identifying Barriers to Bariatric Surgery , Weight Loss Maintenance , and Tailoring Obesity Treatment for the Future, 2016. <http://doi.org/10.1155/2016/8616581>
- World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). Body Mass Index Classification  
[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) adresinden edinilmiştir.
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21, 323–41. <http://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.323>
- Wyzant. (n.d.). No Title. Retrieved from <https://www.wyzant.com/resources/lessons/english/etymology/words-mod-bariatrics>
- Yetkin, İ., & Çimen, A. R. (2010). Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi (MİSED)*, (24), 68–77.
- Yorgancı, K., & Tırnaksız, M. B. (2007). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38(4), 218–222.
- Yucel, B., Polat, A., İkiz, T., Dusgor, B. P., Yavuz, A. E., & Berk, O. S. (2011). The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 509–511. <http://doi.org/10.1002/erv.1104>
- Zengin, A. K., & Küçük, G. O. (2015). Tek Kesiden Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Deneyimimiz: 16 Olgunun Analizi. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 8(3), 80–84.

## EKLER

### EK-1 (Bilgilendirilmiş Onam Formu)

Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü doktora öğrencisi olarak, ben (Uzman Psikolog Şeniz Ünal), Türkiye’de gerçekleştirilen obezite ameliyatlarının uzun dönem etkilerini araştırıyorum.

Eğer minimum 18 ay önce bir obezite ameliyatı geçirmişseniz, araştırmama katılırsanız çok sevinirim. Ameliyatınızın başarılı veya başarısız olduğunu düşünmeniz önemli değildir. Her türlü cevap çok değerli bilgi sağlayacaktır. Araştırmanın sonuçları, bu ameliyatı olmak isteyenlere ışık tutacaktır. Ayrıca Türkiye'deki durumun yurt dışındaki sonuçlarla karşılaştırılmasına da yardımcı olacaktır.

Araştırmama temel olması için katılımcılara yaklaşık 20-25 dakika süren, dört anket ve bir demografik bilgi formu uyguluyorum. Katılmayı kabul ederseniz, aşağıda yer alan soruları dikkatlice ve mümkün olduğunca kesin bilgilerle doldurmanızı rica ederim.

Araştırma prensipleri şöyledir:

- A) Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilebilirsiniz.
- B) Bu araştırmaya katılmak sizi rahatsız edecek ya da sizi zarar verecek bir duruma maruz bırakmayacaktır.
- C) Araştırma sonunda bilmek istedikleriniz hakkında bilgilendirileceksiniz.
- D) Kimlik bilgileriniz saklı tutulacak; bu araştırmanın dışında bir üçüncü kişi ya da herhangi bir kuruma bildirilmeyecek ve herhangi bir yayında belirtilmeyecektir.
- E) Bu araştırmanın verilerinin psikoloji alanında sunulabilir ya da profesyonel toplantılarda paylaşılabilir.

Araştırma sırasında ve/veya sonrasında soru ya da önerileriniz olursa benimle aşağıdaki adresten irtibata geçebilirsiniz.

Uzm. Psi. Şeniz Ünal ([snzunal@gmail.com](mailto:snzunal@gmail.com))  
Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Klinik Psikoloji Doktora Programı

Ben 18 yaşın üstündeyim. Bilgi formunda ve bu formda bildirilen hususları göz önünde bulundurarak araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının  
imzası:.....  
Tarih:.....

## EK-2 (Sosyodemografik Veri Formu)

Örnek Sorular..

**Bugünün tarihi:**

**Cinsiyet:**  Erkek  Kadın

**Doğum tarihi :** ...../...../.....

**Yaşadığı şehir :**

**Öğrenim durumunuz:**  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Yüksek lisans  Doktora

**Medeni durum:**  Bekar  Evli  Boşanmış  Dul

**Çalışma durumunuz?:**  Çalışıyor  Çalışmıyor  Öğrenci

**Kilo probleminiz kaç yaşında başladı?** .....

**Çocukluk çağınızda taciz veya travma öykünüz var mı?**  Evet  Hayır

**Geçmiş intihar öykünüz var mı?**  Evet  Hayır

**(Kadınlar için) Ameliyat öncesi hamilelik geçirdiniz mi?**  Evet  Hayır

## KİLO VE AMELİYAT BİLGİLERİ

**Ameliyat tarihi:** ..... **Ameliyat olunan şehir:** .....

**Ameliyata karar verme nedenleriniz? (Size uyan tüm seçenekleri işaretleyiniz)**

Sağlık  Estetik kaygı  Son çare olması  Başkasını mutlu etmek için

Diğer:.....

**Ameliyat tipi: (Birden fazla ameliyatınız varsa en sonuncusunu yazınız.**

**Öncekileri anketin ek bilgileri bölümünde detaylı anlatınız)**

Sleeve Gastrektomi (Tüp mide)  Gastric Bypass  Mide bandı  Duodinal Switch  Diğer:

**Hastane tipi:**  Devlet  Özel

**Doktorun adı (İsteğe bağlı):**.....

**Mevcut kilo**.....kg **30) Boy**.....cm

**Ameliyat öncesi kilo:** .....

**Yaşam boyu en fazla kilo:** .....

**Ameliyat sonrası en düşük kilo:** .....

**Ameliyat sonrası kaçınıcı ayda bu kiloya vardınız:** .....

**Hala kilo vermeye devam ediyormusunuz?**  Evet  Hayır

**Kilo verimi kaçınıcı ayda durdu?** .....ayda

**Ameliyattan sonra tekrar kilo alımı kaçınıcı ayda başladı?** .....ayda

**Ameliyat olmadan önce kimlere danıştınız / bilgi aldınız?**

Doktor  Arkadaş  Psikolog  İnternet  Daha önce ameliyat olanlar  Diğer:...

**Ameliyattan sonraki tüm cerrah kontrol zamanlarınızı işaretleyiniz.**

Hiç  1. Ay  3.ay  6.ay  12.ay  18.ay  24.ay  36.ay  48.ay  
 Diğer:.....

**Ameliyattan sonraki diyetisyen kontrolleriniz ne sıklıkta gerçekleşmiştir?**

Hiç  Haftalık  2 haftada 1  Aylık   
Diğer:.....

**Ameliyat öncesinde ya da sonrasında yeni beslenme düzeniyle ilgili bilgilendirildiniz mi?**  Evet  Hayır

**Ameliyattan sonraki psikolog/psikiyatr kontrolleriniz ne sıklıkta gerçekleşmiştir?**

Hiç  Haftalık  Aylık  Diğer:.....

**Ameliyat öncesinde psikolojik muayeneden geçtiniz mi?**  Evet  
 Hayır

**AMELİYAT SONRASINDA HEDEFİNİZE ULAŞMAK İÇİN YAPTIKLARINIZ:**

**Tartılma**

- Günde 1 defa
- Günde birkaç defa
- Haftada birkaç defa
- Ayda birkaç defa

**Egzersiz (Uygun olanları seçiniz.)**

- Yürüyüş Haftada kaç gün:.....
- Koşu Haftada kaç gün: .....
- Kardiyo Haftada kaç gün: .....
- Plates Haftada kaç gün: .....
- Yoga Haftada kaç gün: .....
- Diğer:..... Haftada kaç gün: .....

**Kahvaltı öğününü atladığınız oluyor mu?**  Evet  Hayır

**EK-3 (1. ANKET)**

<b>Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?</b>	<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta derecede</b>	<b>Aşırı</b>
<b>İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?</b>	<b>9.00'dan önce</b>	<b>9.00-12.00 arası</b>	<b>12.00-15.00 arası</b>	<b>15.00-18.00 arası</b>	<b>18.00'dan sonra</b>
<b>Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?</b>	<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta derecede</b>	<b>Aşırı</b>
<b>Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?</b>	<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta derecede</b>	<b>Aşırı</b>
<b>Günlük gıda alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?</b>	<b>0%</b>	<b>%1-%25</b>	<b>%26-%50</b>	<b>%51-%75</b>	<b>%76-%100</b>
<b>Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?</b>	<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Orta derecede</b>	<b>Aşırı</b>
<b>Hüzünlü hissettiğiniz zaman, duygudurumunuz ..... daha çökkün oluyor.</b>	<b>Sabah Erken</b>	<b>Sabah</b>	<b>Öğleden Sonra</b>	<b>Akşamüzeri</b>	<b>Akşam</b>

**EK- 4 (2. ANKET)**

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
<b>Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?</b>					
<b>Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek yemek ister misiniz?</b>					
<b>Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek yemek ister misiniz?</b>					
<b>Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?</b>					
<b>Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?</b>					
<b>Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?</b>					
<b>İstemediğiniz bir şey olduğunda yemek ister misiniz?</b>					
<b>Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?</b>					
<b>Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?</b>					
<b>Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?</b>					
<b>Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?</b>					
<b>Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?</b>					
<b>Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkin olduğunda yemek ister misiniz?</b>					

**EK 5 (3. ANKET)**

Son dört haftanın(28 günün) kaçında...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara(örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı bozduğu oldu?							
Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?							
Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?							
Lütfen bu sorular için ‘tıknırcasına yeme’ teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.							
Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice(örn. saklanarak) yemek yediniz?(Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							
Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkileği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							
Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)							



**EK 6 (4. ANKET)**

**Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 19 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.**

Üzgün ve sıkıntılı değilim.	Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.	Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.	O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.	Gelecek için karamsarım.	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.	Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.	Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.	Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.	Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.	Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.	Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.	Her şeyden sıkılıyorum.
Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.	Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.	Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.	Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
Kendimden memnunum.	Kendimden pek memnun değilim.	Kendime kızgınım.	Kendimden nefrete ediyorum.
Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.	Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.	Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.	Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.	Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.	Kendimi öldürmek isterdim.	Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
İçimden ağlamak geldiği	Zaman zaman içimden ağlamak	Çoğu zaman ağlıyorum.	Eskiden ağlayabilirdim

pek olmuyor.	geliyor.		ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.	Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.	Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.	Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

\* Son olarak eklemek, ayrıntılı yazmak istedikleriniz var ise paylaşınız.

**Sizinle detaylı, yüz yüze bir görüşme yapılmak istenirse katılım sağlar mısınız?**

Evet       Hayır

**Katılımınız için çok teşekkür ederim.**

*İsteğe bağlı*

İsim & Soyisim:

Tel:

E-posta:

## ÖZGEÇMİŞ

**Uzm.Psk. Şeniz Ünal**

senizunal@yahoo.com  
(0532) 213 6026

---

1970 Ankara doğumludur. Notre Dame De Sion Fransız Kız Lisesi'nin ardından, Boğaziçi Üniversitesi'nin matematik bölümünü bitirmiştir. Boston Üniversitesi'nden İşletme (MBA) ve Bilişim Sistemleri (MS in MIS) konularında master dereceleri vardır. İş yaşamında pek çok sektörde görev almış, profesyonel iş hayatının yanı sıra eğitimci kimliğiyle de Boğaziçi Üniversitesi'nde ders vermiştir. 2001'den itibaren kendi kişisel gelişimine önem vermiş ve akabinde bu alanda çalışmaya karar vermiştir. Tek bir alana bağlı kalmayıp çok çeşitli konularda yerli ve yabancı pek çok öğretmenden ders almıştır. (Nil Gün, İrem Ayrıl, Barış İlhan, Debbie Ford, Dr. Atsmaout Perlstein, Caroline Myss, Don Miguel Ruiz,...). Caroline Myss'in "*Your biography becomes your biology - Biyografin, biyolojini oluşturur*", sözünden etkilenerek hastalıkların psikolojik nedenleri konusunda bilgisini derinleştirmiş ve akabinde Myss'in Chicago'daki 2 senelik enstitüsünü bitirerek onun çalışmaları konusunda sertifika almıştır (Arketip Çalışması - CMED Institute). Daha sonra İstanbul Ticaret Üniversitesi'nde, Uygulamalı Psikoloji bölümünde master programını tamamlamıştır. Bitirme projesinin konusu "**Kronik Hastalıkların Tedavisinde Psikonöroimmunolojik Yaklaşım**"dır. Bilinçaltı çalışmaları için **Regresyon Terapisi** başta olmak üzere çeşitli teknikler kullanmaktadır.. Regresyon terapisi eğitimini Jeffrey Ryan ve Janet Cunningham'dan almıştır. Debbie Ford'un Gölgenin Sırrı (Secret of the Shadow) isimli kitabını türkçeye çevirmiştir. (Ötesi Yayınları, 2002)

Eylül 2012'de 19. Sosyal Psikiyatri Kongresi'nde Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu başkanlığında Yeni Yerleşim Birimlerinde Sağlık Eğitimi ile İlgili Değişen Algılar panelinde Yeni Yerleşim Yerlerinde Kronik Hastalık Algısı sunumunu gerçekleştirmiştir.

Halen Arel Üniversitesi'nde **Klinik Psikoloji Doktora programına devam etmektedir**, tez aşamasındadır. Doktora Tezini, obezite tedavilerinden olan bariatrik

cerrahilerin psikolojisi hakkında yapmaktadır. Türk Psikologlar Derneği'nin asil üyesidir. 2004'den itibaren, bireysel ve grup olarak danışanları ile çalışmaktadır. ([www.senizunal.com](http://www.senizunal.com) [www.aydanismanlik.com](http://www.aydanismanlik.com) ).

Katıldığı eğitim çalışmalarından bazıları şunlardır:

- Roger Woolger ve Hans Ten Dam'ın beraber verdikleri “Fragmentation Integration” workshop
- Konstanz Üniversitesi profesörlerinden Walter Bongartz'ın “Psikosomatik hastalıkların tedavisinde hipnoz” semineri
- Dr. Carl Simonton'un, kanser hastaları ve yakınları için düzenlediği “Patient Program – Hasta programı” eğitimi
- Roger Woolger'un „Introduction to Deep Memory Process“ workshop'u
- Jeffrey Zeig'dan „Depresyon ve anksiyete'de Ericksonian yaklaşım“ ve “Yoğun çift terapisi”
- Debbie Ford'dan „Shadow workshop – Gölge çalışması“
- CMED enstitüsü, Arketip sertifika programı (2 senelik)
- Hipnoz Derneği'nin 3 aşamalı eğitimi
- Hipnoz kongrelerinin workshop'ları (Mathias Mende, Phyliss Alden, vs)
- Regresyon yaz okulunun workshop'ları
- Klinik regresyon eğitimi (IBRT, International Board of Regression Therapy)
- Virginia Satir Dönüşümsel Sistemik Terapi: Bireyler ve Ailelerle Çalışma (Modül I)
- Virginia Satir Dönüşümsel Sistemik Terapi: Beklentilerin Dönüştürülmesi
- Hans TenDam: Regression for Core Issues
- Bahar Tanyaş: Psikolojide Nitel Araştırma Yöntemlerine Giriş (17. Ulusal Psikoloji Kongresi)