



**T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BARIATRİK CERRAHİ ADAYLARINDA,
PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE, YEME
DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Fatma Nur Erol

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Temmuz 2023
İSTANBUL**



**T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BARIATRİK CERRAHİ ADAYLARINDA,
PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE YEME
DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Fatma Nur EROL

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Rümeyza Yeni Elbay
TEZ EŞ DANIŞMANI
Doç. Dr. Aynur Görmez**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Temmuz 2023
İSTANBUL**

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Fatma Nur EROL'un hazırladığı ve jüri önünde savunduğu “BARİATRİK CERRAHİ ADAYLARINDA, PSİKIYATRİK KOMORBİDİTE, YEME DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER” başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

.....

.....

.....

Tarih: __/__/2023

YAZAR BİLDİRİMİ

“BARIATRİK CERRAHİ ADAYLARINDA, PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE, YEME DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER” isimli uzmanlık tezinde Dr. Fatma Nur EROL;

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

Temmuz, 2023

İmza:

BİLGİLENDİRME

- Bu tez kabulünden önce hiçbir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu teze ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Fatma Nur EROL



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve katkı sağlayan, her türlü zorlanmamda her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Rümeyisa Yeni Elbay’a,

Hekimlik etiği ve duruşunu, klinik ve akademik ilgisini örnek aldığım, değerli bilgilerinden faydalanma imkânı bulabildiğim için kendimi şanslı hissettiğim, Anabilim Dalı Başkanı’mız Doç. Dr. Aynur Görmez’e,

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan, bilgi ve birikimleri ile mesleki gelişimim için destek olan ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarım Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe, Doç. Dr. M. Emrah Karadere ve Prof. Dr. Serhat Çıtak’a, rotasyonlarım süresince eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Doç. Dr. Vahdet Görmez, Dr. Öğr. Üyesi Alperen Bıkmazer ve Prof. Dr. Temel Tombul başta olmak üzere tüm hocalarıma, kendime örnek aldığım Uzm. Dr. Ayşe Kurtulmuş Çalış’a ve tüm uzmanlarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm psikolog ve hemşire ekibimize,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum başta Dr. Deniz Ata olmak üzere, bütün asistan arkadaşlarıma,

Beni ben yapan, her anımda emekleri olan, sonsuz sevgi ve destekleriyle bana güç veren, hayattaki şanslarım sevgili annem Sevinç Erol ve canım babam Muhittin Erol’a

Her zaman yanımda olan, desteğini hep hissettiğim, kardeşi olmaktan büyük mutluluk duyduğum canım ablam Ayşegül Ünlüer’e, sevgileriyle güç aldığım yeğenlerim Mete ve Atilla’ya

Kelimelelere sığdıramayacağım, her zaman sevgisini hissettiğim, tez sürecinde anlayışı ve desteği ile hep yanımda olan, hayatımın her anını güzelleştiren, hayattaki şansım nişanlım Dr. Ömür İçke’ye

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1 Çalışmanın Hipotezleri.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 OBEZİTENİN TANIMI.....	3
2.2 Obezitenin Epidemiyolojisi.....	3
2.3 Obezitenin Etiyolojisi.....	4
2.3.1 Genetik faktörler	4
2.3.2 Nöroendokrin Nedenler	5
2.3.3 Çevresel Nedenler	5
2.4 Obezitenin Komplikasyonları	6
2.5 Obezite ve Psikiyatrik Komorbidite.....	7
2.5.1 Obezite ve Depresyon	7
2.5.2 Obezite ve Anksiyete Bozuklukları	8
2.5.3 Obezite ve Diğer Psikiyatrik Hastalıklar	9
2.6 Obezite ve Yeme Bozuklukları	10
2.6.1 Tıkınırcasına yeme bozukluğu.....	11
2.6.2 Gece yeme sendromu	13
2.6.3 Obezite ve atıştırma davranışı.....	14
2.7 Obezite ve Kişilik Özellikleri.....	14
2.8 Obezite Tedavisi.....	15
2.8.1 Tıbbi beslenme tedavisi	16
2.8.2 Fiziksel aktivite	16
2.8.3 Medikal tedavi	17
2.8.4 Davranış değişiklikleri.....	19
2.8.5 Cerrahi tedavi.....	19
2.9 Obezite Cerrahisi Öncesi Psikiyatrik Değerlendirme	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI	23

3.2	DAHİL ETME VE HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ	23
3.3	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.3.1	Sosyo-demografik veri formu	24
3.3.2	DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)	24
3.3.3	Yeme bozuklukları tanı envanteri.....	24
3.3.4	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)	24
3.3.5	Atıştırma Davranışı Ölçeği (ADÖ) (REP EAT-Q).....	25
3.4	İSTATİKSEL YÖNTEM	25
4.	BULGULAR.....	27
5.	TARTIŞMA	40
5.1	Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.....	40
5.2	Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların psikiyatrik tanılarının değerlendirmesi 44	
5.3	Sosyodemografik özelliklerinin tüm yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması.....	47
5.4	Tüm yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanıların karşılaştırılması	48
5.5	Sosyodemografik özelliklerinin tıkinırcasına yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması.....	49
5.6	Tıkinırcasına yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanıların karşılaştırılması 50	
5.7	Tıkinırcasına yeme bozukluğu tanısına göre ADÖ değerlerinin karşılaştırılması	51
5.8	Tıkinırcasına yeme bozukluğu tanısına göre MMPI profillerinin karşılaştırılması 52	
5.9	Tıkinırcasına yeme bozukluğu olan vakaların yaş, boy, kilo, BKİ, ADÖ ve MMPI profilleri ile ilişki	53
5.10	Tıkinırcasına yeme bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler	53
5.11	Araştırmanın kısıtlılıkları	54
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
	KAYNAKLAR	57
	EKLER.....	66
	EK 1. Onam formu	
	EK 2. Sosyodemografik veri formu	
	EK 3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) Formu	
	EK 4. Yeme bozuklukları tanı envanteri	
	EK 5. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)	
	Ek 6. Atıştırma Davranışı Ölçeği (ADÖ) (Rep Eat-Q)	
	EK 7. Etik kurul onayı	
	EK 8. Benzerlik raporu	

KISALTMALAR

ADÖ.....	Atıştırma Davranışı Ölçeği
AN.....	Anoreksiya Nervoza
BC	Bariatrik Cerrahi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ.....	Beden Kitle İndeksi
BN.....	Bulimiya Nervoza
DDT	Diyalektik Davranışçı Terapi
DEHB.....	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DM.....	Diyabetes Mellitus
DSM.....	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DYKVT	Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi
GYS	Gece Yeme Sendromu
KKYT	Kendi Kendine Yardım Terapisi
KP.....	Kişilerarası Psikoterapi
LHA	Lateral Hipotalamik Alan
MMPI.....	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
MT	Motivasyonel Terapi
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSAS	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PVN	Paraventriküler Çekirdek
SCİD-5	DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
VMN	Ventromedial Çekirdek
YAB.....	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019 (15).	3
Tablo 2.2. Şiddetli erken başlangıçlı obezite ile ilişkili aday genler (22).	4
Tablo 2.3. DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (80).	11
Tablo 2.4. Gece Yeme Sendromu Tanı Kriterleri (DSM-V, 2013) (80).	14
Tablo 2.5. Farklı amaçlar için TEMĐ fizik aktivite önerileri (15).	16
Tablo 2.6. Obezitenin medikal tedavisinde kullanılan ajanlar (15).	18
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri.....	28
Tablo 4.2. Katılımcıların komorbid psikiyatrik tanıları.....	29
Tablo 4.3. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yeme bozuklukları tanısına göre karşılaştırılması	31
Tablo 4.4. Yeme bozuklukları tanısına göre psikiyatrik tanıların karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.5. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması	33
Tablo 4.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanıların karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.7. Tüm vakalarda ADÖ ve MMPI skorları.....	35
Tablo 4.8. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına göre ADÖ değerlerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.9. ADÖ ile yaş ve kilo özellikleri arasındaki ilişki.	36
Tablo 4.10. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına göre MMPI profillerinin karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.11. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan vakaların yaş, boy, kilo, BKİ, ADÖ ve MMPI profilleri ile ilişki.....	37
Tablo 4.12. Tıkınırcasına yeme bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler(Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon)	38
Tablo 4.13. Tıkınırcasına yeme bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler(Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon)	39

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Depresyon ve obeziteyi etkileyen ortak biyolojik yollara genel bakış (48).8



ÖZET

BARIATRİK CERRAHİ ADAYLARINDA, PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE, YEME DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Obezite sıklığı giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bariyatrik cerrahi adaylarında psikiyatrik komorbidite oranlarının ve yeme bozukluğu görülme sıklığının obez olmayan bireylere göre daha sık olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada bariyatrik cerrahi adaylarının psikiyatrik komorbiditelerinin, yeme bozukluklarının, tıknırcasına yeme bozukluğunun (TYB), ve ilişkili faktörlerinin tespiti ile operasyon öncesi ve sonrası ruhsal ve fiziksel iyilik haline katkı sunabilmeyi ve literatüre katkı sağlamayı hedefledik. Bu çalışmaya S.B.İ.M.Ü. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniğine, değerlendirme amacı ile konsülte edilen bariyatrik cerrahi aday 105 hasta kabul edilmiştir. Katılımcılara araştırmacı tarafından DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) yapılmış ve tanılar kaydedilmiştir. Sosyodemografik veri formu, yeme bozuklukları tanı envanteri araştırmacı tarafından uygulanmıştır. MMPI (Minnesota çok yönlü kişilik envanteri) ve ADÖ (atıştırma davranışı ölçeği) katılımcıların öz bildirime bağlı değerlendirilmiştir. Araştırmada değerlendirilen katılımcıların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelenmiş. Ayrıca tüm veriler yeme bozukluğu ve TYB açısından ki-kare analizi ile karşılaştırılmıştır. Bazı özellikler arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile incelenmiş olup ayrıca TYB riskini artırmada etkili olan değişkenler Tek ve Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir. Bariyatrik cerrahi aday hastaların yaş ortalaması $37,30\pm12,01$, beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması ise çalışmamızda $45,21\pm5,12$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bariyatrik cerrahi adaylarının %44,8'inde TYB saptanmıştır. Herhangi bir yeme bozukluğu olan olgularda distimi ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) oranlarının yeme

bozukluğu olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptandı (distimi için $\chi^2=4,75$, $p=0,029$; YAB için $\chi^2=4,02$, $p=0,045$ için). Majör depresif bozukluk (MDB) ($\chi^2=13,87$, $p<0,001$), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ($\chi^2=5,87$, $p=0,015$), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ($\chi^2= 6,48$, $p=0,011$), distimi ($\chi^2=4,65$, $p=0,031$) ve trikotilomani ($\chi^2=6,48$, $p=0,011$) TYB olan olgularda TYB olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. TYB olan vakaların ADÖ medyan değerlerinin, olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-5,78$, $p<0,001$) bulundu. Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, gece yeme sendromu (OR=0,18, GA;0,07-0,47, $p<0,001$), distimi, (OR=0,27, GA;0,08-0,94, $p=0,040$) ve yaygın anksiyete bozukluğu (OR=0,34, GA;0,14-0,83, $p=0,017$) varlığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile ilişkili bulundu. Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı (OR=0,08, GA;0,02-0,41, $p=0,003$), ADÖ skorları (OR: 1.11, GA;1,06 – 1,17, $p<0,001$) ve BKİ' nin (OR: 1,03, GA;1,00 – 1,28, $p=0,043$) tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının/varlığının bağımsız yordayıcıları olduğu saptandı. Buna göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, artmış BKİ ve yüksek ADÖ skorları tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile ilişkili saptandı.

Anahtar kelimeler: bariatrik cerrahi, obezite, psikiyatrik komorbidite, tıknırcasına yeme bozukluğu

ABSTRACT

PSYCHIATRIC COMORBIDITY, EATING BEHAVIORS, AND RELATED FACTORS IN CANDIDATES FOR BARIATRIC SURGERY

Obesity is a growing public health problem. Psychiatric comorbidity rates and prevalence of eating disorders have been shown to be higher in bariatric surgery candidates than in non-obese individuals. In this study, we aimed to determine the psychiatric comorbidities, eating disorders, binge eating disorder (BED) and related factors in bariatric surgery candidates, to improve their mental and physical well-being before and after surgery, and to contribute to the literature. A total of 105 patients who were referred for evaluation as bariatric surgery candidates were included in this study at the Psychiatry Outpatient Clinic of S.B.İ.M.Ü. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) was conducted by the researcher to the participants and the diagnoses were recorded. A socio-demographic data form and eating disorders diagnostic inventory were administered by the researcher. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and the Repetitive eating questionnaire [Rep(eat)-Q] were evaluated based on self-report by the participants. Descriptive statistical analyses (number, percentage, mean, standard deviation, etc.) were used to examine the demographic and clinical characteristics of the participants in the study. Additionally, all data were compared for eating disorders and BED using Chi-square Analysis. Relationships between certain variables were examined using correlation analyses, and variables that increased the risk of BED were investigated using Univariate and Multivariate Binary Logistic Regression Analysis. The significance level for all analyses was set at $p < 0.05$. The mean age of the bariatric surgery candidates was 37.30 ± 12.01 , and the mean body mass index (BMI) in our study was 45.21 ± 5.12 . In the study, it was determined that 44.8% of the bariatric surgery candidates had BED. It was found that the rates of dysthymia and generalized anxiety disorder (GAD) were significantly higher in cases with any eating disorder compared to cases without an eating disorder

($\chi^2=4.75$, $p=0.029$ for dysthymia; $\chi^2=4.02$, $p=0.045$ for GAD). It was found that the rates of major depressive disorder (MDD) ($\chi^2=13.87$, $p<0.001$), generalized anxiety disorder (GAD) ($\chi^2=5.87$, $p=0.015$), post-traumatic stress disorder (PTSD) ($\chi^2=6.48$, $p=0.011$), dysthymia ($\chi^2=4.65$, $p=0.031$), and trichotillomania ($\chi^2=6.48$, $p=0.011$) were statistically significantly higher in cases with BED compared to cases without BED. The median values of Rep(eat)-Q were statistically significantly higher in cases with BED compared to cases without BED ($Z=-5.78$, $p<0.001$). According to the results of the Univariate Binary Logistic Regression Analysis, the presence of night eating syndrome (OR=0.18, CI: 0.07-0.47, $p<0.001$), dysthymia (OR=0.27, CI: 0.08-0.94, $p=0.040$), and generalized anxiety disorder (OR=0.34, CI: 0.14-0.83, $p=0.017$) is significantly associated with an increased risk of binge eating disorder. According to the results of the Multivariate Binary Logistic Regression Analysis, the diagnosis of generalized anxiety disorder (OR=0.08, CI: 0.02-0.41, $p=0.003$), REP EAT Q scores (OR: 1.11, CI: 1.06-1.17, $p<0.001$), and body mass index (OR: 1.03, CI: 1.00-1.28, $p=0.043$) serve as independent predictors of the presence of binge eating disorder. Therefore, it is determined that the diagnosis of generalized anxiety disorder, increased body mass index, and high REP EAT Q scores correlate with an increased risk of binge eating disorder.

Keywords: bariatric surgery, binge eating disorder, obesity, psychiatric comorbidity.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite, vücut yağ kitlesinin normal kabul edilen düzeylerin üzerine çıkması demektir ve yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçütüyle tanımlanır. BKİ'nin 30 kg/m² veya üstü olması obezite olarak tanımlanır. BKİ'nin 40 kg/ m² veya üstü olması olarak tanımlanan morbid obezite, dünya çapında birçok ülkede önemli bir sorun haline gelmektedir (1). Obezite sıklığı diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de artmaktadır (2).

Bariatrik cerrahi, obez hastaların kilo kaybını sağlamak için uygulanan bir cerrahi işlemdir ve obezite için en etkili tedavi yöntemidir (3). Bariatrik cerrahi sonrası hastaların çoğu önemli bir kilo kaybı yaşamaktadır. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ortalama olarak 5 yıl içinde başlangıçtaki ağırlıklarının yaklaşık %35-40'ını kaybettiklerini göstermiştir. Çalışmalar hastaların yaşam kalitesinde artış göstermiştir (4).

Obezite pek çok tıbbi hastalığa neden olmasının yanı sıra kişinin yaşam kalitesinde düşme, beden algısında bozulma, cinsel ve psikolojik problemler ile de yakından ilişkilidir. Obez hastalarda, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları toplumdan daha sık görülür (5). Bariatrik cerrahi adaylarında psikiyatrik komorbidite oranlarının daha sık olduğu gösterilmiştir. Literatürde bariatrik cerrahi adaylarının yarısından fazlasının sıklıkla anksiyete ve duygudurum bozukluğu olmak üzere en az bir psikiyatrik tanı aldığı gösterilmiştir (6). Morbid obez hastalar depresif, endişeli, dürtü kontrolü zayıf, benlik saygısı düşük ve yaşam kalitesi bozulmuş olarak tanımlanmaktadır (7).

Obez hastalarda sık görülen yeme davranışları, atıştırma davranış örüntüsü, duygusal ve dışsal yeme davranış örüntüsü olarak sayılabilir. Bariatrik cerrahi adaylarında yeme bozukluğu, obez olmayan bireylere göre daha sık olduğu gösterilmiştir (8). Literatürde adayların %4-45'inin tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip olabileceğini, %20-60'ında atıştırma davranışı artışı, %2-42'sinin gece yeme sendromuna sahip olabileceği bildirilmiştir (9).

Tıknırcasına yeme bozukluğu, düzenli bir şekilde telafi edici davranışlar olmadan gerçekleşen, yeme üzerinde kontrol kaybı hissiyle birlikte sık ve sürekli olarak aşırı yeme ataklarının yaşandığı bir bozukluktur (10). Tıknırcasına yeme bozukluğu yetişkinler arasında en sık görülen yeme bozukluğudur (11). Tıknırcasına yeme bozukluğu, obezite ile ilgili tıbbi komplikasyonlar, yeme bozukluğu psikopatolojisi, psikiyatrik komorbidite dahil

olmak üzere önemli morbidite ile ilişkilidir; düşük yaşam kalitesi ve bozulmuş sosyal işlevsellik ile ilişkilidir (12).

Bu çalışmamızda amacımız bariatrik cerrahi adayı obez hasta grubunda psikiyatrik komorbidite, yeme davranışı ve ilişkili faktörleri incelemektir. Hastaların psikiyatrik komorbiditelerinin ve ilişkili faktörlerinin tespiti ile operasyon öncesi ve sonrası ruhsal ve fiziksel iyilik haline katkı sunabilmeyi ve literatüre katkı sağlamayı hedefledik.

1.1 ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

1. Bariatrik cerrahiye başvuran hastalarda yeme bozuklukları yaygın olarak görülür.
2. Bariatik cerrahiye başvuran herhangi bir yeme bozukluğu tanısı alan hastalarda, olmayanlara göre daha sık psikiyatrik eş tanı görülür.
3. Bariatrik cerrahiye başvuran ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda, olmayanlara göre daha sık psikiyatrik eş tanı görülür.
4. Bariatrik cerrahiye başvuran ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda, olmayanlara göre daha sık atıştırma davranışı görülür.
5. Bariatrik cerrahiye başvuran ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda, olmayanlara göre MMPI profillerinde psikopatoloji alt ölçeklerinde daha fazla yükselme görülür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 OBEZİTENİN TANIMI

Obezite kelimesi Latince "çok yemek yiyen, her şeyi yiyen" anlamına gelen "obesus" sözcüğünden türetilmiştir (13). Obezite, vücut yağ kitlesinin aşırı artması sonucu vücut yağ dağılımının bozulduğu ve metabolik sağlık sorunlarına yol açan bir kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi beden kitle indeksine (BKİ) dayalı olarak tanımlar. BKİ, bir kişinin kilosunun boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanır. DSÖ, obeziteyi BKİ'si 30 kg/m² veya daha yüksek olan kişiler olarak tanımlar (14). BKİ, en sık kullanılan yöntem olsa da obeziteyi tanımlamada bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Buna rağmen en kolay ve hızlı yöntem olduğu için güncel uygulamada yerini korumaya devam etmektedir (15).

Tablo 2.1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019 (15).

Gruplar	Yetişkinler (BKİ, kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,5 – 24,99
Fazla kilolu	25,00 – 29,99
Obez	≥30,00
Hafif obez	30,00 – 34,99
Orta derecede obez	35,00 – 39,99
Morbid obez	40,00 – 49,99
Süper obez	≥50,00

2.2 OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Obezite, dünya genelinde ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir. DSÖ, 2016 yılında dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık %13'ü (erkeklerin %11'i ve kadınların %15'i) obez olarak açıklamıştır (14). Obezite prevalansı 1975 yılından bu yana yaklaşık 3 kat

artmıştır ve her yıl 2,8 milyon kişi obezite nedeni yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir (16). Bu eğilim devam ederse 2025 yılına kadar erkeklerin %18'i ve kadınların %21'i obez olacağı tahmin edilmektedir (17). TÜİK'in yayınladığı 2022 Türkiye Sağlık Araştırması raporuna göre ülkemizde 15 yaş ve üstü nüfusun yaklaşık %20,2'si (erkeklerin %16,8'ü ve kadınların %23,6'sı) obez olarak açıklanmıştır (18). DSÖ ise 2016 yılında, Türkiye'de 16.092.644 obez birey bulunduğunu ve %29,5 prevalans ile Türkiye'nin, Avrupa'da obezitenin en sık görüldüğü ülke olduğunu bildirmektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'nün 2017 raporunda, 2015 yılında 20-79 yaş yetişkinlerde 34 ülkenin ortalama obezite ve fazla kiloluluk prevalansı sırasıyla %19,4 ve %34,5 iken, Türkiye'de %22,3 ve %33,1 olduğu bildirilmiştir (15).

2.3 OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ

Obezite, enerji dengesizliği ile sonuçlanan ve aşırı yağ birikimine neden olan genetik, davranışsal, çevresel, fizyolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin bir sonucudur (19).

2.3.1 Genetik faktörler

Obezite, genetik yatkınlık nedeniyle ortaya çıkabilir. Kalıtsal faktörler, vücut yağ kitlesinin dağılımını etkileyebilir ve bazı insanlarda vücut yağ kitlesinin depolanması daha kolaydır. İkiz, evlat edinme ve aile çalışmaları, obezitenin yüksek oranda kalıtsal olduğunu ve bir kişinin obez akrabaları olduğunda obezite riskinin arttığını ortaya koymuştur (20). Kalıtım derecesi tahminleri vücut kitle indeksi için yüzde 16 ila yüzde 85 civarı iken vücut yağ yüzdesi için yüzde 35 ila yüzde 63 olarak bildirilmiştir (20, 21). Obezite ile ilgili pek çok gen belirlenmiştir ve bu genlerin çoğu vücut yağ dağılımını düzenleyen hormonlarla ilgilidir (22).

Tablo 2.2. Şiddetli erken başlangıçlı obezite ile ilişkili aday genler (22).

Gen	Kodlanmış protein	Obezite başlangıcı
LEP	Leptin	Hayatın ilk birkaç günü
LEPR	Leptin reseptörü	Hayatın ilk birkaç günü
POMC	Proopiomelanokortin	Hayatın ilk birkaç ayı
MC4R	Melanokortin-4 reseptörü	Çocukluk
PCSK1	Proprotein konvertaz subtilisin/kexin tip 1	Çocukluk
SIM1	Single-minded 1	Çocukluk

Gen	Kodlanmış protein	Obezite başlangıcı
NTRK2	Nörotrofik tirozin reseptör kinaz 2	Hayatın ilk birkaç ayı

2.3.2 Nöroendokrin Nedenler

Hipotalamusun çalışmalarda metabolizma ve beslenme üzerinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir (23). Hipotalamusta, arkuat çekirdek, paraventriküler çekirdek (PVN), lateral hipotalamik alan (LHA) ve ventromedial çekirdek (VMN) enerji dengesinin korunmasında önemli alanlardır (24). Paraventriküler çekirdek (PVN) lezyonları obeziteye neden olurken, lateral hipotalamik alan (LHA) lezyonları ise anoreksiye neden olur (25). Yağ dokusundan sentezlenen ve diurnal bir ritmi olan leptin hormonu da obezite üzerine rol oynamaktadır (26). Leptinin ana belirleyicisi vücuttaki yağ kitlesi ve BKİ'dir ve serum seviyesi kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır (27). Leptin hipotalamusla iletişim halindedir ve geribildirim yolu ile beslenme ve enerji metabolizmasının düzenlenmesinde rol oynayarak obeziteyi engeller (28). Gastrointestinal sistemden salgılanan ve hipotalamus üzerinden iştahı etkileyen diğer bir hormon ise ghrelindir. Ghrelin hipotalamus üzerinde iştahı arttıran bir etkiye sahiptir (29).

2.3.3 Çevresel Nedenler

İlk kez 1996 yılında Hilary Bower tarafından 'obezojenik çevre' tanımı yapılmıştır. Bu tanımla kastedilen, fiziksel aktivite harcama gereksiminin oldukça az olduğu ortamdır (30). Obezite, genellikle yüksek kalorili diyet ve düşük fiziksel aktivite düzeyleri ile ilişkilidir (31). Sedanter yaşam, fiziksel aktivite eksikliği ile karakterize edilen bir yaşam tarzıdır. Sedanter yaşam tarzı, modern yaşam tarzının bir sonucudur ve teknolojik gelişmeler, işyeri ve ev yaşamında hareketliliğin azalması ve araç kullanımının artması gibi nedenlerle yaygınlaşmaktadır. Fiziksel aktivitenin azalması, enerji tüketimini azaltırken, vücut yağı birikimini artırır. Bu nedenle, sedanter yaşam tarzı, obezite gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Yapılan bir çalışmada günde 60 dakikadan daha az televizyon izleyen yetişkinler, daha fazla izleyenlere oranla daha düşük BKİ ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (32). Yağ ve karbonhidrat miktarı fazla, hızlı yemek yeme alışkanlıkları, geceleri günlük kalorilerin %50'den fazlasını tüketme alışkanlıkları ve gece yemek-yeme obeziteye katkıda bulunur (33).

Obezite ve sigara, alkol tüketimi arasındaki ilişki konusunda araştırmalar devam etmektedir. Yapılan birçok çalışma, alkol tüketimi ile obezite riski arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle düzenli ve aşırı alkol tüketimi, obezite riskini

artırabilir ve sağlık sorunlarına neden olabilir (34). Günümüzde artan uyuşturucu kullanımının da obezite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (35). Günde içilen sigara sayısı arttıkça obezite riski artmaktadır. Annenin sigara içmesi ve ailelerde sigara içilmesi, aşırı kilolu/obeziteli çocuklar için daha yüksek risk oluşturmaktadır (36). Yapılan çalışmalar kadınlarda erkeklere oranla obezite gelişiminin daha sık olduğunu göstermektedir (37). Ayrıca kadınlarda evlilik sonrası ve gebelikle kilo alımının arttığı gösterilmiştir (38). Birleşik krallıkta 119.669 kişiyle yapılan bir araştırmaya göre özellikle kadınlarda daha yüksek BKİ ile daha düşük sosyoekonomik durum arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (39). Benzer şekilde, ABD'de yapılan bir araştırma, fazla kilolu kadınların, kilolu olmayan kadınlara ve tüm erkeklere göre daha düşük ücretli işlerde çalışma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirdi (40). Kullanılan birçok ilaç, kilo alımına ve obeziteye neden olabilir (23). Bunlar arasında antipsikotikler, antidepresanlar, duygudurum dengeleyicileri, beta blokörler, antihistaminikler, antidiyabetikler, glukokortikoidler yer almaktadır (23, 41).

2.4 OBEZİTENİN KOMPLİKASYONLARI

Hipokrat, obezitenin birçok komorbiditeye de yol açan tıbbi bir hastalık olduğunu kabul ederek, "Şişmanlık sadece bir hastalık değil, başkalarının habercisidir" diye yazmıştır (41). Obezite hipertansiyon, Tip 2 diyabet, metabolik sendrom, insülin direnci, hiperinsülinemi, dislipidemi, gut, uyku bozuklukları, safra kesesi ve karaciğer hastalıkları, koroner kalp hastalığı, tromboembolik hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, uyku apnesi, solunum problemleri, immün sistem disfonksiyonu, osteoartrit, ve bazı kanserlerin (endometrium, prostat, meme, kolon) gelişimine neden olabilmektedir (42). Obezite ile ilişkili morbidite bireyleri etkilemesinin yanı sıra toplum için de ekonomik olarak zarar vericidir (41).

Obez bireyler genellikle eğitim, sağlık ve çalışma ortamlarında damgalanır (43). Obeziteye bağlı ayrımcılık son 10 yılda %66 artış göstererek, ırka bağlı ayrımcılık ile benzer prevelans oranı göstermektedir (44). Obezite, fiziksel aktiviteye katılımı olumsuz etkileyebilecek düşük benlik saygısı ve zayıf vücut imajıyla sonuçlanabilir (45). Obezite aynı zamanda psikiyatrik komorbidite ile de ilişkilidir. Kesitsel bir ABD epidemiyolojik araştırması, obezitenin bozuk ruh hali ve anksiyete bozuklukları olasılığının yaklaşık %25 artırmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (46). Bu konu aşağıda daha ayrıntılı olarak incelenecektir.

2.5 OBEZİTE VE PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE

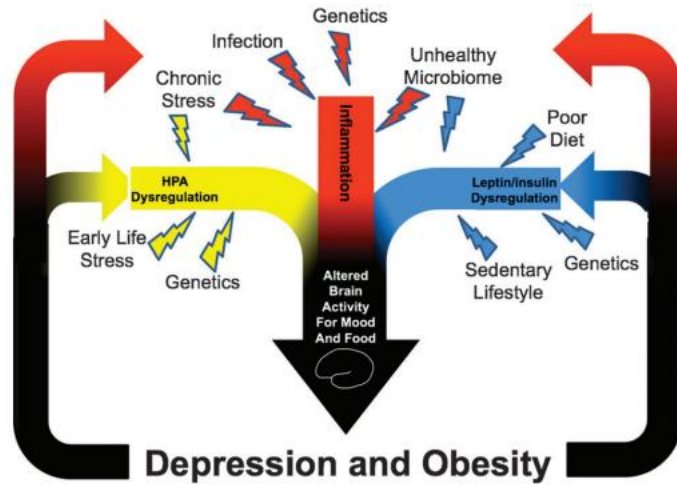
Obezite, psikiyatrik komorbiditeler ile yakından ilişkilidir ve bu ilişki birçok araştırmada incelenmiştir. Obezite ve psikiyatrik komorbiditeler arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır ve birbirlerini besleyen bir etkileşim içindedirler. Psikiyatrik bozukluklar, obezitenin ortaya çıkmasına ve sürdürülmesine katkıda bulunabilir ve obezite, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasını da kolaylaştırabilir. Obezite ve psikiyatrik hastalıkların çift yönlü doğası, obezite veya psikiyatrik hastalıklar için tedavi edilen tüm kişilerin diğeri için taranmasının önemini göstermektedir (47).

2.5.1 Obezite ve Depresyon

Obezite ve depresyon arasında güçlü bir ilişki vardır. Araştırmalar, obezitenin depresyon riskini artırdığını ve depresyonun da obezite riskini artırdığını göstermektedir (47).

Birincil olarak, obezite ve depresyon arasındaki ilişki, hormonal ve nörotransmitter seviyelerindeki değişikliklerle (HPA eksen, immüno-inflamatuar aktivasyon, leptin ve insülin dahil olmak üzere enerji metabolizmasının nöroendokrin düzenleyicileri ve mikrobiyom dahi) açıklanabilir (48). Obezite, vücuttaki inflamasyon seviyelerini artırır ve bu, beyindeki nörotransmitterlerin dengesini değiştirir. Bu da depresyona neden olabilir. Ayrıca, obezite, kişinin kendine güvenini ve özgüvenini düşürerek, depresyonu tetikleyebilir.

Öte yandan, depresyon, obeziteyi artıran davranışlar sergileme olasılığını artırabilir. Örneğin, depresyon, yeme alışkanlıklarını değiştirebilir ve kişinin düzenli olarak daha fazla yemek yemesine veya hareketsiz olmasına neden olabilir (49). Ayrıca, depresyon, kişinin motivasyonunu ve enerjisini azaltarak, egzersiz yapma isteğini azaltabilir. Obezite ve depresyon, birbirlerinin seyrini de etkileyebilir. Örneğin, obezite tedavisi, depresyon belirtilerini hafifletebilirken, depresyon tedavisi de obeziteye yardımcı olabilir (50). Bu nedenle, obezite ve depresyonun birbirleriyle yakından ilişkili olduğu ve birbirlerini tetikleyebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalıkların tedavisi, obezite ve depresyonun her ikisini de ele almaya yönelik olmalıdır.



Şekil 2.1. Depresyon ve obeziteyi etkileyen ortak biyolojik yollara genel bakış (48).

Yaklaşık 226.063 (%33,7 erkek) katılımcının dahil edilmesiyle yapılan bir çalışmada depresyonda olanların obez olma riski %37 ve obez olanların depresyona girme riski %18 arttığı ortaya konmuştur (51). Başka bir çalışmada ise kadınlarda obezite ve depresyon ilişkisi daha yüksek olarak bulunmuştur (52). Adolösanlar arasında yapılan bir metaanaliz çalışmasında depresyonda olan ergenlerin obez olma riskinin %70 arttığı, tersine, obez ergenlerin depresyona girme riski %40 arttığı ve depresyon ve obezite arasında kız ergenler için daha güçlü olan çift yönlü bir ilişki olduğunu gösterilmiştir (53). Ülkemizde 53 obez hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların 43'ünde (%81.3) major depresif bozukluk tespit edildiği, bunların da 38'i (%71.7) son ayda major depresif epizod ölçütlerini karşıladığı görüldü (54). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada obez hasta grubunda depresyon %69,6 oranında saptandığı görülmüştür (55).

Bariatrik cerrahi adayları ile yapılan ve 73 hasta dahil edilen bir çalışmada kadın cinsiyet, vakaların %76,7'sini oluşturduğu ve %45,2'sinde başlangıçtaki depresyon mevcut olduğu görülmüştür (56). Ülkemizde 48 bariatrik cerrahi aday hasta ile yapılan çalışmada bu grupta anksiyete bozukluklarının ve duygudurum bozukluklarının en sık konulan tanılar olduğu gösterilmiştir (57).

2.5.2 Obezite ve Anksiyete Bozuklukları

Tıpkı depresyonda olduğu gibi anksiyete bozuklukları da obezite ile sık sık birlikte görülür ve bu iki hastalık arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Obezite, çeşitli yollarla anksiyete bozuklukları ile bağlantılı olabilir. Obez bireyler kiloları üzerinde kontrol sahibi olmak için baskı hissedebilirler, bu da özellikle tekrar tekrar başarısız kilo verme girişimleri norm olduğunda, rahatsız edici olabilir. Diyet yapma ve yemek yeme meşguliyetinin anksiyete ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (58). Ek olarak, obezite, bir dizi kronik

tıbbi durum bir arada görülebilir. Obezite ve obezite ile ilişkili kronik durumlar ile ilişkili olumsuz semptomlar ve işlevsel bozukluklar kaygı riskini artırabilir (59, 60). Kalori açısından yoğun diyetler ve fiziksel aktivite eksikliği gibi obezogenik yaşam tarzı faktörleri, kaygı bozukluklarının gelişmesine veya devam etmesine katkıda bulunabilir (61). Çalışmalar, obez insanların hem kamusal hem de özel yaşamlarında kilo ayrımcılığı yaşadıklarını göstermiştir (62). Obez bireylerin, normal kilolu bireylerle karşılaştırıldığında daha zayıf sosyal desteği ve daha az sosyal ağları vardır (63). Bu bastırılmış yaşam fırsatları ve sınırlı psikososyal kaynaklar, obez kişileri psikolojik distress ve ardından gelen kaygı bozuklukları geliştirme konusunda daha büyük risk altına sokabilir (64). Tersine, anksiyete bozukluklarının kilo alımına yol açması mümkündür. Hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen bozukluğunun, stresli bireylerde iştah düzensizliğine ve ardından kilo alımına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (65). Anksiyete bozuklukları olan kişiler, yeme davranışlarına yönelik kontrol kaybı yaşayabilir ve obeziteye yol açabilecek yeme alışkanlıklarına sahip olabilirler (66). 2019 yılında yapılan bir meta analiz sonucuna göre anksiyetenin obez ve fazla kilolu kişilerde normal kilolu kişilere göre daha sık meydana geldiğini göstermektedir (67).

Obezite ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki, değişen sosyodemografik, davranışsal ve biyolojik özelliklerle toplumun alt gruplarında farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, obez kadınlara yönelik daha fazla sosyal ayrımcılığa bağlı olarak, obezite kadınlarda erkeklere göre anksiyete bozuklukları daha sık görülebilir (68). Barry ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada obez kadınlar, normal kilolu kadınlara göre özellikle sosyal ve özgül fobiler olmak üzere anksiyete bozukluklarını daha sık gösterdiğini ortaya koymuştur ayrıca hem erkeklerde hem de kadınlarda BKİ ile yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu olasılığı arttığı gösterilmiştir (69). Agorafobisiz panik bozukluğu, her iki cinsiyette de obezite ile ilişkilendirilmiştir ancak agorafobili panik bozukluğu ve panik bozukluğu olmayan agorafobi, her iki cinsiyette de BKİ ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (69). Başka bir çalışmada panik atak yaşama olasılığının obez grupta arttığı bulunmuştur (70). Scott ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise travma sonrası stres bozukluğunun diğer anksiyete alt tiplerine kıyasla en güçlü şekilde obezite ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (71). Aynı çalışmada obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile obezite arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (71).

2.5.3 Obezite ve Diğer Psikiyatrik Hastalıklar

Obezite, toplum sağlığı açısından önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir ve bazı araştırmacılar tarafından psikosomatik bir hastalık olarak da değerlendirilmektedir (72).

Morbid obez bireylerde dürtü kontrol bozuklukları prevalansını belirlemek için yapılan bir çalışmada 100 bariatrik cerrahi aday, dürtü kontrol bozuklukları için geliştirilmiş DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme modülü kullanılarak muayene edilmiş ve %19'unun en az bir mevcut dürtü kontrol bozukluğundan muzdarip olduğu ve %27'si ömür boyu herhangi bir dürtü kontrol bozukluğu kriterlerini karşıladığı görüldü. Bunlardan en sık deri yolma (mevcut, %8; ömür boyu, %9), kompulsif satın alma (mevcut %6, ömür boyu %8) ve aralıklı patlayıcı bozukluk (mevcut, %5; ömür boyu, %10) olarak raporlandı (73).

Obez kadınlar, özellikle yaşamları boyunca ve son bir yıl içerisinde erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde duygudurum bozukluğuna sahip olma eğilimindedir (69). Aynı şekilde, obez kadın ve erkekler normal kilolu bireylere göre hem ömür boyu hem de geçmiş yıl içinde majör depresif bozukluk ve distimik bozukluğa daha yüksek oranda sahip olma olasılığına sahiptirler. Obezite hastalarında bipolar bozukluk prevalansı %24 ile %34 ile çok yüksek görünürken, genel popülasyonda %1 ile %6 arasında görülmektedir (74). Obez kadınlar ayrıca yaşam boyu ve geçmiş yıl içinde bipolar I bozukluk olasılığını artırırken, erkeklerde BKİ ile bipolar I bozukluk arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Obez kadınlar için ömür boyu ve geçmiş yıl bipolar II bozukluğu riski yüksekti (69, 75). Kadınlarda kilo alımına katkıda bulunabilen bir başa çıkma stratejisi olarak yemek yeme olasılığı erkeklerden daha yüksektir. Atipik depresyon, kadınlarda daha sık görülen bir durumdur ve artan iştah, artan uyku ve kilo alımı ile ilişkilidir (76). Bu nedenle, majör depresyon epizodunun kadınlarda kilo alımına daha fazla katkıda bulunma olasılığı vardır. Obez veya aşırı kilolu kadınlarda yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğu ve yaşam boyu ve son bir yıl içinde bipolar bozukluk görülme olasılığı artarken, aşırı kilolu erkeklerde herhangi bir duygudurum bozukluğu için yüksek risk altında değillerdir (46, 76).

Obezite, şizofreni gibi ciddi ve kalıcı ruhsal hastalıkları olan hastalarda en sık görülen fiziksel sağlık sorunlarından biridir. Kökeni çok faktörlü olan obezite, sağlıklı bir yaşam tarzının yanı sıra ikinci nesil antipsikotikler gibi psikotrop ilaçların etkilerine bağlanabilir (77). Şizofrenili hastalarda yapılan çalışmalarda obezite ile ilişkili olarak yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmiştir. Negatif semptomlar ve şiddetli uykusuzluk da şizofrenili hastalarda daha yüksek BKİ ile ilişkilendirilmiştir (78).

2.6 OBEZİTE VE YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozuklukları, anormal yeme veya kilo kontrolü davranışlarıyla karakterize edilen ciddi psikiyatrik bozukluklardır. Vücut ağırlığı, beden şekli ve yemeyle ilgili bozulmuş tutumlar, bunların oluşumu ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynar. Bu endişelerin şekli cinsiyete göre değişir; örneğin erkeklerde beden imajı endişeleri daha çok

kaslılık üzerine odaklanabilirken, kadınlarda daha çok kilo kaybı üzerinde odaklanabilir. Obezite, bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmaz. Tüm yeme bozuklukları fiziksel sağlığı önemli ölçüde etkiler ve psikososyal işlevi bozar (79). Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) temel beslenme ve yeme bozukluklarını içerir. Bunlar pika, yediğini geri çıkarma bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozukluğu olarak tanımlanır (80).

2.6.1 Tıknırcasına yeme bozukluğu

Tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), düzenli telafi edici davranışlar olmaksızın yeme üzerinde kontrol kaybı hissinin eşlik ettiği sık ve kalıcı aşırı yeme atakları ile karakterizedir (10). Bulimiya Nervoz (BN)'dan farklı olarak tıknırcasına yeme ataklarının yol açabileceği etkileri giderebilmek için yapılan uygunsuz telafi edici davranış ve alışkanlıklar bulunmaz (81).

İlk kez Albert Stunkard tarafından bahsedilen tıknırcasına yeme davranışları, 1991 yılında yine Stunkard ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (82, 83). İlk olarak Amerikan Psikiyatri Birliğinin psikiyatrik bozukluklarının tanımlanması ve sınıflandırılması sistemi olan DSM-IV-TR kitabında 'Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları' başlığı altında yer almıştır (84). 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te ise kendine özgü bir yeme bozukluğu olarak 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' bölümünde tanımlanmıştır (80).

Tablo 2.3. DSM-5 Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (80).

A. Tekrar tekrar görülen tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına 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 yemeye ilgili denetimin kalktığı hissinin bulunması.

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

1. Alışkanın 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. Tıknırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

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

E. Tıknırcasına yemeye, bulimia nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme yalnızca bulimia nervoz ve anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

Tıknırcasına yeme nöbetleri, suçluluk ve sıkıntı duygularıyla ilişkilendirilir ve art arda 3 ay boyunca ortalama olarak haftada en az bir kez ortaya çıkar. Tıknırcasına yeme epizodu sırasında, hastalar fiziksel olarak aç hissetmedikleri halde çok miktarda yemek yiyebilir, normalden daha hızlı yemek yiyebilir ve rahatsız edici derecede tok hissedene

kadar yemek yiyebilir (85). TYB'li hastalar genellikle gizlilik içinde yemek yerler; tıknırcasına yeme davranışından ve aşırı yeme dürtülerini kontrol edemediklerini algılayarak utanırlar. Karmaşık çok faktörlü bir etiyolojiye sahip olan TYB, önemli psikopatoloji, zihinsel ve fiziksel komorbidite, obezite ve yaşam bozukluğu ile birlikte ortaya çıkan en sık görülen yeme bozukluğudur. Önemine rağmen, TYB yeterince teşhis edilmemekte veya tedavi edilmemektedir (86).

Tıknırcasına yeme bozukluğu yetişkinler arasında en sık görülen yeme bozukluğudur (11). 2018–2020 yılları arasında dünya çapında TYB prevalansının yetişkin kadınlarda %0,6-1,8 ve yetişkin erkeklerde %0,3–0,7 olduğu tahmin edilmektedir (87). TYB genellikle obezite ve somatik ve zihinsel sağlık komorbiditeleri ile ilişkilidir. Bariatrik cerrahi adaylarında yeme bozukluğu, obez olmayan bireylere göre daha sık olduğu gösterilmiştir (8). TYB, bariatrik cerrahi adayları arasında en sık görülen yeme bozukluğudur (88). Literatürde adayların %4-45'inin tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip olabileceği bildirilmiştir (9). Amerika'da yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi adaylarının %17'sinde TYB olduğu bildirilmiş olup, toplumdaki prevalansı %1-5 arasında olduğu bildirilmiştir (89). 2015 yılında Vinai ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obezite cerrahisine başvuran 118 adayın 57 sinin TYB tanısı aldığı ortaya konmuştur (90). Başka bir çalışmada obezite sebebi ile hastaneye başvuran 48 hastanın 22'sine TYB teşhisi konulduğu gösterilmiştir (91). 2022 yılında 98 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %49 u TYB veya eşik altı TYB özellikleri gösterdiği belirtilmiştir (92). Ameliyat öncesi atipik depresif belirtiler bildiren hastaların, eşlik eden TYB tanı kriterlerini karşılaması ve daha fazla aşırı yeme şiddeti göstermesi olasılığı daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (93).

2.6.1.1 Tıknırcasına yeme bozukluğu ve psikiyatrik komorbidite

TYB olan kişilerde depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları madde kötüye kullanımı dahil olmak üzere daha fazla psikopatoloji bildirmiştir (94). 36.309 kişiyle yapılan geniş çaplı bir çalışmada TYB'na sahip bireylerin yaşam boyu psikiyatrik komorbiditeye sahip olma oranı %93,8 olarak belirtilmiştir (95). En sık konulan tanı ise %46-51'lik oran ile major depresif bozukluktur (96). TYB'si olan bariatrik cerrahi adayları, eşlik eden psikiyatrik durumlar açısından en büyük risk altında görünmektedir (97). TYB'ye sahip bariatrik cerrahi adaylarının %66,7 sinde psikiyatrik bozukluk saptanırken olmayanlarda bu oran %26,7 olarak bulunmuştur. Bariatrik cerrahi adayları ile yapılan çalışmada TYB'si olsun olmasın en sık görülen psikiyatrik komorbidite sırasıyla majör depresif bozukluk agorafobisiz panik bozukluğu olarak bildirilmiştir. TYB'a sahip bireylerde majör depresif bozukluk görülme olasılığı %52,3 iken olmayanlarda bu oran %23 olarak bildirilmiş ve TYB'si olan cerrahi adaylarının %45,8 inde anksiyete bozukluğu görülürken, olmayan

adaylarda bu oran %10,7 olarak bulunmuştur (97). Çalışmalar ayrıca TYB ile DEHB arasında artmış bir ilişki olduğunu göstermektedir (98). Dürtü kontrol bozukluklarını araştıran 100 bariatrik cerrahi hastası ile yapılan bir çalışmada TYB'lu olanlar olmayanlara göre en az bir dürtü kontrol bozukluğu (deri yolma bozukluğu, kompulsif satın alma, aralıklı patlayıcı bozukluk) bildirme olasılıkları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (73).

2.6.1.2 Tıkınırcasına yeme bozukluğu tedavisi

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisi tıkınırcasına yeme ataklarının azaltılması, kilo kaybı, sağlıklı yeme alışkanlığı kazanılması, obeziteye bağlı hastalıkların ve psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisi ve psikolojik iyilik halinin sağlanması için bütüncül bir yaklaşım gerektirir (99). Bu tedavi yöntemleri arasında farmakolojik tedavi seçenekleri özellikle antidepressanlar, antiobezite ilaçları ve antiepileptikler kullanılabilir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, TYB'de fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, sitalopram, essitalopram, atomoksetin, topiramet, zonisamid, sibutramin etkili olduğu gösterilmiştir (100). Ayrıca Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), Kendi Kendine Yardım Terapisi (KKYT), Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi (DYKVT), Kişilerarası Psikoterapi (KP), Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT), Motivasyonel Terapi (MT) gibi psikoterapi yöntemleri ve Bariatrik Cerrahi (BC) de tedavi de önemli bir yer kaplar (99, 101).

2.6.2 Gece yeme sendromu

Gece yeme sendromu(GYS), akşamları hiperfaji ile akşam yemeğinden sonra günlük kalori alımının %25'i veya daha fazlası ile hafta boyunca en az iki gece yemek yemek için uyanma ile karakterize edilen bir yeme bozukluğu türüdür (102). İlk olarak Wolff, Stunkard ve Grace tarafından kilo verme tedavisi arayan bir grup hastada keşfedildi (103). Gece yeme sendromunun etiyolojisi tam olarak net değildir. Başlangıcında ve sürdürülmesinde doğrudan stres ve depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklardan kaynaklandığını gösteren çalışmalar vardır (104). Amerika Birleşik Devletleri'nde gece yeme sendromunun yaygınlığı %1,5'tir (105). Obez popülasyonlarda (yüzde 10 ila 15) daha sık görülür ve YYS olanların olmayanlara oranla toplumun geri kalanından %5 ila 44 oranında başka bir yeme bozukluğuna sahip olma olasılığı daha yüksektir (106). Ayrıca örtüşen semptomlarının olması nedeniyle YYS'lu hastaların %15 ila 20'sinde tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip olduğu da bulunmuştur (107). Bariatrik cerrahi adaylarında YYS prevalansı %8,9 ile %55 arasında değişen geniş bir yelpazede olduğunu gösteren çalışmalar vardır (108, 109). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi aday hastaların %27,6'sının YYS'ye sahip olduğu gösterilmiştir (110). Başka bir çalışmada bariatrik cerrahi hastalarında prevalansın %2 ile %20 arasında olduğu gösterilmiştir (111).

Gece yeme sendromunda, akşam yemeği ile uyku arasında güçlü yemek yeme isteği, sabahları ve/veya gece anoreksiya, depresif ruh hali, akşam ruh halinde kötüleşme, ve yemek yemeden uyuyamayacağına olan inanç görülür (112).

Tablo 2.4. Gece Yeme Sendromu Tanı Kriterleri (DSM-V, 2013) (80).

• Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri.
• Yemek yendiğinin ayırımında olunması ve yemek yendiği anımsanır.
• Gece yemek yeme, kişinin uyku uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz.
• Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur.
• Düzensiz yeme örüntüsü, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere başka ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Gece yeme sendromu ile depresif duygudurumun ilişkili bulunduğu bir çalışmada, GYS'na sahip bireylerde görülen depresif duygudurumun gece yeme üzerindeki kontrol güçlüğü ile ilgili utanç ve suçluluk duygularının eşlik ettiğini belirtildiği görülmüştür (113).

2.6.3 Obezite ve atıştırma davranışı

Atıştırma (grazing) tanımı literatürde eksikliğe sahiptir. Örneğin; sürekli aşırı yeme, (114) seçerek-kemire kemire yeme (115) ve kaotik yeme (116) gibi tanımlamalar almıştır. 2014 yılında Conceição tarafından önerilen tanım konusunda uzlaşıya varılmıştır. Buna göre grazing, planlanmış öğünler ve atıştırmalıklar dışında, açlık veya tokluk hislerine yanıt olarak, uzun bir süre boyunca yapılan yapılandırılmamış, tekrarlayan bir şekilde küçük miktarlarda yiyecek tüketimi olarak kabul edilebilir (117). Atıştırma, bariatrik cerrahi popülasyonunda ve ayrıca yeme bozukluğu olanlarda sık görülen bir davranış olduğu belirtilmiştir (118). 109 bariatrik cerrahi hastası ile yapılan bir çalışmada atıştırma davranışı olan hastaların oranı %67 olarak bulunmuştur (119). Psikopatoloji ile ilişkisi net değildir, ancak bariatrik cerrahi sonrası kilo verme sonuçları üzerindeki olumsuz etkisi olduğunu destekleyen çalışmalar dikkat çekmektedir (118). Buna rağmen, bu alandaki araştırmacıların ve sağlık profesyonellerinin bu davranışı göz ardı etmesi mümkündür, çünkü şimdye kadar gözden kaçan bir davranış olmuştur (120).

2.7 OBEZİTE VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Obezite, popülasyonun giderek daha büyük bir bölümünü etkileyen karmaşık bir patolojidir, biyolojik, davranışsal, bilişsel, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi

nedeniyle heterojen bir etiyolojiye sahiptir. Obezitede savunma mekanizmaları yeterince araştırılmamıştır (121). Literatürde bu tip hastaların bastırma, inkâr, yansıtma ve bölme savunmaları gibi ilkel savunmaları kullandığı ortaya çıkmaktadır (122). Aşırı kilolu bireyler, yiyecekleri acı verici duyguları hafifletmek ve kendilerini kontrol edemedikleri endişeli deneyimlerden korumak için bir araç olarak kullanırlar. Obeziteye karşı tedavinin başarısı veya başarısızlığı kişinin savunmasının olgunluğuna da bağlı olabilir (123). Bir çalışmada ameliyat öncesi daha düşük MMPI-2 K ölçeği puanlarının ameliyat sonrasında daha başarılı kilo verme oranları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (124). Obezite, kişilik özellikleri ve psikolojik özellikler arasındaki ilişkiye ilişkin veriler homojen değildir. Ancak anksiyete, depresyon, hipokondriyazis ve hastalık kaygısı obezite ile en çok ilişkilendirilen özelliklerdir (121). Bazı araştırmalar cinsiyet farklılıkları göstermiştir ve psikopatik sapma, hipomani ve psikasteniyeye eğilimi yüksek olan kadınlar erkeklerden daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğunu ortaya koymuştur (125). Çalışmalar tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez denekler ile bu yeme bozukluğu olmayan obez denekler arasında önemli farklılıklar olduğunu bildirmektedir (126). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan denekler, bozukluğu olmayan deneklerle karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyon gösterirler; Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu ve histriyonik kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir (127).

2.8 OBEZİTE TEDAVİSİ

Obezite tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Obezitenin tedavisinde istenilen amaç, obeziteyle ilişkili mortalite ve morbidite risklerini azaltmak, kişilere dengeli beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Obezitenin tedavisinde diyet, fiziksel aktivite, bilişsel davranış terapisi, ilaç tedavisi ve bariatrik cerrahi gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği, diyet, egzersiz ve davranış tedavisi, temel tedavi yaklaşımını oluştururken, kilo kaybını sağlamada yetersiz kalırlarsa veya ek hastalıklar varsa ilaç tedavisi düşünülebilir, morbid obezite durumunda ise bariatrik cerrahi bir seçenek olabilir. Obezite tedavisinde, vücut ağırlığının 6 ay içinde %10 oranında azalması sağlandığında, obeziteye bağlı sağlık sorunlarının önlenmesinde belirgin bir fayda gözlemlenir. Obezite sonrasında tam bir iyileşme nadir görülür ve kaybedilen kilolar genellikle hızla geri alınır. Kilo veren bireylerin sadece %5'i ulaştıkları kiloyu koruyabilirken, çoğunluğunda kilo alımı yeniden meydana gelir (15). Bariatrik cerrahi geçiren hastalar ile yapılan bir meta analiz çalışmasında ise cerrahi geçiren hastalar

değerlendirilmiş ve yaklaşık %30 kadarının cerrahi sonrasında 18-24 aylık süreç zarfında tekrar kilo aldığı bildirilmiştir (128).

2.8.1 Tıbbi beslenme tedavisi

Obezite tedavisinde temel bir yaklaşım olarak tıbbi beslenme tedavisi benimsenir. Uzun süreli bir dengeli beslenme programı, obez bireylerin sosyoekonomik durumları ve yaşam tarzlarına uygun olmalıdır. Bu program, harcanan kaloriden daha az kalori içeren, yeterli protein ve vitaminleri içeren, yüksek lifli, ekonomik ve kolay uygulanabilir bir şekilde planlanmalıdır (129). Günlük kalori ihtiyacı kadınlarda 25-30 kcal/kg/gün, erkeklerde ise 30-35 kcal/kg/gün olarak hesaplanır. Bununla birlikte, günlük kalori alımı 500-1000 kalori azaltılarak belirlenir. Bu yaklaşım, Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü'nün önerileri doğrultusunda, vücut ağırlığının %10'unun 6 ay içinde kaybedilmesini hedefler (130). Karbonhidratların toplam kalorisinin %50-60'ını, proteinlerin ise %15'ini oluşturması gerekmektedir. Diyet lifi miktarı ise yaklaşık olarak 20-30 gram olmalıdır ve mevcut kilonun korunması için sağlıklı beslenme üzerinde odaklanılmalıdır (15).

2.8.2 Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, obeziteye bağlı kilo kaybını kolaylaştıran önemli bir faktördür ve enerji tüketiminde önemli bir rol oynar. Her türlü fiziksel aktivitenin bu konuda faydası vardır. Özellikle düşük kalorili bir diyet programıyla birlikte yapılan fiziksel aktivite, başarı oranını daha da artırır. Egzersiz ise düzenli olarak fiziksel ve sağlık formunu korumak için yapılan aktivitelerdir. Egzersiz, kilo kaybında faydalıdır çünkü kaybedilen kalori miktarını artırır. Egzersiz, obezitenin önlenmesinde de faydalıdır ve tedavi seçenekleri arasında yer alır (131). Obezite tedavisinde, haftada 150 dakika orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapılması veya 75 dakika yüksek yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapılması veya bu ikisinin bir kombinasyonunun tercih edilmesi önerilmektedir (15).

Tablo 2.5. Farklı amaçlar için TEMD fizik aktivite önerileri (15).

Sağlık hedefi	Önerilen haftalık fizik aktivite süresi
Sağlıklı yaşam, sağlığı sürdürme ve iyileştirme	150 dakika
Sağlıklı bireylerin kilo almasını önleme	150-250 dakika
Klinik olarak anlamlı kilo kaybı (%5'den fazla)	225-420 dakika
Zayıfladıktan sonra kilo koruma	200-300 dakika
*Orta yoğunlukta fizik aktivite için önerilen zaman verilmiştir.	

2.8.3 Medikal tedavi

Diyet alışkanlığının ve fiziksel aktivitenin yetersiz olduğu durumlarda, hastanın kilo kaybı mutluluğunu artırarak ve tedaviye olan inancını güçlendirerek daha uzun süreli kilo kaybını sağlayabilen tıbbi tedavilere ihtiyaç duyulabilir. Obezitenin tıbbi olarak tedavi edilmesi, 1940'lı yıllara kadar uzanmaktadır (132). Obezite tedavisinde ilaç kullanımı, beden kitle indeksi (BKİ) ≥ 30 kg/m² üzerinde olan ve diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliğiyle kilo veremeyen hastalarda veya BKİ ≥ 27 -29,9 kg/m² aralığında olan ve ek komorbid hastalığı (yüksek tansiyon, inme, koroner arter hastalığı, tip 2 diyabet vb.) olan bireylerde önerilmektedir. Önerilen ilaçlar, kilo kaybının doza bağlı olması, uzun süreli kullanımda güvenli olması, bağımlılığa neden olmaması, tolerans gelişmemesi ve kilo kaybının devamlılığını sağlayabilmesi gibi özelliklere sahip olmalıdır. Şu anda ülkemizde kullanılan obezite tedavisi ilaçları orlistat ve liraglutiddir. Bunların dışında, FDA tarafından onaylanmış ancak ülkemizde kullanılmayan tıbbi tedavi seçenekleri de bulunmaktadır (15).

Tablo 2.6. Obezitenin medikal tedavisinde kullanılan ajanlar (15).

İlaç	Onay	Etki Mekanizması	Doz	Uyarı ve Monitorizasyon	Kontrendikasyon	Yan etkiler
Orlistat	FDA ve EMA (Türkiye’de kullanımda)	Pankreatik lipaz inhibitörü	Günde üç defa 120 mg (oral)	Hepatit, karaciğer yetmezliği, multivitamin (vitamin A, D, E, K içeren) desteği, kolelitiazis, nefrolitiazis, diğer ilaçlarla birlikte kullanımında dikkat	Gebelik, emzirme, kronik malabsorbsiyon sendromları, kolestaz, kolelitiazis,	Yağda eriyen vitaminlerin emiliminde azalma, steatore, fekal inkontinans, abdominal ağrı, baş ağrısı, oksalat nefropatisi
Liraglutid	FDA ve EMA (Türkiye’de kullanımda)	GLP1R agonisti	Günde bir kez 3 mg (sc)	Akut pankreatit, kolelitiazis, kolesistit, akut safra kesesi hastalıkları, hipoglisemi, dehidratasyon,	Gebelik, emzirme, medüller tiroid kanser öyküsü, MEN2 öyküsü, pankreatit öyküsü, akut safra kesesi hastalıkları, gastroparezi,	Bulantı, kusma, pankreatit, ishal/kabızlık, baş ağrısı, dispepsi, taşikardi
Lorcaserin	FDA (2012)	Serotonin 5HT2c reseptör agonisti	Günde iki kez 10 mg (oral)	Serotonin sendromu, kognitif bozukluk, depresyon, valvulopati, hipoglisemi, priapizm, lökopeni	Gebelik, emzirme, MAOIs, SSRIs, SNRIs ile birlikte kullanılması	Baş ağrısı, bulantı, ağız kuruluğu, baş dönmesi, halsizlik, kabızlık, nazofarenjit, hiperprolaktinemi
Fentermin	FDA	Norepinefrin salgılatıcı	Günde bir kez 15-37,5 mg veya üç kez 8 mg (oral)	Kalp kapak hastalığı ve pulmoner hipertansiyon açısından dikkatli olunmalı	Koroner arter hastalığı, inme, aritmi, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, MAOIs ile birlikte kullanımı, hipertiroidizm, glokom, ajitasyon, ilaç bağımlılığı, gebelik ve emzirme	Hipertansiyon, iskemi, çarpıntı, taşikardi, baş dönmesi, disfori, öfori, baş ağrısı, uykusuzluk, aşırı uyarılma, psikoz, huzursuzluk, ürtiker, libido değişikliği, kabızlık, ishal, tat değişikliği, kserostomi, tremor
Dietilpropion	FDA ve EMA	Norepinefrin ve dopamin salgılatıcı	Günde üç kez 25 mg veya uzatılmış form bir kez 75 mg (oral)	Kalp kapak hastalığı ve pulmoner hipertansiyon açısından dikkatli olunmalı	İleri derece ateroskleroz, şiddetli hipertansiyon, hipertiroidizm, glokom, ajite durumlar, ilaç bağımlılığı, MAOIs ve diğer anorektiklerle birlikte kullanımı	Kardiyak aritmi, serebrovasküler olay, hipertansiyon, anksiyete, depresyon, baş dönmesi, öfori, baş ağrısı, aşırı uyarılma, prekordial ağrı, psikoz, alopesi, deri döküntüleri, libido değişikliği, jinekomasti, kabızlık, diyare, disfaji, bulantı, kusma, kserostomi, kemik İliği depresyonu, diskinezi, miyalji, tremor, bulanık görme, midriyazis
Fentermin/Topiramet	FDA	Norepinefrin salgılatıcı (fentermin), GABA reseptör modülasyonu (topiramet)	İlk 2 hafta: günde bir kez 3,75/23 mg Tedavi dozu: günde bir kez 7,5/46 mg (oral)	Kardiyak yada serebrovasküler hastalığı olanlarda dikkatli olunmalı, hiperkloremik metabolik asidoz ve kreatinin artışı görülebilir	Hipertiroidizm, glokom, MAOIs ile birlikte kullanımı, gebelik, emzirme	Baş ağrısı, parestezi, uykusuzluk, kserostomi, kabızlık, nazofarenjit, endişe, depresyon, kognitif bozukluk, baş dönmesi, mide bulantısı, baş dönmesi, bikarbonat ve potasyum düşüklüğü
Naltrekson/Bupropion	FDA ve EMA onaylı	Opiat antagonisti (naltrekson) Dopamin ve norepinefrin reuptake inhibitörü (bupropion)	Günde bir kez bir tablet (8/90 mg) başlanır, haftada bir tablet artırılarak günde 2 kez 2 tablet ile tedavi dozuna ulaşılır (oral)	Kardiyak aritmi, kontrolsüz migren, konvülsiyon, karaciğer ve böbrek için doz ayarlaması gerekir, diğer antidepresan ilaçlarla birlikte kullanılmamalı major depresif durumu veya diğer psikiyatrik bozuklukları olanlarda intihar düşüncesini artırabilir	Kontrolsüz hipertansiyon, konvülsiyon, anoreksiya, bulimiya, depresyon, uyuşturucu veya alkolü bırakmış olmak, kronik opioid kullanımı, MAOIs ile birlikte kullanımı	Bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk, kusma, kabızlık, ishal, baş dönmesi, endişe, kserostomi

2.8.4 Davranış değişiklikleri

Obezitenin tedavisinde, davranış ve tutumların değiştirilmesi, en önemli aşamalardan biridir. Davranış değişikliği tedavisinin hedefleri, obeziteye katkıda bulunan beslenme ve fiziksel aktiviteyle ilgili istenmeyen davranışları değiştirmek veya azaltmak, aynı zamanda istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" haline getirmektir. Obeziteyle ilişkili tıknırcasına yeme bozukluğu, gece yeme sendromu ve emosyonel yeme gibi durumlar incelenmeli ve olumsuz duygularla başa çıkma becerileri değerlendirilmelidir. Bilişsel Davranışçı Terapi, tedavinin her aşamasında kullanılabilen etkili bir yöntemdir. Kendi kendine yardım terapisi, kişiler arası psikoterapi, diyalektik davranışçı terapi ve motivasyonel terapi gibi diğer yöntemler de uygulanabilir (133). Davranış terapisi, hastanın yeme ve egzersiz davranışında değişiklik yaratmayı hedefler ve bunun için hastadan belirli beceriler edinmesi beklenir. Bu beceriler, beslenme eğitimi ve egzersiz yanında, kendini izleme, hedef belirleme, dürtü kontrolü, davranışsal yerine koyma ve pozitif pekiştirme gibi unsurları içerir. Bu becerilere ek olarak, sosyal destek sistemlerinin gözden geçirilmesi ve bilişsel değişiklikler de tedavi hedefleri arasında yer almalıdır (15).

2.8.5 Cerrahi tedavi

Obezite, uzun bir süredir mücadele edilen ve çeşitli tedavi yöntemlerinin geliştirilmeye çalışıldığı kronik bir hastalıktır. Diyet ve medikal tedaviyle yeterli sonuçlar elde edilemeyen, daha büyük bir kilo kaybı hedeflenen ve kalıcı olarak kilo veremeyen obez hastalar için bariatrik cerrahi yöntemleri umut verici bir seçenek haline gelmiştir (134). Günümüzde bariatrik cerrahi yönteminin obezitenin tedavisinde ve uzun süreli kilo kaybının sağlanmasında en etkili yöntem olduğu kabul görmektedir. Bariatrik cerrahi son zamanlarda yaygın bir şekilde uygulanmaya başlansa da bu işleme aday hastaların işlem öncesi cerrahi açıdan endikasyon ve kontrendikasyon açısından taramalarının yapılması, diğer tedavi yöntemlerinin gerçekten işe yaradığının belirlenmesi, hastaların istekleri ve uyumlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle cerrahi öncesi bu kişilerin en az 6 ay süre ile takibinin yapılması gerekmektedir (15). Bariatrik cerrahi endikasyonları şunlardır;

- $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$ olması (obezite ilişkili bir komorbidite olması şartı yoktur; cerrahi tedavinin risk artışına neden olmaması gerekir)
- $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olması ve obezite ile ilişkili tip 2 DM, hipertansiyon dislipidemi, uyku-apne sendromu vb en az 1 komorbiditenin eşlik ediyor olması (15)

Bariatrik cerrahi tedavisinde tercih edilecek yöntemlerin belirlenmesinde, düşük mortalite ve morbidite oranına sahip olması, gastrointestinal sisteme minimum invaziv bir

müdahalenin uygulanabilir ve gerektiğinde geri döndürülebilir olması, tatmin edici bir kilo kaybı sağlaması ve kilo kaybına bağlı olarak tekrar cerrahi müdahaleye ihtiyaç duymadan revizyon yapılabilmesi gibi özellikler dikkate alınmalıdır. Bariatrik cerrahi yöntemleri günümüzde uygulanma biçimlerine göre genel olarak üç gruba ayrılmaktadır.

1. Emilim Bozucu Yöntemler “restriktif girişimler”
2. Alımı Kısıtlayıcı Yöntemler “malabsorbtiif tekniklerdir”
3. Kombine Yöntemler

Restriktif girişimlerde midenin besin depolama kapasitesini azaltmak için bypass veya midenin üst kısmının daraltılması gibi yöntemler kullanılır. İntragastrik balon uygulaması, gastrik pacing (gastrik stimülasyon), vertikal band gastroplasti, laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (mide kelepçesi) ve sleeve gastrektomi (tüp mide) restriktif girişim yöntemlerinden bazılarıdır.

Malabsorbtiif girişimlerde emilimin yoğun olduğu ince bağırsak uzunluğu kısaltılarak, emilim yapılan alanı bypass ederek ya da emilimi kolaylaştıran biliyopankreatik salgıları saptırarak emilim azaltılmaya çalışılır. Biliopankreatik diversiyon, jejunoileal bypass ve duodenal switch bu tür operasyonlara örnek olarak verilebilir.

Roux-en-Y gastrik bypass, biliyopankreatik diversiyon/duodenal switch kombine tedavileri olarak uygulanan yöntemler arasındadır (135).

2.9 OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME

Obezitenin birden fazla faktörün etkisiyle geliştiği düşünüldüğünde, bariatrik cerrahi hastalarının multidisipliner bir değerlendirmeye tabi tutulması gereklidir. Bu bağlamda Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü cerrahiye hasta seçiminin içinde bir psikiyatri hekimine ulaşımın da olduğu multidisipliner bir ekip tarafından yapılmasını önermiştir (136). Obezite tedavisinde istenilen sonuçların elde edilememesi ve sık tekrarların yaşanması genellikle psikiyatrik ve psikososyal etkenlerle ilişkilendirilir. Ayrıca, bariatrik cerrahi adayı olan hastaların çoğunluğunda psikiyatrik bozuklukların varlığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (6). Obezite nedenli tedavi arayışında olan kişilerde depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları, uyku bozuklukları ve yeme bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır (137, 138). Bu nedenle, cerrahi öncesi ruhsal değerlendirme gereklidir. Değerlendirmenin aynı zamanda psikofarmakolojik eğitim ve takip, sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi ve aktive edilmesi ve ruhsal eğitim gibi hizmetleri de kapsamı gerektiği düşünülmektedir. Hastanın postoperatif dönemde olası komplikasyonlarla baş edebilir olmasına, diyet, egzersiz ve

yaşam tarzı değişikliği gibi düzenlemelere uyum sağlayabilir olmasına dikkat etmek gerekmektedir (139).

Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği tarafından 2019 yılında yayınlanan bariatrik cerrahi kılavuzunda cerrahi aday hastanın psikiyatrik değerlendirilmesinde aşağıdaki basamaklar önerilmiştir (139).

- Hekim kendisini tanıtır.
- Hastanın adı, soyadı, yaş, medeni durumu, mesleği ve yaşadığı kişiler gibi sosyodemografik bilgiler alınır.
- Ameliyat için başvurma sebebi, ameliyatı tercih etme süreci, öğrenme kaynakları ve bu konudaki bilgi düzeyi, açık uçlu sorularla öğrenilmeye çalışılır.
- Kilolu olmanın yaşam üzerindeki etkileri ve kilo verme isteği nedeni sorulur.
- Ameliyattan beklentileri ve ameliyat sonrası uyması gereken kuralları bilip bilmediği öğrenilir.
- Daha önce kilo vermeyi deneyip denemediği, başarılı olup olmadığı, kaç kilo verdiği, tekrar kilo almasına neden olan faktörleri ya da başarısız olmuşsa nedenleri hastaya sorulur.
- Fiziksel aktivite düzeyi sorulur.
- Kötü yeme alışkanlıkları olup olmadığı sorgulanır.
- Herhangi bir yeme bozukluğunun obeziteye neden olup olmadığı sorgulanır.
- Stres faktörlerinin varlığı, sosyal destek sistemi hakkında bilgi edinilir.
- Gelişimsel öyküsü alınır.
- Tıbbi öyküsü ve sürekli kullandığı ilaçlar öğrenilir.
- Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalığının olup olmadığı, alınan tedavileri, yatarak veya ayaktan tedavi edilip edilmediği, hastalığın başlama zamanı ve tekrarlama sıklığı, iyileşme dönemlerinin olup olmadığı, halen kullanılan ilaçlar, intihar veya kendini yaralama düşüncesi veya davranışının olup olmadığı, alkol veya madde kullanım öyküsü sorgulanır.
- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanır.
- Bilişsel ve mental değerlendirme yapılır.
- Gerekli testler, ölçekler uygulanır.
- Hastanın bilgi düzeyi yetersizse yeterli bilgilendirme yapılır, bireysel hedefler belirlenir, yetersiz ya da gerçek dışı beklentiler mevcutsa bunlar daha gerçekçi beklentilerle değiştirilir.

- Eğer bir sorun tespit edilirse, hasta ve cerrahi ekibi riskler hakkında bilgilendirilir, gerektiğinde tedaviye başlanır ve cerrahi sonrası takip öneminin vurgulanır.

Bazı alışmalar TYB tanısın hastalarda kilo kaybı ve ruhsal toplumsal sonuçlar üzerinde olumsuz etkisinden bahsetmezken bazı çalışmalar cerrahi sonrası komplikasyon riskini arttıracakđ ya da sorunlu yeme davranışı gelişiminde yüksek risk oluşturacakđ ve bu nedenle yeniden kilo alımıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (140).

Sonuç olarak, ameliyat öncesi değerlendirme, davranışsal, bilişsel, duygusal ve gelişimsel birçok alana odaklanmalıdır. Aynı zamanda, hastanın ameliyatla ilgili motivasyonu ve beklentileri de değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme, ameliyat öncesinde var olan sorunlu alanların belirlenmesini ve tedavi edilmesini sağlayarak hastanın cerrahi sonuçlarından daha fazla fayda elde etmesine yardımcı olur. Ayrıca, cerrahi sonrası izlem ile hastanın ruhsal sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunur ve cerrahın tedavi sürecini daha olumlu bir şekilde yönetmesini sağlar (139).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI

Araştırmamız bariatrik cerrahi adayı obez hasta grubunda psikiyatrik komorbidite, yeme davranışı ve ilişkili faktörleri inceleyen bir kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmaya S.B.İ.M.Ü. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniğine 25.10.2022-15.04.2023 tarihleri arasında Genel cerrahi tarafından değerlendirme amacı ile konsülte edilen bariatrik cerrahi aday hastalar kabul edilmiştir. Çalışmaya ardışık başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan 105 hasta alınmıştır. 1 hasta Türkçe bilmemesi nedeni ile, 1 hasta okur yazar olmaması nedeni ile ve 4 hasta ise çalışmaya sonradan dahil olmak istememesi nedeni ile çalışmadan dışlanmıştır.

Çalışmaya katılan hastalara bilgilendirme yapılarak, aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından DSM-5(Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) yapılmış ve tanılar kaydedilmiştir. Sosyodemografik veri formu, yeme bozuklukları tanı envanteri araştırmacı tarafından uygulanmıştır. MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) ve ADÖ (Atıştırma Davranışı Ölçeği) katılımcıların öz bildirimine bağlı değerlendirilmiştir. Psikoloji laboratuvarı tarafında MMPI'ların değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tez çalışmasının herhangi bir aşamasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışma S.B.İ.M.Ü. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi etik kurulu tarafından 19.10.2022 tarih ve 2022/0607 no.lu kararı ile onaylanmıştır.

3.2 DAHİL ETME VE HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak; katılımcıların 18 yaş ve üzerinde olması, okur-yazar olması, obezite cerrahisi için başvurmuş olması, obezite cerrahisi kriterlerini karşılıyor olması ve araştırmaya katılmak için aydınlatılmış onam formunu kabul etmesi şartları aranmıştır. Dahil edilmeme kriterleri ise; ölçekleri doldurmaya engel fiziki ve ruhsal hastalığa sahip olmak şeklinde belirlenmiştir.

3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1 Sosyo-demografik veri formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kimlerle yaşadığı, kardeş ve çocuk sayısı, meslek, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, kişide ek tıbbi hastalık öyküsü, BKİ ve sigara, alkol, madde kullanım öyküleri sorgulanmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından okunarak katılımcı ile birlikte doldurulmuştur.

3.3.2 DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)

DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), DSM-5'teki tanı ölçütlerine uygun olarak yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. SCID-5, yapılandırılmış bir görüşme formu olduğundan, klinik uzmanların bireysel önyargılarının test edilmesine izin vermez ve diğer standart olmayan görüşme yöntemlerine göre daha güvenilirdir. İlk olarak First ve ark. Tarafından 2015 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe 'ye uyarlanması ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması Elbir ve ark. Tarafından 2019 yılında yapılmıştır. (141, 142) SCID-5'in ortalama uygulama süresi 40-60 dakika olup toplam 10 modülden oluşmaktadır. 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı sorular yer almaktadır. Modüller duygudurum bozuklukları, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir. Çalışmalarda anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları için SCID kullanımı, standart klinik değerlendirmeden daha fazla teşhisle sonuçlandığı bildirilmiştir (143).

3.3.3 Yeme bozuklukları tanı envanteri

Araştırmacı tarafından DSM-5 (Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) tanı kriterleri göz önüne alınarak hazırlanan bu formda, araştırmacı tarafından yeme bozukluklarının bütün tanı kriterlerini sorgulanmaktadır. Bu form katılımcıların yeme bozukluklarını ayrıntılı değerlendirmek için çalışmaya eklenmiştir.

3.3.4 Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)

Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI), geniş bir yelpazede psikopatolojik belirtileri ve kişilik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan bir psikolojik testtir. MMPI 1930'larda geliştirildi ve Minnesota Üniversitesi aracılığıyla 1942'de Stuart Hathaway ve Charley McKinley tarafından Minnesota Üniversitesi hastanesinde kullanımına başlandı

(144). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 1981 yılında Işık Savaşır tarafından yapılmıştır (145). MMPI; evet ve hayır seçeneklerinin işaretlenebildiği toplam 566 sorudan oluşmaktadır ve genellikle 1-2 saat içinde tamamlanır. MMPI, 3 adet geçerlilik ve 10 adet kişilik olmak üzere toplam 13 adet alt testten oluşmaktadır. Klinik profilin geçerliliğini tahmin etmek için ek önlemler tasarlanmıştır. Geçerlilik testleri; Yalan (L), Sıklık (F) ve Düzeltme(K) alt testleridir. L (yalan) ölçeği, ortak kusurları kabul etme isteğini değerlendirir. F (seyreklik) ölçeği, nadiren onaylanan özellikleri kabul etme istekliliğini değerlendirir. K ölçeği, savunuculuğu ve patolojiyi reddetme eğilimini değerlendirir. Klinik alt testleri; Hipokondriasis (Hs), Depresyon (D), Histeri (Hy), Psikopatik Sapma (Pd), Kadınlık – Erkeklik (Mf), Paranoya (Pa), Psikasteni (Pt), Şizofreni (Sc), Hipomani (Ma) ve Sosyal İçedönüklük (Si) olarak bilinir (146).

3.3.5 Atıştırma Davranışı Ölçeği (ADÖ) (REP EAT-Q)

Atıştırma (grazing) tanımı literatürde eksikliğe sahiptir. 2014 yılında Conceição tarafından önerilen tanım konusunda uzlaşıya varılmıştır ve ölçek geliştirilmiştir. İlk olarak 2014 yılında Conceição ve ark. Tarafından geliştirilen 12 maddeden oluşan öz bildirim anketidir (147). Katılımcılar önceki aydaki davranışlarını 0 (hiçbir zaman) - 6 (her gün) olacak şekilde puanladıkları likert tipi ölçektir. Türkçe’ye Atıştırma Davranışı Ölçeği (ADÖ) olarak çevrilmiştir. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını A. Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (148).

3.4 İSTATİKSEL YÖNTEM

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların cinsiyet, medeni durum, eğitim, kiminle yaşadığı, kardeş sayısı, çocuk sayısı, meslek ailedeki psikiyatrik rahatsızlık, ek tıbbi hastalık, hipotiroidi, DM, hipertansiyon, Osas, diğer hastalık, sigara, alkol ile tıknırcasına yeme bozukluğu ve tüm yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması, demografik özelliklerinin tıknırcasına yeme bozukluğu ve yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması, tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması, tüm yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması, psikiyatrik özelliklerin oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Analizi kullanılmıştır. Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların yaş, kilo, boy, BKİ değerleri ile tıknırcasına yeme bozukluğu ve yeme bozukluğu (tüm) tanısına göre karşılaştırılması, Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına göre MMPI profillerinin, ADÖ değerlerinin, Cinsiyete göre MMPI ve ADÖ değerlerinin, demografik ve klinik özelliklere göre ADÖ skorlarının karşılaştırılması, Tıknırcasına yeme

bozukluğu tanısına göre AD skr ortalamalarının ve medyan değerlerinin karşılaştırılması Mann Whitney U testi ve Bağımsız Gruplar t testi ile yapılmıştır. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olmayan vakaların yaş, boy, kilo, BKİ, AD ve MMPI profilleri arasındaki ilişki, AD ile yaş ve kilo özellikleri arasındaki ilişki Pearson ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler Tek ve çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve arpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Çalışmamız obezite cerrahisi adayı olan 105 hasta ile yürütülmüştür. Tablo 4.1.'de çalışmaya katılan tüm vakaların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmiştir. Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların yaş ortalamalarının $37,30 \pm 12,01$ (Min.=18,00-Maks.=65,00), kilo ortalamalarının $121,61 \pm 19,11$ (Min.=82,00-Maks.=173,00), boy ortalamalarının $163,74 \pm 9,88$ (Min.=143,00-Maks.=193,00), BKİ ortalamalarının $45,21 \pm 5,12$ (Min.=40,04-Maks.=64,40) olduğu bulundu.

Mann Whitney U testine göre kadın vakaların BKİ medyan değerlerinin, erkek vakaların BKİ medyan değerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p < 0,001$) bulundu.

Mann Whitney U testine göre erkek vakaların kilo, boy medyan değerlerinin, kadın vakaların kilo ($p < 0,001$) ve boy ($p < 0,001$) medyan değerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p < 0,001$) bulundu.

Ki-Kare Testine göre kadın ve erkek vakalar arasında meslek oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($p < 0,001$) bulundu.

Ki-Kare Testine göre erkek vakaların alkol kullanım oranlarının kadın vakaların alkol oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p = 0,010$) bulundu.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

		Tüm vakalar		Kadın		Erkek		
		n	%	n	%	n	%	X2 (p)
Cinsiyet	Kadın	78	74,3					
	Erkek	27	25,7					
Medeni durum	Bekar	32	30,5	20	25,6	12	44,4	0,309
	Evli	61	58,1	48	61,5	13	48,1	
	Boşanmış	7	6,7	6	7,7	1	3,7	
	Dul	5	4,8	4	5,1	1	3,7	
Eğitim durumu	Okuryazar	3	2,9	2	2,6	1	3,7	0,127
	İlköğretim	38	36,2	33	42,3	5	18,5	
	Lise	38	36,2	24	30,8	14	51,9	
	Üniversite	26	24,8	19	24,4	7	25,9	
Yaşam şekli	Yalnız	6	5,7	3	3,8	3	11,1	0,029
	Ebeveynleri ile	30	28,6	18	23,1	12	44,4	
	Eş ve çocukları ile	61	58,1	49	62,8	12	44,4	
	Diğer	8	7,6	8	10,3	0	0,0	
Kardeş sayısı	1,00	6	5,7	4	5,1	2	7,4	0,876
	2,00	34	32,4	24	30,8	10	37,0	
	3,00	32	30,5	24	30,8	8	29,6	
	4,00	15	14,3	11	14,1	4	14,8	
	5,00 ve üzeri	18	17,1	15	19,2	3	11,1	
Çocuk sayısı	0,00	40	38,1	25	32,1	15	55,6	0,276
	1,00	25	23,8	20	25,6	5	18,5	
	2,00	26	24,8	21	26,9	5	18,5	
	3,00	12	11,4	10	12,8	2	7,4	
	5,00	2	1,9	2	2,6	0	0,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	48	45,7	27	34,6	21	77,8	<0,001
	Çalışmıyor	11	10,5	6	7,7	5	18,5	
	Ev hanımı	34	32,4	34	43,6	0	0,0	
	Öğrenci	5	4,8	5	6,4	0	0,0	
	Emekli	7	6,7	6	7,7	1	3,7	
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	89	84,8	67	85,9	22	81,5	0,582
	Var	16	15,2	11	14,1	5	18,5	
Ailede psikiyatrik hastalık türü	Nevrotik	14	82,4	11	91,7	3	60,0	0,119
	Psikotik	3	17,6	1	8,3	2	40,0	
	Diğer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Ek tıbbi hastalık	Yok	50	47,6	35	44,9	15	55,6	0,338
	Var	55	52,4	43	55,1	12	44,4	
Hipotiroidi	Yok	91	86,7	65	83,3	26	96,3	0,088
	Var	14	13,3	13	16,7	1	3,7	
Tip 2 DM	Yok	73	69,5	55	70,5	18	66,7	0,708
	Var	32	30,5	23	29,5	9	33,3	
Hipertansiyon	Yok	87	82,9	66	84,6	21	77,8	0,416
	Var	18	17,1	12	15,4	6	22,2	
OSAS	Yok	102	97,1	77	98,7	25	92,6	0,100
	Var	3	2,9	1	1,3	2	7,4	
Diğer hastalık	Yok	90	85,7	67	85,9	23	85,2	0,927
	Var	15	14,3	11	14,1	4	14,8	
Sigara	Evet	38	36,2%	25	32,1	13	48,1	0,134
	Hayır	67	63,8%	53	67,9	14	51,9	
Alkol	Evet	21	20,0%	11	14,1	10	37,0	0,010
	Hayır	84	80,0%	67	85,9	17	63,0	
		Ort. ±SS.	Min.-Maks.	Med.	%25-75	Med.	%25-75	Z (p)
Yaş		37,30±12,01	18,00-65,00	38,00	26,00-47,00	34,00	28,00-45,00	0,543
Kilo		121,61±19,11	82,00-173,00	111,00	104,00-125,00	139,00	125,00-155,00	<0,001
Boy		163,74±9,88	143,00-193,00	160,00	154,00-164,00	175,00	170,00-180,00	<0,001
BKİ		45,21±5,12	40,04-64,40	43,84	41,10-47,60	42,90	40,40-47,70	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum, Med.=Medyan, z=Mann Whitney U testi, X2=Ki-Kare Testi

Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların psikiyatrik tanıları ise Tablo 4.2.'de incelenmiş olup, Ki-Kare Testine göre madde (p=0,554), tıknırcasına yeme bozukluğu (p=0,626), düşük sıklıkta bulimiya nevroza (p=0,554), düşük sıklıkta tıknırcasına yeme

bozukluğu (p=0,858), gece yeme sendromu (p=0,259), majör depresif bozukluk (p=0,871), distimi (p=0,793), şizofreni (p=0,428), panik bozukluk (p=0,083), yaygın anksiyete bozukluğu (p=0,267), diğer anksiyete bozuklukları (p=0,432), obsesif kompulsif bozukluk (p=0,765), travma sonrası stres bozukluğu (p=0,454), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (p=0,100), trikotilomani (p=0,072), aralıklı patlayıcı bozukluk (p=0,257), uyum bozukluğu (p=0,973), özgül fobi (p=0,427), diğer bozukluklar (p=0,935) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.2. Katılımcıların komorbid psikiyatrik tanıları

		Tüm Vakalar		Kadın		Erkek		p
		n	%	n	%	n	%	
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	yok	102	97,1	77	98,7	25	92,6	0,100
	var	3	2,9	1	1,3	2	7,4	
Şizofreni	yok	103	98,1	77	98,7	26	96,3	0,428
	var	2	1,9	1	1,3	1	3,7	
Majör depresif bozukluk	yok	79	75,2	59	75,6	20	74,1	0,871
	var	26	24,8	19	24,4	7	25,9	
Süregiden depresif bozukluk (distimi)	yok	91	86,7	68	87,2	23	85,2	0,793
	var	14	13,3	10	12,8	4	14,8	
Özgül fobi	yok	97	92,4	73	93,6	24	88,9	0,427
	var	8	7,6	5	6,4	3	11,1	
Panik bozukluk	yok	97	92,4	70	89,7	27	100,0	0,083
	var	8	7,6	8	10,3	0	0,0	
Yaygın anksiyete bozukluğu	yok	77	73,3	55	70,5	22	81,5	0,267
	var	28	26,7	23	29,5	5	18,5	
Diğer anksiyete bozuklukları	yok	95	90,5	69	88,5	26	96,3	0,432
	var	10	9,5	9	11,5	1	3,7	
Obsesif kompulsif bozukluk	yok	100	95,2	74	94,9	26	96,3	0,765
	var	5	4,8	4	5,1	1	3,7	
Trikotilomani	yok	100	95,2	76	97,4	24	88,9	0,072
	var	5	4,8	2	2,6	3	11,1	
Travma sonrası stres bozukluğu	yok	100	95,2	75	96,2	25	92,6	0,454
	var	5	4,8	3	3,8	2	7,4	
Uyum bozukluğu	yok	101	96,2	75	96,2	26	96,3	0,973
	var	4	3,8	3	3,8	1	3,7	
Diğer bozukluklar	yok	85	81,0	63	80,8	22	81,5	0,935
	var	20	19,0	15	19,2	5	18,5	

Tıkınırcasına yeme bozukluğu	yok	58	55,2	42	53,8	16	59,3	0,626
	var	47	44,8	36	46,2	11	40,7	
Gece yeme sendromu	yok	75	71,4	58	74,4	17	63,0	0,259
	var	30	28,6	20	25,6	10	37,0	
Düşük sıklıkta bulimiya nervoza	yok	104	99,0	77	98,7	27	100,0	0,554
	var	1	1,0	1	1,3	0	0,0	
Düşük sıklıkta tıkınırcasına yeme bozukluğu	yok	98	93,3	73	93,6	25	92,6	0,858
	var	7	6,7	5	6,4	2	7,4	
Aralıklı patlayıcı bozukluk	yok	101	96,2	76	97,4	25	92,6	0,257
	var	4	3,8	2	2,6	2	7,4	
Madde kullanım bozukluğu	var	1	1,0	1	1,3	0	0,0	0,554
	yok	104	99,0	77	98,7	27	100,0	

X²=Ki-Kare Testi

Araştırmaya katılan herhangi bir yeme bozukluğuna sahip olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.3.'de gösterilmiştir. Ki-Kare Testine göre yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında cinsiyet ($X^2=0,87$, $p=0,350$), medeni durum ($X^2=1,64$, $p=0,651$), eğitim ($X^2=1,25$, $p=0,741$), kiminle yaşadığı ($X^2=3,73$, $p=0,292$), çocuk sayısı ($X^2=2,70$, $p=0,610$), meslek ($X^2=4,30$, $p=0,367$), ailede psikiyatrik hastalık ($X^2=0,06$, $p=0,805$), ailede psikiyatrik hastalık türü ($X^2=0,28$, $p=0,600$), ek tıbbi hastalık ($X^2=0,37$, $p=0,545$), hipotiroidi ($X^2=1,02$, $p=0,312$), tip 2 diyabet ($X^2=1,56$, $p=0,212$), hipertansiyon ($X^2=0,11$, $p=0,741$), OSAS ($X^2=0,07$, $p=0,785$), diğer hastalık ($X^2=0,42$, $p=0,517$), sigara ($X^2=0,05$, $p=0,816$), alkol ($X^2=2,85$, $p=0,092$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Ki-Kare testine göre yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında kardeş sayısı oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($X^2=9,69$, $p=0,046$) bulundu.

Bağımsız Gruplar t testine göre yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında yaş ($t=1,32$, $p=0,191$), kilo ($t=-0,05$, $p=0,957$), boy ($t=0,28$, $p=0,779$) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Mann Whitney U testine göre yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında BKİ medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($Z=-0,05$, $p=0,958$) bulundu.

Tablo 4.3. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yeme bozuklukları tanısına göre karşılaştırılması

		Yeme bozukluğu (+)		Yeme bozukluğu (-)			
		n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	44	71,0	34	79,1	0,87	0,350
	Erkek	18	29,0	9	20,9		
Medeni durum	Bekar	21	33,9	11	25,6	1,64	0,651
	Evli	33	53,2	28	65,1		
	Boşanmış	5	8,1	2	4,7		
	Dul	3	4,8	2	4,7		
Eğitim	Okuryazar	2	3,2	1	2,3	1,25	0,741
	İlköğretim	23	37,1	15	34,9		
	Lise	24	38,7	14	32,6		
	Üniversite	13	21,0	13	30,2		
Yaşam şekli	Yalnız	3	4,8	3	7,0	3,73	0,292
	Ebeveynleri ile	19	30,6	11	25,6		
	Eş ve çocukları ile	33	53,2	28	65,1		
	Diğer	7	11,3	1	2,3		
Kardeş sayısı	1,00	1	1,6	5	11,6	9,69	0,046
	2,00	25	40,3	9	20,9		
	3,00	19	30,6	13	30,2		
	4,00	6	9,7	9	20,9		
	5,00 ve üzeri	11	17,7	7	16,3		
Çocuk sayısı	1,00	26	41,9	14	32,6	2,70	0,610
	1,00	16	25,8	9	20,9		
	2,00	14	22,6	12	27,9		
	3,00	5	8,1	7	16,3		
	5,00	1	1,6	1	2,3		
Çalışma durumu	Çalışıyor	27	43,5	21	48,8	4,30	0,367
	Çalışmıyor	6	9,7	5	11,6		
	Ev hanımı	19	30,6	15	34,9		
	Öğrenci	5	8,1	0	0,0		
	Emekli	5	8,1	2	4,7		
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	53	85,5	36	83,7	0,06	0,805
	Var	9	14,5	7	16,3		
Ailede psikiyatrik hastalık türü	Nevrotik	7	77,8	7	87,5	0,28	0,600
	Psikotik	2	22,2	1	12,5		
	Diğer	0	0,0	0	0,0		
Ek tıbbi hastalık	Yok	28	45,2	22	51,2	0,37	0,545
	Var	34	54,8	21	48,8		
Hipotiroidi	Yok	52	83,9	39	90,7	1,02	0,312
	Var	10	16,1	4	9,3		
DM	Yok	46	74,2	27	62,8	1,56	0,212
	Var	16	25,8	16	37,2		
Hipertansiyon	Yok	52	83,9	35	81,4	0,11	0,741
	Var	10	16,1	8	18,6		
OSAS	Yok	60	96,8	42	97,7	0,07	0,785
	Var	2	3,2	1	2,3		
Diğer tıbbi hastalıklar	Yok	52	83,9	38	88,4	0,42	0,517
	Var	10	16,1	5	11,6		
Sigara kullanımı	Var	23	37,1	15	34,9	0,05	0,816
	Yok	39	62,9	28	65,1		
Alkol kullanımı	Var	9	14,5	12	27,9	2,85	0,092
	Yok	53	85,5	31	72,1		
		Ort./Med.	SS./%25-75	Ort./Med.	SS./%25-75	Analiz	P
Yaş		36,02	12,55	39,14	11,06	t=1,32	0,191
Kilo		121,69	19,75	121,49	18,39	t=-0,05	0,957
Boy		163,52	10,55	164,07	8,93	t=0,28	0,779
BKİ		43,64	41,10-47,60	43,93	40,90-47,70	Z=-0,05	0,958

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum, X²=Ki-Kare Testi, t=Bağımsız Gruplar t testi, Med.=Medyan, Z=Mann Whitney U testi

Yeme bozukluğu olan ve olmayan hastaların psikiyatrik tanılara göre karşılaştırılması Tablo 4.4.'de sunulmuştur. Ki-Kare Testine göre yeme bozukluğu olan vakaların distimi ve yaygın anksiyete bozukluğu oranlarının, yeme bozukluğu olmayan

vakaların distimi ($X^2=4,75$, $p=0,029$) ve yaygın anksiyete bozukluğu ($X^2=4,02$, $p=0,045$) oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4.4. Yeme bozuklukları tanısına göre psikiyatrik tanıların karşılaştırılması

		Yeme bozukluğu (+)		Yeme bozukluğu (-)		X ²	p
		n	%	n	%		
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	yok	59	95,2	43	100,0	2,14	0,143
	var	3	4,8	0	0,0		
Şizofreni	yok	62	100,0	41	95,3	2,94	0,086
	var	0	0,0	2	4,7		
Major depresif bozukluk	Yok	44	71,0	35	81,4	1,48	0,223
	Var	18	29,0	8	18,6		
Süregiden depresif bozukluk (distimi)	yok	50	80,6	41	95,3	4,75	0,029
	var	12	19,4	2	4,7		
Özgül fobi	yok	59	95,2	38	88,4	1,66	0,197
	var	3	4,8	5	11,6		
Panik bozukluk	yok	57	91,9	40	93,0	0,04	0,836
	var	5	8,1	3	7,0		
Yaygın anksiyete bozukluğu	yok	41	66,1	36	83,7	4,02	0,045
	var	21	33,9	7	16,3		
Diğer anksiyete bozuklukları	yok	55	88,7	40	93,0	0,55	0,459
	var	7	11,3	3	7,0		
Obsesif kompulsif bozukluk	yok	58	93,5	42	97,7	0,95	0,329
	var	4	6,5	1	2,3		
Trikotilomani	yok	57	91,9	43	100,0	3,64	0,056
	var	5	8,1	0	0,0		
Travma sonrası stres bozukluğu	yok	57	91,9	43	100,0	3,64	0,056
	var	5	8,1	0	0,0		
Uyum bozukluğu	yok	59	95,2	42	97,7	0,44	0,508
	var	3	4,8	1	2,3		
Diğer bozukluklar	yok	47	75,8	38	88,4	2,60	0,107
	var	15	24,2	5	11,6		
Aralıklı patlayıcı bozukluk	yok	60	96,8	41	95,3	0,14	0,708
	var	2	3,2	2	4,7		
Madde kullanım bozukluğu	Var	1	1,6	0	0,0	0,70	0,403
	Yok	61	98,4	43	100,0		

X²=Ki-Kare Testi

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.5’de verilmiştir. Ki-Kare Testine göre tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında cinsiyet ($X^2=0,24$, $p=0,626$), medeni durum ($X^2=1,31$, $p=0,726$), eğitim ($X^2=4,32$, $p=0,229$), kiminle yaşadığı ($X^2=1,22$, $p=0,748$), kardeş sayısı ($X^2=8,74$, $p=0,068$), çocuk sayısı ($X^2=06,30$, $p=0,178$), meslek ($X^2=0,47$, $p=0,977$), ailede psikiyatrik hastalık ($X^2=0,40$, $p=0,526$), ailede psikiyatrik hastalık türü ($X^2=0,01$, $p=0,938$), ek tıbbi hastalık ($X^2=0,88$, $p=0,349$), hipotiriodi ($X^2=2,49$, $p=0,115$), DM ($X^2=0,32$, $p=0,572$), hipertansiyon ($X^2=0,00$, $p=0,976$), OSAS ($X^2=0,16$, $p=0,686$), diğer hastalık ($X^2=0,16$, $p=0,686$), sigara ($X^2=0,67$,

p=0,412), alkol (X²=2,78, p=0,095) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Bağımsız Gruplar t testine göre tıkanırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında yaş (t=0,91, p=0,364), kilo (t=0,27, p=0,786), boy (t=1,54, p=0,127) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Mann Whitney U testine göre tıkanırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında BKİ medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği (Z=-1,06, p=0,291) bulundu.

Tablo 4.5. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin tıkanırcasına yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması

		TYB (+)		TYB (-)			
		n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	36	76,6	42	72,4	0,24	0,626
	Erkek	11	23,4	16	27,6		
Medeni durum	Bekar	15	31,9	17	29,3	1,31	0,726
	Evli	25	53,2	36	62,1		
	Boşanmış	4	8,5	3	5,2		
	Dul	3	6,4	2	3,4		
Eğitim durumu	Okuryazar	1	2,1	2	3,4	4,32	0,229
	İlköğretim	22	46,8	16	27,6		
	Lise	15	31,9	23	39,7		
	Üniversite	9	19,1	17	29,3		
Yaşam şekli	Yalnız	3	6,4	3	5,2	1,22	0,748
	Ebeveynleri ile	13	27,7	17	29,3		
	Eş ve çocukları ile	26	55,3	35	60,3		
	Diğer	5	10,6	3	5,2		
Kardeş sayısı	1,00	0	0,0	6	10,3	8,74	0,068
	2,00	18	38,3	16	27,6		
	3,00	13	27,7	19	32,8		
	4,00	5	10,6	10	17,2		
	5,00 ve üzeri	11	23,4	7	12,1		
Çocuk sayısı	0,00	17	36,2	23	39,7	6,30	0,178
	1,00	15	31,9	10	17,2		
	2,00	12	25,5	14	24,1		
	3,00	2	4,3	10	17,2		
	5,00	1	2,1	1	1,7		
Çalışma durumu	Çalışıyor	22	46,8	26	44,8	0,47	0,977
	Çalışmıyor	4	8,5	7	12,1		
	Ev hanımı	16	34,0	18	31,0		
	Öğrenci	2	4,3	3	5,2		
	Emekli	3	6,4	4	6,9		
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	41	87,2	48	82,8	0,40	0,526
	Var	6	12,8	10	17,2		
Ailede psikiyatrik hastalık türü	Nevrotik	5	83,3	9	81,8	0,01	0,938
	Psikotik	1	16,7	2	18,2		
	Diğer	0	0,0	0	0,0		
Ek tıbbi hastalık	Yok	20	42,6	30	51,7	0,88	0,349
	Var	27	57,4	28	48,3		
Hipotiroidi	Yok	38	80,9	53	91,4	2,49	0,115
	Var	9	19,1	5	8,6		
DM	Yok	34	72,3	39	67,2	0,32	0,572
	Var	13	27,7	19	32,8		
Hipertansiyon	Yok	39	83,0	48	82,8	0,00	0,976
	Var	8	17,0	10	17,2		
OSAS	Yok	46	97,9	56	96,6	0,16	0,686
	Var	1	2,1	2	3,4		
Diğer hastalık	Yok	41	87,2	49	84,5	0,16	0,686
	Var	6	12,8	9	15,5		
Sigara kullanımı	Var	15	31,9	23	39,7	0,67	0,412
	Yok	32	68,1	35	60,3		
Alkol kullanımı	Var	6	12,8	15	25,9	2,78	0,095
	Yok	41	87,2	43	74,1		

	Ort./Med.	SS./%25-75	Ort./Med.	SS./%25-75	Analiz	
Yaş	36,11	12,19	38,26	11,88	t=0,91	0,364
Kilo	121,04	20,11	122,07	18,43	t=0,27	0,786
Boy	162,11	10,45	165,07	9,26	t=1,54	0,127
BKİ	45,10	41,10-47,70	43,38	40,83-46,80	Z=-1,06	0,291

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum, X2=Ki-Kare Testi, t=Bağımsız Gruplar t testi, Med.=Medyan, Z=Mann Whitney U testi

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.5’de verilmiştir. Ki-Kare Testine göre tıkınırcasına yeme bozukluğu olan vakaların gece yeme sendromu, yaygın anksiyete bozukluğu, distimi, travma sonrası stres bozukluğu, trikotilomani oranlarının, tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların gece yeme sendromu ($X^2=13,87$, $p<0,001$), yaygın anksiyete bozukluğu ($X^2=5,87$, $p=0,015$), travma sonrası stres bozukluğu ($X^2=6,48$, $p=0,011$), distimi ($X^2=4,65$, $p=0,031$), trikotilomani ($X^2=6,48$, $p=0,011$) oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Ki-Kare Testine göre tıkınırcasına yeme bozukluğu olan vakaların düşük sıklıkta tıkınırcasına yeme bozukluğu oranlarının, tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların düşük sıklıkta tıkınırcasına yeme bozukluğu oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($X^2=6,08$, $p=0,014$) bulundu.

Tablo 4.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması

		TYB (+)		TYB (-)		X2	p
		n	%	n	%		
Dikkat eksikliği ve hiperaktiviteyönte bozukluğu	yok	44	93,6	58	100,0	3,81	0,051
	var	3	6,4	0	0,0		
Şizofreni	yok	47	100,0	56	96,6	1,65	0,199
	var	0	0,0	2	3,4		
Major depresif bozukluk	yok	34	72,3	45	77,6	0,38	0,536
	var	13	27,7	13	22,4		
Süregiden depresif bozukluk (distimi)	yok	37	78,7	54	93,1	4,65	0,031
	var	10	21,3	4	6,9		
Özgül fobi	yok	45	95,7	52	89,7	1,37	0,242
	var	2	4,3	6	10,3		
Panik bozukluk	yok	43	91,5	54	93,1	0,10	0,757
	var	4	8,5	4	6,9		
Yaygın anksiyete bozukluğu	yok	29	61,7	48	82,8	5,87	0,015
	var	18	38,3	10	17,2		
Diğer anksiyete bozuklukları	yok	42	89,4	53	91,4	0,12	0,726
	var	5	10,6	5	8,6		
Obsesif kompulsif bozukluk	yok	45	95,7	55	94,8	0,05	0,826
	var	2	4,3	3	5,2		
Trikotilomani	yok	42	89,4	58	100,0	6,48	0,011
	var	5	10,6	0	0,0		
Travma sonrası stres bozukluğu	yok	42	89,4	58	100,0	6,48	0,011
	var	5	10,6	0	0,0		
Uyum bozukluğu	yok	44	93,6	57	98,3	1,54	0,215

	var	3	6,4	1	1,7		
Diğer bozukluklar	yok	35	74,5	50	86,2	2,32	0,128
	var	12	25,5	8	13,8		
Gece yeme sendromu	yok	25	53,2	50	86,2	13,87	<0,001
	var	22	46,8	8	13,8		
Düşük sıklıkta bulimiya nervoza	yok	46	97,9	58	100,0	1,25	0,264
	var	1	2,1	0	0,0		
Düşük sıklıkta tıkınırcasına yeme bozukluğu	yok	47	100,0	51	87,9	6,08	0,014
	var	0	0,0	7	12,1		
Aralıklı patlayıcı bozukluk	yok	47	100,0	54	93,1	3,37	0,066
	var	0	0,0	4	6,9		
Madde kullanım bozukluğu	var	1	2,1	0	0,0	1,25	0,264
	yok	46	97,9	58	100,0		

X²=Ki-Kare Testi

Araştırmaya katılan tüm vakaların ortalama Atıştırma Davranışı Ölçeği(ADÖ) ve MMPI skorları Tablo 4.7.'de verilmiş olup, TYB olan ve olmayan vakalardaki ADÖ skorları Tablo 4.8.'de, TYB olan ve olmayan vakalardaki MMPI skorları ise Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Tüm vakalarda ADÖ ve MMPI skorları

	Ort.	SS.	Minimum	Maximum
ADÖ	23,12	19,09	,00	72,00
MMPI_L	53,10	10,50	30,00	78,00
MMPI_F	49,04	11,52	32,00	98,00
MMPI_K	52,26	11,37	30,00	82,00
MMPI-Hs	55,98	10,41	39,00	95,00
MMPI-D	52,21	9,47	36,00	94,00
MMPI-Hy	53,50	11,54	30,00	88,00
MMPI-Pd	52,11	10,96	33,00	86,00
MMPI-Mf	45,17	10,30	21,00	70,00
MMPI-Pa	48,89	10,23	31,00	85,00
MMPI-Pt	50,80	8,92	36,00	76,00
MMPI-Sc	47,70	10,62	32,00	84,00
MMPI-Ma	50,40	10,40	30,00	82,00
MMPI-Si	51,83	9,99	27,00	79,00

Tablo 4.8. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına göre ADÖ değerlerinin karşılaştırılması

	TYB (+)		TYB (-)		Z	p
	Med.	%25-75	Med.	%25-75		
ADÖ	33,00	20,00-46,00	10,00	6,00-14,00	-5,78	<0,001

Med.=Medyan, Z=Mann Whitney U testi, ADÖ=Atıştırma Davranış Ölçeği

Mann Whitney U testine göre tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların ADÖ medyan değerlerinin, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların ADÖ medyan değerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-5,78$, $p<0,001$) bulundu.

Tablo 4.9. ADÖ ile yaş ve kilo özellikleri arasındaki ilişki.

		TYB (-) (ADÖ)	TYB (+) (ADÖ)
Yaş	r	- 0,037	- 0,328*
	p	0,785a	0,024b
BKİ	r	- 0,140	- 0,104
	p	0,295a	0,486a
Kardeş sayısı	r	-0,231	-0,045
	p	0,081a	0,764a
Çocuk sayısı	r	0,025	-0,152
	p	0,853a	0,307a

a=Spearman Korelasyon Analizi, b=Pearson Korelasyon Analizi

Pearson ve Spearman Korelasyon Analizlerine göre vakaların yaş, BKİ, kardeş sayısı, çocuk sayısı değerleri ile ADÖ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede bir ilişki bulunamadı.

Tablo 4.10. Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına göre MMPI profillerinin karşılaştırılması

	TYB (+)		TYB (-)		Analiz	p
	Ort./Med	SS./%25-75	Ort./Med	SS./%25-75		
MMPI -L	50,94	10,93	54,86	9,89	t=1,93	0,056
MMPI -F	50,00	44,00-55,00	46,00	42,00-51,00	Z=-1,75	0,075
MMPI -K	48,85	10,56	55,02	11,34	t=2,86	0,005
MMPI -HS	52,00	48,00-60,00	57,50	50,00-65,00	Z=-1,99	0,047
MMPI -D	50,00	45,00-56,00	51,00	46,00-56,00	Z=-0,37	0,710
MMPI -HY	51,32	10,06	55,28	12,41	t=1,77	0,080
MMPI -PD	51,96	11,08	52,24	10,95	t=0,13	0,896
MMPI -MF	42,85	11,14	47,05	9,25	t=2,11	0,037
MMPI -PA	50,00	43,00-55,00	48,00	40,00-51,00	Z=-1,68	0,093
MMPI -PT	51,66	8,80	50,10	9,04	t=-0,89	0,377
MMPI -SC	43,00	42,00-54,00	44,50	41,00-52,00	Z=-0,37	0,715
MMPI -MA	50,94	10,29	49,97	10,56	t=-0,47	0,637
MMPI -Sİ	53,00	9,95	50,88	10,01	t=-1,08	0,282

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Med.=Medyan, t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi

Mann Whitney U testine göre tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların MMPI -HS medyan değerlerinin, tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların MMPI -HS medyan değerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-1,99$, $p=0,047$) bulundu.

Bağımsız Gruplar t testine göre tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların MMPI –K, MMPI -MF ortalamalarının, tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların MMPI –K ($t=2,86$, $p=0,005$), MMPI -MF ($t=2,11$, $p=0,037$) ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4.11. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların yaş, boy, kilo, BKİ, ADÖ ve MMPI profilleri ile ilişki

		Yaş	BKİ	ADÖ
MMPI-L	r	- 0,243	0,291*	- 0,113
	p	0,099a	0,047b	0,449a
MMPI-F	r	0,223	0,157	- 0,084
	p	0,131b	0,293b	0,575b
MMPI-K	r	- 0,216	0,073	- 0,056
	p	0,144a	0,626b	0,710a
MMPI-Hs	r	0,045	0,010	0,015
	p	0,762a	0,949b	0,918a
MMPI-D	r	0,247	- 0,022	0,073
	p	0,094a	0,881b	0,627a
MMPI-Hy	r	0,097	- 0,087	0,027
	p	0,516a	0,561b	0,856a
MMPI-Pd	r	0,019	- 0,009	- 0,039
	p	0,902a	0,954b	0,793a
MMPI-Mf	r	0,407**	0,188	0,146
	p	0,005a	0,206b	0,327a
MMPI-Pa	r	0,101	- 0,037	0,017
	p	0,499a	0,807b	0,911a
MMPI-Pt	r	0,151	0,045	0,269
	p	0,311a	0,766b	0,067a
MMPI-Sc	r	0,183	0,073	0,056
	p	0,219b	0,625b	0,708b
MMPI-Ma	r	0,015	- 0,193	- 0,055
	p	0,922a	0,194b	0,713a
MMPI-Si	r	0,436**	0,150	- 0,041
	p	0,002a	0,316b	0,783a

a=Pearson Korelasyon Analizi, b=Spearman Korelasyon Analizi

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların yaş değerleri ile MMPI-Mf ($r=0,407$, $p=0,005$), MMPI-Si ($r=0,436$, $p=0,002$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan vakalar arasında yapılan Spearman Korelasyon Analizine göre vakaların BKİ değerleri ile MMPI-L skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,291$, $p=0,047$) bulundu.

Tablo 4.12. Tıkınırcasına yeme bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler (Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon)

	B	SH	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	-,02	,02	,84	1	0,360	0,99	0,95	1,02
BKİ	,04	,04	1,12	1	0,290	1,04	0,97	1,13
Gece yeme sendromu ¹	-1,71	,48	12,61	1	<0,001	0,18	0,07	0,47
Distimi ¹	-1,29	,63	4,24	1	0,040	0,27	0,08	0,94
Yaygın anksiyete bozukluğu ¹	-1,09	,46	5,65	1	0,017	0,34	0,14	0,83
ADÖ	,08	,02	23,37	1	<0,001	1,08	1,05	1,11

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi.

¹ 0:yok, 1:var, (referans kategori:1)

Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, gece yeme sendromu (OR=0,18, GA;0,07-0,47, $p<0,001$), distimi, (OR=0,27, GA;0,08-0,94, $p=0,040$) ve yaygın anksiyete bozukluğu (OR=0,34, GA;0,14-0,83, $p=0,017$) varlığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak tıkınırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile ilişkili bulundu.

Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre yüksek ADÖ skorları tıkınırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile istatistiksel açıdan anlamlı olarak ilişkili bulundu (OR: 1,08, GA;1,05-1,11, $p<0,001$); ADÖ skorlarında 1 birimlik artış tıkınırcasına yeme bozukluğu riskini 1,08 kat artırmakta olduğu bulundu.

Tablo 4.13. Tıkınırcasına yeme bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler (Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon)

	B	SH	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	0,01	0,03	0,22	1	0,643	1,01	0,96	1,07
BKİ	0,13	0,06	4,09	1	0,043	1,13	1,00	1,28
Gece yeme sendromu ¹	-0,44	0,73	0,36	1	0,546	0,64	0,15	2,70
Distimi ¹	-1,97	1,03	3,66	1	0,056	0,14	0,02	1,05
Yaygın anksiyete bozukluğu ¹	-2,56	0,85	9,08	1	0,003	0,08	0,02	0,41
ADÖ	0,11	0,02	21,47	1	<0,001	1,11	1,06	1,17

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Nagelkerke R²=0,67, X²=72,32, p<0,001, Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi.

¹ 0:yok, 1:var, (referans kategori:1)

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı (OR=0,08, GA;0,02-0,41, p=0,003), ADÖ skorları (OR: 1.11, GA;1,06 – 1,17, p<0,001) ve BKİ' nin (OR: 1,03, GA;1,00 – 1,28, p=0,043) tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısının/varlığının bağımsız yordayıcıları olduğu saptandı. Buna göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, artmış BKİ ve yüksek ADÖ skorları tıkınırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile ilişkili saptandı.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 105 hasta değerlendirilmiş olup, tüm vakaların sosyodemografik, klinik özellikleri ve psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Sonrasında yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar sosyodemografik klinik özellikleri ve psikiyatrik tanıları açısından karşılaştırılmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar ise sosyodemografik ve klinik özellikleri, psikiyatrik tanıları, ADÖ ve MMPI skorları açısından karşılaştırılmış olup, TYB riskini artırmada etkili olan değişkenler incelenmiştir.

5.1 Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Çalışmamızda bariatrik cerrahiye başvuran adaylardan 78'i (%74,3) kadın, 27'si (%25,7) erkekti. 65 363 kişi ile yapılan 68 çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında kadınların oranı %70 ile %80 olarak belirtilmiştir (89). Almanya'da yapılan bir çalışmada bu oran %71,9 kadın, %28,1 erkek olarak belirtilmiş olup çalışmamızla uyumludur (149). Kadınlar ve erkekler arasında ciddi obezite prevalans oranlarında belirgin bir fark olmamasına rağmen, bariatrik cerrahi adayları ağırlıklı olarak kadındır ve bu akademik literatürde şimdiye kadar açıklanan tüm örneklerde homojen bir bulgudur.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının yaş ortalaması $37,30 \pm 12,01$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç, Erlangen çalışması, Kalarchian ve arkadaşlarının çalışması, Rosenberger ve arkadaşlarının çalışması ve Mauri ve arkadaşlarının çalışması ile karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda yaş ortalamaları sırasıyla 38,7, 46,6, 42,9 ve 42,1 olarak rapor edilmiştir (97, 149, 150, 151).

Beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması ise çalışmamızda $45,21 \pm 5,12$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç, Erlangen çalışması, Kalarchian ve arkadaşlarının çalışması ve Rosenberger ve arkadaşlarının çalışması ile karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda BKİ ortalamaları sırasıyla 49,3, 52,2 ve 50,2 olarak belirtilmiştir (93, 139, 140).

Bu bulgular, çalışmamızdaki bariatrik cerrahi adaylarının yaş ve BKİ ortalamalarının, diğer çalışmalardaki bariatrik cerrahi adaylarının yaş ve BKİ ortalamalarıyla benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu benzerlik, farklı

araştırmaların farklı yerlerde ve popölasyonlarda benzer sonuçlar elde etmesiyle desteklenmektedir.

Çalışmamızda, bariatrik cerrahi adaylarının medeni durumlarına ilişkin veriler değerlendirildiğinde katılımcıların 61'i evli (%58,1), 32'si bekar (%30,5), 7'si boşanmış (%6,7) ve 5'i dul (%4,8) olarak belirlendi. Önceki bir çalışmada bariatrik cerrahiye başvuran adayların %17,8'inin bekar, %16,4'ünün ilişki içinde, %51,4'ünün evli, %8,2'sinin boşanmış olduğu tespit edilmiştir (149). Başka bir çalışmada ise adayların %51,1'inin evli, %25,4'ünün bekar, %16,5'inin ayrı/boşanmış ve %6,6'sının dul olduğu bildirilmiştir (152). Bu veriler, araştırmamızdaki bulguların, benzer araştırmalardaki medeni durumu dağılımlarıyla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının eğitim düzeyi incelendiğinde, 3 (%2,9) kişinin okuryazar, 38 (%36,2) kişinin ilköğretim mezunu, 38 (%36,2) kişinin lise mezunu ve 26 (%24,8) kişinin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görölmüştür. Bu bulguları değerlendirdiğimizde, çalışmamızdaki bariatrik cerrahi adaylarının eğitim düzeyinin İtalya'da yapılan bir çalışmadaki bariatrik cerrahi adaylarının eğitim düzeyiyle benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz. İtalya'daki çalışmada, adayların %15,1'inin ilköğretim düzeyinde, %34,4'ünün lise düzeyinde eğitim aldığı ve %50,52'sinin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (121). Türkiye'deki genel nüfusa ilişkin TÜİK verilerine baktığımızda, 2021 yılında ölkemizdeki nüfusun %22,5'inin ilkokul mezunu, %25'inin ilköğretim, ortaokul veya dengi okul mezunu, %22,4'ünün lise mezunu ve %17,6'sının yükseköğretim mezunu olduğu ifade edilmiştir (153). Bu verilere göre, çalışmamızdaki bariatrik cerrahi adaylarının eğitim düzeyinin, genel nüfusa kıyasla lise ve üniversite düzeyinde daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bu durum, bariatrik cerrahiye başvuranların genellikle daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğunu, bunun da bilgi ve beceri gerektiren zorlu bir tedavi süreci hakkındaki farkındalık ve tedavi motivasyonun daha yüksek olması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bariatrik cerrahiye başvuranlarda eğitim ve farkındalık ilişkisini inceleyen ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının yaşam düzeni incelendiğinde, 6 (%5,7) kişinin yalnız yaşadığı, 30 (%28,6) kişinin ebeveynleriyle birlikte yaşadığı, 61 (%58,1) kişinin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ve 8 (%7,6) kişinin diğer (ev arkadaşi, uzak akraba vb.) ile birlikte yaşadığı görölmüştür. Bu bulguları cinsiyet bazında değerlendirdiğimizde, kadınların %3,8'inin yalnız yaşadığı, %62,8'inin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %23,1'inin ise anne, baba ve kardeşiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Erkeklerin ise %11,1'inin yalnız yaşadığı, %44,4'ünün eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %44,4'ünün ise anne, baba ve kardeşiyle birlikte yaşadığı görölmüştür. Bu sonuçlar, başka

bir çalışmadaki bariatrik cerrahi adaylarının yaşam düzeniyle benzerlik göstermektedir. Örneğın, başka bir çalışmada, kadınların %10,2'sinin yalnız yaşadığı, %73,1'inin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %16,7'sinin ise anne, baba ve kardeşiyle yaşadığı görölmüştür. Erkeklerin ise %8,2'sinin yalnız yaşadığı, %63,3'ünün eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %28,6'sının ise anne, baba ve kardeşiyle yaşadığı belirtilmiştir (154). Bu verilere dayanarak, çalışmamızdaki bariatrik cerrahi adaylarının yaşam düzeninin, literatürdeki benzer çalışmalardaki yaşam düzeni dağılımlarıyla uyumlu olduğunu söyleyebiliriz. Yalnız yaşama oranının düşük olduğu ve çoğunlukla eş ve çocuklarıyla birlikte yaşama tercih edildiği görölmektedir. Bariatrik cerrahi adaylarının sıklıkla bir aile içerisinde bulunmasının sürece sağladığı katkıların incelenmesi tedavi süreçlerine yön verebilir.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde, 40 (%38,1) kişinin çocuğunun olmadığı, 25'inin (%23,8) bir çocuğı olduğu, 26'sının (%24,8) iki çocuğı olduğu, 12'sinin (%11,4) üç çocuğı olduğu ve 2'sinin (%1,19) dört veya daha fazla çocuğı olduğu görölmüştür. Bu bulguları başka bir çalışmanın sonuçlarıyla karşılaştırdığımızda, benzer eğilimler olduğunu söyleyebiliriz. Örneğın, başka bir çalışmada, %34,9'unun çocuğunun olmadığı, %15,4'ünün bir çocuğı olduğu, %28,6'sının iki çocuğı olduğu, %13,1'inin üç çocuğı olduğu ve %8,0'inin dört veya daha fazla çocuğı olduğu belirtilmiştir (23). Bu sonuçlar, Kısıtlı sayıdaki literatür bilgisi ile uyumlu olan sonuçlarımız çocuk sahibi olmayanların ve az sayıda çocuk sahibi olanların oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Nedensellik ilişkisi ve ilişkili farkörlerin incelenmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının kardeş sayıları incelendiğinde, 6 (%5,7) kişinin tek çocuk olduğu, 34'ünün (%32,4) iki kardeşi olduğu, 32'sinin (%30,5) üç kardeşi olduğu, 15'inin (%14,3) dört kardeşi olduğu ve 18'inin (%17,1) beş veya daha fazla kardeşi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçları, obezlerle yapılan bir başka çalışmanın bulgularıyla karşılaştırdığımızda, benzer eğilimler gözlemlenmektedir. Örneğın, obez öğrencilerle yapılan bir çalışmada, tek çocuk olanların oranının %12,9, iki kardeş olanların oranının % 41,4, üç kardeş olanların oranının % 28,1ve dört kardeş ve üzeri olanların oranının % 17,5 olduğu belirtilmiştir (155). Bu veriler, çalışmamızdaki bariatrik cerrahi adaylarının kardeş sayılarının, obez bireylerle yapılan çalışmalardaki kardeş sayılarıyla benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle iki kardeş sahibi olma oranının yüksek olduğu görölmektedir. Kardeş sayısı ve obezite ilişkisi ve ayrıca bariatrik cerrahiye başvurma ile ilişkisinin ortaya konması için daha ayrıntılı incelemeye ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının %45,7'sinin bir işte aktif olarak çalıştığı, %10,5'inin çalışmadığı, %32,4'ünün ev hanımı olduğu, %4,8'inin öğrenci olduğu ve %6,7'sinin emekli olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de bariatrik cerrahi adaylarıyla yapılan bir başka çalışmada, adayların %52,1'inin çalıştığı, %31,3'ünün çalışmadığı ve %16,6'sının öğrenci olduğu belirtilmiştir (57). Elde ettiğimiz veriler, literatürde yer alan çalışmalarla uyumlu olduğunu göstermektedir. Çalışma hayatının içinde olanların bariatrik cerrahiye daha sık başvurmasında, iş hayatında obezite ile ilgili yaşanan zorluklar, tedavi sonrasına dair mesleki motivasyonlar ve sosyal sigorta sisteminden faydalanabiliyor olma gibi unsurlar etkili olabilir. Ayrıca, çalışmamızda aktif olarak çalışan erkek sayısının kadın sayısına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılık, cinsiyetler arasında çalışma durumu konusunda önemli bir ayrım olduğunu göstermektedir. Bu konuda daha fazla araştırma yapılması ve farklı etmenlerin göz önünde bulundurulması gerekir.

Çalışmamızda bariatrik cerrahiye başvuran adayların 16'sında (%15,2) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü varken, bu hastalıkların %82,4'ü nevrotik ve %17,6'sı psikotik olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi adaylarının ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı %16,7 olduğu gösterilmiştir (57). Bu bulgular, çalışmamızdaki bariatrik cerrahi adaylarının ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü varlığının, genel olarak ülkemizdeki bariatrik cerrahi adaylarının ailelerindeki psikiyatrik hastalık öyküsü varlığıyla benzerlik gösterdiğini göstermektedir. Ayrıca, çalışmamızda belirtilen ailede psikiyatrik hastalıkların %82,4'ü nevrotik ve %17,6'sı psikotik olduğu bariatrik cerrahi adaylarının ailelerindeki psikiyatrik hastalıkların çeşitliliğine ve tiplerine dikkat çekmektedir.

Çalışmamıza katılan adayların 55'inde (%52,4) ek bir tıbbi hastalığı bulunurken, 50'sinde (%47,6) ek tıbbi hastalık yoktu. Ek tıbbi hastalığı olan adayların %30,5'inde tip 2 diyabet, %17,1'inde hipertansiyon, %13,3'ünde hipotiroidi, %2,9'unda OSAS ve %14,8'inde diğer tıbbi rahatsızlıklar mevcut idi. Kore'de yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi adaylarının %32,7'sinde tip 2 diyabet, %33,7'sinde hipertansiyon, %26,9'unda yağlı karaciğer hastalığı, %26,9'unda hiperlipidemi saptanmıştır (156). Amerika'da 833 bariatrik cerrahi adayını hasta ile yapılan bir çalışmada adayların %24,0'ında tip 2 diyabet, %41,0'inde hipertansiyon, %24,0'unda OSAS olduğu bildirilmiştir (157). Başka bir çalışmada bariatrik hastaların %20,3'ünde hipotiroidi olduğu bildirilmiştir (158). Çalışmamızdaki veriler tip 2 diyabet açısından literatürle uyumlu idi. Ancak çalışmamızda hipertansiyon, hipotiroidi ve OSAS açısından literatürden daha düşük oranlar görüldü. Bu durum çalışmamızdaki yaş ortalaması ve komplikasyonlar gelişmeden obezite tedavisine başvuru sonucu karşımıza çıkmış olabilir.

Örneklerimizde, erkek bariatrik cerrahi adaylarının alkol kullanımı oranlarının kadın vakaların alkol oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p=0,010$) bulundu. Bazı önceki araştırmalar, genel popülasyonda erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek oranda alkol tüketimi ve alkol kullanım bozukluklarına eğilimli olduklarını göstermiştir (159). Buna ek olarak, obezite ve bariatrik cerrahi adaylarıyla ilgili çalışmalarda da erkeklerde alkol kullanımının artmış obezite riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (160). Bu bulgular, genel popülasyonda alkol kullanımındaki cinsiyet dağılımının bariatrik cerrahi adaylarında da benzer şekilde olduğunu göstermektedir.

5.2 Araştırmada değerlendirilen tüm vakaların psikiyatrik tanılarının değerlendirilmesi

Çalışmamızda bariatrik cerrahiye başvuran adayların %24,8'i majör depresif bozukluk, %13,3'ü ise süregiden depresif bozukluk (distimi) tanısı almışlardır. Bu sonuçlar, bariatrik cerrahi adaylarında depresyonun yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Ülkemizde obez hastalar ile yapılan çalışmalarda hastalarda %71,7 ve %69,6 oranında hastanın major depresif epizod ölçütlerini karşıladığı görüldü (54, 55). Tarama ölçekleri ile yapılan çalışmalarda depresyon daha yüksek oranda saptanabilir. Amerika'da yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi adaylarının %19'unda depresyon olduğu bildirilmiş olup bu oran %8 olan toplumda görülme olasılığının üstünde olduğu bildirilmiştir (89).

Ülkemizde bariatrik cerrahi adayları ile yapılan bir çalışmada ise %45,2'sinde depresyon mevcut olduğu görülmüştür (56). Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasının verilerine göre bu oran toplumda bütün depresif bozukluklar için %7,2 olarak belirtilmiştir (161). Ülkemizde son olarak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda ruh sağlığına dair aile hekimlerine kayıtlı nüfusu temsil eden bazı bulgular sunulmuştur. Bu çalışmaya göre katılımcıların doktor tarafından tanı konduğu beyan edilen depresyon yaygınlığı %9.0 olarak saptanmıştır (162)

Çalışmamızda bariatrik cerrahi adaylarında majör depresif bozukluk diğer çalışmalara benzer olarak toplum ortalamasının üstünde bulunmuştur. Depresyon, obezite ile ilişkili olabilecek birçok faktörden kaynaklanabilir ve cerrahi müdahale öncesinde ayrıntılı değerlendirme ve sonrasında dikkatle takip edilmesi hem ruhsal alandaki iyileşme hem de cerrahi tedavi başarısı açısından önemlidir.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının %26,7'sinde yaygın aksiyete bozukluğu saptanmıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınlarda belirgin düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (K: %29,5, E:%18,5). Çalışmamıza katılanların %7,6'sinde panik bozukluk tespit edildi. Bu oran, kadınlarda %10,3 olarak bulunurken, erkekler arasında

saptanmadı. Diğer anksiyete bozukluklarının oranı ise %9,5 oldu. Kadınlarda bu oran %11,5 iken, erkeklerde ise %3,7 olarak belirlendi. Obezite ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki, değişen sosyodemografik, davranışsal ve biyolojik özelliklerle toplumun alt gruplarında farklılık gösterebilmektedir. Obez kadınlarda erkeklere göre anksiyete bozuklukları daha sık görüldüğü belirtilmektedir (68). Barry ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada obez kadınlar, normal kilolu kadınlara göre anksiyete bozukluklarını daha sık gösterdiğini ortaya koymaktadır (69). Ayrıca hem erkeklerde hem de kadınlarda BKİ arttıkça, yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu olasılığının arttığı gösterilmiştir (69). Başka bir çalışmada panik atak yaşama olasılığının obez grupta arttığı bulunmuştur (70). Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler literatür ile uyumludur. Bariatrik cerrahi aday kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla anksiyete bulguları göstermesi kadınların obezite nedeniyle daha fazla düşük ücretli işlere kabul alma, daha az evlilik yapma gibi daha çok daha çok sosyal ayrımcılığa maruz kalmalarına bağlı olarak, (68) yaşanan sosyal zorluğun göstergesi olabilir.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının %4,8'inde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tespit edilmiştir. Bu oran kadınlarda %3,8 iken erkeklerde %7,4 olarak bulunmuştur. Scott ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, obezite ile TSSB arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, obez kişilerin travmatik deneyimlere daha sık maruz kalabileceğini veya obezitenin psikolojik stresi artırabileceğini düşündürülebilir (71). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı genellikle %7-8 arasında kabul edilmektedir. Ancak, bu oranın bölgeden bölgeye değişebileceği belirtilmektedir (163). Çalışmamızdaki oranlar, literatürde bildirilen yaygınlık oranlarının altında olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, çalışmamızın sınırlı bir örnekleme sahip olmasının veya cerrahi onay alma sürecindeki hastaların görüşmede diğer psikiyatrik hastalıklarının aksine travmatik deneyimleri paylaşmama eğilimlerinin etkisi olabilir. Sonuç olarak, bizim örneklemimizdeki bariatrik cerrahi adaylarında TSSB oranının genel popülasyona göre düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçları değerlendirirken, obezite ile TSSB arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu ve kişinin genetik yatkınlıkları, başa çıkma becerileri, kişilik özellikleri gibi bireysel farklılıkların önemli olduğunu unutmamak gerekmektedir. Daha fazla araştırma, bu ilişkinin altında yatan mekanizmaları ve farklı faktörlerin etkisini anlamamıza yardımcı olacaktır.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının % 4,8'inde obsesif kompulsif bozukluk (OKB) saptanmıştır. Kadınların % 5,1'inde ve erkeklerin %3,7'sinde OKB vardır. OKB'nin toplumda görülme sıklığı %2,5-3 olarak belirtilmiştir (163). Yapılan bir çalışmada OKB ile obezite arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (71). Çalışmamızda da literatür ile

uyumlu olarak OKB'nin bariatrik cerrahi adayı obez hasta popülasyonu ile toplumdaki prevalansı benzer oranda olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının % 44,8'inde tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) saptanmıştır. Kadınların % 46,2'sinde ve erkeklerin % 40,7'sinde TYB vardır. Literatürde cerrahi adaylarının %4 ila 45'inin tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip olabileceği bildirilmiştir (9). Amerika'da yapılan 2016 yılında yayınlanan bir metaanaliz çalışmasında bariatrik cerrahi adaylarının %17'sinde TYB olduğu bildirilmiş olup, toplumdaki prevalansı %1-5 arasında olduğu gösterilmiştir (89). 2015 yılında Vinai ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obezite cerrahisine başvuran 118 adayın 57 sinin TYB tanısı aldığı ortaya konmuştur (90). Başka bir çalışmada obezite sebebi ile hastaneye başvuran 48 hastanın 22'sine TYB teşhisi konulduğu gösterilmiştir (91). 2022 yılında 98 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %49'u TYB veya eşik altı TYB özellikleri gösterdiği belirtilmiştir (92). Obezite cerrahisi adaylarının tahminen %30'unun TYB kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (164). TYB, bariatrik cerrahi adayları arasında en sık görülen yeme bozukluğudur (88). Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler literatür ile uyumlu gelmiştir. DSM-IV-TR'de tanı için tıknırcasına yeme atakları ortalama olarak 6 aylık sürede, en az haftada 2 gün ortaya çıkması gerekmekteydi (84), DSM-5'e göre ise tıknırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez kendini göstermelidir olarak güncellenmiştir (80) bu fark güncel çalışmalarda TYB tanısının daha sık konmasını açıklıyor olabilir Sonuç olarak, çalışmamızdaki bulgular TYB'nin bariatrik cerrahi adayları arasında yaygın bir yeme bozukluğu olduğunu doğrulamaktadır. Bu durum, cerrahi öncesi değerlendirme sürecinde TYB'nin tanı alması ve uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi açısından önemlidir.

Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının %28,6'sında gece yeme sendromu (GYS) saptanmıştır. Kadınların %25,6'sında ve erkeklerin %37,0'sinde GYS vardır. Bariatrik cerrahi adaylarında GYS prevalansı %8,9 ile %55 arasında değişen geniş bir yelpazede olduğunu gösteren çalışmalar vardır (108, 109). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi aday hastaların %27,6'sının GYS'ye sahip olduğu gösterilmiştir (110). Başka bir çalışmada bariatrik cerrahi hastalarında prevalansın %2 ile %20 arasında olduğu belirtilmiştir (111). Bu farklılıklar, çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklar, örneklemenin özellikleri ve farklı popülasyonlarda yapılan araştırmalardan kaynaklanabilir. Çalışmamızda saptanan GYS'ye sahip hastalar bariatrik cerrahi popülasyonunda literatür ile uyumlu bir yerdedir. Çalışmamızdaki sonuçlar, bariatrik cerrahi adaylarının önemli bir bölümünde GYS'nin varlığını ortaya koymaktadır. Çalışmamızın bariatrik cerrahi adaylarında GYS prevalansını belirlemek ve literatürdeki bulgularla karşılaştırmak için

önemli bir katkı sağladığını söyleyebiliriz. Sonuçlarımız, bariatrik cerrahi adaylarında GYS'nin yaygınlığı ve önemine dair farkındalık sağlamayı da amaçlamaktadır.

5.3 Sosyodemografik özelliklerinin tüm yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması

Çalışmamızda bariatrik cerrahiye başvuran adaylardan 55'i (%52,3) herhangi bir yeme bozukluğu tanısı almıştır. Obezite cerrahisi adayları, genel popülasyondaki bireylerle karşılaştırıldığında daha yüksek oranlarda yeme sorunları ve yeme bozukluklarına sahiptir (165). Bariatrik cerrahi aday hastalarda herhangi bir yeme bozukluğuna sahip olan ve olmayan hastalarda, yaş (sırasıyla $36,02 \pm 12,55$ - $39,14 \pm 11,06$) ve BKİ ($43,64$ - $43,93$) dahil olmak üzere, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından benzerlik gösterdi. Bu durum literatür ile uyumlu idi (166). Çalışmamızda farklı olarak yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında kardeş sayıları açısından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($X^2=9,69$, $p=0,046$) bulundu. Tek çocuk olanlar arasında yeme bozukluğu olanların oranı %16,6 çıkmıştır. Elde edilen bu bulgular, örneklem sayısının azlığı ile beraber kardeş sayısının yeme bozuklukları geliştirme açısından bir etmen olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda çok sayıda çalışma olmamasına rağmen Cleator ve arkadaşları bir çalışmada kardeş şiddetinin gece yeme sendromu gelişmesinde etkili olabileceğini bildirmişlerdir (167). Çalışmamızda tek kardeş olanların daha az yeme bozukluğu göstermesi kardeşler arası çatışmanın yemek yeme davranışlarını etkiliyor olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, kardeş sayısı ve ilişkileri, obezite cerrahisine başvuran hastalarda eşlik eden yeme bozukluğunu değerlendirmek için önemli bir aracı olabilir. Obez hastalarda aile ve kardeş ilişkilerinin yeme bozuklukları üzerindeki etkisine odaklanan çalışmalar daha yol gösterici olabilir.

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvuran adaylar arasında ek tıbbi hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon, hipotiroidi, OSAS ve diğer hastalıklar için yeme bozukluğu olup olması açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamıza katılan hastalardan yeme bozukluğuna sahip olanların medikal komorbiditeye sahip olma oranı %54,8 olarak bulunmuştur. Bir çalışmada yeme bozukluğuna sahip olanların medikal komorbiditeye sahip olma oranı %72 olarak belirtilmiştir (168). Literatürde anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervoza (BN) yeme bozukluklarının medikal komorbiditeler ile daha yakından ilişkili bulunmuştur (169). Çalışmamızda yeme bozuklukları tanısı almış olmak ile medikal komorbiditeler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum çalışmamızdaki yeme bozukluklarının GYB, TYB, Düşük sıklıkta BN ve düşük sıklıkta TYB tanıları almış olmalarına ve çalışmamızın kesitsel olmasına bağlı olabilir. Bu bulgular, yeme bozuklukları

ve medikal komorbiditeler arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu ve daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, daha büyük örneklem ve uzun süreli takip çalışmaları da bu konudaki anlayışımızı derinleştirebilir.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı açısından herhangi bir yeme bozukluğuna sahip olan ve olmayan bariatrik cerrahi adayları arasında fark bulunmamıştır. Literatürde sigara ile yeme bozuklukları arasında ilişki saptanmazken, alkol kullanımının yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (170). Çalışmamız sigara kullanımı açısından literatürle uyumlu olarak gelmiştir. Alkol kullanımının açısından literatürden farklı olarak fark saptanmamıştır. Bunun nedeni, örneklem grubunda dini inanç ve kültürel faktörlerin etkisi, katılımcıların alkol kullanımını beyan etmek konusunda farklı yaklaşımlarının etkisi olabilir. Bu sonucun doğruluğunu değerlendirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

5.4 Tüm yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanıların karşılaştırılması

Yeme bozukluğu olan kişilerde sıklıkla psikiyatrik komorbiditeler tespit edilebilir. En yaygın psikiyatrik komorbiditeler arasında duygudurum ve anksiyete bozuklukları vardır (79).

Çalışmamızda majör depresif bozukluk açısından yeme bozukluğu olan ve olmayan (sırasıyla %29,0, %18,6) adaylar arasında anlamlı fark bulunmaz iken, yeme bozukluğuna sahip cerrahi adaylarında olmayanlara göre distimi (sırasıyla %19,4 - %4,7) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu olan hastalarda olmayanlara oranla (sırasıyla %33,9 - % 16,3) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Panik bozukluk açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda yeme bozukluğu olan hastaların %53,3'ü en az bir anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan kişilerde bildirilen kaygının da yüksek olduğu gösterilmiştir (167). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak yeme bozukluğu olan kişilerde anksiyete bozuklukların daha sık görüldüğü bulunmuştur. Bu durum kaygıya bağlı olarak yemek yeme davranışının değişiklik göstermesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda TSSB açısından yeme bozukluğu olan ve olmayan grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmalarda TSSB'nin yeme bozukluğu olanlarda sıklıkla birlikte görüldüğü gösterilmiştir (171, 172, 173). Yeme bozukluğu olan hastalarda ek tanı TSSB prevalansı %9 ila %24 arasında değişmektedir (174). Bizim çalışmamızda bu oran %8,1 olarak bulunmuştur. Literatürden farklı olarak çalışmamızda yeme bozukluğu olanlar ve olmayanlar arasında TSSB açısından anlamlı fark saptanmamasının sebebi çalışmamızın

sınırlı bir örnekleme sahip olmasının veya cerrahi onay alma sürecindeki hastaların görüşmede travmatik deneyimleri paylaşmama eğilimlerinin etkisi olabilir.

Çalışmamızda yeme bozukluğuna sahip olan ve olmayan bariatrik cerrahi hastaları arasında bipolar bozukluk, OKB, DEHB, psikotik bozukluklar ve diğer psikiyatrik komorbiditeler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak, literatürde bipolar bozukluk ile yeme bozuklukları arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (74). Çalışmamızda bipolar bozukluğun görülmemesinin nedeni bipolar bozukluğa sahip olan 3 hastanın çalışmaya katılmaktan sonradan vazgeçmesi ile çalışmadan dışlanması şeklinde açıklanabilir. Bu farklı sonuçlar, çalışmamızdaki örneklem grubu, yöntem ve cerrahi onay alma sürecindeki adayların kendini olduğundan daha iyi gösterme isteği ve semptom gizlemesinden kaynaklanabilir.

5.5 Sosyodemografik özelliklerinin tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına göre karşılaştırılması

TYB olan ve olmayan iki cerrahi aday grubu, yaş (sırasıyla $36,11 \pm 12,19$ - $38,26 \pm 11,88$) ve BKİ ($45,10$ - $43,38$) dahil olmak üzere, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından çok benzerdi. Literatürde TYB olan ve olmayan bariatrik cerrahi adaylarında bu özellikler açısından benzer bulunmuştur (175).

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvuran adaylar arasında ek tıbbi hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon, hipotiroidi, OSAS ve diğer hastalıklar için TYB olup olması açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde tip 2 diyabetli hastalarda TYB daha sık görüldüğü not edilmiştir (176). Ancak bu çalışma bariatrik cerrahi adayları arasında yapılmamıştır. Literatürde bariatrik cerrahi adayları hipertansiyon veya tip 2 diyabet gelişimi açısından TYB'si olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (177). Literatür çalışmamız ile uyumludur. Bir çalışmada TYB'si olan bariatrik cerrahi adaylarında bozulmuş açlık glikozu ve hipertriglesidemi görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (177), bu durum metabolik sendrom açısından TYB için daha fazla araştırılması gereken bir faktör olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanımı açısından TYB'si olan ve olmayan bariatrik cerrahi adayları arasında fark bulunmamıştır. Bir çalışmada TYB olmayan hastaların %12.5'i sigara kullanırken, TYB olanların %14.6'sı sigara kullandığı bildirilmiştir (177). Bu durum literatür ile uyumludur. Ancak alkol kullanımı literatürde TYB'si olan bariatrik cerrahi hastalarında daha fazla görülürken (178) (177), çalışmamızda fark görülmemiştir. Bu durum kültürel farklılıklara bağlı olabilir.

5.6 Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına göre psikiyatrik tanıların karşılaştırılması

Çalışmamızda gece yeme sendromu, TYB olan katılımcılarda neredeyse üç kattan fazla yaygındı ve anlamlı derecede farklılık vardı. TYB'li katılımcıların hiçbiri, tanı olarak öncelikli olacak olan bulimiya nervoza kriterlerini karşılamadı. Allison ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada GYS'li hastaların %15 ila 20'sinde tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip olduğu da bulunmuştur (107). 2015 yılında yapılan çalışmada TYB olan katılımcılar olmayanlara göre iki kat daha fazla GYS'na sahip olduğu ve hiçbirinin bulimiya nervoza tanısı almadığı gösterilmiştir (178). Çalışmamızda sonuçlar literatür ile uyumlu gelmiştir.

Çalışmamızda majör depresif bozukluk açısından TYB olan ve olmayan adaylar arasında anlamlı fark bulunmaz iken, TYB'ye sahip cerrahi adaylarında olmayanlara göre distimi istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek ($p=0,031$) bulunmuştur. Rosenberger ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada TYB'ye sahip bireylerde majör depresif bozukluk görülme olasılığı %52,3 iken olmayanlarda bu oran %23 olarak bildirilmiştir (97). Bariatrik cerrahi adayı hastaları ile yapılan çalışmada TYB'si olan hastalarda yaşam boyu en sık görülen psikiyatrik komorbiditelerden biri majör depresif bozukluk olarak bildirilmektedir (74). Çalışmamızdaki bulgular TYB olan hastalarda distiminin anlamlı derecede yüksek bulunması fakat majör depresif bozukluk açısından TYB olmayanlardan farklılık saptanmaması literatürle ayrılmaktadır. Bahsedilen çalışmalarda major depresyon ve distimiye ayırt etmediği görülmüş olup çalışmamızda major depresyon ve distimi ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu durum çalışmamızdaki farkı açıklıyor olabilir ayrıca majör depresyon kriterlerini karşılayan hastaların bariatrik cerrahi onay sürecindeki karmaşık sürece girmekten geri durması nedenli olabilir. Bariatrik cerrahiye başvuran obez hastalarda depresif bozuklukların klinik prezentasyonunu inceleyen daha geniş örneklemli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu, TYB olan hastalarda olmayanlara oranla (sırasıyla %38,3 - % 17,2) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Panik bozukluk açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bir çalışmada TYB'si olan cerrahi adaylarının %45,8 inde anksiyete bozukluğu görülürken, olmayan adaylarda bu oran %10,7 olarak bulunmuştur (97). Başka bir çalışmada tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bariatrik cerrahi adaylarında, olmayan bariatrik cerrahi adaylarına göre anlamlı derecede daha fazla duygudurum ve anksiyete bozukluğu vardı (duygudurum bozuklukları için %27'ye karşı %5 ve anksiyete bozuklukları için %27'ye karşı %8) (179). Çalışmamızda, TYB'ye sahip olduğu belirlenen obezite cerrahisi adayları arasında, %38,3'ü yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alması kaygının tıkınırcasına yeme davranışları üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda travma sonrası stres bozukluğu TYB olan hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmalar tıknırcasına yeme davranışlarının TSSB semptomları için bir duygu düzenleme işlevine hizmet ettiğini, tıknırcasına yemenin aslında kısa vadede olumsuz duyguları azalttığını göstermektedir (180, 181). Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda bipolar bozukluk ile TYB arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak yapılan çalışmalar hem obezite, hem de TYB, bipolar bozukluk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (74). Çalışmamızda bipolar bozukluğun görülmemesinin nedeni bipolar bozukluğa sahip olan 3 hastanın çalışmaya katılmaktan sonradan vazgeçmesi ile çalışmadan dışlanması şeklinde açıklanabilir. Bulgularımızın literatürden farklı olmasında, bipolar bozukluğu olan hastaların, uzun süreli ilaç kullanımı ihtiyaçları, ameliyat olmakla ilgi endişeler veya onam almakla ilgili zorluk yaşama ihtimalleri gibi nedenlerle obezite tedavisi arayışına daha az giriyor olmaları etkili olmuş olabilir. Örneklemimizde bu hasta grubunun daha az başvurduğu da göz önünde bulundurulduğunda bipolar hastaların obeziteden korunmasının daha da önemli olduğunu akılda tutmak gerekir.

Çalışmamızda OKB açısından anlamlı TYB olan ve olmayan adaylar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bulgumuz literatür ile uyumludur (71). Literatürde bir çalışmada BN ile OKB arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Ancak diğer yeme bozuklukları ile ilgili böyle bir veri yoktur (182).

Çalışmamızda DEHB açısından TYB olan hastalarda anlamlı derecede farklılık olmasa da TYB olan cerrahi adayları daha fazla DEHB tanısı almıştır. Literatürde de DEHB ve TYB arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (98). Çalışmamızda literatürden farklı olarak DEHB ile TYB arasında anlamlı fark çıkmamasının örneklemimizin sayısına bağlı olabilir. Ayrıca çalışmamızda trikotilomani TYB olan hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunurken, aralıklı patlayıcı bozukluk açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde TYB olanlar olmayanlara göre en az bir dürtü kontrol bozukluğu bildirme olasılıkları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (73). Bu durum dürtü kontrol bozukluğunun, tıknırcasına yemek yeme ve yemek yeme üzerine kontrol kaybı etkisini gösteriyor olabilir.

5.7 Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına göre ADÖ değerlerinin karşılaştırılması

Atıştırma(grazing), bariatrik cerrahi popülasyonunda ve ayrıca yeme bozukluğu olanlarda sık görülen bir davranış olduğu belirtilmiştir (118). 109 bariatrik cerrahi hastası ile yapılan bir çalışmada atıştırma davranışı olan hastaların oranı %67 olarak bulunmuştur (119). Çalışmamıza katılan bariatrik cerrahi adaylarının ortalama ADÖ skoru 23,12 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların ADÖ medyan

değerlerinin, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların ADÖ medyan değerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-5,78$, $p<0,001$) bulundu. Bu durum yeme üzerindeki kontrol kaybının atıştırma davranışı olarak da karşımıza çıktığının göstermektedir. Çalışmamızda korelasyon analizlerine göre vakaların yaş, BKİ, kardeş sayısı, çocuk sayısı değerleri ile ADÖ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede bir ilişki bulunmadı, bu da faktörler arasında doğrudan bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. Sonuç olarak bariatrik cerrahi popülasyonunda atıştırma davranışının yaygın olduğunu ve tıknırcasına yeme bozukluğunun ADÖ skorlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

5.8 Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına göre MMPI profillerinin karşılaştırılması

Çalışmamızda tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların MMPI-HS medyan değerlerinin, tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların MMPI-HS medyan değerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-1,99$, $p=0,047$) bulundu. Hipokondriyazis ölçeği, tıbbi otorite tarafından desteklenmeyen, kişinin sağlığıyla ilgili abartılı endişelerini tespit etmek için tasarlanmıştır. Endişeler genellikle belirsizdir ve doğrulanmamasına rağmen devam eder (146). 2018 yılında yapılan bir çalışma istenmeyen zihinsel girdiler kavramını ortaya attı ve obsesif kompulsif bozukluktaki saplantıların, beden dismorfik bozukluğundaki kusurlarla ilgili meşguliyetlerin, hipokondriyaziste hastalıkla ilgili imgelerin ve yeme bozukluklarında yemek yemeyle ilgili düşüncelerin varyantları olduğunu savundu. Ayrıca bu dört istenmeyen zihinsel girdinin, "bir şeyler yapma" dürtüsünü harekete geçirerek, istenmeyen bir zihinsel girdi ile neden olduğu rahatsızlığı hafifletmek için davranış arasındaki işlevsel bağı destekledi (183). Çalışmamızda tıknırcasına yeme bozukluğu olanlarda MMPI -HS skorunun olmayanlara göre daha düşük çıkması yeme davranışı ile hipokondriyazisteki istenmeyen zihinsel girdileri azalttığı şeklinde yorumlanabilir.

Tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların MMPI-K, MMPI-MF ortalamalarının, tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların MMPI-K ($t=2,86$, $p=0,005$), MMPI-MF ($t=2,11$, $p=0,037$) ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. K ölçeği, savunuculuğu ve patolojiyi reddetme eğilimini değerlendirir. Yüksek bir K değeri normal görünmeye çabalamaya işaret eder (146). TYB olmayan hastalar cerrahi onay sürecinde kendilerini ifade etmekten geri duruyor olabilir. MF ise erkeklik / kadınlık ölçeğidir. Mesleklere ve hobilere, estetik tercihlere, etkinlik-pasifliğe ve kişisel duyarlılığa olan ilgileri ölçer (146). Tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan bariatrik cerrahi adayların daha savunucu ve estetik tercihlere daha ilgili olduğu söylenebilir.

Bu bulgular, tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan vakalar arasında savunuculuk ve patolojiyi reddetme eğilimi ile cinsiyetle ilişkili ilgi alanlarında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bu bulguların klinik uygulamadaki önemi ve etkisi hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların MMPI alt ölçekleri arasında fark bulunmuş olsa bile normal kabul edilen sınırlar içerisinde olmalarından kaynaklı MMPI sonuçları regresyon analizine katılmamıştır.

5.9 Tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların yaş, boy, kilo, BKİ, ADÖ ve MMPI profilleri ile ilişki

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu olan vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların yaş değerleri ile MMPI-MF ($r=0,407$, $p=0,005$), MMPI_Si ($r=0,436$, $p=0,002$) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Bu sonuçlara göre, tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların yaşları arttıkça sosyal içe dönüklüklerinin arttığı görülmüştür. Yani, yaşın ilerlemesiyle birlikte bu hastaların daha utangaç ve sosyal ilişkilerden daha çok geri çekildiği söylenebilir. Bu bulgu, yaşın tıknırcasına yeme bozukluğuyla ilişkili bazı psikolojik özellikleri etkileyebileceğini göstermektedir. Özellikle utangaçlık ve sosyal geri çekilme gibi özelliklerin yaşla birlikte artması, bu bozukluğun psikososyal etkilerini yansıtabilir. Bununla beraber, bu ilişkinin neden-sonuç ilişkisi hakkında kesin bir yargıya varmak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu olan vakalar arasında yapılan Spearman Korelasyon Analizine göre vakaların BKİ değerleri ile MMPI-L skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,291$, $p=0,047$) bulundu. L ölçeğinde alınan yüksek puanlar kendini daha iyi gösterme eğilimi (toplum tarafından kabul edilmeyen hoş görülme-yen yönlerini kabul etmeme) savunucu tutum, bastırma ve inkar mekanizmasının sık kullanımını düşündürebilir (146). Bu bulguya göre, tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların BKİ değerleri arttıkça, yalanlama eğilimlerinin ve kendini daha iyi gösterme isteğinin arttığı görülmektedir. TYB'a sahip olan obezite cerrahisine başvuran adayların BKİ arttıkça daha savunucu bir tutumda olduğu söylenebilir. Bu durum klinisyenin daha dikkatli yaklaşımını gerektirebilir.

5.10 Tıknırcasına yeme bozukluğu riskini artırmada etkili olan değişkenler

Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, gece yeme sendromu ($OR=0,18$, $GA;0,07-0,47$, $p<0,001$), distimi, ($OR=0,27$, $GA;0,08-0,94$, $p=0,040$) ve yaygın

anksiyete bozukluğu (OR=0,34, GA;0,14-0,83, p=0,017) varlığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile ilişkili bulunurken ,yüksek MMPI-K (OR=0,95, GA;0,91-0,97, p=0,007), MMPI-HS (OR=0,96, GA;0,92-1,00, p=0,037) ve MMPI-MF (OR=0,96, GA;0,92-1,00, p=0,041) skorları tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde azalma ile ilişkili bulundu.

Tek Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre yüksek ADÖ skorları tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile istatistiksel açıdan anlamlı olarak ilişkili bulundu (OR: 1,08, GA;1,05-1,11, p<0,001); ADÖ skorlarında 1 birimlik artış tıknırcasına yeme bozukluğu riskini 1,08 kat artırmakta olduğu bulundu.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı (OR=0,08, GA;0,02-0,41, p=0,003), MMPI-K (OR=0,93, GA;0,87-0,99, p=0,033), MMPI-MF (OR=0,93, GA;0,87-0,99, p=0,021), ADÖ skorları (OR: 1,11, GA;1,06 – 1,17, p<0,001) ve BKİ' nin (OR: 1,03, GA;1,00 – 1,28, p=0,043) tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının/varlığının bağımsız yordayıcıları olduğu saptandı. Buna göre, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, artmış BKİ ve yüksek ADÖ skorları tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile ilişkili bulunurken, MMPI-K ve MMPI-MF skorlarındaki artış tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde azalma ile ilişkili saptandı.

5.11 Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırmamızın kesitsel desende olması nedeniyle neden-sonuç ilişkisi belirlemek mümkün değildir; ancak sadece bazı dolaylı çıkarımlara olanak tanımaktadır ve ileride yapılacak prospektif çalışmalarla desteklenmesini gerektirmektedir.

Hastaların bariatrik cerrahi adayı olması ve yapılan görüşmelerin cerrahi onay alıp alamayacağı sonucunu etkilemeyeceği önceden belirtilmesine rağmen, operasyonun iptal edilmesine ilişkin korku ve endişe nedeniyle kendilerini daha iyi göstermeye çalışmış olabilirler.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Elde edilen verilere göre, çalışmaya katılan bariatrik cerrahi adaylarının %44,8'inde TYB saptanmıştır. Kadınlarda bu oran %46,2 iken erkeklerde %40,7 olarak belirlenmiştir. GYS ise bariatrik cerrahi adaylarının %28,6'sında tespit edilmiştir. Kadınlarda bu oran %25,6 iken erkeklerde %37,0 olarak bulunmuştur. Bu bulgular birinci hipotezimizi doğrulamaktadır.

2. Yeme bozukluğu olan vakalarda distimi ve yaygın anksiyete bozukluğu oranlarının yeme bozukluğu olmayan vakalara göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular ikinci hipotezimizi doğrulamaktadır.

3. Bu çalışma TYB ve çeşitli psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi incelemekte olup, TYB'nin GYS, distimi, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. TYB'nin psikiyatrik komorbiditelerle ilişkili olduğunu ve bariatrik cerrahi adaylarında dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Bu bulgular üçüncü hipotezimizi doğrulamaktadır.

4. Bariatrik cerrahi popülasyonunda atıştırma davranışı yaygın olup, özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda ADÖ skorlarıyla anlamlı derecede ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular dördüncü hipotezimizi doğrulamaktadır.

5. Çalışmamızda tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan vakaların MMPI-HS, MMPI-K, MMPI-MF ortalamalarının, tıknırcasına yeme bozukluğu olan vakaların ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum beşinci hipotezimize ters olarak TYB olmayan vakaların daha hipokondriyak ve daha savunucu bir profil sergilediği görülmüştür.

6. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, ADÖ skorları ve BKİ'nin tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının/varlığının bağımsız yordayıcıları olduğu saptanmıştır.

7. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, artmış BKİ ve yüksek ADÖ skorları tıknırcasına yeme bozukluğu riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur.



KAYNAKLAR

1. DeMaria EJ. Bariatric surgery for morbid obesity. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(21):2176-83.
2. Sevinçer GM. Türkiye'de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17.
3. Benaiges D, Goday A, Pedro-Botet J, Mas A, Chillaron JJ, Flores-Le Roux JA. Bariatric surgery: to whom and when? *Minerva Endocrinol*. 2015;40(2):119-28.
4. Castanha CR, Tcbc-Pe A, Castanha AR, Belo G, Lacerda RMR, Vilar L. Evaluation of quality of life, weight loss and comorbidities of patients undergoing bariatric surgery. *Rev Col Bras Cir*. 2018;45(3):e1864.
5. Lopresti AL, Drummond PD. Obesity and psychiatric disorders: commonalities in dysregulated biological pathways and their implications for treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013;45:92-9.
6. Masip G, Silventoinen K, Keski-Rahkonen A, Palviainen T, Sipila PN, Kaprio J, et al. The genetic architecture of the association between eating behaviors and obesity: combining genetic twin modeling and polygenic risk scores. *Am J Clin Nutr*. 2020;112(4):956-66.
7. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg*. 2004;14(5):579-88.
8. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA, Ashare R, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2019;15(4):650-5.
9. Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G. The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clin Obes*. 2015;5(4):165-97.
10. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 2017;9(11).
11. Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*. 2015;15:70.
12. Ribeiro G, Giapietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. DEPRESSION, ANXIETY, AND BINGE EATING BEFORE AND AFTER BARIATRIC SURGERY: PROBLEMS THAT REMAIN. *Arq Bras Cir Dig*. 2018;31(1):e1356.
13. : Online Etymology Dictionary; [Available from: https://www.etymonline.com/search?q=obesity&ref=searchbar_searchhint].
14. WH O. Obesity and overweight 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>].
15. derneği Tevm. OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU 2019. 113 p.
16. Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Kayıkçıoğlu M, Özer N, et al. Data on prevalence of obesity and waist circumference in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2018;46(7):577-90.
17. Di Cesare M, Bentham J, Stevens GA, Zhou B, Danaei G, Lu Y, et al. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. 2016;387(10026).
18. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması: Türkiye İstatistik Kurumu; 2022 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>].

19. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: Overview of Prevalence, Etiology, and Treatment. *Physical Therapy*. 2003;83(3):276-88.
20. Yang W, Kelly T, He J. Genetic Epidemiology of Obesity. *Epidemiologic Reviews*. 2007;29(1):49-61.
21. Wu DM, Hong Y, Sun CA, Sung PK, Rao DC, Chu NF. Familial resemblance of adiposity-related parameters: results from a health check-up population in Taiwan. *Eur J Epidemiol*. 2003;18(3):221-6.
22. Kadouh HC, Acosta A. Current paradigms in the etiology of obesity. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. 2017;19(1):2-11.
23. Gök R. Obezite cerrahisi için başvuran hastalarda psikososyal işlevsellik ve yordayıcıları. 2017.
24. Zincir SB. Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(4):389-400.
25. Coleman DL. Obese and diabetes: two mutant genes causing diabetes-obesity syndromes in mice. *Diabetologia*. 1978;14(3):141-8.
26. Sinha MK. Human leptin: the hormone of adipose tissue. *Eur J Endocrinol*. 1997;136(5):461-4.
27. Ostlund RE, Jr., Yang JW, Klein S, Gingerich R. Relation between plasma leptin concentration and body fat, gender, diet, age, and metabolic covariates. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996;81(11):3909-13.
28. Annagür BB, Zincir SB. Anoreksiya nervozada hormonal değişimler. *Düşünen Adam - Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012;25(1):63-9.
29. Tschöp M, Smiley DL, Heiman ML. Ghrelin induces adiposity in rodents. *Nature*. 2000;407(6806):908-13.
30. Organization WH. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2007.
31. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(5):288-98.
32. Dunton GF, Berrigan D, Ballard-Barbash R, Graubard B, Atienza AA. Joint associations of physical activity and sedentary behaviors with body mass index: results from a time use survey of US adults. *Int J Obes (Lond)*. 2009;33(12):1427-36.
33. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*. 2006;13(4):138-42.
34. Traversy G, Chaput JP. Alcohol Consumption and Obesity: An Update. *Curr Obes Rep*. 2015;4(1):122-30.
35. Skär L, Juuso P, Söderberg S. Health-related quality of life and sense of coherence among people with obesity: Important factors for health management. *SAGE Open Med*. 2014;2:2050312114546923.
36. Sucharda P. [Smoking and obesity]. *Vnitr Lek*. 2010;56(10):1053-7.
37. Kroll DS, Feldman DE, Biesecker CL, McPherson KL, Manza P, Joseph PV, et al. Neuroimaging of Sex/Gender Differences in Obesity: A Review of Structure, Function, and Neurotransmission. *Nutrients*. 2020;12(7).
38. Liu J, Garstka MA, Chai Z, Chen Y, Lipkova V, Cooper ME, et al. Marriage contributes to higher obesity risk in China: findings from the China Health and Nutrition Survey. *Ann Transl Med*. 2021;9(7):564.
39. Tyrrell J, Jones SE, Beaumont R, Astley CM, Lovell R, Yaghootkar H, et al. Height, body mass index, and socioeconomic status: mendelian randomisation study in UK Biobank. *bmj*. 2016;352.
40. Shinall JB. Occupational characteristics and the obesity wage penalty. *Vanderbilt Law and Economics Research Paper*. 2015(16-12):16-23.
41. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet*. 2005;366(9492):1197-209.
42. Ansari S, Haboubi H, Haboubi N. Adult obesity complications: challenges and clinical impact. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2020;11:2042018820934955.
43. O'Brien KS, Latner JD, Ebner D, Hunter JA. Obesity discrimination: the role of physical appearance, personal ideology, and anti-fat prejudice. *International journal of obesity*. 2013;37(3):455-60.
44. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*. 2008;16(5):1129-34.

45. Weinberger N-A, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity facts*. 2017;9(6):424-41.
46. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(7):824-30.
47. Perry C, Guillory TS, Dilks SS. Obesity and Psychiatric Disorders. *Nurs Clin North Am*. 2021;56(4):553-63.
48. Milaneschi Y, Simmons WK, van Rossum EFC, Penninx BWJH. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*. 2019;24(1):18-33.
49. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Processes*. 2002;60(2):157-64.
50. Jantarantotai N, Mosikanon K, Lee Y, McIntyre RS. The interface of depression and obesity. *Obes Res Clin Pract*. 2017;11(1):1-10.
51. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian J Psychiatr*. 2016;21:51-66.
52. Li L, Gower BA, Shelton RC, Wu X. Gender-Specific Relationship between Obesity and Major Depression. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2017;8:292.
53. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157240.
54. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6(3):152-7.
55. Çakmur H, Güneş ÜB. Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(2):58-65.
56. Alabi F, Guilbert L, Villalobos G, Mendoza K, Hinojosa R, Melgarejo JC, et al. Depression Before and After Bariatric Surgery in Low-Income Patients: the Utility of the Beck Depression Inventory. *Obes Surg*. 2018;28(11):3492-8.
57. AYDIN M, BOZKURT HT, ÇALIŞIR A, YILMAZ H. Bariatrik cerrahi aday hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2019;29(3):130-8.
58. Horner TN, Jr., Utermohlen V. A multivariate analysis of psychological factors related to body mass index and eating preoccupation in female college students. *J Am Coll Nutr*. 1993;12(4):459-65.
59. Sareen J, Cox BJ, Clara I, Asmundson GJ. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):193-202.
60. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, Belik SL, Clara I, Stein MB. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Arch Intern Med*. 2006;166(19):2109-16.
61. De Moor MH, Boomsma DI, Stubbe JH, Willemsen G, de Geus EJ. Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(8):897-905.
62. Sikorski C, Luppia M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König HH, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:661.
63. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav*. 2005;46(3):244-59.
64. Alloway R, Bebbington P. The buffer theory of social support--a review of the literature. *Psychol Med*. 1987;17(1):91-108.
65. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*. 2007;23(11-12):887-94.
66. Dikmen SNT, Şafak Y. Metabolik ve non-metabolik bariatrik cerrahi adaylarının benlik saygısı, yeme tutumları, duygusal iştah, anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2023;12(1):27-.

67. Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr*. 2019;33(2):72-89.
68. Garipey G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34(3):407-19.
69. Barry D, Pietrzak RH, Petry NM. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Ann Epidemiol*. 2008;18(6):458-66.
70. Mather AA, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *J Psychosom Res*. 2009;66(4):277-85.
71. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res*. 2008;64(1):97-105.
72. Resch M, Haasz P, Sido Z. Obesity as psychosomatic disease. *European Psychiatry*. 1998;13(S4):315s-s.
73. Schmidt F, Körber S, de Zwaan M, Müller A. Impulse control disorders in obese patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(3):e144-7.
74. Da Silva VB, Da Silva RB, Prud'Homme A, Campan P, Azorin JM, Belzeaux R. Association between binge eating disorder and psychiatric comorbidity profiles in patients with obesity seeking bariatric surgery. *Comprehensive psychiatry*. 2018;87:79-83.
75. Larsen JK, van Strien T, Eisinga R, Engels RC. Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(3):237-43.
76. Barry D, Pietrzak RH, Petry NM. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Annals of epidemiology*. 2008;18(6):458-66.
77. Citrome L, Vreeland B. Schizophrenia, obesity, and antipsychotic medications: what can we do? *Postgrad Med*. 2008;120(2):18-33.
78. Chouinard V-A, Pingali SM, Chouinard G, Henderson DC, Mallya SG, Cypess AM, et al. Factors associated with overweight and obesity in schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorders. *Psychiatry research*. 2016;237:304-10.
79. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899-911.
80. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). 2013.
81. Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015.
82. Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: disorder or marker? *Int J Eat Disord*. 2003;34 Suppl:S107-16.
83. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 1993;13(2):137-53.
84. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) 2000.
85. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Binge Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(2):255-66.
86. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):33-43.
87. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, et al. Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2022;8(1):16.
88. Brode CS, Mitchell JE. Problematic eating behaviors and eating disorders associated with bariatric surgery. *Psychiatric Clinics*. 2019;42(2):287-97.
89. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Mlake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *Jama*. 2016;315(2):150-63.
90. Vinai P, Da Ros A, Speciale M, Gentile N, Tagliabue A, Vinai P, et al. Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. *Eat Behav*. 2015;16:1-4.

91. Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A, Tamam L, Erhan Ç. Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2012;49(1):14-9.
 92. Chao AM, Abene J, Allison KC, Pearl RL, Wadden TA, Williams NN, et al. Binge eating disorder and eating self-efficacy in adults seeking bariatric surgery. *Clin Obes*. 2022;12(4):e12531.
 93. Smith CE, Hawkins MAW, Williams-Kerver GA, Duncan J. Depression subtypes, binge eating, and weight loss in bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis*. 2020;16(5):690-7.
 94. Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg*. 2012;22(3):389-97.
 95. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *Int J Eat Disord*. 2019;52(1):42-50.
 96. Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26(3):299-307.
 97. Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM. Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: A cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):1080-5.
 98. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2016;49(12):1045-57.
 99. Turan S, Poyraz CA, Özdemir A. Tikinircasina Yeme Bozuklugu/Binge Eating Disorder. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*. 2015;7(4):419.
 100. Grilo CM, White MA, Gueorguieva R, Barnes RD, Masheb RM. Self-help for binge eating disorder in primary care: a randomized controlled trial with ethnically and racially diverse obese patients. *Behav Res Ther*. 2013;51(12):855-61.
 101. Courcoulas AP, Christian NJ, Belle SH, Berk PD, Flum DR, Garcia L, et al. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *Jama*. 2013;310(22):2416-25.
 102. Salman EJ, Kabir R. Night Eating Syndrome. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
- Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.; 2023.
103. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*. 1955;19(1):78-86.
 104. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1411(1):96-105.
 105. Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord*. 1997;22(1):65-9.
 106. Vander Wal JS. Night eating syndrome: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(1):49-59.
 107. Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(6):1107-15.
 108. Colles SL, Dixon JB. Night eating syndrome: impact on bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006;16(7):811-20.
 109. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14 Suppl 2:77s-82s.
 110. TAŞKIN HE. Effect of bariatric surgery on night eating syndrome: A retrospective study. *Archives of Clinical and Experimental Medicine*. 7(1):1-5.
 111. de Zwaan M, Marschollek M, Allison KC. The night eating syndrome (NES) in bariatric surgery patients. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(6):426-34.

112. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, et al. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):241-7.
113. Allison KC, Crow SJ, Reeves RR, West DS, Foreyt JP, Dilillo VG, et al. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15(5):1287-93.
114. Mitchell JE, Devlin MJ, de Zwaan M, Crow SJ, Peterson CB. *Binge-eating disorder: Clinical foundations and treatment*: Guilford Press; 2007.
115. Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M. The eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*. 1993;6:1-8.
116. Hagan MM, Shuman ES, Oswald KD, Corcoran KJ, Profitt JH, Blackburn K, et al. Incidence of chaotic eating behaviors in binge-eating disorder: contributing factors. *Behavioral Medicine*. 2002;28(3):99-105.
117. Conceição E, Bastos AP, Brandão I, Vaz AR, Ramalho S, Arrojado F, et al. Loss of control eating and weight outcomes after bariatric surgery: a study with a Portuguese sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2014;19:103-9.
118. Conceição EM, Mitchell JE, Engel SG, Machado PP, Lancaster K, Wonderlich SA. What is "grazing"? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10(5):973-82.
119. Berber LCL, Melendez-Araújo MS, Nakano EY, de Carvalho KMB, Dutra ES. Grazing Behavior Hinders Weight Loss in Long-Term Post Bariatric Surgery: a Cross-Sectional Study. *Obes Surg*. 2021;31(9):4076-82.
120. Pizato N, Botelho PB, Gonçalves VSS, Dutra ES, de Carvalho KMB. Effect of Grazing Behavior on Weight Regain Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Nutrients*. 2017;9(12).
121. Pozzoli S, Drago C, Zanardi G, Negri M, Giorgi I. [Personality characteristics, defence mechanisms and binge eating in obese patients]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007;29(3 Suppl B):B44-9.
122. Rydén A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J, Lindroos AK, Taft C. Severe obesity and personality: A comparative controlled study of personality traits. *International Journal of Obesity*. 2003;27:1534-40.
123. Psychology Ai. *Defense Mechanisms Theoretical, Research and Clinical Perspectives* 2004.
124. Belanger SB, Wechsler FS, Nademin ME, Virden TB, 3rd. Predicting outcome of gastric bypass surgery utilizing personality scale elevations, psychosocial factors, and diagnostic group membership. *Obes Surg*. 2010;20(10):1361-71.
125. Elfhag K, Rössner S, Carlsson AM. Degree of body weight in obesity and Rorschach personality aspects of mental distress. *Eat Weight Disord*. 2004;9(1):35-43.
126. de Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, et al. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 1994;15(1):43-52.
127. van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychol Med*. 2003;33(7):1311-7.
128. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*. 1998;60(3):338-46.
129. Wadden TA, Bray GA. *Handbook of obesity treatment*: Guilford Publications; 2018.
130. Pemberton VL, McCrindle BW, Barkin S, Daniels SR, Barlow SE, Binns HJ, et al. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute's Working Group on obesity and other cardiovascular risk factors in congenital heart disease. *Circulation*. 2010;121(9):1153-9.
131. Shaw KA, Gennat HC, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane database of systematic reviews*. 2006(4).
132. Fisher BL, Schauer P. Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *The American journal of surgery*. 2002;184(6):S9-S16.
133. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(2):Cd003818.

134. Benaiges D, Goday A, Pedro-Botet J, Más A, Chillarón JJ, Flores-Le Roux JA. Bariatric surgery: to whom and when? *Minerva Endocrinol.* 2015;40(2):119-28.
135. GÜNGÖR Ş. Obezitenin tedavisinde geçmiş ve güncel bariatrik cerrahi uygulamaları. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi.* 2019;7(2):697-705.
136. Sevinçer GM, Coşkun H, Konuk N, Bozkurt S. Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar.* 2014;6(1):32-44.
137. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan-Oğuzhanoğlu N, et al. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri.* 2011;14(4):210-7.
138. Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord.* 1999;25(3):293-300.
139. derneği Tevm. BARIYATRİK CERRAHİ KILAVUZU2019.
140. Müller A, Mitchell JE, Sondag C, de Zwaan M. Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(10):397.
141. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016. xii, 158-xii, p.
142. Bayad S, Elbir M, Topbaş Ö, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş, et al. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin (SCID-5) Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirliği2018.
143. Schlick A, Wagner SA, Mühlhans B, Horbach T, Müller A, Mitchell JE, et al. [Agreement between clinical evaluation and structured clinical interviews (SCID for DSM-IV) in morbidly obese pre-bariatric surgery patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2010;60(12):469-73.
144. Floyd AE, Gupta V. Minnesota Multiphasic Personality Inventory. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
- Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.; 2023.
145. Savaşır I. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyon projesi. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1978;1:18-24.
146. Ceyhun B, Oral N. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri 3ed2008. 270 p.
147. Conceição EM, Mitchell JE, Machado PPP, Vaz AR, Pinto-Bastos A, Ramalho S, et al. Repetitive eating questionnaire [Rep(eat)-Q]: Enlightening the concept of grazing and psychometric properties in a Portuguese sample. *Appetite.* 2017;117:351-8.
148. Aynur Görmez, Rümeysa Yeni Elbay, Ertuğrul Saral, Bahtiyar Umut Özer, Karadere ME. Repetitive Eating Questionnaire: Reliability and Validity of Turkish Version and Correlates of Grazing Behavior. *Psychiatry and Behavioral Sciences.* 2023;13(2):19-26.
149. Mühlhans B, Horbach T, de Zwaan M. Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *General hospital psychiatry.* 2009;31(5):414-21.
150. Melissa A. Kalarchian PD, Marsha D. Marcus PD, Michele D. Levine PD, Anita P. Courcoulas MD, M.P.H. , Paul A. Pilkonis PD, Rebecca M. Ringham MS, et al. Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *American Journal of Psychiatry.* 2007;164(2):328-34.
151. Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(2):295-301.
152. Duarte-Guerra LS, Coêlho BM, Santo MA, Wang YP. Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: results of structured clinical interviews. *Obes Surg.* 2015;25(5):830-7.
153. TÜİK. Nüfus ve Konut Sayımı: Türkiye İstatistik Kurumu; 2022 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Population-and-Housing-Census-2021-45866#>].
154. Akdemir İ. Bariatrik Cerrahi Planlanan Hastaların Yeme Bağımlılığı, Depresyon ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* 2021;49(3):19-28.
155. Kahraman Ç. Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve obezite riski: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi örneği: Namık Kemal Üniversitesi; 2018.

156. Roh SY, Park YH, Lee WK, Kim SM. Patient preferences regarding bariatric/metabolic procedures: a survey of Korean obese candidates for surgery. *Ann Surg Treat Res*. 2020;98(2):82-8.
157. Scott SK, Rabito FA, Price PD, Butler NN, Schwartzbaum JA, Jackson BM, et al. Comorbidity among the morbidly obese: a comparative study of 2002 U.S. hospital patient discharges. *Surg Obes Relat Dis*. 2006;2(2):105-11.
158. Khan WF, Singla V, Aggarwal S, Gupta Y. Outcome of bariatric surgery on hypothyroidism: experience from a tertiary care center in India. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2020;16(9):1297-301.
159. Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug Alcohol Depend*. 2008;93(1-2):21-9.
160. Lukasiewicz E, Mennen LI, Bertrais S, Arnault N, Preziosi P, Galan P, et al. Alcohol intake in relation to body mass index and waist-to-hip ratio: the importance of type of alcoholic beverage. *Public Health Nutr*. 2005;8(3):315-20.
161. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. 1998:77-98.
162. Bakanlığı TCS. 2013 [Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,2870/turkiye-kronik-hastaliklar-ve-risk-faktorleri-saha-calismasi.html>].
163. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2018. 788 p.
164. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(4):349-59.
165. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
166. Taba JV, Suzuki MO, Nascimento FSD, Iuamoto LR, Hsing WT, Pipek LZ, et al. The Development of Feeding and Eating Disorders after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2021;13(7).
167. Cleator J, Judd P, James M, Abbott J, Sutton C, Wilding J. Characteristics and perspectives of night-eating behaviour in a severely obese population. *Clinical obesity*. 2014;4(1):30-8.
168. Martín J, Arostegui I, Loroño A, Padierna A, Najera-Zuloaga J, Quintana JM. Anxiety and depressive symptoms are related to core symptoms, general health outcome, and medical comorbidities in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2019;27(6):603-13.
169. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med*. 2016;129(1):30-7.
170. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181104.
171. Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BN. Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *Int J Eat Disord*. 2012;45(3):307-15.
172. Nelson JD, Cuellar AE, Cheskin LJ, Fischer S. Eating Disorders and Posttraumatic Stress Disorder: A Network Analysis of the Comorbidity. *Behav Ther*. 2022;53(2):310-22.
173. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord*. 2007;15(4):285-304.
174. Rijkers C, Schoorl M, van Hoeken D, Hoek HW. Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(6):510-7.
175. Wadden TA, Faulconbridge LF, Jones-Corneille LR, Sarwer DB, Fabricatore AN, Thomas JG, et al. Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year: a prospective, observational study. *Obesity*. 2011;19(6):1220-8.
176. Harris SR, Carrillo M, Fujioka K. Binge-Eating Disorder and Type 2 Diabetes: A Review. *Endocrine Practice*. 2021;27(2):158-64.
177. Mitchell JE, King WC, Pories W, Wolfe B, Flum DR, Spaniolas K, et al. Binge eating disorder and medical comorbidities in bariatric surgery candidates. *International Journal of Eating Disorders*. 2015;48(5):471-6.

178. Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S, et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*. 2015;48(2):215-22.
179. da Luz FQ, Hay P, Touyz S, Sainsbury A. Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*. 2018;10(7).
180. Smyth JM, Wonderlich SA, Heron KE, Sliwinski MJ, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(4):629-38.
181. Wildes JE, Marcus MD, Bright AC, Dapelo MM, Psychol MC. Emotion and eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa: an experimental study. *Int J Eat Disord*. 2012;45(7):876-82.
182. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
183. Pascual-Vera B, Belloch A. Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *Int J Clin Health Psychol*. 2018;18(1):43-51.



EKLER

EK 1. Onam formu

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı, “Bariyatrik cerrahi adaylarında, psikiyatrik komorbidite, yeme davranışları ve ilişkili faktörler”dir.

Bu çalışmada Obezite cerrahisine başvuran hastalarda yeme davranışlarını, psikiyatrik eş tanıları ve ilişkili daktörleri incelemektedir. Daha önce böyle bir çalışma yapılmadığından yeme bozuklukları ile ilgili bilimsel çalışmalara ve hastalığın tanı ve tedavi sürecine önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişim ya da görüntülenme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmayı yapan doktorlar da bu çalışmadan herhangi bir maddi kazanç sağlamayacaklardır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer alacak hastaların sayısı 100’dir. Araştırmayı kabul ettiğinizde yapılan görüşme ve ölçekler sonrasında tekrardan çağırılmayacaksınız. Bu araştırmaya katılmakla, siz ve sizin gibi psikiyatri polikliniğine başvuran kişilerin hayat kalitesinin değerlendirilmesine katkıda bulunacaksınız. Muayene süresi yaklaşık 40 dakikadır. Tüm testler yaklaşık 60 dakika sürecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme fark edildiğinde bu durum size veya yakınlarınıza derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunda Dr. Fatma Nur Erol’a başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

EK 2. Sosyodemografik veri formu

AD SOYAD:

YAŞ:

CİNSİYET: 1.Kadın () 2.Erkek ()

MEDENİ DURUM:

1.Bekar() 2.Evli() 3.Boşanmış() 4.Dul()

EĞİTİM DURUMU:

1.Okur yazar() 2.İlköğretim mezunu()

3.Lise mezunu() 4.Üniversite ve üzeri()

KİMLERLE YAŞADIĞI:

1.Yalnız () 2.Ebeveynleri ile()

3.Eş ve çocukları ile () 4.Diğer ()

KARDEŞ SAYISI:.... Çocuk sayısı:

MESLEK:

(1)işsiz (2)ev hanımı (3)memur (4)işçi (5)serbest (6)çiftçi (7)emekli
(8)öğrenci (9)diğer

AİLEDE PSİKIYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

EK TIBBİ HASTALIKLAR:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

KİLO: BOY: BMI:

DAHA ÖNCE DİYET YAPTINIZ MI?

1.EVET () kaç kez:

2.HAYIR()

Sigara kullanım durumu 1.EVET () 2.HAYIR ()

Alkol kullanım durumu 1.EVET () 2.HAYIR ()

Madde kullanım durumu 1.EVET () 2.HAYIR ()

EK 3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) Formu

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod	? - +	? - +
Manik epizod	? - +	? - +
Hipomanik Epizod	? - +	? - +
Distimik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar	? - +	? - +
Hallüsinasyonlar	? - +	? - +
Dezorganize konuşma ve davranış	? - +	? - +
Katatonik davranış	? - +	? - +
Negatif semptomlar	? - +	? - +
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni	? - +	? - +
Şizofreniform bozukluk	? - +	? - +
Şizoaffektif bozukluk		
Sanrısız bozukluk	? - +	? - +
Kısa psikotik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	? - +	? - +
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk	? - +	? - +
Bipolar II bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk		
Major depresif bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk	? - +	? - +
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Kanabis kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uyarıcı kullanım bozukluğu		
Opiyat kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Fensiklidin kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uçucular kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Diğer madde kullanım bozukluğu	? - +	? - +
ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu	? - +	? - +
Agorafobi	? - +	? - +
Toplumsal kaygı bozukluğu	? - +	? - +
Yaygın anksiyete bozukluğu	? - +	? - +
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk	? - +	? - +
Travma sonrası stres bozukluğu	? - +	? - +
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu	? - +	? - +
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu	? - +	? - +
Özgül fobi		
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	? - +	? - +
Biriktiricilik bozukluğu	? - +	? - +
Beden algısı bozukluğu	? - +	? - +
Trikotillomani	? - +	? - +
Deri yolma bozukluğu	? - +	? - +
Uykusuzluk bozukluğu	? - +	? - +
Aşırı uyku bozukluğu	? - +	? - +
Anoreksiya nervroza		
Bulimiya nervroza	? - +	? - +

Kaçıngan / kısıtlı yiyecek alımı	? - +	? - +
Bedensel belirti bozukluğu	? - +	? - +
Hastalık kaygısı bozukluğu	? - +	? - +
Aralıklı patlayıcı bozukluk	? - +	? - +
Kumar oynama bozukluğu	? - +	? - +
Uyum bozukluğu	? - +	? - +



EK 4. Yeme bozuklukları tanı envanteri

YEME BOZUKLUKLARI TANI ENVANTERİ

AD-SOYAD:

YAŞ:

TANI:

EKTANI:

TARİH:

DOSYA NO:

PİKA	ŞİMDİ
A. En az 1 ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.	
B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişme düzeyi ile uyumlu değildir	
C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.	
D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. Anlıksal yeti yitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk), otizm spektrumu kapsamında bozukluk, şizofreni), ayıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.	

GERİ ÇIKARMA (GEVİŞ GETİRME/RİMİNASYON) BOZUKLUĞU	ŞİMDİ
A. En az 1 ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da tükürülebilir.	
B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-barsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. Gastroözefagial reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.	
C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksia nervroza, bulimia nervroz, tıkinircasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.	
D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. Anlıksal yeti yitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da başka nörogelişimsel bozukluk) ayıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.	

KAÇINGAN/KISITLI YİYECEK ALIMI BOZUKLUĞU	ŞİMDİ
A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve/veya enerji gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. Yemeye ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma). 1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da bünyenin duraklaması). 2. Belirgin bir beslenme eksikliği. 3. Enteral beslenmeye ya da ağızdan alınan besin destekçilerine bağlı kalma. 4. Ruhsal- toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi.	
B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.	
C. Bu yeme bozukluğu, , yalnızca anoreksia nervroza ya da bulimiya nervroza gidiş sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığı ile ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.	
D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun ortaya çıkabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.	

ANOREKSİA NERVOZA	ŞİMDİ
A. Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlama, kişinin yaşı, cinsiyeti ve gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir şekilde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin şekilde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.	
B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almaktan veya şişman olmaktan aşırı korkma veya kilo almaya engel olan sürekli davranışlarda bulunma.	

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığı ile 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.	
---	--

BULİMİYA NERVOZA	ŞİMDİ
A. Yineleyici tıkinircasına yeme dönemleri. Bir tıkinircasına yeme dönemi aşağıdakilerden 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 ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)	
B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçları, diüretik ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.	
C. Bu tıkinircasına 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 anoreksia dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır	

TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU	ŞİMDİ
A. Yineleyici tıkinircasına yeme dönemleri. Bir tıkinircasına yeme dönemi aşağıdakilerden 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 ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)	
B. Tıkinircasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü(ya da daha çoğu) eşlik eder: 1. Olağandan çok daha hızlı yeme 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme. 3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme. 4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.	

5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.	
C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.	
D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.	
E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca anoreksia nervroza ya da bulimiya nervroza gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.	

TANIMLANMIŞ DİĞER BİR BESLENME VE YEME BOZUKLUĞU	ŞİMDİ
1. Atipik anoreksia nervroza Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında anoreksiya nervroza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.	
2. Bulimiya nervroza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli) Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında bulimiya nervrozanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.	
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli) Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kezden daha az ve ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.	
4. Çıkarma bozukluğu Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için tıkınırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçların, idrar söktürücü [diüretik] ilaçların ya da başka ilaçların yanlış yere kullanımı).	

5. Gece yeme sendromu Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayrımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, Kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsa değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme belirgin sıkıntıya ve/ya da işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da bir ilacın etkisine bağlanamaz.	
--	--

TANIMLANMAMIŞ BESLENME VE YEME BOZUKLUĞU	ŞİMDİ

EK 5. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)

- 1 Teknik yazılardan hoşlanırım.
- 2 İştahım iyidir.
- 3 Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.
- 4 Kütüphaneci olarak çalışmayı seveceğimi sanıyorum.
- 5 Gürültüden kolayca uyanırım.
- 6 Cinayet haberleri okumaktan hoşlanırım.
- 7 Çoğu zaman el ve ayaklarımın sıcaklığı iyidir.
- 8 Günlük hayatım beni ilgilendirecek şeylerle doludur.
- 9 Bugün de hemen hemen eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- 10 Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.
- 11 İnsan rüyalarını anlamaya çalışmalı ve kendini onlara göre ayarlamalıdır.
- 12 Polis romanlarından ya da esrarengiz yazılardan hoşlanırım.
- 13 Büyük bir sinir gerginliği içinde çalışırım.
- 14 Ayda iki defa ishal olurum.
- 15 Ara sıra söylenemeyecek kadar ayıp şeyler düşünürüm.
- 16 Hayatta kötülükler hep beni bulur.
- 17 Babam iyi bir adamdır. (Eğer ölmüşse babam iyi bir insandı)
- 18 Pek seyrek kabız olurum.
- 19 Yeni bir işe girince kimin gözüne girmem gerektiğini öğrenmek isterim.
- 20 Cinsel yaşamımdan memnunum.
- 21 Zaman zaman evi bırakıp gitmek istemişimdir.
- 22 Ara sıra kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum.
- 23 Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.
- 24 Kimse beni anlamıyor.
- 25 Şarkıcı olmayı isterim.
- 26 Başım derde girince susmayı tercih ederim.
- 27 Bazen kötü ruhların beni etkileri altına aldığını hissederim.
- 28 Kötülüğe kötülükle karşılık vermek prensibimdir.
- 29 Çoğu kez midem ekşir.
- 30 Bazen canım küfretmek ister.
- 31 Sık sık geceleri kabus geçiririm.
- 32 Zihnimi bir iş üzerinde toplamakta güçlük çekerim.
- 33 Başımdan çok garip ve tuhaf şeyler geçti.
- 34 Çoğu zaman öksürüğüm vardır.
- 35 Başkaları engel olmasaydı çok daha başarılı olurdum.
- 36 Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.
- 37 Cinsel yaşamım yüzünden başım hiç derde girmedir.
- 38 Gençliğimde bir devre ufak tefek şeyler çaldım.
- 39 Bazen içimden bir şeyler kırmak isteği geçer.
- 40 Başka bir şey yapmaktansa çoğu zaman oturup hayal kurmayı severim.
- 41 Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiç bir şeye el sürmediğim olur.
- 42 Ailem seçtiğim (veya seçmek istediğim) mesleği beğenmiyor.
- 43 Kuşkulu ve rahatsız uyurum.
- 44 Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.
- 45 Her zaman doğruyu söylemem.
- 46 Şimdi her zamankinden daha iyi düşünüp tartabiliyorum.
- 47 Ortada hiç bir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.
- 48 Başkaları ile bir arada iken kulağıma çok garip şeyler gelmesinden rahatsız olurum.

- 49 Kanunların hemen hepsi kaldırılrsa daha iyi olur.
- 50 Bazen ruhum vücudumdan ayrılır.
- 51 Sağlığım bir çok arkadaşım ki kadar iyidir.
- 52 Uzun zamandan beri görmediğim okul arkadaşlarım ya da tanıdıklarım önce benimle konuşmazlarsa onları görmemezlikten gelmeyi tercih ederim.
- 53 Hocaların dua okuyup üflemesi hastalığı iyileştirir.
- 54 Tanıdıklarımın çoğu beni sever.
- 55 Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.
- 56 Çocukken okuldan kaçtığım için bir iki defa cezalandırıldım.
- 57 İnsanlarla çabucak kaynaşırım.
- 58 Kuran'ın buyrukları bir bir çıkmaktadır.
- 59 Çok defa benden az bilenlerden emir alarak çalışmak zorunda kaldım.
- 60 Her gün gazetelerin baş yazılarını okumam.
- 61 Gerektiği gibi bir hayat yaşamadım.
- 62 Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissedirim.
- 63 Büyük abdest yapmada ya da tutmada hiç bir güçlük çekmem.
- 64 Bazen başkalarının sabrını tüketecek kadar bir şeye saplanır kalırım.
- 65 Babamı severim (Eğer babam ölmüşse babamı severdim)
- 66 Etrafımda başkalarının görmedikleri eşya, hayvan veya insanlar görüyorum.
- 67 Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim.
- 68 Ensemde nadiren ağrı hissedirim.
- 69 Kendi cinsimden olanları oldukça çekici bulurum.
- 70 Körebe oyunundan hoşlanırım.
- 71 Bir çok kimseler başkalarının ilgi ve yardımlarını sağlamak için talihsizliklerini abartırlar.
- 72 Hemen hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.
- 73 Ben önemli bir insanım.
- 74 Çoğu zaman kız olmayı isterdim. (Şayet kız iseniz) Kız olduğuma hiç üzülmedim.
- 75 Ara sıra öfkelenirim.
- 76 Çoğu zaman kendimi hüznümlü hissedirim.
- 77 Aşk romanları okumadan hoşlanırım.
- 78 Şiiri severim.
- 79 Kolay incinmem.
- 80 Bazen hayvanlara rahat vermem.
- 81 Orman bekçiliği gibi işlerden hoşlanacağımı sanıyorum.
- 82 Tartışmalarda çabucak yenilirim.
- 83 Çok çalışabilen ya da çalışmak isteyen kişinin başarılı olma şansı yüksektir.
- 84 Bugünlerde artık hiç ilerleme umudum kalmamış gibi hissedirim.
- 85 Kullanamayacak bile olsam bazen başkalarının ayakkabı, eldiven vb. gibi özel eşyaları o kadar hoşuma gider ki dokunmak ve aşırma isterim.
- 86 Kendime hiç güvenim yoktur.
- 87 Çiçek satıcısı olmayı isterdim.
- 88 Genel olarak hayatın yaşanmaya değer olduğu kanısındayım.
- 89 İnsanlara gerçeği kabul ettirmek güçtür.
- 90 Bugün yapmam gereken işleri ara sıra yarına bıraktığım olur.
- 91 Benimle alay edilmesine aldırman.
- 92 Hemşire olmayı isterdim.
- 93 Yükselmek için bir çok kimse yalan söylemekten çekinmez.
- 94 Sonradan pişman olacağım pek çok şeyi yaptığım olur.

- 95 Namazımı hemen hemen muntazaman kılarım. 96 Ailemle pek az kavga ederim.
97 Bazen zararlı ya da çok kötü işler yapmak için içimde çok güçlü bir istek duyarım.
98 Kıyamet gününe inanıyorum.
99 Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanırım.
100 Bildiğim bir konuda bir kimse saçma sapan ya da cahilce konuşursa onu hemen düzeltirim.
101 Bence cinsel yönden kadınlar da erkekler kadar serbest olmalıdır.
102 En büyük mücadelemi kendimle yaparım.
103 Vücudumda pek az seğirme ve kasılma olur.
104 Başıma ne gelirse gelsin aldırış etmiyorum
105 Keyfim yerinde olmadığı zaman tersliğim üzerimdedir.
106 Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım korkusuna kapılırım.
107 Çoğu zaman mutluyumdur.
108 Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.
109 Bazı kimseler o kadar amirane davranırlar ki haklı bile olsalar içimden dediklerinin aksini yapmak gelir.
110 Bana kötülük etmek isteyen biri var.
111 Sırf heyecanlanmak için tehlikeli işlere girişmem.
112 Doğru bildiğim şeyler için çoğu zaman direnmek zorunda kalırım.
113 Kanunların uygulanması gerektiğine inanırım.
114 Çoğu zaman başımı sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim.
115 Ahirete inanırım.
116 Bahse girdiğim yarış ya da oyunlardan daha çok zevk alırım.
117 Bir çok kimseler daha çok yakalanmaktan korktukları için dürüsttüler.
118 Dersten kaçtığım için ara sıra müdüre gönderildiğim oldu.
119 Konuşma tarzım her zamanki gibidir. (Daha yavaş ya da hızlı değil, yayvanlaşmış ya da kısık değil)
120 Evde sofrada adabına dışarıdaki kadar dikkat etmem.
121 Aleyhimde bazı tertipler kurulduğuna inanıyorum.
122 Tanıdığım insanların çoğu kadar becerikli ve zeki olduğumu sanıyorum.
123 Beni takip edenler olduğuna inanıyorum.
124 Bir çokları kaybetmektense çıkarlarını korumak için pek doğru olmayan yollara başvururlar.
125 Midemden oldukça rahatsızım.
126 Tiyatrodan hoşlanırım.
127 Dertlerimin çoğundan kimin sorumlu olduğuna biliyorum.
128 Kan görünce korkmam ya da fenalaşmam.
129 Bazen ters ve suratsız olurum.
130 Hiç bir zaman kan kusmadım ya da tükürmedim.
131 Hastalığa yakalanacağım diye kaygılanmam.
132 Çiçek koleksiyonu yapmayı ya da evde çiçek yetiştirmeyi severim.
133 Hiç bir zaman normal olmayan cinsel ilişkilere girişmedim.
134 Bazen kafamdaki düşünceler o kadar hızlıdır ki söylemeyi yetiştiremem.
135 Fark edilmeyeceğimden emin olsam sinemaya biletsiz girerdim.
136 Bana iyilik yapan kimsenin genel olarak gizli bir amacı olabileceğini düşünürüm.
137 Aile hayatımın tanıdığım kimselerin çoğununki kadar iyi olduğuna inanıyorum.
138 Eleştiri beni çok kırar.
139 Bazen sanki kendimi ya da başkasını incitmek zorundaymışım gibi hissederim.
140 Yemek pişirmeyi severim.
141 Davranışlarımı çoğu zaman etrafımdakilere göre ayarlarım.
142 Bazen hiç bir işe yaramadığımı düşünürüm.
143 Çocukken başlarına ne gelirse gelsin aralarındaki birliği koruyan bir gruptaydım.

- 144 Asker olmak isterim.
145 Bazen biriyle yumruk yumruğa kavgaya girişmek istediğim olur.
146 Seyahat edip, gezip tozmadıkça mutlu olmam.
147 Çabuk karar vermediğim için çok fırsat kaçırdım.
148 Önemli bir iş üzerinde çalışırken başkalarının işimi yarıda kesmeleri sabrımı taşırır.
149 Hatıra defteri tutardım.
150 Oyunda kaybetmektense kazanmayı isterim.
151 Biri beni zehirlemeye çalışıyor.
152 Çoğu geceler zihnimi hiçbir şey kurcalamadan uykuya dalarım.
153 Son bir kaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.
154 Hiç sinir nöbeti ya da havale geçirmedim.
155 Ne şişmanlıyorum, ne zayıflıyorum.
156 Bir şeyler yapıp sonra ne yaptığımı hatırlayamadığım zamanlar oldu. 157 Çoğu kere sebepsiz yere cezalandırıldım.
158 Çabuk ağlarım.
159 Okuduğumu eskisi kadar iyi anlayamıyorum.
160 Hayatımda hiç bir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.
161 Bazen başımda bir sızı hissederim.
162 Birisinin bana kurnazca oyun yapmasına çok içerlerim.
163 Çabucak yorulmam.
164 Üzerinde çalıştığım konularda okumayı ve incelemede bulunmayı severim.
165 Önemli kimseleri tanımayı severim, çünkü böylece kendimi de önemli bir kimse gibi görürüm.
166 Yüksek bir yerden aşağıya bakmaya korkarım.
167 Ailemden herhangi birinin mahkemelik olması beni rahatsız etmez.
168 Zihnimde bir gariplik var.
169 Parayı ellemekten korkmam.
170 Başkalarının hakkımda ne düşündüğü beni rahatsız etmez.
171 Bir eğlencede başkaları yapsalar bile, ben taşkınlık yapmaktan rahatsızlık duyarım.
172 Çoğu kez utangaçlığımı örtbas etmek ihtiyacı duyarım.
173 Okulu severdim.
174 Hiç bayılma nöbeti geçirmedim.
175 Pek az başım döner ya da hiç dönmez.
176 Yılandan büyük bir korkum yoktur.
177 Annem iyi bir kadındır. (Eğer ölmüş ise annem iyi bir kadındı)
178 Hafızam genellikle iyidir.
179 Cinsel konularda sıkıntım vardır.
180 Yeni tanıştığım kimselerle konuşma konusu bulmada güçlük çekerim.
181 Canım sıkıldıkça heyecanlı birşeyler yapmayı severim.
182 Aklımı oynatmaktan korkuyorum.
183 Dilencilere para vermeyi doğru bulmam.
184 Sık sık nereden geldiğini bilmediğim sesler duyarım.
185 Herkes kadar iyi iştirim.
186 Bir şeyler yapmaya başladığımda ellerimin çok defa titrediğini fark ederim.
187 Ellerimde beceriksizlik ya da sakarlık yok.
188 Gözlerim yorulmadan uzun süre okuyabilirim.
189 Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.
190 Başım pek az ağrır.
191 Bazen utanınca çok terlerim.
192 Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.
193 Saman nezlesi ya da astım nöbetlerim yoktur.

- 194 Hareketlerimi ve konuşmalarımı kontrol edemediğim fakat etrafımda olup bitenden haberdar olduğum nöbetler geçirdiğim oldu.
- 195 Tanıdığım herkesi sevmem.
- 196 Hiç görmediğim yerlere gitmekten hoşlanırım.
- 197 Biri beni soymaya her şeyimi almaya çalışıyor.
- 198 Çok az hayal kurarım.
- 199 Çocuklara cinsiyetle ilgili temel gerçekler öğretilmelidir.
- 200 Fikir ve düşüncelerimi çalmak isteyen biri var.
- 201 Keşke bu kadar utangaç olmasam.
- 202 Kendimi cezayı hak etmiş bir suçlu insan gibi görüyorum.
- 203 Gazeteci olmak isterdim.
- 204 Gazeteci olsaydım daha çok tiyatro haberleri yazmaktan hoşlanırdım.
- 205 Bazen çalmaktan ya da dükkanlardan eşya aşmaktan kendimi alamam.
- 206 Bir çok kişiden daha dindarımdır.
- 207 Çeşitli oyun ve eğlencelerden hoşlanırım.
- 208 Flört etmeyi severim.
- 209 Günahlarımın affedilmeyeceğine inanıyorum.
- 210 Her şeyin tadı aynı geliyor.
- 211 Gündüzleri uyuyabilirim ama geceleri uyuyamam.
- 212 Evdekiler bana çocuk muamelesi yapıyor.
- 213 Yürürken kaldırımdaki yarıklara basmamaya dikkat ederim.
- 214 Cildimde üzölmeye değer kabarıklık ya da sivilce yok.
- 215 Çok içki kullandım.
- 216 Başka ailelere göre bizim evde sevgi ve arkadaşlık pek azdır. 217 Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.
- 218 Hayvanların eziyet çektiğini görmek beni üzmez.
- 219 İnşaat mütahtiliğinden hoşlanacağımı sanıyorum.
- 220 Annemi çok severim. (Eğer ölmüşse annemi çok severdim)
- 221 Bilimden hoşlanırım.
- 222 Karşılığını veremeyeceğim durumlarda bile arkadaşlarımdan yardım istemekte güçlük çekmem.
- 223 Avlanmayı çok severim.
- 224 Annem babam hep beraber olduğum kimselerden çok defa hoşlanmıyorlar.
- 225 Bazen biraz dedikodu yaptığım olur.
- 226 Ailemdeki bazı kimselerde canımı çok sıkkan alışkanlıklar var.
- 227 Uykuda gezdiğimi söylerler.
- 228 Bazen alışılmamış bir kolaylıkla karar verebileceğimi hissediyorum.
- 229 Çeşitli klüp ve derneklere üye olmak isterim.
- 230 Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.
- 231 Cinsiyet hakkında konuşmayı severim.
- 232 Bazen üzerime çok fazla iş alırım.
- 233 Pek çok insan karşı çıksa da kendi fikrimi sonuna kadar savunurum.
- 234 Çabuk kızar ve çabuk unuturum.
- 235 Aile kurallarından oldukça bağımsız ve özgürüm.
- 236 Sıklıkla kara kara düşünürüm.
- 237 Akrobalarımın hemen hemen hepsi bana karşı anlayış gösterir.
- 238 Zaman zaman yerimde duramayacak kadar huzursuzluk duyduğum devreler olur.
- 239 Aşkta hayal kırıklığına uğradım.
- 240 Görünüşüme hiç aldırmmam.
- 241 Kendi içimde tutup başkalarına söylenemeyen şeyler hakkında sık sık rüya görürüm.
- 242 Bir çoklarından daha sinirli sayılmam.

243 Hemen hemen hiç bir ağrı ve sızım yok.
244 Davranışlarım başkalarınca yanlış anlaşılmaya müsaittir.
245 Ailem beni olduğumdan daha hatalı bulur.
246 Boynumda sık sık kırmızı lekeler olur.
247 Kimseden sevgi görmüyorum.
248 Bazen ortada hiç bir neden yokken hatta işler kötüye gittiği zaman bile kendimi fazlasıyla mutlu hissederim.
249 Öbür dünyada şeytan ve cehennem olduğuna inanırım.
250 Hayatta önüne her geleni kapmaya çalışan insanları suçlamam.
251 Kendimi kaybedip yaptığım işi aksattığım ve etrafımda olup bitenlerin farkında olmadığım zamanlar oldu.
252 Hiç kimse başkasının derdine aldırış etmiyor.
253 Hatalı davranışlarını görsem bile insanlara arkadaşça davranabilirim.
254 Birbirleriyle şakalaşan kimseler arasında olmayı severim.
255 Seçimlerde bazen oyumu pek az tanıdığım kimselere veririm.
256 Gazetelerin ilgi çeken tek yeri resimli mizah sayfalarıdır.
257 Yaptığım işlerde genel olarak başarı elde edeceğime inanırım.
258 Allah'ın varlığına inanırım.
259 İşe başlamada güçlük çekerim.
260 Okulda iken ağır öğrenenlerden biriydim.
261 Ressam olsaydım çiçek resimleri yapardım.
262 Daha güzel olmamam beni rahatsız etmez.
263 Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.
264 Kendime tam anlamıyla güvenim vardır.
265 Hiç kimseye güvenmemek en doğrusudur.
266 Haftada bir ya da sık, çok heyecanlanırım.
267 Topluluk içinde olduğumda üzerinde konuşacak uygun konular bulmakta güçlük çekerim.
268 Karamsar olduğum zaman heyecanlı bir olay hemen beni bu durumdan çıkarır.
269 Bazen zevk için başkalarını kendimden korkuturum.
270 Evden çıkarken kapının kilitli ve pencerenin kapalı olup olmadığı aklıma takılmaz.
271 Başkalarının saflığını kendi çıkarlarına kullanan insanları ayıplamam.
272 Bazen kendimi enerji dolu hissederim.
273 Derimin bazı yerlerinde uyuşukluk hissederim.
274 Görme gücüm eskisi kadar kuvvetlidir.
275 Birisi zihnimi kontrol ediyor.
276 Çocukları severim.
277 Bazen bir hilecinin kurnazlığı beni o kadar eğlendirir ki yakayı ele vermemesini dilerim.
278 Çok defa tanımadığım kimselerin bana eleştirici gözle baktıklarını hissederim.
279 Her gün gereğinden fazla su içerim.
280 Bir çok kimseler kendilerine yararı dokunacağı için arkadaş edinirler.
281 Kulaklarım çok az çınlar veya uğuldar.
282 Genellikle sevdiğim aile üyelerine karşı bazen nefret duyarım.
283 Gazete muhabiri olsaydım en çok spor haberleri yapmayı isterdim.
284 Hakkımda çok konuşulduğundan eminim.
285 Ara sıra açık saçık bir fıkraya güldüğüm olur.
286 En çok yalnız olduğum zaman mutlu olurum.
287 Arkadaşlarıma kıyasla beni korkutan şeyler daha azdır.
288 Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.
289 Bir suçlu avukatının becerikliliği sayesinde cezadan kurtulunca kanunlara karşı daima nefret duyarım.

- 290 Çok gergin bir hava içinde çalışıyorum.
- 291 Hayatımda bir ya da bir kaç kere birisinin beni hopnotize ederek bana birşeyler yaptığını hissettim.
- 292 Başkaları benimle konuşuncaya kadar ben onlarla konuşmaya başlamam.
- 293 Birisi zihnimi etkilemeye çalışıyor.
- 294 Kanunla hiç başım derde girmedi.
- 295 Masal okumayı severim.
- 296 Hiçbir neden yokken kendimi son derece neşeli hissettiğim zamanlar oldu.
- 297 Cinsiyetle ilgili düşünceler beni rahatsız eder.
- 298 Birkaç kişinin birlikte başları derde girince en iyisi yakalarını kurtarmak için aynı hikayeyi uydurmak ve bundan caymamaktır.
- 299 Duygularımın bir çok kimseden yoğun olduğunu düşünüyorum.
- 300 Hayatımda hiçbir zaman bebekle oynamaktan hoşlanmadım.
- 301 Çoğu zaman hayat benim için bir yüküdür.
- 302 Cinsel davranışlarımdan dolayı hiçbir zaman başım derde girmedi.
- 303 Bazı konularda o kadar alınganım ki onlar hakkında konuşmam bile.
- 304 Okulda sınıf karşısında konuşmak bana güç gelirdi.
- 305 Başkalarıyla beraber olduğum zaman bile kendimi yalnız hissederim.
- 306 Bana karşı mümkün olan anlayış gösterilmektedir.
- 307 İyi beceremediğim oyunları oynamaya çalışmam.
- 308 Zaman zaman evi bırakıp gitmeyi çok istemişimdir.
- 309 Birçokları kadar çabuk arkadaş edinebileceğimi sanıyorum.
- 310 Cinsel hayatım doyurucudur.
- 311 Gençlik yıllarımda bir devre ufak tefek şeyler çaldım.
- 312 İnsanların arasında olmaktan hiç hoşlanmam.
- 313 Değerli eşyasını tedbirsizce ortada bırakıp çalınmasına neden olan kimse bunu çalan kadar hatalıdır.
- 314 Ara sıra söylenemeyecek kadar kötü şeyler düşünürüm.
- 315 Hayatın hep kötü tarafları bana nasip olmuştur.
- 316 Hemen hemen herkesin başını derde sokmamak için yalan söyleyebileceğine inanırım.
- 317 Birçok kimselerden daha hassasım.
- 318 Günlük hayatım beni ilgilendirecek şeylerle doludur.
- 319 İnsanların çoğu başkalarına yardım etmek için zahmete girmekten hoşlanmazlar.
- 320 Rüyalarımın çoğu cinsel konularla ilgilidir.
- 321 Kolaylıkla mahcup olurum.
- 322 Para ve işi kendime dert edininirim.
- 323 Başımdan çok tuhaf ve acayip olaylar geçmiştir.
- 324 Hiç kimseye aşık olmadım.
- 325 Ailemin yaptığı bazı şeyler beni korkutmuştur.
- 326 Bazen kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum.
- 327 Annem ya da babam çok defa beni makul bulmadığım emirlere bile itaat ettirdiler.
- 328 Zihnimi bir konu ya da iş üzerinde toplamakta güçlük çekerim.
- 329 Hemen hemen hiç rüya görmedim.
- 330 Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.
- 331 Eğer insanlar sırf düşmanlık olsun diye beni engellemeselerdi daha başarılı olurdum.
- 332 Bazen nezle olmadığım halde sesim çıkmaz ya da değişir.
- 333 Beni hiç kimse anlamıyor.
- 334 Bazen tuhaf korkular duyarım.
- 335 Zihnimi bir konu üzerinde toplayamam.
- 336 İnsanlara karşı sabrım çabuk tükenir.
- 337 Çoğunlukla bir takım şeyler ve kimseler için meraklanıp huzursuzlaşıyorum.

338 Hayatımın çoğu kimselerinkinden daha fazla tasa ve kaygı içinde geçtiğine eminim.
339 Çoğu zaman ölmüş olmayı isterdim.
340 Bazen o kadar heyecanlanırım ki uykuya dalmam güçleşir.
341 Bazen beni rahatsız edecek kadar iyi iştirim.
342 Bana söyleneni hemen unuturum.
343 Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durur ve düşünürüm.
344 Gördüğüm kimse ile karşılaşmamak için sıklıkla yolumu değiştiririm.
345 Sıklıkla olup bitenler bana gerçek değilmiş gibi gelir.
346 Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım var.
347 Bana gerçekten kötülük yapmak isteyen hiç bir düşmanım yoktur.
348 Bana umduğumdan fazla dostluk gösteren insanlara karşı tetikte bulunmaya çalışırım.
349 Acayip ve tuhaf düşüncelerim vardır.
350 Yalnızken garip şeyler duyarım.
351 Küçük bir seyahat için bile evden ayrılırken telaşlanır ve kaygılanırım.
352 Beni incitmeyeceğini bildiğim şeylerden ya da insanlardan bile korktuğum oldu.
353 Başkalarının toplantı yaptığı bir odaya girmekten çekinmem.
354 Bıçak gibi çok keskin ve sivri şeyler kullanmaktan korkarım.
355 Sevdiğim kimseleri bazen incitmekten hoşlanırım.
356 Dikkatimi bir konu üzerinde toplamada birçok kişiden daha fazla güçlük çekerim.
357 Yeteneğimi küçümsediğim için birçok defalar başladığım işi yarıda bıraktım.
358 Kötü ve çok defa korkunç kelimeler zihnimi kurcalar ve bunlardan kendimi kurtaramam.
359 Bazen önemsiz düşünceler aklımdan geçer ve beni günlerce rahatsız eder.
360 Hemen hemen her gün beni korkutan bir şey olur.
361 Her şeyi kötüye yorma eğilimindeyim.
362 Birçok kimselerden daha hassasım.
363 Bazen sevdiğim kimselerin beni incitmesinden hoşlandığım oldu.
364 Hakkımda onur kırıcı ve kötü sözler söylüyorlar.
365 Kapalı yerlerde huzursuzluk duyarım.
366 İnsanlar içinde bile olsam çok defa kendimi yalnız hissederim.
367 Yangından korkmam.
368 Sonradan pişman olacağım şeyler yapmak ya da söylemek korkusuyla bazen bir kimseden uzak durduğum oldu.
369 Kararsızlığım yüzünden yapılması gerekli birçok işi yapamamışımdır.
370 Çalışırken acele etmek zorunda olmaktan nefret ederim.
371 Aşırı derecede kendini dinleyen bir insan değilim.
372 Elimdeki işi en iyi şekilde yapmayı isterim.
373 Yalnızca bir tek doğru din oduğuna eminim.
374 Ara sıra zihnim her zamankinden daha ağır işler.
375 Çok mutlu olduğum ve iyi çalıştığım zamanlarda neşesiz veya dertli bir insanla karşılaşmak keyfimi tamamen kaçırır.
376 Polisler genellikle dürüsttür.
377 Toplantılarda kalabalığa karışmaktan çok yalnız başıma oturur ya da bir tek kişiyle ahbaplık ederim.
378 Kadınları sigara içerken görmekten hoşlanmam.
379 Çok nadiren karamsarlığa kapılırım.
380 Ne yapsam zevk alamıyorum.
381 Kolay öfkelenen biri olduğumu söylerler.
382 Yapmak istediğim şeylere karar verirken, başkalarının ne düşüneceğini dikkate almam.
383 İnsanlar çoğu zaman beni hayal kırıklığına uğrattırlar.

384 Kendimle ilgili her şeyi anlatabileceğim hiç kimse yok.
385 Şimşek çakması da korkularımdan biridir.
386 Çok tertipli ve titizim.
387 Ailem her davranışıma fazla karışıyor.
388 Karanlıkta yalnız kalmaktan korkarım.
389 Tasarlamış olduğum planlar çok defa o kadar güçlkle dolu göründü ki bunlardan vazgeçmek zorunda kaldım.
390 Birinin hatasını önleme gayretim yanlıı anlaşılmasına çok üzüürüm.
391 Dansa gitmeyi severim.
392 Fırtınadan çok korkarım.
393 Yük çekmeyen atlar dövülmeli ya da kamçılanmalıdır.
394 Başkalarına sık sık akıl danışıırım.
395 Gelecek bir insanın ciddi planlar yapamayacağı kadar belirsizdir. 396 İşler yolunda gittiği zaman bile çoğu kez her şeye karşı bir aldırılmazlık içinde olduğumu hissederim.
397 Bazen güçlükler öylesine üst üste gelir ki onlarla baş edemeyecekmişim gibi hissederim.
398 Çoğu kez keşke tekrar çocuk olsaydım diye düşünürüm.
399 Kolay kolay kızmam.
400 Eğer bana fırsat verilse dünya için çok yararlı işler yapabilirim.
401 Sudan hiç korkmam.
402 Ne yapacağıma karar vermeden önce uzun uzun düşünürüm.
403 Birçok şeyin olup bittiği böyle bir devirde yaşamak hoş bir şey.
404 Hatalarını düzelterek kendilerine yardım etmeye çalıştığım insanlar amacımı çoğu kez yanlıı anlarlar.
405 Yutkunmakta güçlük çekmem.
406 Uzman dendiği halde benden pek fazla bilgili olmayan insanlarla sık sık karşılaşırım.
407 Genel olarak sakinim ve kolay sinirlenmem.
408 Bazı konular hakkında hislerimi o kadar gizleyebilirim ki insanlar bilmeden beni incitebilirler.
409 Elimde olmadan çok ufak bir şeyden münakaşı çıkarıp karşımdakini kırıyorum.
410 Hilekarı kendi silahı ile alt etmekten hoşlanırım.
411 İyi tanıdığım bir kimsenin başarısını duyduğum zaman adeta kendimi başarısızlığa uğramış hissederim.
412 Hastalandığım zaman doktora gitmekten korkmam.
413 Günahlarım için ne kadar ağır ceza görsem iyidir.
414 Hayal kırıklıklarını o kadar ciddiye alırım ki bunları zihnimden söküp atamam.
415 Fırsat verilse iyi bir önder olurum.
416 Yakınlarıımın sağlığından çok endişe ederim.
417 Sırada beklerken biri önüme geçmeye kalkışırsa ona çıkışıırım.
418 Bazen hiç bir işe yaramadığımı düşünürüm.
419 Küçükken okuldan sık sık kaçardım.
420 Başımdan dinle ilgili olağanüstü yaşantılar geçti.
421 Ailemde çok sinirli insanlar var.
422 Ailemde bazı kişilerin yapmış olduğu işler beni utandırmıştır.
423 Balık tutmayı çok severim.
424 Hemen hemen her zaman açlık duyarım.
425 Sık sık rüya görürüm.
426 Kaba ya da can sıkıcı insanlara karşı bazen sert davrandığım olur.
427 Açık saçık hikayelerden utanıp rahatsız olurum.
428 Gazetelerin baş yazılarını okumaktan hoşlanırım.
429 Ciddi konular üzerinde verilen konferansları dinlemekten hoşlanırım.
430 Karşı cinsten olanları çekici bulurum.

431 Başa gelebilecek talihsizlikler beni oldukça telaşlandırır.
432 Kuvvetli siyasi fikirlerim var.
433 Bir zamanlar hayali arkadaşlarım vardı.
434 Otomobil yarışçısı olmayı isterdim.
435 Genel olarak kadınlarla çalışmayı tercih ederim.
436 İnsanlar genel olarak başkalarının haklarına saygı göstermekten çok kendi haklarına saygı gösterilmesini isterler.
437 Kanuna aykırı davranmadan kanunun bir gediğinden yararlanmakta zarar yoktur.
438 Bazı insanlardan o kadar nefret ederim ki ettiklerini bulunca içimden "Oh" derim.
439 Beklemek zorunda kalmak beni sinirlendirir.
440 Başkalarına anlatmak için hoş fıkraları hatırımda tutmaya çalışırım.
441 Uzun boylu kadınlardan hoşlanırım.
442 Üzüntü yüzünden uyuyamadığım zamanlar oldu.
443 Başkalarının gereği gibi yapamadığını sandığı şeyleri yapmaktan vazgeçtiğim oldu.
444 Başkalarının cahilce inançlarını düzeltmeye çalışmam.
445 Küçükken heyecan veren şeyler yapmaktan hoşlanırdım.
446 Az parayla oynanan kumardan hoşlanırım.
447 Mastürbasyonda kendi cinsimle ilgili hayal beni tahrik eder.
448 Sokakta, otobüs ve dükkanlarda bana bakan insanlardan rahatsız olurum.
449 İnsanlarla bir arada olmayı sağladığı için toplantı ve davetlere katılmayı severim.
450 Kalabalığın verdiği coşkudan hoşlanırım.
451 Neşeli arkadaşlar arasına karışınca üzüntülerimi unuturum.
452 Arkadaş edinemiyorum.
453 Küçükken mahalledeki arkadaş ya da akran gruplarına katılmaktan hoşlanmazdım.
454 Orman ya da dağdaki kulübede tek başıma yaşamaktan mutlu olabilirim.
455 İçinde bulunduğum grubun dedikodularına ve konuşmalarına sıklıkla konu olmam.
456 İnsan makul bulmadığı kanunlara aykırı hareketlerinden ötürü cezalandırılmamalıdır.
457 Bence insan hiç bir zaman alkollü içkiyi ağzına almamalıdır.
458 Çocukken benimle en çok ilgilenen erkek (baba, üvey baba vb.) bana karşı çok sert davranırdı.
459 Çaba göstermekle yenemeyeceğimi bildiğim bazı kötü alışkanlıklarım var.
460 Az içki kullandım ya da hiç kullanmadım.
461 Kısa bir zaman için bile olsa başladığım işi kenara bırakmak bana güç gelir.
462 Küçük abdestimi yapmada ya da tutmada güçlük çekmem.
463 Sek sek oynamaktan hoşlanırdım.
464 Hiç hayal görmedim.
465 Bir kaç kez hayatım boyunca yaptığım işte hevesimi yitirdiğim olmuştur.
466 Doktor önerisi dışında hiçbir ilaç ya da uyku hapi kullanmam.
467 Çok defa otomobilin plaka numarası gibi önemsiz şeyleri ezberlerim.
468 Sıklıkla sinirli ve asık suratlı olurum.
469 Onlardan önce düşündüğüm için başkaları benim fikirlerimi kıskanıyorlar.
470 Cinsiyetle ilgili konulardan nefret ederim.
471 Okulda hal ve gidişten kırık not alırdım.
472 Yangın karşısında büyülenmiş gibi olurum.
473 Mümkün olduğu kadar kalabalıktan uzak durmaya çalışırım.
474 Başkalarından daha sık küçük abdeste çıkmam.
475 Sıkıştırıldığım zaman gerçeğin ancak bana zarar vermeyecek kısmını söylerim.
476 Tanrı bana özel görev vermiştir.
477 Arkadaşlarımla birlikte işlediğim bir suçtan eşit şekilde suçlu olduğum zaman onları ele vermektense bütün suçu üzerime almayı tercih ederim.

- 478 Çok değişik bir aile ortamından gelmiş olmayı isterdim.
479 Yabancılarla tanışmaktan kaçınmam.
480 Karanlıktan çok defa korkarım.
481 Bir şeyden kurtulmak için hasta numarası yaptığım olmuştur.
482 Trende, otobüste vb. rastladığım kimselerle çok defa konuşurum.
483 Peygamberimiz göğe çıkma gibi mucizeler göstermiştir.
484 Homoseksüelliği çok iğrenç buluyorum.
485 Bir erkek bir kadınla beraber olunca genel olarak onun cinsiyeti ile ilgili şeyler düşünür.
486 İdrarımda hiç bir zaman kan görmedim.
487 Uğraştığım iş yolunda gitmeyince hemen vazgeçerim.
488 Sık sık dua ederim.
489 Yaşamı yalnızca üzüntülü, sıkıntılı tarafları ile benimseyen insanlara sempati duyarım.
490 Haftada bir kaç kere Kuran okurum.
491 Sadece bir tek dinin doğruluğuna inananlara tahammül edemem.
492 Zelzele düşüncesi beni çok korkutur.
493 Tam dikkat isteyen işleri, beni dikkatsizliğe sürükleyecek işlere tercih ederim.
494 Kapalı ve küçük yerlerde bulunmaktan rahatsız olurum.
495 Kusurlarını düzeltmeye çalıştığım insanlarla genel olarak gayet açık konuşurum.
496 Eşyayı hiçbir zaman çift görmem. (Yani tek olan şeyleri çift görmem)
497 Macera hikayelerinden hoşlanırım.
498 Açık sözlü olmak her zaman iyidir.
499 Gerçekten önemsiz olan bir şey üzerinde bazen sebepsiz olarak haddinden fazla üzüldüğüm olur.
500 Bana parlak gelen bir fikre hemen kapılır giderim.
501 Başkalarından yardım beklemektense genel olarak bir işi kendi başıma yapmayı tercih ederim.
502 Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.
503 Başkalarının hareketlerini beğenip beğenmediğimi çok belli etmem.
504 Değersiz gördüğüm ya da acıdığım kimseye bu duygularımı belli etmekten çekinmem.
505 Zaman zaman kendimi öyle güçlü ve enerjik hissederim ki böyle zamanlarda günlerce uykuya ihtiyaç duymadığım olur.
506 Sinirleri çok gergin bir insanım.
507 İşler iyi gidince aslan payını kendilerine alan fakat hata yapılırken bunu başkalarının üzerine atan insanlarla karşılaştım.
508 Koku alma duyum herkes kadar iyidir.
509 Bazen çekingenliğim yüzünden hakkımı arayamam.
510 Pislik ve kir beni ürkütüp iğrendirir.
511 Herkesten gizli tuttuğum bir hayal dünyam var.
512 Yıkanmaktan hoşlanmam. 513 Kış mevsimini severim.
514 Erkek gibi davranan kadınlardan hoşlanırım.
515 Evimizde daima gerekli ihtiyaç malzemeleri bulunurdu. (Yeteri kadar yiyecek, giyecek vb.)
516 Ailemde çok çabuk kızan kimseler var.
517 Hiç bir şeyi iyi yapamam.
518 Bazı durumlarda olduğumdan daha fazla üzüntülü görünmeye çalıştığım olmuştur.
519 Cinsel organlarımda bir bozukluk var.
520 Genel olarak görüşlerimi kuvvetle savunurum.
521 Bir grup içinde konuşma yapmam ve çok iyi bildiğim bir konuda fikrimi söylemem istenince kaygılanmam.

- 522 Örümcekten korkmam.
523 Yüzüm hemen hemen hiç kızarmaz.
524 Kapı tokmaklarından hastalık veya mikrop alacağımdan korkmam.
525 Bazı hayvanlardan ürkerim.
526 Gelecek bana ümitsiz görünüyor.
527 Ailem ve yakın akrabalarım birbirleriyle oldukça iyi geçinirler.
528 Yüzüm başkalarından daha sık kızarmaz.
529 Pahalı elbiseler giymeyi severim.
530 Sebepsiz yere sık sık içim sıkılıyor ve ağlamak istiyorum.
531 Bir konu üzerinde karar verdiğimi zannetsem bile başka biri fikrimi kolayca değiştirebilir.
532 Acıya başkaları kadar ben de dayanabilirim.
533 Sık sık geğirmekten şikayetim yoktur.
534 Çoğunlukla başladığım işten en son vazgeçen ben olurum.
535 Hemen hemen her zaman ağzımda kuruluk olur.
536 Beni acele ettirenlere kızarım.
537 Afrika'da aslan avına çıkmak isterdim.
538 Terzilikten hoşlanabileceğimi sanıyorum.
539 Fareden korkmam.
540 Yüzüme hiç felç inmedi.
541 Cildime ufak bir şeyin dokunmasından çok huylanırım.
542 Şimdiye kadar rengi kapkara büyük abdest yapmadım.
543 Haftada bir kaç kez korkunç bir şey olacakmış duygusuna kapılırım.
544 Çoğu zaman yorgunluk hissederim.
545 Bazen aynı rüyayı tekrar tekrar görürüm.
546 Tarih okumaktan hoşlanırım.
547 Toplantı ve kalabalık eğlencelerden hoşlanırım.
548 Elimdeyse açık saçık numaraların yapılacağı eğlence yerlerine gitmem.
549 Karşıma çıkacak güçlüklerden korkar ve kaçırım.
550 Kapı mandalları gibi bozuk olan şeyleri onarmaktan hoşlanırım.
551 Bazen başkalarının kafamın içindekileri okuduğuna eminim.
552 Bilimsel yayınları okumaktan hoşlanırım.
553 Açık yerlerde veya geniş meydanlarda tek başıma kalmaktan korkarım.
554 Sıkıntım oldukça alkol alırım.
555 Bazen çıldıracakmış gibi olurum.
556 Kılık kıyafetime çok itina ederim.
557 Hayatı fazla ciddiye almıyorum.
558 Birçok kimseler kötü cinsel faaliyetlerinden dolayı suçludurlar.
559 Gece yarısı çoğunlukla korkuya kapıldığım olur.
560 Bir şeyi nereye koyduğumu unutmaktan çok şikayetçiyimdir.
561 Ailem benim için büyük bir dayanaktır.
562 Çocukken en fazla bağlandığım ve hayran kaldığım kimse bir kadındı.
563 Macera hikayelerini aşk hikayelerinden daha çok severim.
564 Yapmak istediğim fakat başkalarının beğenmediği bir işten kolayca vazgeçerim.
565 Yüksek bir yerde iken içimden atlama isteği gelir.
566 Sinemalardaki aşk sahnelerini severim.

Ek 6. Atıştırma Davranışı Ölçeği (ADÖ) (Rep Eat-Q)

REP (EAT) _ Q – ATIŞTIRMA DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

Son dört hafta içinde aşağıdaki davranışları veya tutumları ne sıklıkla gerçekleştirdiniz?

0 = Asla	1 = ayda 1- 3 gün	2 = genellikle haftada 1 kez	3 = genellikle haftada 2- 3 gün	4 = genellikle haftada 4-5 gün	5 = genellikle haftada 6-7 gün	6 = genellikle günde birden çok kez	
1. Bütün gün boyunca önceden planlamaksızın gidip gelip bir şeyler yedim.	0	1	2	3	4	5	6
2. Önceden planlamaksızın ve öğünler arasında küçük/az miktarda tekrar tekrar bir şeyler yedim.	0	1	2	3	4	5	6
3. Ne yaptığımın farkında olmaksızın bir şeyler atıştırdım.	0	1	2	3	4	5	6
4. Bütün gün öğünler arasında tekrar tekrar bir şeyler atıştırdım.	0	1	2	3	4	5	6
5. Yemek istememem de bundan kaçamadığımı hissettim.	0	1	2	3	4	5	6
6. Atıştırmamak için direnmeye çalışsam da atıştırdım.	0	1	2	3	4	5	6
7. Öğünler arasında yeme isteğimi kontrol etmekte zorlandım.	0	1	2	3	4	5	6
8. Yeme isteğim tarafından yönlendirildiğimi hissettim.	0	1	2	3	4	5	6
9. Yediğim şeyin miktarına dikkat etmeden atıştırdım.	0	1	2	3	4	5	6
10. Planladığım öğün ve ara öğünlerin dışında rastgele bir şeyler yedim.	0	1	2	3	4	5	6
11. Bir şeyler atıştırdıktan sonra kötü hissettim .	0	1	2	3	4	5	6
12. Endişeli, sıkılmış, yalnız ya da başka duyguları hissettiğimde bir şeyler atıştırdım.	0	1	2	3	4	5	6

EK 7. Etik kurul onayı

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 19.10.2022

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bariyatrik Cerrahi Adaylarında, Psikiyatrik Komorbidite, Yeme Davranışları ve İlişkili Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr Öğretim Üyesi Rumeysa Yeni Elbay- Doç. Dr. Aynur Görmez- Dr Fatma Nur Erol			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐				
İlaç dışı klinik araştırma	☒				
Retrospektif	☐				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SİGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐
	İLAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/0607	Tarih: 19.10.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

İstanbul T.C.S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurulu Başkanı
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 19.10.2022

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bariyatrik Cerrahi Adaylarında, Psikiyatrik Komorbidite, Yeme Davranışları ve İlişkili Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

İmza: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER

EK 8. Benzerlik raporu

DR FATMA NUR EROL-TEZ

ORIGINALITY REPORT

17%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	746 words — 4%
2	docplayer.biz.tr Internet	477 words — 2%
3	dspace.kocaeli.edu.tr:8080 Internet	254 words — 1%
4	acikerisim.nku.edu.tr Internet	246 words — 1%
5	ordu15temmuzilkokulu.meb.k12.tr Internet	236 words — 1%
6	acikerisim.erbakan.edu.tr Internet	232 words — 1%
7	Ergünay, Volkan. "Kolon Poliplerinin Demografik, Klinik ve Histopatolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	132 words — 1%
8	acikerisim.gelisim.edu.tr Internet	91 words — < 1%
9	dspace.baskent.edu.tr:8080 Internet	

		62 words — < 1 %
10	www.researchgate.net Internet	47 words — < 1 %
11	dergipark.org.tr Internet	45 words — < 1 %
12	T. Hatschek, K. Bjelkenkrantz, J. Garstensen, B. Nordenskjöld, B. Nordin, O. Stål, B. Stenkvis. "Cytophotometric Estimation of Cell Proliferation in Breast Cancer: Correlation to the clinical course during long-term follow-up", Acta Oncologica, 2009 Crossref	38 words — < 1 %
13	www.noroloji.org.tr Internet	38 words — < 1 %
14	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet	36 words — < 1 %
15	openaccess.bezmialem.edu.tr Internet	32 words — < 1 %
16	acikerisim.baskent.edu.tr:8080 Internet	29 words — < 1 %
17	acikerisim.medipol.edu.tr Internet	28 words — < 1 %
18	Bagirov, Azer. "Bipolar Bozukluk tanili hastalarin Alkol-Madde kullanimi, Karakter Ve mizac ozelliklerinin Incelenmesi", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest	26 words — < 1 %
19	earsiv.hitit.edu.tr Internet	

		26 words — < 1%
20	www.motto.tc Internet	26 words — < 1%
21	slideplayer.biz.tr Internet	25 words — < 1%
22	Kermen, Umut. "Lise öğrencilerinde Bozulmuş Yeme: Bir Karma Yöntem Arastırması", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2022 ProQuest	24 words — < 1%
23	acikerisim.gedik.edu.tr:8080 Internet	24 words — < 1%
24	www.tavsiyedyorum.com Internet	24 words — < 1%
25	Ünal, Müberra. "Vücut Geliştirme Sporuyla İlgilenen Üniversiteli Erkek Öğrencilerde Bigoreksiya Eğilimi ve Sağlıklı Beslenme Tutumları İlişkisi", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2022 ProQuest	24 words — < 1%
26	SARISOY, G, ATMACA, A, ECEMİŞ, G, GÜMÜŞ, K and PAZVANTOĞLU, O. "Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi", Esform Ofset, 2013. Publications	23 words — < 1%
27	Fatih Aygün, Cansu Durak, Fatih Varol, Haluk Çokuğraş, Yıldız Camcıoğlu, Halit Çam. "Evaluation of Complete Blood Count Parameters for Diagnosis in Children with Sepsis in the Pediatric Intensive Care Unit", Journal of Pediatric Infection, 2020 Crossref	22 words — < 1%

28	firattipdergisi.com Internet	22 words — < 1%
29	www.selcukmedj.org Internet	19 words — < 1%
30	Şahin, Volkan. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Eşik Altı Bipolar Semptomatolojisinin Nöropsikolojik Profillere Etkisi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	19 words — < 1%
31	libratez.cu.edu.tr Internet	18 words — < 1%
32	www.ekevakademi.org Internet	18 words — < 1%
33	Akbulut, Ümmehan. "COVID-19'a Bağlı Akciğer Tutulumu Gösteren Hastalarda Paraspinoz Kas Kitlesi Ölçümünün Prognostik Değerinin Retrospektif Olarak Belirlenmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	17 words — < 1%
34	acikarsiv.aydin.edu.tr Internet	17 words — < 1%
35	dspace.biruni.edu.tr Internet	17 words — < 1%
36	openaccess.maltepe.edu.tr Internet	17 words — < 1%
37	openaccess.ogu.edu.tr:8080 Internet	17 words — < 1%

38	Bildik, Fadime. "Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Dapagliflozin Tedavisinin İnflamatuvar Belirteçler Üzerine Etkisinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	16 words — < 1%
39	www.erdempsiyatri.com Internet	16 words — < 1%
40	search.bvsalud.org Internet	15 words — < 1%
41	Eliacik, Mediha. "Sliding Tip Hiyatal Herni Olgulari Ile Kontrol Gurubu Arasinda Hiyatus Acikliginin Karsilastirilmesi: Noninvaziv Bir Yontem Olarak Multiplanar Bt Goruntulemenin Hiyatys Acikliginin olcumundeki Yeri", Marmara Universitesi (Turkey) ProQuest	14 words — < 1%
42	Sandesh Dhakal, Shanta Niraula, Narayan Prasad Sharma, Sabitri Sthapit et al. "History of abuse and neglect and their associations with mental health in rescued child labourers in Nepal", Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2019 Crossref	14 words — < 1%
43	"21th European Congress on Obesity (ECO2014), Sofia, Bulgaria, May 28-31, 2014: Abstracts", Obesity Facts, 2014 Crossref	13 words — < 1%
44	Erdoğan, Mehmet Akif. "Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastalarda Farklı Kırılganlık Ölçeklerinin Kısa Dönem Mortalite Tahmininde Değerliliğinin Karşılaştırılması", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	12 words — < 1%

45	OĞUZ, Gülay, KARABEKİROĞLU, Aytül, KOCAMANOĞLU, Birsen and SUNGUR, Mehmet Zihni. "Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2016. Publications	12 words — < 1%
46	acikerisim.aku.edu.tr Internet	12 words — < 1%
47	doaj.org Internet	12 words — < 1%
48	doczz.net Internet	12 words — < 1%
49	Çelik, Selime, Yusuf Kayar, Rabia Önem Akçakaya, Ece Türkyılmaz Uyar, Kübra Kalkan, Veli Yazısız, Çiğdem Aydın, and Başak Yücel. "Correlation of binge eating disorder with level of depression and glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients", General Hospital Psychiatry, 2015. Crossref	12 words — < 1%
50	auzefkitap.istanbul.edu.tr Internet	11 words — < 1%
51	docs.neu.edu.tr Internet	10 words — < 1%
52	iksadyayinevi.com Internet	10 words — < 1%
53	periodicos.ufjf.br Internet	10 words — < 1%
54	test.dovepress.com Internet	10 words — < 1%

55	www.psikoterapi.com Internet	10 words — < 1%
56	9lib.net Internet	9 words — < 1%
57	Elbasan, Onur. "Obez Tip 2 Diyabetik Hastalarda Bariatrik Cerrahi Ve Eksenatid Tedavisinin Laboratuar Ve Klinik Parametreler uzerine Etkilerinin Karsilastirmali Olarak Degerlendirilmesi", Bursa Uludag University ProQuest	9 words — < 1%
58	acikerisim.pau.edu.tr:8080 Internet	9 words — < 1%
59	www.mavikocaeli.com.tr Internet	9 words — < 1%
60	Kaya, Seda. "Fazla Kilolu Ve Obez Bireylerin Depresyon Ve Kendini Fiziksel tanımlama durumlarının Fiziksel Aktivite duzeyleri acisindan degerlendirilmesi", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest	8 words — < 1%
61	abakus.inonu.edu.tr Internet	8 words — < 1%
62	acikerisim.baskent.edu.tr Internet	8 words — < 1%
63	ankaramedj.com Internet	8 words — < 1%
64	books.akademisyen.net Internet	8 words — < 1%

65	erepo.uef.fi Internet	8 words — < 1%
66	hdl.handle.net Internet	8 words — < 1%
67	www.diva-portal.org Internet	8 words — < 1%
68	www.journalagent.com Internet	8 words — < 1%
69	"Poster Abstracts", Obesity, 2020 Crossref	7 words — < 1%
70	ANNAGÜR, Bilge Burçak, ORHAN, Fatma Özlem, ÖZER, Ali, TAMAM, Lut and ERHAN, Çiğdem. "Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: Bir ön çalışma", Türk Nöropsikiyatri Derneği/Turkish Neuropsychiatric Society, 2012. Publications	7 words — < 1%
71	Kumru, Pinar. "Gebelikteki Kilo Artisinin Perinatal ve Neonatal Sonuçlarla Olan İlişisinin Değerlendirilmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2022 ProQuest	7 words — < 1%
72	TAMAM, Lut, SAYGILI, Melike and ÜNAL, Mehmet. "Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi", TÜBİTAK, 2003. Publications	6 words — < 1%
73	Tyler, Elizabeth. "Developing a Recovery Focused Therapy for Older People with Bipolar Disorder", Lancaster University (United Kingdom), 2023 ProQuest	6 words — < 1%

74

Yusuf BİLGE. "COOLIDGE EKSEN II ENVANTERİ
PLUS TA (CATI) YER ALAN DSM-III-R, DSM-IV-TR VE
DSM-5 KİŞİLİK BOZUKLUKLARI ALT ÖLÇEKLERİNİN TÜRKÇE
GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI", Journal of International
Social Research, 2017

6 words — < 1%

Crossref

EXCLUDE QUOTES OFF
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY OFF

EXCLUDE SOURCES OFF
EXCLUDE MATCHES OFF