

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE
SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**GECE YEME SENDROMUNUN MAJOR DEPRESYON
VE BİPOLAR BOZUKLUKLA İLİŞKİSİ VE YAŞAM
KALİTESİ VE UYKU ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Sema ULUKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR

İSTANBUL - 2017

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE
SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**GECE YEME SENDROMUNUN MAJOR DEPRESYON
VE BİPOLAR BOZUKLUKLA İLİŞKİSİ VE YAŞAM
KALİTESİ VE UYKU ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Sema ULUKAYA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR

İSTANBUL - 2017

I. ÖNSÖZ

Psikiyatri ve psikiyatri dışı birçok konuda bilgi edinmemde yardımcı olan, bilgilerini ve desteğini esirgemeyen Doç.Dr. Murat ERKIRAN'a,

Asistanlığımın ilk 3 yılında eğitimimizi yürüten, desteğini ve arkadaşlığını esirgemeyen klinik şefim Doç. Dr. A. Fulya MANER'e,

Tez konumun seçilmesinden, çalışmamın bitimine kadar geçen sürede, ilgisi ve bilgisi ile bana destek olan, çalışmaktan büyük keyif aldığım tez danışmanım Uz. Dr. Özge Şahmelikoğlu ONUR'a ,

Kliniklerinde rotasyon yaptığım ve kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm klinik şeflerine,

Uzmanlık eğitimime katkısı olan uzman hekim meslektaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca keyifle çalıştığım sevgili asistan hekim arkadaşlarıma,

Kliniğimizde çalışan bütün sağlık emekçilerine,

Bugünlere gelebilmemde büyük emekleri olan aileme

Sonsuz saygı ve sevgilerimle...

Dr. Sema ULUKAYA

İstanbul, 2017

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III. ÖZET	V
IV. ABSTRACT.....	VI
V. KISALTMALAR.....	VII
VI. TABLO LİSTESİ	VIII
VII. ŞEKİL LİSTESİ.....	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gece Yeme Sendromu	4
2.1.1. Gece Yeme Sendromu Tarihçesi ve Tanımı.....	4
2.1.2. GYS'nin Epidemiyolojisi.....	8
2.1.3. GYS'nin Klinik özellikleri.....	10
2.1.4. GYS'nin Ayırıcı Tanısı.....	13
2.1.5. Gece Yeme Sendromu ve Psikopatoloji.....	18
2.1.6. Gece Yeme Sendromu ve Nöroendokrin Bulgular	19
2.1.7. Gece Yeme Sendromu ve Uyku Çalışmaları.....	21
2.1.8. Gece Yeme Sendromu ve Obezite:.....	22
2.2. Major Depresyon	24
2.2.1. Major Depresyon Tanımı	24
2.2.2. Major Depresyon Epidemiyolojisi.....	24
2.2.3. Major Depresyon Tanısı.....	25
2.2.4. Major Depresyon Klinik Seyri	26
2.2.5. Major Depresyon ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği	28
2.3. Bipolar Bozukluklar	30
2.3.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı	30
2.3.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	30
2.3.3. Bipolar Bozukluk Tanısı	32
2.3.4. Bipolar Bozukluk DSM-5 Tanı Ölçütleri	34
2.3.5. Bipolar Bozukluk Alt Tipleri.....	37
2.3.6. Bipolar Bozukluğun Klinik Seyri.....	38
2.3.7. Bipolar Bozukluk ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. Çalışma Evreni- Örneklem	43

3.1.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	43
3.1.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	43
3.2. Yöntem.....	44
3.3. Kullanılan Ölçüm Araçları.....	45
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:	45
3.3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the DSM IV Axis I Disorders, SCID-I) Ölçeği:	46
3.3.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAMD):	46
3.3.4. Beck Anksiyete Envanteri:	46
3.3.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği:.....	47
3.3.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ):.....	47
3.3.7. Gece Yeme Anketi:	47
3.3.8. Gece Yeme Sendromu Değerlendirme Anketi:	48
3.3.9. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):.....	48
3.3.10.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR):	49
4. BULGULAR.....	50
4.1. İstatistiksel Yöntem.....	50
4.2. Sosyodemografik Özellikler	51
4.3. GYS ve Vücut Özellikleri	54
4.4. Sigara, Alkol-Madde Kullanımı ve GYS'nin İlişkisi	58
4.5. Genel Tıbbi Özellikler ve GYS.....	60
4.6. MD ve BPB Klinik Özellikleri ve GYS.....	63
4.7. HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğinin Puanları ile GYS.....	66
4.8. Menstruel Siklus ve GYS.....	68
4.9. BPB Hastalarının Genel Özellikleri ve GYS ile İlişkisi	71
4.10.MD Hastalarında, BPB Hastalarında ve Sağlıklı Kontrollerde GYS Sıklığı.....	73
4.11.Gece Yeme Sendromunun Değerlendirilmesi.....	74
4.12.Gece Yeme Sendromu Olan ve Olmayan Hastaların Özelliklerinin Karşılaştırılması	75
4.13.Gece Yeme Anketinin Sonuçları	76
4.14.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Sonuçları ve GYS.....	79
4.15.Pittsburg Uyku Ölçeğinin Sonuçları ve GYS	81
4.16.WHOQOL-BREF puanları ve GYS.....	84
4.17.Lojistik Regresyon Analizi	87
5. TARTIŞMA.....	91
5.1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri Üzerine Değerlendirmeler.....	91
5.2. GYS ve Kilo-bel çevresi İlişkisi Üzerine Değerlendirmeler.....	93
5.3. Sigara, Alkol-Madde Bağımlılığı ve GYS ile İlişkisi.....	95
5.4. Genel Tıbbi Özellikler ve GYS.....	96
5.5. MD ve BPB Klinik Özellikleri ve GYS.....	97
5.6. MD ve BPB Tedavisinde Kullanılan İlaçların GYS ile İlişkisi.....	99

5.7. Depresyon ve Anksiyete Düzeyi ile GYS ilişkisi.....	100
5.8. BPB ve Yeme Bozuklukları Komorbiditesi.....	103
5.9. Menstrüel Siklus ve GYS.....	103
5.10.BPB Hastalarının Genel Özellikleri ve GYS ile İlişkisi	104
5.11.MD Hastalarında, BPB Hastalarında ve Sağlıklı Kontrollerde GYS Sıklığı....	108
5.12.GYS Tanı Kriterlerinin Karşılanmasının Değerlendirilmesi	109
5.13.GYS ve Stres ile İlişkisi.....	112
5.14. Gece Yeme Anketinin Sonuçları.....	112
5.15.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Sonuçları ve GYS.....	113
5.16.Pittsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ve GYS.....	114
5.17.WHOQOL BREF Puanlarının Karşılaştırılması ve GYS	118
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	122
7. KAYNAKLAR.....	127
8. EKLER	150
EK 1 - Etik Kurul Onayı.....	150
EK 2 – Sosyodemografik Veri Formu	151
EK 3 - Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)*	155
EK 4 - Gece Yeme Anketi.....	159
EK 5 - Gece Yeme Sendromu Değerlendirme Anketi.....	162
EK 6 - Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	163
EK 7 - Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu	165

III. ÖZET

GECE YEME SENDROMUNUN MAJOR DEPRESYON VE BİPOLAR BOZUKLUKLA İLİŞKİSİ VE YAŞAM KALİTESİ VE UYKU ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Sema ULUKAYA

Amaç: Major Depresyon (MD) ve Bipolar Bozukluk'la (BPB) ayrı ayrı Gece Yeme Sendromu (GYS) ilişkisi üzerine yapılmış çalışmalar bulunsa da; her iki bozukluğun YYS ile ilişkisini birlikte araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada YYS'nin BPB'de MD'den daha sık görüleceği ve YYS olan hastalarda olmayanlara göre yaşam kalitesindeki düşüşün ve uyku bozukluklarının daha şiddetli görüleceğinin araştırması hedeflendi.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesi'nde tedavi gören, DSM-5 tanı ölçütlerine göre ötimik 94 BPB tip-I, remisyonda 91 MD ve hastalarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 75 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. SCID-1, Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ), Gece Yeme Anketi, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) uygulanmıştır. Tüm katılımcılara kendi hazırladığımız sosyodemografik veri formu ve YYS değerlendirme anketi uygulanmıştır.

Bulgular: YYS görülme sıklığı, BPB grubunda MD ve sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Ayrıca MD grubunda YYS olanların oranı da normal kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. BPB ve MD hastalarında, PUKİ toplam puanı ile ölçülen uyku bozukluğu puanı YYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. BPB hastalarında, yaşam kalitesi düzeyleri YYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu. MD hastalarında, YYS tanısı eşlik eden ve etmeyen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuç: Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre BPB tip-1 hastalarında YYS'nin MD hastalarına göre daha sık görüldüğü, yaşam ve uyku kalitesinde bozulmalara daha fazla yol açabildiği ileri sürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, Gece Yeme Sendromu, Bipolar Bozukluk, Major Depresyon

İletişim adresi: semaulukaya@yahoo.com

IV. ABSTRACT

STUDY OF NIGHT EATING SYNDROME IN RELATION TO MAJOR DEPRESSION AND BIPOLAR DISORDER AND EFFECTS ON QUALITY OF LIFE AND SLEEP

Dr. Sema ULUKAYA

Aim: Although there are studies about relationship between night eating syndrome (NES) with Major Depression (MD) and Bipolar Disorder (BD) separately; there are limited number of studies investigating relations of both disorders with NES. In this study, we aimed to investigate NES might be more frequently comorbid with BD than MD and effects of NES on quality of life and sleep disturbances may be more higher.

Method: 94 eutymic BD Type-I patients according to DSM-5 (average age $\pm$ ss=37,00 $\pm$ 11.47; %40.4 male), 91 MD patients in remission according to DSM-5 (average age $\pm$ ss=36.37 $\pm$ 11.75; %39.6 male) whom are being treated in Bakırköy Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Education and Research Hospital, Outpatient Treatment Unit and 75 healthy control (average age $\pm$ ss=31.93 $\pm$ 6.13; %45.3 male) subjects are included into the study. SCID-I, Hamilton Depression Scale, Young Mani Evaluation Scale, Beck Anxiety Inventory, YEDÖ, NES Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Index and WHOQOL-BREF-TR were applied to all participants. To all participants, semistructured sociodemographic data form and NES evaluation questionnaire which were created by us were performed.

Results: There were statistically significant differences in terms of the prevalence of NES among patients with BD than MD. When compared with healthy control group the rate of NES was found higher in MD group .

In BD and MD groups, the score of sleep disorder measured by the PUKI total score was higher in patients who were diagnosed with NES than those not diagnosed. In BD patients, the score of life quality measured by WHOQOL-BREF was lower in patients who were diagnosed with NES than those not diagnosed. In MD patients, the score of life quality measured by WHOQOL-BREF was not different in patients who were diagnosed with NES, compared to those not diagnosed.

Conclusion: The results which we obtained from this study support that NES could be more frequently comorbid in BD type-1 patients than patients with MP, and more adverse effects on quality of life and sleep.

Key Words: Quality of Life, Night Eating Syndrome, Major Depression, Bipolar Disorder

Contact address: semaulukaya@yahoo.com

V. KISALTMALAR

MD	: Major Depresyon
BPB	: Bipolar Bozukluk
GYS	: Gece Yeme Sendromu
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
BN	: Bulimia Nervosa
AN	: Anoreksiya Nervosa
UİYB	: Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
TSH	: Tiroid stimulan hormon
HPA	: Hipotalamic-Pitüiter-Adrenal eksen
CRH	: Kortikotropin Releasing Hormon
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
SERT	: serotonin taşıyıcısı
HBS	: Huzursuz Bacak Sendromu
PLMS	: Periodik Bacak Hareketi Bozukluğu
RMMA	: Ritmik Çiğneme Kas Aktivitesi (rhythmic masticatory-muscle activity)
DSM-5	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskısı
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases)
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
YEDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
SCID-1	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
GYA	: Gece Yeme Anketi
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
WHOQOL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu
HAM-D	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
DDD	: Duygudurum Dengeleyici
YMÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
SS	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Stunkard ve Ark. Tanımladığı GYS Kriterleri (1955)	5
Tablo 2: Birkevendt ve Ark. Tanımladığı GYS Kriterleri (1999)	5
Tablo 3: Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu Tanı Kriterleri (2010)	6
Tablo 4: Beslenme ve Yeme Bozuklukları (DSM-5, 2013)	7
Tablo 5: Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (DSM-5, 2013)	7
Tablo 6: Gece Yemek Yeme Bozukluğu (DSM-5, 2013)	7
Tablo 7: Gece Yeme Sendromu Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi	8
Tablo 8: Gece Yeme Sendromunun Temel Klinik Özellikleri	13
Tablo 9: Uyku ve yemeyle ilişkili bozukluklar	13
Tablo 10: Uykuyla ilişkili Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (ICSD 3) (69)	16
Tablo 11: Gece Yeme Sendromunun ayırıcı tanısı	17
Tablo 12: Major Depresif Epizod'un DSM-5'e göre tanı kriterleri (24):	25
Tablo 13: DSM-5'e göre Major Depresyonda Klinik Belirleyiciler	26
Tablo 14: Major depresif bozuklukta klinik seyir göstergeleri (107, 110)	28
Tablo 15: DSM-5'te Bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında aşağıdaki alt başlıklardan bahsedilmiştir:	34
Tablo 16: Bipolar Bozukluk tip I	34
Tablo 17: Bipolar Bozukluk Mani Dönemi	35
Tablo 18: DSM-5'e göre Bipolar Bozuklukta Klinik Belirleyiciler (24)	36
Tablo 19: Melankoli Özelliği Gösteren Bipolar Bozukluk (24):	36
Tablo 20: Atipik özellikleri gösteren Bipolar Bozukluk (24):	37
Tablo 21: Bipolar Bozukluk Alt Tiplerini Sınıflandırılması (149):	38
Tablo 22: BPB'de Klinik Gidiş göstergeleri	39
Tablo 23: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı	51
Tablo 24: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması ..	52
Tablo 25: Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendromu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verileri Karşılaştırılması	52

Tablo 26:	Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	53
Tablo 27:	Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verileri Karşılaştırılması.....	53
Tablo 28:	Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 29:	Çalışmaya Katılanların Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 30:	Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 31:	Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 32:	GYS+ MD, GYS+BPB ve Kontrol Grubunun Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması.....	55
Tablo 33:	Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun VKİ Verilerinin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 34:	Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre VKİ Verilerinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 35:	Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre VKİ Verilerinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 36:	GYS+ MD, GYS+BPB ve Kontrol Grubunun VKİ Verilerinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 37:	Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Sigara, Alkol- Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması	58
Tablo 38:	Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sigara, Alkol-Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 39:	Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sigara, Alkol-Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 40:	Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Hastalık Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması	60

Tablo 41: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Hastalık Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması	61
Tablo 42: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Dahili Hastalık Sürlerinin Karşılaştırılması	62
Tablo 43: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Hastalık Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması	62
Tablo 44: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Dahili Hastalık Sürlerinin Karşılaştırılması	63
Tablo 45: Çalışmaya Katılan MD Hastalarının GYS Durumuna Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	63
Tablo 46: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarının GYS Durumuna Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	64
Tablo 47: Çalışmaya Katılan MD ve BPB Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 48: Çalışmaya Katılan MD ve BPB Grubunda HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 49: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	67
Tablo 50: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	67
Tablo 51: GYS Olan MD ve BPB Hastalarının HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 52: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Kilo Kontrol Özelliklerinin Karşılaştırılması	68
Tablo 53: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Menstrüel Siklus Özelliklerinin Karşılaştırılması	69
Tablo 54: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Menstrüel Siklus Özelliklerinin Karşılaştırılması	69
Tablo 55: Çalışmaya Katılan GYS+ Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Menstrüel Siklus Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	70
Tablo 56: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	71

Tablo 57: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Atak Sayılarına Dair Verilerin Karşılaştırılması.....	72
Tablo 58: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendromu (GYS) Durumuna Göre Young Mani Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 59: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunda Gece Yeme Sendromu Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	73
Tablo 60: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Eşlik Edenlerin GYS Kriterlerinin Karşılanması.....	74
Tablo 61: Çalışmaya Katılan BPB GYS+ Hastalarının GYS Kriterlerinin Karşılanması	75
Tablo 62: GYS Olan BPB ve MD Gruplarının GYS Sürelerinin Karşılaştırılması	75
Tablo 63: GYS Olan BPB ve MD Gruplarının GYS Özelliklerinin Karşılaştırılması..	76
Tablo 64: Çalışmaya Katılan Hasta ve Kontrol Gruplarının Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması	76
Tablo 65: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması	77
Tablo 66: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması	78
Tablo 67: GYS Olan MD ve BPB Hastalarının Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması.....	78
Tablo 68: Çalışmaya Katılan Hasta ve Kontrol Gruplarının Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	79
Tablo 69: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	80
Tablo 70: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo 71: Kontrol Grubu, MD ve BPB Hastalarının Pithsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	81
Tablo 72: GYS Olan ve Olmayan MD Hastalarının Pithsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	82
Tablo 73: GYS Olan ve Olmayan BPB Hastalarının Pithsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	83
Tablo 74: GYS Olan MD ve BPB Hastalarının Pithsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	84

Tablo 75: Kontrol Grubu, MD ve BPB Hastalarının WHOQOL BREF Puanlarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 76: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre WHOQOL BREF Puanlarının Karşılaştırılması.....	85
Tablo 77: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre WHOQOL BREF Puanlarının Karşılaştırılması.....	86
Tablo 78: BPB Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Tek Değişkenli Lineer Regresyon Analizi	87
Tablo 79: BPB Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi	88
Tablo 80: BPB Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu.....	89
Tablo 81: MD Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Tek Değişkenli Lineer Regresyon Analizi	89
Tablo 82: MD Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu.....	90

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Grupların GYS Görölme Sıklığı Dağılımı 73



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gece Yeme Sendromu (GYS) ilk defa 1955 yılında, aşırı kilo alımına ve obeziteye katkıda bulunan sebeplerden biri olarak, Stunkard ve ark. tarafından sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomniya ile karakterize bir sendrom olarak açıklanmıştır. Yine aynı çalışmada, GYS'nin kilo alımı ve stresli yaşam dönemleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Stunkard'ın tanımladığı ilk tanı ölçütlerinde, GYS, sabahları ortaya çıkan anoreksinin varlığı, kahvaltının atlanması veya ihmal edilebilir miktarda yenmesi, akşam hiperfajisi olması, günlük toplam kaloringin en az %25'inin akşam yemeğinden sonra alınması ve haftada 3 veya daha fazla gece insomniya veya uykusuzluk olması şeklinde tanımlanmıştır (1). Birketvedt ve ark. GYS tanı ölçütlerine, gece uykudan uyanarak bilinçli bir şekilde yeme davranışını eklenmiş, akşam yemeğinden sonra gıda alımı düzeyinin günlük %50'den fazla olması gerektiğini belirtmiştir (2).

MD; çökkün duygu durumu, hayattan zevk alamama ve genel bir ilgi azalması gibi temel belirtilerin yanında; uyku, iştah ve cinsellik gibi birçok alanı etkileyen, düşünme hızında yavaşlama, dikkat ve yoğunlaşma yetisinde azalma gibi bilişsel belirtilere neden olabilen, %16,6 prevalansı olan bir ruhsal bozukluktur (3). Belirgin işlevsellik kaybına ve dikkate değer sayıda komorbid psikiyatrik bozukluklara yol açmasına bağlı olarak MD kişisel, ekonomik ve sosyal yükü ağır olan bir hastalıktır (4). Benzer şekilde BPB; duygu durumunda depresyon, elevasyon ve irritabilite ile seyreden bir hastalık olup %1-3.4 oranında görülmektedir (5). BPB, madde kullanımı, boşanma, intihar gibi hayatın pek çok alanında işlevsellikte bozulmayla seyreden, dünyada yeti yitimine yol açan hastalıklar arasında 6. sırada yer alan bir hastalıktır (6).

MD ve BPB'nin ayırıcı tanısını yapmak pek çok araştırmanın konusu olmuştur. Gecikmiş, uygunsuz ya da yanlış tedavi yapılabilme potansiyeli olduğundan hastalığın başlangıç döneminde ayırıcı tanı önemlidir. Bununla birlikte depresif ataklarla başlayan BPB'nin MD olduğu düşünülmesi ve manik/hipomanik ataklarla tanının konulması az

görülen bir durum değildir (7). Yapılan bir çalışmada BPB tanısıyla takip edilen hastaların %40'ının 8-10 yıl içinde başlangıç tanılarının yanlış olduğu ve düzeltildiği gösterilmiştir (8). Bipolar depresyon ve MD'nin tedavilerinin farklı olmasından, antidepresan kullanımının manik atağa yol açmasından ve gecikmiş duygu durum düzenleyici kullanımının hastalığın prognozunu etkilemesinden dolayı depresyonla başlayan BPB ve MD'yi ayırt etmek önemlidir (9).

BPB ile yeme bozuklukları arasında fenomenolojik benzerlikler olup; vücut ağırlığında istikrarsızlıklar, yeme temposunda ve mizaçta dalgalanmalar, davranışsal iniş-çıkışlar ve labiliteler her iki bozukluk için de temel sorun alanlarıdır (10). Bunun yanında Küçükgöncü ve ark. ayaktan takip edilen depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarından oluşan çalışmalarında GYS olan hastalarda depresyon düzeylerini daha yüksek, genel olarak uyku kalitelerini daha düşük; ek olarak ruminasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (36). GYS olanlarda, olmayanlara göre daha sık deprese duygu durum olduğunu bildiren başka çalışmalar da mevcuttur (11, 12). Ancak ilginç biçimde GYS olan bireylerin duygu durum puanlarında saat 4'ten sonra sirkadyen olarak azalma bildirilmiştir (13). Yani endojen depresyonda gözlenen gece deprese duygu durumundaki azalmanın tam tersi olarak, GYS'de gece depresif duygu durumda artma görülmektedir. GYS'nin hastaların özellikle stresli dönemlerinde başladığı gösterilmiştir (1). GYS olan hastalarda insomnianın gece yemelerini arttıran başlıca problem olduğunu ileri süren çalışmalar vardır (14). BPB'de uyku düzensizliğinin de (15) bu anlamda GYS'nin eşlik etmesine katkıda bulunduğu söylenebilir.

Anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça GYS sıklığının artmasına bağlı olarak depresyon hastalarında tedavi, hastalık seyri ve yaşam kalitesi açısından farklılıklar beklenebilir. Pawlow ve ark. GYS olan 20 hastayı randomize olarak ikiye ayırmışlar ve bir kısmına 20 dakikalık kısa progresif kas gevşeme tekniği egzersizi, diğer gruba ise aynı süre boyunca sadece oturma görevi vermişlerdir. Bir hafta sonunda relaksasyon grubunun anksiyete, stres ve akşam açlık seviyelerinin kontrol grubundan düşük, sabah açlık düzeylerinin ise yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu nedenle GYS varlığının depresyon hastalarında tedavi, hastalık seyri açısından farklılıklara yol açabileceği öne sürülmüştür (16).

Hipotezimiz BPB hastalarında GYS'nin MD'li hastalara göre daha fazla görüleceği ve GYS olan hastalarda olmayanlara göre yaşam kalitesindeki düşüşün ve uyku bozukluklarının daha fazla görüleceğidir. Literatür incelendiğinde MD ve BPB'le ayrı ayrı GYS ilişkisi üzerine yapılmış çalışmalar bulunsa da; her iki bozukluğun GYS ile ilişkisini birlikte araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma ile BPB ve MD'nin klinik özellikleri ile GYS'nin ilişkisini ve bu hasta grubunda GYS'nin uyku bozuklukları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmayı hedefliyoruz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. GECE YEME SENDROMU

2.1.1. Gece Yeme Sendromu Tarihçesi ve Tanımı

Açlık, uyanıklıkla ilişkili bir biyolojik dürtüdür. Açlık ve uyku arasındaki ilişki ise, homeostatik ve sirkadiyen ritimlerin kontrolü ile düzenlenir. İnsanlarda yeme ve uykunun sirkadiyen ritimleri, genellikle birbirleriyle senkronizedir. Bu nedenle enerji homeostazı; geceleri yemek yenmemesine rağmen, glukoz ayarlanması ve iştah düzenlenmesindeki değişikliklerle devam ettirilebilmektedir (17).

GYS'de, yeme ve uykunun biyolojik ritimleri ayrılmıştır. Kişilerde, enerji alımında gecikme meydana gelmesi sonucunda, sabah yemekleri baskılanırken, akşam ve gece yemekleri artar. Yeme ve uyku ritmi arasında 2 ile 6 saatlik bir gecikme söz konusudur. Ancak uyku döngüsü bozulmamıştır ve GYS uykunun normal sirkadiyen zamanlanmasıyla beraber, yeme zamanındaki sirkadiyen bir bozukluk olarak düşünülmektedir (18).

GYS, bazı obez kişilerde strese karşı özel bir diurnal yanıt olarak tanımlanmış (1)ve biyolojik bir ritim bozukluğu olarak kavramsallaştırılmıştır (19). GYS'nun, özellikle kilo artışı sırasında ve yaşamın stresli dönemlerinde belirgin olduğu ve bu sendromla diyet rejimlerine uyulmaması arasında bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (14).

GYS 1955 yılında ilk defa Stunkard ve ark. tarafından, aşırı kilo alımına ve obeziteye katkıda bulunan sebeplerden biri olarak tedaviye dirençli obezite hastalarında tanımlanmıştır. Bu yayın tıknırcasına yeme bozukluğunun (TYB) obezler arasında tanımlanmasından 4 yıl önce yapılmıştır. GYS için ilk ölçütler sabahları anoreksi, kahvaltının atlanması veya ihmal edilebilir miktarda yenmesi (örneğin kahve veya meyve suyu); akşamları hiperfaji, toplam kalorisinin en az %25'inin akşam yemeğinden sonra alınması ve haftada 3 ya da daha fazla gece insomnia veya uykusuzluk yakınması

olması olarak belirlenmiştir. Stunkard ve ark. aynı makalede, belirtilerin stresli yaşam dönemleri ile özel olarak ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (1).

Tablo 1: Stunkard ve Ark. Tanımladığı GYS Kriterleri (1955)

• Akşam yemeği sonrası günlük kaloringin $> \%25$ 'ten fazlasının alınması
• Sabah anoreksisi
• Uykuya geçişte zorlanma
• Duygudurumun gece daha çökkün olması

1955 yılında ilk tanımlanmasından 1990'lı yılların sonuna kadar literatürde GYS ile ilgili araştırma sayısı sadece 9 olmuştur. 1990'lı yıllarda obezite prevalansının giderek artan bir sorun olmaya başlaması ve obezitenin bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi ile GYS—araştırmacılar için ilgi çekici bir hale gelmiş ve GYS ile ilgili çalışmalar artış göstermiştir (20). İlk GYS tanı ölçütlerine en önemli ekleme Birkevdt ve ark. tarafından 1999 yılında gece uykudan uyanarak bilinçli bir şekilde yeme davranışını eklenmiş, akşam yemeğinden sonra gıda alımı düzeyinin günlük $\%50$ 'den fazla olması gerektiği belirtilmiştir (2).

Tablo 2: Birkevdt ve Ark. Tanımladığı GYS Kriterleri (1999)

• Akşam yemeği sonrası günlük kaloringin $> \%25$ 'ten fazlasının, enerji alımının $\%50$ 'den fazlasının alınması
• Sabah anoreksisi
• Gecede en az bir defa uyanma
• Uykudan uyanma sırasında atıştırma
• En az 3 aydır olması
• TYB ve BN ölçütlerinin karşılanmaması

GYS tanı kriterleri, günümüze kadar yeme bozuklukları alanında faaliyet gösteren farklı yazarlar tarafından gözden geçirilmiş ve küçük değişiklikler yapılmış olmasına rağmen bu değişikliklerin hiçbiri doğrulanmış değildir (14). Tarihsel olarak Stunkard'ın 1955'de ve Birketvedt'in 1999 yılında yaptığı tanımlamalar çalışmalarda en yaygın olarak kullanılmıştır. GYS tanımlanması için özellikle Stunkard ve ark. 1955 ile Birketvedt ve ark. 1999 tarafından belirlenen ölçütler kullanılmasına rağmen tanı ölçütlerindeki farklılıklar nedeniyle çalışmalarda karşılaştırma yapabilmek zorlaşmaktadır (1,2). Bu karışıklığı önlemek ve tanı standardasyonu sağlanmak amacıyla 2010 yılında Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubu tarafından, aşağıdaki GYS tanı ölçütleri önerilmiştir (13).

Tablo 3: Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu Tanı Kriterleri (2010)

A. Aşağıda belirtilenlerin birisi ya da her ikisi şeklinde ortaya çıkan, günlük yeme düzeninde akşamları ve/veya geceleri belirgin artış olduğunun gösterilmesi
1. Gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması
2. Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması
B. Akşam ve gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması
C. Aşağıdaki bulguların en az 3 tanesinin kliniğe eşlik etmesi
1. Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması.
2. Akşam yemeği ile uyku başlangıcı arasında ve/veya geceleri güçlü yeme isteği varlığı
3. Haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniası olması
4. Uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı
5. Duygudurumun sıklıkla depresif olması ve veya akşamları kötüleşmesi
D. Bozukluğun belirgin sıkıntı ve/veya işlevsellikte azalmaya yol açması
E. Yeme düzenindeki bozukluğun en az 3 aydır olması
F. Bu bozukluğun herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, tıbbi hastalık, ilaç kullanımı veya diğer psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak gelişmiş olmaması

GYS, 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskısında (DSM-5); tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında “Gece Yemek Yeme Bozukluğu” ismiyle tanımlanmıştır (23).

Tablo 4: Beslenme ve Yeme Bozuklukları (DSM-5, 2013)

1. Pika
2. Ruminasyon Bozukluğu
3. Kaçınan / Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu
4. Anoreksiya Nervosa
5. Bulimiya Nervosa
6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Tablo 5: Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (DSM-5, 2013)

1. Değişik tür (atipik) anoreksia nervosa
2. Bulimia nervosa (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
4. Çıkarma bozukluğu
5. <i>Gece yemek yeme bozukluğu</i>

Tablo 6: Gece Yemek Yeme Bozukluğu (DSM-5, 2013)

• 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 yada yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz
• Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur
• Düzensiz yeme örüntüsü, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere başka ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Tablo 7: Gece Yeme Sendromu Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi

Yıl	Yazar	Değişen/eklenen tanım
1955	<i>Stunkard ve ark.</i>	Sabah anoreksi, akşam hiperfaji (19:00'dan sonra toplam enerji alımının %25 kadar) insomnia (zamanın yarısında)
1986	<i>Rand and Kuldau</i>	Sıkıntı (gerginlik/keyifsizlik) maddesi eklendi
1996	<i>Stunkard ve ark.</i>	Akşam hiperfajisi > %50 enerji alımı
1999	<i>Birketvedt ve ark</i>	Semptomlar başladıktan sonra 3 ay süren gece atıştırması eklendi
2005	<i>Allison ve ark.</i>	Haftada 1-3 kez olan gece atıştırması eklendi
2006	<i>Allison ve ark.</i>	Gece hiperfajisi toplam enerji alımının %25'ine düştü
2008	<i>Allison ve ark.</i>	Gece yeme anketinin geçerliliği ve 25 puanın üzerinde GYS tanısını gösterdiği tanımlandı
2008	<i>Allison ve ark.</i>	Sabah anoreksisi ve kahvaltının atlanması en az önemli kriter olduğu ilam edildi
2010	<i>Allison ve ark.</i>	GYs tanı kriterleri önerildi
2013	<i>DSM V</i>	Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu başlığı altında örnekler arasında “Gece yemek yeme bozukluğu” ismiyle tanımlandı

2.1.2. GYS'nin Epidemiyolojisi

GYs'ye artan ilgiye rağmen zaman içerisinde GYS'nin farklı ölçütlerle tanımlanmış olmasından dolayı gerçek görülme sıklığını saptamak zor gözükmemektedir (18). GYS'nin farklı ölçütlerle tanımlanmış olmasının yanında son yıllara kadar çoğu çalışmada örneklem gruplarının obez kişilerden ve kadınlardan oluşması, GYS değerlendirmesinde kullanılan ölçme yöntemlerinin geçerliliklerinin olmaması gerçek görülme sıklığının belirlenmesinde güçlükler yaratmaktadır (14).

Erişkin popülasyondaki GYS yaygınlığı %1-1.5 oranında bildirilmiştir (25,26,27). GYS ilk olarak obezite hastalarında araştırılmış, bugüne kadar yapılan çalışmalarda obez hastalarda GYS'ye rastlanma oranı %6-16 arasında bildirilmiştir (11,28,29). Normal kilolu kişilerde yapılan bir çalışmada GYS sıklığı %0.4 bulunurken,

kilo vermek amaçlı tedavi arayışında olan kişilerde GYS sıklığı %4.3-14 arasında değiştiği bulunmuştur (30). GYS, obez olmayanlarda da görülmesine rağmen, obez kişilerde özellikle zayıflama tedavisi için başvuranlarda (%6-42) daha yaygındır (26,29,31). Bariatrik cerrahi için başvuran kişilerde ise GYS sıklığı %8-42 arasında tespit edilmiştir (32,33). Tip 2 diyabet hastalarında, GYS'nin sıklığı %3.8 olarak bildirilmiştir (2). TYB nedeniyle tedavi arayışında olan kişilerde ise GYS sıklığı %15 olarak bulunmuştur (28).

Lundgren ve ark. 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada, ayaktan hasta izlemi yapılan bir psikiyatri kliniğinde hastaların %12.3'ünün GYS tanı ölçütlerini karşıladığını bildirmişlerdir (34). 2008 yılında yaptıkları başka bir çalışmada ise, 19 obez olmayan GYS tanılı hasta ile kiloları açısından eşleştirilmiş 22 obez olmayan kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir araştırmada, GYS olanlarda 1. eksen tanısı belirgin olarak farklı bulunmuş, en sık major depresyon ile birlikteliğin gözlemlendiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada BPB bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak toplam 41 kişinin incelendiği bu çalışmanın örneklem boyutunun küçüklük olması kısıtlılıkları arasında belirtilmiştir (34). Friedman ve ark. mevsimsel affektif bozukluğu olan 62 hastada, GYS sıklığını %4.2 olarak tespit etmişlerdir (34).

Küçükgöncü ve ark, depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılı 300 hastada GYS sıklığını ve klinik özelliklerini incelemişlerdir. GYS'nin yaygınlığını depresyon hastaları içinde %22, yaygın anksiyete bozukluğu içinde %7.8, obezif-kompulsif bozukluk tanısı içinde %12.5, panik bozukluk tanısı alanlarda ise GYS yaygınlığın %14 olarak bulmuşlardır. Bu araştırmada depresyon ile GYS ilişkisi istatistiki olarak anlamlı olarak bulunmuştur (36).

Arslan ve ark. yaptığı, şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya BPB tanısı olan, kilolu ve obez hastaların değerlendirildiği bir çalışmada, 78 BPB tanılı hasta içinde 8 (%10,26) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı konan ve konmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (37).

Bilgiç O. ve ark.'nın yaptığı, BPB, ötimik durumdaki 63 hastanın alındığı çalışmanın sonucunda, BPB hastalarında %19.04 oranında GYS eşlik ettiği bulunmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre, BPB hastalarında GYS'nin oldukça sık

birlikte görülebildiği ve GYS eşlik eden hastalarda obezite bulgularının daha sık görüldüğü bulunmuştur (38).

Literatürdeki çalışmalarda, cinsiyetler arasında GYS açısından fark bulunmayan çalışmaların yanında (29,38), erkeklerde GYS'nin daha sık olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (39,40). Küçükgöncü ve ark. çalışmada kadınların GYS tanısını daha çok aldığını ancak bunun örneklemelerindeki kadın sayısının belirgin olarak erkeklerden fazla olmasına bağlı olabileceğini, kadın ve erkek gruplar arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir (41).

2.1.3. GYS'nin Klinik özellikleri

GYs'de, yeme ve uykunun biyolojik ritimleri ayrılmıştır. Gün içinde enerji alımında gecikme meydana gelen bu kişilerin, sabah yemekleri baskılanırken, akşam ve gece yemekleri artar. Yeme ve uyku ritmi arasında 2 ile 6 saatlik bir gecikme söz konusuken uyku döngüsü bozulmamıştır (42). GYS'nin uyku kalitesini ve yaşam kalitesi bozan etkilere sahip olduğu çalışmalar tarafından gösterilmiştir (43,44).

Ayaktan tedavi edilen hastalarla yapılan bir araştırmada, GYS olanların kalori alımında bir gecikme olduğu bildirilmiştir (45). Yatan hastalarda yapılan bir çalışmada ise, GYS olan hastaların aldığı günlük toplam kalori miktarı, kontrol grubuyla benzerlik göstermekle birlikte, geceleri yenen yiyecek miktarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu kişilerin akşam olan yemekleri tıknırcasına yeme şeklinde değildir (12). Orta büyüklükte ortalama 271 kkal'lık atıştırmalar şeklindedir. Gece yedikleri yiyeceklerin %70'ini karbonhidratlar oluştururken, gündüz ise bu oranın ancak %47 olduğu bildirilmiştir. Hastaların yaklaşık %50'si, gece yeme dönemleri sırasında, ekmek, günlük ürünler ve şekerlemeler gibi yiyecekleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Akşam atıştırmalarının, karbonhidrat/protein (7/1) oranı da oldukça yüksektir (2). Karbonhidrat lehine olan, bu beslenme biçimi triptofanın beyne geçişini arttırdığı ve sonuçta bunun serotonine dönüşümü artırarak, bu kişilerdeki bozulmuş uyku düzenini düzeltmeye yönelik bir özellik taşıdığını öne sürülmüştür (46,47).

GYs olanlarda, olmayanlara göre daha sık deprese duygudurum bildirilmiştir (2,11,12,41). Allison ve ark. GYS'li kişilerdeki depresif duygudurumun tipik olarak gece yeme üzerindeki kontrol eksikliği ile ilişkili olduğunu, ayrıca suçluluk ve utanç

duygularının eşlik ettiğini belirtmişlerdir (13). GYS'li hastaların duygudurum puanlarında saat 16'dan sonra sirkadiyen olarak azalma bildirilmiştir. Bu hastalar gece daha depresiftirler, bu endojen depresyonda gözlenen, gece depresif duygudurumdaki azalmanın tam tersi bir bulgudur. GYS olanlarda yaşam boyu MD (%56) ve anksiyete bozukluğu öyküsü daha fazladır (2). Küçükgöncü ve ark.'nın çalışmasında GYS'li hastalarda depresyon sıklığı anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir (41).

Stunkard ve ark. GYS'yi obez hastalarda ilk tanımladıklarında, GYS'li hastalarında anksiyete düzeylerinin diğerlerinden daha yüksek olabileceğini öne sürmüşlerdir (1). Napolitano ve ark.'nın 83 kişi (SYS 23 kişi, TYB 13 kişi, TYB ve SYS 13 kişi) ve kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada, anksiyete düzeylerinde SYS ile kontrol grubu ya da TYB arasında farklılık bulunmazken, sürekli anksiyete düzeylerinin SYS olanlarda, SYS ve TYB olanlardan anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (48). Sassoroli ve ark.'ları TYB, SYS ve her ikisinin birlikte olduğu katılımcılardan oluşan çalışmalarında GYS'li hastalarda gece yemeklerin gece artan anksiyete ile ilişkili olduğunu ve önceki çalışmaya benzer şekilde SYS ve TYB'nin birlikte olduğu hastalarda anksiyete düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir (49). Psikiyatri hastaları ve toplum tabanlı örneklemelerde yapılan çalışmalarda ise SYS olan ve olmayan hastalarda anksiyete bozukluğu sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanılmamıştır (25,50). Küçükgöncü ve ark.'nın yaptıkları çalışmada SYS olanlarda anksiyete düzeyi anlamlı olarak yüksek tespit edilmiş, anksiyete bozukluğu sıklığı açısından ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (41).

Psikososyal stresörlerin, SYS'deki alevlenmelerde yaygın olarak bulunduğu bildirilmiştir (1). Özellikle, SYS'nin hastaların stresli dönemlerinde başladığı ve gece yemesi olanlarda da stresin daha yüksek düzeyde bulunduğu gösterilmiştir (2,41). Emosyonel yeme, açlık hissi nedeniyle ya da öğün zamanı geldiği için ya da sosyal gereklilik olduğu için değil de sadece ve sadece duygulanıma cevaben ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır (51,52). Emosyonel yemenin olumsuz emosyonlar tarafından tetiklendiği, sıklıkla gizlice yapıldığı ve dış ortamlarda değil evde yapıldığı gösterilmiştir. Emosyonel yeme sıklıkla düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları ve yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (53,54). Aynı zamanda emosyonel yemenin kilo kontrolü düşük ve VKİ yüksek kişilerde daha sık olduğu ortaya koyulmuştur (55). Mc Crone ve ark. yaptıkları çalışmada, erken

başlangıçlı obezitesi olan kadınlarda olumsuz duygulanıma cevaben yemenin ve açlıktan ziyade duygusal uyarılma nedeniyle yemenin daha sık olduğunu göstermişlerdir (56). Emosyonel yeme davranışı daha çok öğün zamanlarında değil zamansız atıştırmalarda daha sık gözlemlendiği için atıştırma davranışı sergileyen kişilerin, gıdaları emosyonu düzenlemek için bir araç gibi kullandığı sonucuna varılmıştır (57). Ayrıca GYS'nin de emosyonel yeme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (58).

Lundgren ve ark. çalışmasında, GYS kriterlerini karşılayan kişilerin alkol-madde kötüye kullanımının daha sık olduğu tespit edilmiş, diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığında GYS olan ve olmayanlar arasında anlamlı farklılık bildirmemişlerdir (25). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada GYS olan ve olmayan gruplar arasında, sigara, alkol, madde kullanımı bakımından, Arslan ve ark. çalışmalarında buldukları sonuç ile uyumlu bir şekilde, anlamlı farklılık bulunmamıştır (38). Küçükgöncü ve Beştepe'nin yaptıkları çalışmada, GYS olan hastalarda sigara kullanımı oranı yüksek olduğu tespit edilmiştir (41).

GYs'nin uyku ile ilişkisinin incelendiği, iki polisomnografi çalışmasında GYS'deki uyku paternleri araştırılmıştır. Hastaların daha sık uyandığı ve bu uyanmaların çoğunun da yemeyle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Gece yeme ataklarının sıklıkla Non-REM uykusu sırasında gerçekleştiğini bildirmişlerdir Ancak bu çalışmalar kontrol grubu içermemektedir (59). Küçükgöncü ve ark.'nın kontrol gruplu yaptıkları çalışmada GYS'li hastalarında uyku latensi ve öznel uyku kalitesinin daha düşük; uyku bozuklukları ve gündüz işlev bozukluğunun daha fazla; genel olarak uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu tespit etmiştir (36). de Zwaan ve ark.'nın, 106 gece yeme hastasıyla yaptığı bir çalışmada, hastalarda parasomni ve %9.8 oranında obstrüktif uyku apnesi bildirilmiştir. Ayrıca gece yeme atakları olan hastaların 1/4'ünde insomniyanın, kalkıp bir şeyler yemek için birincil neden olduğu görülmüştür. Buradan bazı hastalarda uyku bozukluğu gece yemelerini arttıran başlıca problem olabileceği sonucuna varılabilir (17,60).

MD'li hastalarda yapılan çalışmalarda, uyku bozukluklarının varlığı özkıyım davranışı ile ilişkili bulunmuş, uyku kalitesinin bozulmasının özkıyım riskini arttırdığı bildirilmiştir (61). GYS'li hastalarda psikopatoloji şiddetinin yanında uyku bozukluklarının eşlik ediyor olması, özkıyım riskini artırıyor olabilir. Küçükgöncü ve

Beştepe'nin yaptıkları çalışmada, GYS olan hastalarda yaşam boyu özkıyım girişiminde bulunma oranı diğer hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (36,41).

Tablo 8: Gece Yeme Sendromunun Temel Klinik Özellikleri

• Non REM uykusu sırasında çıkma
• Düşük uyku verimliliği ile ilişkili olma
• Genellikle erken erişkinlik döneminde ortaya çıkma
• Remisyon ve alevlenme dönemleri ile karakterize olma
• Stresli yaşam olayı dönemlerinde meydana gelme
• Ailesel birlikteliğin sık olması
• Vücut kitle indeksi ile birlikte prevalansının da artması
• Cinsiyete göre dağılımında belirgin farklılıklar olmaması
• En sık eşlik eden durumlar ; yeme bozuklukları, obezite, depresyon, uykusuzluk, madde kötüye kullanımı ve anksiyetedir
• Etnik kökenler arasındaki dağılımında belirgin farklılıklar bulunmaması
• Kiloluluk ve diyabet tedavisinde etkileri olabilir

2.1.4. GYS'nin Ayırıcı Tanısı

GYs'nin ayırıcı tanısında uyku ve yemeyle ilişkili diğer bozukluklar göz önünde bulundurulmalıdır (62). GYS, uyku ve yeme paternlerindeki farklılık ile diğer yeme bozukluklarından ayrılır.

Tablo 9: Uyku ve yemeyle ilişkili bozukluklar

• Nokturnal yeme sendromu
• Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu
• Kleine-Levine sendromu
• Dissosiyatif bozukluk
• Nokturnal yemeyle birlikte bulimia nervosa
• Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: GYS ile TYB'de benzer şekilde akşamları aşırı yeme epizodları olabilir (13). TYB hastaları için fazla miktarda yiyecek yeme davranışı için belirgin bir zamandan bahsedilemez. GYS'de ise gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması veya haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması tanı için gerekmektedir. GYS'de insomniya ve sabahları anoreksi görülürken, bu semptomlar TYB'de bulunmaz (48). Grilo ve Schiffman GYS'de her uyanışta 270 kkal'lık gıda tüketimine kıyasla, tıkınırcasına yeme durumunda 1300 kkal'lık gıda tüketildiğini bildirilmiştir (63). Ayrıca, GYS'li bireyler, TYB olan kişiler arasında oldukça sık bildirilen diyet ve vücut imajları ile ilgili kaygılardan daha az yakınmaktadırlar (48). İki bozukluğun ortak yönleri arasında, her iki bozuklukta da negatif duygulanım sonucu yeme davranışı olması, hastaların yeme ataklarının farkında olması ve diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek birliktelik göstermeleri sayılabilir (19).

Bulimia Nervosa: BN'de GYS ile farklılıklar taşımaktadır. GYS'de BN'de görülen yeme üzerinde kontrol sağlayamama hissi çok daha nadirdir. Ayrıca GYS'de BN'deki kilo alımının önlemek amacıyla kullanılan kusma; laksatif, diüretikler gibi medikal ilaçların kullanımı ya da aşırı egzersiz yapma gibi telafi edici davranışlar bulunmamaktadır.

Anoreksiya Nervosa: AN'deki anoreksi gün içinde süreklilik gösterirken, GYS'deki anoreksi sabahları görülmektedir. Ayrıca GYS'de akşam saatlerinde fazla miktarda yeme davranışı görülür. AN'de VKİ düşüklüğü ve vücut imajı bozukluğu görülürken bu özellikler GYS'de beklenmez.

Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu: UIYB ilk olarak Schenck ve ark. tarafından 1991 yılında gündüz yeme bozukluklarından ayrı heterojen bir sendrom olarak tanımlanmıştır (21). Gözlenen durumun GYS ile örtüşen birçok belirtisi olmakla birlikte aralarında önemli farklılıklar bulunmaktadır (64).

UIYB uyku sırasında tekrarlayıcı şekilde ortaya çıkan istem dışı yemek yeme veya içme epizotları olarak tanımlanır. UIYB'da olgu, uyuduktan 2-3 saat sonra gece uykudayken birden kalkıp mutfığa ya da yiyeceklerin bulunduğu yere gider; engellenemez otomatik olarak yer, içer. Hasta yaşadıklarını sabah hatırlayamaz. Eğer hastalar, atak sırasında rahatsız edilirse, kızgın veya ajite olabilirler. Kesin nedeni

bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, hormonal bozukluklar, Atipi kişilik özellikleri, psikiyatrik hastalıklar, uyku bozuklukları ve hipnotik özellikli ilaç kullanımlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sıklıkla primer uyku bozukluğu olarak uyurgezerlik görülür. Çoğu UIYB olgusunda, çocukluktaki uyurgezerlik öyküsünün varlığının hastalık için zemin hazırlayan bir faktör olduğu düşünülmektedir (65). Bazı hastalar yeme epizodu sırasında kolayca tam uyanıklığa geçemezler ve bu açıdan uyurgezerliğe benzemektedir.

Parasomnialar, uyanıklık, kısmi uyanıklık ve uykuya geçiş sırasında ortaya çıkan, birincil olarak uyku ya da uyanıklıkla ilişkili olmayan, anormal hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonom sinir sistemi disfonksiyonu ile karakterize uyku bozukluklarıdır. Diğer uyku bozuklukları, birçok ruhsal bozukluk ve tıbbi hastalık, ilaç ya da madde kullanımı parasomniaya neden olabilir. Parasomnialar çoğunlukla özgül uyku evreleri sırasında meydana gelir ancak, uykunun hem REM hem NREM evresinde ortaya çıkabilen parasomnialar da vardır. UIYB, NREM ile ilişkili parasomnialardan olup, yeme atakları sırasında farkındalık ve hatırlama düzeylerinde azalma (kısmi ya da tam amnezi) söz konusudur. GYS'de genellikle NREM döneminde ve yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması tanı için gereklidir. UIYB olan hastalar, farkındalık düzeylerini “yarı uyanık/yarı uyur” ya da “tamamen uykuda” olarak tanımlamışlardır. UIYB’de, garip yiyeceklerin ve toksik maddelerin yenmesi ya da sıra dışı yeme davranışları görülebilirken, GYS’de günlük yaşamda tüketilen besinler yenilmektedir. UIYB uyku esnasında istemsiz tekrarlayıcı gece yeme atakları, uykuda yaralanmalar, yiyecek aramak ve hazırlamak için tehlikeli davranışlar, uyku bölünmesi nedeniyle uykusuzluk belirtilerinin ortaya çıkması, sabah anoreksiyası, yüksek kalorili yiyeceklerin tüketilmesi nedeniyle ek sağlık sorunları ve/veya kilo artışı gibi sorunlarını kapsamaktadır. Epizotlar istemsiz kontrol kayıpları ile karakterizedir. UIYB için uykuya ilişkili TYB ve gece TYB gibi terimler de türetilmiştir (66). GYS olan hastalarda insomniya hariç tutulursa nadiren tanımlanmış bir uyku bozukluğu görülür. UIYB olgularının hiçbirinde, akşam yemeğiyle yatma zamanı arasında aşırı yemek yeme yoktur (67). UIYB; uyurgezerlik, huzursuz bacak sendromu, obstrüktif uyku apne sendromu ile yüksek komorbiditeye sahipken, GYS’de; uyurgezerlik ve huzursuz bacak sendromu nadir görülmektedir. UIYB’nin; zolpidem, triazolam, olanzapin ve risperidon kullanımı sonrası meydana

geldiği bildirilmişken, GYS'li hastalarda böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır. UİYB; farmakolojik olarak dopaminerjik ajanlar, topiramat ve benzodiazepinler ile tedavi edilirken, GYS; sertralin, essitalopram gibi antidepresanlarla tedavi edilmiştir (66,68).

Tablo 10: Uykuyla İlişkili Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (ICSD 3) (69)

1. Uyku sırasında yineleyici şekilde ortaya çıkan istem dışı yemek yeme veya içme epizotları
2. Bununla birlikte bunlardan en az birinin olması gerekir: a. Garip veya normalde yenmeyecek toksik maddelerin tüketilmesi b. Bu yeme epizotları ile ilişkili olarak uykusuzluk, dinlendirici olmayan uyku, gündüz yorgunluğu ve uykululuk c. Uykuda yaralanma d. Yiyeceğe giderken veya pişirirken olan tehlikeli davranışlar e. Sabahları anoreksi f. Yüksek kalorili gıdaların yineleyici şekilde tıkmırcasına yenmesine bağlı sağlık sorunları
3. Bozukluk diğer uyku bozukluklarıyla, tıbbi veya nörolojik bozukluklarla, ruhsal bozukluklarla, ilaç kullanımıyla veya madde kötüye kullanım bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

Kleine-Levin Sendromu: Uygunsuz nokturnal yemeler Kleine-Levine sendromunda da olabilir. Periyodik hipersomniya, mental bozukluklar, hiperfaji ve hiperseksüalite gibi davranış bozuklukları ile karakterize nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Sendrom ataklar halinde seyreder, ani olarak başlar ve sonlanır, birkaç gün ile birkaç hafta arası sürer. Ataklar arasında uyku bozukluğu görülmez, hastalar fiziksel ve mental olarak normaldir (70). Bu sendrom daha çok adolesan erkeklerde görülür (69). GYS'nin seyri ataklar şeklinde değildir. Davranış bozuklukları beklenmez.

Tablo 11: Gece Yeme Sendromunun ayırıcı tanısı

Klinik özellikler	BN/TYB	GYS	UIYB
Sabah anoreksiyası	Sıklıkla yok	Var	Var
Akşam aşırı yeme	Olabilir	Var	Yok
Gün içinde yeme isteği(aşırme)	Var	Var (sadece akşamları)	Yok
Tıkanırcasına yeme	Var	Yok (atıştırma)	Yok (alışılmadık yemek)
Gece yeme	Nadiren	Var	Var
Gece yemelerine yönelik farkındalık	Var	Var	Yok
Yeme dönemlerini hatırlamama	Yok	Yok	Var
Polisomnografi	Normal	Uyku verimliliği düşük	Diğer uyku bozuklukları
Uygunsuz Yemeler	Yok	Yok	Var
Gece Yemelerindeki Bilinçlilik Düzeyi	Var	Var	Yok
Gece Yemelerinin Hatırlanması	Var	Var	Yok
Tedavi	BDT SSRI Topiramat	SSRI'lar Topiramat	Topiramat, Dopaminerjik ajanlar, Kodein, Klonazepam

BN, Bulimiya Nervosa; **TYB**, Tıkanırcasında Yeme Bozukluğu; **GYS**, Gece Yeme Sendromu; **UIYB**, Uyku ile İlişkili Yeme Bozuklu; **BDT**, Bilişsel Davranışçı Terapi; **SSRI**, Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

2.1.5. Gece Yeme Sendromu ve Psikopatoloji

GYS ilk tanımlandığında psikososyal stres faktörlerinin GYS'de sık olduğu ve yeme atakları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (1). Yakın zamanda stres faktörlerinin GYS üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada katılımcıların %75'i GYS'nin yaşamlarının stresli bir döneminde başladığı ve gece yemeleri olanların kontrol grubuna göre daha fazla stres yaşadıkları bildirilmiştir (71). Stresör faktörlerin dışında GYS'li kişilerin daha sık depresif duygudurum bildirdikleri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (2,12, 36,72,83). Bir diğer çalışmada, benzer şekilde, GYS'li kişilerde kontrollere göre daha yüksek depresyon düzeyleri tespit edilmiş ve bu kişilerde depresif duygudurumun akşam 16 sonrası arttığı tespit edilmiştir (2). Bu bulgu endojen depresyondaki, gece depresyon düzeylerinin azalması ile terstir (17,18). Obezite hastalarında yapılan çalışmalarda GYS'li kişilerin depresyon skorlarının diğer obez hastalardan daha yüksek, kendilik saygılarının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir (12). Napolitano ve ark.'nın GYS, TYB ve kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada anksiyete düzeylerinde GYS ile kontrol grubu ya da TYB arasında farklılık bulunmazken, sürekli anksiyete düzeylerinin GYS olanlarda, GYS ve TYB olanlardan anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (48,73).

Ayaktan takip edilen 399 psikiyatri hastasında 2006 yılında yaptıkları çalışmalarında GYS sıklığını %12.3 (çalışmayı tamamlayamayan hastalar çıkarıldığında %15.6) olarak bildirmişler, GYS ölçütlerini karşılayan kişilerde alkol-madde kötüye kullanımının daha sık olduğu tespit etmişlerdir (25). Yakın zamanda şiddetli psikiyatrik rahatsızlığı olan aşırı kilolu ve obez hastalarda yaptıkları diğer çalışmalarında ise GYS sıklığı, konservatif tanı ölçütlerine ($\geq$ %50 akşam yeme ya da haftada $\geq$ 3 gece uyanarak yeme) göre %25; esnek tanı ölçütlerine ($\geq$ %25 akşam yeme ya da haftada $\geq$ 3 gece uyanarak yeme) göre %40 olarak tespit edilmiştir (73). Önceki çalışmalarından daha yüksek tespit edilen GYS sıklığının stres, uyku bozuklukları ve hastaların ilaç kullanımları ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Sonuç olarak mevcut çalışmalar GYS'nin psikiyatrik yakınmalarla ilişkili olduğu yönündedir. Yapılan bu araştırmalarda ise psikiyatri kliniklerinde GYS'nin toplum tabanlı çalışmalardan daha sık, obezite kliniklerinde yapılan çalışmalarla benzer sıklıkta gözlemlendiğini göstermektedir. Bu nedenle psikiyatri kliniklerinde GYS'nin tanınması ve ilişkili faktörlerin bilinmesi başvuruda bulunan kişilerin tedavileri için önem arz

etmektedir (41). Küçükgöncü ve ark., yaptıkları çalışmada GYS ile psikiyatrik yakınmalar arasındaki ilişkinin olduğu ve özellikle depresyon hastaları olmakla birlikte psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda GYS'nin sık görülebileceğini bildirmişlerdir (41).

2.1.6. Gece Yeme Sendromu ve Nöroendokrin Bulgular

GYs'li kişilerde nöroendokrin değişiklikleri araştıran kısıtlı sayıda çalışma yapılmıştır. Birketvedt ve ark. GYS'li hastalardaki nöroendokrin ve davranışsal özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında GYS olan ve olmayan katılımcının enerji alımları, duygudurumları, yeme paternleri, plazma melatonin, leptin, insülin, kan glukoz ve kortizol düzeylerini karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada akşamları normalde olması gereken plazma melatonin ve leptin değerlerindeki yükselmenin normal kilolu GYS'li hastalarda azaldığını göstermişlerdir. Aşırı kilolu GYS hastalarında ise kontrol grubuna göre leptin düzeylerinde anlamlı yükselme tespit etmişlerdir. Ayrıca GYS'li hastalarda plazma kortizol düzeyleri kontrollerden daha yüksek bulunmuştur. İki grubun glukoz ve insülin düzeyleri ise birbirlerine benzer bulunmuştur. Yeme paternleri değerlendirildiğinde GYS'li kişilerin beklenildiği üzere akşamları enerji alımının fazla olduğu ve karbonhidrat/protein oranı yüksek besinler tercih ettikleri tespit edilmiştir (2).

Kortizol, leptin ve melatonin fizyolojik ve metabolik işlevleri düzenleyen ve sirkadiyen ritim gösteren düzenleyici hormonlardır (74). Melatonin normalde uykuyu sürdürmeye yardımcı olur, pineal bezde ritmik olarak üretilir. Kortikotropin releasing faktör tarafından stres sırasında baskılanır. Kortizol ayrıca kronik strese yanıt olarak da salınır, bu da vücudu leptine daha duyarlı kılar. Leptin, adipoz dokudan salınan beyne doyumluk sinyalini veren iştahı suprese eden ve uykunun sürdürülmesine yardımcı olan protein yapıda bir hormondur (75). Çalışmacılar melatonin ve leptin değerlerindeki değişikliklerin GYS'ye neden olabileceğini, ayrıca GYS'li kişilerdeki beslenme şeklinin triptofanın beyne geçişini arttırdığı ve sonuçta bunun serotonine dönüşümü arttırdığını, yeme paterninin bu kişilerdeki bozulmuş uyku paternini düzeltmeye yönelik bir özellik taşıdığını öne sürmüşlerdir.

Diğer bir çalışmada ise normalde açlığa yanıt olarak salgılanan ve yeme ile baskılanan ghrelin hormonu GYS'li hastalarda normal kontrollere oranlara geceleri

belirgin olarak düşük bulunmuştur (76,77). Aynı çalışmadaki önemli bulgulardan diğeri ise GYS'li hastalarda geceleri insülin değerleri yüksek, gündüzleri ise düşük tespit edilmesidir. Çalışmada tiroid sitümulan hormon (TSH), prolaktin ve önceki çalışmadan farklı olarak leptin, kortizol, melatonin düzeyleri arasında farklılık tespit edilmemiştir. Ghrelin düzeylerindeki farkın GYS'nin bir sonucu olabileceğini, düşük ghrelin düzeylerinin gece yeme nedeniyle ortaya çıktığı öne sürülmüştür (78).

Birketvedt ve ark.'larının GYS ile hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) eksenindeki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında kortikotropin releasing hormon (CRH) ile indüklenen ACTH ve kortizol yanıtlarının, GYS'li kişilerde kontrollere göre anlamlı olarak düşük olduğunu göstermişler, bu bulgunun GYS'li kişilerde HPA eksenindeki tükenmeyi gösterdiği ve GYS'nin stresle indüklendiği yönündeki bulguları desteklediğini belirtmişlerdir (74). Bu çalışmanın dışında HPA eksenini ile insomnia ve depresyon ilişkisini gösteren diğer çalışmalar, GYS'nin en önemli bileşenleri olan bu iki durumun stresle ilişkili olabileceğini desteklemektedir (79,80).

Yakın zamanda Goel ve ark. GYS'li kadınlarda nöroendokrin ve davranışsal paternlerde sirkadiyen ritimleri araştırdıkları çalışmalarında, GYS grubunda kontrol grubuna göre kalori, yağ ve karbonhidrat alım sirkadiyen ritimlerinde kontrol grubuna göre 1.5 saatlik gecikme, ayrıca insülin, leptin, melatonin, kortizol, prolaktin ve TSH salınımlarında anlamlı gecikme olduğu tespit edilmiştir. Ghrelinin ise GYS'li kadınlarda 5.2 saat önce salındığı tespit edilmiştir. Yazarlar elde ettikleri sonuçlar doğrultusunda GYS'nin eşlik eden uyku bozuklukları ile birlikte bir sirkadiyen ritim disregülasyonu olabileceğini, suprakiazmatik çekirdek ile mide, karaciğer ve santral sinir sistemindeki düzenleyici sistemlerin santral zamanlama mekanizmalarında ayrılmanın olduğunu ileri sürmüşlerdir (81).

Yakın zamanda yapılan GYS patofizyolojisinde etkili olabileceğini gösterir bulgular elde edilmiştir (32,33,54,61). Serotonin gıda alımının kontrolü üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Serotonerjik sistemde bozulmasının olması GYS'deki akşam aşırı yemenin nedenlerinden birisi olabilir (62). Ayrıca GYS'nin sertralin ve diğer seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile tedavi edildiğine yönelik bulgular (32,33,54,61) GYS'li kişilerde serotonin sisteminde bir bozulma olabileceğini desteklemektedir (42,82,83,84).

Serotonin, serotonin taşıyıcısına (SERT) bağlanmasındaki artış post-sinaptik serotonin iletiminde bozukluklara yol açar (85) ve bu durum GYS'ye neden olabilir (42). SERT genindeki bir polimorfizm ve çevresel etkenlerin (stres gibi) etkileşiminin majör depresyondan sorumlu olabileceği öne sürülmektedir (86,87). Benzer bir etkileşimin GYS'de de olabileceği belirtilmektedir (42). Lundgren ve ark. GYS'li kişilerde kontrollere göre orta beyinde SERT bağlanmasında artış tespit etmişlerdir (34). Serotonin normal koşullarda strese yanıt olarak salınan stres hormonları ve CRH salınımını düzenlemektedir (74). Bunun yanında serotonin reseptörlerinin gıda alımı ve sirkadiyen ritm düzenlenmesinde etkileri bulunmaktadır (85, 88). Stunkard ve ark. azalan serotonin iletiminin gıda alımı ve birçok nöroendokrin işlevde bozulmalara yol açabileceğini, serotonerjik aktivitenin artırılmasının GYS'yi hafifletebileceğini öne sürmüşlerdir (42).

2.1.7. Gece Yeme Sendromu ve Uyku Çalışmaları

GYs için uykuya başlama ya da sürdürme insomniyası sıklıkla tanımlansa da (13), GYS olanlar ve olmayan kişilerin ilginç olarak uyku başlangıç ve bitiş zamanları birbirlerine benzerdirler (42). Bu benzerlik aktigrafi ve polisomnografi çalışmalarında gösterilmiştir (64,89).

GYs'li kişilerde uyku paternlerinin incelenmesi için yapılan iki polisomnografi çalışmasında katılımcılarda çoğu yeme ile ilişkili olan sık uyanmaların olduğu ve uyku verimliliklerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (59,90). Spaggiari ve ark.'ları 10 GYS'li hastada polisomnografi ile yaptıkları çalışmalarında gece yeme epizodlarının sıklıkla NREM uykusu sırasında gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmalarda GYS yakınması olan kişiler kontrol grubu ile karşılaştırılmamıştır (59).

Rogers ve ark. tarafından GYS'li 15 kadın katılımcının kontrol grubu ile karşılaştırıldığı polisomnografi çalışmasında GYS'li katılımcıların uyku bölünmelerinin kontrol grubundan fazla olmadığını, ancak %93.3'ünün uykularından uyandıklarında yemelerinin olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada GYS'li kadınların evre 2 ve evre 3 uyku dönemlerinin kontrollere göre daha kısa olduğu, toplam uyku süreleri ve uyku verimliliklerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Yazarlar elde ettikleri bulguları doğrultusunda yeme zamanındaki sirkadiyen gecikmenin uykudan yeme için uyanmalara yol açtığını öne sürmüşlerdir (89).

Gece yemesi olan 35 hastada yapılan bir diğer polisomnografi çalışmasında katılımcıların yüzeyel uykularında (NREM evre 1 ve 2) artış, derin (NREM evre 3 ve 4) ve REM uyku dönemlerinde azalma bulunmuştur. Bunun yanında uyku latansı, REM latansında ve uyku verimliliğinde düşme tespit edilmiştir. Önceki çalışmaya benzer şekilde bu çalışmada yeme dönemlerinin, 1 katılımcı dışında NREM dönemlerinde meydana geldiği belirtilmiştir. Ayrıca diğer uyku bozukluklarının da değerlendirildiği bu çalışmada 1 katılımcıda uyurgezerlik, 8 katılımcıda huzursuz bacak sendromu (HBS), 4 katılımcıda uykuda periodik bacak hareketi bozukluğu (PLMS), 5 katılımcıda uykuda konuşma ve 29 katılımcıda ritmik çiğneme kas aktivitesi (RMMA: rhythmic masticatory-muscle activity) olduğu tespit edilmiştir. Yazarlar PLMS ve RMMA'nın sık bulunmasından dolayı bu kişilerde dopaminerjik ajanlarla tedavinin etkili olabileceğini etkili olabileceğini öne sürmüşlerdir (91).

Küçükgöncü ve ark., depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılı 300 hastada yaptıkları çalışmada GYS'li hastalarda uyku bozukluklarının sık olduğu, günlük yaşamlarının etkilediği ve uyku kalitelerinin düştüğünü tespit etmişlerdir. Ayrıca genel olarak uyku kalitesinin GYS'nin belirleyicisi olarak tespit edilmiş olması, uyku bozuklukları ile GYS arasında güçlü bir bağ olduğunu desteklemektedir(36). Ancak bu çalışmada uykuda bozulmanın başlaması ile GYS başlaması arasındaki zamansal ilişki araştırılmamış olsa da, sonuçlar Vinai ve ark.'larının belirttiği GYS'nin başlamasında insomniya'nın etkin rol oynadığı düşüncesini desteklemektedir (92).

2.1.8. Gece Yeme Sendromu ve Obezite:

Obezite bakımından önemli bir rahatsızlık olan GYS ise, ilk olarak obezite hastalarında araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda obezlerde GYS'ye rastlanma oranı %6-16 arasında bildirilmiştir (11,28) .GYS'nin obez kişilerde daha çok görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. GYS'nin, obezitenin şiddeti ile de ilişkili olduğu gözükmetedir (29,40,93). Gece yemeleri, GYS'nin ana komponentlerinden biri olmakla birlikte, bu semptomun sendromdan bağımsız olarak aşırı kiloluluğa etkisi sistematik çalışmalarda araştırılmaktadır (2,26,29) GYS'nin obezite öncesinde olup olmadığı ya da obeziteye yol açıp açmadığı henüz netlik kazanmamıştır.

Yapılan bir çalışmada GYS varlığı ile VKİ artışı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (30). Aronoff ve ark., GYS olan obez hastalarla, GYS olmayan obez hastaları

karşılaştırdıkları çalışmalarında VKİ'nin GYS olan obez hastalarda fazla olduğunu bulmuşlardır (40). Bazı çalışmacılar bu ilişkinin bulunmamış olduğu çalışmalarda GYS'nin homojen popülasyonlarda ve dar kilo aralıklarında araştırılmasından kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir. Colles ve ark. normal kilolu ve obez hastalar arasında yaptıkları çalışmalarında, GYS varlığının, VKİ ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. (30). Lundgren ve ark. gece yeme geçmişi olan obez kadınların, 6 yıllık bir izlem çalışmasında, diğer obez kadınlara kıyasla daha çok kilo aldıklarını ve 399 psikiyatri hastası içinden obez olanların, obez olmayanlara göre GYS'ye daha yatkın olduklarını belirtmişlerdir (25). Spaggiari ve ark. GYS'nin obezite öncesi çoğu kişide bulunduğunu bildirmişlerdir (59). Başka bir çalışmada, GYS olan obez hastalar 1 ay sonra, GYS olmayan obez hastalara göre daha az kilo kaybetmişlerdir (11). Marshall ve ark. çalışmalarında, katılımcıların GYS öncesinde normal kiloda olup daha sonra kilo aldıklarını tespit etmişlerdir (94). Spaggiari ve ark. GYS'nin obezite öncesi çoğu kişide bulunduğunu bildirmişlerdir (59).

Birketvedt ve ark. çalışmalarında katılımcıların %60'ının obezite sonrasına kadar GYS geliştirmediklerini belirtmişlerdir (2). Benzer şekilde Kant ve ark. on yıl sonraki kilo değişikliği ile akşam yemenin (akşam 17'den sonra) ilişkisi olmadığını bildirmişlerdir (95). Toplumsal bir örneklemde Andersen ve ark. uykudan kalkarak yemek yemenin, normal ve aşırı kilolu kadınlarda 6 yıl sonraki kilo değişiklikleri ile ilişkisi olmadığını, GYS'nin sadece obez kadınlarda, ilerleyen zamanda kilo alımına yol açabileceğini bildirmişlerdir (96). Allison ve ark. günlük toplam enerji alımının, gece yiyenler ile kontrol grubu arasında değişmediğini göstermişlerdir (78). Küçükgöncü ve Beştepe, depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında yaptığı çalışmalarında, GYS grubunda VKİ ortalamasını, GYS olmayanlardan anlamlı olarak yüksek tespit etmişlerdir. Diğer taraftan aynı çalışmada, hastaların kilo dağılımları incelendiğinde, obez hastaların GYS grubunda daha fazla olduğu görülse de, arada anlamlı fark bulunmamıştır (36). Cengiz ve ark.'nın, psikiyatrik ayaktan hastalarda yaptıkları çalışmada, GYA skorları ile VKİ arasında pozitif korelasyon tespit edilmekle birlikte, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı bildirilmiştir (97).

2.2. MAJOR DEPRESYON

2.2.1. Major Depresyon Tanımı

Depresyon; çökkün duygu durumu, hayattan zevk alamama ve genel bir ilgi azalması gibi temel belirtilerin yanında; uyku, iştah ve cinsellik gibi birçok alanı etkileyen, düşünme hızında yavaşlama, dikkat ve yoğunlaşma yetisinde azalma gibi bilişsel belirtilere neden olabilen bir sendrom olarak tanımlanmaktadır ve %16.6 prevalansı olan ruhsal bozukluktur (3). Belirgin işlevsellik kaybına ve önemli sayıda komorbid psikiyatrik bozukluklara yol açmasına bağlı olarak depresyon kişisel, ekonomik ve sosyal yükü ağır olan bir hastalıktır (4).

2.2.2. Major Depresyon Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre depresyon tüm dünyada dördüncü hastalık yükü nedenidir (98). MD tüm yaş gruplarında en sık rastlanan psikiyatrik bozukluktur. Türkiye’de klinik düzeyde yaygınlığı %10 olarak bildirilmiştir (99). Erişkinlerde MD’nin toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir(300). Yaygınlığı değişkenlik göstermekle birlikte, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yapılan geniş çaplı bir ulusal çalışmada, MD’nin 12 aylık ve yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla % 5.28 ve % 3.23 olarak bulunmuştur (33). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre ise genel popülasyonda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3, tüm nüfusta % 4 olarak bulunmuştur (100). Türkiye’de 900 kişilik örnekleme kapsayan bir araştırmada, MD’nin bir aylık yaygınlığının % 18.8 (Kadınlarda % 22.5, erkeklerde % 11.6) olduğu saptanmıştır (101). Depresif bozuklukların insidens hızı da yüksektir. MD insidensi birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur (102). Kadınlarda MD erkeklere göre iki ila üç kez daha fazla görülmektedir. Ancak bu farklılık yavaş yavaş ortadan kalkacak gibi görünmektedir. Çünkü özellikle genç erkeklerde MD görülme sıklığı çok artmıştır. Ailesinde MD hikayesi olan bireylerin MD yakalanma ihtimali normal popülasyona göre iki ila üç kez fazladır (103).

2.2.3. Major Depresyon Tanısı

Tüm dünyada kabul gören iki önemli sınıflama sistemi olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) ve ICD (International Classification of Diseases) uluslararası sınıflama ölçümleridir. DSM-5-TR, Amerikan psikiyatri birliği (APA) tarafından, ICD-10 ise, dünya sağlık örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş sistemlerdir (24).

Tablo 12: Major Depresif Epizod'un DSM-5'e göre tanı kriterleri (24):

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az birisi ya (1) çökkün duygudurum ya da 2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. 1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (Örneğin, üzüntülüdür, kendini boşlukta hissediyor ya da umutsuzdur.) ya da bu durum başkalarınca gözlenir. 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almamak durumu (Neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde bulunur, bu durum, öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir.) 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin, bir ayda ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse hergün yeme isteğinde azalma ya da artma. 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma. 5. Neredeyse her gün psikoduvinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, durgunluk sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil) 6. Hemen her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü). 7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallık olabilir) olması (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil.) 8. Hemen her gün, düşünmede ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekme ya da kararsızlık (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir.) 9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil). Özgül bir tasarı kurmaksızın tekrarlayan intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzerine özgül bir tasarının olması.
B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olur.
C. Bu dönem, bir madde kullanımının ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin (major) depresyon dönemini oluşturur.
D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

ICD-10'daki kriterler de hemen hemen aynı şekildedir (104).

Tablo 13: DSM-5'e göre Major Depresyonda Klinik Belirleyiciler

• Bunaltılı seyreden
• Karma özellikli
• Hızlı döngülü
• Melankolik özellikli
• Atipik özellikli
• Duygudurumla uyumlu psikotik özellik gösteren
• Duygudurumla uyumlu olmayan psikotik özellik gösteren
• Katatoni ile
• Peripartum başlangıçlı
• Mevsimsel örüntülü

2.2.4. Major Depresyon Klinik Seyri

MD'nin ana belirti çökkün duygudurum ve ilgi, istek azalmasıdır. Gerçekte depresif duygudurum günlük yaşamın bir parçasıdır, bu nedenle geçici olarak ortaya çıkan duygudurum değişikliklerini patolojik olarak değerlendirmek uygun değildir. Genel olarak MD'de duygudurum alanı, psikomotor etkinlik, bilişsel alan ve vegetatif alanda bozulma görülür.

Duygudurum alanı: Çökkün, kederli, üzgün ve acı verici duygular baskındır. Bu duygular hastanın kendisi tarafından söze dökülebilir. Yüz görünümünden, ses tonundan ve davranışlarından anlaşılabilir ya da yakınları üzgün ve mutsuz olduğunu anlatır. İlgi ve istek azlığı, hoşlandığı etkinliklerden ve yaşamdan zevk alamama belirgindir (105). Psikomotor etkinlik: Genellikle belirgin psikomotor yavaşlama vardır. Hareketlerde yavaşlama, yorgunluk, bitkinlik, konuşmada yavaşlama, zamanın yavaş ilerlediği duygu ve düşüncesi görülebilir. Daha seyrek olarak psikomotor ajitasyon da olabilir. Bilişsel alan: Düşünce içeriğinde; kayıp düşünceleri, umutsuzluk, karamsarlık, yetersizlik, değersizlik, suçluluk ve ölüm düşünceleri olur. Geçmiş hatalarla uğraşma,

cezalandırılma düşünceleri ve depresif temalı sanrılar olabilir. Vegetatif alan: Uyku ve iştah bozuklukları, menstrüel düzensizlik, cinsel isteksizlik gözlenebilir (105,107).

MD’li hastalar genellikle alçak ses tonu ve yavaş ritimde konuşurlar. Konuşmaya ilgi ve istek azalmıştır. Sorulan sorulara geç ve güç yanıtlar verir. Konuşma ve ilişki kurma ağır olgularda iyice bozulabilir. Hasta hiç konuşmayabilir (105,106,107)

Çağrışımlar belirgin olarak yavaşlamıştır. Hasta düşüncelerini düşük bir ses tonu ile yavaş ve zorlukla söyleyebilir. Çağrışımların düzeninde bir bozukluk yoktur (106).

Genel olarak dünyaya, kendine ve geleceğe karşı olumsuz bir bakış vardır. Geçmişe pişmanlıkla, geleceğe umutsuz bakarlar. Yetersizlik, işe yaramama, değersizlik düşünceleri yoğundur. Karamsarlık ve umutsuzluk vardır. Kendini suçlama ve cezalandırma eğilimi yoğun yaşanır. Psikotik özellikli MD’de bu temaları içeren sanrılar görülebilir. Ayrıca kötülük görme, nihilistik ve somatik sanrılar da olabilir. Depresif bozuklukların 2/3’ünde ölüm düşünceleri, %15’inde intihar girişimleri görülür. Psikotik özellikli ağır MD’de bu oran 5-6 kat daha fazladır. Bilişsel yetiler genellikle korunmuştur. Ancak ilgisizlik ve isteksizlik nedeniyle kayıp varmış gibi görünebilir. Bu durum özellikle yaşlı hastalarda demans açısından ayırıcı tanıda zorluk çıkarabilir. Dikkat azlığı, dikkati yoğunlaştırmada güçlük, düşünme güçlüğü görülebilir. Ağır durumlarda algı bozuklukları görülebilir (105,106).

Uyku bozuklukları (sıklıkla uykuya dalmakta güçlük, gece sık uyanma, sabah erken uyanma), iştah bozuklukları (sıklıkla iştahta azalma ve kilo kaybı), cinsel isteksizlik, menstrüel düzensizlik, enerji kaybı ve çabuk yorulma görülür. Uzun süreli ağrılar, kabızlık ishal, bulantı kusma gibi bedensel belirtiler görülebilir. Bu tür depresyon “maskeli depresyon” olarak adlandırılır (105,106,107).

MD tek bir dönem ya da yineleyen dönemler şeklinde görülebilir, bu durumda “major depresif bozukluk, tek dönem” ve “majorr depresif bozukluk, yineleyici” olarak belirtilir. Belirtilerin ağırlığına göre olgular hafif, orta veya ağır olarak, ağır olgular ise psikotik belirti gösterip göstermemelerine göre gruplandırılırlar. Psikotik belirtiler genellikle duyguduruma uygunluk göstermekle birlikte bu zorunlu değildir. MD’nin önde gelen belirtilere göre “katatonik”, “melankolik” ya da “atipik özellikler” gösteren olgular olarak alt tiplere ayrılır. 2 yıl veya daha uzun süre boyunca belirtilen tanı

ölçütleri karşılanıyorsa kronik olarak adlandırılır. Doğum sonrası dönemde görülüyorsa “postpartum başlangıçlı” olduğu belirtilir. Distimi üzerine MD eklenmesi ise “çift depresyon” olarak anılır. Hastanın şu anki klinik tablosuna bakılarak “kısmi” ya da “tam” remisyonda olduğundan söz edilir, eğer varsa “ mevsimsel” özellik belirtilir (24,105,108,109).

Tablo 14: Major depresif bozuklukda klinik seyir göstergeleri (107, 110)

Olumlu seyir göstergeleri	Olumsuz seyir göstergeleri
- Hastalık öncesinde kişinin ilgi ve uğraşlarının yeterli ve çeşitli oluşu - Olumlu aile iş ve uğraşı olanaklarının bulunuşu - Tedaviye erken başlama - Çökkünlük dönemlerinin seyrek, iyilik dönemlerinin uzun oluşu - Çökkünlük dönemlerinin kısa sürmesi.	- Premorbid kişilik bozukluğunun olması - İleri yaş - Alkol ve madde kullanımının bulunması - Ek tanılarının olması - Ağır ve sürekli olumsuz çevre koşulları - Sık yineleme - Psikotik belirtilerin varlığı - Distiminin üzerine gelişen çökkünlük (çifte çökkünlük) - İyileşme beklentisi ve çabasının bulunmaması.

Bazı hastalarda ilerleyen dönemlerde manik ya da hipomanik epizod ortaya çıkabilir ve bu durumda tanı BPB olarak değiştirilir (111). Ergenlik döneminde geçirdikleri depresyonun ardından 3-4 yıl izleme alınan hastaların %20’sinin BPB’a dönüştüğü bildirilmiştir (108).

2.2.5. Major Depresyon ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği

Yeme bozuklukları ve duygudurum bozuklukları klinik açıdan ve toplum sağlığı açısından önemli ruhsal hastalıklardandır. Genetik ve ek hastalık çalışmaları yeme bozuklukları ile mizaç bozuklukları arasında yakın ilişkinin varlığına işaret etmektedir (112). Duygulanım bozuklukları ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki araştırılmıştır fakat büyük bir çoğunluğu MD ve yeme bozukluklarına odaklanmaktadır. Eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel bozukluk oranlarının yüksek olduğu yeme bozuklukları, bipolar spektrum bozuklukları ile örtüşen özelliklere sahip olarak kavramsallaştırılmıştır (113). BPB’de yeme bozuklukları ek hastalığının görülme oranının MD’den daha yüksek olduğu bildirilmiştir (114). Çalışmalarda yeme

patolojisinin MD için bir risk faktörü olduğunu ve MD'nin yeme patolojisi için bir risk faktörü olduğunu sonuç olarakta birbirleri için eşzamanlı risk faktörleri olduğu bulunmuştur (115). Düzensiz yeme paterni ve MD arasındaki ilişki belirlenmiş olmasının yanında bu iki bozukluk arasındaki zamansal ilişkiler hakkında daha az şey bilinmektedir.

MD ile AN arasındaki yakın ilişkinin doğası konusunda tartışmalar devam etmektedir; bu konuda ileri sürülen fikirlerin farklılığı ve zenginliği MD ve yeme patolojileri ilişkisinin ne kadar karmaşık olduğuna işaret etmektedir. Çeşitli çalışmalarda AN tablosuna MD'nin öncülük ettiği vurgulanmıştır (116). Katz, MD ve AN'nin aynı psikopatolojinin farklı görünümüleri olabileceğini ve AN'nin atipik bir MD olduğunu iddia etmiştir (117). Açlık durumunun MD benzeri tabloya neden olduğu, AN'nin MD'yi kapsadığını (118), mevcut yeme rahatsızlığına ikincil MD geliştiği (119) ve yeme bozukluğunun çoğunlukla MD olmadan görüldüğü (120) gibi farklı düşünceler öne sürülmüştür.

Anoreksiya nervosa ve MD ilişkisi bilinmektedir ve farklı çalışmalarda %36-45 gibi değişik oranlar bildirilmiştir. Halmi ve ark. (1991) anoreksiyada MD prevalansını %68 olarak saptamışlardır. Halmi ve ark.'nın çalışmasında 10 yıllık izlemde MD'nin tıknırcasına yeme çıkarma alt tipinde kısıtlayıcı alt tipe göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (121). Kennedy ve ark.'nın (1994) çalışmasında ise anoreksiya ya da bulimiya tanılı kadın hastalarda %43 oranında MD saptandığı bildirilmiştir (122). Braun ve ark. (1994) herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaşam boyu prevalansını yaygınlığını anorektik kısıtlayıcılarda %41.2, anorektik bulimiklerde %82, bulimiyada %64.5 ve anoreksiya öyküsü olan bulimiya nevroza olgularında %78 olarak saptamışlardır. Anorektik kısıtlayıcılarda yaşam boyu duygudurum bozukluğu daha az görülürken, her iki durumun birlikteliğinde yani anoreksiya nevroza bulimik tip ve anoreksiya öyküsü olan bulimiklerde MD görülme oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (123). Yeme bozuklukları sıklıkla MD ile ilişkili olmasına rağmen hangi sorunun diğerini nasıl öngördüğüne dair kanıtlar çelişkilidir ve çok az araştırma bu ilişkinin gelişim sürecini ele almıştır.

2.3. BİPOLAR BOZUKLUKLAR

2.3.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı

BPB, yaşamsal olaylarla kısmen ya da tamamen ilişkisiz olarak ve belli bir kurala bağlı olmaksızın ortaya çıkan duygudurum değişimleri ile seyreden tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma dönemlerle ve dönem aralarında kişinin bazen eşik altı belirtiler sergilediği bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı “sağlıklı” (ötimi) dönemlerle giden, kronik seyirli, yaşam boyu sürebilen, yineleme ve özkıyım riski nedeniyle işlevsellikte bozulma ve yeti yitimine yol açan (124), epizodlarla karakterize bir bozukluktur. Düzenli tedavi gerektiren BPB olguların büyük bir kısmında kişiye ve ailesine ciddi sosyal ve mesleki yükler getirmektedir [1-4]. Bu yükselme ve çökkünlük dönemleri arasında yeterli düzeyde tıbbi tedavi olanağı bulursa bir çok kişi genellikle işlevselliği ve üretkenliği yüksek bir yaşam sürebilir(125, 126). Yaşam boyu intihar nedeniyle ölüm riski genel toplumun yirmi katıdır.

DSM-5 daha önce duygudurum bozukluğu başlığı altında toplanan hastalıkları “İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar” ile “Çökkünlük Bozuklukları” olarak ikiye ayrı tanı grubuna ayırmaktadır. Bu değişiklikte son yıllarda özellikle genetik alanında yapılan çalışmalarda BPB’nin yalnızca çökkünlüklerle değil şizofreni ile de ortaklıkları olduğu bilgisine ulaşılmışının rolü vardır. Böylece BPB her iki tanı grubuna eşit uzaklıkta sınıflandırılmaktadır (106).

BPB, DSÖ tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar listesinde sekizinci sırada yer aldığı bildirilen, yineleyici özellikte, işlev kaybetmeye yol açan önemli bir psikiyatrik hastalıktır (127).

2.3.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

BPB farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda benzer yaygınlıkta olduğu bilinmektedir. Çeşitli araştırmalarda toplumda BPB’nin yaşam boyu yaygınlığının %0.5–1.5 oranları arasında olduğu gösterilmiştir. Yapılan son klinik ve epidemiyolojik çalışmalar ikiuçlu spektrum bozukluklarının, toplumun yaklaşık %5-6’sını etkilediğini göstermektedir (128). BPB yaygınlık oranı cinsiyet, ırk, etnisite, sosyo-ekonomik durum

açısından fark göstermemekte, bekar olmak, ailede BPB öyküsünün varlığı, BPB görülme riskini arttırmaktadır (129).

Ülkemizde BPB yaygınlığına ilişkin yapılmış yakın zamanlı bir çalışmada Binbay ve ark. İzmir kent merkezinde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre, psikotik bulgulu MD ve BPB tip I tanı kategorisi için yaygınlığı %0.92 olarak bildirmişlerdir (130).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda BPB olgularda hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değişmektedir (131,132,133,134,135). Evli olma oranı BPB tanılı olgularda, sağlıklı kontrollerden düşük, ocuk sayıları daha azdır (136). Cinsiyetler arasında kadınlardaki daha yüksek evlilik oranlarına karşılık, erkeklerde daha yüksek çalışabilirlik oranları gösterilmiştir (137). Ülkemizdeki BPB tanılı kişilerde sosyal desteğin varlığı, olguların yarından çoğunda mevcuttur (136). Oysa literatürde bu durumun tersi belirtilmektedir (138).

Ülkemizde, ilk atağın mani olması erkeklerde, kadınlardan daha sık görülür. Karma atak kadınlarda daha sık gözlenmekle birlikte ilk atak tipi olarak anlamlılık göstermemektedir. Bilici ve ark. BPB tanılı olgularda geçirilmiş atak sayısını ortalama 2.55 (± 2.79) olarak bildirmişlerdir (132).

Çalışmalarda manik ve depresif atakların süresi, bir ayın altında olarak bildirilmiştir (139,140) Bilici ve ark. alışmasında ilk atağı karma atak olan olgular, diğerleri ile karşılaştırıldığında atak sayıları daha yüksek bulunmuştur (132). Karma atağın varlığı BPB'nin gidişi için olumsuz bir belirteçtir (141). En az bir karma atağın görülmüş olma sıklığı %40 olarak belirtilirken, tüm ataklar içindeki yaygınlığı çok daha düşüktür (142,143).

BPB hastalarında, %50 oranında psikotik bulgu geçirilmiş olunmaktadır (142). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer oranlar bulunmuştur (144). BPB'de pozitif aile öyküsünün yokluğunda ve irritabl mizaç varlığında psikotik bulgu daha sık izlenmiştir (145,146). Bilici ve ark.'nın çalışmasında psikotik bulgu, en sık manik dönemde izlenmiştir. Sanrılar, manik, karma ve depresif ataklarda sırasıyla, %70.1, %44.2 ve %17.8 oranında, varsanılar %25.7, %15.4 ve %8.4 oranında saptanmıştır. Sanrı ya da varsanıların varlığı, cinsiyet yönünden bir farklılık

göstermemektedir. Bu çalışmada, varsanlar sıklıkla sanrılarının varlığında bulunmuştur (132).

Yüncü ve ark. yaptıkları çalışmalarında, olguların birinci derece yakınlarında bozukluk %24.3 oranında saptamışlardır. Bu oran %10 olarak dile getirilen ailesel yükün üzerinde olmakla birlikte, klinik örnekleme daha yüksek bulunmuş olabileceğini, ailesel yüklülüğün olduğu durumda hastalığın daha şiddetli seyretmesi ve bu olguların daha sık hekime başvuruyor olabileceğini öne sürmüşlerdir (146).

Ülkemizde BPB'nin tedavisinde, depresif, manik, karma ve iyilik olmak üzere her dönemde, ilk üç sırada yer almak üzere, en sık kullanılan ilaçlar, lityum, sodyum valproat ve ketiyapindir. Ketiyapin diğer üç dönemde üçüncü sırada yer alırken karma atakta ilk sırada gelmektedir. Karma atakta daha az etkin olduğu konusunda görüş birliği olan lityum ise valproatın önünde yer almaktadır. Depresif ataktaki etkinliği lityumun gerisinde olan valproat ise bu çalışmada lityum ve ketiyapinin önünde ilk sırada yer almaktadır. Lityum manik atak tedavisinde ve iyilik döneminde en çok kullanılan ilaçtır (147).

Antipsikotikler iyilik döneminde %41 olguda kullanılmaya devam etmektedir. %44 olgunun koruyucu tedavisinde ise duygudurum dengeleyici ilaçlar (lityum ve/veya valproat) yer almaktadır. Duygudurum dengeleyici bir diğer antikonvülzan olan lamotrijin sadece depresif atakta %5'i aşan bir kullanım sergilemektedir. Benzodiyazepin kullanımı depresif atakta %3.2, manide %6.8, karma atakta %4 olarak belirlenmiştir. BPB'de antidepresan kullanımına bakacak olursak, iyilik döneminde sadece %3.5 olgu antidepresan kullanmaktadır ve bu antidepresanların tümü SSRI grubundandır. Depresif atakta % 17.2 oranında antidepresan kullanımı mevcuttur. Bunun %11'i SSRI'lardan ve %6.2'si SNRI'lardan oluşmaktadır (132, 148).

2.3.3. Bipolar Bozukluk Tanısı

BPB, depresif, manik ve hipomanik dönemlerle ortaya çıkabilir ve bu dönemlerden herhangi biri karma özellikler gösterebilir. 2013 yılında yayımlanan DSM-5'e göre manik dönem; en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, yükselmiş ya da iritabl duygudurum ile birlikte benlik saygısında artış ya da büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, konuşma miktarında artış, düşünce uçuşması, dikkatin çelinebilirliği, amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon ve kötü

sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma belirtilerinden en az 3 ya da 4'ünün (duygudurum irritabls) varlığı ile karakterizedir, işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açar ve bu belirtiler başka bir nedene bağlanamaz. Hipomanik dönemler işlevselliği daha az bozar ve daha kısa sürer. Depresif dönem ise; depresif duygudurum ya da anhedoni veya ilgi istek kaybı belirtilerinden biri ile uyku ve iştah değişiklikleri, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, enerji azlığı, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, odaklanma güçlüğü ve yineleyici ölüm düşünceleri belirtilerinden en az 5'inin en az 2 hafta süreyle devam etmesi olarak tanımlanır.

Farklı klinik görünümle ortaya çıkabilen BPB'un en kolay ayırt edilen tipi BPB Tip 1'dir. DSM-5 tanı ölçütlerine göre; BPB Tip I yaşam boyu en az bir mani döneminin geçirildiği, mani döneminden önce veya sonra hipomani ya da major depresyon dönemlerinin görülebileceği bir hastalıktır. Geçmişte karma dönem olarak ele alınan dönemler DSM 5'te terk edilmiş, karma özellikler mani, hipomani ve depresif dönemler için bir belirteç olarak yer almıştır. Karma özellikler gösteren mani/hipomani tanısı eş zamanlı görülen en az üç major depresyon dönemi belirtisinin varlığı ile tanımlanırken, karma özellikler gösteren depresyon dönemi için eş zamanlı en az üç mani/hipomani belirtisi olmalıdır. Duygudurum dalgalanmalarının daha ılımlı yaşandığı tablo siklotimi olarak adlandırılmaktadır (24).

Yinelemelerle giden BPB'nin ilk dönemi genellikle depresif özellikte olsa da seyir kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Hastaların bir kısmı hem manik hem depresif dönemler geçirirken % 10-20'lik bir grup sadece manik dönemler yaşar (24, 107). Depresif dönemlerde daha belirgin olmak üzere BPB artmış özkıyım riski ile ilişkilendirilmiş, BPB tanılı hastaların % 25-50'sinin yaşamında bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu, % 15'inin ise özkıyım sonucu öldüğü belirtilmiştir(24, 124). Hem mani hem depresyon dönemlerinde görülebilen psikotik belirtilerin varlığı bizi hipomanik dönem tanısından uzaklaştırmalıdır. Uyku bozuklukları her üç dönemin temel tanı ölçütlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.3.4. Bipolar Bozukluk DSM-5 Tanı Ölçütleri

Tablo 15: DSM-5'te Bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında aşağıdaki alt başlıklardan bahsedilmiştir:

• BPB Tip I
• BPB Tip II
• Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
• Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
• Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk
• Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk

Tablo 16: Bipolar Bozukluk tip I

A. Tanı ölçütleri en az bir mani dönemi için karşılanmıştır (yukarıda "Mani Dönemi" başlığı altında yer alan A-D tanı ölçütleri)
B. Mani ve majör depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkması şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ya da tanımlanmamış bir ya da tanımlanmamış diğer bir BPB ile daha iyi açıklanamaz.

Tablo 17: Bipolar Bozukluk Mani Dönemi

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir: 1- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri. 2- Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar). 3- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma. 4- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbirini ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı. 5- Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir. 6- Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik). 7- Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz yatırımlar yapma)
C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli aşırıdır ya da psikoz özellikleri vardır.
D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla BPB tip I tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. BPB tip I tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

Tablo 18: DSM-5'e göre Bipolar Bozuklukta Klinik Belirleyiciler (24)

• Bunaltılı seyreden
• Karma özellikli
• Hızlı döngülü
• Melankolik özellikli
• Atipik özellikli
• Duygudurumla uyumlu psikotik özellik gösteren
• Duygudurumla uyumlu olmayan psikotik özellik gösteren
• Katatoni ile
• Peripartum başlangıçlı
• Mevsimsel örüntülü

Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk:

Son 12 ay içinde mani, hipomani veya depresyon dönemi için tanı ölçütlerini tam olarak karşılayan 4 duygudurum dönemi olmasıdır (24).

Tablo 19: Melankoli Özelliği Gösteren Bipolar Bozukluk (24):

A) O sıradaki dönemin en ağır evresinde aşağıdakilerden en az biri vardır. 1- Bütün yada neredeyse bütün etkinliklerden zevk almama. 2- Genelde zevk verebilecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma.
B) Aşağıdakilerden en az üçünün varlığı, 1- Derin bir bunalım, umutsuzluk, somurtkanlık ya da duygusal boşluk olarak adlandırılabilen, bir duygudurum ile belirli değişik nitelikte çökkün duygudurum varlığı. 2- Depresyon sürekli olarak sabahları daha kötüdür. 3- Sabah erken uyanma. 4- Belirgin psikomotor ajitasyon yada yavaşlama. 5- Yeme isteğinde belirgin azalma yada kilo verme 6- Aşırı yada uygunsuz suçluluk duyguları varlığı

Tablo 20: Atipik özellikleri gösteren Bipolar Bozukluk (24):

A) Duygudurumda tepkisellik (olumlu olaylarla karşılaşıldığında sevinebilme yeterliliğidir).
B) Aşağıdaki özelliklerden ikisini veya daha fazlasının varlığı 1- Belirgin bir kilo alımı ya da yeme isteğinde artma 2- Çok uyku uyuma 3- Kurşun paralizisi (kolları ve bacakları ağırlaşmış, kurşun gibi duyumsama) 4- Belirgin bir toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmayla sonuçlanan, uzun süreli, başkaları tarafından kabul görmeme duyarlılığı (duygudurum bozukluğu dönemleri ile ilişkili değildir).
C) Aynı dönemde “melankoli özellikleri gösteren” ya da “katatoni ile giden” belirleyicileri için tam ölçütleri karşılanmamıştır

Peripartum başlayan :

Duygudurum belirtileri, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkarsa o sıradaki dönem için ya da bir duygudurum dönemi için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa en son mani, hipomani, depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir (23).

2.3.5. Bipolar Bozukluk Alt Tipleri

Klinik uygulamalarda görülen birçok hastanın ve hatta hastaların çoğunun tanılarla tam olarak açıklanamaması söz konusudur. Bu grup resmi olarak “başka türlü adlandırılmayan” ya da “BTA” olarak adlandırılmaktadır. Ancak bu durum birçok hasta için bir tek kategori oluşturmakta ve belirtilerinin zenginliği ve karmaşıklığı gözden kaçmaktadır. Bu hastaların tanılarının, genelde “bipolar yelpazeye”ye ve özellikle Akiskal gibi uzmanlar tarafından ortaya konan birçok ek tanımlama kategorisine ait olarak kabul edilmesi söz konusudur (149).

Tablo 21: Bipolar Bozukluk Alt Tiplerini Sınıflandırılması (149):

BPB tip 1/4: antidepresanlara bazen hızlı ancak uzun sürmeyen şekilde yanıt veren tutarsız bir unipolar depresyon olarak tanımlanır.
BPB tip 1/2: izoBPB olarak tanımlanır. Psikozun pozitif belirtileri ile manik, hipomanik ve depresif dönemler kombine olmaktadır.
BPB tip II/2: Depresif dönem olmaksızın yineleyen hipomaniler olmaktadır.
BPB tip II 1/2: Majör depresif dönem geliştiren siklotimik mizaçlı hastalar için yapılan tanımlamalardır.
BPB tip III: Antidepresanla birlikte manik veya hipomanik dönem geliştiren hastalar olarak tanımlanır.
BPB tip III 1/2: Madde kötüye kullanımı ile ilişkili olan bipolar bozukluk olarak tanımlanır. Madde kötüye kullanımının hipomaniye ulaşmak gayreti ile yapıldığı BPBtur.
BPB tip IV: Önceden var olan hipertimik mizaç ile depresif dönemlerin birleşimidir.
BPB tip V: Karma hipomani ile birlikte depresyon.
BPB tip VI: Demans halinde bipolarite.

DSM-5 kriterlerine göre BPB Tip-1 tanısı için bir mani dönemi geçirilmesi gerekmektedir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani veya depresyon dönemi bulunabilir. BPB Tip-2 tanısı için ise o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi ve o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan depresyon dönemi geçirmiş olmak gereklidir (24).

2.3.6. Bipolar Bozukluğun Klinik Seyri

BPB, genellikle hayat boyu süren, tekrarlayıcı bir hastalıktır. Çoğunlukla ergenlik veya genç erişkinlik döneminde başlar ve önemli ölçüde ailesel geçiş gösterir. Bu hasta grubunda psikiyatrik ve fiziksel hastalık eştanıları, topluma göre daha sık görülür ve intihar sonucu ölüm riski daha fazladır (150).

Tüm duygudurum bozukluklarının %10-20'sini BPB'ler oluşturmaktadır. BPB tip-1'in başlangıç yaşı, MD'den daha erkendir (ortalama 5-6 yıl daha erken). En sık başlama yaşı, 20'li yaşların ortaları gibi gözüktse de, ilk belirtinin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşlarında olmakta, bunu 20-24 yaşların arasında ikinci bir çıkış izlemektedir.

Ancak başlangıç yaşı çocukluktan (5 ya da 6 yaş kadar erken) 50 yaşına ya da daha ender olgularda daha ileri yaşlara kadar değişmektedir. BPB tip-1 boşanmış ve yalnız yaşayan insanlarda evli insanlara kıyasla daha sık görülmektedir, ancak bu fark erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır (151).

BPB ataklarında, mani nöbeti en az bir hafta, ortalama 4-6 hafta sürer, hipomani nöbeti ise daha kısa sürer ve daha hafif belirtilerle geçer. Tedavi edilmeyen olgularda maninin ortalama süresi 7 aydır (105). Literatürde görülen farklara karşın, depresif atakların 2 ila 5 ay arasında sürdüğü söylenebilir (152). Karma ataklar 5 aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ile en uzun sürenlerdir (153).

STEP-BD çalışması BPB’de yinelenme olacağının en güçlü göstergelerinden biri olarak, ara dönemlerde kalıntı belirtilerin varlığı olmasını göstermiştir. Aynı çalışmada bir diğer yinelenme olacağının göstergesi, eşlik eden başka ruhsal hastalığın (anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları) bulunması olarak bulunmuştur (106,154).

BPBta klinik gidiş göstergeleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 22: BPB’de Klinik Gidiş göstergeleri

Olumlu Göstergeler	Olumsuz Göstergeler
• Manilerin baskın olması	• Erken başlangıç
• Sağaltıma iyi uyum	• İleri yaş
• Uzun iyilik dönemleri	• Ara dönemde kalıntı belirtiler
• Olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları	• Ruhsal bozukluk eşiği
• Ailede düşük duygudurum dışavurumu	• 10’den fazla mani dönemi
	• Karma dönemler
	• Uzun çökkünlük dönemleri
	• Hızlı döngülülük

Psikososyal ya da fiziksel olayların, bozukluğun nedeni olmaktan çok, atakların zamanlaması üzerinde etkili oldukları kabul edilmektedir. İlk hastalık atağının yaşanmasında açıkça etkili oldukları görülmekle birlikte, daha sonraki ataklar için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Herhangi bir hastalık dönemi için BPB hastalarının %47'sinde, MD hastalarının %53'ünde hastalık ataklarının başlangıcında stresli yaşam olayı olduğu bildirilmiştir (155). İlk ataklar çevresel koşullar tarafından tetiklenirken, daha sonra otonomi geliştiği düşünülmektedir (156).

Özkıyım oranı normal popülasyonun 20 katıdır(157,158). BPB olan hastaların yarısında özkıyım girişimi olduğu gösterilmiştir (159). Riskin özellikle karma dönemlerde arttığı bildirilmektedir (160).

2.3.7. Bipolar Bozukluk ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği

BPB, depresyon ve manik atak dönemlerinde iştahta azalma ve kilo kaybetme görülürken, atipik depresyonda aşırı iştah ve kilo alımı gibi yeme davranışında bozulmalar, kilo ile ilgili sorunlar sık gözlenir. BPB'si olan hastalarda yeme bozukluğu, yeme bozukluğu olan hastalarda ise BPB görülme oranları oldukça yüksektir(161). BPB'si olan hastalarda yaşam boyu en az bir yeme bozukluğu eştanısı oranı %15-21 olarak bildirilmiştir. TYB en sık görülenidir, daha sonra BN ve AN gelmektedir (162). Yeme bozukluklarının tiplerinin değerlendirildiği bir çalışmada, BPB ile BN ve TYB ilişkili bulunurken, AN ile ilişkisi gösterilememiştir (163).

Yeme bozukluğu eştanılı BPB hastalarında daha fazla kilo düzensizliği, daha fazla depresif dönem ve yineleme, özkıyım riskinde artış ve daha fazla psikiyatrik eştanı olduğu gösterilmiştir (154, 164).

BPB olan kadın hastalarda (%7.1), psikiyatrik bir hastalığı olmayan kadınlara (%0.6) göre BN görülme oranları oldukça yüksektir. Ayrıca BPB olan kadın hastalarda alkolizm ve TYB, iki önemli iştah problemi tesbit edilmiştir (165). Blinder ve ark. yeme bozukluklarında en sık görülen eştanı grubu olarak duygudurum bozukluklarını bildirmişlerdir (166). Anksiyete bozuklukları, alkol ve madde zararlı kullanımı onu takip etmektedir. Yeme bozukluklarında topluma göre yaklaşık üç kat daha fazla depresyon görülmektedir. 1668 yeme bozukluğu hastasının incelendiği bir çalışmada, 171 (%7.25) hastada BPB tesbit edilmiştir (167). Yaşam boyu prevalans çalışmalarında ise yeme bozukluğu hastalarının %7.9'unda BPB tesbit edilmiştir (162).

BPB hastalarında, kadın cinsiyeti, daha genç yaş, duygudurum belirtilerinde daha erken yaşta başlangıç, karma dönem, daha fazla atak geçirmiş olma, obezite, aile öyküsünde MD ve/veya BPB bulunması gibi özellikler, yeme bozukluğu eştanısı ile alkol ve madde kötüye kullanımı eştanısı ile ilişkili bulunmuştur (164).

İsviçre'de yaşayan 4547 yetişkinin incelendiği bir çalışmada, hipomaniyle birlikte TYB eştanısı değerlendirilmiştir. depresyonlu kişiler ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, hipomanili kişiler anlamlı olarak fazla oranda TYB oranlarına sahiptiler. Örneğin, DSM-IV ölçütlerine göre hipomanili hastalar için TYB oranı %13, kısa rekürren hipomanili (<4 gün) hastalar için TYB %22, sporadik kısa hipomanili hastalar için %15 ve manisi olanlar için %14, depresyonlu bireyler için TYB %11 olarak bulundu. Bu oranlar sağlıklı kontrollerdeki %5'lik orana göre anlamlı derecede yüksekti (168, 169).

Mac Queen'in yaptığı klinik çalışmada diğerlerinden farklı olarak BPB'si olan hastalarda, yeme bozukluklarını değerlendirilmiştir. 139 ayaktan hastanın yer aldığı bu çalışmada, en azından bir kere yeme bozukluğu olmasının yaşam boyu yaygınlık oranı %15, TYB %9, BN %7 ve AN ise %3 olarak bulunmuştur.. Ayrıca eşik altı duygudurum bozukluğu olan hastaların, hastalık belirtili olanlarla (%16) ve ötimik hastalarla (%5) kıyaslandığında, belirgin olarak daha fazla yeme bozukluğuna sahip oldukları görünmekteydi (161).

Anoreksik hastaların birinci derece yakınlarında MD görülme riski değişik çalışmalarda %6.5-20.4 olarak; BPB görülme riski ise %0-8.3 olarak bildirilmiştir. Yine BN hastaların birinci derece akrabalarında MD ve BPB görülme riski sırasıyla %10.5-37.1 ve %0.6-5.9 olarak gözlenmiştir. Genel olarak yeme bozukluğu olan hastaların yakınlarında duygudurum bozukluğu görülme riski, yeme bozukluğu olmayanlara göre 2 ile 4.2 kat arasında artmaktadır (315).

Tıkınırcasına yemesi olan obez hastalar, karbonhidrat tüketimi sonrasında deprese duygudurumda klinik düzelme gösterirler, ki bu da onları tekrar yemeye teşvik eder. Bu obez hastalardaki depresif bozukluğun yüksek oranlarda görülmesi ve obeziteyle ilişkili diğer bulgular ile uyumludur. Çeşitli çalışmalar ayrıca tıkınırcasına yemesi olan obez hastaların, obez ancak tıkınırcasına yemeyenlerle kıyaslandığında, daha çok karbonhidratları tercih ettiklerini bulmuşlardır. Eğer bu bilgi daha önceki

Çalışmaların açıklamalarına uygulanırsa, tıknırcasına yemenin BPB'si olan depresif hastaların duygudurumunu düzenleyen kompensatuar bir davranışı olduğunu göstermesi mümkündür (Ramacciotti ve ark. 2005). Bulimik davranışlar, dürtüsellik ve affektif bozukluklar genetik yatkınlık veya erken yaşam travmasının sonucu olarak serotonerjik nrotransmisyondaki bozuklukla ilişkili olabilir (170).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ- ÖRNEKLEM

Çalışma evreni; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalar ve sağlıklı kontroller olarak belirlenmiştir.

Örneklem ise; çalışma protokolüne uyum sağlayan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş, 19 ve 20. polikliniklere Temmuz 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında başvurusu olan bütün hastalardan BPB tanılı 80, MD tanılı 80 hastanın ve hastalarla yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak eşleştirilmiş 80 sağlıklı kontrolün ardışık olarak alınmasından oluşacaktır.

Çalışmaya aşağıda belirtilen dahil edilme ve dışlama ölçütlerine uygun olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

3.1.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM 5 kriterlerine göre BPB tanısı olan hastaların ötimik durumda olması
- DSM 5 kriterlerine göre MD tanısı olan hastanın remisyonda olması
- Katılımcının 18 – 65 yaş arasında olması
- Katılımcının okur-yazar olması.
- Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

3.1.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- DSM 5 tanı kriterlerine göre Bipolar ve ilişkili Bozukluklar ile Beslenme ve Yeme Bozuklukları haricinde eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalar

- DSM 5 tanı kriterlerine göre Major Depresyon ve İlişkili Bozukluklar ile Beslenme ve Yeme Bozuklukları haricinde eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalar
- Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasına göre, Uykuyla İlişkili Yeme Bozukluğu olan hastalar
- Mental retardasyon, nörolojik hastalık, alkol ya da madde etkisi altında olması gibi nedenlerle kooperasyon ve bilişsel fonksiyonları bozulan hastalar
- Psikocerrahi veya başka bir beyin cerrahi girişim öyküsü olan hastalar
- Kafa travması öyküsü olanlar
- Çalışmanın yapıldığı dönemde oruç tutmak, kilo almak ya da vermek amaçlı diyet yapan hastalar
- Vardiya düzeni ile çalıştığı için gece uyanık olması gerekenler

Katılımcıların boy, kilo ve bel çevreleri görüşme sonrasında ölçülmüştür. Boy ölçümleri ayakkabısız yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü, batın bölgesi çıplak vaziyette iken, hasta ekspirasyonun sonunda, sağ iliaka anterior superior seviyesinde horizontal planda yapılmıştır. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) kilogram olarak ölçülen kilo değerinin, metre olarak ölçülen boy değerinin karesine bölünmesi ile elde edilmiştir. VKİ, 18.5 kg/m² altında olan katılımcılar zayıf, 18.5-25 kg/m² arasında olan katılımcılar normal kilolu, 25-30 kg/m² arasında olan katılımcılar aşırı kilolu, VKİ 30-35 kg/m² arası Grade 1 obezite, VKİ 35-40 kg/m² arası Grade 2 obezite, VKİ 40 kg/m² ve üstü ise Grade 3 obezite olarak değerlendirilmiştir.

3.2. YÖNTEM

Çalışmaya başlamadan önce Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi E.P.K.K' nın 24.06.2016 tarihinde 479 karar no ve Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'dan 06.09.2016 tarihinde 577 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Tüm katılımcılara, değerlendirme öncesi bilgilendirilmiş onam formu verilmiş, çalışma hakkında sözlü olarak bilgilendirilme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. BPB, MD ve sağlıklı grubunun tanıları SCID-I kullanılarak doğrulanmış, şimdi ve geçmişteki alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır (171, 172). BPB tanılı hastaların ötimik dönemde ve MD tanılı hastaların remisyonda olduğu klinik görüşme ve geriye dönük dosya incelemesi ile doğrulanmıştır.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların çalışmanın amacı hakkında bilgi veren bilgilendirilmiş onam formu ile çalışmanın amacı hakkında bilgi veren bilgilendirilmiş onam formuyla sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra hastalara görüşmeciyile beraber sosyodemografik veri formu, SCID-1, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri, YEDÖ, Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Ardından tüm katılımcılardan Pittsburgh Uyku Ölçeği, WHOQOL-BREF-TR, GYA, Gece Yeme Sendromu Değerlendirme Anketi verilerek kendilerine uyan seçenekleri işaretleyerek doldurmaları istenmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik bilgileri, araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu aracılığı ile hastadan, varsa yakınlarından ve hastanın tıbbi dosyasından elde edilen bilgiler doğrultusunda alınmıştır. Sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik bilgileri ise katılımcıdan alınmıştır.

3.3. KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların çalışmaya dâhil edilme ve dışlanma ölçütlerine uygunluğunu belirlemek, sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek özellikleri hakkındaki genel bilgiler yanında özgeçmişlerine ve soy geçmişlerine yönelik sorular da bulunmaktadır. Hasta gruplarının bilgilerini almak için oluşturulan formda ayrıca hastalık başlangıç yaşı, atak sayısı, atak türleri, hastaneye yatış sayısı, özkıyım girişim öyküsü gibi klinik verilere de yer verilmiştir.

3.3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the DSM IV Axis I Disorders, SCID-I) Ölçeği:

First ve ark. tarafından 1997’de DSM-IV Eksen I ruhsal bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir (171). SCID-I tanısal değerlendirmenin uygun bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve yaşam boyu ve son 1 ay içindeki DSM-IV eksen I tanılarının ve komorbid durumlarının taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. Psikotik bozukluk spektrumuna ait tanısı olan hastaları dışlamak amacıyla uygulanması planlanmıştır. Özkürkçügil ve ark. tarafından SCID-I’ in geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (172).

3.3.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAMD):

Depresif belirtileri olan bireylere klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan 17 soruluk bir testtir. M. Hamilton ve JBW. Williams tarafından geliştirilmiştir. Depresyonun seyrini izlemek amacıyla kullanılır, tanı koydurucu değildir. Son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon belirtilerini sorgulayan maddelerden oluşur. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik ve cinsel belirtiler, kilo kaybı ve içgörüle ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. En düşük ‘0’, en yüksek ‘53’ puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği A.Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır (173). Ölçekten 16 ve üzeri puan alan katılımcılar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3.4. Beck Anksiyete Envanteri:

Ölçeğin amacı bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (174, 175).

3.3.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği:

Manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik ölçekler 1970’li yıllarda geliştirilmeye başlanmış ve Young ve ark. 1978 yılında mani derecelendirme ölçeğini geliştirmişlerdir. Oluşturulan birçok ölçeğe rağmen, günümüzdeki klinik araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçek Young Mani Derecelendirme Ölçeği’dir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi ölçen bir derecelendirme ölçeğidir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği’nin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (176).

3.3.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ):

YEDÖ, yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde 'altın standart' olarak kabul edilen yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi’nin, hasta tarafından doldurulan 28 maddelik anket versiyonudur (10, 177, 178). İlk 22 soru yeme bozukluklarının çekirdek özelliklerini meydana getiren 4 alt gruba aittir. Bu alt gruplar kısıtlama (5 madde), yeme endişesi (5 madde) beden şekli endişesi (8 madde) ve kilo endişesi (5 madde) olup, 1 madde hem beden şekli ile ilgili hem de kilo ile ilgilidir (179, 180). Dört alt grup görüşme ve anket için benzerdir. Son 6 madde tıknırcasına yeme atakları ve uygunsuz dengeleyici davranışların sıklığını değerlendirir. Bütün değerlendirme önceki 28 gün anlamına gelir. Dört alt ölçekten oluşturan 22 madde, 0 puan (hiçbir gün) ile 6 puan (her gün) arasında Likert tipi ölçümle ile derecelendirilir. Dört alt ölçek puanlarının ortalaması toplam skoru oluşturmaktadır. Ölçeğin Türkçe çevirisi adolesanlarda çalışılmış olup geçerli ve güvenilir bulunmuştur (181). Yetişkinler için Türkçe duyarlılık geçerlilik çalışması yapılmamış olmasına karşın; yetişkinlerde yapılan bir çalışmada YEDÖ kullanılmış “yeme ile ilgili endişeler” alt grubu puan ortalaması, “beden şekli ile ilgili endişeler” alt grubu puan ortalaması, “kilo ile ilgili endişeler” alt grubu ve YEDÖ “toplam puanı” ortalaması, GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre istatistiki açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (38).

3.3.7. Gece Yeme Anketi:

Psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonu için “Gece Yeme Anketi”nin (GYA), GYS tanısı için geliştirilmiş tarama anketi olup geçerlilik güvenilirliği gösterilmiştir

(182). GYA Allison ve ark. tarafından geliştirilen, 14 sorudan oluşan bir tarama anketidir. Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemekleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemekleri sırasında farkındalık ve duygu durum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olmayan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. madde dışındaki maddeler beşli Likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yedinci maddede gün içi duygu durum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır

3.3.8. Gece Yeme Sendromu Değerlendirme Anketi:

Çalışmanın ikinci bölümünde GYS tanısı alan kişilere uygulanan olan bu anket araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, ankette GYS'nin başlangıç zamanı, tedavi amaçlı başvurusu olup olmadığı, GYS'nin psikiyatrik hastalıkları ve bu nedenle kullanılan ilaçlarla ilişkisi, akşam ya da gece yeme zamanları, gece yemeklerinde dönemsel bulguların varlığı, yaşamsal stresörlerin GYS ile ilişkisi, yakın akrabalarda aynı yakınmaların varlığı sorgulanmıştır.

3.3.9. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):

Son bir ay içerisindeki uyku kalitesi, uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan öz bildirime dayalı bir tarama ve değerlendirme ölçeğidir. Toplam 24 sorudan oluşan formda 7 bileşene ait skorlar elde edilir. Bunlar, öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. Ölçekte teste katılan kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulan beş soru daha bulunmaktadır. Ancak bu son beş soru skor oluşturmada kullanılmamaktadır. Her bir soru 0'dan 3'e kadar bir sayı ile değerlendirilmektedir. Yedi bileşene ait skorların toplamı ise toplam PUKİ skorunu vermektedir. Toplam PUKİ skoru 0-21 arasında bir değer alabilir. Toplam skoru 5 ve altında olanların uyku kalitesi “iyi”; 5'in üzerinde olanların ise uyku kalitesi “kötü” olarak değerlendirilir. PUKİ'nin iyi ve kötü uyuyanları ayırt edebilmede tanı duyarlılığı ve özgünlüğü (sırasıyla %89.6 ve %86.5) oldukça yüksek bulunmuştur

(183, 184). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır (185).

3.3.10. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR):

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi ölçeği kısa formunun (WHOQOL-BREF-TR) Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Eser ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığını incelemek için hesaplanan “Cronbach alfa” değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 ve ulusal çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliğini incelemeye yönelik her soru için hesaplanan Pearson katsayıları 0.57 ve 0.81 arasında değişmektedir. WHOQOL-BREF biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumuna ilişkin iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır (186).

4. BULGULAR

4.1. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24 for Mac kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Yates düzeltmesi kullanıldı.

Parametrik varsayımların karşılandığı değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, karşılamayan değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. İki'den fazla grubun olduğu karşılaştırmalarda parametrik varsayımların karşılanması halinde tek yönlü ANOVA, farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespitinde Post-Hoc test olarak Bonferroni, kullanıldı. İki'den fazla grubun olduğu karşılaştırmalarda parametrik varsayımlar karşılanmadığında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Bu durumda gruplar arası farkın tespiti için ikili karşılaştırmalar yapıldı ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık Bonferroni düzeltmesine göre belirlendi.

MD ve BPB hastalarında gece yeme sendromunun yordanması için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Tüm analizlerin sonuçları anlamlılık $p<0.05$ ve $p<0.01$ düzeyinde değerlendirildi.

4.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tablo 23: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı

N:260		Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	41(54.7)	66(60.4)	56(59.6)	0.639	0.726
	Erkek	34(45.3)	36(39.6)	38(40.4)		
Medeni durum	Bekar	37(49.3)	30(33.0)*	49(52.1)*	14.679	0.005**
	Evli	35(46.7)	51(56.0)*	31(33.0)*		
	Boşanmış/ Ayrı/Dul	3(4.0)	10(11.0)	14(14.9)		
Eğitim	İlkokul	4(5.3)*	27(29.7)	34(36.2)	69.246	<0.001**
	Ortaokul	2(2.7)*	10(11.0)	19(20.2)*		
	Lise	17(22.7)	28(30.8)	29(30.9)		
	Üniversite	52(69.3)*	26(28.6)*	12(12.8)*		
Çalışabilirlik	Çalışmıyor	12(16.0)*	48(52.7)*	71(75.5)*	59.453	<0.001**
	Çalışıyor	63(84.0)	43(47.3)	23(24.5)		
Sosyal Güvencesi	Var	90(100)	90(98.9)	92(97.9)	1.929	0.381
	Yok	0(0.0)	1(1.1)	2(2.1)		
Yaşadığı Yer	Kent	36(40.0)	30(33.0)	35(37.2)	0.979	0.613
	İlçe/Köy	54(60.0)	61(67.0)	59(62.8)		

Ki Kare, **p<0.01

MD, BPB ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Medeni durum değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Farkın kaynağının tespiti için Bonferroni düzeltmeli z testi sonuçları incelenmiştir. BPB grubunda bekar olanların oranı MD grubundan yüksekken, evli olanların oranı MD grubundan düşüktür ($p<0.01$). Kontrol grubu medeni durum açısından diğer iki grupran istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ayrıca, kontrol grubunda üniversite eğitimi görmüş olanların oranı hem MD, hem de BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

Çalışma değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Farkın kaynağının tespiti için Bonferroni düzeltmeli z testi sonuçları incelenmiştir. Kontrol grubunda çalışanların oranı hem MD grubundan hem de

BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. ($p<0.05$). Ayrıca, MD hastalarında çalışanların oranı BPB grubundan yüksektir ($p<0.05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerinin dağılımı tablo 23 'te verilmiştir.

Tablo 24: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

	Kontrol (n:90)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
N=260	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	X ²	p
Yaş	31.93±6.13(30.0)	36.37±11.75(36)	37.00±11.47(37)	3.780	0.151

Kruskal Wallis, ** $p<0.01$

MD, BPB ve kontrol gruplarının yaş verilerine ilişkin karşılaştırılmıştır. Bu değişkenlerde varyansların homojenliği varsayımı karşılanmadığından analiz için Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yaş değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 25: Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verileri Karşılaştırılması

N:260		MD GYS Var (n:12)	MD GYS Yok (n:79)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
⁺ Cinsiyet	Kadın	9(75.0)	46(58.2)	0.625	0.429
	Erkek	3(25.0)	33(41.8)		
Medeni durum	Bekar	3(25.0)	27(34.2)	2.826	0.243
	Evli	6(50.0)	45(57.0)		
	Boşanmış/Ayrı/Dul	3(25.0)	7(8.9)		
Eğitim	İlkokul	7(58.3)	20(25.3)	6.239	0.101
	Ortaokul	1(8.3)	9(11.4)		
	Lise	1(8.3)	27(34.2)		
	Üniversite	3(25.0)	23(29.1)		
Çalışabilirlik	Çalışmıyor	7(58.3)	41(51.9)	0.173	0.677
	Çalışıyor	5(41.7)	38(48.1)		
⁺ Sosyal Güvencesi	Var	12(100)	78(98.7)	0.000	1.000
	Yok	0(0.0)	1(1.3)		
⁺ Yaşadığı Yer	Kent	3(25.0)	27(34.2)	0.090	0.764
	İlçe/Köy	9(75.0)	52(65.8)		

Ki Kare, ⁺Yates Düzeltmeli Ki Kare

MD grubunda GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 26: Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

	MD GYS Var (n:12)	MD GYS Yok (n:79)		
N=91	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Yaş	30.67±7.52 (30.0)	37.24±12.08(36)	623.50	0.079

Mann-Whitney U

MD grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 27: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verileri Karşılaştırılması

N:94		GYS Var (n:32)	GYS Yok (n:62)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
⁺ Cinsiyet	Kadın	20(62.5)	36(58.1)	0.172	0.678
	Erkek	3(25.0)	26(41.9)		
Medeni durum	Bekar	16(50.0)	33(53.2)	1.976	0.372
	Evli	9(28.1)	22(35.5)		
	Boşanmış/Ayrı/Dul	7(21.9)	7(11.3)		
Eğitim	İlkokul	6(18.8)	28(45.2)	7.240	0.065
	Ortaokul	8(25.0)	11(17.7)		
	Lise	14(43.8)	15(24.2)		
	Üniversite	4(12.5)	8(12.9)		
⁺ Sosyal Güvencesi	Var	30(98.3)	62(100)	1.527	0.217
	Yok	2(6.3)	0(0)		
⁺ Yaşadığı Yer	Kent	11(34.4)	24(38.7)	0.170	0.680
	İlçe/Köy	21(65.6)	38(61.3)		

Ki Kare, ⁺Yates Düzeltmeli Ki Kare

BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 28: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

	GYS Var (n:32)	GYS Yok (n:62)		
N=94	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Yaş	35.66±9.31 (36.0)	37.69±12.46(40)	897.00	0.448

Mann-Whitney U

BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.3. GYS VE VÜCUT ÖZELLİKLERİ

Tablo 29: Çalışmaya Katılanların Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması

	Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
N=260	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	F/ χ^2	p
Kilo	69.00±14.74(67)	74.03±16.87(72)	85.78±18.46(87)	22.467 ^F	<0.001 ^{**}
[†] Bel Çevresi	87.87±14.50(86)	99.04±20.49(96)	112.00±23.13(114)	47.078	<0.001 ^{**}

Tek Yönlü ANOVA, [†]Kruskal Wallis, ^FF Değeri

MD, BPB ve kontrol gruplarının, kilo ve bel çevresi ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Bu değişkenlerde bel çevresi değişkenlerinde normal dağılım varyansların homojenliği varsayımı karşılanmadığından analiz için Kruskal Wallis kullanılmıştır. Kilo ve bel çevresi değişkeniler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Kilo değişkeni açısından farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Post-Hoc Bonferroni kullanılmıştır. Buna göre; BPB grubunun ağırlığı hem kontrol hem de MD grubundan istatistiksel olarak derecede yüksektir ($p<0.001$). Kontrol ve MD grubu arasında ağırlık değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bel çevresi değişkeninde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri

$p < 0.016$ (0.05/3) olarak belirlenmiştir Buna göre; kontrol grubundakilerin bel çevresi hem MD ($U=2404.00$, $p=0.001$) hem de BPB grubundan ($U=1411.50$, $p < 0.001$) kısadır. Benzer şekilde MD grubunun bel çevresi de BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede kısadır ($U=2840.00$, $p < 0.001$).

Tablo 30: Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması

	GYS Var (n:12) GYS Yok (n:79)			
N=91	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Kilo	74.83±24.61(69)	73.91±15.59(73)	418.50	0.515
Bel Çevresi	98.25±22.72(95)	99.16±20.29(96)	469.50	0.958

Mann Whitney U

MD grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında kilo ve bel çevresi değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 31: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması

	GYS Var (n:32) GYS Yok (n:62)			
N=94	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	t/U	p
Kilo	90.16±15.98(90)	83.52±19.35(85)	1.668 ^t	0.099
⁺ Bel Çevresi	116.7±17.51(117)	109.58±25.35(112)	805.50	0.137

Student t test, ⁺Mann Whitney U

BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında kilo ve bel çevresi değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 32: GYS+ MD, GYS+BPB ve Kontrol Grubunun Boy, Kilo ve Bel Çevresi Verilerinin Karşılaştırılması

	Kontrol (n:75)	MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
N=119	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Kilo	69.00±14.74(67)	74.83±24.61(69)	90.16±15.98(90)	30.395	<0.001**
Bel Çevresi	87.87±14.50(86)	98.25±22.72(95)	116.7±17.51(117)	43.072	<0.001**

Kruskal Wallis, ** $p < 0.01$

MD grubunda GYS eşlik edenler, BPB grubunda GYS eşlik edenler ve kontrol gruplarının kilo ve bel çevresine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Kilo ve bel çevresi değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri $p<0.016$ ($0.05/3$) olarak belirlenmiştir. Buna göre; BPB grubunda GYS eşlik edenlerin ağırlığı hem kontrol ($U=1183.50$, $p<0.001$) hem de MD grubunda GYS eşlik edenlerden ($U=85.00$, $p=0.005$) istatistiksel olarak derecede yüksektir. Aynı şekilde yine BPB grubunda GYS eşlik edenlerin bel çevresi hem kontrol ($U=232.00$, $p<0.001$) hem de MD grubunda GYS eşlik edenlerden ($U=95.00$, $p=0.011$) istatistiksel olarak derecede yüksektir. Kontrol ve MD grubunda GYS eşlik edenler arasında ağırlık değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 33: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun VKİ Verilerinin Karşılaştırılması

N:260		Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
VKİ	Zayıf	3(4.0)	3(3.3)	1(1.1)	50.778	<0.001**
	Normal Kilolu	49(65.3)	36(39.6)	23(24.5)		
	Fazla	18(24.0)	28(30.8)	20(21.3)		
	Grade 1 Obez	3(4.0)	14(15.4)	27(28.7)		
	Grade 2 Obez	3(4.0)	10(11.0)	23(24.5)		

Ki Kare, ** $p<0.01$

MD, BPB ve kontrol gruplarının VKİ'lerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Farkın kaynağının tespiti için Bonferroni düzeltmeli z testi sonuçları incelenmiştir. Buna göre MD ve BPB gruplarında Grade 1 obez olanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca, BPB grubunda Grade 2 obez olanların oranı hem kontrol hem de MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 34: Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre VKİ Verilerinin Karşılaştırılması

N:91		GYS Var (n:12)	GYS Yok (n:79)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
VKİ	Zayıf	1(8.3)	2(2.5)	2.081	0.721
	Normal Kilolu	5(41.7)	31(39.2)		
	Fazla	3(25.0)	25(31.6)		
	Grade 1 Obez	1(8.3)	13(16.5)		
	Grade 2 Obez	2(16.7)	8(10.1)		

Ki Kare, **p<0.01

MD grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında VKİ'lerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 35: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre VKİ Verilerinin Karşılaştırılması

N:94		GYS Var (n:32)	GYS Yok (n:62)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
VKİ	Zayıf	0(0.0)	1(1.6)	8.736	0.068
	Normal Kilolu	3(9.4)	20(32.3)		
	Fazla	10(31.3)	10(16.1)		
	Grade 1 Obez	12(37.5)	15(24.2)		
	Grade 2 Obez	7(21.9)	16(25.8)		

Ki Kare,

BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında VKİ'lerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 36: GYS+ MD, GYS+BPB ve Kontrol Grubunun VKİ Verilerinin Karşılaştırılması

N:119		Kontrol (n:75)	MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
VKİ	Zayıf	3(4.0)	1(8.3)	0(0.0)	46.008	<0.001**
	Normal Kilolu	49(65.3)	5(41.7)	3(9.4)		
	Fazla	18(24.0)	3(25.0)	10(31.3)		
	Grade 1 Obez	3(4.0)	1(8.3)	12(37.5)		
	Grade 2 Obez	3(4.0)	2(16.7)	7(21.9)		

Ki Kare, **p<0.01

MD grubunda GYS eşlik edenler, BPB grubunda GYS eşlik edenler ve kontrol gruplarının VKİ'lerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Farkın kaynağının tespiti için Bonferroni düzeltmeli z testi sonuçları incelenmiştir. Buna göre MD grubunda GYS eşlik edenler ve BPB grubunda GYS eşlik edenlerde Grade 2 obez olanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. BPB grubunda GYS eşlik edenlerde Grade 1 obez olanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Ayrıca, BPB grubunda GYS eşlik edenlerde normal kilolu olanların oranı hem kontrol hem de MD grubunda GYS eşlik edenlerden düşüktür.

4.4. SİGARA, ALKOL-MADDE KULLANIMI VE GYS'NİN İLİŞKİSİ

Tablo 37: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Sigara, Alkol-Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:260		Kontrol (n:90)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
Sigara Kullanımı	Evet	29(38.7)	42(46.2)	44(46.8)	1.331	0.514
	Hayır	46(61.3)	49(53.8)	50(53.2)		
Geçmiş Alkol-Madde Kullanımı	Alkol Kullanımı	18(24.0)	17(18.7)	11(11.7)	9.844	0.131
	Madde Kullanımı	0(0.0)	2(2.2)	0(0.0)		
	Kullanım Yok	57(76.0)	72(79.1)	82(87.2)		
Alkol ve Madde Kullanımı		0(0.0)	0(0.0)	1(1.1)		

Ki Kare, ** $p<0.01$

MD, BPB ve kontrol gruplarının sigara, alkol, madde kullanım özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Sigara kullanımı ve geçmiş alkol-madde kullanımı değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 38: Çalışmaya Katılan MD Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sigara, Alkol-Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:91		GYS Var (n:12)	GYS Yok (n:79)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Sigara Kullanımı	Evet	6(50.0)	36(45.6)	0.082	0.774
	Hayır	6(50.0)	43(54.4)		
Geçmiş Alkol-Madde Kullanımı	Alkol Kullanımı	3(25.0)	14(17.7)	2.934	0.231
	Madde Kullanımı	1(8.3)	1(1.3)		
	Alkol ve Madde Kullanımı Yok	8(66.7)	64(81.0)		

Ki Kare, ⁺Yates Düzeltmeli Ki Kare

MD grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında sigara, alkol ve madde kullanım değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 39: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Sigara, Alkol-Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:94		GYS Var (n:32)	GYS Yok (n:62)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Sigara Kullanımı	Evet	13(40.6)	31(50.0)	0.745	0.388
	Hayır	19(59.4)	31(50.0)		
Geçmiş Alkol-Madde Kullanımı	Alkol Kullanımı	4(12.5)	7(11.3)	0.543	0.762
	Madde Kullanımı	28(87.5)	54(87.1)		
	Alkol ve Madde Kullanımı Yok	0(0.0)	1(1.6)		

Ki Kare, ⁺Yates Düzeltmeli Ki Kare

BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında sigara, alkol ve madde kullanım değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

4.5. GENEL TIBBİ ÖZELLİKLER VE GYS

Tablo 40: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Hastalık Geçmişi Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=260		Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
Ailede Dahili Hastalık	Var	16(21.3)	43(47.3)	45(50.0)	16.633	0.001**
	Yok	59(78.7)	48(52.7)	47(50.0)		
Ailede Dahili Hastalık Türü(N=105)	KVC	7(43.8)	17(39.5)	24(52.2)	15.517	0.487
	Solunum	0(0.0)	0(0.0)	1(2.2)		
	GİS	1(6.3)	0(0.0)	0(0.0)		
	Diyabet	5(31.3)	13(30.2)	12(26.1)		
	Tiroid	2(12.5)	4(9.3)	2(4.3)		
	Diabet+Tiroid	0(0.0)	1(2.3)	0(0.0)		
	Tiroid+KVC	0(0.0)	4(9.3)	5(10.9)		
	KVC+Diyabet	1(6.3)	4(9.3)	1(2.2)		
	KVC+Solunum	0(0.0)	0(0.0)	1(2.2)		
Ailede Ruhsal Hastalık	Var	3(4.0)	17(18.7)	40(42.6)	36.453	<0.001**
	Yok	72(96.0)	74(81.3)	54(57.4)		
Ailede Ruhsal Hastalık Türü	MD	3(100)	14(82.4)	3(7.5)	40.436	<0.001**
	Şizofreni	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)		
	BPB	0(0.0)	1(5.9)	34(85.0)		
	Panik	0(0.0)	2(11.8)	2(5.0)		

Ki Kare, **p<0.01

Kontrol grubu, MD ve BPB gruplarının genel tıbbi özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır.

Ailede dahili hastalık öyküsü değişkeni açısından Kontrol grubunda ailesinde dahili hastalık öyküsü olanların oranı, MD ve BPB gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p<0.05).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır (p<0.01). BPB grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı hem kontrol hem de MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.05). Benzer şekilde; MD grubunda da ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı kontrol grubundan yüksektir (p<0.05).

Ailede bulunan psikiyatrik hastalık türü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.01). Kontrol ve MD grubunda ailesinde MD

öyküsü olanların oranı BPB grubundan yüksekken($p<0.05$), BPB grubunda ise ailesine BPB olanların oranı diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 41: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Hastalık Geçmişi Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=91		MD GYS + (n:12)	MD GYS- (n:79)		
		N(%)	N(%)	χ^2	P
+Dahili Hastalık	Var	2(16.7)	16(20.3)	0.084	0.771
	Yok	10(83.3)	63(79.7)		
Dahili Hastalık Türü(N=57)	KVC	1(50.0)	6(35.3)	0.789	0.939
	Solunum	0(0.0)	0(0.0)		
	GİS	0(0.0)	1(5.9)		
	Diyabet	0(0.0)	3(17.6)		
	Tiroid	1(50.0)	6(35.3)		
	Diabet+Tiroid	0(0.0)	1(5.9)		
	Tiroid KVC	0(0.0)	0(0.0)		
	KVC+Diyabet	0(0.0)	0(0.0)		
Ailede Dahili Hastalık	Var	3(25.0)	40(50.6)	2.746	0.097
	Yok	9(75.0)	39(49.4)		
Ailede Dahili Hastalık Türü(N=105)	KVC	1(33.3)	16(40.0)	5.386	0.371
	Solunum	0(0.0)	0(0.0)		
	GİS	0(0.0)	0(0.0)		
	Diyabet	0(0.0)	13(32.5)		
	Tiroid	1(33.3)	3(7.5)		
	Diabet+Tiroid	0(0.0)	1(2.5)		
	Tiroid KVC	1(33.3)	3(7.5)		
	KVC+Diyabet	0(0.0)	4(10.0)		
+Ailede Ruhsal Hastalık	Var	5(41.7)	12(15.2)	3.222	0.073
	Yok	7(58.3)	67(84.8)		
Ailede Ruhsal Hastalık Türü	MD	5(100)	9(75.0)	1.518	0.468
	Şizofreni	0(0.0)	0(0.0)		
	BPB	0(0.0)	1(8.3)		
	Panik	0(0.0)	0(0.0)		

Ki Kare ⁺ Yates Düzeltmeli Ki Kare,

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin genel tıbbi özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Bu değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo 42: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Dahili Hastalık Sürlerinin Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:2)	MD GYS- (n:17)		
N=19	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Dahili Hastalık Süresi	12.50±16.26 (13)	12.76±12.14(10)	17.00	1.000

Mann Whitney U

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerde dahili hastalıkları olanların hastalık süreleri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 43: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Hastalık Geçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=94		BPB GYS+ (n:32)	BPB GYS- (n:62)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Dahili Hastalık	Var	14(43.8)	25(40.3)	0.102	0.749
	Yok	18(56.3)	37(59.7)		
Dahili Hastalık Türü(N=57)	KVC	0(0.0)	1(5.3)	3.703	0.593
	Solunum	0(0.0)	0(0.0)		
	GİS	0(0.0)	0(0.0)		
	Diyabet	4(33.3)	3(15.8)		
	Tiroid	6(50.0)	8(42.1)		
	Diabet+Tiroid	1(8.3)	5(26.3)		
	Tiroid KVC	0(0.0)	1(5.3)		
	KVC+Diyabet	1(8.3)	1(5.3)		
Ailede Dahili Hastalık	Var	15(46.9)	32(51.6)	0.190	0.663
	Yok	17(53.1)	30(48.4)		
Ailede Dahili Hastalık Türü(N=105)	KVC	9(60.0)	15(48.4)	4.856	0.562
	Solunum	0(0.0)	1(3.2)		
	GİS	0(0.0)	0(0.0)		
	Diyabet	5(33.3)	7(22.6)		
	Tiroid	1(6.7)	1(3.2)		
	Diabet+Tiroid	0(0.0)	0(0.0)		
	Tiroid KVC	0(0.0)	5(16.1)		
	KVC+Diyabet	0(0.0)	1(3.2)		
	KVC+Solunum	0(0.0)	2(6.4)		
Ailede Ruhsal Hastalık	Var	12(37.5)	28(45.2)	0.507	0.477
	Yok	34(54.8)	34(54.8)		

*Ki Kare, * $p<0.05$*

GYS+BPB ve GYS-BPB gruplarının genel tıbbi özelliklerinin ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 44: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Dahili Hastalık Sürelerinin Karşılaştırılması

	BPB GYS+ (n:12)	BPB GYS- (n:19)		
N=31	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Dahili Hastalık Süresi	13.08±18.74(10)	6.68±2.90 (27)	81.00	0.166

Mann Whitney U

GYS+BPB ve GYS-BPB gruplarında dahili hastalıkları olanların hastalık süreleri karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

4.6. MD VE BPB KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE GYS

Tablo 45: Çalışmaya Katılan MD Hastalarının GYS Durumuna Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=91		MD GYS+ (n:12)	MD GYS- (n:79)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
İntihar Girişimi	Var Yok	3(25.0) 9(75.0)	10(12.7) 69(87.3)	0.484	0.487
İntihar Girişimi Biçimi	Araba Önüne Atlama	0(0.0)	1(100)	-	-
Psikiyatrik Yatış	Var Yok	2(16.7) 10(83.3)	8(10.1) 71(89.9)	0.032	0.857
Antidepresan Kullanımı	Var Yok	10(83.3) 2(16.7)	57(72.2) 22(27.8)	0.219	0.640
Uyku İlacı Kullanımı	Var Yok	2(16.7) 10(83.3)	15(19.0) 64(81.0)	0.00	1.0000
Tipik Antipsikotik	Var Yok	0(0.0) 12(100)	0(0.0) 79(100)	-	-
Atipik Antipsikotik	Var Yok	2(16.7) 10(83.3)	8(10.1) 71(89.9)	0.032	0.857

Yates Düzeltmeli Ki Kare,

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin klinik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo 45'te gösterildiği gibidir.

Tablo 46: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarının GYS Durumuna Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=94		BPB GYS+ (n:32)	BPB GYS- (n:62)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
İntihar Girişimi	Var	15(46.9)	18(29.0)	2.950	0.086
	Yok	17(53.1)	44(71.0)		
İntihar Biçimi	Atlama+Kesici	0(0.0)	1(33.3)	6.000	0.112
	Ası	2(33.3)	1(33.3)		
	Ateşli Silah	0(0.0)	1(33.3)		
	İlaç+Atlama	4(66.7)	0(0.0)		
+Psikiyatrik Yatış	Var	28(87.5)	55(88.7)	0.000	1.000
	Yok	4(12.5)	7(11.3)		
Antidepresan Kullanımı	Var	4(12.5)	11(17.7)	0.432	0.511
	Yok	28(87.5)	51(82.3)		
+Uyku İlacı Kullanımı	Var	16(50.0)	30(48.4)	0.844	0.656
	Yok	16(50.0)	32(51.6)		
+Tipik Antipsikotik	Var	2(6.3)	4(6.5)	0.000	1.000
	Yok	30(93.8)	58(93.5)		
Atipik Antipsikotik	Var	26(81.3)	36(58.1)	5.053	0.025*
	Yok	6(18.7)	26(41.9)		
DDD Kullanımı	Var	31(96.9)	61(98.4)	0.000	1.000
	Yok	1(3.1)	1(1.6)		

Ki Kare, +Yates Düzeltmeli Ki Kare ** $p<0.01$

GYS+BPB ve GYS-BPB gruplarının klinik özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır.

Atipik antipsikotik kullanımı değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). GYS+ BPB grubunda atipik antipsikotik kullananların oranı GYS-BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo 46'da gösterildiği gibidir.

Tablo 47: Çalışmaya Katılan MD ve BPB Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

N=185		MD (n:91) BPB (n:94)			
		N(%)	N(%)	χ^2	p
İntihar Girişimi	Var	13(14.3)	33(35.1)	10.729	0.001**
	Yok	78(85.7)	61(64.9)		
Psikiyatrik Yatış	Var	10(11.0)	83(88.3)	110.542	<0.001**
	Yok	81(89.0)	11(11.7)		
Antidepresan Kullanımı	Var	67(73.6)	15(16.0)	63.312	<0.001**
	Yok	241(26.4)	79(11.7)		
Uyku İlacı Kullanımı	Var	17(18.7)	46(48.9)	20.331	<0.001**
	Yok	74(81.3)	48(51.1)		
+Tipik Antipsikotik	Var	0(0.0)	6(6.4)	4.141	0.042*
	Yok	91(100)	88(93.6)		
Atipik Antipsikotik	Var	10(11.0)	62(66.0)	58.770	<0.001**
	Yok	81(89.0)	32(34.0)		
DDD Kullanımı	Var	2(2.2)	92(97.9)	165.536	<0.001**
	Yok	89(97.8)	2(2.1)		

Ki Kare, +Yates Düzeltmeli Ki Kare ** $p<0.01$

MD ve BPB gruplarının klinik özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır.

İntihar girişi değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). BPB grubunda intihar girişimi olanların oranı daha yüksektir.

Psikiyatrik yatış değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). MD grubunda psikiyatrik yatışı olanların oranı BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0.01$).

Antidepresan kullanımı değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). MD grubunda antidepresan kullananların oranı BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

Uyku ilacı kullanımı değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). BPB grubunda uyku ilacı kullananların oranı MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

Tipik antipsikotik kullanımı değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). BPB grubunda tipik antipsikotik

kullananların oranı MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Atipik antipsikotik kullanımı değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). BPB grubunda atipik antipsikotik kullananların oranı MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$).

Duygudurum düzenleyici kullanımı değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). BPB grubunda DDD kullananların oranı her MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

4.7. HAM-D VE BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİNİN PUANLARI İLE GYS

Tablo 48: Çalışmaya Katılan MD ve BPB Grubunda HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:91)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
N=185	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	X ²	p
HAM-D	0.01±0.11(0)	2.82±3.01 (2)	1.04±1.92 (0)	73.532	0.001**
Beck Anksiyete	0.00±0.00(0)	0.66±1.02 (0)	0.48±0.94 (0)	32.174	0.001**

*Kruskal Wallis, ** $p<0.01$*

Kontrol, MD ve BPB gruplarının HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$).

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri $p<0.016$ ($0.05/3$) olarak belirlenmiştir

Kontrol grubunun HAM-D puanları hem MD ($U=1255.50$, $p<0.001$) hem de BPB grubundan ($U=2622.00$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunun Beck Anksiyete Ölçeği puanları hem MD (U=2175.00, $p<0.001$) hem de BPB grubundan (U=2587.50, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

MD grubunun HAM-D puanları BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 49: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	MD GYS- (n:79)		
N=91	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
HAM-D	3.75±1.83 (4)	2.68±3.00 (2)	356.00	0.155
Beck Anksiyete	1.08±1.31 (1)	0.59±0.97 (0)	0.358	0.112

Mann Whitney U

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. İki grup arasında bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo 50: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	BPB GYS+ (n:32)	BPB GYS- (n:62)		
N=94	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
HAM-D	1.50±2.06 (0)	0.81±1.82 (0)	792.50	0.040*
Beck Anksiyete	0.38±0.66 (0)	0.53±1.06 (0)	986.50	0.955

Mann Whitney U, , * $p<0.05$

GYS+BPB ve GYS-BPB gruplarının HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. HAM-D açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). GYS+BPB grubunun HAM-D puanları GYS-BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 51: GYS Olan MD ve BPB Hastalarının HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
N=44	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
HAM-D	3.75±1.83 (4)	1.50±2.06 (0)	105.00	0.014*
Beck Anksiyete	1.08±1.31 (1)	0.38±0.66 (0)	128.00	0.028*

Mann Whitney U, * $p < 0.05$

MD grubunda GYS eşlik edenler ve BPB grubunda GYS eşlik edenlerin HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. MD grubunda GYS eşlik edenlerde HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları BPB grubunda GYS eşlik edenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$).

4.8. MENSTRUEL SIKLUS VE GYS

Tablo 52: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Kilo Kontrol Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:260		Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
Kilo Verme İlacı	Var Yok	1(1.3) 74(98.7)	1(1.1) 90(98.9)	1(1.1) 93(98.9)	0.030	0.985
Egzersiz	Evet Hayır	7(93.3) 68(0.0)	6(6.6) 85(93.4)	10(10.6) 84(89.4)	0.969	0.616
Diyetiseyene Başvuru	Var Yok	3(4.0) 72(96.0)	13(14.3) 78(85.7)	22(23.4) 72(76.6)	12.599	0.002**
Diyet	Evet Hayır	4(5.3) 71(94.7)	10(11.0) 81(89.0)	8(8.5) 86(91.5)	1.698	0.428
Tıkanırçasına Yeme	Var Yok	3(4.0) 72(96.0)	5(5.5) 86(94.5)	3(3.2) 91(96.8)	0.619	0.734
Kontrol Edememe Hissi	Var Yok	4(5.3) 71(94.7)	1(1.1) 90(98.9)	2(2.1) 92(97.9)	2.993	0.224
Aşırı Telafi	Var Yok	2(2.7) 73(97.3)	1(1.1) 90(98.9)	1(1.1) 93(98.9)	0.886	0.642
Menstrüel Siklus (N=152)	Düzenli Düzensiz Menapoz	41(100) 0(0.0) 0(0.0)	46(83.6) 0(0.0) 9(16.4)	43(76.8) 0(0.0) 11(19.6)	12.570	0.014*

Ki Kare, ** $p < 0.01$

Kontrol grubu, MD ve BPB gruplarının kilo kontrol özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Diyetisyene başvuru değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Farkın kaynağının tespiti için Bonferroni düzeltilmeli z testi sonuçları incelenmiştir. Buna göre BPB grubunda diyetisyen başvurusu olanların oranı kontrol grubundan yüksektir ($p<0.05$).

Menstrüel Siklus değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubunda düzenli mens olanların oranı MD ve BPB gruplarından yüksek menopoz olanların oranı ise diğer gruplardan düşüktür ($p<0.05$).

Tablo 53: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Menstrüel Siklus Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:91		MD GYS + (n:12)	MD GYS- (n:79)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Menstrüel Siklus (N=152)	Düzenli	9(100)	37(80.4)	2.105	0.147
	Düzensiz	0(0.0)	0(0.0)		
	Menapoz	0(0.0)	9(19.6)		

Yates Düzeltmeli Ki Kare, ⁺Ki Kare, ** $p<0.01$

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin menstrüel siklus özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 54: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Menstrüel Siklus Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:94		BPB GYS+ (n:32)	BPB GYS- (n:62)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
Menstrüel Siklus (N=56)	Düzenli	17(85.0)	26(72.2)	7.269	0.026*
	Düzensiz	2(10.0)	0(0.0)		
	Menapoz	1(5.0)	10(27.8)		

Yates Düzeltmeli Ki Kare, ⁺Ki Kare * $p<0.05$

GYS+ BPB ve GYS- BPB gruplarının menstrüel siklus özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Menstrüel Siklus değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). GYS- BPB grubunda menapoz olanların oranı GYS+ BPB grubundan yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 55: Çalışmaya Katılan GYS+ Hasta Grupları ve Kontrol Grubunun Menstrüel Siklus Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:119		Kontrol (n:75)	MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
Menstrüel Siklus (N=152)	Düzenli	41(100)	9(100)	17(85.0)	7.836	0.098
	Düzensiz	0(0.0)	0(0.0)	2(10.0)		
	Menapoz	0(0.0)	0(0.0)	1(5.0)		

Ki Kare, $*p<0.05$

Kontrol grubu, MD grubunda GYS eşlik edenler ve BPB grubunda GYS eşlik edenlerin menstrüel siklus özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Bu değişken açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.9. BPB HASTALARININ GENEL ÖZELLİKLERİ VE GYS İLE İLİŞKİSİ

Tablo 56: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:94		GYS Var (n:32)	GYS Yok (n:62)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
İlk Atak Türü	Manik Depresif Karma	20(62.5) 11(34.4) 1(3.1)	36(60.0) 22(36.7) 2(3.3)	0.055	0.973
İlk Epizod Şiddet	Hafif Orta Şiddetli	7(21.9) 12(37.5) 13(40.6)	13(21.7) 24(40.0) 23(38.3)	0.062	0.970
Mevsimsellik	Var Yok	12(37.5) 20(62.5)	19(32.2) 40(67.8)	0.259	0.611
Psikotik Özellik	Yok D.D ile Uyumlu D.D ile Uyumsuz Uyumlu ve uyumsuz	8(25.0) 14(43.8) 7(21.9) 3(9.4)	22(36.7) 20(33.3) 16(26.7) 2(3.3)	3.077	0.380
Katatonic Özellik	Yok Var	32(100) 0(0.0)	62(100) 0(0.0)	-	-
Melankolik Özellik	Yok Var	19(59.4) 13(40.6)	44(73.3) 16(26.7)	1.884	0.170
Atipik Depresyon	Yok Var	9(28.1) 23(71.9)	33(55.0) 27(45.0)	6.075	0.014*
PostPartum	Yok Var Yetersiz Veri	14(70.0) 5(25.0) 1(5.0)	20(60.6) 12(36.4) 1(3.0)	0.801	0.670
⁺ Ataklar Arası Tam Düzelmeye	Yok Var	2(6.3) 30(93.8)	0(0.0) 60(100)	1.458	0.227
Hızlı Döngü	Yok Var	24(75.0) 8(25.0)	48(80.0) 12(20.0)	0.307	0.580
Antidepresanla Kayma	Yok Var	22(68.8) 10(31.1)	37(61.7) 23(38.3)	0.455	0.500

Ki Kare, ⁺Yates Düzeltmeli Ki Kare

BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında atipik depresyon değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). GYS+BPB grubunda atipik depresyonu olanların oranı GYS-BPB grubundan yüksektir.

Tablo 57: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Atak Sayılarına Dair Verilerin Karşılaştırılması

	GYS Yok (n:60)	GYS Var (n:32)		
N=92	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Toplam Epizod	6.35±4.10(6)	6.25±4.69(5)	905.50	0.654
Manik Epizod	2.38±2.17(2)	2.75±2.476(2)	874.00	0.460
Hipomanik Epizod	1.25±1.55(1)	1.44±1.66(1)	899.50	0.605
Depresif Epizod	1.83±2.68(1)	1.50±1.98(1)	899.00	0.603
⁺Bel Çevresi	0.70±1.22(0)	0.56±1.09(0)	876.00	0.419

Mann Whitney U

GYS olan ve olmayan BPB hastalarının epizod saayıları karşılaştırılmıştır. İki grup arasında epizod sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 58: Çalışmaya Katılan BPB Hastalarında Gece Yeme Sendorumu (GYS) Durumuna Göre Young Mani Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	GYS Var (n:32)	GYS Yok (n:62)		
N=94	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Young Mani	0.06±0.35(0)	0.05±0.21(0)	976.50	0.724

Mann Whitney U

BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında Young Mani puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

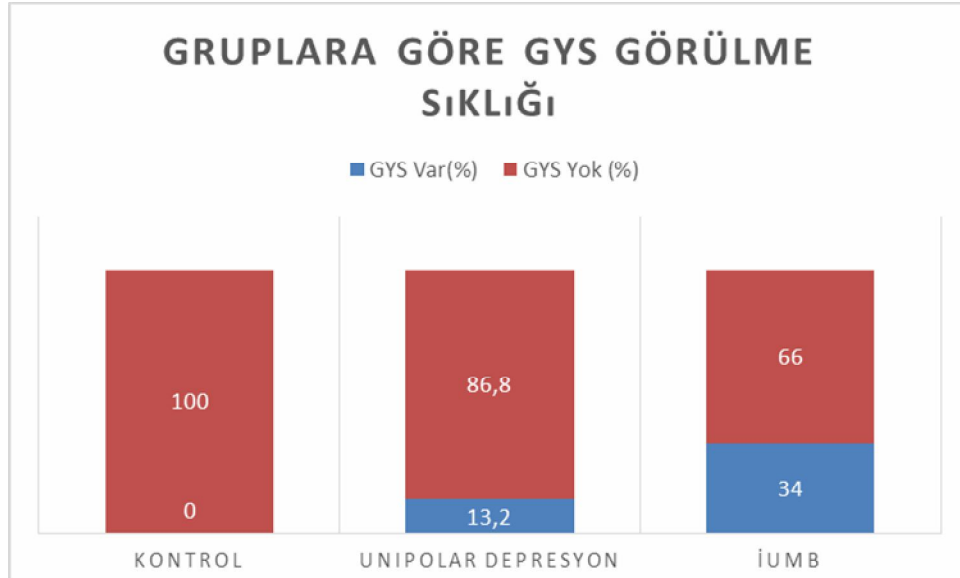
4.10. MD HASTALARINDA, BPB HASTALARINDA VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE GYS SIKLIĞI

Tablo 59: Çalışmaya Katılan Hasta Grupları ve Kontrol Grubunda Gece Yeme Sendromu Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:260		Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
Gece Yeme Sendromu	Var	0(0.0)	12(13.2)	32(34.0)	275.593	<0.001**
	Yok	75(100)	79(86.8)	62(66.0)		

Ki Kare, ** $p < 0.001$

Kontrol grubu, MD ve BPB gruplarının gece yeme sendromu özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. Gece yeme sendromu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.01$). Farkın kaynağının tespiti için Bonferroni düzeltmeli z testi yapılmıştır. Buna göre; BPB grubunda gece yeme sendromu olanların oranı hem MD hem de kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$). Ayrıca MD grubunda gece yeme sendromu olanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$).



Şekil 1: Grupların GYS Görülme Sıklığı Dağılımı

4.11. GECE YEME SENDROMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 60: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Eşlik Edenlerin GYS Kriterlerinin Karşılanması

N=12		MD GYS+
		N
A1	Evet	12(100)
	Hayır	0(0.0)
A2	Evet	8(66.7)
	Hayır	4(33.3)
A1A2	Evet	8(66.7)
	Hayır	4(33.3)
B	Evet	12(100)
	Hayır	0(0.0)
C1	Azalma Var	9(75.0)
	Azalma Yok	3(25.0)
C2	Evet	12(100)
	Hayır	0(0.0)
C3	Evet	11(91.7)
	Hayır	1(8.3)
C4	Evet	12(100)
	Hayır	0(0.0)
C5	Evet	10(83.3)
	Hayır	2(16.7)
D	Evet	12(100)
	Hayır	0(0.0)
E	Evet	12(100)
	Hayır	0(0.0)

MD grubunda GYS eşlik edenlerde GYS ölçütlerinin karşılanmasına ilişkin bulgular tablo 60'da gösterildiği gibidir.

Tablo 61: Çalışmaya Katılan BPB GYS+ Hastalarının GYS Kriterlerinin Karşılanması

N=32		BPB GYS+
		N(%)
A1	Evet	25(78.1)
	Hayır	7(21.9)
A2	Evet	29(90.6)
	Hayır	3(9.4)
A1A2	Evet	22(68.8)
	Hayır	10(31.3)
B	Evet	32(100)
	Hayır	0(0.0)
C1	Azalma Var	30(93.8)
	Azalma Yok	2(6.3)
C2	Evet	32(100)
	Hayır	0(0.0)
C3	Evet	32(100)
	Hayır	0(0.0)
C4	Evet	32(100)
	Hayır	0(0.0)
C5	Evet	32(100)
	Hayır	0(0.0)
D	Evet	32(100)
	Hayır	0(0.0)
E	Evet	32(100)
	Hayır	0(0.0)

GY5+BPB grubunda GYS ölçütlerinin karşılanmasına ilişkin bulgular tablo 61’de gösterildiği gibidir.

4.12. GECE YEME SENDROMU OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 62: GYS Olan BPB ve MD Gruplarının GYS Sürelerinin Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
N=57	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
GYS Süresi	28.16±27.45 (18)	50.28±34.34(39)	101.50	0.016*

Mann Whitney U, *p<0.05

BPB grubunda GYS eşlik edenlerdende GYS süresi, MD grubunda GYS eşlik edenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 63: GYS Olan BPB ve MD Gruplarının GYS Özelliklerinin Karşılaştırılması

N:44		MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
⁺ Başlama(N=33)	Hastalıktan Önce Hastalıktan Sonra	6(54.5) 5(45.5)	4(12.5) 28(87.5)	5.924	0.015*
⁺ Stresör Faktör	Var Yok	11(91.7) 1(8.3)	29(90.6) 3(9.4)	0.000	1.000
Gece Yeme Saati	22:00-02:00	0(0.0)	6(18.8)	2.969	0.396
	02:00-03:00	8(66.7)	18(56.3)		
	03:00-04:00	3(25.0)	7(21.9)		
	04:00-05:00	1(8.3)	1(3.1)		

⁺Yates Düzeltmeli Ki Kare Ki Kare, * $p<0.05$

BPB grubunda GYS eşlik edenlerdende hastalık sonrası GYS başlayanların oranı, MD grubunda GYS eşlik edenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

4.13. GECE YEME ANKETİNİN SONUÇLARI

Tablo 64: Çalışmaya Katılan Hasta ve Kontrol Gruplarının Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
N=260	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Geceyeme	1.41±1.16 (1)	3.89±4.74 (2)	6.81±7.51 (2)	21.683	<0.001**
Akşam Hiperfajisi	2.17±1.27 (2)	2.87±1.98 (3)	4.00±2.33 (4)	30.258	<0.001**
Sabah İştahsızlığı	2.74±1.41 (3)	3.73±1.54 (4)	3.68±1.73 (4)	17.857	<0.001**
Uyku Bozukluğu	1.80±1.28 (2)	2.82±1.77 (3)	2.03±1.68 (2)	15.278	<0.001**
Toplam	8.13±2.99 (8)	13.32±7.11 (12)	16.53±11.37 (11)	33.967	<0.001**

Kruskal Wallis ** $p<0.01$

Gece yeme anketi puanları iki yönlü ANOVA kullanılarak değerlendirilmek istenmiş, ancak varyansların eşitliği ve hata varyanslarının eşitliği varsayımları veri dönüşümüne rağmen sağlanamadığından bu analiz kullanılamamıştır. GYA'nın tüm alt ölçekleri ve toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri $p<0.016$ (0.05/3) olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun gece yeme ($U=2366.00$, $p<0.001$), sabah iştahsızlığı ($U=2836.50$, $p<0.001$), duygudurum ve uyku bozukluğu ($U=2313.50$, $p<0.001$) ve toplam puanı ($U=1745.50$, $p<0.001$) puanları MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunun gece yeme ($U=2236.00$, $p<0.001$), akşam hiperfajisi ($U=1817.00$, $p<0.001$) sabah iştahsızlığı ($U=2481.00$, $p<0.001$), ve toplam puanı ($U=2001.50$, $p<0.001$) puanları BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

MD grubunun akşam hiperfajisi ($U=3028.50$, $p<0.001$) puanları BPB grubundan düşükken, duygudurum ve uyku bozukluğu ($U=3182.00$, $p=0.002$) puanları BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 65: Çalışmaya Katılan MD Grubudna GYS Durumuna Göre Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	MD GYS- (n:79)		
N=91	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Geceyeme	13.41±5.58 (13)	2.44±2.35 (1)	28.50	<0.001**
Akşam Hiperfajisi	5.91±1.78 (6)	2.41±1.57 (2)	80.0	<0.001**
Sabah İştahsızlığı	3.75±1.71 (4)	3.73±1.53 (4)	465.50	0.919
Uyku Bozukluğu	3.91±1.67 (3)	2.65±1.73 (2)	267.50	0.013*
Toplam	27.00±6.22 (26)	11.25±4.45 (11)	11.00	<0.001**

Mann Whitney U, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin Gece yeme anketi puanları iki yönlü ANOVA kullanılarak değerlendirilmek istenmiş, ancak varyansların eşitliği ve hata varyanslarının eşitliği varsayımları veri dönüşümüne rağmen sağlanamadığından bu analiz kullanılamamıştır. MD grubunda, GYS eşlik edenlerde gece yeme, akşam hiperfajisi, GYA toplam ($p<0.01$) ve uyku bozukluğu ($p<0.05$) puanları MD grubunda GYS eşlik etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 66: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması

	BPB GYS+ (n:32)	BPB GYS- (n:62)		
N=94	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Geceyeme	16.62±3.56 (17)	1.75±1.78 (1)	0.50	<0.001**
Akşam Hiperfajisi	6.28±1.14 (6)	2.82±1.86 (3)	100.50	<0.001**
Sabah İştahsızlığı	4.78±1.47 (4)	3.11±1.57 (3)	427.50	<0.001**
Uyku Bozukluğu	3.59±1.34 (3)	1.22±1.20 (1)	201.00	<0.001**
Toplam	31.28±5.12 (31)	8.91±3.30 (9)	0.50	<0.001**

Mann Whitney U, ** $p<0.01$

GYs+BPB ve GYS-BPB grupları arasında GYA'nın tüm alt ölçekleri ve toplam puanlarında gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır($p<0.01$). GYS+BPB grubunun puanları GYS-BPB grubundan yüksektir.

Tablo 67: GYS Olan MD ve BPB Hastalarının Gece Yeme Anketi (GYA) Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:75)	MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
N=44	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Geceyeme	1.41±1.16 (1)	13.41±5.58 (13)	16.62±3.56 (17)	85.912	<0.001**
Akşam Hiperfajisi	2.17±1.27 (2)	5.91±1.78 (6)	6.28±1.14 (6)	76.749	<0.001**
Sabah İştahsızlığı	2.74±1.41 (3)	3.75±1.71 (4)	4.78±1.47 (4)	32.537	<0.001**
Uyku Bozukluğu	1.80±1.28 (2)	3.91±1.67 (3)	3.59±1.34 (3)	36.502	<0.001**
Toplam	8.13±2.99 (8)	27.00±6.22 (26)	31.28±5.12 (31)	83.542	<0.001**

Kruskal Wallis ** $p<0.01$

GYA'nın tüm alt ölçekleri ve toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri $p < 0.016$ ($0.05/3$) olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun gece yeme ($U=7.50$, $p < 0.001$), akşam hiperfajisi ($U=61.00$, $p < 0.001$), sabah iştahsızlığı ($U=288.00$, $p < 0.001$), duygudurum ve uyku bozukluğu ($U=134.50$, $p < 0.001$) ve toplam ($U=0.50$, $p < 0.001$) puanları MD grubunda GYS eşlik edenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubunun gece yeme ($U=0.50$, $p < 0.001$), akşam hiperfajisi ($U=14.00$, $p < 0.001$) sabah iştahsızlığı ($U=384.00$, $p < 0.001$), duygudurum ve uyku bozukluğu ($U=444.50$, $p < 0.001$) ve toplam puanı ($U=0.50$, $p < 0.001$) puanları GYS+BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

4.14. YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN SONUÇLARI VE GYS

Tablo 68: Çalışmaya Katılan Hasta ve Kontrol Gruplarının Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
N=260	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Tıkınırcasına yeme	0.96±3.84 (0)	3.84±8.78 (0)	2.29±8.10 (0)	5.146	0.076
Kısıtlama	1.76±2.64 (0)	2.03±3.75 (0)	0.93±2.61 (0)	9.061	0.011*
Yeme Endişesi	0.37±0.83 (0)	1.18±2.82 (1)	0.31±1.13 (0)	9.837	0.007**
Beden Şekli Endişesi	2.41±3.86 (1)	4.27±6.55 (1)	3.45±5.77 (1)	1.693	0.429
Kilo Endişesi	1.34±4.79 (0)	2.45±3.60 (1)	1.86±2.89 (0)	2.489	0.288
Toplam	6.85±9.87 (3)	13.13±19.54 (5)	8.96±15.57 (2)	2.683	0.261

Kruskal Wallis * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

YEDÖ puanları iki yönlü ANOVA kullanılarak değerlendirilmek istenmiş, ancak normal dağılım, varyansların eşitliği ve hata varyanslarının eşitliği varsayımları veri dönüşümüne rağmen sağlanamadığından bu analiz kullanılamamıştır. YEDÖ'nün kısıtlama ve yeme endişesi alt ölçek puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri $p < 0.016$ ($0.05/3$) olarak belirlenmiştir.

BPB grubunun kısıtlama puanları puanları kontrol grubundan ($U=2838.50$, $p=0.007$) ve MD ($U=3494.00$, $p=0.009$) grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Buna benzer şekilde yine BPB grubunun yeme endişesi puanları da MD grubundan düşüktür ($U=3449.5$, $p=0.004$).

Tablo 69: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	MD GYS- (n:79)		
N=91	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Tıkınırcasına yeme	5.50±9.56 (0)	2.83±8.66 (0)	381.00	0.153
Kısıtlama	0.75±1.13 (0)	2.27±3.97 (0)	406.50	0.369
Yeme Endişesi	3.16±5.84 (1)	0.88±1.91 (0)	342.00	0.073
Beden Şekli Endişesi	6.25±7.23 (4)	3.97±6.44 (1)	365.50	0.183
Kilo Endişesi	3.16±3.43 (3)	2.34±3.63 (0)	378.50	0.233
Toplam	18.83±23.03 (11)	12.26±18.97 (4)	356.50	0.155

Mann Whitney U,

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin YEDÖ puanları karşılaştırılmıştır. YEDÖ puanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 70: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	BPB GYS+ (n:32)	BPB GYS- (n:62)		
N=94	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Tıkınırcasına yeme	5.18±12.51 (0)	0.80±3.72 (0)	804.50	0.022*
Kısıtlama	0.78±2.28 (0)	1.01±2.78 (0)	938.50	0.558
Yeme Endişesi	0.93±1.70 (0)	0.14±0.50 (0)	732.50	0.002**
Beden Şekli Endişesi	5.50±8.05 (1)	2.40±3.82 (0)	832.00	0.172
Kilo Endişesi	2.56±3.67 (1)	1.50±2.35 (0)	839.50	0.188
Toplam	14.96±21.84 (5)	5.87±9.92 (1)	723.50	0.026*

Mann Whitney U, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

GYS+BPB ve GYS-BPB grupları arasında YEDÖ'nün tıkınırcasına yeme ($p<0.05$), yeme endişesi ($p<0.01$) ve YEDÖ Toplam ($p<0.05$) puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu değişkenler açısından GYS+BPB grubunun puanları GYS-BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

4.15. PİTHSBURG UYKU ÖLÇEĞİNİN SONUÇLARI VE GYS

Tablo 71: Kontrol Grubu, MD ve BPB Hastalarının Pithsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
N=260	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Öznel Uyku	0.06±0.25 (0)	0.32±0.66 (0)	0.27±0.70 (0)	9.382	0.009**
Uyku Latensi	0.48±0.57 (0)	0.85±0.83 (1)	0.85±0.68 (1)	13.190	0.001**
Süre	0.33±0.55 (0)	0.49±0.80 (0)	0.26±0.63 (0)	5.863	0.053
Uyku Etkinliği	0.66±1.21(0)	1.27±1.31(1)	0.81±1.21(0)	13.871	0.001**
Uyku Bozukluğu	0.90±0.292(1)	0.97±0.51(1)	1.01±0.61(1)	1.648	0.439
İlaç Kullanımı	0.88±0.54(1)	1.00±0.74(1)	0.88±0.81(1)	2.105	0.349
Gündüz İşlev Boz.	0.12±0.40 (0)	0.42±0.70 (0)	0.88±0.94 (0)	36.623	<0.001**
Toplam	4.83±12.37 (3)	5.35±3.29 (5)	6.15±11.61 (5)	17.545	<0.001**

Kruskal Wallis ** $p<0.01$

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) özenel uyku, uyku latensi, uyku etkinliği, gündüz işlev bozukluğu ve toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri $p < 0.016$ ($0.05/3$) olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun öznel uyku ($U=2800.00$, $p=0.002$), uyku latansı ($U=2616.00$, $p=0.005$), uyku etkinliği ($U=2468.50$, $p=0.001$), gündüz işlev bozukluğu ($U=2670.50$, $p=0.001$) ve toplam puanı ($U=2289.50$, $p < 0.001$) MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Ayrıca; kontrol grubunun uyku latansı ($U=2508.00$, $p < 0.001$), gündüz işlev ($U=2015.00$, $p < 0.001$) ve toplam puanı ($U=2367.00$, $p < 0.001$) BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

MD grubunun uyku etkinliği puanları BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken ($U=34108.00$, $p=0.009$), gündüz fonksiyonları puanları ise BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($U=3217.50$, $p=0.001$).

Tablo 72: GYS Olan ve Olmayan MD Hastalarının Pittsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	MD GYS- (n:79)		
N=91	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Öznel Uyku	0.41±0.66 (0)	0.31±0.67 (1)	426.00	0.451
Uyku Latensi	1.17±0.83 (1)	0.80±0.82 (1)	350.00	0.119
Süre	0.66±1.07 (0)	0.46±0.76 (0)	452.50	0.763
Uyku Etkinliği	1.83±1.22 (3)	1.18±1.30 (1)	347.50	0.113
Uyku Bozukluğu	1.25±0.45 (1)	0.93±0.51 (1)	345.00	0.050
İlaç Kullanımı	1.33±0.88(1)	0.94±0.71 (1)	356.50	0.132
Gündüz İşlev Boz.	0.50±0.67 (0)	0.41±0.80 (0)	428.00	0.507
Toplam	7.161±3.35 (8)	5.07±3.21 (4)	306.00	0.048*

Mann Whitney U * $p < 0.05$

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. MD grubunda, GYS eşlik edenlerin Pittsburgh toplam puanı MD grubunda GYS eşlik etmeyenlerin toplam puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 73: GYS Olan ve Olmayan BPB Hastalarının Pittsburgh Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	BPB GYS+ (n:32) BPB GYS - (n:62)			
N=94	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Öznel Uyku	0.62±1.00 (0)	0.09±0.39 (0)	738.00	0.001**
Uyku Latensi	1.00±0.72 (1)	0.77±0.66(1)	824.00	0.141
Süre	0.59±0.91 (0)	0.09±0.28(0)	726.00	0.002**
Uyku Etkinliği	1.25±1.27 (1)	0.58±1.12(0)	668.00	0.002**
Uyku Bozukluğu	1.53±0.50 (2)	0.74±0.47(1)	353.50	<0.001**
İlaç Kullanımı	1.31±0.69 (1)	0.66±0.78(1)	513.00	<0.001**
Gündüz İşlev Boz.	1.21±0.94 (2)	0.70±0.91(0)	709.50	0.013*
Toplam	7.53±2.55 (7)	5.43±2.47(4)	268.00	<0.001**

Mann Whitney U * $p<0.05$, ** $p<0.01$

GYS+ ve GYS-BPB gruplarının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. GYS+BPB grubunun öznel uyku, süre, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, ilaç kullanımı, toplam ($p<0.01$) ve gündüz işlev bozukluğu ($p<0.05$) puanları GYS-BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 74: GYS Olan MD ve BPB Hastalarının Pithsburg Uyku Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	BPB GYS+ (n:32)		
N=44	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Öznel Uyku	0.41±0.66 (0)	0.62±1.00 (0)	184.00	0.845
Uyku Latensi	1.17±0.83 (1)	1.00±0.72 (1)	168.00	0.541
Süre	0.66±1.07 (0)	0.59±0.91 (0)	189.50	0.948
Uyku Etkinliği	1.83±1.22 (3)	1.25±1.27 (1)	145.00	0.224
Uyku Bozukluğu	1.25±0.45 (1)	1.53±0.50 (2)	138.00	0.161
İlaç Kullanımı	1.33±0.88(1)	1.31±0.69 (1)	187.00	0.907
Gündüz İlev Boz.	0.50±0.67 (0)	1.21±0.94 (2)	110.50	0.30*
Toplam	7.161±3.35 (8)	7.53±2.55 (7)	190.00	0.969

*Mann Whitney U *p<0.05*

MD grubunda GYS eşlik edenler ve BPB grubunda GYS eşlik edenlerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine ilişkin verileri karşılaştırılmıştır. BPB grubunda GYS eşlik edenlerin gündüz işlev bozukluğu puanları MD grubunda GYS eşlik edenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

4.16. WHOQOL-BREF PUANLARI VE GYS

Tablo 75: Kontrol Grubu, MD ve BPB Hastalarının WHOQOL BREF Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n:75)	MD (n:91)	BPB (n:94)		
N=260	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Bedensel Alan	17.39±1.80(17)	16.01±2.74 (17)	15.05±3.84 (15)	15.654	<0.001**
Ruhsal Alan	16.36±2.00(16)	14.37±2.99 (15)	14.09±3.13 (14)	27.324	<0.001**
Sosyal Alan	16.19±2.15(16)	13.97±3.89 (15)	12.55±4.27 (13)	35.327	<0.001**
Çevresel Alan	16.36±2.21(16)	15.59±3.29 (16)	15.10±3.81 (16)	2.998	0.223
Çevresel Alan TR	16.36±2.21(16)	15.59±3.29 (16)	15.10±3.81 (16)	2.998	0.223

*Mann Whitney U, **p<0.01*

Kontrol, MD ve BPB gruplarının WHOQOL-BREF puanları karşılaştırılmıştır. Bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Bu sebeple anlamlılık değeri $p < 0.016$ ($0.05/3$) olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun bedensel alan ($U=2444.00$, $p=0.002$), ruhsal alan ($U=2085.50$, $p < 0.001$) ve sosyal alan ($U=2293.00$, $p < 0.001$) puanları MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Ayrıca; kontrol grubunun bedensel alan ($U=2406.50$, $p < 0.001$), ruhsal alan ($U=2010.00$, $p < 0.001$) ve sosyal alan ($U=1676.00$, $p < 0.001$) puanları BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

MD grubunun sosyal alan puanları da BPB grubundan istatistiksel olarak sınırda bir anlamlılığa sahip olacak derecede yüksektir ($U=3405.50$, $p=0.016$).

Tablo 76: Çalışmaya Katılan MD Grubunda GYS Durumuna Göre WHOQOL BREF Puanlarının Karşılaştırılması

	MD GYS + (n:12)	MD GYS- (n:79)		
N=91	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	U	p
Bedensel Alan	16.14±2.45 (16)	15.99±2.80 (8)	473.50	0.995
Ruhsal Alan	13.88±2.57 (14)	14.44±3.06 (15)	404.00	0.410
Sosyal Alan	13.33±4.40 (15)	14.07±3.83 (15)	442.50	0.710
Çevresel Alan	15.66±3.75 (17)	15.58±3.24 (16)	451.50	0.791
Çevresel Alan TR	15.66±3.75 (17)	15.58±3.24 (16)	451.50	0.791

Mann Whitney U

MD grubunda, GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenlerin WHOQOL-BREF puanları karşılaştırılmıştır. İki grup arasında bu ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 77: Çalışmaya Katılan BPB Grubunda GYS Durumuna Göre WHOQOL BREF Puanlarının Karşılaştırılması

	<i>BPB GYS+ (n:32)</i>	<i>BPB GYS- (n:62)</i>		
<i>N=94</i>	<i>Ort±SS (Medyan)</i>	<i>Ort±SS (Medyan)</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<i>Bedensel Alan</i>	<i>11.41±2.69 (11)</i>	<i>16.94±2.87 (17)</i>	<i>190.00</i>	<i><0.001**</i>
<i>Ruhsal Alan</i>	<i>11.35±2.33 (11)</i>	<i>15.51±2.49 (15)</i>	<i>229.50</i>	<i><0.001**</i>
<i>Sosyal Alan</i>	<i>8.66±3.90 (7)</i>	<i>14.55±2.84 (15)</i>	<i>245.50</i>	<i><0.001**</i>
<i>Çevresel Alan</i>	<i>11.39±2.97 (11)</i>	<i>17.01±2.59 (18)</i>	<i>177.50</i>	<i><0.001**</i>
<i>Çevresel Alan TR</i>	<i>11.39±2.97 (11)</i>	<i>17.01±2.59 (18)</i>	<i>177.50</i>	<i><0.001**</i>

Mann Whitney U, **p<0.01

GY5+BPB ve GYS-BPB gruplarının WHOQOL-BREF puanları karşılaştırılmıştır. İki grup arasında bu ölçeğin tüm puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır(p<0.01). GYS+BPB puanları GYS-BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

4.17. LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Tablo 78: BPB Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Tek Değişkenli Lineer Regresyon Analizi

Değişken	B	S.E	Wald	Sig	Exp(B)	Güven Aralığı
Çalışma Durumu(Çalışıyor)	1.269	0.499	6.475	0.011*	3.558	1.33-9.45
Atipik Antipsikotik Kullanımı(Var)	1.141	0.521	4.797	0.029*	3.130	1.12-8.68
Kronik gidiş(Yok)	1.696	0.786	4.563	0.031*	5.455	1.16-25.48
Atipik Depresyon (Var)	1.139	0.471	5.845	0.016*	3.132	1.24-7.86
GYA Toplam	6.165	528.91	0.000	0.991	475.68	0.000
YEDÖ Binge Eating	0.093	0.049	3.629	0.057	1.097	0.99-1.20
YEDÖ Eating Concern	0.814	0.313	6.744	0.009**	2.257	1.22-4.17
HAM-D	0.180	0.111	2.638	0.104	1.197	0.96-1.48
Pittsburg Toplam	0.015	0.020	0.569	0.451	1.015	0.97-1.05
WHOQOL Fiziksel	-0.567	0.110	26.636	<0.001**	0.567	0.45-0.70
WHOQOL Ruhsal	-0.677	0.140	23.516	<0.001**	0.508	0.38-0.66
WHOQOL Sosyal	-0.511	0.105	23.846	<0.001**	0.600	0.489-0.736
WHOQOL Çevre	-0.600	0.117	26.036	<0.001**	0.549	0.43-0.69

Yapılan analizlerde GYS olan ve olmayan BPB hastaları arasında anlamlı çıkan değişkenler risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Çok değişkenli regresyon analizinde etkisi incelenecek her bir değişken başına 10 denek bulunması önerilmektedir(Field, 2009) . Çalışmada yer alan BPB hasta sayısı 94 olduğundan 9 değişken çok değişkenli regresyon analizine alınabilecektir. Bu nedenle hangi değişkenlerin çok değişkenli regresyon analizine alınacağı belirlenmesi için önce tek değişkenli regresyon analizi uygulanmıştır. Toplam puan veren ölçeklerde eğer toplam puan alt ölçeklerden daha yüksek bir anlamlılığa sahipse modele alındı, alt ölçeklerin kendisinin toplam puandan daha fazla istatistiksel anlamlılığa sahip olduğu durumlarda alt ölçek analize alındı. Çalışma durumu, kronik

gidiş durumu, atipik depresyon atağı geçirmiş olma, düzenli atipik antipsikotik kullanıyor olma, HAM-D, GYA Toplam, YEDÖ Binge eating, eating concern, WHOQOL alt ölçekleri tek değişkenli lojistik regresyona sokuldular. İlk kategoriler referans olarak alınarak risk oranları (odds ratio) hesaplandı.

Tek değişkenli analiz sonuçlarında Gece Yeme Anketi toplam puanın multicolinearty sorununa neden olduğu görüldüğünden çok değişkenli analize dahil edilmedi.

Tablo 79: BPB Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	B	S.E	Wald	Sig	Exp(B)	Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Çalışma Durumu(Çalışıyor)	2.650	1.174	5.091	0.024*	14.153	1.41	141.43
Atipik Antipsikotik Kullanımı(Var)	2.692	1.178	5.219	0.022*	14.762	1.46	148.66
Kronik gidiş(Yok)	1.266	1.518	0.696	0.404	3.547	0.18	69.53
Atipik Depresyon (Var)	2.596	1.135	5.234	0.022*	13.412	1.45	124.01
YEDÖ Eating Concern	0.951	0.445	4.568	0.033*	2.587	1.08	69.53
WHOQOL Fiziksel	-0.258	0.292	0.780	0.377	0.773	0.43	1.36
WHOQOL Ruhsal	-0.078	0.363	0.046	0.831	0.925	0.45	1.88
WHOQOL Sosyal	-0.122	0.220	0.308	0.579	0.885	0.57	1.36
WHOQOL Çevre	-0.554	0.230	5.800	0.016*	0.574	0.36	0.90
Sabit	11.947	3.40	12.339	0.001	154322		

Enter p<0.05

BPB olan hastalarda GYS yordayıcı özelliklerinin değerlendirilmesi için ileri doğru adımsal eklemeli çoklu lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Çoklu lojistik regresyon analiziyle elde edilen modelde yordayıcılar istatistiksel olarak anlamlı olarak

değerlendirilmiş olup ($X^{2(9)}=82.198$, $p<0.01$), Nagelkerle $R^2=0.814$, Hosmer ve Lemeshow testine göre de oldukça uyumlu olarak bulunmuştur ($X^{2(8)}=1.560$, $p=0.992$).

Diğer değişkenler sabit kaldığında çalışıyor olmak GYS+ riskini 14.15 kat arttırırken, atipik antipsikotik kullanıyor olmak 14.76 kat, atipik depresyon öyküsünün varlığı 13.41 kat, YEDÖ Eating concern değişkeninin bir birim artması 2.587 kat arttırmaktayken WHOQOL çevre değişkeninin bir birim artması ise %42.6 azaltmaktadır.

Tablo 80: BPB Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu

Enter		GYS (Tahmin edilen)		Doğru Sınıflandırma %
		Yok	Var	
GYS (Gözlenen)	Yok	56	4	93.3
	Var	5	27	84.4
Sınıflandırma Yüzdesi				90.2

Enter yöntemi kullanılarak elde edilen sınıflama tablosuna göre sınıflandırma başarı oranı %90.2 olarak bulunmuştur. Bu sınıflandırmaya ait veriler Tablo 80'de gösterildiği gibidir.

Tablo 81: MD Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Tek Değişkenli Lineer Regresyon Analizi

Değişken	B	S.E	Wald	Sig	Exp(B)	Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Alkol Kullanımı(Var)	1.590	1.603	0.984	0.321	4.905	0.21	113.60
GYA Toplam	0.786	0.306	6.597	0.010*	2.195	1.20	4.00
Pitsburg Uyku Bozukluğu	-2.037	1.897	1.153	0.283	0.130	0.00	5.37
Sabit	-13.715	4.853	7.987	0.005	0.000		

Yapılan analizlerde GYS olan ve olmayan MD hastaları arasında anlamlı çıkan risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Çok değişkenli regresyon analizinde etkisi incelenecek her bir değişken başına en az 10 denek bulunması önerilmektedir. Çalışmada yer alan MD hastası sayısı 91 olmakla birlikte GYS olan ve olmayan MD hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark sadece alkol kullanımı, GYA toplam ve Pitsburg uyku bozukluğu değişkenlerinde bulunmaktadır. Bu nedenle çok değişkenli lojistik regresyon analizine seçilecek değişkenleri belirlemek için tek değişkenli lojistik regresyon uygulamasına gerek bulunmamaktadır.

Çoklu lojistik regresyon analiziyle elde edilen modelde yordayıcılar istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiş olup ($X^{2(3)}=54.570$, $p<0.01$), Nagelkerle $R^2=0.833$, Hosmer ve Lemeshow testine göre de oldukça uyumlu olarak bulunmuştur ($X^{2(8)}=0.559$, $p=1.000$).

Diğer değişkenler sabit kaldığında GYA toplam değişkeninin bir birim artması GYS riskini 2.20 kat arttırmaktadır.

Tablo 82: MD Hastalarında GYS'nin Yordanmasına Dair Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Sınıflama Tablosu

Enter		GYS (Tahmin edilen)		Doğru Sınıflandırma %
		Yok	Var	
GYS (Gözlenen)	Yok	78	1	98.7
	Var	3	9	75.0
Sınıflandırma Yüzdesi				95.6

Enter yöntemi kullanılarak elde edilen sınıflama tablosuna göre sınıflandırma başarı oranı %95.6 olarak bulunmuştur. Bu sınıflandırmaya ait veriler Tablo 82'de gösterildiği gibidir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada BPB tip 1 ve MD tanısı olan hastalar ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş olan sağlıklı kontroller, GYS, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca BPB tip 1 olan hastalar kendi içinde hastalık süresi, yatış sayısı, toplam atak sayısı ve tipleri, suisid girişimi sayısı gibi klinik parametrelere bakılmıştır. Çalışmamıza tüm VKİ sınıfından katılımcılar alınmıştır.

5.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGAFİK ÖZELLİKLERİ ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Çalışmamızda MD, BPB ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin verileri incelendiğinde cinsiyet, yaş, sosyal güvence, yaşanan yer değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda hem MD hem BPB tip 1 grubunda cinsiyetler arasında GYS eşlik etmesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde GYS ile cinsiyet arasındaki ilişkinin tartışmalı olduğu söylenebilir. GYS'nin kadınlarda daha sık bulunduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (29, 64), erkeklerde GYS'nin daha sık görüldüğü ve erkek olmanın GYS için yatkınlık oluşturduğunu ileri süren bir çalışma da vardır (40).

Rand ve Kuldau'nun normal kilolu kişilerde yeme biçimini araştırdıkları bir çalışmalarında, her iki cinsiyette GYS sıklığını benzer bulmuşlardır (188). Striegel-Moore ve ark.nın yaptığı çalışmada da cinsiyetler arasında GYS görülmesi bakımından farklılık bulunmamıştır (189). Ceru-Björk ve ark.ları 192 obez hastalarda yaptıkları çalışmada, GYS tanısı alan hastaların %82'sinin kadınlardan oluştuğunu tespit etmişlerdir (40). Gluck ve ark. yine obez hastalarda yapılan çalışmalarında GYS'lilerin %72.7'sinin kadınlardan oluştuğunu belirtmişlerdir (11). Napolitano ve ark.'larının çalışmasında ise GYS olanların %57.1'inin kadın olduğu, diğer

gruplarla karşılaştırıldığında ise cinsiyet farklılığının olmadığı tespit edilmiştir (48). Ülkemizde Küçükgöçü ve ark.larının depresyon ve anksiyete bozukluklarında GYS'nin sıklığını araştırdıkları çalışmalarında cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (36). Ancak bu çalışmaların kadın ağırlıklı örneklemelerde gerçekleştirilmiş olması cinsiyetin GYS üzerine etkisini belirlemeyi güçleştirmektedir. Çalışmamızda ise bu çalışmalardan farklı olarak örneklemimizde kadın-erkek oranı birbirine yakındır ve elde ettiğimiz sonuçların cinsiyetin GYS üzerine etkisini belirlemede daha tutarlı olduğu söylenebilir.

Literatürde GYS ve BPB ilişkisinin araştırıldığı kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bilgiç ve ark.ları tarafından BPB'de GYS sıklığının araştırıldığı çalışmada GYS olanlar ve olmayanlar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ancak bu çalışmada çalışmamızdan farklı olarak BPB tip 1 ve Tip 2 hastaları değerlendirilmiş ve kontrol grubu alınmamıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak ülkemizde GYS için cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmadığı gösterildiği başka çalışmalar da mevcuttur (37,38,97,190).

Çalışmamızda evli olma oranı BPB tanılı olgularda, sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (136). Boşanma, ayrı yaşama, bekâr olma DDB'de risk etkenleri olarak kabul edilmektedir (106,107,129,191,192). BPB'de ise aile parçalanmalarının belirgin olarak arttığı bildirilmiştir (106,107,193). ABD'de 17-39 yaş arasındaki nüfusta yapılan bir çalışmada BPB'de boşanmış, ayrı yaşayan ya da dul olanların oranı % 22.7 bulunmuştur (194).

Çalışmamızda BPB tip 1 grubunda bekar olanların oranı MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken, evli olanların oranı MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde de bu bulgumuzu destekleyen şekilde BPB'de evli bireylere oranla boşanmış ya da yalnız yaşamının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (5,195) .

Çalışmamızda BPB ve MD grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır. Bilgiç ve ark.larının çalışmasında da çalışmamızla uyumlu olarak BPB grubunda GYS olanlar ve olmayanlar arasında medeni durum açısından farklılık bulunamamıştır (38). Kore'de yapılmış olan depresif semptomlarla GYS şiddetinin

ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada da GYS olanlar ve olmayanlar arasında medeni durum açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (196).

Çalışmamızda üç grup arasında eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunda üniversite mezunu olanlar yüksek bulunmuştur. Çalışmamız sonucunda İbiloğlu ve ark.'nın çalışmasıyla uyumlu olarak MD ile BPB eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır (197). Benzer şekilde eğitim düzeyi ile duygu durum bozukluğu arasında farklılık saptamayan çalışmaların olmasının yanında (124,151), düşük eğitim seviyesinin herhangi bir duygu durum bozukluğu riskini artırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (107, 193). Ülkemizde orta düzeydeki şehirlerde yapılan çalışmalarda BPB'de eğitim yılı ortalamasının düştüğü görülmüştür (198).

Çalışmamızda MD ve BPB grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bilgiç ve ark.larının yaptıkları çalışmalarında da çalışmamızla uyumlu olarak GYS olanlar ve olmayanlar arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (38).

5.2. GYS VE KİLO-BEL ÇEVRESİ İLİŞKİSİ ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Çalışmamızda MD, BPB ve kontrol grupları kilo ve bel çevresi açısından karşılaştırıldığında BPB grubu istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Üç grup VKİ bakımından karşılaştırıldığında MD ve BPB gruplarında Grade 1 obez olanların oranı kontrol grubundan; BPB grubunda Grade 2 obez olanların oranı hem kontrol hem de MD grubundan istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızla uyumlu olarak BPB hastalarında fazla kiloluluk ve obezitenin sıklıkla eşlik ediyor olması çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (199,200).

Literatürde, GYS ilk olarak obezite hastalarında araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda obezlerde GYS'ye rastlanma oranı %6-16 arasında bulunmuştur (11, 28, 29). Obez hastalar arasında yapılan çalışmalarda GYS olan ve olmayan gruplar arasında fazla kiloluluk ve obezite açısından anlamlı farklılık olduğunu tespit eden

çalışmalar olduğu gibi, aksi şekilde yine obez hastalarda GYS olan ve olmayan gruplar arasında fazla kiloluluk ve obezite açısından anlamlı farklılık bulunmayan çalışmalar da bildirilmiştir (48). Spaggiari bir çalışmada, pek çok GYS hastasının obezite başlangıcından önce de gece yemesinin olduğunu bildirmiştir (59).

Milano ve ark. hazırladığı kapsamlı bir makalede, GYS'nin obezite ile olan ilişkisi nedeniyle GYS'nin önemli olduğunu bildirmişler ve GYS'nin prevalansının kilo artışı ile birlikte yükseldiğini ifade etmişlerdir (201).

Aronoff ve ark. obezitenin ya da yüksek VKİ'nin GYS ile klinik ilişkili olduğunu ve sendromun klinik önemini gösterdiğini ifade etmişler, GYS olan obez hastaların, GYS olmayan obez hastalarla karşılaştırıldığı bu çalışmada, GYS olanların VKİ'lerinin anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur (40). Colles ve ark. normal kilolu ve obez hastalarda yaptıkları çalışmada, GYS ile VKİ artışı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Yazarlar önceki çalışmalarda bu ilişkinin bulunmamış olmasının GYS'nin homojen popülasyonlarda ve dar kilo aralıklarında araştırılmasından kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir (30).

Küçükgöncü ve ark. majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında yaptığı çalışmalarında, GYS grubunda VKİ ortalamasını GYS olmayanlardan anlamlı olarak yüksek tespit etmişlerdir, diğer taraftan VKİ'ye göre hastaların kilo dağılımlarında, obez hastalar GYS grubunda daha fazla olsa da, anlamlı farklılık bulunmamıştır (41). Çalışmamızda ise MD grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında kilo, bel çevresi ve VKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Elde ettiğimiz bu sonuç literatürle çelişkili görünmektedir. Bunun çeşitli nedenleri olabilir. Birincil olarak Küçükgöncü ve ark.'nın çalışmasında MD hastalarının yanı sıra anksiyete bozukluğu olan hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir. İkincil olarak bu çalışmada Major Depresyonlu hastaların örneklem büyüklüğü bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Yeni çalışmalarda elde ettiğimiz bu bulgunun yinelenmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda BPB grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında kilo, bel çevresi ve VKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Cengiz ve ark.'nın, ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarında yaptığı çalışmada, hastaların %4.4'ü düşük ağırlıklı, %46.1'i normal kilolu, %32.3'ü kilolu ve

%17.2'si obez olarak bulunmuş, GYA skorları ile VKİ arasında pozitif korelasyon tespit edilmekle birlikte, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı bildirilmiştir (97). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada BPB hastalarında VKİ ve kilo ortalaması GYS olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (38). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmayla çelişkili görünmektedir. Bu çalışmada BPB tip 1 ve Tip 2 hastaları çalışmaya dahil edilmişken bizim çalışmamızda yalnızca BPB tip 1 grubu dahil edilmiştir. Ayrıca çalışmamızın örneklem büyüklüğü bu çalışmaya göre daha yüksektir. Bu çalışmada hastaların klinik özelliklerinin çalışmamıza göre daha hafif şiddetli seyreden hastalardan oluştuğu söylenebilir. Çalışmamızda yatış sayısı, manik ve depresif atakları bu çalışmadaki örnekleme göre daha yüksektir. Obezitenin BPB'nin kötü prognozuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (202). Bu anlamda elde ettiğimiz sonuçların gelecek çalışmalarda yinelenmesinin önemli olduğu söylenebilir.

5.3. SİGARA, ALKOL-MADDE BAĞIMLILIĞI VE GYS İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda her 3 grup kendi arasında, MD grubu GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında, BPB grubu GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında, MD'ye eşlik eden GYS'lar, BPB'ye eşlik eden GYS'lar ve kontrol grubu kendi arasında sigara, alkol, madde kullanım özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Arslan ve ark.'nın yaptığı çalışmada GYS tanısı konan ve konmayan gruplarda nikotin kullanımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bilgiç ve ark.'nın Affektif Bozukluk hastalarında yaptığı çalışmada sigara, alkol veya madde kullanma açısından GYS olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (38). Çalışmamızda da bu araştırmaya benzer şekilde BPB grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında sigara, alkol, madde kullanım açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Literatürde nikotin ve madde bağımlılıklarının GYS tanılı hastalarda anlamlı olarak daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da vardır (25, 36, 190). Küçüköncü ve ark.'nın yaptığı alkol-madde kötüye kullanımı olanların alınmadığı çalışmada GYS olan ve olmayanlar arasında alkol kullanım sıklığı açısından farklılık tespit edilmemiş, GYS'si olanlarda sigara kullanımı anlamlı olarak yüksek

tespit edilmiştir (36). Çalışmamızda bu araştırmaya benzer şekilde MD grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında alkol kullanım sıklığı açısından farklılık tespit edilmemiş olmasının yanında bu araştırmadan farklı olarak MD grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında sigara kullanımı açısından farklılık bulunmamıştır. Farklı sonuçlar çıkması, seçilen gruplarının farklı tanılardan oluşmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi bizim çalışmamızda remisyondaki hastalarının alınmış olması da etkili olabilir. Yeme bozukluklarında alkol-madde kullanımı gibi sigara kullanımının da sık olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (203, 204, 205, 206). GYS ile sigara kullanımı inceleyen araştırma sayısı ise iki tanedir. Provini ve ark. GYS olan 6 hastada uykudan uyanarak yemelerin yanında sigara kullanımının olduğunu belirtmişlerdir (207). Lundgren ve ark. gece yemelerin diş kaybına etkisini araştırdıkları geniş örneklemli çalışmalarında gece yemesi olanlarda sigara kullanımını (gece yemesi olanlarda %51.4, olmayanlarda %40.2) anlamlı olarak yüksek tespit etmişlerdir (73). Çalışmamızdaki MD grubunda sigara kullanımı GYS'si olanlarda %50.0, GYS'si olmayanlarda %45.6, BPB grubunda GYS'li olanlarda %40.6 GYS'si olmayanlarda %50.0 bulunmuş rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Literatürde GYS'nin, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bozukluğu olan hasta grubunda incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Alkol ve madde kullanımının GYS'ye etkisini inceleyen, alkol-madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımında sıklığı üzerine çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

5.4. GENEL TIBBİ ÖZELLİKLER VE GYS

Kontrol grubu, MD ve BPB gruplarının genel tıbbi özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırıldığında ailede dahili hastalık öyküsü değişkeni açısından kontrol grubunda ailesinde dahili hastalık öyküsü olanların oranı, MD ve BPB gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar karşılaştırıldığında BPB grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı hem kontrol hem de MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Benzer şekilde; MD grubunda da ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Etiyolojik faktörlerden genetiğin önemine işaret eden çalışmalarda BPB'li hastaların birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık görülme sıklığı yüksektir (208). Bir çalışmada BPB'li hastaların birinci derece yakınlarında BPB görülme oranı %24.3 olarak saptanmıştır (146). Bizim çalışmamızda BPB grubunda birinci derecede BPB öyküsü literatüre göre daha yüksek olarak saptanmıştır (%34). Burda yalnızca BPB Tip 1 hastalarını çalışmamıza dahil etmiş olmamız rol oynamış olabilir.

Literatürde MDB olgularının I. derece akrabalarında normal popülasyona göre 2-3 kat artmış MDB riski, ayrıca I. derece akrabalarında BPB olanlarda, normal popülasyona göre 2-10 kat artmış MDB riski olduğu belirtilmektedir (107). Bazı çalışmalarda BPB tanılı hastaların I. derece akrabalarında, BPB tanı riskinin % 3- 8 arasında değiştiği, normal popülasyonda ise bu oranların % 0.4- 1.6 olduğu bildirilmiştir (209,210,211). BPB Tip-1, BPB-Tip 2 ve MD grubunun alındığı bir çalışmada I. ve II. derece akrabalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluk MD olarak bulunmuştur (197). Bizim çalışmamızda da ailede bulunan psikiyatrik hastalık türü açısından üç grup karşılaştırıldığında kontrol ve MD grubunda ailesinde MD öyküsü olanların oranı BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Bazı yayınlarda ise BPB ve MD olguları arasında, ailede MD öyküsü yönünden anlamlı fark tespit edilmemiş (212,213,214), özellikle bipolar grupta, BPB aile hikayesi daha yaygın bulunmuştur (216,217,218). Çalışmamızda da BPB grubunda ise ailesinde BPB olanların oranı diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

BPB grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler ile MD grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında ek dahili hastalık bulunması ve dahili hastalığın süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır. bulgularımızın yeni çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.5. MD VE BPB KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE GYS

Çalışmamızda üç grup intihar girişimi açısından karşılaştırıldığında BPB grubunda intihar girişimi olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

BPB ile ilgili yapılmış birçok çalışmada özkıym oranları yüksektir. BPB'de özkıym girişimi sıklığı, ülkemizde yapılmış çalışmalarda %7.5 ile %70 arasında

bildirilmiştir (133, 218) Bizim çalışmamızda da BPB hastalarında özkıyım girişim oranı %33 bulunmuş olup literatürle uyumluluk göstermektedir.

BPB grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler ile MD grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır.

Küçükgöncü ve ark.'nın majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında yaptığı çalışmada, GYS grubunda yaşam boyu özkıyım girişiminde bulunma oranı diğer hastalardan yüksek tespit edilmiştir (41). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmayla çelişkili görünmektedir. Bunun çeşitli nedenleri olabilir. Birincil olarak Küçükgöncü ve ark.'nın çalışmasında MD hastalarının yanı sıra anksiyete bozukluğu olan hastalar da çalışmaya dahil edilmişken bizim çalışmamızda yalnızca BPB tip 1 grubu ve MD grubu dahil edilmiştir. İkincil olarak bu çalışmada hastaların örneklem büyüklüğü bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Yeni çalışmalarda elde ettiğimiz bu bulgunun yinelenmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamız BPB grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında intihar girişimini karşılaştıran literatürde ilk çalışmadır. Bu sebeple bulgularımız başka çalışmalarla karşılaştırılamamıştır. Çalışmamız BPB grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenlerde intihar girişimini açısından farklılık olmayan sonucumuzun ileri çalışmalarda araştırılmaya ihtiyacı olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda MD grubunda psikiyatrik yatışı olanların oranı BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. BPB grubunda yatış sayılarının fazla olmasında hastalığın kronik seyirli ve ataklarla giden bir hastalık olmasından, tedavi uyumsuzluğundan ve çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran hastaların özelliklerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü. BPB'de uzun dönem ilaç tedavisi için bildirilen uyumsuzluk oranı BPBta %20-60 arasında değişmektedir (219,220).

Bilici ve ark. BPB tanılı olgularda geçirilmiş atak sayısını ortalama 2.55 ± 2.79 olarak bildirmişlerdir (132). Bizim çalışmamızda ortalama atak sayısı GYS eşlik etmeyen BPB'da 6.35 ± 4.10 (6) GYS eşlik eden BPB'da 6.25 ± 4.69 (5) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda geçirilmiş atak sayısı ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç hastanemizin tedaviye dirençli, sık yatışları olan hastaların

yattığı bir hastane olmasıyla ilgili olabilir. Bilgiç ve ark.'nın Affektif Bozukluk hastalarında yaptığı çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da BPB grubunda GYS olan ve olmayanlar arasında hastaneye yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır (38). Ancak çalışmamızın kesitsel çalışma olması ve BPB Tip 1 hastalarının alınmış olması nedeniyle izlemsel çalışmalarda ve BPB Tip 1 ile Tip 2 hastalarından oluşan gruplarla bu sonuçların desteklenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

5.6. MD VE BPB TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLARIN GYS İLE İLİŞKİSİ

MD grubunda antidepresan kullananların oranı BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

BPB grubunda uyku ilacı, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik, DDD kullananların oranı MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Literatüre baktığımızda çok sayıda hasta alınan araştırmalarda bile farklı sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. Yapılan bir araştırmada, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı olan, 153 fazla kilolu ve obez hastada GYS prevalansı araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre GYS tanısı alan ve olmayanlar arasında, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik veya hem tipik antipsikotik hem de atipik antipsikotik kullanmak ile GYS arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (221). Ancak 2006 yılında yapılan, iki ayrı psikiyatri polikliniğinden toplam 399 hastada GYS varlığının araştırıldığı bir başka araştırmada ise GYS olan hastaların, olmayanlara göre büyük bir oranda atipik antipsikotik ilaçlar kullandığı bulunmuştur (222). Şişli Etfal hastanesinde yapılan bir çalışmada GYS tanısı koyulan hastalarda antipsikotik kullanımı, GYS tanısı koyulmayanlara göre daha sık gözükse de aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmadığı bildirilmiştir (97). BRSHH'de yapılan bir çalışmada ise GYS olan ve olmayan hastalar arasında antidepresan, uyku ilacı ya da antiepileptik ilaç kullanımı açısından farklılık bulunmamış, diğer taraftan antipsikotik ilaç kullanan hasta oranı GYS'li hastalarda anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir (41). Bilgiç ve ark., Affektif bozukluk hastalarında yaptığı çalışmada, BPB tedavisinde kullanılan

ilaçlarla GYS'nin ilişkisi incelendiğinde, herhangi bir ilaç grubuyla GYS arasında ilişki tespit etmemiştir (38).

BPB hastalarda aşırı yeme psikotrop ilaçların yol açtığı açlık hissinde ve doyma mekanizmalarındaki bozulmalar sebebiyle sık görülmektedir. Psikofarmakolojik ilaçların açlık ve iştah üzerine etkileri bulunmaktadır (223). Özellikle klozapin ve olanzapin olmak üzere birçok antipsikotiklerin aşırı yeme ve dolayısıyla kilo alımına yol açabilecekleri bilinmektedir (224). Ayrıca antipsikotik kullanıyor olmak BPB'de GYS'nin belirleyicisi olarak tespit edilmiş olması, atipik antipsikotik kullanıyor olmak ile GYS arasında güçlü bir bağ olduğunu desteklemektedir. Bu nedenle antipsikotik kullanımı GYS için risk faktörü oluşturabilir. Kullanılan ilaçların iştah üzerine arttırıcı etkisi olabileceği düşünülse bile GYS tanı kriterleri arasında bulunan “Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması” kriteri ilaçlara bağlı iştah artışında günün belirli saatlerinde iştahta azalma olması beklenmediğinden ilaçların yol açtığı iştah artışı ile GYS'nin karışabileceği düşüncesinden uzaklaştırmıştır. Çalışmamızda psikofarmakolojik ilaç kullanımına bağlı gelişen gece yemeleri olanların GYS olarak değerlendirilmediği hatırlanırsa antipsikotik tedavi kullanımının bu örnekte GYS nedeni olmadığı görülecektir. Çalışmamızda MD grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında antidepresan, uyku ilacı, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, BPB grubunda GYS eşlik edende atipik antipsikotik kullananların oranı GYS eşlik etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın hastaların psikiyatrik tanıları ve hastalık şiddetleri ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Literatürdeki bazı çalışmalar sonuçlarımızı desteklerken, bazı çalışmalar tersi yönde bilgi vermektedir (38,41,97,221,222). İlaçların GYS üzerine etkilerinin daha net anlaşılması açısından ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.7. DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYİ İLE GYS İLİŞKİSİ

Kontrol grubunun HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları hem MD hem de BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. MD grubunun HAM-D puanları BPB ve kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. MD grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında HAM-D ve Beck

Anksiyete Ölçeğine ilişkin verileri karşılaştırıldığında iki grup arasında bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. BPB grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenlerin HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin verileri karşılaştırıldığında HAM-D açısından gruplar arasında GYS eşlik edenlerde HAM-D puanları GYS eşlik etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Striegel-Moore ve ark.'nın kadınlardan oluşan toplumsal bir örnekleme yaptıkları çalışmalarında ise GYS olan ve olmayan hastaların yaşam boyu eksen I psikiyatrik tanı sıklıkları arasında farklılık tespit edilmemiştir. Ancak bu çalışmada en sık tanı grubunu majör depresyon oluşturmuştur (GYS olan kadınların %30'u) (50). Gluck ve ark.'ları GYS'li obez hastaların depresyon skorlarının diğer obez hastalardan daha yüksek, kendilik saygılarının ise daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (11). Bu çalışmalarda katılımcılardaki tıknırcasına yeme eş tanısının depresyon puanları üzerinde karıştırıcı bir faktör olabileceğini öne süren Colles ve ark. çalışmalarında, tıknırcasına yemesi olmayan GYS'li kişilerin depresyon puan ortalamalarının GYS olmayan kişilerden farklı olmadığını tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada gece uyanarak yemesi olanların, uyanarak yemesi olmayan GYS'li (TYB eşlik etsin ya da etmesin) kişilerden depresyon düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir. Bu bulgunun, gece uyanarak yemesi olanlarda daha şiddetli bir bozukluk olduğunu düşündürdüğünü belirtmişlerdir (26). Elimizdeki literatür bilgileri GYS ve TYB birlikteliğinde depresyon düzeylerinin daha yüksek olabileceği yönündedir. Ancak GYS'de görülen depresif yakınmaların tıknırcasına yeme ile ilişkisi net olmayıp, ilerleyen dönemde bu durumların birlikte ve ayrı ayrı olduğu popülasyonlarda karşılaştırılmalı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Cengiz ve ark.'nın, psikiyatrik ayaktan hastalarda yaptığı çalışmada GYS ve depresyon ilişkisi saptanmamıştır (97). Küçükgöncü ve ark.'nın majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında yaptığı çalışmada, majör depresyon tanılı hastalarda GYS sıklığı yüksek tespit edilmiştir. Aynı çalışmada GYS olanlarda anksiyete düzeyi anlamlı yüksek olarak bulunmuş, anksiyete bozukluğu sıklığı açısından ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (41). Çalışmamızda MD grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin verileri karşılaştırıldığında iki grup arasında bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

MD grubunun tedavi altında ve remisyonda olması nedeniyle GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında HAM-D ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin fark çıkamamış olabileceği gibi, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran MD hastalarının özelliklerinden veya MD'ye ek herhangi bir psikiyatrik ek tanısı olan hastaların çalışmamıza dahil edilmememsinden kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü. Bu konuda daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Birketvedt ve ark.'nın çalışmalarında, GYS'li kişilerde kontrollere göre daha yüksek depresyon düzeyleri tespit edilmiş, ayrıca bu kişilerde depresif duygudurumun akşam 4 sonrası arttığı tespit edilmiştir(2). Yapılan çalışmalarda GYS'li kişilerin daha sık depresif duygudurum bildirdikleri tespit edilmiştir (2, 11, 12, 72, 83). Friedman ve ark. mevsimsel afektif bozukluğu olan 62 hastada (51 hasta rekürren majör depresyon, 11 hasta bipolar depresyon) GYS olan ve olmayan kişilerin anksiyete, depresyon alt ölçeklerinde ve Hamilton Depresyon Skalası ortalamalarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (35). Çalışmamızda, BPB grubunda, GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler HAM-D ve BAÖ ilişkin verileri karşılaştırıldığında HAM-D açısından gruplar arasında BPB GYS eşlik edenlerde HAM-D puanları GYS eşlik etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda alınan BPB grubunun ötimik olması ve MD grubunda GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında HAM-D ve BAÖ arasında fark saptanmaması BPB grubunda GYS'unun depresif duygurumla ilişkili olabileceği ve daha ayrıntılı çalışmalarla bu durumun incelenmesine ihtiyaç olduğu düşünüldü.

Sassoroli ve ark.'ları TYB, GYS ve her ikisinin birlikte olduğu katılımcılardan oluşan çalışmalarında GYS'li hastalarda gece yemelerin gece artan anksiyete ile ilişkili olduğunu ve önceki çalışmaya benzer şekilde GYS ve TYB'nin birlikte olduğu hastalarda anksiyete düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir (49). Napolitano ve ark.'nın 83 kişi (SYS 23 kişi, TYB 13 kişi, TYB ve SYS 13 kişi) ve kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada, anksiyete düzeylerinde SYS ile kontrol grubu ya da TYB arasında farklılık bulunmazken, sürekli anksiyete düzeylerinin SYS olanlarda, SYS ve TYB olanlardan anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (48). Psikiyatri hastaları ve toplum tabanlı örneklemelerde yapılan çalışmalarda ise SYS olan ve olmayan hastalarda anksiyete bozukluğu sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanılmamıştır (25). Diğer taraftan TYB ve SYS birlikteliğinin tıpkı depresyon

düzeylerindeki yüksekliğe etkisinde olduğu gibi anksiyete düzeylerinin de arttırdığı düşünülebilir. Ayrıca anksiyetenin gün içinde değişimini süregelen bir şekilde değerlendiren çalışma ise bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda da GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında anksiyete düzeyi açısından fark bulunmamıştır. Bu durum alınan grupların tedavi altında ve remisyonda olmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran hastaların özelliklerinden veya herhangi bir psikiyatrik eş tanılarının olmamasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir. Bu konuda daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Anksiyete ve GYS arasındaki ilişkinin ayrıntılı olarak açıklanabilmesi için, özellikle de süregelen anksiyetenin değerlendirildiği, TYB eş tanısının anksiyete üzerine etkisinin incelendiği, kontrol gruplu çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.8. BPB VE YEME BOZUKLUKLARI KOMORBİDİTESİ

Duygudurum bozuklukları ile yeme bozukluklarının komorbiditesine dair sorular özellikle son yıllarda giderek daha fazla sorulmaktadır (225). Bu ilişkiye dair deliller anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervozada (BN) duygulanımsal semptomların varlığından kaynaklanmaktadır (226). Colles ve ark.'nın çalışmasında GYS tanımlanan 48 kişinin, 19'unda (%40) haftada en az 1 kez tıknırcasına yeme atağı saptanmıştı (26). BPB ile GYS ilişkisine dair bugüne kadar kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır (38, 227). Mevcut verilerin çoğunluğu depresyonla ilgiliyken, yeme bozuklukları ile BPB ilişkisi ve komorbiditesi halen çok az anlaşılabilmektedir. BN ve TYB olan hastalarda yüksek oranlarda BPB olduğu bildirilmiştir (228,229,230,231,232). Çalışmamızda BPB grubunda GYS eşlik edenlerin oranının MD ve kontrol grubundan yüksek bulunması BPB ile GYS ilişkisini doğrulamaktadır. Çalışmamızda GYS dışında diğer yeme bozukluğu olan hastalar alınmamış olmasından dolayı anksiyete düzeyi ve depresyon düzeyi ile yeme bozukluklarının karşılaştırılması yapılamamıştır. Bu konunun ayrıntılı incelendiği çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

5.9. MENSTRÜEL SIKLUS VE GYS

Üç grup arasında kontrol grubunda düzenli mens olanların oranı BPB ve MD'den yüksek, menopoz olanların oranı ise BPB ve MD'den düşük bulunmuştur.

MD'de GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında menstrüel siklus özelliklerine ilişkin verileri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. BPB'de GYS eşlik eden ve GYS eşlik etmeyenler arasında, BPB'de GYS eşlik etmeyenlerde menapoz olanların oranı BPB'de GYS eşlik edenlerden yüksek olması dışında bir fark bulunmamıştır. BPB'de GYS eşlik edenler, MD'de GYS eşlik edenler ve kontrol grubu menstrüel siklus özelliklerine ilişkin verileri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Simkin'in yayınladığı bir raporda, PMS'nin gerçek sıklığını bulmanın tanısallık gücü nedeniyle zor olsa da farklı yöntemler kullanılarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda %6.5-95 arasında değişen oranlar verildiğini, çalışmalardaki denek sayıları ve oranlar dikkate alındığında kadınlarda %30-40 arasında, bu tablonun görüldüğünü söylemenin gerçekçi olduğunu ifade etmiştir (233). Bilgiç ve ark., Affektif bozukluk hastalarında yaptığı çalışmaya katılan kadınlarda, GYS tanısı alan ve almayanlar arasında, çalışmamızla uyumlu olarak menstrüel siklus düzenliliği açısından anlamlı fark bulunmamışlardır (38). Bilgiç o. ve ark. çalışmalarında PMS tanısı olan kadın hastalarda, GYS eşlik edip etmemesi açısından fark bulunmamış (38) olmasına rağmen PMS'nin ve GYS'nin döngüsel özelliklerinin bulunması nedeniyle PMS'nin GYS ile ilişkisini inceleyen ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.10. BPB HASTALARININ GENEL ÖZELLİKLERİ VE GYS İLE İLİŞKİSİ

BPB'de GYS olan ve olmayanlar arasında hastalık özelliklerine ilişkin; ilk atak türü, epizot şiddeti, mevsimsel özellik, psikotik özellik, katatoni, melankolik özellik, postpartum epizot, ataklar arası tam düzelme, hızlı döngülülük, antidepresan ile kayma karşılaştırılmıştır. Bu değişkenler açısından gruplar arasında bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda Bilgiç ve ark. yaptığı çalışmanın aksine melankolik depresyon atağı geçirmek ile GYS arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (38). GYS ile ikiüçlü bozukluğun klinik özelliklerini inceleyen literatürde çalışma sayısının kısıtlı olmasından dolayı sonuçlarımız Bilgiç ve ark. yaptığı çalışma ile karşılaştırılabilmektedir. Başka çalışmalarda bu özelliklerin araştırılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

Bilgiç ve ark. çalışmasında BPB hastalarında klinik seyir sırasında ortaya çıkan özellikler, GYS tanısı alan ve almayan hastalarda karşılaştırılmış ve atakların mevsimsellikle ilişkisi, atakları sırasında psikotik özellik bulunması, daha önceki atakları sırasında katatoni gelişmiş olması, atipik depresyon atağı geçirmiş olmak, hastalığın seyrinin hızlı döngülü olması, peripartum başlangıçlı atak geçirmiş olmak, karma atak geçirmiş olmak özellikleri bakımından değerlendirildiğinde GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Aynı çalışmada hastaların klinik seyirleri geçmişe yönelik sorgulandığında, geçirilen manik atak sayısı ortalamaları, geçirilen hipomanik atak sayısı ortalamaları, depresyon atağı ortalamaları, geçirilen atakların süresinin gün ortalamaları arasında, hastaların çalışmaya alındıkları dönemdeki GAF skoru ortalamaları, bugüne kadar geçirilmiş olan toplam atak sayısı açısından, hastaneye yatış sayısı, kalıntı şikayetlerin varlığı, antidepresan ile mani/hipomaniye kayma olması bakımından, GYS olan ve olmayan gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (38).

Çalışmamızda BPB’de GYS açısından ilk atak türü “manik”, “depresif”, “karma” olarak karşılaştırıldığında GYS olan grupta ile GYS olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Mevsimselliğin BPB klinik gidişinde etkili olduğuna dair yayınlar mevcuttur (234,235). Kanada’da BPB’de mevsimsel özellik gösteren manik ve depresif atak %22.6 oranında bulunmuştur (234,236). Bizim çalışmamızda daha yüksek bir oran bulunmuştur (%32.2-37.5). Mevsimsellik coğrafi etkenlerden etkilenebildiği için ülkeler arası farklılıkların olması muhtemeldir. Çalışmamızda da Bilgiç ve ark. ile uyumlu olarak BPB’de GYS açısından mevsimsel özelliklerine göre karşılaştırıldığında GYS olan grupta ile GYS olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (38). BPB’de kısa ve uzun vadeli ilaç tedavisinin, depresyon ve maninin mevsimsel seyrini değiştirebileceği de göz önüne alınmalıdır (237,238,239).

BPB’de psikotik bulgu %50 oranında görülmektedir (142). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer oranlar bulunmuştur (144). Çalışmamızda literatüre göre psikotik atak geçirme oranı yüksek saptanmıştır. Araştırmamız sonucunda BPB’de GYS açısından psikotik özellik “yok”, “duydudurum ile uyumlu”, “duydudurum ile

uyumsuz”, “duygudurum ile uyumlu ve uyumsuz” olarak karşılaştırıldığında GYS eşlik edenler ile GYS eşlik etmeyenler istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmalarda özellikle genç hastalarda görülen atipik özellikli depresif epizodların BPB’nin öngörücüsü olabileceği vurgulanmaktadır (213,240). Literatürde BPB ve MD olgularında özellikle hipersomnia gibi bazı atipik özelliklerin bipolar depresyonda daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar vardır (212,213,241). Ayrıca BPB’de atipik depresyon öyküsünün varlığı BPB’de GYS’nin belirleyicisi olarak tespit edilmiş olması, atipik depresyon öyküsünün varlığı ile GYS arasında güçlü bir bağ olduğunu desteklemektedir. Çalışmamızda da BPB’de atipik depresyon öyküsünün varlığının GYS riskini artırdığını bulduk. Ayrıca melankolik özelliklerin BPB depresif epizodunda, MD’den daha fazla görüldüğünü belirten çalışmaların (238,242,243,244) yanı sıra farklılık olmadığını belirten çalışmalara da rastlanmıştır (194,214). Çalışmamız melankolik özelliklerin BPB depresif epizodunda, MD’den farklılık olmadığını belirten çalışmalarla uyumlu olarak BPB’de GYS açısından melankolik özellik olmasına göre karşılaştırıldığında GYS olan grupta GYS olmayan grup ile anlamlı bir fark bulunmamıştır (194,214).

BPB tanısı olan kadınlar üreme dönemleri boyunca hormonlarında değişimlerin de gözlemlendiği bir takım psikiyatrik bozukluklara daha yatkın olabilmektedirler. 231 kadın hastanın dahil edildiği çok merkezli bir çalışmada peripartum atak oranı %20.8 olarak bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda postpartum sürecin genel olarak DDB’nin gelişimi açısından riskli bir dönem olduğu ve BPB relaps riskinin % 20-50’lere kadar ulaşabildiği, bu nedenle postpartum süreçte görülen hastaların çoğunun, BPB açısından dikkatle izlenmesi gerektiği belirtilmektedir (107,213,245,246,247). Çalışmamızda peripartum atak oranı literatüre göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Bu uyumsuzluk bizim çalışmamızda sadece BPB tip 1 hastaların dahil edilmesiyle ilgili olabilir. Araştırmamızda BPB’de GYS açısından postpartum atak olmasına göre karşılaştırıldığında literatürle uyumlu olarak GYS eşlik edenler ve GYS eşlik etmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

MacQueen ve ark., 139 BPB hastasında yaptıkları çalışma sonucunda, eşikaltı duygudurum bozukluğu olan hastaların, hastalık belirtili olanlar (%16) ve ötimik hastalarla (%5) kıyaslandığında belirgin olarak daha fazla sıklıkla yeme bozukluğuna sahip olduğunu

belirtmişlerdir (161). Çalışmamızda BPB’de GYS açısından ataklar arasında tam düzelme durumunun olmasına göre karşılaştırıldığında GYS olan grupta ile GYS olmayan grupta Bilgiç ve ark.’nın çalışmasıyla uyumlu olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (38). Çalışmamızda fark bulunmamasının sebebi remisyondaki hastalarla çalışmamızdan kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan bazı çalışmalarda BPB olgularında hızlı döngülülük oranları % 12-56 olarak belirtilmiştir (107,239,248). Hızlı döngü, BPB’de nispeten kötü gidiş ve tedaviye zayıf yanıtla ilişkilidir (249,250). Sürekli hızlı döngünün, kısa DD epizodlarıyla, özellikle depresyondan hipomaniye dönüşen polarite değişimiyle ve sürekli döngülenmeyle ilişkili olduğuna dair kanıtların olmasıyla birlikte (107,209,237), süregelen hızlı döngü, hipertimik ve siklotimik mizaçların hastalık öncesi varlığı ile de ilişkili olabilir (251,252). Dunner ve Fieve’nin bir çalışması hızlı döngü prevalansını %13 olarak bildirmektedir (253). Ayrıca %56 gibi yüksek oran veren çalışmalar da mevcuttur (254). Kadınlarda ve BPB Tip 2 hastalarında hızlı döngülülük daha sık görülür (255). BPB Tip 1 hastaları ile yaptığımız çalışmamızda hızlı döngülülük oranı literatür ile uyumlu bulunmuştur (%20-25). Araştırmamız sonucunda BPB’de GYS açısından hızlı döngülü olmasına göre karşılaştırıldığında Bilgiç ve ark.’nın çalışmasıyla uyumlu olarak GYS olan grupta GYS olmayan grup ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (38).

Çalışmamızda BPB’de GYS açısından antidepresan ile mani/hipomaniye kayma olması, daha önceki atakları sırasında katatoni gelişmiş olması, epizod sayıları, epizot şiddeti karşılaştırıldığında Bilgiç ve ark.’nın BPB hastalarında yapmış olduğu çalışma ile uyumlu olarak GYS olan grupta GYS olmayan grup ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (38).

Bu sonuçlara göre GYS'nin BPB klinik seyrini olumsuz yönde etkilemediği düşünülebilir. Ancak daha geniş örnekleme sahip ve izlemsel çalışmalarda bu sonuçların desteklenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

5.11. MD HASTALARINDA, BPB HASTALARINDA VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE GYS SIKLIĞI

74 kişilik kontrol grubunda 0 (% 0), 94 BPB tip 1 hastası arasından 32 (% 34) kişiye, 91 MD hastası arasından 12 (% 13.2) kişiye, tüm hastalar içinde 44 kişiye GYS tanısı koyulmuştur. BPB grubunda GYS eşlik edenlerin oranı MD ve kontrol grubundan yüksektir. Ayrıca MD grubunda GYS eşlik edenlerin oranı kontrol grubundan yüksektir.

Literatürde BPB ve MD'nin GYS ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Arslan ve ark.'nın 158 hasta ile yaptıkları yeni bir çalışmada, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve BPB tanısı olan, kilolu ve obez hastalarda GYS'nin yaygınlığı incelenmiştir. 78 BPB tanılı hasta içinde, 8 (%10,26) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. Cengiz ve ark.'nın, Şişli Etfal Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir araştırmada, 384 poliklinik hastasından 52 kişiye BPB tanısı koyulmuş, bunların içinden ise 14 (%26,92) kişi GYS tanısı alırken 38 (%73,08) kişi GYS tanısı almamıştır. Bu çalışmada yüksek BPB oranı bulunmuş ancak istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır fakat BPB hastaların GYS görülme eğiliminin daha fazla olduğunu düşünülmüştür. Aynı çalışmada GYS'nin ayaktan psikiyatrik hasta popülasyonunda nokta prevalansı %19.8 olarak hesaplanmıştır (97).

Literatürde BPB hastalarında GYS sıklığını değerlendiren sadece birkaç çalışma bulunmuş ancak bunlar yapılan araştırmaya katılanlar arasında bulunan BPB hastalarıdır. Bilgiç ve ark. çalışmalarında BPB hastalarında GYS birlikteliği %19.04 olarak bulunmuş, bu oran Cengiz ve ark.'nın (%26,92) bildirdiğinden düşük, Arslan ve ark.'nın (%10,26) bildirdiğinden yüksek olarak bulunmuştur (37,38,97).

Bilgiç ve ark. çalışmalarında İkiüçlü bozukluk tip I ve tip II hastalarında GYS sıklığı, 53 tip 1 ikiüçlü bozukluk hastası arasında % 15.1, tip 2 ikiüçlü bozukluk hastaları arasında % 40,0 GYS yaygınlığı bulunmuş, Tip 1 ve Tip 2 hastaları arasında GYS sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda ise yalnızca BPB tip 1 hastalar alınmış ve %34 gibi daha yüksek bir oran bulunmuştur. Burda örneklemimizin daha fazla oluşu, yatış sayısı ve klinik seyir gibi özellikler açısından kısmen daha ağır bir hasta popülasyonunun çalışmamıza dahil edilmiş olması rol oynamış olabilir.

Çalışmamızda MD grubunda GYS olanların oranı kontrol grubundan yüksek, BPB grubundan düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Küçüköncü ve ark.'nın çalışmasındakine (%15.7) benzer şekilde MD hastalarında GYS oranı % 13.2 bulunmuştur (41). Toplum tabanlı yapılan çalışmalarda GYS sıklığı %1.1-1.6 arasında bildirilmiştir (42,189,256). GYS sıklığı Tip II diabetli hastalarda %3.8 (257), uyku apne hastalarında %8.6 (258), kilo verme amaçlı tedavi arayışında olan kişilerde %4.3-14 arasında (11,28,29,30), bariatrik cerrahi kliniklerinde %8-42 arasında tespit edilmiştir (32,33). TYB olanlarda ise GYS sıklığı %15 olarak bulunmuştur (11,28,29,30). Bizim çalışmamızdan elde edilen oran toplum tabanlı yapılan çalışmalardan daha yüksek, aşırı kilolu ve obez hastalarla yapılan çalışmalarda elde edilen oranlarla benzerdir. Çalışmamızda alınan örneklem grubunun tüm VKİ sınıfından, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş katılımcılardan oluştuğu hatırlanacak olursa elde ettiğimiz oran BPB, MD hastalarında GYS'nin nadir gözlenmediğini göstermektedir.

5.12. GYS TANI KRİTERLERİNİN KARŞILANMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

MD, BPB ve kontrol grubu, yaş dağılımları açısından benzer seçilmiştir. GYS için son önerilen tanı ölçütleri kullanılmış ve her bir katılımcı ile klinik görüşme yapılarak tanılar belirlenmiştir (13).

Çalışmamızda gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra alınmasını MD grubunda %100, BPB grubunda %78.1 oranında bulduk. Bipolar hastalarda aşırı yeme psikotrop ilaçların yol açtığı açlık hissinde ve doyma mekanizmalarındaki bozulmalar sebebiyle sık görülmektedir. Kullanılan ilaçların iştah üzerine arttırıcı etkisi olabileceği düşünülse bile GYS tanı kriterleri arasında bulunan “Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması” kriteri GYS eşlik eden MD hastaları içinden %75.0'nın, GYS eşlik eden BPB hastaları içinden %93.8'inin bu kriter karşılanmış olması bu düşünceden uzaklaştırmıştır. Çalışmamızda psikofarmakolojik ilaç kullanımına bağlı gece yemeleri olanların GYS olarak değerlendirilmediği hatırlanırsa antipsikotik tedavi kullanımının bu örnekte GYS nedeni olmadığı görülecektir.

Gece yemesi olan kişilerin uykuya dalmakta zorlandıkları çeşitli çalışmalarda bulgulanmıştır (29,94). Ceru-Björk ve ark. 194 obez hastada yaptıkları çalışmada GYS olan hastaların diğer hastalara göre uykuya dalmakta daha fazla güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (29). de Zwaan ve ark. gece yemesi olanların %66'sında uykuya başlama insomniyası tespit etmişlerdir (60). Çalışmamızda haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniyası olması açısından MD grubunda %91.7, BPB grubunda %100 oranında bulduk, uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı olması açısından MD grubunda %100, BPB grubunda %100 oranında ve haftada en az iki gece uykudan uyanarak yemesi olması açısından MD grubunda %66.7, BPB grubunda %90.6 oranında bulduk. Her ne kadar bu çalışmada uykuda bozulmanın başlaması ile GYS başlaması arasındaki zamansal ilişki araştırılmamış olsa da, çalışmamızdaki sonuçlar Vinai ve ark.'larının belirttiği GYS'nin başlamasında insomniyanın etkin rol oynadığı düşüncesini desteklemektedir (92).

Yakın zamanlı bir çalışmada BPB ya da MD tanılı hastalar, biyolojik ritimler açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış, hem BPB hem MD hastalarda biyolojik ritimde bozulma olduğu saptanmıştır. BPB'de biyolojik ritimdeki bozulma ötimik dönemlerde de devam etmektedir (259). Çalışmamızda çıkan uyku ile ilgili sorunlara biyolojik ritimdeki bozulmanın yol açtığı düşündürmektedir. GYS'nin en temel özelliğinden birisinin uykudan uyanarak yeme davranışının olduğu düşünülürse, GYS'li hastalardaki uyku bozukluklarının ayrıntılı değerlendirilmesi ve uyku sorunlarına yönelik tedavi girişimlerinin (uyku hijyeninin sağlanması ya da GYS'nin eşlik ettiği hastalarda uyanmalarda yemek yemeden tekrar uyumayacağına yönelik yanlış inanışların değiştirilmesi gibi) gece yeme yakınmalarını azaltabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda akşam ve gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması açısından MD grubunda %100, BPB grubunda %100 oranında bulduk. Farkındalık ve hatırlama GYS'yi UIYB'den ayırmamız açısından önemlidir. UIYB'de, garip yiyeceklerin ve toksik maddelerin yenmesi ya da garip yeme davranışları görülebilirken, GYS'de uykudan uyanıldığında günlük yaşamda tüketilen besinler yenilmektedir.

Literatürde GYS'li kişilerin daha sık depresif duygudurum bildirdikleri saptanılmıştır (2,11,12,64,72). Gluck ve ark.'ları GYS'li hastaların depresyon skorlarının diğer hastalardan daha yüksek, kendilik saygılarının ise daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (11). Başka bir çalışmada, benzer şekilde, GYS'li kişilerde kontrollere göre daha yüksek depresyon düzeyleri tespit edilmiş ve bu kişilerde depresif duygudurumun akşam 4 sonrası arttığı tespit edilmiştir (2). Striegel-Moore ve ark.'larının yaptıkları çalışmada, hafta en az bir defa gece yemesi olanların depresyon düzeyleri, olmayanlardan anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir (260). Aynı grubun toplum tabanlı yaptıkları diğer bir çalışmada GYS olanlarda depresyon düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada gece uyanarak yemesi olanların, uyanarak yemesi olmayan GYS'li kişilerden depresyon düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir (261). Yakın zamanda yapılan çalışmada, benzer şekilde TYB kontrol edilerek, depresyon düzeyleri karşılaştırılmış ve depresyon puan ortalamaları GYS grubunda anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir (262). Çalışmamızda duygudurumun sıklıkla depresif olması ve veya akşamları kötüleşme olması açısından MD grubunda %83.3, BPB grubunda %100 oranında bulduk. Aslında bu durum depresyonda görmeye alışık olduğumuz duygudurum profiline uymamakta ve “yatma saati yaklaştıkça gerginlik, mutsuzluk, endişe hissedilmesinin” GYS kriteri olduğu görüşünü desteklemektedir (14). Bu bulgu endojen depresyondaki gece depresyon düzeylerinin azalması ile terstir (17,18).

Çalışmamızda MD grubunda %54.5’inde hastalıktan önce GYS semptomları başlamışken, BPB’nin %87.5’inde GYS semptomları hastalıktan sonra (hastalığın ve/veya psikofarmakolojik tedavinin GYS’nin başlatıcı faktörü olduğu kişiler çalışmaya alınmamıştır) başladığını saptadık. Bu durum BPB’nin GYS’nin oluşumunda rol oynayabileceğini veya ortak gelişimsel faktörlerden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürdü. BPB ile yeme bozuklukları arasında fenomenolojik benzerlikler olup; vücut ağırlığında istikrarsızlıklar, yeme temposunda ve mizaçta dalgalanmalar, davranışsal iniş-çıkışlar ve labiliteler her iki bozukluk için de temel sorun alanlarıdır (10). Bu konunun daha geniş örnekleme sahip ve izlemsel çalışmalarda incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Çalışmamızda gece yeme zamanının MD grubunda hastaların %66.7’inin, BPB’da %56.3’ünün saat 01:00 ile 02:00 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu

Goel ve ark.'larının (12) GYS'li hastalardaki sirkadiyen bir gecikme olduğu bulgusunu desteklemektedir.

5.13. GYS VE STRES İLE İLİŞKİSİ

MD grubundaki GYS'li hastaların %91.7'si, BPB grubundaki GYS'li hastaların %90.6'si gece yemeleri ile ilgili yakınmalarının başlangıcında stresör belirtmiştir. Stunkard ve ark.'ları GYS'yi ilk tanımladıklarında psikostresör faktörlerin sık olduğunu ve yeme ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir ve çalışmada GYS tanısı alan kişilerin %68.1'i gece yemeleri başladığı dönemde hayatlarında stresör bir etken olduğunu belirtmişlerdir(1). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada GYS'li kişilerin %75'i, gece yemelerinin stres yaratan bir olay ya da dönemde başladığını belirtmişlerdir (71). Benzer şekilde başka çalışmalarda da gece yemesi olanlarda stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (42,263). Stres ile yeme arasında kompleks bir ilişki olduğu bilinmektedir (264). Greeno ve ark. kadın olmanın, fazla kilolu olmanın ve diet kısıtlamasında yüksek skor almanın, stres sırasında fazla yeme prediktörleri olduklarını belirtmişlerdir (265). Çalışmamızda stres ile ilişkili olabilecek nöroendokrin parametreler değerlendirilmemiş olsa da, GYS'nin eşlik ettiği hastaların gece yemelerinin stresli bir dönemde başlamış olması, GYS ile stresör faktörler arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Nöroendokrin çalışmaların az olması ve çelişkili bulgular içermesinden dolayı, GYS'de altta yatan mekanizmaları açıklayabilmek için yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

5.14. GECE YEME ANKETİNİN SONUÇLARI

Çalışmamız sonucunda GYS'nin eşlik ettiği MD grubunun akşam hiperfajisi puanları GYS'nin eşlik ettiği BPB grubundan düşük iken, duygudurum ve uyku bozukluğu puanları BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Küçükgöncü ve ark.'nın çalışmasıyla uyumlu olarak (36) çalışmamız sonucunda MD grubunda GYS eşlik edenlerde gece yeme, akşam hiperfajisi, GYA toplam ve Uyku bozukluğu puanları GYS eşlik etmeyen MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, MD grubunda, GYS eşlik edenlerde sabah iştahsızlığı açısından GYS eşlik etmeyenlerden farksız bulunmuştur. Ayrıca MD'de GYA toplam

değişkeninin MD’de GYS’nin belirleyicisi olarak tespit edilmiş olması, GYA toplam değişkeni ile GYS arasında güçlü bir bağ olduğunu desteklemektedir. Bilgiç ve ark.’nın yaptıkları çalışmada ile uyumlu olarak (38) çalışmamızda BPB grubunda, GYS eşlik edenlerde gece yeme, akşam hiperfajisi, sabah iştahsızlığı, Uyku bozukluğu ve GYA toplam puanları GYS eşlik etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Sabah iştahsızlığı, GYS’nin eşlik ettiği MD ile BPB’nin ayrımında rol oynuyor olabileceği düşünülebilir. Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

5.15. YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN SONUÇLARI VE GYS

Bizim çalışmamızda, üç grup karşılaştırıldığında BPB grubunun “kısıtlama” ve “yeme endişesi” altgrubu puanları düşük bulunmuştur. BPB grubunun “kısıtlama” altgrubu puanlarının düşük bulunmasında örneklemimizi oluşturan ikiüçlü bozukluk hastalarında görülen dürtüsellik nedeniyle yeme endişesi ve kısıtlama davranışlarındaki azalmanın ötimik durumda olduklarındada daha az görülmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Dürtüsellik ile ikiüçlü bozukluğun ilişkisi özellikle mani dönemleri için açıkça bilinmektedir (227). Çalışmamıza ötimik durumdaki ikiüçlü bozukluk hastaları alınmış olsa da, literatürde ötimik hasta grubunda yapılmış olan az sayıdaki çalışmada dürtüsellikle ilişkisi gösterilmiştir. Güleç ve ark.’nın, ötimik durumdaki ikiüçlü bozukluk tanısı alan hastalarda yaptığı çalışmada dürtüsellik oranları yüksek bulunmuştur (266). Swann ve ark. ötimik durumdaki ikiüçlü bozukluk tip I hastalarında yaptıkları çalışmada, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) puanlarını kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulmuşlardır (267). Bizim çalışmamızda BPB Tip-1 hasta grubuyla çalışmış olmak YEDÖ toplam puanının ve kısıtlama altgrup puanının farklı çıkmasında rol oynatabileceği düşünülebilir.

MD grubunda GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre YEDÖ puan ortalamalarında istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunmadı. Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Runfula ve ark.’nın yaptığı, GYS’nin incelendiği ve YEDÖ’nün de kullanıldığı araştırmada, 1636 üniversite öğrencisinde GYS’nin sıklığı incelenmiş, YEDÖ

toplam puanı ve tüm altgrup puanlarında GYS tanısı alanların puan ortalamaları, GYS olmayanlara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (227). Bilgiç ve ark.'nın çalışmasında Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinde (YEDÖ) “yeme ile ilgili endişeler” altgrubu puan ortalaması “beden şekli ile ilgili endişeler” altgrubu puan ortalaması, “kilo ile ilgili endişeler” altgrubu ve YEDÖ “toplam puanı” ortalaması, GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre daha yüksek bulunmuş, “kısıtlama” altgrup puan ortalamasında ise farklılık bulunmamıştır (38). Bizim çalışmamızda Runfula ve ark.'nın çalışmasında (227) olduğu gibi “tıkınırcasına yeme” altgrubu ve Bilgiç ve ark.'nın çalışmasında (38) olduğu gibi “yeme ile ilgili endişeler” altgrubu ve YEDÖ “toplam” puan ortalaması, BPB grubunda GYS eşlik eden hastalarda, GYS eşlik etmeyen hastalara göre istatistiki açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. BPB grubunda GYS eşlik eden hastalarda, GYS eşlik etmeyenlere göre, “beden şekli ile ilgili endişeler” altgrubu “kilo ile ilgili endişeler” altgrubu ve Bilgiç ve ark.'nın çalışmasında olduğu gibi “kısıtlama” altgrubu puan ortalaması istatistiki açıdan anlamlı olarak farksız bulundu. Ayrıca BPB’de YEDÖ “yeme endişesi” değişkeninin BPB’de GYS'nin belirleyicisi olarak tespit edilmiş olması, YEDÖ “yeme endişesi” değişken puanı ile GYS arasında güçlü bir bağ olduğunu desteklemektedir. Bilgiç ve ark.'nın çalışmasından farklı sonuçlar bulmamızda hasta grubumuzun BPB Tip-1 hastalarından oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. Başka çalışmalarda bu özelliklerin ayrıntılı araştırılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

5.16. PİTHSBURG UYKU ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE GYS

Kontrol grubunun öznel uyku, uyku latansı, uyku etkinliği, gündüz işlev bozukluğu ve toplam puanı MD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca; kontrol grubunun uyku latansı, gündüz işlev bozukluğu ve toplam puanı, BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Senol ve ark. çalışmalarında kronik hastalığı olan bireylerin PUKI puan ortalamalarını daha yüksek ve uyku kalitelerini anlamlı düzeyde daha düşük bulduklarını bildirmişlerdir (268). Elliot M. ve ark.'nın yaptığı çalışmada ilaç kullanımının uyku kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (269). Bizim çalışmamızda kontrol grubuna göre hasta gruplarında toplam puanlarının yüksek çıkmasında MD ve BPB tanı kriterleri arasında

uyku bozuklukları olması neden olabileceği gibi her iki grubun tedavi altında olması da uyku kalitesini etkiliyor olabilir. Bu konuyla ilgili tedavi öncesi ve tedavi sonrası uyku kalitelerinin daha ayrıntılı incelendiği izlemsel çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

MD grubunun uyku etkinliği puanları BPB grubundan istatistiki bakımdan anlamlı olarak yüksekken, gündüz işlev bozukluğu puanları ise BPB grubundan istatistiki bakımdan anlamlı olarak düşüktür. BPB grubunda gündüz işlev bozukluğu puanının yüksek, MD grubunun uyku etkinliği puanının yüksek çıkmasında BPB grubunda uyku ilacı, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik, DDD kullananların oranı MD grubundan yüksek ve MD grubunda antidepresan kullananların oranının BPB grubundan yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Harvey ve ark. bipolar ötimik hastaların gün içi etkinliklerinin daha az olduğunu bulmuştur. Bu durum ilaç kullanımı ya da gece uykusuzluğunun bir sonucu olabilir. Öte yandan, gün içi etkinlik düzeyinin düşük olması, hastanın gece uykuya dalmak için yeterince yorgun olmamasına neden olarak, uyku sorunlarının sürmesine yol açıyor olabilir (270). Ötimik dönemlerde görülen uyku sorunlarının, bağımsız bir risk faktörü olarak duygudurum dönemlerinde yinelemelere yol açtığı ve bu nedenle daha şiddetli hastalık gidişi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (271).

Çalışmaya alınan BPB ötimik hastaların ve MD remisyon hastalarının PUKİ'ye göre uyku kalitesinin kötü olduğu, yani PUKİ puanının 5'in üzerinde olduğu saptanmıştır. İstatistiksel anlamlılığa ulaşamasa da uyku kalitesi puanını BPB ötimik grubunda MD remisyon grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda BPB ve MD'de uyku kalitesinin kötü olduğu söylenebilir. Literatürde farklı çalışmalarda BPB'un ötimik dönemlerinde uyku kalitesinin bozuk olmasının işlevsellikte bozulmaya yol açtığı, hastalık gidişini olumsuz etkilediği ve yaşam kalitesini bozduğu bildirilmiştir (270,271,272,273,274). Boland ve ark. uyku ve bilişsel işlevlerdeki bozulmanın özellikle mesleki işlevsellikte kayıp ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (275).

Genellikle depresyon yaygın bir uykusuzluk sebebi olarak kabul edilmesine ragmen uyku bozukluğu ile depresyon arasındaki sebep sonuç ilişki son zamanlarda tartışmalıdır (276). Uyku bozukluğu depresyonun semptomu olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Uyku yapısındaki değişiklikler özellikle depresyon gibi duygudurum bozukluklarında biyolojik bir gösterge olarak kabul edilmekte ve patafizyolojisinin anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır. Rieman ve ark.'nın ortaya koyduğu şekilde depresyon ve insomnia semptomları arasındaki ilişki tek yönlü olmamaktadır. Yani, sadece insomnia depresyonun tipik bir semptomu değil aynı zamanda insomnianın depresyon için bağımsız bir risk olduğunu ifade etmişlerdir (277). Depresyondaki hastaların büyük bir çoğunluğu uyku kalitesi bozulmalarından, uykuya dalma güçlüğünden, sık gece uyanmalarından ve sabah erken uyanmalarından yakınmaktadırlar (278). Rieman ve ark. (1994) depresyon hastalarında sağlıklı bireylere göre REM uykusunda bozulmalar tespit edilmiştir (277).

Uyku bozuklukları, BPB'nin her üç dönemin temel tanı ölçütlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (24). Bipolar hastaların % 77-90'ının depresif dönemde uykusuzluk, aşırı uyuma ve erken uyanma belirtileri gösterdiği, % 69-99'unun da manik dönemde uykusunun azaldığı bildirilmiştir (274). Harvey ve ark. BPB'nin ötimik döneminde hastaların % 50-100'ünün uyku sorunu yaşadığını bildirmiştir (279). Ötimik bipolar 20 hastanın alındığı, insomnia tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, uyku günlüğü ve aktigrafiye göre, bipolar hastaların % 70'inin klinik olarak anlamlı uyku bozukluğu gösterdiği, % 55'inin insomnia tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (270). Rocha ve ark, 105 BPB tanılı ötimik hastayı 104 sağlıklı kontrolle karşılaştırdığı ve uyku kalitesini PUKİ'ye göre değerlendirdiği çalışmalarında, bipolar hastaların % 82,9'unda uyku kalitesinin kötü olduğunu saptamıştır (274). Harvey ve ark, 20 bipolar ötimik hastanın % 70'inde PUKİ puanının 5'in üzerinde olduğunu bulmuştur (270). Alınan örneklem gruplarının özellikleri, büyüklüğü, kullanılan dışlama ve çalışmaya alınma ölçütlerinin, sözü edilen farklı oranlara yol açtığı düşünülmüştür. Uyku kalitesi BPB'nin farklı klinik özellikleri ile ilişkilendirilmektedir. Saunders ve ark. bipolar ötimik hastayı 136 sağlıklı kontrolle kıyasladıkları çalışmalarında kötü uyku kalitesini, hızlı döngülülük, nörotisizm ve stresli yaşam olayları ile ilişkili bulmuş, uyku kalitesinin klinik gidiş için bir ölçüt olabileceğini bildirmiştir (272). Sylvia ve ark. ise, ötimik bipolar hastalarda uyku kalitesini, psikotik özellikler, özkıyım girişimi öyküsü ve antikonvülzan ilaç kullanımı ile ilişkili bulmuş, kötü uyku kalitesinin yinelemelere yol açarak hastalık şiddetini arttırdığını bildirmiş ve prodromal bir bulgu olan uyku bozukluklarının tedavi

edilmesinin önemini vurgulamıştır. Aynı çalışmada uyku sorunları manik/hipomanik belirtilerle ilişkili, depresif belirtilerle ilişkisiz bulunmuştur (271). Yakın zamanlı bir başka çalışmada, kötü uyku kalitesinin daha ağır şiddette manik atak ve karma atak görülme sıklığı açısından öngördürücü bir etken olduğu saptanmıştır (280).

MD grubunda, GYS eşlik edenlerde PUKİ toplam puanı GYS eşlik etmeyenlerin PUKİ toplam puanından istatistiki bakımdan anlamlı olarak yüksektir. BPB grubunda, GYS eşlik edenlerde öznel uyku, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, ilaç kullanımı, PUKİ toplam ve gündüz işlev bozukluğu puanları GYS eşlik etmeyenlerden istatistiki bakımdan anlamlı olarak yüksektir. Uyku kalitesi kötü olanların daha sık uyku ilacı alması beklenen bir durumdur.

İnsomnia GYS'nin ilk tanımlanmasından beri tanı ölçütleri arasında yer almıştır (1). GYS'li hastaların yaklaşık 3'te 2'sinin uyku bozukluğu ve/veya psikolojik sıkıntılar yaşantıladığı belirtilmektedir. GYS'li hastaların uyku yapıları ise yeteri kadar incelenmemiştir (92). Küçüköncü ve ark.'nın çalışmasında GYS'li hastaların GYS olmayanlara göre uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku bozuklukları ve gündüz işlev bozukluklarının anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Gece yemesi olan kişilerin uykuya dalmakta zorlandıkları çeşitli çalışmalarda bulgulanmıştır (13, 36). Ceru-Björk ve ark. 194 obez hastada yaptıkları çalışmada GYS olan hastaların diğer hastalara göre uykuya dalmakta daha fazla güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (29). de Zwaan ve ark. gece yemesi olanların %66'sında uykuya başlama insomniyası tespit etmişlerdir (60). GYS'li kişilerde yapılan iki polisomnografi çalışmasında katılımcılarda sık uyanmaların olduğu ve uyku verimliliklerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (59, 90). Yakın zamanda yapılan diğer polisomnografi çalışmalarında, GYS'li hastaların uyku yapılarında kontrol gruplarına göre belirgin değişiklikler olduğu ve gece yemelerin sıklıkla NREM dönemlerinde olduğu tespit edilmiştir (89,91). Rogers ve ark.'nın GYS'li 15 kadın katılımcı ve kontrol grubu ile yaptıkları polisomnografi çalışmasında, GYS'li katılımcıların evre 2 ve evre 3 uyku dönemlerinin kontrollere göre daha kısa olduğu, toplam uyku süreleri ve uyku verimliliklerinin düşük olduğu ve %93.3'ünün uykularından uyandıklarında yemelerinin olduğu tespit edilmiştir. Yazarlar yeme zamanındaki sirkadiyen gecikmenin uykudan yeme için uyanmalara yol açtığını öne sürmüşlerdir (89). Vetrugno ve ark.'larının çalışmasında gece yemesi olanların yüzeysel uykularında (NREM evre 1 ve 2) artış, derin (NREM evre 3 ve 4) ve

REM uyku dönemlerinde azalma, ayrıca uyku latensi, REM latansı ve uyku verimliliğinde düşme tespit edilmiştir (91). Çalışmamızın sonuçları yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlarla benzerdir. GYS hastalarında uyku bozukluklarının sık olduğu, günlük yaşamı etkilediği ve uyku kalitelerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada uykuda bozulmanın başlaması ile GYS başlaması arasındaki zamansal ilişki araştırılmamış olsa da, çalışmamızdaki sonuçlar Vinai ve ark.'larının belirttiği GYS'nin başlamasında insomniyanın etkin rol oynadığı düşüncesini desteklemektedir (92). GYS'nin en temel özelliğinden birisinin uykudan uyanarak yeme davranışının olduğu düşünülürse, GYS'li hastalardaki uyku bozukluklarının ayrıntılı değerlendirilmesi ve uyku sorunlarına yönelik tedavi girişimlerinin (uyku hijyeninin sağlanması ya da GYS'li hastalarda uyanmalarda yemek yemeden tekrar uyunamayacağına yönelik yanlış inanışların değiştirilmesi gibi) gece yeme yakınmalarını azaltabileceği söylenebilir.

Bipolar hastalarda uyku ile ilişkili en sık bildirilen yakınmalarından biri gündüz aşırı uykululuktur (124). BPB grubunda, GYS eşlik edenlerde gündüz işlev bozukluğu puanları MD grubunda, GYS eşlik edenlerden istatistiki bakımdan anlamlı olarak yüksektir. Bu yüksekliğin çıkmasında BPB grubunda uyku ilacı, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik, DDD kullananların oranı MD grubundan yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

5.17. WHOQOL BREF PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE GYS

Katılımcıların yaşam kaliteleri WHOQOL-BREF-TR alt ölçekleriyle (genel, bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel iyilik hali) değerlendirildi. Kontrol grubunun bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanları MD ve BPB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. MD grubunun sosyal alan puanları da BPB grubundan istatistiksel olarak sınırda bir anlamlılığa sahip olacak derecede yüksektir. Çalışmamızda, hastalığı olanların bedensel, ruhsal ve sosyal alan WHOQOL-BREF puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Ülkemizde Ülgen'nin yapmış olduğu araştırmada kişilerin sosyal katılımları ile depresyon durumları arasında ilişkiye rastlanılmıştır. Sosyal katılım ile depresyon

arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum hastaların toplum içine katılımları ve sosyal faaliyetleri arttıkça, depresyon seviyelerinin azalacağına işaret etmektedir (281). Bizim çalışmamızda MD grubunun sosyal alan puanının BPB'den yüksek bulunmasında MD remisyon dönemindekileri hastaların alınmış olmasının etkisi olabileceği gibi bu yüksekliğin çıkmasında BPB grubunda uyku ilacı, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik, DDD kullananların oranı MD grubundan yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda, MD grubunda, GYS eşlik edenler ve GYS eşlik etmeyenlerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamadık, fakat BPB grubunda, GYS eşlik edenler ve GYS eşlik etmeyenlerin yaşam kalitesi düzeyleri açısından GYS eşlik edenlerde yaşam kalitesi düzeyini GYS eşlik etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptadık. Çalışmamız, göreceli küçük ölçekli bir çalışmadır. Çalışmamız sonucunda GYS'nin MD'da yaşam kalitesini etkilemezken BPB'da yaşam kalitesini düşürdüğü sonucunu saptadık. Ayrıca genel olarak WHOQOL çevre değişkenini GYS'nin belirleyicisi olarak tespit edilmiş olması, WHOQOL çevre değişkeni ile GYS arasında güçlü bir bağ olduğunu desteklemektedir. Bu konuda daha geniş örneklemlerle çalışmalarda bulguların değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda, önceki çalışmaların sonuçları ile kısmen uyumlu biçimde, BPB ve MD tanısı konan olgularının yaşam kalitesi alanlarının tümünde kontrollerden daha olumsuz sonuçlara sahip olduğu saptandı. Ancak, MD grubunun sosyal alan puanları BPB grubundan istatistiksel olarak sınırda bir anlamlılığa sahip olacak derecede yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile depresyon, birbirini karşılıklı olarak olumsuz etkileyen iki durumdur. Yani, yaşam kalitesi düşüklüğü depresyonu; depresyonun fazlalığı yaşam kalitesi düşüklüğünü artırmaktadır. BDÖ düzeyleri ile yaşam kalitesi alt ölçekleri ve yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Bu alanda yapılmış çalışmalarda rezidü depresif semptomların yaşam kalitesi için en güçlü yordayıcı olduğu bildirilmiştir (282). Diğer taraftan BPB olgularında, ötimik dönemde bile yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (283, 284). Michalak ve ark.'ları, stabil fazdaki BPB hastalarında BPB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, BPB'nin eğitim, meslek, finansal işlevsellik, sosyal destek ve yakın

ilişkiler alanlarında belirgin olumsuz etkileri olduğunu saptamışlardır. Olgulardan bu alanları öncelik sırasına koymaları istendiğinde, sosyal desteğin yaşam kalitesinin en önemli belirleyicisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (285). Bir çalışmada, ötimik veya ötimik olmayan (mani/hipomani, depresyon) BAB hastalarının SF-36 ile değerlendirilen "Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi"nin (Health-related Quality of Life = HRQOL) alt ölçek skorlarının tamamının normal kontrollerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (284). Bu bulgulardan hareketle affektif hastalıklarda ötimik dönemde gerçek iyileşmeye ne kadar yaklaşıldığı tartışmaya açık bir husus olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer bir çalışmada, BPB hastaları ile bir genel toplum örneklemini karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, BPB olgularında SF-36 ile ölçülen HRQOL'in mental ve fiziksel bileşen skorlarının diğer grubun skorlarından düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yüksek düzeyli sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan BPB olguları, artan depresif belirtilerin daha şiddetli yeti yitimi ve işlevsellikte kötüleşme ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (286). BPB olgularının değerlendirildiği iki çalışmada, yaşam kalitesindeki bozulmanın depresif epizoddaki BPB olgularında en şiddetli olduğu ve bu olguları sırasıyla manik/hipomanik ve ötimik olguların izlediği bildirilmiştir (287,288). Zhang ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada, depresif belirtilerin SF-36 ile belirlenen yaşam kalitesi düzeylerinin güçlü bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (289).

Bir çalışmada, BAB depresif epizod olgularının yaşam kalitesi düzeyleri UD olgularından daha düşük olduğu bulunmuştur (299). Bazı araştırmacılar, yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığında, klinik açıdan önemli en küçük farkın ne olması gerektiğini araştırmışlardır. Klinik açıdan önemli minimum fark (Minimal Clinically Important Difference=MCID) kavramı, yaşam kalitesinde klinik açıdan önemli değişimin saptanmasında kayda değer bir yaklaşım olarak kabul edilebilir (291). Klinik açıdan MCID, tedavi başlanması veya tedavinin modifiye edilmesi gerekliliği konusunda klinisyeni uyaran en küçük değişim olarak tanımlanabilir (292). Samsa ve ark.'rı, SF-36 için MCID değerinin 3-5 olması gerektiğini bildirmişlerdir (293).

Yaşam kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları, depresyondaki hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir (294,295). Ağır depresyonu olan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin, hafif ve orta

şiddette depresyonu olan bireylerden daha düşük olduğu; depresyon şiddetinin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre alanları ve toplam yaşam kalitesi skorları ile negatif ilişki gösterdiği bildirilmiştir (294). Tekrarlayan depresyonu olan olguların dahil edildiği bir çalışmada, depresyon şiddeti ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (296). Tekrarlayan MDB'si olan olguların dahil edildiği 10 yıllık bir izlem çalışmasında, hastalığın akut fazında, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alanlarının puanlarında anlamlı azalma olduğu saptanmıştır (297). Zikic ve ark. tarafından yapılan çalışmada, MD tanısı konan hastaların yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında sağlıklı kontrollerden daha düşük skorlara sahip olduğu saptanmıştır (298).

Çalışmamızda MD grubunun sosyal alan puanları BPB grubundan istatistiksel olarak sınırdan bir anlamlılığa sahip olacak derecede yüksek saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada Sosyal iyilik hali ile genel işlevsellik düzeyi ve hastalık süresi için olumlu yönlü ilişki saptanmıştır. Remisyonunda olan bipolar hastaların sosyal iyilik hali açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalık süresi ile olumlu yönlü ilişki bildirilmiştir. Başka bir çalışmada anksiyete semptomlarının yaşam kalitesinin tüm alanlarında bozulmaya sebep olduğu rapor edilmiştir. Kocakaya ve ark.'nın çalışmasında sosyal iyilik hali ile hastalık süresi ve BAÖ arasında ilişki yönünden literatürle uyumlu sonuçlar bulunmuştur (290).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, BPB tip-1 hastalarında, MD hastalarında ve sağlıklı kontroller de GYS'nin sıklığını, BPB'nin klinik özellikleri ile GYS'nin ilişkisini, bu hasta gruplarında GYS'nin obeziteye katkısı, GYS'nin yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

- ✓ Çalışmamıza katılan BPB hastaları arasında %34 oranında ve MD hastaları arasında %13.2 oranında GYS eşlik ettiği bulundu. Sağlıklı kontroller, BPB hastaları ve MD hastaları arasında GYS görülme sıklığı bakımından BPB grubunda en yüksek bulundu. Ayrıca MD grubunda GYS olanlar oranı kontrol grubundan yüksek bulundu. Cinsiyetler arasında farklılık bulunmadı. Sigara kullanım açısından farklılık bulunmadı. Menstruel siklus ile ilişkili özellikler bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadı.
- ✓ Atakların mevsimsel özellik göstermesi, ilk atak türü, toplam atak sayısı, hastaneye yatış sayısı, epizot şiddeti, ataklar sırasında psikotik semptom varlığı, katatoni görülmesi, melankolik özellik, ataklar arası tam düzelme, hızlı döngülülük, karma özellik gösteren atak geçirmiş olmak, postpartum epizot, antidepresan kullanımı nedeniyle manik/hipomanik kayma olması gibi geçirilen ataklarının özellikleri bakımından GYS olan ve olmayan BPB arasında anlamlı farklılık saptanmadı.
- ✓ GYS tanısı olan BPB hastalarında; atipik depresyon atağı geçirmiş olmaya anlamlı olarak daha fazla rastlandı. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, BPB'de atipik depresyon atağı geçirmiş olan hastalarda, GYS görülme riski daha yüksek olarak bulundu.
- ✓ GYS tanısı olan BPB ve MD hastalarında, kilo, VKİ, bel çevresi gibi obezite ile ilişkili özelliklerin ortalamalarında GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.
- ✓ BPB hastalarında YEDÖ'de "tıkınırcasına yeme" altgrubu, "yeme ile ilgili endişeler" altgrup puan ortalaması ve YEDÖ "toplam puan" ortalaması GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre istatistiki açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. "Beden şekli ile ilgili endişeler" altgrubu, "kilo ile

ilgili endişeler” altgrubu ve “kısıtlama” altgrup puan ortalamasında anlamlı farklılık bulunmadı.

- ✓ GYS tanısı olan BPB hastalarında; YEDÖ’de “yeme ile ilgili endişeler” altgrup puan ortalamasının yüksek bulunmasına anlamlı olarak daha fazla rastlanıldı. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, BPB’de YEDÖ “yeme endişesi” değişkeninin bir birim artması GYS riskini daha yüksek olarak bulundu.
- ✓ MD hastalarında YEDÖ’de “tıkınırcasına yeme” altgrubu puan ortalaması, “yeme ile ilgili endişeler” altgrup puan ortalaması, “beden şekli ile ilgili endişeler” altgrubu puan ortalaması, “kilo ile ilgili endişeler” altgrubu puan ortalaması “kısıtlama” altgrup puan ortalaması ve YEDÖ “toplam puan” ortalaması GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre anlamlı farklılık bulunmadı.
- ✓ BPB ve MD hastalarında, PUKİ ile ölçülen uyku kalitesi GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre daha düşük bulundu.
- ✓ BPB hastalarında, WHOQOL-BREF ile ölçülen yaşam kalitesi düzeyleri GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre daha düşük bulundu.
- ✓ GYS tanısı olan BPB hastalarında; WHOQOL-BREF “çevre” değişkeni altgrup puan ortalamasının düşük bulunmasına anlamlı olarak daha fazla rastlanıldı. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, BPB’de WHOQOL-BREF “çevre” değişkeninin bir birim artması GYS riskini %42.6 azaltmakta olduğu bulundu.
- ✓ MD hastalarında, WHOQOL-BREF ile ölçülen yaşam kalitesi düzeyleri GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre anlamlı farklılık bulunmadı.
- ✓ BPB hastalarında, antidepresan, uyku ilacı, tipik antipsikotik kullanımı açısından GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre farklılık bulunmadı. BPB hastalarında, atipik antipsikotik kullanımı açısından GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre daha yüksek bulundu.
- ✓ GYS tanısı olan BPB hastalarında; atipik antipsikotik kullanıyor olmaya anlamlı olarak daha fazla rastlandı. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, BPB’de atipik antipsikotik kullanıyor olan hastalarda, GYS görülme riski 14.76 kat daha yüksek olarak bulundu.
- ✓ MD hastalarında, antidepresan, uyku ilacı, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik kullanımı açısından GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre farklılık bulunmadı.

- ✓ BPB hastalarında, depresyon düzeyleri açısından GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre daha yüksek bulundu. BPB hastalarında, anksiyete düzeyleri açısından GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre farklılık bulunmadı.
- ✓ MD hastalarında, depresyon ve anksiyete düzeylerine ilişkin puanlar açısından GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre farklılık bulunmadı.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, BPB hastalarında GYS'nin oldukça sık birlikte görülebildiği, BPB hastalarında olduğu kadar yüksek olmasada MD hastalarında GYS'nin sık birlikte görülebildiği, GYS eşlik eden hastalarda uyku kalitesi düzeyleri daha düşük olduğu ve GYS eşlik eden BPB hastalarda yaşam kalitesi düzeyleri daha düşük olduğu bulunmuştur. GYS'nin BPB klinik özellikleri bakımından belirgin bir etkisinin olmadığı gözükmemektedir.

Çalışmamızın güçlü yanları, kısıtlı yönleri ve ilerideki çalışmalara öneriler;

Çalışmamız MD ve BPB ile GYS'nin birlikteliğini klinik özellikleri ile birlikte inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır.

Değerlendirilen hastalarla klinik görüşme yapılarak tanı koyulmuş olması sadece ölçekle yapılan çalışmalara göre çalışmamızın güçlü yanıdır.

Çalışmamızda sağlıklı kontrollerinde dahil edilmiş olması genel popülasyon ile karşılaştırma olanağı sağlamıştır. Kontrol grubunun olması bulgularımızın gücünü arttırmıştır.

BPB tip-1 ve MD tanısı olan hastalar ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş olan sağlıklı kontrollerin alınmış olması çalışmamızın güçlü yanıdır.

Çalışmamıza tüm VKİ sınıfından katılımcıların alınmış olması çalışmamızın güçlü yanıdır.

Ayrıca çalışmamızda hastaların ötimik dönemde alınmış olması ve anlamlı sonuçlar elde edilmesi çalışmanın güçlü yanlarından biridir.

Çalışmamız kesitsel nitelikte olduğu için BPB ve MD klinik özelliklerini incelemek bakımından yeterli olmayabilir. İzlem çalışması yapılması durumunda klinik özellikler hakkında daha nitelikli bilgilere ve sonuçlara ulaşılabilir.

Sonuçlarda kesin bir neden sonuç ilişkisinin olmaması, benzer popülasyonda yapılmış çalışmaların olmaması ya da sayıca az olması nedeniyle karşılaştırma yapmanın mümkün olmaması veya yetersiz kalması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

Örneklem grubunda BPB grubunun sadece BPB Tip-1 hastalarından oluşması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

Çalışmamızın örneklem genişliği görece olarak az olması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Daha geniş örneklemde çalışmak bulgularımızın gücünü arttıracaktır.

Hastaların klinik ve seyir özellikleri kendilerinden, varsa yakınlarından ve dosya bilgilerinden elde edildiğinden bu değişkenler açısından hafıza yanlılığı olabileceği düşünülerek sonuçlar değerlendirilmelidir.

Hastalar çalışma esnasında tedavi almakta olup ilaçların GYS üzerine etkilerinin mi yoksa hastalığın GYS etkisinin mi olduğunu ayırt etmek güçleşmiştir. İlaçlar açısından karşılaştırma yapılmış olsa da ilaçların GYS üzerine etkileri net değildir. Kullanılan antipsikotik çeşitlerinin GYS riskini artırdığı düşünülmektedir. Bu konu antipsikotik kullanmayan hastalarla yapılacak çalışmalarda aydınlatılması gereken bir konudur.

Uykunun PUKİ ile öznel olarak değerlendirilmiş olması çalışmamızın temel kısıtlılıklarındandır. PUKİ ile son bir ayın sorgulanması, hatırlamıyor olma ya da yanlış hatırlama nedeniyle yanlış pozitif ya da negatif sonuçlara neden olabilir.

Katılımcıların yaşam kaliteleri WHOQOL-BREF-TR ile öznel olarak değerlendirilmiş olması çalışmamızın temel kısıtlılıklarındandır. WHOQOL-BREF-TR ile son iki haftanın sorgulanması, hatırlamıyor olma ya da yanlış hatırlama nedeniyle yanlış pozitif ya da negatif sonuçlara neden olabilir.

YEDÖ'nün Türkçe çevirisinin yetişkinler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmamış olması araştırmamızın temel kısıtlılıklarındandır. Bununla

birlikte yetişkinlerde yapılan bir çalışmada YEDÖ'nün kullanılmış olduğu görülmekte ve çalışmamızda kullanılmasında sakınca görülmemiştir.

Çalışmamızın örneklemini Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Bu nedenle sonuçların genel hasta popülasyonuna genellenmemesi gerekir.

Yöntemimiz kesitsel olduğu için GYS klinik özelliklerini incelemek bakımından yeterli olmayabilir. İzlem çalışması yapılması durumunda klinik özellikler hakkında daha nitelikli bilgilere ve sonuçlara ulaşılabilir.

İleriki çalışmalarda bu konu ile ilgili çalışacak araştırmacıların örneklem grubunu genişletmesi önerilmektedir.

İleriki çalışmalarda uyku ve yaşam kalitesinin daha objektif değerlendirme yöntemleri ile ölçülmesi ve alt tiplere göre yaşam ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

İleriki çalışmalarda tedavi alan ve almayan grupların karşılaştırılması ve tedavi altında olanların ilaçları konusunda eşleştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med* 1955; 19:78-86.
2. Birketvedt GS, Florholmen JR, Sundsfjord J, Osterud B, Dinges D, Bilker W et al. Behavioral and neuroendocrin characteristics of the night eating syndrome. *JAMA* 1999;282:657-663.
3. Kessler, RC.; Wang, PS. Epidemiology of depression. In: Gotlib, IH.; Hammen, CL., editors. *Handbook of depression*. New York: Guilford; 2009; 5-22.
4. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RM, Wang PS. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163:1561– 1568.
5. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64:543– 552.
6. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34–38 years. *Journal of Affective Disorders*. 2002; 68:167–181.
7. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions prebipolar? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995; 34:754–763.
8. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003; 64(2):161–174.
9. Watson C, Quilty LC, Bagby RM. Differentiating bipolar disorder from major depressive disorder using the MMPI-2-RF: A receiver operating characteristics (ROC) analysis. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*. 2011; 33:368–374.
10. Fairburn CM, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361:407–16.
11. Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res* 2001;9:264-267.

12. Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. Binge eating disorders and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:1107-1115.
13. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, Mitchell JE, Schenck CH, Howell MJ, Crow SJ, Engel S, Latzer Y, Tzischinsky O, Mahowald MW, Stunkard AJ. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2010;43:241-247.
14. Zwaan M, Burgard MA, Schenck CH, Mitchell JE. Night time eating: A review of the literature. *Eur Eat Disord Rev* 2003;11:7-24.
15. Talbot LS, Stone S, Gruber J, Hairston IS, Eidelman P, Harvey AG. A test of the bidirectional association between sleep and mood in bipolar disorder and insomnia. *J Abnorm Psychol*. 2012; 121(1):39-50.
16. Pawlow LA, O'Neil PM, Malcolm RJ. Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:970-978
17. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1:132-154
18. Howell MJ, Schenck CH, Crow SJ. A review of nighttime eating disorders. *Sleep Med Rev*. 2009; 13: 23-34.
19. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 1-12.
20. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM ve ark. Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *JAMA*, 1994, 272: 205-211
21. Raymond SU, Leeder S, Greenberg HM. Obesity and cardiovascular disease in developing countries: a growing problem and an economic threat. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2006 9: 111-116
22. Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord*. 2007 Nov;40 Suppl:S83-8.
23. Volkow ND, O'Brien CP. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry*. 2007 May;164(5):708-10.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. yay. yön. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
25. Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O'Reardon JP, Berg KC, Galbraith J, Martino NS, Stunkard AJ. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *Am J Psychiatry* 2006; 163:156-158

26. Rand CSW, Macgregor MD, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among post-operative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord* 1997; 22:65-69
27. Fischer S, Meyer AH, Hermann E, Tuch A, Munsch S. Night eating syndrome in young adults: delineation from othereating disorders and clinical significance. *Psychiatry Res* 2012; 200:494-501
28. Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E, Young L. Binge eating disorder and the night eating syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20:1-6.
29. Ceru-Bjork C, Andersson I, Rossner S. Night eating and nocturnal eating-two different or similar syndromes among obese patients? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:365-372
30. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond)* 2007;31:1722-1730.
31. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand C, Gibbons L, ve ark. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. 14(Suppl.2):77-82. *Obesity* 2006
32. Hsu LK, Betancourt S, Sullivan SP. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19:23-34
33. Adami GF, Meneghelli A, Scopinaro N. Night eating and binge eating disorder in obese patients. *Int J Eat Disord* 1999;25:335-338
34. Lundgren JD, Allison KC, O'Reardon JP, Stunkard AJ. A descriptive study of non-obese persons with night eating syndrome and a weight-matched comparison group. *Eat Behav.* 2008 Aug;9(3):343-51
35. Friedman S, Even C, Thuile J, Rouillon F, Guelfi JD. Night eating syndrome and winter seasonal affective disorder. *Appetite* 2006; 47:119-122
36. Küçükgöncü S, Tek C, Beştepe E, Musket C, Gülöksüz S. Clinical features of night eating syndrome among depressed patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(2):102–108
37. Arslan, F. C., Tiryaki, A., Aykut, D. S., Özkorumak, E., İlter, Z. Ç., & Günaydın, D. Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kilolu veya Obez Ayaktan Hasta Grubunda Gece Yeme Sendromu Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2015;26
38. Bilgiç O., Affektif bozukluklarda gece yeme sendromunun sıklığı ve ilişkili klinik özellikleri. *Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi / Cerrahpaşa Tıp Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı* 2015:78-79

39. Grilo CM, Masheb RM. Night-time eating in men and women with binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2004; 42: 397–407.
40. Aronoff NJ, Geliebter A, Zammit G. Gender and body mass index as related to the night-eating syndrome in obese outpatients. *J Am Diet Assoc* 2001;1101:102–104.14
41. Küçükgöncü, S., & Beştepe, E. Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Gece Yeme Sendromu. *Nöropsikiyatri Arşivi* , 2014, 51, 368-375.
42. Stunkard AJ, Allison KC, Lundgren JD, Martino NS, Heo M, Etemad B, O'Reardon JP. A paradigm for facilitating pharmacotherapy at a distance: sertraline treatment of the night eating syndrome. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1568-1572.
43. Palmese LB, De George PC, Ratliff JC ve ark. (2011) Insomnia is frequent in schizophrenia and as sociated with night eating and obesity. *Schizophr Res* 133:238-243.
44. Cleator J, Abbott J, Judd P ve ark. (2013) Correlations between night eating, sleep qualıt yandex cessive day time sleepiness in a severe lyobese UK population. *Sleep Med* 14:1151-1156.
45. O'Reardon JP, Ringel BL, Dinges DF, Allison KC, Rogers NL, Martino NS, et al. Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. *Obes Res* 2004; 12:1789-1796.
46. Berry EM, Growdon JH, Wurtman JJ, Caballero B, Wurtman RJ. A balanced carbohydrate: protein diet in the management of Parkinson's disease. *Neurology* 1991; 41:1295 – 1297.
47. Yokogoshi H, Wurtman RJ. Meal composition and plasma amino acid ratios: effects of various proteins or carbohydrates, and of various protein concentrations. *Metab Clin Exp* 1986; 35:637– 642.
48. Napolitano MA, Head S, Babyak MA, Blumenthal JA. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord* 2001;30:193-203.
49. Sassaroli S, Ruggiero GM, Vinai P, Cardetti S, Carpegna G, Ferrato N, Vallauri P, Masante D, Scarone S, Bertelli S, Bidone R, Busetto L, Sampietro S. Daily and nightly anxiety among patients affected by night eating syndrome and binge eating disorder. *Eat Disord* 2009;17:140-145.
50. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Hook JM, Schreiber GB, Crawford PB, Daniels SR. Night eating syndrome in young adult women: prevalence and correlates. *Int J Eat Disord* 2005;37:200-206.
51. Bekker MH, van de Meerendonk C, MollerusJ.Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *Int J Eat Disord*. 2004;36:461-469.

52. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel Yeme, Journal of Mood Disorders 2013;3(4): 171-8
53. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. J Psychosom Res. 1996;41:561-8.
54. Waller G, Matoba M. Emotional eating and eating psychopathology in nonclinical groups: a cross-cultural comparison of women in Japan and the United Kingdom. Int J Eat Disord. 1999;26:333-40
55. Blair AJ, Lewis VJ, Booth DA. Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control? Appetite. 1990;15:151-7.
56. McCrone S, Dennis K, Tomoyasu N, Carroll J. A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. J Womens Health Gend Based Med. 2000;9:1007-13
57. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from selfawareness. Psychol Bull. 1991;110:86-108.
58. Nolan LJ, Geliebter A. Night eating is associated with emotional and external eating in college students. Eat Behav. 2012;13:202-6.
59. Spaggiari MC, Granella F, Parrino L, Marchesi C, Melli I, Terzano MG. Nocturnal eating syndrome in adults. Sleep 1994;17:339-344
60. de Zwaan M, Roerig D, Crosby R, Karaz S, Mitchell J. Nighttime eating: A descriptive study. Int J Eat Disord 2006; 39: 224–232.
61. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. J Clin Psychiatry 1997;58:249-251
62. Morgenthaler TI, Silber MH. Amnestic sleep-related eating disorder associated with zolpidem. Sleep Med 2002; 3: 323-327.
63. Grilo CM, Shiffman S. Longitudinal investigation of the abstinence violation effect binge eaters. J Consult Clin Psychol 1994; 62: 611-619.
64. O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night eating syndrome : diagnosis, epidemiology and management. CNS Drugs 2005;19:997-1008.
65. Korkmaz, S., Aksu, M. (2014). Uykuda Yemek Yeme Alışkanlığı Sonucu Kilo Alma Yakınması ile Başvuran Uyku ile İlişkili Yemek Yeme Bozukluğu. Türk Uyku Tıbbı Dergisi. 2, 60-61.
66. Vander Wal JS. Night eating syndrome: A critical review of the literature. Clin Psychol Rev 2012; 32: 49-59.

67. Stunkard AJ, Allison KC, Geliebter A, Lundgren JD, Gluck ME, O'Reardon JP. Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome. *Compr Psychiatry* 2008; doi:10.1016/j.comppsy. 2008.09.013.
68. Yılmaz H, Tuncel D (ed). *Uyku bozukluklarında tedavi rehberi*. 2014.
69. Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasının 3. versiyonunu (International Classification of Sleep Disorders. Version 3 – ICSD-3) 2014
70. Karadağ, H., Alışır, B., Örsel, S., & Türkçapar, H. Kleine-Levin Sendromu: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 2010 13, 92-96.
71. Allison KC, Stunkard AJ, Their SL. *Overcoming night eating syndrome: a step-by-step guide to breaking the cycle*. Oakland, CA, New Harbinger, 2004.
72. Rand CS, Kuldau JM. Morbid obesity: a compraison between a general population and obesity surgery patients. *International Journal of Obesity* 1993;17:657-661
73. Lundgren JD, Rempfer MV, Brown CE, Goetz J, Hamera E. The prevalence of night eating syndrome and binge eating disorder among overweight and obese individuals with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2010;175:233-236.
74. Birketvedt GS, Sundsfjord J, Florholmen JR. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the night eating syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2002;282:E366-E369.
75. Qin LQ, Li J, Wang Y, Wang J, Xu JY, Kaneko T. The effects of nocturnal life on endocrine circadian patterns in healthy adults. *Life Sci* 2003;73:2467-2475.
76. Cummings DE, Weigle DS, Frayo RS, Breen PA, Ma MK, Dellinger EP, Purnell JQ. Plasma ghrelin levels after diet-induced weight loss or gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2002;346:1623-1630
77. Tschop M, Smiley DL, Heiman ML. Ghrelin induces adiposity in rodents. *Nature* 2000;407:908-913.
78. Allison KC, Ahima RS, O'Reardon JP, Dinges DF, Sharma V, Cummings DE, Heo M, Martino NS, Stunkard AJ. Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep, and stress in the night eating syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:6214-6217.
79. Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992;267:1244-1252.
80. Vgontzas AN, Bixler EO, Lin HM, Prolo P, Mastorakos G, Vela-Bueno A, Kales A, Chrousos GP. Chronic insomnia is associated with nyctohemeral activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: clinical implications. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:3787-3794.

81. Goel N, Stunkard AJ, Rogers NL, Van Dongen HP, Allison KC, O'Reardon JP, Ahima RS, Cummings DE, Heo M, Dinges DF. Circadian rhythm profiles in women with night eating syndrome. *J Biol Rhythms* 2009;24:85-94.
82. O'Reardon JP, Allison KC, Martino NS, Lundgren JD, Heo M, Stunkard AJ. A randomized, placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2006;163:893-898.
83. Reardon JP, Stunkard AJ, Allison KC. Clinical trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2004;35:16-26.
84. Miyaoka T, Yasukawa R, Tsubouchi K, Miura S, Shimizu Y, Sukegawa T, Maeda T, Mizuno S, Kameda A, Uegaki J, Inagaki T, Horiguchi J. Successful treatment of nocturnal eating/drinking syndrome with selective serotonin reuptake inhibitors. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18:175-177.
85. Frazer A. Pharmacology of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17 (Suppl 1):2-18.
86. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389.
87. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:529-535.
88. Clifton PG, Kennett GA. Monoamine receptors in the regulation of feeding behaviour and energy balance. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2006;5:293-312.
89. Rogers NL, Dinges DF, Allison KC, Maislin G, Martino N, O'Reardon JP, Stunkard AJ. Assessment of sleep in women with night eating syndrome. *Sleep* 2006;29:814-819.
90. Manni R, Ratti MT, Tartara A. Nocturnal eating: prevalence and features in 120 insomniac referrals. *Sleep* 1997;20:734-738.
91. Vetrugno R, Manconi M, Ferini-Strambi L, Provini F, Plazzi G, Montagna P. Nocturnal eating: sleep-related eating disorder or night eating syndrome? A videopolysomnographic study. *Sleep* 2006;29:949-954.
92. Vinai P, Allison KC, Cardetti S, Carpegna G, Ferrato N, Masante D, Vallauri P, Ruggiero GM, Sassaroli S. Psychopathology and treatment of night eating syndrome: a review. *Eat Weight Disord* 2008;13:54-63.
93. Adami GF, Campostano A, Marinari GM, Ravera G, Scopinaro N. Night eating in obesity: A descriptive study. *Nutrition* 2002; 18:587-589

94. Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, Birketvedt G, Stunkard AJ. Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eat Disord* 2004; 35:217-222
95. Kant AK, Schatzkin A, Ballard-Barbash R. Evening eating and subsequent long-term weight change in a national cohort. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:407-412.
96. Andersen GS, Stunkard AJ, Sorensen TI, Petersen L, Heitmann BL. Night eating and weight change in middle-aged men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1338-1343.
97. Cengiz, Y., Toker S. G., Oğuz Karamustafalıoğlu, K., Bakım, B., & Özçelik, B. Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Gece Yeme Sendromunun Yaygınlığı ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. In *Yeni Symposium*, 2011, (Vol. 49, No. 2).
98. WHO, Preventing Suicide: A Resource for Primary Health Care Workers (2000), [www.who.int/mental_health/resources/suicide /en/](http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/) (Erişim tarihi: 8 Mayıs 2014).
99. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011; 1: 39-47.
100. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları: Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998.
101. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas 1995
102. Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore, 1995.
103. Savrun M., Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Semp. 2-3 Aralık 1999, İst., s. 11-17
104. World Health Organisation: International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva, World Health Organisation 1992
105. Yüksel N. Ruhsal hastalıklar, 2. basım, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2001, 220-223.
106. Öztürk MO. ve Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2016: 261-334.
107. Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry 2. cilt. Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007: 1498-1580..

108. Duygulanım Bozuklukları. Öztürk MO, Uluğahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, 337-427
109. Rihmer Z, Angst J. Mood Disorders: Epidemiology. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Ed.) Kaplan&Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009, 1645-1652
110. Vahip S., Bipolar Depresyon, Klinik Psikiyatri 2004; 1: 41-44
111. Küey L, Gülseren G. Sağaltım Öncesi Değerlendirme, Tanısal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. Yazıcı O, Oral ET, Vahip S (Ed.) Depresyon Sağaltım Kılavuzu. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2008, 13-34
112. Devlin MJ, Walsh T. Eating disorders and depression. Psychiatric Annals. 1989;19:473-476.
113. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P ve diğerleri. Yeme bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile ilgili komorbidite çalışmaları. Eleştirel literatür taraması. J Şikayet Etmektedir. 2007; 97: 37-49
114. Outi M, Melartin TK, Suominen K, Heikki JR. Differences in axis I and II comorbidity between bipolar I ve II disorders and major depressive disorder. J Clin psychiatry. 2006;67:584-593.
115. Puccio F, Fuller-tyszkiewicz M, Ong D, Krug I, A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. Int J Eat Disord. (2016). doi:10.1002/eat.22506 (Epub ahead of print)
116. Wamboldt FS, Kaslow NJ, Swift WJ, Ritzholds M. Short-term course of depressive symptoms in patients with eating disorders. Am J Psychiatry. 1987;144:362-364
117. Katz JL. Eating disorder and affective disorder: relatives or merely chance acquaintances? Comprehensive Psychiatry. 1987;28:220-228
118. Altshuler KZ, Weiner MF. Anorexia and depression: a dissenting view. Am J Psychiatry. 1985;142:328-332.
119. Laessle RJ, Kittl S, Fitcher MM, Wittchen HU, Pirke KM. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimiya. Br J Psychiatry. 1987;151:785-789.
120. Silverstone PH. Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. Psychological Reports. 1990;67:276-8.
121. Halmi KA, Eckert E, MarchiP ve ark. (1991) Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 48(8):712-718.

122. Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE ve ark. (1994) Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *J Psychosom Res* 38:773-781.
123. Braun DL, Sunday SR, Hamli KA (1994) Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 24:857-867.
124. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, Rotatıp Kitapevi. Ankara, 2013.
125. Abood Z, Abood A, Sharkey M, Weeb A, Kelly and M. Gill. Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disord* 2002; 4: 243 – 48.
126. Hirschfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, Faraone SV, Dowd ST, De Petrillo LA, Markowitz SM, Rosenbaum JF. Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry Res.* 2006, Dec 7; 145(2-3): 155-67. Epub 2006 Nov 1.
127. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual Diagnosis: a review of etiological theories; *Addict Behav*, 1998;23:717-734
128. Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE. Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord* 2006; 96:259-269
129. Hilty DM, Leamon MH, Lim RF, Kelly RH, Hales RE. A Review of Bipolar Disorder in Adults. *Psychiatry (Edgmont)* 2006; 3(9):43–55.
130. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA et al. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg* 2012; 23:149-160
131. Aydemir Ö, Eren I, Savaş H, Kalkan Oğuzhanoglu N. ve ark ; Development of a questionnaire to assess inter-episode functioning in disorder: Disorder Functioning Questionnaire. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:344-352
132. Bilici M, Bipolar Türkiye Çalışması Araştırma Grubu. Ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastalarda tedavi yaklaşımlarının ve hasta özelliklerinin değerlendirilmesi. 14. Bahar Sempozyumu, 2010; SB-16: 111
133. Gültekin BK, Günderci A, Balcı MV, Kökcü F, Gedikbaş C, Özcan ME. Duygudurum bozukluğu tanısı ile yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: bir ön bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18:183-188
134. Kesebir S, Şayakçı S, Süner Ö. Geç başlangıçlı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012; 25:244-251

135. Doğanayşargil-Baysal GÖ, Gökmen Z, Akbaş H, Cinemre B, Metin Ö, Karaman T. Bipolar bozuklukta serum homosistein ve metiyonin düzeylerinin bilişsel işlevler ve işlevsellikle ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2013; 24:7-16.
136. Üstündağ MF, Kesebir S. İkiüçlü bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2013; doi:10.5080/u7123.
137. Yazla E, İnanç L, Bilici M. İkiüçlü bozukluk manik dönemdeki hastalarda sosyodemografik özellikler, klinik belirtiler ve işlevsellik seviyesinin birbiriyle ilişkisi ve cinsiyete göre farklılıkları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012; 25:221-229
138. Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. Health Qual Life Outcomes 2011; 9:90
139. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N et al. Türkiye’de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2012; 22:31-42.
140. İbiloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, bipolar-II ve majör depresif bozuklukta ayrışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. Turk Psikiyatri Derg 2011; 22:159-165.
141. Krüger S, Trevor Young L, Braunig P. Pharmacotherapy of bipolar mixed states. Bipolar Disord 2005; 7:205-215
142. Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. J Affect Disord 2006; 96:215-223
143. Hantouche EG, Akiskal HS, Azorin JM, Châtenet-Duchêne L, Lancrenon S. Clinical and psychometric characterization of depression in mixed mania: a report from the French National Cohort of 1090 manic patients. J Affect Disord 2006; 96:225-232
144. Özyıldırım I, Çakır S, Yazıcı O. Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. Eur Psychiatry 2010; 25:47-51
145. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2005; 16:164-169
146. Yüncü Z, Kesebir S, Akdeniz F, Vahip S. Anticipation in Bipolar Disorder: A Comparison Between Two Generations. Turk Psikiyatri Derg 2008; 19:349- 357.
147. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İkiüçlü Bozukluk Sağaltım Kılavuzu, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010.

148. Bilici M, Kesebir S, Özkorumak E. ve ark. ; Türkiye’de bipolar bozukluğun ele alınmasında pratik uygulamalar ve hasta özelliklerinin kesitsel incelenmesi *Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15:304-312
149. Stahl SM. Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi. 3 ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012.
150. Sachs GS, Thase ME, Otto MW, Bauer M, Miklowitz D, Wisniewski SR et al. Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*, 2003; 53(11):1028-42.
151. Sadock BJ, Sadock VA. (2005) Mood disorders. Kaplan & Sadock’s Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (ed). Lippincott Williams & Wilkins.
152. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 445-57.
153. Mc. Elroy SL, Akiskal HS. The mixed bipolar disorder, *J Affect Disord* 2000: 63-88.
154. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, Ketter TA, Miklowitz DJ, Otto MW, Gyulai L, Reilly-Harrington NA, Nierenberg AA, Sachs GS, Thase M. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *E. Am J Psychiatry*. 2006 Feb;163(2):217-24
155. Oral T. İkiuçlu Bozukluk. (2002.) İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı; 441-503
156. Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum Bozuklukları.(4. Cilt.) (2001) 1. baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın
157. Tsai SY, Kuo Cj, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicid in BPB. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 469-76
158. Maria A, Quendo MD, Christine W, ve ark.. Suicidal behavior in bipolar mood disorder; clinical charecteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000; 59: 107-17
159. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, ve ark. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. . *J Clin Psychiatry*. 2005 Nov;66(11):1456-62.
160. Holma KM, Haukka J, Suominen K,ve ark. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord*. 2014 Sep;16(6):652-61. doi: 10.1111/bdi.12195. Epub 2014 Mar 17.

161. MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT. Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003 Oct;5(5):349-55.
162. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders*. 2006;8:686-695.
163. 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 Feb 1;61(3):348-58.
164. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, Keck PE, Nolen WA, Kupka R, Post RM. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;128:191-8
165. Perugi G, Toni C, Passino MCS, Akiskal KK, Kaprinis S, Akiskal HS. Bulimia nervosa in atypical depression: The mediating role of cyclothymic temperament. *Journal of Affective Disorders*. 2006;92:91-97.
166. Blinder, BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68: 454-462.
167. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE Jr, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord*. 2005;86:107-27.
168. Gogarty F, Russel JM, Newman SC () Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. *Mania. Acta Psychiatr Scand*, 1994 ,376 (Suppl): 16-23
169. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord*, 1998, 50:143-151.
170. Kuruoğlu AÇ, Yeme bozukluğunda genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Dergisi*, 2000, 10:32-37.
171. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV, Version 2.0). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute 1997.
172. Özkürkçügil A, Aydemir O, Yıldız M, Danacı A, Köroğlu E. Structured clinical interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I); Turkish adaptation and reliability study. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:233-236.
173. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* 1996; 4: 251-259.
174. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.

175. Ulusoy M, Sahin N.H., Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother Int Q* 1998;12:163-172.
176. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13(2): 107-114.
177. Fairburn CG, Beglin SJ, Eating disorder examination questionnaire (6.0). In: Fairburn CG (ed) *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press, New York, 2008, 309–313.
178. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*, New York: Guilford Press, 2002, 317–360.
179. Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG () The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br J Psychiatry* 1989;154:807–812. doi:10.1192/bjp.154.6.807.
180. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *The International Journal of Eating Disorders* 1994;16:363-70.
181. Yücel B, Polat A, İkiz T, Dugor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorder Reviev*. 2011, doi:10.1002/erv.1104
182. Atasoy N, Saracli O, Konuk N, Ankarali H, Guriz S, Akdemir A ve ark. The reliability and validity of Turkish version of The Night Eating Questionnaire in psychiatric outpatient population. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013. doi: 10.5455/apd.39829.
183. Buysse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
184. Buysse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep* 1991;14:331-338.
185. Agargun MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1996;7:107-115.
186. Eser E, Fidaner H, Fidaner C ve ark. WHOQOL-100 ve WHOQOL–BREEF’in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi* 1999; 23:40.
187. Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock’ n’ roll)* (3rd ed.). London: Sage.
188. Rand CSW, Kuldau JM. Eating patterns in normal weight individuals: bulimia, restrained eating, and the night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 1986; 5:75-84.

189. Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Affenito S, Kraemer H. Night eating: Prevalence and demographic correlates. *Obesity* 2006; 14:139–147.
190. Saraçlı Ö, Atasoy N, Akdemir A ve ark, The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatry out patient population. *Compr Psychiatry*, 2015, 57:79-84
191. Von Zerssen D., Akiskal H.S. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character, *J Affect Disorders*, 1998, 51: 1-5.
192. Mitchell P, Malhi G. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disorder*, 2004, 6: 530-539.
193. Kupfer DJ, Shatzberg AF (eds). *Textbook of Mood Disorders*, Washington Dc: The American Psychiatric Publishing, 2005: 21- 486.
194. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7:119-125.
195. Coryell W, Akiskal H, Leon AC, Turvey C, Solomon D, Endicott J. Family history and symptom levels during treatment for bipolar I affective disorder. *Biol Psychiatry*. 2000;47:1034-1042.
196. Kim O.S., Kim M.S., Lee J.E., Jung H. Depression Eating disorder Women's health Mental health Nurses' Health Study Korea Nurses' Health Study. *public health* 141 (2016) 80-87
197. Okan İbiloğlu A., BDB tip I, BDB tip II ve majör depresif bozukluklu hastalarda ayrıştırıcı sosyodemografik, klinik ve affektif mizaç özellikleri, *Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, /Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı* 2010:47-54-79
198. Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS. Is there a relationship between mood disorders and affective temperaments? *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15:183-190
199. Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2008;161:51-58
200. Keck PE, McElroy SL. Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy associated weight gain. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1426-1435.
201. Milano W, De Rosa M, Milano L, Capasso A. Night eating syndrome: an overview. *J Pharm Pharmacol*. 2012 Jan;64
202. Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A, Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, 2007 ;48:516-521.

203. Pisetsky EM, Chao YM, Dierker LC, May AM, Striegel-Moore RH. Disordered eating and substance use in high-school students: results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Int J Eat Disord* 2008;41:464-470.
204. Sandager N, Peterson CB, Allen S, Henderson KE, Crow S, Thuras P. Tobacco use and comorbidity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008;41:734-738.
205. Saules KK, Collings AS, Hoodin F, Angelella NE, Alschuler K, Ivezaj V, Saunders-Scott D, Wiedemann AA. The contributions of weight problem perception, BMI, gender, mood, and smoking status to binge eating among college students. *Eat Behav* 2009;10:1-9.
206. Kendzor DE, Adams CE, Stewart DW, Baillie LE, Copeland AL. Cigarette smoking is associated with body shape concerns and bulimia symptoms among young adult females. *Eat Behav* 2009;10:56-58.
207. Provini F, Vetrugno R, Montagna P. Sleep-related smoking syndrome. *Sleep Med* 2008;9:903-905.
208. Antypa, Niki, and Alessandro Serretti. "Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder." *Journal of affective disorders* 156 (2014); 178-186.
209. Goodwin FK, Jamison KR., *Manic Depressive Illness*. New York, 1990, Oxford University Press.
210. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease and Beyond: Misdiagnosis, Antidepressant use and a proposed definition for Bipolar spectrum disorder, *Canadian Journal of psychiatry*, 2002, 47: 125-134.
211. Mc Elroy SL, Keck PE, Pope HGJ et al. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am. J. Psychiatry*, 1992; 149: 1633- 1644.
212. Manning JS, Ahmed S. Mood disorders in family practice: beyond unipolarity to bipolarity. *J Clin Psychiatry*, 2002, (4): 142-150.
213. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, Austin MP, Rutgers P, Malhi GS. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 212-216.
214. Cuellar A., Johnson, S. L., & Winters, R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 2005; 25, 307–339.
215. Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J. Hyperthymic and depressive temperaments study in controls, as a function of their familial loading for mood disorders. *Encephale*, 2004 (30): 509-514.
216. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire JF, et al. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J Affect Disord* 2005; 85:29-36.

217. Dell’Osso L, Placidi GF, Nassi R et al. The manic- depressive mixed state: Familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female inpatients. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 1991; 240: 234- 239.
218. Kesebir S, Bayrak A, Ünübol B, Turan Ç, Ünal A, Çakır S. Are depressive episodes of bipolar disorder I and II different? *Bipolar Disord* 2012; 14(suppl 1):89.
219. Scott J, Predicting Medication Non-Adherence In Severe Affective disorders. *Acta Neurolpsychiatr* 2000; 12:128-30.
220. Bech P, Vendsborg P, Rafaelsen O. Lithium Maintenance Treatment of Manic-Melancholic Patients: Its Role In the Daily Routine. *Acta Psychiatr Scand* 1976; 53:70-81.
221. Laura B. Palmese a, Joseph C. Ratliff a , Erin L. Reutenauer a , K. Melek Tonizzo b , Carlos M. Grilo a , Cenk Tek a Prevalence of night eating in obese individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder; *Compr Psychiatry*. 2013 Apr;54(3):276-81
222. Jennifer D. Lundgren, Ph.D.Kelly C. Allison, Ph.D. Scott Crow, M.D. John P. O’Reardon, M.D. Kelly C. Berg, B.S. Juliette Galbraith, M.D. Nicole S. Martino, B.S. Albert J. Stunkard, M.D. Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population ; *Am J Psychiatry* 2006; 163:156–158
223. Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. *J Psychiatr Res* 2003;37:193-220.
224. Jensen GL. Drug-induced hyperphagia: what can we learn from psychiatric medications? *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2008;32:578-581.
225. Cantwell, D.P, Sturzenberger, S. et al (1977) Anorexia Nervosa. An affective disorder? *Archives Gen Psychiatry*; 34: 1087-1093.
226. Garfinkel, P.E., Lin, B. et al., (1995) Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J of Psychiatry*; 152: 1052-1058.
227. Runfolo CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. *J Adolesc Health*. 2014 Jul;55(1):41-8.
228. Mury, M. Verdoux, H. et al. (1995) Comorbidity of bipolar and eating disorders. Epidemiologic and therapeutic aspects. *Encephale*; 21: 545-553
229. Simpson S.G, al-Mufti, R. et al (1992) Bipolar II affective disorder in eating disorder inpatients. *J Nerv Mental Disease*; 180: 719-722.
230. Sullivan PF, Bulik CM, et al (1995) The significance of a history of childhood sexual abuse in Bulimia Nervosa. *Brit J Psychiatry*; 167: 679-682.

231. Kruger S., Shugar, G., et al (1996) Comorbidity of binge eating disorder and partial binge eating syndrome with bipolar disorder. *Int J Eating Disor*; 19: 45-52.
232. Ramacciotti CE, Paoli RA, et al (2005) Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders, *Psychiatry Research*; 135: 165-170
233. Simkin RJ, Premenstrual syndrome: Approaches to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician*, 1985, 33:1959-1967
234. Hakkarainen R, Johansson C, Kiesappa T, Partonen T, Koskenvuo M, Kaprio J, et al. Seasonal changes, sleep length and circadian preference among twins with bipolar disorder. *BMC Psychiatry* 2003; 3:6.
235. Suhail K, Cochrane R. Seasonal variations in hospital admissions for affective disorders by gender and ethnicity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:211-217
236. Schaffer A, Levitt AJ, Boyle M. Influence of season and latitude in a community sample of subjects with bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2003; 48:277-280.
237. Akiskal H.S., The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV, *J Clin Psychopharmacology*; 16 (Suppl 1)1996; 4-14.
238. Uğur M., Duygudurum Bozuklukları, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, *Sempozyum Dizisi No:62* , Mart 2008; 59-84
239. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The Bipolar Spectrum and the antidepressant view of the world. *Journal of Psychiatric Practice*, 2001; 7: 287-297.
240. Agosti V, Stewart JW., Atypical and non-atypical subtypes of depression: comparison of social functioning, symptoms, course of illness, co-morbidity, and demographic features. *J Affect Disord*, 2001; 65: 75-79.
241. Akiskal HS. The bipolar spectrum – the shaping of a new paradigm, *Curr Psychiatry Rep*, 2002, 4: 1-3.
242. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois M et al. Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J. Affect. Disord.*, 1998; 50: 175- 186.
243. Tasman A, Kay J, Lieberman JA. *Psychiatry*. 1. Cilt, Philadelphia, USA., 1997; 967-968.
244. Strakowski SM, Sax KW, McElroy SL, Keck PE Jr, Hawkins JM, West SA. Course of psychiatric and substance abuse syndromes cooccurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization. *J Clin Psychiatry*.1998; 59 (9): 465-471.
245. Andreasen NC, Rice J, Endicott J et al., Familial rates of affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1987; 44:461-469.

246. Freeman MP, Keck PE, Postpartum depression with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (4): 652-660 .
247. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ et al. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 120-125.
248. Ghaemi SN, Bipolar depression: A Comprehensive Guide, Diagnosis of bipolar depression. (Ed): R.S. El-Mallakh, S.N. Ghaemi, American Psychiatric Publishing, 2006, Inc Washington DC.
249. Calabrese J. Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. *J Affect Disord. Disorders*, 2001; 13: 241-355.
250. Eroglu ZM., Özpoyraz N. Long-term Treatment in Bipolar Disorder, Current Approaches In *Psychiatry* 2010; 2 (2): 206-236.
251. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, et al. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord* 1999; 56:103-108.
252. Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, et al. Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *J Affect Disord* 1992; 26:127-140.
253. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 229- 233.
254. Maj M, Magliano L, Pirozzi R et al. Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1015- 1019.
255. Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 163- 173.
256. Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Bruning N, Wehle C, Trost-Brinkhues G, Brenner H, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:385-393.
257. Allison KC, Crow SJ, Reeves RR, West DS, Foreyt JP, Dilillo VG, Wadden TA, Jeffery RW, Van DB, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:1287-1293.
258. Olbrich K, Muhlhans B, Allison KC, Hahn EG, Schahin SP, de Zwaan M. Night eating, binge eating and related features in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17:120-127.

259. Duarte Faria A, Cardoso A, Campos Mondin T, Souza LD, Magalhaes PV, Patrick Zeni C, et al. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: A community study with drug-naïve young adults. *J Affect Disord*. 2015; 186:145-148.
260. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Wilson GT, Perrin N, Harvey K, DeBar L. Nocturnal eating: association with binge eating, obesity, and psychological distress. *Int J Eat Disord* 2010;43:520-526.
261. Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Affenito S, May A, Kraemer HC. Exploring the typology of night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2008;41:411-418.
262. Calugi S, Dalle GR, Marchesini G. Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features. *Int J Obes (Lond)* 2009;33:899-904.
263. Takeda E, Terao J, Nakaya Y, Miyamoto K, Baba Y, Chuman H, Kaji R, Ohmori T, Rokutan K. Stress control and human nutrition. *J Med Invest* 2004;51:139-145.
264. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav* 2007;91:449-458.
265. Greeno CG, Wing RR. Stress-induced eating. *Psychol Bull* 1994;115:444-464.
266. Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M et al. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:198-203.
267. Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001; 101:195-197.
268. Senol V, Soyuer F, Nar Senol P. Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesinin pittsburg, epworth ve sabahçıl-aksamcıl anketi ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2013;16:60-68.
269. Elliot M. Friedman, PHD, Gayle D. et al. Socioeconomic Status Predicts Objective and Subjective Sleep Quality in Aging Women: *Psychosomatic Medicine* 69:682–691 (2007)
270. Harvey AG, Schmidt DA, Scarnà A, Semler CN, Goodwin GM. Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(1):50-57.
271. Sylvia LG, Dupuy JM, Ostacher MJ, Cowperthwait CM, Hay AC, Sachs GS, et al. Sleep disturbance in euthymicbipolarpatients. *J Psychopharmacol*. 2012; 26(8):1108-1112.

272. Saunders EF, Novick DM, Fernandez-Mendoza J, Kamali M, Ryan KA, Langenecker SA, et al. Sleep quality during euthymia in bipolar disorder: the role of clinical features, personality traits, and stressful life events. *Int J Bipolar Disord*. 2013; 13;1:16. doi: 10.1186/2194-7511-1-16.
273. Harvey AG, Talbot LS, Gershon A. Sleep Disturbance in Bipolar Disorder Across the Lifespan. *Clin Psychol (New York)* 2009; 16(2):256-277.
274. Rocha PM, Neves FS, Corrêa H. Significant sleep disturbances in euthymic bipolar patients. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(7):1003-1008.
275. Boland EM, Stange JP, Molz Adams A, LaBelle DR, Ong ML, Hamilton JL, et al. Associations between sleep disturbance, cognitive functioning and work disability in Bipolar Disorder. *Psychiatry Res*. 2015; S0165-1781(15)30445-5.
276. Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord* 1997;42:209-212.
277. Rieman, D., Hohagen, F., Bahro, M., Berger, M. (1994). Sleep in Depression: The Influence of Age, Gender, Diagnostic Subtype on Baseline Sleep and The Cholinergic REM Induction Test with RS86. *Eur Arc Psychiatry Clinical Neuroscience*. 243.5, 279-290.
278. Çalıkurt, O., Güdücü, F. (2004). Uyku Yoksunluğu Tedavisi Uygulamaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 7, 120-126.
279. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: Seeking synchrony, harmony, and regulation. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165:820–829.
280. Saunders EF, Fernandez-Mendoza J, Kamali M, Assari S, McInnis MG. The effect of poor sleep quality on mood outcome differs between men and women: A longitudinal study of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2015; 180:90-96.
281. Ülgen, S. Y. (2012). Evde yaşayan yaşlılarda sosyal katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
282. Aydemir O. Functioning and Quality of Life in Bipolar Disorder. *Dusunen Adam*. 2016;29(1):1.
283. Michalak EE, Yatham LN, Wan DD, et al. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Can J Psychiatry* 2005 Feb;50(2):95-100.
284. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord* 2005 Apr;7(2):159-65.

285. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, et al. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res* 2006 Feb;15(1):25-37.
286. Gutierrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, et al. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord* 2008 Jul;10(5):625-34.
287. Hayhurst H, Palmer S, Abbott R, et al. Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures. *Qual Life Res* 2006 Sep;15(7):1271-80.
288. Vojta C, Kinoshian B, Glick H, et al. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2001 May-Jun;42(3):190-5.
289. Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS, et al. Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Compr Psychiatry* 2006 May-Jun;47(3):161-8.
290. Kocakaya H. Bipolar bozuklukta metabolik sendromun yaşam kalitesi ve işlevsellikle ilişkisi , Uzmanlık tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tokat, 2016.
291. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin Trials* 1989 Dec;10(4):407-15.
292. van Walraven C, Mahon JL, Moher D, et al. Surveying physicians to determine the minimal important difference: implications for sample-size calculation. *J Clin Epidemiol* 1999 Aug;52(8):717-23.
293. Samsa G, Edelman D, Rothman ML, et al. Determining clinically important differences in health status measures: a general approach with illustration to the Health Utilities Index Mark II. *Pharmacoeconomics* 1999 Feb;15(2):141-55.
294. Berlim MT, Mattevi BS, Fleck MP. Depression and quality of life among depressed Brazilian outpatients. *Psychiatr Serv* 2003 Feb;54(2):254.
295. Demyttenaere K, Fruyt JD, Huygens R. Measuring quality of life in depression. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:89 -92.
296. Stankovic Z, Nikolic-Balkoski G, Leposavic L, et al. [Perception of quality of life and social adjustment of patients with recurrent depression]. *Srp Arh Celok Lek* 2006 Sep-Oct;134(9-10):369-74.
297. Ardal G, Lund A, Hammar A. Health-related quality of life in recurrent major depressive disorder-A 10-year follow-up study. *Nord J Psychiatry* 2012 Dec 17.
298. Zikic O, Tosic-Golubovic S, Slavkovic V. [Quality of life of patients with unipolar depression]. *Med Pregl* 2010 Jan-Feb;63(1-2):113-6.

299. Berlim MT, Pargendler J, Caldieraro MA, et al. Quality of life in unipolar and bipolar depression: are there significant differences? J Nerv Ment Dis 2004 Nov;192(11):792-5.
300. Köroğlu E (2004) Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Yayıncılık.
301. Hirschfeld RMA, Shea MT: Mood Disorders, Psychosocial Treatment. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Editör: Kaplan H.I, Sadock BJ, 1989, Baltimore, Williams and Wilkins.



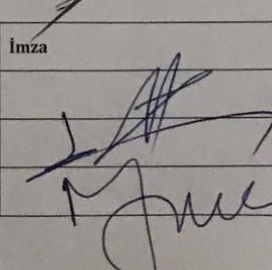
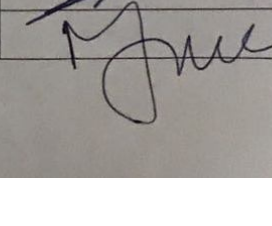
8. EKLER

EK 1 - Etik Kurul Onayı

579-11

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BRSHH

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gece Yeme Sendromunun Unipolar Depresyon ve Bipolar Bozuklukla İlişkisi ve Yaşam Kalitesi ve Uyku Bozuklukları Üzerine Etkisinin Araştırılması							
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	25.07.2016-31332							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asistan Dr. Sema ULUKAYA							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi							
	DESTEKLEYİCİ	-							
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-							
	ARAŞTIRMANIN FAZİ								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon							
		Yüksek Doz Araştırması							
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLAR ARASI	☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	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							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-							
	DİĞER:	-							
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 02.08.2016	Karar No: 579							
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.								
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. M. Cem İLNEM								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki		İmza					
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐	H ☐	 					
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐	H ☒						
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐	H ☒						

EK 2 – Sosyodemografik Veri Formu

(HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

1. Ad Soyad :
2. Yaşınız :
3. Size ulaşılabilir telefon numarası: Ev:.....
Cep:.....
4. Cinsiyetiniz : 1.K 2.E
5. Boyunuz :.....cm
6. Kilonuz :.....kg
7. Medeni Haliniz :
1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış 4. Dul 5. Ayrı yaşıyor
8. Kaç yıldır evlisiniz :
9. Mesleğiniz : 1. Çalışmıyor.
2. Ev Hanımı
3. Geçici/ mevsimlik işçi
4. Düzenli Çalışan işçi.
5. Düzenli Çalışan memur
6. İşveren
7. Serbest Meslek Sahibi
8. Emekli
9. Öğrenci
10. Diğer.....
10. Doğum yeriniz :
11. Sosyal güvence durumunuz:
1. Yok 2. Yeşil Kart 3. Emekli Sandığı 4. Bağ kur 5. SSK
12. Hangi şehirde yaşıyorsunuz lütfen belirtiniz:
12.1. Yaşadığınız yeri lütfen belirtiniz
1. İl Merkezi 2. İlçe 3. Kasaba 4. Köy
13. Eğitim durumunuz : 1. Öğrenimim yok

2. İlkokul mezunu

3. Ortaokul mezunu

4. Lise mezunu

5. Üniversite mezunu

6. Üniversite üstü

7. Diğer.....

14. Toplam Hane Geliri:.....TL

15. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

16. Alkol veya madde kullanıyor musunuz?

1. Kullanmıyorum

2. Alkol kullanıyorum (Lütfen süresini, sıklığını ve miktarını belirtiniz.)

Süre:.....yıl Sıklık:..... Miktar:.....

3. Madde kullanıyorum (Lütfen kullandığınız maddeyi, kullanım süresini ve miktarını

belirtiniz.)

Kullanılan madde adı:..... Süre:.....yıl Sıklık:.....

Miktar:.....

17. Geçmişte alkol veya madde kullanımınız oldu mu?

1. Alkol kullandım 2. Madde kullandım 3. Kullanmadım

17.1. Geçmişte yada şu anda alkol yada madde kullanımınız bağımlılık düzeyinde mi?

1. Evet 2. Hayır

18. İntihar girişiminiz oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

18.1. Evetse kaç defa?.....

19. Psikiyatrik bir tedavi için hastaneye yatışınız oldu mu? 1. Evet 2. Hayır

*****KLİNİSYEN TARAFINDAN
DOLDURULACAK*****

1. Hastalık Bilgileri

1.1. Tanısı:

1. Depresyon
2. Şizofreni ve benzeri psikotik hastalıklar
3. İki uçlu mizaç bozukluğu
4. Panik bozukluğu
5. Yaygın Anksiyete bozukluğu
6. .
7. Kişilik bozukluğu (.....)
8. Alkol-madde bağımlılığı
9. Disosiyatif Bozukluklar
10. Somatoform Bozukluklar
11. Diğer:.....

1.2. Hastalık Geçmişi: yıl.

2. Kullanılan psikiyatrik ilaçlar ve kullanım süresi:

1.....

2.....

3.....

3. Dahili hastalık Öyküsü:
Solunum 4. Gis

1. Yok 2. Kalp-Damar 3.

5. Diabet 6. Tiroid hastalığı 7. Diğer
Süresi:.....

4. Annede hastalık öyküsü:
Solunum 4. Gis

1. Yok 2. Kalp-Damar 3.

5. Diabet 6. Tiroid hastalığı 7.
Psikiyatrik(.....

5. Babada hastalık öyküsü:
Solunum 4. Gis

1. Yok 2. Kalp-Damar 3.

5. Diabet 6. Tiroid hastalığı 7.
Psikiyatrik(.....

6. Kardeşlerde hastalık öyküsü: 1. Yok 2. Kalp-Damar 3. Solunum
4. Gis 5. Diabet 6. Tiroid hastalığı 7. Psikiyatrik(.....)
7. Kilo vermek ya da almak amacıyla ilaç kullanıyor mu?
1. Kilo almak için 2. Kilo vermek için 3. Kullanmıyor
- 7.8. Varsa kullanılan ilaç ismi ve süresi:.....
8. Kilo vermek için düzenli egzersiz yapıyor mu?
1. Evet 2. Hayır
9. Kilo vermek amacıyla diyetisyene başvuru var mı?
1. Evet 2. Hayır
10. Kilo vermek için diyet yapıyor mu?
1. Evet 2. Hayır
11. Belirli bir zaman döneminde çoğu insandan belirgin olarak fazla yeme davranışınız oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır
12. Bu dönemlerde yeme davranışınızı kontrol edemeyeceğiniz, durduramayacağınız hissine kapılıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
13. Kilo almayı önlemek amacıyla isteyerek kusma, diyet ilacı kullanma, ya da aşırı egzersiz yaptığınız oluyor mu?
1. Evet 2. Hayır

EK 3 - Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)*

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

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

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbir	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediniz?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla <u>bos</u> bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	<u>Tamamendüz</u> bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle</u> ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbir	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

Hiç Biraz Orta Önemli ölçüde

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

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)..... Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)..... **Kadınlara :** Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....
Aksama olduysa kaç tane?.....
Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

EK 4 - Gece Yeme Anketi

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde sorular verilmektedir. Öncelikle bütün soruları dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL SON BİR AY içinde size en iyi tarifleyen seçeneği işaretleyiniz. (Lütfen her soru için BİR cevabı işaretleyiniz.)

1. Sabahları genellikle ne kadar açlık hissedersiniz?
 0. Hiç
 1. Çok az
 2. Biraz
 3. Orta derecede
 4. Çok
2. Genellikle ilk ne zaman yemek yersiniz?
 0. Sabah 9'dan önce
 1. Sabah 9-12 arası
 2. Öğlen 12-3 arası
 3. Öğleden sonra 3-6 arası
 4. Akşam 6'dan sonra
3. Akşam yemeğinden sonra ve uyumadan önce bir şeyler atıştırmak istediğiniz olur mu?
 0. Hiç
 1. Çok az
 2. Biraz
 3. Çok
 4. Fazlasıyla
4. Akşam yemeğinden sonra uyuyana kadar geçen sürede yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?
 0. Hiç
 1. Çok az
 2. Biraz
 3. Çok
 4. Tamamen
5. Günlük gıda alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketiyorsunuz?
 0. 0% (hiç)
 1. 0-25% (çeyreği civarında)
 2. 26-50% (yarısı civarında)
 3. 51-75% (yarısından fazla)
 4. 76-100% (neredeyse tamamı)
6. Son zamanlarda kendinizi mutsuz veya keyifsiz hissediyor musunuz?
 0. Hiç
 1. Çok az
 2. Biraz
 3. Çok

4. Fazlasıyla
7. Kendinizi günün hangi saatinde daha keyifsiz ve mutsuz hissedersiniz?
0. Sabah
1. Öğleden önce
2. Öğleden sonra
3. Akşam
4. Gece

ruh haliniz gün içinde değişmiyor ise işaretleyiniz

8. Uykuya dalmakta güçlük çeker misiniz?
0. Hiçbir zaman
1. Bazen
2. Yarı yarıya
3. Genellikle
4. Her zaman

9. Tuvalet ihtiyacı dışında gece uyanıp kalkar mısınız?
0. Hiçbir zaman
1. Haftada bir kereden az
2. Haftada bir kere
3. Haftada bir kereden fazla
4. Her gece

***** 9. Soruya cevabınız hiçbir zaman ise lütfen devam etmeyiniz*****

10. Gece uyandığınızda şiddetli açlık hissiniz ya da bir şeyler atıştırma isteğiniz olur mu?

0. Hiç
1. Çok az
2. Biraz
3. Çok
4. Fazlasıyla

11. Gece uyandığınızda tekrar uyuyabilmek için yemek yeme ihtiyacı duyar mısınız?

0. Hiç
1. Çok az
2. Biraz
3. Çok
4. Fazlasıyla

12. Gece uyandığınızda ne sıklıkla bir şeyler atıştırırsınız?

0. Hiçbir zaman
1. Bazen
2. Yarı yarıya

3. Genellikle
4. Her zaman

***** 12. Soruya cevabınız hiçbir zaman ise lütfen devam etmeyiniz*****

13. Gece bir şeyler atıştırdığınız zamanlarda yeme davranışınızın ne kadar farkında oluyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Biraz
3. Çok
4. Tamamen

14. Gece uyandığınızda yemek yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?

0. Hiç
1. Çok az
2. Biraz
3. Çok
4. Tamamen

** Gece yemek yeme davranışınızla ilgili sıkıntınız ne kadar süredir devam ediyor?**

aydır yıldır

15. Geceleri yemek yemeniz sizde ne kadar sıkıntı yaratıyor?

0. Hiç
1. Çok az
2. Biraz
3. Çok
4. Fazlasıyla

16. Geceleri yemek yemeniz yaşamınızı ne kadar etkiledi?

0. Hiç
1. Çok az
2. Biraz
3. Çok
4. Fazlasıyla

EK 5 - Gece Yeme Sendromu Değerlendirme Anketi

1. Akşam yemeğinden sonra günlük besin alımının %25 'inden fazlasını alıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

2. Haftada en az iki gece uykudan uyanıp birşeyler yiyor mu?

1. Evet 2. Hayır

*****Her iki soruda cevaplar HAYIR ise anket burada sonlandırılır*****

3. Gece yeme davranışı için tedavi amaçlı başvuru var mı? 1. Evet 2. Hayır

Varsa başvuru zamanı:.....

4. Sendrom psikiyatrik yakınma öncesi var mı? 1. Evet 2.

5. Sendrom psikiyatrik ilaç kullanımı öncesi var 1. Evet 2.

6. Sendrom ilaç kullanımı öncesi varsa ilaç kullanımı şikayetini etkiledi mi?

1. Azalttı 2. Arttırdı 3. Etkilemedi

7. Sendrom ilaç kullanımı sonrası başladıysa ilaç kullanımı şikayetini etkiledi mi?

1. Azalttı 2. Arttırdı 3. Etkilemedi 4. Başlatan faktör

8. Sendromun başladığı dönemde stresör

faktör 1. Evet 2.

Yeni bir işe yada arkadaş ortamına 1. Evet 2.

Ergenlik yada menapoza girme 1. Evet 2.

Askerlik 1. Evet 2.

Gebe kalma 1. Evet 2.

Ameliyat yada hastalık geçirme 1. Evet 2.

İşten çıkarılma 1. Evet 2.

Maddi sorunlar 1. Evet 2.

Göç yada taşınma 1. Evet 2.

Diğer:.....

9. Ailede benzer şekilde gece yemesi olan yakınları var mı? : 1. Evet

2. Hayır

10. Ailede benzer yakınması olan varsa yakınlık

derecesi:.....

11. Gece yeme yakınmalarını arttıran dönemsel etkenler var mı?: 1. Evet

2. Hayır

Evetse tarifleyin:.....

.....

12. Uykudan uyanıp yemesi varsa zamanı?.....

EK 6 - Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

İsim:

Yaş:

Tarih:

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

- a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- f. Aşırı derecede üşüdünüz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- h. Kötü rüyalar gördünüz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla
- i. Ağrı duydunuz.
 1. Geçen ay boyunca hiç
 2. Haftada birden az
 3. Haftada bir veya iki kez
 4. Haftada üç veya daha fazla

j. Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz _____.

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

6. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- | | | | |
|------------|----------------|-----------------|-------------|
| 1. Çok iyi | 2. Oldukça iyi | 3. Oldukça kötü | 4. Çok kötü |
|------------|----------------|-----------------|-------------|

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı
2. Yalnızca çok az problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
2. Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var
3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil
4. Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

a. Gürültülü horlama.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

b. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

c. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

e. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

EK 7 - Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? / / YIL
GÜN / AY

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor
ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?