



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAşKANLIğI**

**PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA UYKU İLE İLİşKİLİ YEME
BOZUKLUğU VE GECE YEME SENDROMUNUN İNCELENMESİ**

Dr. Duran LEK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/ 2024



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI**

**PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA UYKU İLE İLİŞKİLİ YEME
BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMUNUN
İNCELENMESİ**

Dr. Duran LEK

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sinan YETKİN**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

ONAY YAZISI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığına;

“Psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun incelenmesi” konulu çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sinan YETKİN

Tez Jürisi: Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER

Tez Jürisi: Prof. Dr. Özcan UZUN

Tez Jürisi: Prof. Dr. Sinan YETKİN

Tez Jürisi: Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY

ONAY:

Dr. Duran LEK’in 26.01.2024 tarihinde savunduğu bu tez SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Yönetim Kurulunca Belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzmanlık eğitimim sırasında hem uzmanlık öğrenciliği hayatımda hem de tez hazırlama sürecimde yol gösteren, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Prof. Dr. Sinan Yetkin'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Kamil Nahit Özmenler'e, Prof. Dr. Özcan Uzun'a, Doç. Dr. Bülent Devrim Akçay'a

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım değerli uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma,

Tez süresi boyunca tezimle ilgili hem teknik konularda hem de duygusal olarak her türlü konuda desteğini eksik etmeyen eşim Dr. Hande Nur Lek'e teşekkürü borç bilirim.

Dr. Duran LEK
Ankara- 2024

ÖZET

Dr. Duran LEK “Psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun incelenmesi” Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2024.

Amaç: Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu, genellikle hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku evresinde görülen bir parasomni olarak tanımlanır ve uykudaki uyanıklıklar sırasında istemsiz bir şekilde ortaya çıkan tekrarlayıcı yemek yeme ya da içme atakları ile karakterizedir. Olguların çoğunda olay sırasında bilinç düzeyinde azalma vardır. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu varlığında ortaya çıkan temel sorunlar; garip ve uygunsuz hatta toksik özellikte gıda tüketimi, uyku ile ilişkili yaralanma, kilo artışı ve ek sağlık problemleridir (1).

Gece yeme sendromu, ilk olarak 1955’te Stunkard tarafından tedaviye dirençli obezitesi olan hastalarda sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomnia ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (2). Gece yeme sendromu, yeme ve uyku sirkadiyen ritimlerinin birbirinden ayrılması, yeme biçiminde gecikme ile karakterize olup akşam hiperfajisi, gece uyanıp yemek yeme, sabah anoreksisi ve uyku bozukluğu gibi belirtilerle tanımlanmaktadır. Zamanla gece yeme sendromunun tanımında bazı değişiklikler olmuştur. Bu sendrom Diagnostik ve İstatistiksel Ruhsal Bozukluklar El Kitabı’nın beşinci baskısında “tanımlanmış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu” tanısı altında değerlendirilmiştir (3).

Psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun incelenmesi ile hangi hastalıklar ile komorbiditesinin daha sık olduğu tespit edilebilecek ve böylece çalışmamız gelecekteki çalışmalara yol gösterici olabilecektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel desende planlanan çalışmamız, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Polikliniği'nde yapılmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Çalışma için hazırlanan veri toplama formunda, hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığı ile ilişkili tıbbi öykülerini sorgulayan sorular, Gece Yeme Sendromu Ölçeği, Huzursuz Bacaklar Sendromu Ölçeği, Epworth ölçeği, Pittsburg Uyku Kalite İndeksi, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği, Hamilton Depresyon Ve Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği bulunmaktadır. Anketler yüz yüze ve gerektiğinde telefon ile görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Uygulanan anketler belirlenen sürede beklenen sayıya ulaştığında SPSS programına girilerek uygun testler ile analiz edilmiştir.

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics programı kullanılarak yapılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı belirlendikten sonra; ikili grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uymayan gruplar Wilcoxon testi, normal dağılımlı gruplar için ise Bağımlı Gruplar t Testi kullanılmıştır. İkiden fazla grup içeren karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmasında önce Tekrarlı Ölçümler ANOVA testi yapılmış ve post-hoc Bonferoni testi yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ikiden daha çok gruplu karşılaştırmalarda ise Freidman testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler arasındaki ilişki regresyon analizi yöntemi kullanılarak yorumlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 401 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması $42,09 \pm 15,38$ yıl olup minimum hasta yaşı 18 maksimum 88 yaş idi. Hastaların vücut kitle indeksi ortalaması 26.64 ± 5.32 (kg/m²) olup %45,6'sının vücut kitle indeksi değeri normal olarak bulundu. Hastaların %55,1'i kadın, %51,4'ü evli, %31,4'ü üniversite mezunu, %47,9'u çalışmıyor idi. Hastaların %43,6'sında sigara kullanımı, %9'unda alkol kullanımı olduğu saptandı.

Hastalarda en fazla sıklıkta (%21,7) yaygın anksiyete bozukluğu olduğu saptandı. Hastalarda psikiyatrik tanılarının dışında huzursuz bacaklar sendromu oranı %8, apne oranı %5,5 olarak bulundu.

Hastalarda antidepresan kullanım oranı %51,1, sedatif antidepresan kullanım oranı %8,5, ketiapin kullanım oranı %7,5, olanzapin kullanım oranı %7,5, risperidon kullanım oranı %6,2, duygudurum düzenleyici oranı %6,5, valproik asit kullanım oranı %6, benzodiazepin oranı %2,2 olarak bulundu. Hastalarda en fazla kullanılan ilacın (%51,1) antidepresan olduğu görüldü.

Hastaların gece yeme sendromu anketinin puan ortalaması $16,65 \pm 9,15$ olup minimum puan bir, maksimum kırk sekiz puan idi. Hastaların %0,7'sinde uyku ilişkili yeme bozukluğu, %20,7'sinde gece yeme sendromu olduğu saptandı.

Gece yeme sendromu olmayan hastalarla olan hastaların yaşları arasında fark saptandı ($p < 0,01$). Gece yeme sendromu olan hastaların yaşları gece yeme sendromu olmayan hastalar göre daha düşük bulundu. Erkeklerle kadınların gece yeme sendromu olma oranları arasında fark bulunmadı. Vücut kitle indeksi değeri $>29,9$ olan hastalarda, $<29,9$ olanlara göre gece yeme sendromu olma oranı daha fazla bulundu ($p < 0,001$).

Medeni durumlar arasında gece yeme sendromu olma oranları bakımından fark saptandı ($p < 0,01$). Farklılığın hangi medeni durumlar arasında olduğu incelendiğinde; dul olanlarda gece yeme sendromu olma oranı hem evli, hem de bekar olanlara göre daha düşük bulundu. Eğitim düzeyleri arasında gece yeme sendromu olma oranları bakımından fark bulunmadı. Çalışmayan hastalarla çalışan hastaların gece yeme sendromu olma oranları arasında fark bulunmadı. Sigara kullanmayan hastalarla kullanan hastaların gece yeme sendromu olma oranları arasında fark bulunmadı. Alkol kullanmayan hastalarla kullanan hastaların gece yeme sendromu olma oranları arasında fark bulunmadı.

Psikiyatrik tanılar arasında gece yeme sendromu olma oranları bakımından anlamlı bir fark bulunmadı. Valproik asit kullanmayan hastalarla kullanan hastaların gece yeme sendromu olma oranları arasında fark saptandı. Valproik asit kullanan hastalarda gece yeme sendromu olma oranı daha fazla bulundu. Diğer ilaç kullanımlarında gece yeme sendromu olma oranları arasında anlamlı fark bulunmadı.

Huzursuz bacaklar sendromu olmayan hastalarla olan hastaların gece yeme sendromu olma oranları arasında fark saptanmadı. Apne olmayan hastalarla olan hastaların gece yeme sendromu olma oranları arasında fark saptanmadı.

Gece yeme sendromu olan hastaların %69,9’unda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’ne göre kötü uyku kalitesi olduğu, %16,9’unda uykusuzluk şiddeti indeksine göre şiddetli uykusuzluk olduğu, %16,9’unda Epworth Uykusuzluk Ölçeği’ne göre patolojik uykululuk olduğu saptandı. Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği puanlarına göre hastaların %43,7’sinin akşamcıl, %47’sinin ara tip, %9,6’sının sabahçıl tip olduğu belirlendi. Huzursuz Bacaklar Sendromu Değerlendirme Ölçeği puanlarına göre hastaların %90,4’ünde huzursuz bacaklar sendromu olmadığı belirlendi. Hamilton Anksiyete Ölçeği puanlarına göre hastaların %31,3’ünde hafif şiddette anksiyete, Hamilton Depresyon Ölçeği puanlarına göre hastaların %32,5’inde hafif depresyon olduğu belirlendi. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği’ne göre gece yeme sendromu olan hastalarda, %56,6’sının uyaran karşısında kontrol puanının pozitif, %65,1’inin kendini kontrol etme puanının pozitif, %34,9’unun olumsuz duygularla başa çıkabilme için yeme puanının pozitif, %41’inin gerginlik anında yeme puanının pozitif, %43,4’ünün duygusal yeme toplam puanının pozitif olduğu saptandı.

Sonuç: Psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun incelendiği çalışmamızda; gece yeme sendromunun psikiyatrik hastalıklardaki yaygınlığının yapılan çalışma sonuçlarına göre toplumdaki popülasyona oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gece yeme sendromunun valproik asit kullanımı ile ilişkili olduğu, obezite olan insanlarda daha sıklıkla görüldüğü gözlemlenmiştir. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu olan üç hastadan birinde hastalık tablosunun ketiapi kullanımı sonrası başladığı gözlemlenmiştir ancak ketiapi ile ilişkisinin olup olmadığının tespit edilmesi için gereken vaka sayısına ulaşamamıştır.

Anahtar kelimeler: Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu, gece yeme sendromu, psikiyatrik hastalıklar

ABSTRACT

Dr. Duran Lek “Examination of Sleep-Related Eating Disorder and Night Eating Syndrome in Psychiatric Disorders” Gülhane Faculty of Medicine Department of Psychiatry, Ankara, 2024

Aim: Sleep-related eating disorder is typically defined as a parasomnia observed during the non-REM sleep stage, characterized by recurrent episodes of involuntary eating or drinking that occur during periods of wakefulness within the sleep cycle. In most cases, there is a decreased level of consciousness during the episodes. The core issues associated with the presence of sleep-related eating disorder include the consumption of strange and inappropriate, even toxic, substances, sleep-related injuries, weight gain, and additional health problems.

Night eating syndrome was initially defined by Stunkard in 1955 as a disorder characterized by morning anorexia, evening hyperphagia, and insomnia in individuals with treatment-resistant obesity (2). Night eating syndrome is characterized by a dissociation between eating and sleep circadian rhythms, marked by delayed eating patterns, evening hyperphagia, nocturnal awakenings for eating, morning anorexia, and sleep disturbances. In night eating syndrome, the biological rhythms of eating and sleep are uncoupled, although the sleep cycle remains intact. Over time, there have been some changes in the definition of night eating syndrome. In the DSM-V, this syndrome is evaluated under the diagnosis of ‘Other Specified Feeding or Eating Disorder’ (3).

The examination of sleep-related eating disorders and night eating syndrome in psychiatric illnesses can help identify their more frequent comorbidities with other disorders. This study may serve as a guiding framework for future research, providing insights into the association of these disorders with specific psychiatric conditions and paving the way for further investigations.

Materials and Methods: The cross-sectional study was conducted at the Gulhane Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, and Outpatient Clinic, affiliated with the University of Health Sciences. Participation in the study was on a voluntary basis. The data collection form prepared for the study included questions regarding patients' sociodemographic characteristics, medical histories related to the illness, The Night Eating Syndrome Scale, Restless Legs Syndrome Scale, Epworth Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Insomnia Severity Index, Morningness-Eveningness Scale, Emotional Eating Scale, and Hamilton Depression and Anxiety Evaluation Scale. The surveys were administered through face-to-face interviews and, if necessary, through telephone interviews. Once the administered surveys reached the expected number within the specified timeframe, they were entered into the SPSS program and analyzed using appropriate statistical tests.

A total of 401 patients were included in the study. The mean age of the patients was $42,09 \pm 15,38$ years, with a minimum age of eighteen and a maximum age of eighty eight. The mean Body Mass Index (BMI) of the patients was $26,64 \pm 5,32$ (kg/m²), with 45,6% of them having a normal BMI. Of the patients, 55,1% were female, 51,4% were married, 31,4% had a university degree, and 47,9% were unemployed. Smoking was observed in 43,6% of the patients, and alcohol use was found in 9%.

It was determined that generalized anxiety disorder had the highest prevalence among patients (21,7%). Additionally, the rates of restless legs syndrome and sleep apnea were found to be 8% and 5,5%, respectively, outside of psychiatric diagnoses.

The usage rates of medications among patients were as follows: Antidepressant usage was 51,1%, sedative antidepressant usage was 8,5%, quetiapine usage was 7,5%, olanzapine usage was 7,5%, risperidone usage was 6,2%, mood stabilizer usage was 6,5%, valproic acid usage was 6%, and benzodiazepine usage was 2,2%. It was observed that the most commonly used medication among patients was antidepressants (51,1%).

The average score for night eating syndrome among patients was $16,65 \pm 9,15$, with a minimum score of one and a maximum score of forty eight. Sleep-related eating

disorder was identified in 0,7% of the patients, and night eating syndrome was observed in 20,7% of the patients.

A difference was observed in the ages between patients with and without night eating syndrome ($p<0,01$). The ages of patients with night eating syndrome were found to be lower compared to those without the syndrome. There was no significant difference in the rates of night eating syndrome between men and women. A difference was detected in the rates of night eating syndrome between individuals with a BMI value $<29,9$ and those with a BMI value $>29,9$ ($p<0,001$). The prevalence of night eating syndrome was higher in patients with a BMI value $>29,9$.

A difference was observed in the rates of night eating syndrome among different marital statuses ($p<0,01$). Upon examining the specific marital statuses contributing to this difference, it was found that the prevalence of night eating syndrome was lower in widowed individuals compared to both married and single individuals. No significant difference was found in the rates of night eating syndrome among different education levels. There was no significant difference in the rates of night eating syndrome between unemployed and employed patients. Likewise, there was no significant difference in the rates of night eating syndrome between non-smokers and smokers, as well as between non-alcohol consumers and alcohol consumers.

There was no significant difference in the rates of night eating syndrome among different psychiatric diagnoses. A difference was observed in the rates of night eating syndrome between patients using and not using valproic acid ($p<0,05$). The prevalence of night eating syndrome was higher in patients using valproic acid. No significant difference was found in the rates of night eating syndrome among patients using other medications. There was no significant difference in the rates of night eating syndrome between patients with and without restless legs syndrome, as well as between patients with and without sleep apnea.

In patients with night eating syndrome, it was found that 69,9% had poor sleep quality according to the Pittsburgh Sleep Quality Index, 16,9% had severe insomnia according to the insomnia severity index, and 16,9% had pathological sleepiness

according to the Epworth Sleepiness Scale. According to the Morningness-Eveningness Questionnaire Scores, 43,7% of patients were classified as evening types, 47% as intermediate types, and 9,6% as morning types. According to the Restless Legs Syndrome Scale scores, 78,4% of patients did not have restless legs syndrome. Based on the Hamilton Anxiety Evaluation Scale scores, 31,3% of patients had severe anxiety, and according to the Hamilton Depression Evaluation Scale scores, 32,5% had mild depression. According to the Turkish Emotional Eating Scale, in patients with night eating syndrome, 56,6% had a positive control score in response to stimuli, 65,1% had a positive self-control score, 34,% had a positive eating score for coping with negative emotions, 41% had a positive eating score during moments of tension, and 43,4% had a positive total score on the Turkish Emotional Eating Scale.

Results: In our study examining sleep-related eating disorders and night eating syndrome in psychiatric illnesses, it was found that the prevalence of night eating syndrome is higher in psychiatric disorders compared to the general population, as indicated by the study results. Night eating syndrome was observed to be associated with the use of valproic acid and was more commonly observed in individuals with obesity. Among those with sleep-related eating disorders, it was observed that one in three patients developed the disorder after the use of quetiapine; however, the required number of cases to determine the association with quetiapine could not be reached.

Key words: Sleep-related eating disorder, night eating syndrome, psychiatric disorders.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
TABLolar DİZİNİ.....	xvi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Gece Yeme Sendromu.....	2
2.1.1. Gece Yeme Sendromunun Tanımı ve Özellikleri.....	2
2.1.2. Gece Yeme Sendromunun Epidemiyolojisi.....	5
2.1.3. Gece Yeme Sendromunun Demografisi.....	5
2.1.4. Gece Yeme Sendromunun Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi.....	6
2.1.5. Gece Yeme Sendromunun Obezite ile İlişkisi.....	7
2.1.6. Gece Yeme Sendromunun Tedavisi.....	7
2.2. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu.....	10
2.2.1. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Tanımı ve Özellikleri.....	10
2.2.2. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Epidemiyolojisi ve Demografisi.....	13

2.2.3. Gece Yeme Sendromu ve Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişki.....	14
2.2.4 Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu ve Parasomniler.....	16
2.2.5. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi.....	18
2.2.6. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Genetik Temeli	19
2.2.7. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Huzursuz Bacaklar Sendromu ile İlişkisi.....	19
2.2.8. Hipnotik İlaçlar ve Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu.....	20
2.2.9. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Tedavisi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	23
3.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	23
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması.....	25
3.4.1. Hastaya Ait Özellikler.....	25
3.4.2. Gece Yeme Anketi.....	25
3.4.3. Pittsburh Uyku Kalitesi İndeksi.....	26
3.4.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi.....	26
3.4.5. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği.....	26
3.4.6. Hamilton Anksiyete Ölçeği.....	27
3.4.7. Hamilton Depresyon Ölçeği.....	27
3.4.8. Huzursuz Bacaklar Sendromu Değerlendirme Ölçeği	27
3.4.9. Epworth Uykululuk Ölçeği	27

3.4.10. Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği.....	28
3.5. Verilerin Analizi.....	28
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri	29
4. BULGULAR,.....	30
5. TARTIŞMA	44
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKLAR.....	55
8. ÖZGEÇMİŞ.....	73
9. EKLER.....	74
9.1.ANKET FORMU.....	74
9.2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	92
9.3.ETİK KURUL ONAY FORMU	95
9.4.TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK) ONAY FORMU	96

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESS	: Epworth Sleepiness Scale
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
GYA	: Gece Yeme Anketi
GYS	: Gece Yeme Sendromu
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
HLA	: Human Leukocyte Antigen
HBS	: Huzursuz Bacaklar Sendromu
ICSD	: International Classification of Sleep Disorders
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
PLMD	: Periodic Limb Movement Disorder
PKG	: Progresif Kas Gevşetme
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
PPV	: Positive Predictive Value
PSG	: Polisomnografi
RMMA	: Rhythmic Masticatory Muscle Activity
SAÖ	: Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SRED	: Sleep-Related Eating Disorder

SSRI : Selective Serotonin Reuptake İnhibitor

SWA : Slow Wave Activity

UŞİ : Uykusuzluk Şiddeti İndeksi



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Allison ve ark. tanımladığı GYS kriterleri	24
Tablo 2: ICSD-3'e göre SRED tanı kriterleri	25
Tablo 3: SRED ve GYS arasındaki farklar.....	27
Tablo 4: Hastaların özellikleri	29
Tablo 5: Hastaların psikiyatrik tanıları ve ilaç dağılımları.....	29
Tablo 6: Hastaların GYA puanları ve GYS, SRED dağılımları	31
Tablo 7: GYS olan hastalarla olmayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 8: GYS olan hastalarla olmayan hastaların psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımı özelliklerinin karşılaştırılması	33
Tablo 9: GYS olan hastalarda ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri	34
Tablo 10: GYS olan hastalarda ölçek puanlarının dağılımları	34
Tablo 11: GYS olan hastalarda Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının dağılımları.....	36

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Hastaların psikiyatrik tanı oranları	26
Şekil 2: Hastaların ilaç kullanım oranları.....	26
Şekil 3: Hastaların GYS oranları	27
Şekil 4: Hastaların PUKİ oranları	28
Şekil 5: Hastaların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi oranları	28
Şekil 6: Hastaların Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği pozitif/negatif oranları	42

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gece yeme sendromu (GYS) terimi, 1955 yılında Stunkard ve diğerleri tarafından ilk defa obez hastalarda görülen belirli bir yeme alışkanlığı modelini tanımlamak için kullanılmıştır. Bu ilk makalede, bir takip programında kilo verme konusunda başarısız olan on altı hasta incelenmiş ve hastaların günlük kalorilerinin önemli bir kısmını gece tükettiği keşfedilmiştir (2). YYS resmi bir tanı kategorisinde ilk kez "Diagnostik ve İstatistiksel Ruhsal Bozukluklar El Kitabı"nın (DSM) beşinci baskısında "diğer tanımlanmış beslenme veya yeme bozuklukları" başlığı altında yer almıştır (3). YYS obezitenin gelişiminde ve sürdürülmesinde rolü olan bir bozukluk olarak giderek daha fazla tanınan bir bozukluktur. Sabah anoreksisi, akşam aşırı yeme ve/veya gece yemeyi içerir. Uykusuzlukla ilişkilidir. Ayrıca kaygı, yeme ve uyku bozuklukları ile birlikte ortaya çıkma eğilimindedir (4) .

Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu (Sleep-related eating disorder, SRED), uyku bozuklukları ve yeme bozukluklarının özelliklerini birlikte içeren bir sendromdur (5). SRED olan hastalar genellikle uyku başlangıcından yaklaşık 2-3 saat sonra yemek yemektedir. Yeme epizotları, hastanın genellikle kontrolden çıkmış veya zorlayıcı bir doğada olduğunu bildirdiği hızlı yemeyle karakterizedir. Yüksek kalorili yiyeceklerin tercih edilmesi yaygındır ancak tüketilmeyen veya toksik maddelerin de tüketildiği bildirilmektedir. Hastalar genellikle açlık hissini reddeder ancak yemek yeme isteği olduğunu ifade eder. Gece yeme sırasında bilinç düzeyi tam farkındalıktan yoğun transa kadar değişebilir (6).

YYS ve SRED ortak özelliklere sahiptir. Ancak yeme davranışı sırasında bilinç düzeyi ve hatırlanabilirlik açısından farklılık gösterebilmektedir. Yapılan bir çalışmada sigara içme, hipnotik ilaç kullanımı ve uyurgezerlik hem gece yeme davranışı hem de SRED benzeri davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Geciken uyku-yatak düzeni ve uyku bozukluğu geceleyin yeme davranışı ile ilişkilendirilirken, SRED benzeri davranışlarla ilişkilendirilmemiştir. Hem geceleyin yeme davranışı hem de SRED benzeri davranışlar, yeme bozuklukları ve parasomniaya (uyurgezerlik gibi uyku bozuklukları) özgü özellikler göstermiştir (7).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GECE YEME SENDROMU

2.1.1. Gece Yeme Sendromunun Tanımı ve Özellikleri

GYS ilk kez 1955 senesinde, kilo artışına ve obeziteye neden olabilen bir sendrom olarak, Stunkard ve ark. tarafından gündüzleri anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomniayla seyreden bir sendrom olarak tanımlanmıştır. GYS'nin ayrıca stresli yaşam dönemleri ilişkili olduğu belirtilmiştir. Stunkard tanı ölçütlerini gündüz olan anoreksi, kahvaltılarının atlanması veya dikkate alınmayacak kadar az yapılması, akşam hiperfajisi, günlük alınan kaloringin %25'nin akşam yemeğinin ardından alınması ve haftada en az üç kez insomniyanın veya uykusuzluğunun eşlik etmesi şeklinde tanımlanmıştır (2).

Birketvedt ve ark. GYS'nin tanı ölçütlerine gece uykudan uyanıp bilinçli olarak yeme davranışının olmasını eklemiştir. Günlük kaloringin %50'sinin akşam yemeğinden sonra alınmasının gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca GYS'yi depresif duygudurum ile ilişkilendirmiştir (8).

GYS, DSM-IV'te "başka türlü belirtilmemiş bir yeme bozukluğu" olarak kategorize edilmiştir. Ancak GYS artık beslenme alışkanlıklarıyla ilgili spesifik hastalıklarla ilgili klinik tanımlama dışında ayrı bir varlık olarak kabul edilen bir bozukluktur. Özellikle obezite ile yakın ilişkileri de bunu desteklemektedir (9).

Allison ve ark. 2008 yılında Gece Yeme Anketinin (GYA) geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olup yirmi beş puan ve üstündeki puanların geniş ölçekli taramalarda kullanılması için uygun olduğunu ve GYS'yi gösterdiğini belirtmiştir (10). Ayrıca GYS'nin tanısını koymak için gerekli kriterler için öneride bulunmuştur. Buna göre GYS'nin kriterleri tablo 1'de belirtilmiştir (11).

Tablo 1. Allison ve ark. tanımladığı GYS kriterleri

A) Günlük yeme alışkanlıkları akşam ve/veya gece saatlerinde önemli ölçüde artmıştır. Bu artış, aşağıdaki kriterlerden en az biri veya her ikisi ile belirlenebilir: 1. Günlük yeme alışkanlıklarının %25'inden fazlası akşam yemeğinden sonra tüketilir. 2. Haftada en az iki kez gece yeme vakası yaşanır. B) Akşam ve gece yemekleri hatırlanır. Bilinçli farkındalık mevcuttur. C) Klinik tablo, aşağıdaki özelliklerden en az üçü ile karakterize edilir: 1. Sabah yemek yemek istememe veya haftada dört veya daha fazla sabah kahvaltı atlamak, 2. Akşam yemeği ile gece yatana kadar veya gece boyunca yoğun bir şekilde yeme isteği, 3. Haftada en az dört gece uykuya dalma ve/veya uykuyu sürdürme problemleri yaşama, 4. Uyuyabilmek için yemek gerektiği inancı, 5. Akşamları depresif veya kötüleşen ruh hali D) Bu semptomlar topluluğu, belirgin bir sıkıntı ve / veya bozulma ile ilişkilidir. E) Düzensiz yeme şekli üç aydır mevcuttur. F) Bozukluk, madde bağımlılığı veya bağımlılığı, tıbbi bozukluk, ilaç tedavisi veya başka bir psikiyatrik bozukluğa ikincil değildir.
--

DSM-5 hazırlanırken GYS'nin hangi başlık altında olması gerektiği tartışılmıştır(12). Obeziteyle olan muhtemel ilişkisi de göz önünde bulundurularak GYS; “beslenme ve yeme bozuklukları” başlığının “tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları” alt başlığı altında konumlandırılmıştır.

2013 yılında yayınlanan DSM- 5 kılavuzuna göre GYS'nin kriterleri;

- Uykudan uyandıktan sonra veya akşam yemeğinden sonra aşırı yemek tüketiminin olması,
- Bu sırada bilinçli farkındalığın olması ve sonrasında anımsanması
- Kültürel farklılıklar veya bireyin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişimlerle açıklanamaması,
- Bu durumun önemli sorunlara veya işlev bozukluğuna neden olması
- Bu durumun, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da dahil olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması ve başka bir sağlık durumuna ya da bir ilacın etkisine bağlanamaması, şeklinde tanımlanmıştır (3).

SRED'in ve GYS'nin farkları yine bu kılavuzda tanımlanmıştır. Buna göre SRED, yeme sırasında uyurgezerlik formundadır ve genellikle kişi uyurken yemek yer. GYS'de ise kişinin yiyecek alımıyla ilgili sirkadiyen ritminde bir gecikme vardır. Ayrıca, GYS ile ilişkilendirilen uyku problemleri ve depresyon gibi durumlar da mevcuttur (3).

GYs olan hastalar genellikle yeme olaylarını hatırlayabilmektedir. Ancak, belirli bir alt grup, azalmış farkındalık ve otomatik davranışları deneyimlediklerini ifade etmektedir. (11). Yine de, bu azalmış farkındalık durumunda dahi, hastaların teşvik edilmesiyle birlikte, bazı detayları hatırlayabilmeleri ve tedavi ile birlikte içgörülerinin artması beklenmektedir (11)(13)(14). Lundgren ve Pona tarafından 2017 yılında belirtildiğine göre, "Gece yemeği yediğinizi nasıl biliyorsunuz?" gibi bir soru, farkındalığı değerlendirmede önemli bir sorudur (15).Sonuç olarak, GYS tanısı için hastaların en azından bir düzeyde farkındalığa sahip olmaları gerekmektedir. Farkındalığı olmayan hastalar için SRED bir değerlendirme konusu olabilir (16).

2.1.2. Gece Yeme Sendromunun Epidemiyolojisi

GYS'nin yaygınlığında farklı çalışmalarda kullanılan çeşitli kriterlerden dolayı belirli bir oranın belirlenmesi zordur. Genel nüfus içinde GYS'nin yaygınlığının %1 ile %2 arasında değişmektedir (16). Ancak, hastalığın klinik örneklerde gösterdiği insidansın büyük ölçüde değiştiği görülüyor. Örneğin, De Zwaan ve arkadaşları, pre-operatif bariatrik hastalarda GYS yaygınlığının çalışmalara göre %6 ile %64 arasında değiştiğini bulmuştur (17). Sadece DSM-5 tanı kriterlerini kullanarak GYS'nin yaygınlığını aydınlatmaya çalışan Kaur ve ekibi, en güncel bilimsel literatürü inceleyerek, genel olarak GYS yaygınlığının yeme bozukluğu, obezite ve bariatrik cerrahi popülasyonlarında %2,8 ile %8,2 arasında değiştiğini bulmuştur (18). Ayrıca, GYA puanlama eşiğini otuzdan yirmi beşe düşürdüklerinde, bu klinik popülasyonlarda GYS yaygınlığının arttığını (6,9 ile 15,2%) gözlemlemişlerdir (18). Bu bulgular, klinik popülasyonlarda GYS'nin artan sıklığına işaret ediyor ve bazı popülasyonların GYS gelişimi için daha fazla hassas olabileceğini öne sürüyor. Yani, farklı gruplar arasında GYS'nin yaygınlığı ve risk faktörlerinin farklılık gösterebileceği gözlemlenmektedir.

2.1.3. Gece Yeme Sendromunun Demografisi

GYS olan hastalarla kontrol grubu arasında cinsiyet (19)(20), eğitim seviyesi (21)(11)(22), sigara tüketimi ve gelir (23) gibi birçok sosyodemografik faktörün önemli ölçüde farklılık göstermediği konusunda literatürde genel bir kanı vardır. Yaş ile GYS arasındaki ilişki ise daha az netliktedir. Birkaç araştırma yaştan bir risk faktörü olmadığını öne sürerken (19)(20), son araştırmalar ise daha yaşlı bireylerde GYS'nin daha yüksek oranlarda görüldüğünü gösteriyor (22)(24). Bu sonuçlar, GYS'nin genellikle genç yetişkinlik döneminde ortaya çıktığına dair kanıtlar göz önüne alındığında dikkat çekici olarak nitelendiriliyor (25). Latzer ve arkadaşlarının (22) bulguları, GYS belirtilerinin yaşam boyunca devam etmesiyle bireyde oluşan sıkıntıyı arttığını ve böylece ileri yaşlarda daha kolay gözlemlendiğini düşündürüyor. Bu açıdan yaş, GYS ile ilişkili rahatsızlık veya bozulmanın olasılığını arttıran bir faktör olabilir.

2.1.4. Gece Yeme Sendromunun Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi

Yapılan çalışmalar GYS ile psikiyatrik belirtiler arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalarda anksiyete, depresyon ve madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik belirtilerin GYS ile ilişkilendirildiğini ortaya koymaktadır (26). Araştırmalar, stresin ve psikiyatrik semptomların genellikle GYS'nin ortaya çıkışından önce geldiğini ve semptomların devamıyla ilişkili olduğunu öne sürmektedir (27). Bir çalışma, GYS ile savaş gazileri arasında önemli bir ilişki olduğunu ve posttravmatik stres bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir (19). Başka araştırmalar da subklinik ve klinik olarak önemli GYS olan hastalarda depresyon riskinin arttığını vurgulamıştır (19)(22)(28)(26)(29)(30). Bu araştırma bulguları GYS olan birçok hastanın artmış sıkıntı ve eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklarla başvurduğunu göstermektedir.

Riccobono ve ekibi, klinik olmayan bir örneklem içinde GYS, depresyon ve kronotipler arasındaki ilişkiyi araştırdı (31). Kronotip, aktivite ve uyku zamanlamasıyla ilgili davranışsal ve biyolojik ritimleri yakalamak için kullanılan bir terimdir. Sabah tipli kişi sabahları daha fazla uyanıklık ve enerji yaşarken, akşam tipli kişi günün daha ilerleyen saatlerinde zirve performansı ve dikkat artışı gösterir. Riccobono ve ekibi, akşam kronotipi, beck depresyon envanteri (BDE) puanları ve GYS arasında önemli bir ilişki olduğunu gözlemledi. Bu bulgular, GYS olan hastaların sadece besin alımında sirkadiyen bir gecikme yaşamadığını, aynı zamanda genel işlevde de gecikme yaşadıklarını göstermektedir. Dahası, akşam kronotipinin depresyon ve GYS için bir risk faktörü olduğu görünmektedir. Bu değişkenler arasındaki ilişki, GYS için fototerapi veya parlak ışık terapisinin etkinliğini açıklamada kısmen yardımcı olabilir.

GYs'nin psikiyatrik belirtilerini inceleyen çalışmaların çoğunun batı toplumlarında yapıldığı ve bu nedenle bu bozukluğun kültürler arasında farklılık gösterebileceği görülmektedir. Beslenme bozukluklarında sosyokültürel faktörlerin etkisi göz önüne alındığında, birkaç araştırmacı GYS'nin farklı kültürlerde farklılık gösterebileceğini hipotez olarak öne sürmüştür. Bu nedenle, sınırlı sayıda araştırma doğu toplumları içinde psikiyatrik belirtiler ile GYS arasındaki ilişkiyi araştırmaya başlamıştır (32)(33). Örneğin, GYA kullanarak yapılan bir çalışmada He ve diğerleri (33), katılımcıların %2,8'inin GYS kriterlerini karşıladığını bulmuştur. GYS,

depresyon, anksiyete ve genel stres dahil olmak üzere psikolojik sıkıntılarla önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir. He ve arkadaşlarının bulguları, GYS ile psikiyatrik endişeler arasındaki ilişkinin kültürler arasında devam ettiğini gösteren yeni araştırmaları desteklemektedir. Ancak kültürler arasında diğer klinik ilişkilerin var olup olmadığını belirlemek için daha fazla deneysel çalışma yapılması gerekmektedir.

2.1.5. Gece Yeme Sendromunun Obezite ile İlişkisi

Bazı araştırmalar, GYS'nin yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili olduğunu gösterirken(24)(34)(11), diğer araştırmalar anlamlı bir ilişki bulamamıştır(20)(19)(29)(35)(21). 2012 tarihli bir inceleme, bu çelişkili bulguların farklı şekillerde tanımlanan GYS'den kaynaklanabileceğini öne sürmüştür(36). GYS ve VKİ arasındaki ilişkiyi etkileyen bazı faktörlerin olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler arasında aktivite düzeyi, diyet kısıtlamaları, psikopatoloji, uykusuzluk şiddeti ve genler gibi birkaç faktör öne sürülmüştür. Bunun yanı sıra, duygusal yeme ve yaşın da değişkenliği açıklamaya yardımcı olabileceğine dair bazı kanıtlar bulunmaktadır. Özellikle, yüksek duygusal yeme ve 31-60 yaş aralığında olan bireylerde GYS ile kilo arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşken, düşük duygusal yeme veya daha genç yaşlı bireylerde bu ilişki devam etmemiştir(37)(38). Ayrıca GYS ile VKİ arasındaki ilişkiyi etkileyen daha başka faktörlerin olabileceği öne sürülmektedir.

2.1.6. Gece Yeme Sendromunun Tedavisi

GYs'nin tedavisi farmakolojik ve davranışsal müdahaleleri içerir ve tedaviler sirkadiyen ritimlerin düzenlenmesini, ruh halini, stres ve hatalı düşünceleri hedef alır. Pinto ve diğerleri tarafından yapılan bir inceleme(39), serotonerjik ajanların ve özellikle bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkili olduğunu göstermektedir(40). Ancak, Muscatello ve ekibi, bu alanda hala yetersiz araştırma olduğunu ve GYS'nin tedavisinin hala gelişmekte olan bir alan olduğunu belirtmektedir(41).

Farmakolojik tedavileri inceleyen çalışmaların genellikle serotonerjik sistem üzerinde etkili olan ilaçları ele almaktadır. Serotonin; yeme, uyku ve ruh hali gibi alanlarda rol oynadığından, GYS ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Azalmış serotonin seviyelerinin sirkadiyen ritimlerin değişmesine ve akşam oluşan hiperfaji riskinin artmasına yol açabileceği hipotezi öne sürülmüştür(39). Gece yiyenlerin

temporal lobda serotonin taşıyıcı seviyelerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun sirkadiyen ritimlerde ve iştahta değişikliklere katkıda bulunduğu belirtilmiştir (42). GYS tedavisi için antidepresanlara, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) gibi, odaklanmıştır (43). Muscatello'nun literatür incelemesi, sertralinin gece yeme ve akşam hiperfajiyi azalttığı, ruh halini, yaşam kalitesini ve kiloyu iyileştirdiğini bildirmiş (41). Paroksetin ve fluvoksamin de gece yeme episodlarında olumlu azalmalar göstermiştir. Essitalopram da incelenmiş ancak sonuçlar çelişkilidir; bazı çalışmalar etkinin olmadığını gösterirken (44), diğerleri GYS belirtilerinde önemli iyileşmeleri kanıtlamıştır (45).

SSRI'ların yanı sıra araştırmacılar tedavi amacıyla endikasyon dışında kullanılan birçok ilacı incelemiştir. Örneğin, bir antikonvülzan ve sinir ağrısı ilacı olan topiramet, GYS için incelenmiştir. Kısa süreli kullanımda faydasına dair az sayıda rapor olsa da, sonuçlar yan etkilerin kısa dönem faydalarını gölgelediğini vurgulamıştır. 2015 yılında, Macdonald ve arkadaşları, düşük dozda uzun süreli topiramet kullanımını içeren bir vaka çalışması yapmış ve herhangi bir yan etki olmadan beş yıl boyunca GYS belirtilerinin uzun süreli olarak gerilediğini ve vakaların kilo kaybettiğini gözlemlemiştir(46). Melatonin agonistleri de daha az derecede de olsa incelenmiştir. Matsui ve diğerleri(47), analize dahil edilen kırk dokuz hastayla şimdiye kadar yapılan en kapsamlı çalışmayı yapmışlardır. Araştırmacılar, katılımcılarının %42,9'unun ramelteon tedavisine olumlu bir yanıt gösterdiğini bulmuşlardır. Tüm bu çalışmalar, SSRI'ların dışındaki ilaçların da tedavide etkili olabileceğini göstermektedir.

BDT depresyon gibi çeşitli davranışsal sağlık sorunlarının tedavisinde etkilidir ve uyku düzensizlikleri, yeme bozuklukları ve kilo kaybı gibi sorunlarda da artan deneysel destek almaktadır. BDT GYS'de, yeme sırasında farkındalığı artırmaya ve yanlış düşünceleri ele almaya yönelik bilişsel tekniklerle davranışsal müdahaleleri entegre etmektedir. Tedavinin bir parçası olarak düşünce kayıtları, sokratik sorgulama, uyarıcı kontrolü ve nüks önleme teknikleri gibi unsurlar kullanılmaktadır(48). BDT'nin GYS belirtilerini azaltmada etkili olduğu, akşam kalori alımı, uyanmalar ve gece yemeleri gibi semptomlarda azalma sağladığı gözlemlenmektedir. Ayrıca, bir BDT protokolünün, özelleştirilmiş psikoeğitim, beslenme ve uyku hijyen kurallarını içeren bir pilot çalışmanın, sertralin adlı bir ilacın randomize kontrollü bir çalışmasıyla

karşılaştırılabilir bulunmuştur(41). Ancak, tedavinin bu iyileşmelerin zaman içindeki istikrarıyla ilgili sınırlı veri bulunduğu ve BDT'nin GYS için uzun vadeli takip çalışmalarının yapılması önemlidir. Bu nedenle, tedavinin uzun süreli etkilerini değerlendiren ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Gevşeme tekniklerinin kullanımı ve özellikle ilgi çeken bir teknik olan progresif kas gevşetme (PKG) üzerine bir takım araştırmalar yapılmıştır. PKG, katılımcılara kas gruplarını yavaşça germeyi ve gevşetmeyi öğretir. Son beş yılda bu konuyu inceleyen bilinen herhangi bir çalışma olmamasına rağmen, Vander Wal ve diğerleri PKG uygulamasının depresyonu ve algılanan stresi azalttığını göstermişlerdir. PKG gibi teknikler, stres, uykusuzluk ve GYS semptomları arasındaki bilinen ilişkileri hafifletmeye yardımcı olabilir(49).

Fototerapinin veya parlak ışık terapisinin kullanılması ve bunun GYS üzerindeki etkileri de önemlidir. Fototerapi, belirli dalga boylarındaki ışığa maruz kalma yöntemini içerir ve genellikle ruh hali bozuklukları ve uyku bozuklukları gibi durumların tedavisinde kullanılmıştır. Fototerapinin melatonin ve postsinaptik serotonin üzerindeki etkileri ile uyku tedavisinde kullanılabilmektedir. Randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmasına rağmen, ön çalışmalar fototerapinin GYS tedavisinde kullanımını desteklemektedir. Ancak, bu tedavi yönteminin etkinliği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu nedenle, fototerapinin GYS üzerindeki etkileri hakkında kesin bir sonuca varmak için daha fazla bilgi gereklidir(47).

2.2. UYKU İLE İLİŞKİLİ YEME BOZUKLUĞU

2.2.1. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Tanımı ve Özellikleri

SRED hastalık kavramı ilk kez 1991'de tanıtıldı(50). Erken dönemlerinde gece yeme vakalarının çeşitli olduğu ve uyku ile yeme arasındaki bağlantıyı gösteren ilk vakalar gözlemlendi. Örneğin, otuz beş yaşında şizoaftaktif bozukluğu olan bir kadın, psikotropik ilaçlarla ilişkili bilinçsiz gece yeme vakası uyurgezerlikle bağlantılı olan ilk vakalardan biri olarak rapor edilmiştir(51). Whyte ve ekibi, bilinçsiz bir şekilde gece yemek yeme epizodları geçiren üç SRED vakasını rapor etmiştir. Bu vakalarda sıklıkla hafıza kaybı yaşandığı ve polisomnografi (PSG) çalışmalarında bu vakaların hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku evresinde (non-rapid eye movement, NREM) uyanma bozuklukları gösterdiği belirtilmiştir(52). Schenck ve arkadaşları, uyku ile ilişkili yeme davranışları sergileyen oldukça büyük bir hasta grubunu toplamış, bunların birçoğunda uyanma bozukluğuna dair PSG kanıtları bulunmuş ve bu araştırmacıları SRED'in bir parasomni olarak sınıflandırılması gerektiği sonucuna götürmüştür(50). Bu doğrultuda, birkaç uyku araştırmacısı, başlangıçta uyku bozukluğu kliniklerine başvuran hastaların klinik deneyimlerine dayanarak, sorunlu gece yeme davranışları ile uyku fizyolojisi arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturmuştur. Sonuç olarak, özellikle gece uyanmalarından sonra büyük ölçüde yeme epizodu geçiren ve bu sırada bilinç düzeyinde değişiklikler yaşayan hastalar, SRED tanısı almaktadır.

SRED vakalarını gözlemleyen klinisyenlerin, bu bozukluğun gündüz yeme bozukluğu ve parasomni özelliklerini bir araya getirdiğini gözlemlemişlerdir. Yani, SRED hastaları, gün içinde zorlayıcı ve içgüdüsel bir şekilde yeme davranışı sergilerken, ertesi sabah anoreksi ve istenmeyen kilo alımı gibi yeme bozukluklarının temel özelliklerini gösterirler. Uyku döneminin erken saatlerinde karışıklık, otomatik davranışlar ve dış uyarıcılara göreceli tepkisizlik gibi özelliklerle karakterize edilen kısmi uyanmaları, bu davranışların ardından davranışların bellekte bulanıklaşması gibi durumlar gözlemlenebilir. SRED'in Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması'nın (International Classification of Sleep Disorders, ICSD) üçüncü baskısındaki tanı kriterleri tablo 2'de gösterilmektedir(53).

Tablo 2. ICSD-3'e göre SRED Tanı Kriterleri

SRED Tanı Kriterleri
Kriter A–D karşılanmalıdır.
A. Ana uyku dönemi sırasında bir uyanmadan sonra meydana gelen tekrarlayan disfonksiyonel yeme epizodları.
B. Zorunlu yeme epizodlarının tekrarlayan vakalarıyla ilişkili olarak en az bir tanesinin bulunması: -Garip gıda türleri veya kombinasyonlarının, yenilemeyen veya toksik maddelerin tüketimi. -Yemeğin peşindeyken veya yemek yaparken yapılan uykuyla ilişkili zararlı veya potansiyel olarak zararlı davranışlar. -Tekrarlayan gece yeme epizodlarından kaynaklı olumsuz sağlık sonuçları.
C. Yeme epizodu sırasında kısmi veya tam bilinç kaybı yaşanması ve ardından bellekte bozulma olması.
D. Bozukluğun, başka bir uyku bozukluğu, mental bozukluk, tıbbi bozukluk, ilaç veya madde kullanımı ile daha iyi açıklanamaması.

SRED ile ilgili PSG çalışmaları yapılmıştır. PSG sırasında, hastalar genellikle gece tüketilen yaygın yiyecekleri uyku laboratuvarına getirerek yeme davranışını kolaylaştırmaya teşvik edilir. Bir hastanın PSG çalışması sırasında yemek yemesi durumunda, aynı anda uyku-uyanıklık durumu belirlenir ve uyku teknolojileri yeme olayları arasındaki farkındalık düzeyini ve ertesi sabah hatırlamayı değerlendirebilir. Çoğunlukla, yeme davranışı NREM uykusunda ortaya çıkar. Bir çalışma, yirmi altı hastada kırk beş gece beslenme olayının kırk dördünün NREM uykusundan kaynaklandığını belgeledi(54). SRED'de NREM uykusundan kaynaklanan uykuya bağlı ritmik çiğneme kas aktivitesinin (rhythmic masticatory muscle activity, RMMA) yüksek sıklığı bildirilmiştir. Bu uykuya ilişkili RMMA'nın SRED ile patofizyolojik

bağlantısı netleştirilmesi önemlidir, yazarlar dopaminerjik bir mekanizma önermişlerdir.

SRED' in tipik bir özelliği, kısmi veya tam bilinçsizlikle uyanmalar sırasında uyku esnasında kontrolsüz veya istemsiz yeme davranışdır. SRED'li hastalar genellikle uykudan uyanır ve genellikle uykudan sonraki ilk 1-3 saat içinde yemek yerler. Yeme olayları, yüksek kalorili yiyeceklerin tercih edilmesi ve hızlı yenmesi ile karakterizedir ancak hastalar bazen sigara izmaritleri ve koruyucular gibi yenilmemesi gereken veya zehirli maddeleri bile tükettiklerini bildirirler(50)(55)(56)(57). Ayrıca, bu vakalar karmaşık ve bazen tehlikeli yiyecek hazırlığı ile uzun süreli olayları içerebilir. Son zamanlarda, bazı SRED hastalarının yeme olayları sırasında veya hemen sonra sigara içtikleri bildirilmiştir(58), bu durum yeme ve sigara içme arasında oral merkezli davranışlar olma olasılığını gösterebilir. Nokturnal yeme sırasında bilinç düzeyi tam farkındalıktan somnambulizm gibi yoğun bilinçsizliğe kadar değişebilir. Birçok hastanın yeme olayları sırasında kendilerini 'yarım uyanık, yarım uyku' olarak tanımladıkları görülür. Yeme olayları sırasında açlık hissi rapor etmeyip, yeme dürtüsü olduğunu belirtirler. Bilinç düzeyinin kesin bir değerlendirmesi oldukça zordur, çünkü bu genellikle hastaların ertesi sabah olayları hatırlama düzeyine dayalı olarak yapılır. Diğer bir karmaşık konu ise bilinç düzeyinin bir olay içinde, bir gece içindeki farklı olaylarda (haftada bir kezden aynı gece beşten fazla kez olabilir), ve bozukluğun uzun dönemli seyrinde değişebilmesidir. Bazı hastalar, bir olay sırasında tamamen uyanıklık yaşadıklarını, yemek yediklerini fark ettiklerini, bitirdikten sonra tekrar yatağa döndüklerini bildirirler.

SRED'in en yaygın ve genellikle en rahatsız edici yanı, gece yeme olayları sırasında yüksek kalorili yiyeceklerin tekrarlanan tüketimi sonucu kilo alımıdır(59)(60). Bu semptom, ICSD-3'te (53) bu bozukluğun tanısal özelliklerinden biridir. SRED'in önemli bir sonucu da, gece yeme olayları üzerindeki kontrolsüzlük, utanç, suçluluk ve gece yemeği üzerindeki çaresizlik nedeniyle olan psikolojik sıkıntılardır. Birden fazla gece uyanma ve yeme olayı da uykuyu bozar, bu da gündüz yorgunluğuna ve artmış gündüz uykululuğuna neden olabilir. Önemli bir nokta, yiyecek arayışı ve hazırlığı sırasında düşme, yanma ve kesilmeler gibi kazaların,

özellikle davranış olayları sırasında net bir şekilde azalmış uyanıklığı bildiren hastalarda endişe verici olmasıdır. Bu tür kazalar SRED'in bir sonucu olabilir.

2.2.2 Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Epidemiyolojisi ve Demografisi

SRED'in genel nüfus içindeki yaygınlığı kesin olarak belirlenmemiş olsa da, çeşitli epidemiyolojik çalışmalar küçük ve belirli popülasyonlara odaklanmıştır. Çalışmalardan biri, Schenck ve diğerleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, 7 yıllık bir dönemde bir uyku bozuklukları kliniğine yönlendirilen hastaların örneklemini üzerinde gerçekleştirilmiş ve bu hastaların %0,5'inin SRED kriterlerini karşıladığını ortaya koymuştur(50)(61). Başka bir çalışma ise Winkelman ve ekibi tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, yeme bozuklukları olan hastaların hastanede yatanlarının %16,7'si ve poliklinikte olanlarının %8,7'sinin SRED ile uyumlu davranışlar sergilediği belirtilmiştir(5). Bu oranlar, SRED'in özellikle yeme bozukluğu olan popülasyonda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada, depresyon kliniğinde bulunan hastaların %3,4'ünün SRED belirtileri sergilediği belirtilmiştir. Bu oran, depresyon tanısı alan popülasyonda SRED'in görülme sıklığını göstermektedir. Son olarak, kilo verme programına katılan obez bireylerin %1,0'ında SRED belirtileri olduğu bildirilmiştir. Bu veriler, SRED'in yeme bozuklukları, depresyon ve obezite gibi belirli sağlık durumlarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Ancak, belirtilen oranlar, genel nüfus içindeki SRED yaygınlığı hakkında kesin bir bilgi vermemektedir ve farklı popülasyonlarda farklılık göstermektedir. Bu nedenle, SRED'in genel nüfusta ne kadar yaygın olduğunu belirlemek için daha kapsamlı ve geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

SRED'in kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Kadın oranı 2/3 ve 3/4 oranında daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, gündüz yeme bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olmasına benzer bir eğilim göstermektedir, ancak bu iki bozukluk arasında patofizyolojide açık bir farklılık bulunmasına rağmen bu eğilimin sebebi belirsizdir. SRED' in genellikle ergenlik sonrası ve yirmili yaşların başlarında başladığı belirtilmektedir. Klinik ortamlarda tedavi gören çoğu hastanın kronik bir seyir gösterdiği ifade edilmiştir. Ancak, etkilenen tüm kişilerin kronik bir seyir gösterip göstermediği konusunda kesin bir bilgi bulunmamaktadır(62).

SRED olan hastaların eşzamanlı olarak uyku bozuklukları yaşama olasılığı daha yüksektir. PSG kullanılarak yapılan çalışmalar, SRED olan hastaların genellikle birlikte somnambulizm, periyodik ekstremite hareket bozukluğu (periodic leg movement disorder, PLMD), huzursuz bacaklar sendromu (HBS), obstrüktif uyku apne sendromu(63)(64) (obstructive sleep apnea, OSAS) ve narkolepsi(65) gibi uyku bozukluklarına sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle, Schenck ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışma, örneklemdeki SRED hastalarının %84'ünün uyurgezerlik geçmişine sahip olduğunu, %13'ünün HBS olduğunu ve %10'unun OSAS olduğunu rapor etmiştir(50)(61). Ayrıca, SRED'in trisiklik antidepresanlar, antikolinerjikler, lityum, triazolam, olanzapin, risperidon, ketiapin ve sodyum oksibat gibi maddelerle nadir vakalarda ilişkilendirildiği belirtilmiştir(51)(66)(67)(68)(69). Son zamanlarda ise SRED'in benzodiazepin reseptör agonisti zolpidem kullanımı ile daha sık ilişkilendirildiği bildirilmiştir. Bu bilgiler, SRED'in genellikle diğer uyku bozuklukları ile birlikte görüldüğünü ve bazı ilaçlarla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu tür ilişkilerin belirlenmesi, SRED'in olası nedenlerini ve etkilerini anlamak için araştırmacılar için önemli olabilir(56)(57).

2.2.3. Gece Yeme Sendromu ve Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu arasındaki ilişki

Gece yeme davranışları için tek bir sınıflandırma şemasının olmadığı ve bu nedenle terimlerin farklı uzmanlık alanları arasında farklılık göstermektedir. "Gece yeme" terimi, yeme bozukluğu araştırmacıları tarafından akşam hiperfajisi (akşam yemeğinden sonra, ancak uyku başlangıcından önce yeme) ve gece boyunca nöbetler halinde yeme (uykudan uyanmadan sonra, ancak sabah uyanışından önce yeme) olarak tanımlamak için kullanılırken, "SRED" terimi uyku bozukluğu uzmanları veya araştırmacıları tarafından amneziyle birlikte yeme davranışını tanımlamak için kullanılmaktadır (uyurgezerlik benzeri bir davranış). Bu alanlardaki araştırmacılar, bazen çakışabilen ancak genellikle farklılık gösteren terimleri kullanarak, kavram kargaşası yaratabilecek ve klinik araştırmaları engelleyebilecek şekilde terimler kullanabilirler(11). Şu anda, SRED ve GYS'nin bağımsız bozukluklar olup olmadığı veya aynı tanı altında toplanıp toplanmaması gerektiği belirsizdir. Bu konuda daha fazla araştırma gerekmektedir.

SRED, istemsiz bir şekilde gerçekleşen disfonksiyonel gece yeme davranışını ifade ederken; GYS, akşam yemeğinden sonra, sabah uyanışından önce olan tüm yeme davranışlarını kapsar. Bu araştırmacılar tarafından belirlenen bilgilere göre, SRED ve GYS arasındaki temel farklar şunlardır: Gece yeme sırasındaki bilinç düzeyi, gece yeme zamanlaması, iki bozukluk arasındaki eşlik eden uyku bozukluklarının farklılığı. Bu ayırıcı faktörler, bu iki durumu birbirinden ayırmak için kullanılmaktadır. Farklılıklar tablo 3'te belirtilmiştir(70).

Tablo 3. SRED ve GYS arasındaki farklar

SRED	GYS
-Uykudan az bir uyanıklık -Olayı hatırlamama -Uyku başladıktan sonra yeme epizodları -Görünürde gündüzleri yiyecek isteği olmaması -Garip veya alışılmadık maddelerin tüketimi -Sabah anoreksisi -Eşlik eden uyku bozuklukları sık görülür	-Uykudan tamamen uyanma -Olayın tam olarak hatırlanması -Akşam hiperfajisi, uyku başladıktan sonra ara sıra meydana gelen epizodlar -Akşam yeme sonrası yiyecek isteği -Normal yiyeceklerin tüketimi -Sabah anoreksisi

SRED olan hastalar genellikle yeme epizotlarının çoğunu uyurken veya yarı uyanık bir durumda geçirdiklerini rapor ederken, GYS olan hastalar ise bu epizotları tamamen uyanık ve farkında bir şekilde yaşadıklarını belirtirler(71). SRED vakalarında yaşanan azalmış bilinç seviyesi, hastaların yenilemez veya zehirli maddeleri tüketmesine neden olabilirken, GYS vakalarında bu tür durumlar gözlenmez. Bu nedenle, GYS'nin şiddetini değerlendirmek için kullanılan GYA'ya, gece yeme esnasında bilinç seviyesini değerlendiren bir madde eklenmiştir(8). Ancak, bu maddeyi kullanarak bilinçsizlik durumunu tespit etme konusundaki hassasiyeti

veya özgünlüğü net değildir. İlginç bir şekilde, bir rapor, uyku laboratuvarında 26 SRED hastasının tümünün gece yeme epizotları sonrasında tamamen farkında olduklarını belirtmiştir. Bu durum, SRED vakalarında bilinçsizlik yaşanmasının her zaman geçerli olmadığını gösterir(54).

Teorik olarak, SRED epizodları uykudan uyanmanın hemen ardından meydana gelirken, GYS hastaları sadece ilk uyku başlangıcından önce değil, aynı zamanda geceleyin uykudan uyanıklık dönemlerinde de yeme eğilimindedir. Bu iki bozukluk arasındaki örtüşen yeme zamanlaması dikkate alındığında, GYS'de tüm kalorilerin üçte birinden fazlasının akşam yemeğinden sonra tüketilmesi kriterinin daha fazla vurgulanması gerekmektedir(62).

SRED olan hastalarda uykuyla ilişkili diğer bozuklukların sıklığının oldukça yüksek olduğu, örneğin uyurgezerlik, PLMD ve OSAS gibi durumların sık görüldüğü gözlemlenmektedir. Ancak, bu tür bir ilişki GYS hastalarında yaygın değildir. GYS hastalarında uyku bozuklukları detaylı bir şekilde PSG ile değerlendirilmemiştir(62). Ayrıca, GYS hastaları üzerinde yapılan çoğu çalışma özellikle birincil uyku bozukluklarını düşündüren vakaları dışlamıştır. Bu nedenle, uyku bozukluklarının eşlik etmesinin, GYS ile SRED arasında önemli bir ayrımı sağlayıp sağlamayacağı kesin değildir. SRED ve GYS bağımsız kategoriler olarak tanımlanmaktadır, ancak SRED'in ve GYS'nin bazı özellikleri örtüşmektedir ve bu durum aynı spekturumda olabileceğini düşündürmektedir(72). Aslında, SRED hastalarının yarısından fazlasının GYS kriterlerini karşıladığı biliniyor(73). Bu nedenle, gelecekteki çalışmaların, GYS ve SRED'i tek bir spekturum olarak görmeyi kolaylaştırması gerekmektedir.

2.2.4. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu ve Parasomniler

SRED ve genel olarak parasomnilerin patofizyolojisi hakkında bilgi eksikliği vardır. SRED'in altında yatan mekanizmanın kesin bilgisi henüz elde edilememiş durumdadır ve bu durum, genel olarak parasomni hastalıklarının patofizyolojisi konusundaki bilgi eksikliğini yansıtmaktadır. Ancak, önceki çalışmaların sonuçları, SRED'in mekanizmasının biraz heterojen olabileceğini gösteriyor. Ayrıca, SRED'in temel uyku bozuklukları ile ilişkisi, nöroendokrinolojik fonksiyonun döngüsel değişimi üzerine yapılan çalışmalar ve son zamanlarda hayvanlarda genetik olarak

yapılan değişikliklerin araştırılması gibi bazı araştırma alanları umut verici görünmektedir(62).

SRED, NREM uykusunun bir varyantı olarak ortaya çıkar. Bu durumda, NREM uykusunun uyanıklıkla eksik bir ayrışması söz konusudur. Başlangıçta otuz sekiz hastanın olduğu bir seride, yirmi üç hastada uyurgezerlik gözlemlenmiş(51). Diğer bir seride ise yirmi üç hastanın on birine uyurgezerlik teşhisi konmuş(59). nemli bir nokta, SRED öncesinde genellikle yemeksiz uyurgezerlik meydana gelir ve sonra bir kez gece yeme alışkanlığı geliştikten sonra, bu durum genellikle baskın hale gelir. Bu desen, birçok araştırmacının SRED'i uyurgezerlik varyantı bir bozukluk olarak düşünmesine yol açmıştır(51). Son bir alışma, SRED hastalarının uyurgezerlerle bira klinik ortaklığa sahip olduğunu ancak çocukluk çağındaki beslenme problemlerinin SRED hastalarında daha sık görüldüğünü göstermiştir(74).

Uykuyu derinleştiren ve uykunun başlangıcındaki esnekliği azaltan fenomenler, normal olan uyanıklık mekanizmalarını bozarak NREM parasomniye yol açabilir. Tekrarlayan kortikal uyanıklıklara neden olan koşullar da NREM parasomniye yol açabilir. Bu durumda, uyku sırasında sık sık kortikal uyanıklıklar meydana gelir ve bu da NREM parasomniyi tetikleyebilir. Bu süreçler, NREM parasomni oluşumunda etkili olan iki farklı patolojik yol olarak açıklanmaktadır(75).

Hafif NREM uykusundan uyanıklığa geçiş normalde saniyeler içinde gerçekleşir. Ancak, NREM uykusundan uyanıklığa geçişin hızı; önceki uyanıklık suresinin uzunluğu, mevcut uyku suresi, NREM uykusunun derinliği, sirkadiyen ritmin evresi, uyarıcı veya yatıştırıcı ilaçların etkisi, genetik ve çevresel faktörler gibi karmaşık bir kombinasyon tarafından belirlenir. Özellikle, devam eden yavaş dalga aktivitesi (slow wave activity, SWA) olan derin NREM uykusundan uyanmayı tetikleme eşiği, minimal SWA olan hafif NREM uykusundan uyanmayı tetikleme eşiğinden açıkça daha yüksektir(76). Bu durumda, uyanmalar genellikle daha uzun surebilir. Derin NREM uykusundan uyarılmada uyku inversiyonu gl hale gelebilir ve bu da NREM parasomnilerinin nedeni olabilir. Bu durumda, derin NREM uykusunu teşvik eden durumlar (rneğin, uyku yoksunluğu) NREM parasomnileri için risk faktörü olabilir. Ayrıca, sedatif ve hipnotik ilaçlar, uyanıklık üretme eşiğini artırarak SRED ve diğer NREM parasomnilerine neden olabilir. Bu teori önceki bir çalışmayla

desteklenmektedir(77). Bu çalışmada, uyku laboratuvarında, derin NREM uykusunda uyku yoksunluğuyla birlikte tekrarlayan yüksek sesli gürültülerle karışıklık uyarılmaları deneysel olarak tetiklenmiştir. Bu durum derin NREM uykusunu teşvik etmiştir. Bu bağlamda, OSAS, PLMD veya oreksin eksikliğine bağlı olarak gece uykusunun bozulmasının, NREM uykusunu parçalayarak NREM parasomnileri teşvik edebilmektedir. OSAS veya PLMD hastalarında SRED'in yüksek yaygınlığının, aralıklı hava yolunun çökmesi veya uyku sırasında bacak hareketleri nedeniyle artan homeostatik uyku dürtüsü ile ilişkili sık uyku parçalanmasıyla ilişkilendirilmektedir(30)(78)(79).

2.2.5. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun diğer psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi

1991'deki orijinal bir vakalar serisinde, SRED hastalarının %47'sinin birinci eksen bozukluğu olduğu ve birçoğunun uyurken boğulma korkusu veya uyurken yangın çıkarma gibi gündüz kaygıları olduğu belirtilmiştir(50). Bu hastaların %53'ünün tekrarlayan istismar geçmişi olduğu ve Dissosiyatif Deneyimler Ölçeği puanlarının tipik olarak travma sonrası stres bozukluğunda görülenlere yaklaştığı bir takip çalışması da bulunmaktadır(51). Ayrıca, geceleyin yemeye başlama durumunun sıklıkla psikolojik stres veya madde bağımlılığından çekilme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir(51)(59)(80). Geceleyin yeme sorunu olan otuz beş hastanın incelendiği bir çalışmada, bu hastaların on dördünün depresif bir ruh halini karşılayan kriterlere sahip olduğu görülmüştür(54). Ayrıca, SRED olan hastaların, SRED'i olmayanlara kıyasla daha fazla depresyon ve dışa vurma belirtilerini yaşadığı da gözlemlenmiştir(5). Bununla birlikte, SRED'in yaygınlık oranı gündüz yeme bozuklukları olan bulimia ve anoreksi gibi hastalarda daha yüksektir(60)(59)(81). Özellikle, Winkelman'ın çalışmasında, SRED hastalarının %40'ından fazlasının Yeme Tutum Testi'nde yüksek puanlar aldığı belirtilmiştir(5).

2.2.6. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Genetik Temeli

SRED'in genetik bir yatkınlığa sahip olabileceği düşünülmektedir. Bir çalışma Otuz bir yaşındaki kadın SRED vakasıyla ilgili olarak, kadının dizigotik ikiz kız kardeşi ve babasının da etkilendiği rapor edilmiştir(82). Ayrıca, Winkelman tarafından gerçekleştirilen bir PSG çalışmasında, SRED'li hastaların %26'sının geceleyin yeme davranışı sergileyen bir birinci derece akrabaya sahip olduklarını iddia ettiği belirtilmiştir(59). Başka bir çalışma serisinde ise, Winkelman, SRED vakalarının yaklaşık %20'sinin bozukluğun ailevi birikimini gösterdiğini öne sürmüştür. Bununla birlikte, geceleyin yeme öyküsü bulunan 36 kişilik bir çalışmada, sadece iki kişinin aile üyelerinde benzer davranışlar sergilediği belirtilmiştir(54). Bu veriler, SRED'in genetik bir bileşene sahip olabileceğini göstermektedir. Bazı vakalarda ailevi geçişin olduğu ve SRED'in genetik yatkınlıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, uyurgezerlik durumunun belirli insan lökosit antijeni (HLA) sınıf II gen duyarlılıklarını sergilediği göz önüne alındığında, SRED'e karşı başka bir genetik yatkınlık biçiminin de HLA sistemi ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir(83). Ancak, SRED'in oluşumunun tamamen kalıtsal bir özellikten kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek için daha fazla genetik araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2.2.7. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Huzursuz Bacaklar Sendromu İle İlişkisi

SRED, geceleyin yeme eylemlerinin huzursuz bir şekilde gerçekleşmesi olarak tanımlanır. Bu durum, HBS'nin motor semptomlarına benzerlik gösterir. Bazı araştırmacılar, HBS'nin mekanizmasında dopaminerjik işlev bozukluğunun rol oynadığını ve bu bozukluğun sigara içme ve aşırı yeme gibi davranışlarla ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir(84)(85). Önceki çalışmalar, HBS hastalarında SRED'in %30'un üzerinde bir yaygınlık oranına sahip olduğunu ortaya koymuştur(86)(87). Bu durum iki patoloji arasındaki ilişkiyi göstermektedir ve iki olası açıklama sunulmuştur: biri, iki fenomenin de temelde dopaminerjik işlev bozukluğu ile ilişkili olması; diğeri ise yeme davranışının zaman öldürme davranışı olması(88). Ancak bir araştırmada HBS hastalarında SRED yaygınlık oranının, psikofizyolojik uykusuzluk hastalarından daha belirgin bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ve bu durumun sadece zaman

öldürme davranışı ile açıklanamayacağı öne sürülmektedir. Sonuç olarak bu bulgular, HBS'nin dopaminerjik işlev bozukluğu ile ilişkili olabileceğini ve bu bozukluğun SRED'in meydana gelmesinde bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu konudaki patofizyolojik çalışmaların devam etmesi gerekmektedir.

2.2.8. Hipnotik ilaçlar ve Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu

Gece yeme bozukluğu psikotropik ilaçlar arasında, özellikle antipsikotikler, antidepresanlar ve hipnotikler gibi uyku ilaçlarıyla ilişkilidir(51)(66)(67). Özellikle zolpidem adlı bir benzodiazepin agonisti hipnotiğin bu tür bozukluklara yol açtığı gözlemlenmiştir. Zolpidem kullanan hastaların bir kısmının ilaç öncesi bilinçli olarak gece yeme davranışları sergilediği, ancak ilaca başladıktan sonra bu davranışların amnezik hale geldiği ve ilacın kesilmesiyle bu durumun ortadan kalktığı gözlemlenmiştir. Asya'dan gelen bazı raporlar da zolpidem ile amnezik gece yeme bozukluğu arasındaki güçlü ilişkiyi göstermektedir. Zolpidem kullanan psikiyatrik hastalarda gece yeme bozukluğu riskinin arttığı ve zolpidem ile antidepresanların bir arada kullanılmasının bu riski daha da arttırdığı görülmüştür(89).

Sedatif hipnotikler gama-aminobütirik asitin (GABA) α reseptörlerindeki GABA aktivitesini artırarak gece beslenmesi riski taşıyan kişilerde yeme davranışının kontrolsüz hale gelmesine yol açabilmektedir. GABA $\alpha 1$ reseptör alt biriminin genindeki bir AUG polimorfizminin zolpidem gibi ilaçların sebep olduğu kompleks uyku davranışları (uyurgezerlik ve SRED dahil) riskini artırabileceği düşünülmektedir(90). Eğer ilaçla artan GABA aktivitesi ilaçla ilişkili SRED mekanizmasında rol oynuyorsa, bu durumun sadece zolpidem kullanımına özgü olmayabileceği üzerinde duruluyor. Ayrıca, SRED'in, hastaların aşırı dozlarda zolpidem gibi hipnotik ilaçlar aldıklarında daha sık görüldüğü bulunmuştur(57)(91)(92).

2.2.9. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğunun Tedavisi

SRED tedavisiyle ilgili yeterli tıbbi rehberlikte eksiklik vardır ve bu nedenle bu bozukluğa sahip bireylerin çoğu kendi kendine çözüm yolları aramaktadır. Özellikle, bu kişilerin evdeki yiyecek miktarını ve türünü sınırlama, buzdolabı ve

dolapları kilitleme gibi önlemleri denedikleri ancak genellikle bunun az bir başarı getirdiği gözlemlenmektedir(62).

SRED tedavisinde uykuyu parçalayan ve SRED' e yol açabilen uyku bozuklukların, örneğin HBS, OSAS, PLMS gibi durumların tedavisi önemli olabilmektedir. Bu uyku bozukluklarının tedavi edilmesinin, SRED olan bireylerde uyku sırasında meydana gelen uyarılmaların sayısını azaltarak gece yeme davranışlarını kontrol altına alabilir. Özellikle HBS, SRED'e yatkınlık oluşturabilir, çünkü bu durum kişilerde uykunun bölünmesine ve uyanırken yatakta kalamama durumuna neden olabilir. Schenck ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada, SRED vakalarının %52'sinde (27 vakadan 14'ünde) dopaminerjik ajanların etkili olduğu ve bu vakalardan beşinde HBS veya PLMS olduğu bulunmuştur(61). Pramipeksol üzerine yapılan randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada on bir SRED hastasında (günde en fazla 0.36 mg, her biri için üç hafta süreyle aktif ilaç ve plasebo) aktigrafi ile izlenen gece aktivitesinde ve haftada bildirilen iyi uyku geçirilen gün sayısında iyileşme gösterdiği bulunmuştur(93). Ancak bu çalışmada, SRED' le ilişkili yeme alışkanlıklarında bir iyileşme gözlenmemiş ve kilo kaybı gerçekleşmemiş.

Klonazepam adlı bir benzodiazepin türevidir, uyurgezerlik geçmişi olan bazı SRED vakalarında etkili olduğu bildirilmiştir(61). Ancak, önceki raporlarda hipnotik kullanıcıları arasında SRED'in artmış riski göz önüne alındığında, SRED'in benzodiazepin kullanımıyla ilişkili olduğu durumlarda tedavinin ilk adımının ilacın dozunu azaltmak olduğu belirtilmektedir(92)(91)(57). Ayrıca, bu durumlarda klonazepam tedavisinin kontrendike olduğu düşünülmektedir.

Global olarak kullanılan bir antikonvülsan olan topiramet, epilepsi ve bipolar bozuklukların tedavi denemelerinde kilo kaybına neden olduğu keşfedilmiştir. Raporlara göre, aşırı yeme ataklarını olan hastalarda bu atakları azaltmıştır(94)(95). Winkelman'ın bildirdiğine göre, SRED'i olan yirmi beş hastanın %68'i (günlük ortalama doz 135 mg/gün), Klinik Global İyileşme İzlenimine göre yanıt vermiştir(96). Bu tedaviye cevap verenlerin yaklaşık dörtte birinde önemli bir kilo kaybı gözlemlenmiş olmasına rağmen, yan etkiler arasında donukluk, parestezi ve gündüz uyuklaması gibi etkiler nedeniyle yanıt verenlerin neredeyse yarısı ortalama on iki ay sonra ilacı kesmiştir. Diğer yandan, Japon SRED hastaları üzerindeki

deneyimlere göre, topiramatin 25-50 mg/gün dozları uzun süreli olarak oldukça tolere edilebilir olsa da, tedaviye net yanıt verenlerin oranı %40'ın altında kalmıştır(1). Bu nedenle, topiramat tüm SRED hastaları için umut verici bir tedavi olamamaktadır. Ayrıca, topiramatin gece yeme ataklarını azaltmak için nasıl çalıştığı net değildir; ancak ilacın glutamaterjik antagonizma veya serotonin agonizması yoluyla anoreksijenik bir etki gösterdiği hipotezi öne sürülmüştür(64). Bunun yanı sıra, topiramatin insülin salınımını uyardığı ve insülin duyarlılığını artırdığı bildirilmiştir, her ikisi de iştah düzenlemesine ve kilo kaybına katkıda bulunabilir(97)(98).

Gündüz yeme bozukluklarını yönetmek için kullanılan tedaviler, SRED için faydalı olabilir. O'Reardon ve diğerlerinin raporuna göre, sertraline verilen hastalarda gece yeme epizodlarında %80'den fazla azalma gözlemlenmiş ve önemli bir kilo kaybı yaşanmıştır(99). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, farklı bir SSRI olan essitalopramın da GYS'nin tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir(45)(44). SRED ve GYS arasındaki patolojik benzerlik göz önüne alındığında, SSRI'ların SRED için önemli bir tedavi adayı olması beklenmektedir. Ancak şu ana kadar SRED üzerinde SSRI ile yapılmış bir tedavi çalışması bulunmamaktadır.

Friedman ve diğerleri, depresyonla eş tanımlı olan iki GYS vakasının sabah erken saatlerde 30 dakika boyunca 10.000 lüks parlak ışık terapisi ile başarılı bir şekilde tedavi edildiğini rapor etmiştir(100). Milano ve diğerleri de, agomelatinin, depresyon ve GYS' nin eş tanımlı olduğu bir vakada etkili olduğunu bildirmişlerdir; agomelatin kullanımı, gıda alımıyla gece uyanmalarının sayısını azaltmış ve ruh halini iyileştirmiştir. Bu tedavilerin klinik denemeleri SRED vakaları için gelecek açısından önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Kesitsel desende planlanan çalışmamız, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Çalışma için hazırlanan veri toplama formunda, hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığı ile ilişkili tıbbi öykülerini sorgulayan sorular, GYA, HBS değerlendirme ölçeği, ESS, Pittsburg uyku kalite indeksi(PUKİ), uykusuzluk şiddeti indeksi(UŞİ), sabahçıl-akşamcıl ölçeği(SAÖ), Hamilton depresyon(HAM-D) ve anksiyete(HAM-D) değerlendirme ölçeği, Türkçe duygusal yeme ölçeği bulunmaktadır. Anketler yüz yüze ve gerektiğinde telefon ile görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Çalışmamızdaki amacımız psikiyatrik hasta popülasyonunda SRED ve GYS sıklığını saptamak, psikiyatrik hastalıklar ile SRED ve GYS arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek, ilişki saptanması durumunda bu hastalıkların birlikte değerlendirilmesinde diğer ruh sağlığı uzmanlarının da farkındalığını artırmaktır. Bu bakış açısıyla SRED'in ve GYS'nin erken tanı ve tedavisi ile hastalığa bağlı morbidite oranlarında düşmeye katkı sağlanarak faydalı olmak amaçlanmıştır.

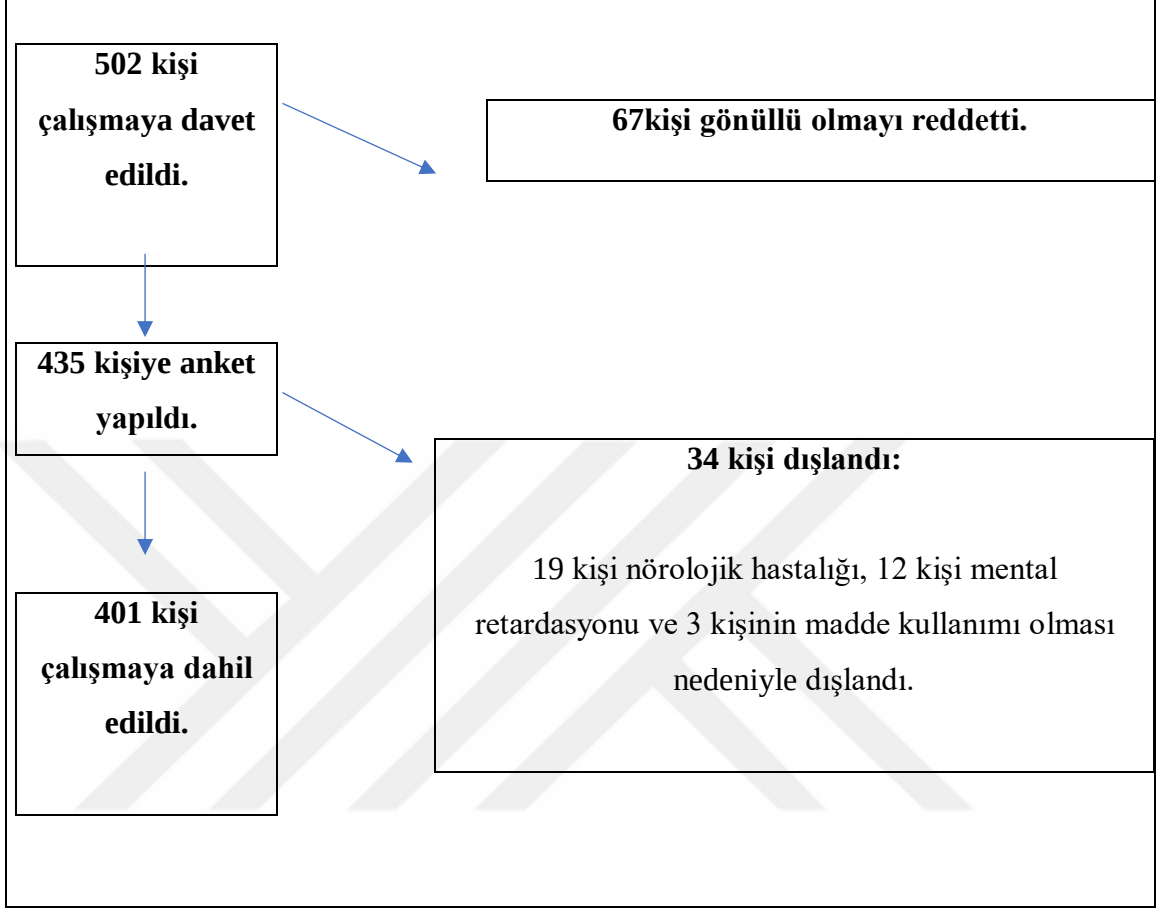
3.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, 29.10.2022-29.01.2024 tarihleri arasında SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda yatan ve polikliniğe başvuran hastalara yapılmıştır.

3.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Örneklem büyüklüğü, kesitsel tipte bir çalışma olduğu ve yapılacak sürede gelebilecek hasta sayısı dikkate alınarak en az 150 hastanın çalışmaya dahil edilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Ancak, çalışmaya dahil olma şartlarını karşılayan, gönüllü

olarak çalışmaya katılmak isteyen, anketi doğru şekilde dolduran ve toplam 401 hasta araştırmaya dâhil edilmiştir.



Şekil 1. Çalışma örneklem seçim şeması

Çalışmaya dahil olma kriterleri;

1. SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'na müracaat etmek, kayıtlı ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
2. 18 yaşından büyük olmak
3. İletişim sorunu olmaması

Çalışmaya dahil olmama kriterleri;

1. Anket veya ölçek formlarını eksik doldurmak
2. Nörolojik hastalığının olması

3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan hastalara, konu ile ilgili literatür bilgileri değerlendirilerek araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyodemografik özelliklerini ve ilişkili tıbbi öykülerini sorgulayan dokuz soruluk yapılandırılmış anket formu, on altı soruluk GYA yapılmış ve ICSD-3 tanı kriterlerine göre uyku ile ilişkili yeme bozukluğunun olup olmadığı değerlendirilmiştir. SRED olan veya GYA puanı yirmi beşin üzerinde olan hastalarda HBS değerlendirme ölçeği, ESS, PUKİ, UŞİ, SAÖ, HAM-A, HAM-D, Türkçe duygusal yeme ölçeği yapılmış ve DSM bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin beşinci baskısına (The Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5) göre ek psikiyatrik hastalıkları değerlendirilmiştir.

3.4.1. Hastaya Ait Özellikler

İsim, soy isim, doğum tarihi, cinsiyeti, boyu, kilosu, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanım durumu, psikiyatrik hastalığı, ilaç kullanım durum gibi sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Gece Yeme Anketi

GYS'yi değerlendirmek için geliştirilmiş bir öz-değerlendirme aracı olan "GYA" kullanılmaktadır. Bu anket, GYS belirtilerini değerlendiren on dört madde içeren bir anket şeklindedir ve beş puanlık bir skora kullanır. Sabah açlığı ve gece yeme kontrolü gibi, GYS tanısıyla uyumlu semptomları değerlendiren maddeler bulunur. Yirmi beş veya daha yüksek bir toplam puan, GYS' yi düşündürücü olarak değerlendirilir. Pozitif bir skoru olan bir hastanın GYS olma olasılığı, pozitif öngörücü değeri (PPV) %40,7'dir. Otuz veya daha yüksek bir skor, GYS için daha güçlü bir gösterge olup, %72.7 PPV'ye sahiptir(101). Bu nedenle, bu anket, özellikle skorlar arttıkça GYS'li birçok hastayı yakalayabilir. Anketin iç tutarlılık (Cronbach'ın alfa=0.70), sabit faktör yapısı ve yakınsak geçerliliği gibi iyi psikometrik özellikleri olduğu belirtilmiştir. Ancak, algılanan sıkıntı ve işlevsel bozukluğu ölçen maddelerin eksikliğiyle sınırlıdır. Bu faktörleri değerlendirmek için iki madde eklenmiştir, ancak bunlar final skora dahil edilmemiştir. Genel olarak, GYA, hastanın riskini değerlendirmek ve tedavi ilerlemesini takip etmek için iyi bir seçenektir(41).

3.4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PUKİ, klinik ve klinik olmayan gruplarda en yaygın kullanılan uyku sağlığı değerlendirme aracıdır. Yirmi dört sorudan oluşmaktadır. Bu maddelerin yirmisi puanlanır, dört tanesi ise açık uçludur. Bunlardan on dokuzu birey tarafından bildirilirken, beş tanesi oda veya yatak partnerinden ikincil geri bildirim gerektirir. Sadece bireyin algıladığı uyku kalitesini nicel olarak değerlendirmek için kendini bildirilen maddeler kullanılır. Açık uçlu maddeler de nihai olarak yapılandırılmış kategorik değerler olarak puanlanır (bunlar, hastanın bildirdiği değer aralığına göre puanlanır). Bu on dokuz kendini bildirilen madde, PUKİ'nin yedi bileşenini temsil eden kategorik puanları oluşturmak için kullanılır. Bireysel bileşen puanları, uykuyla ilgili belirli bir özelliği değerlendirir. Son olarak, her bileşen için puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir; bu aynı zamanda genel puan olarak da adlandırılır. Bu puan, katılımcının son bir aydaki uyku deneyimi ve kalitesinin etkili bir özetini sağlar(102).

3.4.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

UŞİ, uykusuzluğun doğasını, şiddetini ve etkisini değerlendiren bir anket olarak kullanılır(103)(104). Genellikle hatırlama dönemi son bir aydır ve değerlendirilen boyutlar şunlardır: Uyku başlatma, uyku sürdürme ve erken sabah uyanıklık sorunlarının şiddeti, uyku memnuniyetsizliği, uyku zorluklarının gündüz işlevselliği üzerindeki etkisi, uyku sorunlarının başkaları tarafından fark edilme durumu ve uyku zorluklarından kaynaklanan sıkıntı. Her bir ögeyi değerlendirmek için beş noktalı Likert ölçeği kullanılır, bu da sıfır ile yirmi sekiz arasında değişen bir toplam puan verir. Toplam puan şu şekilde yorumlanır: uykusuzluğun yokluğu, alt eşik uykusuzluk, orta düzeyde uykusuzluk ve ciddi uykusuzluk (22-28)(103)(105).

3.4.5 Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği

Yeme ile duygu arasındaki ilişkiyi gösteren ölçek yirmi soru ve dört alt ölçek içermektedir. İçerdiği dört alt ölçek: Gerginlik durumlarında yeme(on bir madde içerir.), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme(on madde içerir.) , kendini kontrol edebilme(beş madde içerir.) ve uyaran karşısında kontroldür(üç madde içerir). Ölçek en az otuz en çok yüz elli puan olarak değerlendirilmektedir(106).

3.4.6. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

HAM-A on dört ögeyi içermektedir ve her biri belirli semptomlarla kategorize edilmiştir. Bu ölçüm zihinsel ajitasyonu, psikolojik sıkıntıları ve anksiyete ile ilişkili fiziksel şikayetleri ölçmektedir. Ölçekte verilen yanıtlar, sıfır (semptom yok), bir (hafif semptomlar), iki (orta şiddette semptomlar), üç (ciddi semptomlar) ve dört (çok ciddi semptomlar) olmak üzere beş puanlık bir Likert ölçeğinde ölçülmüştür. Toplam puan, on dört ögenin toplamının hesaplanmasıyla elde edilir. Bu puan, değerlendirilen kişinin anksiyete düzeyini yansıtmak için kullanılır(107).

3.4.7. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

HAM-D, hekimlerin hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanabilecekleri on yedi soruluk bir testtir. Max Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve hala depresyonun derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon semptomlarını sorgulayan maddelerden oluşur(108).

3.4.8. Huzursuz Bacaklar Sendromu Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek on madde içermektedir. Her maddede HBS şiddeti; yok (sıfır puan), hafif (bir puan), orta (iki puan), şiddetli (üç puan) ve çok şiddetli (dört puan) şeklinde derecelendirilmiştir. Böylece 0-40 arasında değişen bir puan elde edilmektedir. Toplam puana göre, 0-1 puan hafif, 11-20 puan orta, 21-30 puan şiddetli, 31-40 puan çok şiddetli huzursuz bacaklar sendromu olarak kabul edilmektedir(109).

3.4.9. Epworth Uykululuk Ölçeği

ESS, gündüz uykululuk durumunu değerlendiren skorlama sistemidir. ESS toplamda sekiz soru içerir ve her soru 0-3 puan aralığında değerlendirilir(110).

3.4.10. Sabahçıl Akşamcıl Ölçeği

SAÖ 1976 senesinde Horne ile Östberg geliştirilmiştir (111). Ölçek toplamda on dokuz sorudan oluşmaktadır. Öz bildirim şeklindedir. Toplam skora göre bireylerin kronotip özellikleri değerlendirilir. Toplam skor 16-41 aralığı akşamcıl, 42-58 aralığı ara tip, 59-86 aralığı sabahçıl şeklinde sınıflandırılmaktadır. 2005 yılında Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(112).

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics programı kullanılarak yapılmıştır. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı belirlendikten sonra; ikili grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uymayan gruplar Wilcoxon testi, normal dağılımlı gruplar için ise Bağımlı Gruplar T Testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup içeren karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmasında önce Tekrarlı Ölçümler ANOVA ve Post-hoc Bonferoni testi yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ikiden daha çok gruplu karşılaştırmalarda ise Freidman testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler arasındaki ilişki regresyon analizi yöntemi kullanılarak yorumlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, ortanca , minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov Smirnov testinden yararlanıldı. Sürekli verilerin ve ölçek puanlarının gece yeme bozukluğu olanlarla olmayanlar arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanıldı. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. Değerlendirmelerde IBM SPSS for Windows 20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL) programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma planlanlama ve uygulanma sürecinde bilimsel etik ilkeler esas alınarak yapılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen gönüllü hastalara; araştırmaya katılma veya katılmama konusunda zgr oldukları belirtilmiş, araştırmadan ne zaman isterlerse ayrılabilirlerleri açıklanmış, çalışmanın hastalığının tanı ve tedavi sürecinde zararı olmayacağı ve tedavi sürecini değiştirmeyeceği belirtilmiş, kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş gönüllü olur onamları alınmıştır.

Çalışma protokolü için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28 Aralık 2022 tarih ve 11 numaralı kurul toplantısında 2022/358 karar numarası ile onay alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4: Hastaların özellikleri

n=401	Ort ± SS Median (Min-Max)	
Yaş	42.09±15.38 41 (18-88)	
Boy (cm)	168.39±9.53 168 (147-199)	
Kilo (kg)	75.50±16.17 74 (45-160)	
VKI	26.64±5.32 25.33 (17.30-49.60)	
	n	%
VKI		
<18.5 Zayıf	6	1.5
18.5-24.9 Normal	183	45.6
25-29.9 İdeal kilonun üstünde	125	31.2
30-34.9 birinci derece obez	54	13.5
35-39.2 ikinci derece obez	24	6.0
≥40 Morbid obez	9	2.2
Cinsiyet		
Erkek	180	44.9
Kadın	221	55.1
Medeni durum		
Evli	206	51.4
Bekar	148	36.9
Dul	47	11.7
Eğitim düzeyi		
Okur yazar değil	20	5.0
Okur yazar	12	3.0
İlkokul	74	18.5
Ortaokul	46	11.5
Lise	123	30.6
Üniversite	126	31.4
Meslek		
Çalışmıyor	192	47.9
Emekli	48	12.0
Memur	45	11.2
İşçi	43	10.7
Diğer	73	18.2
Sigara		
Yok	226	56.4
Var	175	43.6
Alkol		
Yok	365	91.0
Var	36	9.0

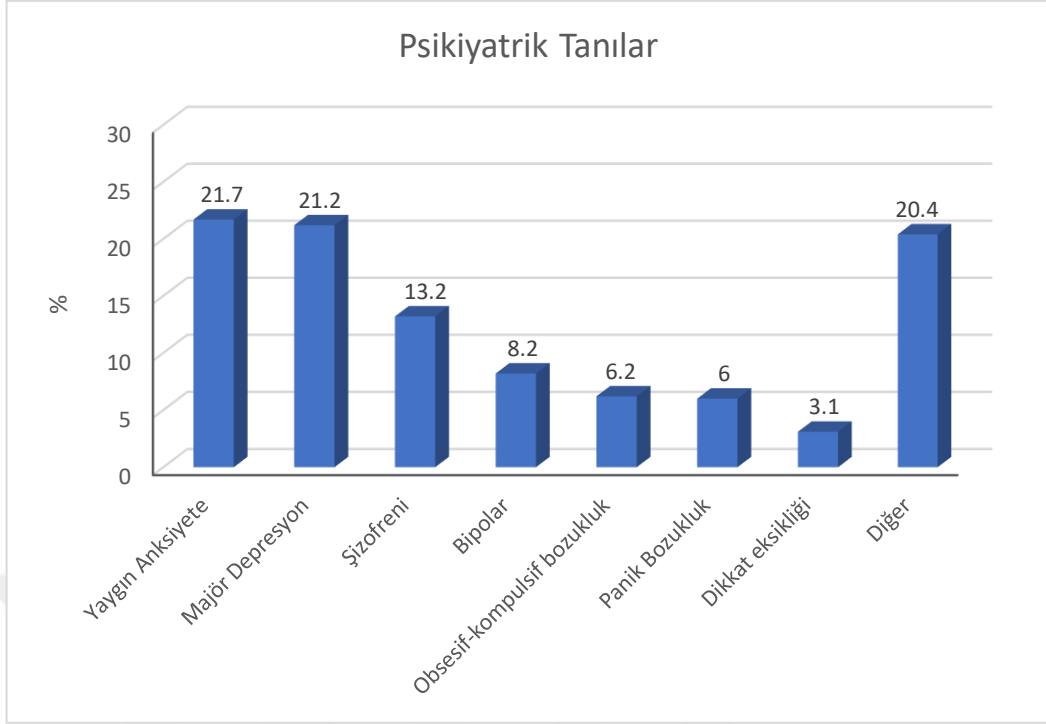
Tablo 5: Hastaların psikiyatrik tanıları ve ilaç dağılımları

	n	%
Psikiyatrik tanı		
Şizofreni	53	13.2
Bipolar	33	8.2
Majör Depresyon	85	21.2
Yaygın Anksiyete	87	21.7
Panik bozukluk	24	6.0
Obsesif-kompulsif bozukluk	25	6.2
Dikkat eksikliği	12	3.1
Diğer	82	20.4
Huzursuz bacaklar sendromu		
Yok	369	92.0
Var	32	8.0
Apne		
Yok	379	94.5
Var	22	5.5
Kullanılan ilaçlar		
Antidepresan		
Yok	196	48.9
Var	205	51.1
Sedatif antidepresanlar		
Yok	367	91.5
Var	34	8.5
Antipsikotikler		
Yok	331	82.5
Var	70	17.5
Ketiapin		
Yok	371	92.5
Var	30	7.5
Olanzapin		
Yok	371	92.5
Var	30	7.5
Risperidon		
Yok	376	93.8
Var	25	6.2
Duygudurum düzenleyici		
Yok	375	93.5
Var	26	6.5
Valproik asit		
Yok	377	94.0
Var	24	6.0
Benzodiazepin		
Yok	392	97.8
Var	9	2.2

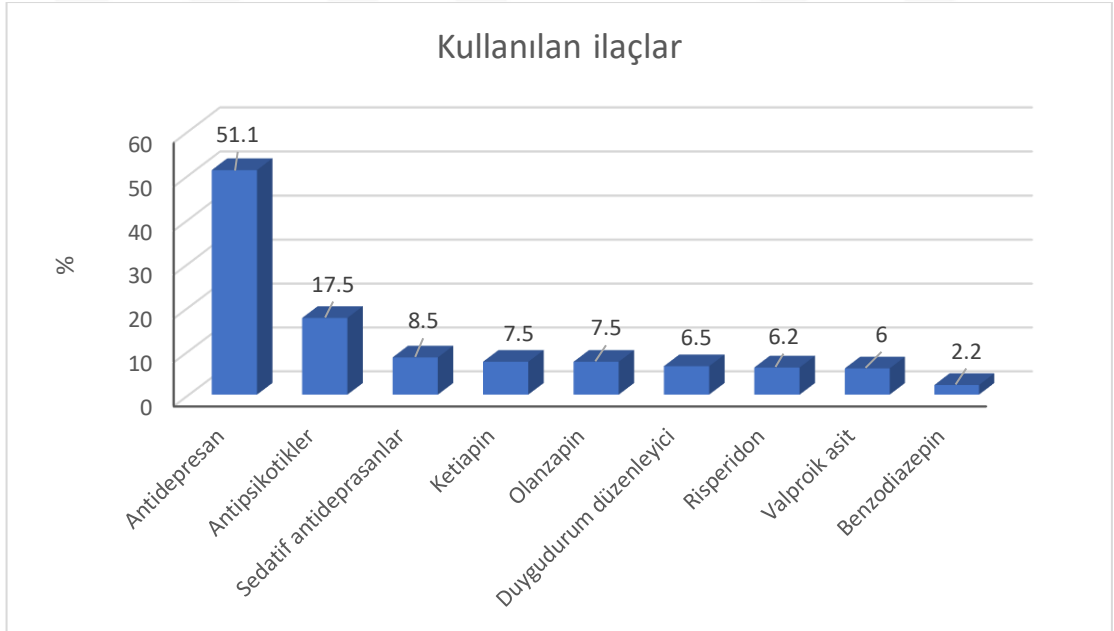
Çalışmaya 401 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması $42,09 \pm 15,38$ yıl olup minimum hasta yaşı 18 maksimum 88 yaştı. Hastaların VKI ortalaması $26,64 \pm 5,32$ (kg/m²) olup %45,6'sının VKI değeri normal olarak bulundu. Hastaların %55,1'i kadın, %51,4'ü evli, %31,4'ü üniversite mezunu, %47,9'u çalışmıyor idi. Hastaların %43,6'sında sigara kullanımı, %9'unda alkol kullanımı olduğu saptandı. Narkolepsi olan 3 hasta, uyurgezerlik olan 1 hasta(SRED- olup uyurgezerlik+ olan), tıkanırcasına yeme bozukluğu olan 6 hasta, anoreksiya nervoza olan 1 hasta diğer tanı grubuna eklendi(tablo 4).

Hastalarda en fazla sıklıkta (%21,7) yaygın anksiyete bozukluğu olduğu saptandı. Hastalarda psikiyatrik tanılarının dışında HBS oranı %8, apne oranı %5,5 olarak bulundu (tablo 5).

Hastalarda antidepresan kullanım oranı %51,1, sedatif antidepresan kullanım oranı %8,5, ketiapin kullanım oranı %7,5, olanzapin kullanım oranı %7,5, risperidon kullanım oranı %6,2, duygudurum düzenleyici oranı %6,5, valproik asit kullanım oranı %6, benzodiazepin oranı %2,2 olarak bulundu. Hastalarda en fazla kullanılan ilacın (%51,1) antidepresan olduğu görüldü(tablo 5).



Şekil 1: Hastaların Psikiyatrik tanı oranları

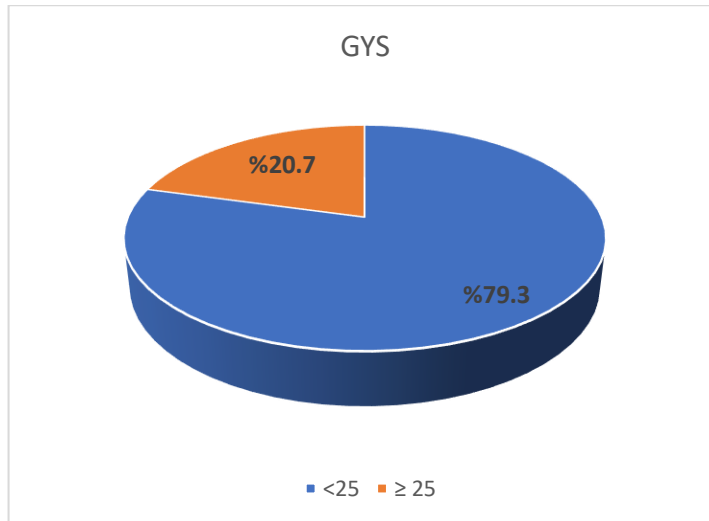


Şekil 2: Hastaların ilaç kullanım oranları

Tablo 6: Hastaların GYA puanları ve GYS, SRED dağılımları

n=401	Ort $\pm$ SS Median (Min-Max)	
GYS	16.65 $\pm$ 9.15 14 (1-48)	
	n	%
SRED		
Yok	398	99.3
Var	3	0.7
GYA puanı		
<25	309	
$\geq$ 25	92	
GYS		
Yok	318	79.3
Var	83	20.7

Hastaların GYA puanı ortalaması 16,65 $\pm$ 9,15 olup minimum puan 1, maksimum 48 puan idi. Hastaların %0,7'sinde SRED saptandı. Hastaların 92 tanesinin GYA puanı 25 ve üzerinde olduğu saptandı. Bunlardan 9 tanesinin GYA puanı 25 ve üzerinde olmasına rağmen tanı kriterlerini karşılamadığı saptandı. Hastaların %20,7'sinin GYS tanı kriterlerini karşıladığı saptandı.(tablo 6).



Şekil 3. Hastaların GYS oranları

Tablo 7: GYS olan hastalarla olmayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	GYS-		GYS+		Test istatistiği	p
	Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yaş	43.18±15.71 42 (18-88)		37.89±13.33 38 (18-78)		U=10553.5	0.005
Boy (cm)	168.03±9.61 167.5 (147-199)		169.78±9.30 169 (155-192)		U=11905.5	0.168
Kilo (kg)	74.48±15.10 73.5 (45-160)		79.43±19.34 76 (49-140)		U=11495.5	0.070
VKI	26.41±5.02 25.19 (17.30-49.60)		27.54±6.29 26.13 (17.63-47.32)		U=12145.0	0.263
	n	%	n	%		
VKI						
<24.9	147	79.5	38	20.5	$\chi^2 = 0.005$	0.942
>24.9	171	79.2	45	20.8		
VKI						
<29.9	260	83.1	53	16.9	$\chi^2 = 12.320$	<0.001
>29.9 (obez)	58	65.9	30	34.1		
Cinsiyet						
Erkek	141	78.3	39	21.7	$\chi^2 = 0.187$	0.666
Kadın	177	80.1	44	19.9		
Medeni durum						
Evli	164	79.6	42	20.4	$\chi^2 = 10.635$	0.005
Bekar	109	73.6	39	26.4		
Dul	45	95.7	2	4.3		
Eğitim düzeyi						
Okur yazar değil	19	95.0	1	5.0	$\chi^2 = 10.499$	0.063
Okur yazar	11	91.7	1	8.3		
İlkokul	64	86.5	10	13.5		
Ortaokul	37	80.4	9	19.6		
Lise	96	78.0	27	22.0		
Üniversite	91	72.2	35	27.8		
Meslek						
Çalışmıyor	198	82.5	42	17.5	$\chi^2 = 3.725$	0.054
Çalışıyor	120	74.5	41	25.5		
Sigara						
Yok	187	82.7	39	17.3	$\chi^2 = 3.737$	0.053
Var	131	74.9	44	25.1		
Alkol						
Yok	291	79.7	74	20.3	$\chi^2 = 0.446$	0.504
Var	27	75.0	9	25.0		

U: Mann Whitney U testi, χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

GYS olmayan hastalarla olan hastaların yaşları arasında fark saptandı ($p<0.01$). GYS olan hastaların yaşları GYS olmayan hastalara göre daha düşük bulundu (tablo 7). GYS olmayan hastalarla olan hastaların boy, kilo değerleri arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 7). Erkeklerle kadınların GYS olma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 7).

VKI grupları arasında GYS olma oranları bakımından fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi VKI grupları arasında olduğu incelendiğinde;

Zayıf – Normal	$p=1.000$ $p>0.05$ fark yok
Zayıf – İdeal kilonun üstünde	$p=1.000$ $p>0.05$ fark yok
Zayıf – Birinci derece obez	$p=0.653$ $p>0.05$ fark yok
Zayıf – İkinci derece obez	$p=1.000$ $p>0.05$ fark yok
Zayıf – Morbid obez	$p=0.580$ $p>0.05$ fark yok
Normal – İdeal kilonun üstünde	$p=0.094$ $p>0.05$ fark yok
Normal – Birinci derece obez	$p=0.023$ $p<0.05$ fark var
Normal – İkinci derece obez	$p=0.596$ $p>0.05$ fark yok
Normal – Morbid obez	$p=0.099$ $p>0.05$ fark yok
İdeal kilonun üstünde – Birinci derece obez	$p=0.001$ $p<0.01$ fark var
İdeal kilonun üstünde – İkinci derece obez	$p=0.128$ $p>0.05$ fark yok
İdeal kilonun üstünde – Morbid obez	$p=0.028$ $p<0.05$ fark var
Birinci derece obez – İkinci derece obez	$p=0.439$ $p>0.05$ fark yok
Birinci derece obez – Morbid obez	$p=0.713$ $p>0.05$ fark yok
İkinci derece obez – Morbid obez	$p=0.400$ $p>0.05$ fark yok

Birinci derece obez olan hastalarda GYS olma oranı normal ve ideal kilonun üstünde olanlara göre daha fazla, morbid obez olanların da GYS olma oranı ideal kilonun üstünde olanlara göre daha fazla bulundu (tablo 7).

VKI değeri $<24,9$ olanlarla, $>24,9$ olanların GYS olma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). VKI değeri $<2,9$ olanlarla, $>29,9$ olanların GYS oranları arasında fark saptandı ($p<0.001$). VKI değeri $>29,9$ olan hastalarda GYS olma oranı daha fazla bulundu (tablo 7).

Medeni durumlar arasında GYS olma oranları bakımından fark saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi medeni durumlar arasında olduğu incelendiğinde;

Evli – Bekar	$p=0.188$ $p>0.05$ fark yok
Evli – Dul	$p=0.008$ $p<0.01$ fark var
Bekar– Dul	$p=0.001$ $p<0.01$ fark var

Dul olanlarda GYS olma oranı hem evli, hem de bekar olanlara göre daha düşük bulundu(tablo 7).

Eğitim düzeyleri arasında GYS olma oranları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 7).

Çalışmayan hastalarla çalışan hastaların GYS olma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 7).

Sigara kullanmayan hastalarla kullanan hastaların GYS olma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 7).

Alkol kullanmayan hastalarla kullanan hastaların GYS olma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 7).

Tablo 8: GYS olan hastalarla olmayan hastaların psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımı özelliklerinin karşılaştırılması

	GYS-		GYS+		Test İstatistiği	p
	n	%	n	%		
Psikiyatrik tanı						
Şizofreni	40	75.5	13	24.5	$\chi^2=5.237$	0.631
Bipolar	27	81.8	6	18.2		
Majör Depresyon	63	74.1	22	25.9		
Yaygın Anksiyete	73	83.9	14	16.1		
Panik bozukluk	19	79.2	5	20.8		
Obsesif-kompulsif	18	72.0	7	28.8		
Dikkat eksikliği	9	75.0	3	25.0		
Diğer	69	84.1	13	15.9		
Huzursuz bacaklar sendromu						
Yok	294	79.6	75	20.4	$\chi^2=6.778$	0.710
Var	24	75	8	25		

Apne						
Yok	300	79.1	79	20.9	$\chi^2=2.176$	0.62
Var	18	81.8	4	18.2		2
Antidepresan						
Yok	154	78.6	42	21.4	$\chi^2=0.125$	0.72
Var	164	80.0	41	20.0		4
Sedatif antideprasanlar						
Yok	293	79.8	74	20.2	$\chi^2=0.754$	0.38
Var	25	73.5	9	26.5		5
Antipsikotikler(ketiapin, olanzapin ve risperidon dışındakiler)						
Yok	265	80.1	53	75.7	$\chi^2=0.665$	0.41
Var	66	19.9	17	24.3		5
Ketiapin						
Yok	297	80.1	74	19.9	$\chi^2=1.709$	0.19
Var	21	70.0	9	30.0		1
Olanzapin						
Yok	293	79.0	78	21.0	$\chi^2=0.321$	0.57
Var	25	83.3	5	16.7		1
Risperidon						
Yok	299	79.5	77	20.5	$\chi^2=0.177$	0.67
Var	19	76.0	6	24.0		4
Duygudurum düzenleyiciler(Valproik asit hariç)						
Yok	300	80.0	75	20.0	$\chi^2=1.718$	0.19
Var	18	69.2	8	30.8		0
Valproik asit						
Yok	303	80.4	74	19.6	$\chi^2=4.390$	0.03
Var	15	62.5	9	37.5		6
Benzodiazepin						
Yok	309	78.8	83	21.0	$\chi^2=2.403$	0.21
Var	9	100	0	0		4

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

Psikiyatrik tanılar arasında GYS olma oranları bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 8).

Valproik asit kullanmayan hastalarla kullanan hastaların GYS olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.05$). Valproik asit kullanan hastalarda GYS olma oranı daha fazla bulundu. Diğer ilaç kullanımlarında GYS olma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (tablo 8).

SRED pozitif olan 3 hasta olması nedeniyle karşılaştırma yapılmadı.

HBS olmayan hastalarla olan hastaların GYS olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.001$). HBS olan hastalarda GYS olma oranı daha fazla bulundu (tablo 8).

Apne olmayan hastalarla olan hastaların GYS olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.01$). Apne olan hastalarda GYS olma oranı daha fazla bulundu (tablo 8).

Tablo 9: GYS olan hastalarda ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

n=83	GYS +	
	Ort $\pm$ SS	Ortanca (Min-Maks)
NES	31.42 $\pm$ 5.61	30 (25-48)
PUKİ	8.31 $\pm$ 4.53	9 (1-19)
Uykusuzluk şiddeti indeksi	13.54 $\pm$ 7.65	13 (0-27)
Epworth uykusuzluk ölçeği	8.54 $\pm$ 7.02	11 (0-21)
Sabahçıl-Akşamcıl Ölçeği	42.30 $\pm$ 10.36	45 (18-67)
Uyaran karşısında kontrol	8.06 $\pm$ 2.62	9 (4-15)
Kendini kontrol etme	17.02 $\pm$ 5.52	20 (8-27)
Olumsuz duygularla başa çıkabilme için yeme	20.41 $\pm$ 6.45	20 (10-36)
Gerginlik anında yeme	23.28 $\pm$ 7.72	21 (10-40)
Türkçe duygusal yeme toplam puanı	68.77 $\pm$ 19.65	70 (35-115)
Huzursuz Bacaklar Sendromu Ölçeği	4.13 $\pm$ 8.69	0 (0-32)
HAM-A	17.61 $\pm$ 12.71	18 (0-45)
HAM-D	14.25 $\pm$ 10.08	10 (0-45)

GYS olan hastalarda yapılan ölçeklerin ortanca ve ortalama puanları tablo 9'daki gibidir.

Tablo 10: GYS olan hastalarda ölçek puanlarının dağılımları

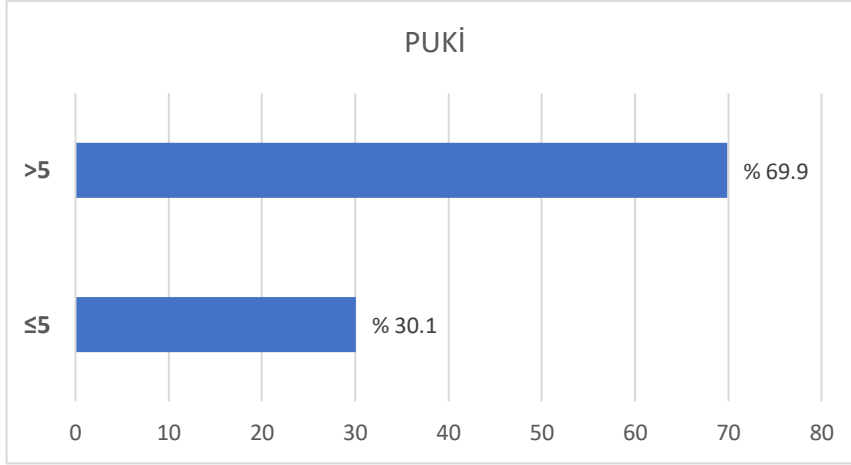
	GYS+	
	n	%
PUKİ		
İyi Uyku kalitesi (≤ 5 puan)	25	30.1
Kötü uyku kalitesi (>5 puan)	58	69.9
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi		
Uykusuzluk yok (0-7)	17	20.5
Alt eşik uykusuzluk (8-14)	30	36.1
Orta uykusuzluk (15-21)	22	26.5
Şiddetli uykusuzluk (22-28)	14	16.9
Epworth Uykusuzluk Ölçeği		
Doğal (0-10)	41	49.4
Artmış uyku (10-15)	28	33.7
Patolojik uyku (10-15)	14	16.9
Sabahçıl-Akşamcıl		
Akşamcıl (16-41)	36	43.7
Ara tip (42-58)	39	47.0
Sabahçıl (59-86)	8	9.6
Huzursuz Bacaklar Sendromu Ölçeği		
Yok	65	78.4
Hafif (0-10)	5	6.0
Orta (11-20)	3	3.6
Şiddetli (21-30)	9	10.8
Çok şiddetli (31-40)	1	1.2
HAM-A		
Yok (0-4)	31	44.6
Hafif 5-17)	26	31.3
Orta (18-24)	13	15.6
Şiddetli (≥ 25)	7	8.5
HAM-D		
Yok (0-13)	45	54.2
Hafif (14-27)	27	32.5
Orta (28-41)	9	10.8
Ağır (≥ 42)	2	2.3

GYs olan hastaların %69,9'unda PUKİ'ye göre kötü uyku kalitesi olduğu, %16,9'unda UŞİ'ye göre şiddetli uykusuzluk olduğu, ESS'ye göre %16,9'unda patolojik uykululuk olduğu saptandı. SAÖ puanlarına göre hastaların %43,7'sinin akşamcıl, %47'sinin ara tip, %9,6'sının sabahçıl tip olduğu belirlendi. Hastaların %9,6'sında HBS, %4,8'inde uyku apnesi olduğu belirlendi. HAM-A ölçeği puanlarına göre hastaların %31,3 hafif anksiyete, HAM-D ölçeği puanlarına göre hastaların %32,5'inde hafif depresyon olduğu belirlendi (tablo 10).

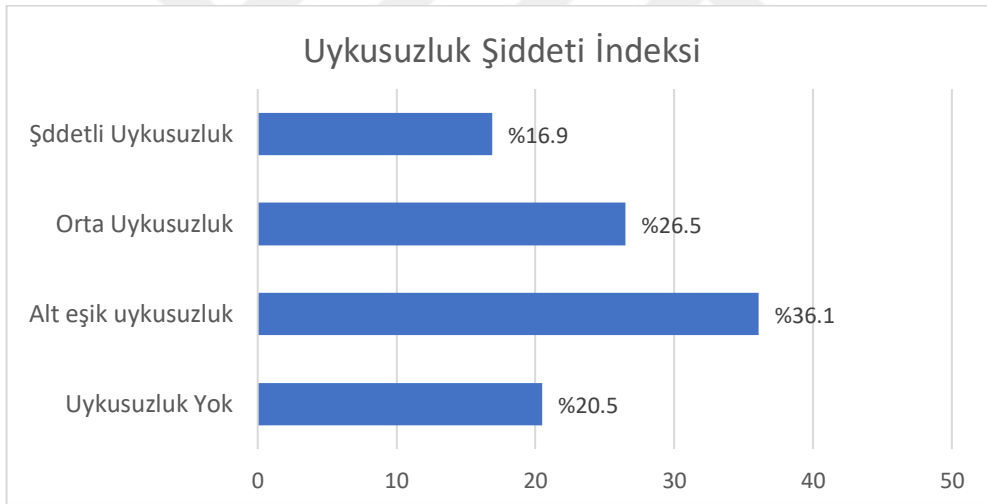
Tablo 11: GYS olan hastalarda Türkçe duygusal yeme alt boyut ve toplam puanlarının dağılımları

	GYS+	
	n	%
Uyaran Karşısında Kontrol		
Negatif (<7.5)	36	43.4
Pozitif (≥ 7.5)	47	56.6
Kendini Kontrol Etme(cut off 15 idi)		
Negatif (<7.5)	29	34.9
Pozitif (≥ 7.5)	54	65.1
Olumsuz duygularla başa çıkabilme için yeme		
Negatif (<25)	54	65.1
Pozitif (≥ 25)	29	34.9
Gerginlik anında yeme		
Negatif (<27.5)	49	59.0
Pozitif (≥ 27.5)	34	41.0
Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği toplam puanı		
Negatif (<75)	47	56.6
Pozitif (≥ 75)	36	43.4

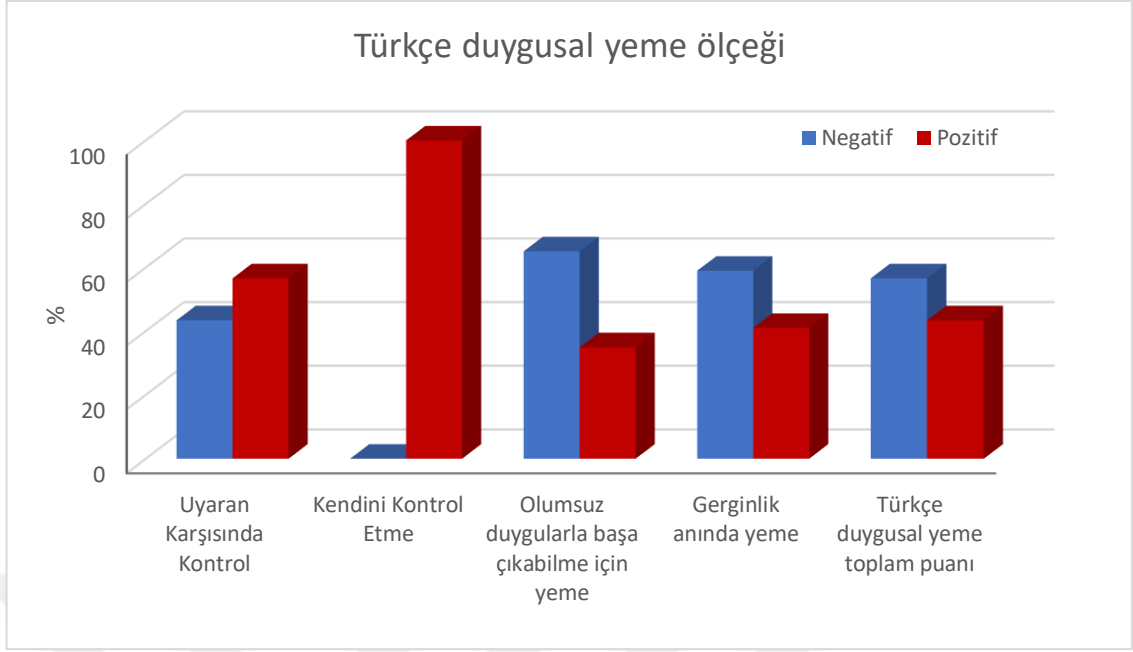
GYs olan hastalarda, %56,6'sının uyaran karşısında kontrol puanının pozitif, %65.1'inin kendini kontrol etme puanının pozitif, %34,9'unun olumsuz duygularla başa çıkabilme için yeme puanının pozitif, % 41'inin gerginlik anında yeme puanının pozitif, %43,4'ünün Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği duygusal yeme toplam puanının pozitif olduğu saptandı (Tablo 11).



Şekil 4. Hastaların PUKİ oranları



Şekil 5. Hastaların uykusuzluk şiddeti indeksi oranları



Şekil 6. Hastaların Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği pozitif/negatif oranları

5. TARTIŞMA

Literatüre baktığımızda genel nüfus içinde GYS'nin yaygınlığının %1 ile %2 arasında değiştiği gözlemlenmektedir(16). Çalışmamızda ise psikiyatri popülasyonu incelenmiş olup bu oran %20,7 olarak bulunmuştur. Bu verilere bakıldığında GYS sıklığının psikiyatri popülasyonunda normal popülasyondan fazla olduğu görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde Türkiye’de 433 ayaktan başvuran psikiyatrik hastanın tarandığı başka bir çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak GYS’nin nokta prevalansı %22,4 olarak bulunmuştur(113). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise psikiyatriye ayaktan başvuran 300 hastada GYS sıklığı %15,7 bulunmuştur (43). Yurt dışında yapılmış daha önceki çalışmalara bakıldığında ise ayaktan takip edilen 399 psikiyatri hastasında bu oranın %15,6 olduğu görülmektedir(114). Çalışmamızdaki GYS sıklığı %20,7 olarak ölçülmüş olup diğer çalışmalarla paralel olarak normal popülasyondan yüksek olarak bulunmuştur. Ancak çalışmamızdaki oranın Ludgren ve ekibi ile Kucukgoncu ve ekibinin çalışmalarından yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebi örneklem grubumuza serviste yatan hastaların da dahil edilmiş olması olabilir. Serviste yatan hastalarda daha çok psikotropik ilaç kullanımının olması, daha şiddetli psikiyatrik semptomlarının olması, alkol ve madde kullanımının daha sık eşlik etmesi gibi durumlar bunu desteklemiş olabilir. Öte yandan Saraçlı ve ark. yaptığı çalışmada da sadece ayaktan başvuran hastalardan oluşan örneklem grubu olmasına rağmen bizim sonucumuzla çok yakın oranları bulmuşlardır.

Çalışmamızda GYS olmayan hastalarla olan hastaların yaşları arasında fark saptandı. GYS olan hastaların yaşları, GYS olmayan hastalara göre daha düşük bulundu. Medeni durumlar arasında GYS olma oranları bakımından fark saptandı. Farklılığın hangi medeni durumlar arasında olduğu incelendiğinde; dul olanlarda GYS olma oranı hem evli hem de bekar olanlara göre daha düşük bulundu. Literatüre bakıldığında genel popülasyonun incelendiği Japonya’da yapılan bir çalışmada(115) bizim çalışmamızdan farklı olarak 40-59 yaş aralığı ile ilişkili olarak (OR = 0.532, 95% CI: 0.382-0.741, $p < 0.001$) ve 60-79 yaş aralığı ile ilişkili olarak (OR = 0.355,

95% CI: 0.241-0.523, $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu farklılığın nedeni hem incelenen popülasyonun farklı olması hem de kültürel farklılıkların olması olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanan hastaların GYS olma oranlarının daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Literatürde Japonya’da genel popülasyondan 8348 kişinin tarandığı bir çalışmada sigara içenlerde GYS olma oranının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulunmuştur (115). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada da nikotin bağımlılığı prevalansı GYS olan hastalarda daha yüksekti(113). GYS olan bireylerde psikiyatrik rahatsızlıkların daha sık olduğu da dikkate alınırsa self medikasyon amaçlı sigara kullanımının arttığı sonucu çıkarılabilir. Diğer bir bakış açısıyla ile de sigara kullanımı yeme gibi oral bir aktivitedir ve GYS’de her ikisi de artmış olabilir.

Çalışmamızda alkol kullanan hastaların GYS olma oranlarının daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Literatürde GYS’de alkol kullanımının anlamlı olarak arttığını bulan çalışmalar da mevcuttur(116)(61). Çalışmalar değerlendirildiğinde alkol ile uyku bozuklukları arasında pozitif ve iki yönlü bir ilişki olduğu düşünülebilir. Uyku bozukluğu olan bireyler, zorluklarını hafifletmek için alkol ve sakinleştiricilere yönelebilirler; aynı zamanda, alkol kullanımı da uykuyu bozup semptomları alevlendirebilir.

Sadece DSM-5 tanı kriterlerini kullanarak GYS’nin yaygınlığını aydınlatmaya çalışan Kaur ve ekibi, en güncel bilimsel literatürü incelemiştir. Genel olarak GYS yaygınlığının yeme bozukluğu, obezite ve bariatrik cerrahi popülasyonlarında %2,8 ile %8,2 arasında değiştiğini bulmuştur(18). Bu veri bariatrik cerrahi popülasyonundaki GYS yaygınlığının toplumdaki GYS yaygınlığından yüksek olduğunu ve GYS’nin obezite ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda da obez olan hasta grubunda GYS yaygınlığı obez olmayan gruba göre anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada aşırı kilolu veya obez olup aynı zamanda şizofreni, bipolar bozukluk veya depresyon hastalıklarından herhangi birine sahip olan örneklemde ise GYS yaygınlığı %25 olarak bildirilmiştir(11). Bu değerin obezite cerrahisi popülasyondaki GYS yaygınlığından ve psikiyatriye başvuran hasta popülasyonundaki GYS yaygınlığından (çalışmamızda %20,7 idi) yüksek olduğu

görülmektedir. Hem obeziteye hem de psikiyatrik hastalığa sahip olmanın GYS olma riskini arttırdığı görülmektedir. Ayrıca çalışmamızla paralel olarak farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmada da VKİ'deki artışla GYS arasındaki ilişki saptanmıştır (117)(118)(119). Bu sonuçlar etnik farklar olmasına rağmen GYS olan bireylerde daha yüksek VKİ değerlerinin olduğunu ve GYS olmanın obezite açısından risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda araştırdığımız bir diğer şey ise psikiyatrik tanı farklılığına göre GYS'nin yaygınlığının nasıl olduğuydu. Çıkan sonuçlara göre yaygın anksiyete bozukluğunda GYS yaygınlığı %21,7 , majör depresyonda %21,2 , şizofrenide %13,2 , bipolar bozuklukta %8,2 , obsesif kompulsif bozuklukta %6,2 , panik bozuklukta %6, dikkat eksikliğinde %3,1 ve bu tanıların dışında kalan diğer tüm psikiyatrik tanılarda % 20,4 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada GYS tanı sıklığı majör depresyon hastalarında %22, panik bozukluk hastalarında %14, obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında %12,5 ve yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında %7,8 olarak saptanmıştır(120). Başka çalışmalarda ise şizofrenideki GYS yaygınlığı %10,4 (121) ve bipolar bozuklukta GYS yaygınlığı ise %8,8 (122) olarak bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta GYS yaygınlığı diğer çalışmalardan farklı çıktığı diğer hastalıklardaki oranların ise benzer olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedenini tam olarak açıklayabilecek bir neden olmamak ile birlikte literatürde yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta GYS yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışma sayısı çok azdır ve daha çok veriye ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda GYS olan hastalarda HBS görülme oranı %9,6 ve uyku apnesi görülme oranı %4,8 olarak bulundu. Ayrıca GYS olan hastalarda apne veya HBS görülme oranının GYS olmayan hastalarla benzer olduğu tespit edildi. Literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak obstrüktif uyku apnesine sahip insanlarda gece yeme davranışı açısından normal popülasyondan anlamlı bir fark görülmediği ve bu nedenle GYS'nin uyku bozukluğundan ziyade yeme davranışları ile daha yakından ilişkili olabileceğinin düşünüldüğü anlaşılmaktadır(123). Başka bir çalışmada ise HBS olan popülasyonda GYS taranmış ve normal popülasyona göre HBS olan bireylerde GYS sıklığının arttığı

bulunmuştur(124). Bu sonuçlar birbiriyle çelişkili gibi görünse de aslında GYS'nin biri daha çok uyku bozuklukları ile birlikte seyreden diğeri ise daha çok depresif vb. psikiyatrik yakınmalarla seyreden iki alt grubunun olması ile açıklanabilir. Buradan yola çıkınca da uyku bozukluklarıyla beraber seyreden grubun azınlığı oluşturduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda araştırdığımız bir diğerkonu herhangi bir ilaç kullanımının GYS' ye neden olup olmadığıydı. İlaçları antidepresanlar, sedatif antidepresanlar, ketiapin, olanzapin, risperidon, diğerk antipsikotikler, valproik asit, diğerk duygudurum düzenleyiciler ve benzodiazepin olarak sınıflandırdık. Sonuç olarak valproik asit kullanmayan hastalarla kullanan hastaların GYS olma oranları arasında fark saptanırken, diğerk ilaçlarda fark saptanmadı. Valproik asit kullanan hastalarda GYS olma oranı daha fazla bulundu. Bunun nedeni valproik asitin GABA salınımı bilinmeyen bir mekanizma ile arttırıyor olması olabilir. Bu görüşü GABA A reseptörü parsiyel agonisti olan zolpidemde de amnezik yeme bozukluğu semptomlarının olması(90), yüksek doz hipnotik kullanımında SRED'in daha sık görülmesi(92) ve GABA B reseptörü parsiyel agonisti sodyum okzabatla tetiklenen SRED olgusunun olması(69) desteklemektedir. Çalışmamızdaki benzodiazepin grubu ilaçlarda böyle bir etkinin olmaması ise desteklememektedir ancak çalışmamızda ilaç dozlarına bakılmamıştır. Benzodiazepin grubu ilaçlar genellikle kısa süreli ve gerektiğinde kullanılan ilaçlardır bu nedenle düşük dozda olabilirler. Türkiye'de yapılan bir çalışmada(113) bizim çalışmamızdan farklı olarak ilaçlar (antipsikotikler, antidepresanlar ve duygudurum düzenleyiciler) açısından GYS'ye neden olma oranında fark bulunamamıştır ancak biz çalışmamızda farklı olarak ilaçları daha çok gruba ayırarak daha detaylı analiz ettik. Literatüre baktığımızda, akşam hiperfajisi ve gece yeme gruplarında hipnotik ilaç kullanımının, GYS olmayan gruptan daha yaygın olduğu bulunmuştur(115). Ancak, bu hipnotik ilaç kullanımı, akşam hiperfajisi veya gece yeme gruplarıyla bağımsız bir şekilde ilişkilendirilmemiştir. Yani, hipnotik ilaç kullanımının artışı, akşam hiperfajisi ve gece yeme ile uykusuzluk arasındaki ilişkinin bir sonucu olabilir. Ayrıca SSRI grubu ilaçların GYS tedavisinde önerildiği ve dirençli olan vakalarda topiramatin denenebileceği belirtilmektedir (125). Bizim çalışmamızda da SSRI'ların GYS' ye neden olması gibi bir yan etki saptanmadı.

PUKİ ölçeğine göre GYS olan hastaların %69,9'unda kötü uyku kalitesi olduğu, UŞİ'ye göre %16,9'unda şiddetli uykusuzluk olduğu, ESS'ye göre %16,9'unda patolojik uykululuk olduğu saptandı. Bu sonuçlara göre vakalar eşik altı veya üstü insomnia ile ilgili ciddi oranda artmış bir şikayette bulunmaktaydı. Poliklinik hastalarının katıldığı kesitsel araştırmalarda, yetişkinlerin üçte birinden ikisine kadar herhangi bir şiddette uykusuzluk belirtileri bildirirken, yaklaşık %10 ile %15'inin günlük sonuçları etkileyen kronik uykusuzluğa sahip olduğu belirtilmiştir (126). Bu sonuçları(126) ve kendi çalışmamızı değerlendirdiğimizde GYS olan bireylerdeki uyku şikayetlerinin genel topluma oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında genel popülasyondan 8348 bireyde yapılan bir çalışmada, UŞİ puanlarında 8-14 ve 15-28 puan aralığının GYS olanlarda anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur(115) ve bu sonuçlar bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Ayrıca yine başka çalışmalarda da GYS olan bireylerin PUKİ (118) ve ESS(124) puanları anlamlı bir şekilde yüksek olarak bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar GYS olan bireylerin olmayan popülasyona göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu ve gün içinde uykululuk çektiğini göstermektedir.

SAÖ puanlarına göre hastaların %43,7'sinin akşamcıl, %47'sinin ara tip, %9.6'sının sabahçıl tip olduğu belirlendi. Adan ve ark. 2.135 kişi ile yaptığı araştırmada normal popülasyonda %15,54'nin sabahçıl, %59,62'nun ara tip, %24,54'nün akşamcıl kronotipli olduğunu bulmuştur (127). Bu sonuçlar GYS'li olan bireylerde normal popülasyona göre daha çok akşamcıl tipte olduğunu göstermektedir. Ayrıca HAM-A ölçeği puanlarına göre hastaların %31,3'ünde hafif anksiyete, %15,6'sında orta şiddette anksiyete, % 8,5'inde şiddetli anksiyete, HAM-D ölçeği puanlarına göre hastaların %32,5'inde hafif depresyon, %10,8'inde orta şiddette depresyon, %2,3'ünde şiddetli depresyon olduğu belirlendi. Literatürdeki çalışmalara göre major depresyonun ömür boyu yaygınlığı, sürekli depresif bozukluk (distimi) ile birlikte, yaklaşık %12'dir (128), anksiyetenin ömür boyu yaygınlığını ise %5,1 ile %11,9 arasında bildirmektedir(129) ve bu sonuçları bizim çalışmamız ile kıyasladığımız zaman genel popülasyona göre depresif yakınma oranlarının GYS'li bireylerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca literatüre baktığımızda Riccobono ve ekibi, klinik olmayan bir örneklem içinde GYS, depresyon ve kronotipler arasındaki ilişkiyi araştırdı (31). Riccobono ve ekibi bizimle benzer olarak,

akşam kronotipi, BDE puanları ve GYS arasında önemli bir ilişki olduğunu gözlemledi. Bu bulgular, GYS olan hastaların sadece besin alımında sirkadiyen bir gecikme yaşamadığını, aynı zamanda genel işlevde de gecikme yaşadıklarını göstermektedir. Dahası, akşam kronotipinin depresyon ve GYS için bir risk faktörü olduğu görünmektedir. Bu değişkenler arasındaki ilişki, GYS için fototerapi veya parlak ışık terapisinin etkinliğini açıklamada kısmen yardımcı olabilir.

GYs olan hastalarda, %56,6'sının uyaran karşısında kontrol puanının pozitif, %65,1'inin kendini kontrol etme puanının pozitif, %34,9'unun olumsuz duygularla başa çıkabilme için yeme puanının pozitif, %41'inin gerginlik anında yeme puanının pozitif, %43,4'ünün Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği toplam puanının pozitif olduğu saptandı. Bu sonuçlar depresyon, anksiyete gibi duyguların GYS semptomlarını alevlendirdiğini ayrıca GYS olan bireylerde yeme dürtüsünü kontrol etmekte güçlük çektiğini göstermektedir. Literatüre bakıldığında benzer olarak depresif semptomların ve dürtüsellik GYS'li bireylerde daha yaygın olduğunu bulan çalışmalar mevcuttur(113). Ayrıca literatürde duygusal yeme ölçeği ile yapılan bir çalışmada genel popülasyonda toplam katılımcıların %35,6'sının düşük duygusal yeme, %32'sinin orta düzeyde duygusal yeme, ve %32,4'ünün yüksek düzeyde duygusal yeme sergilediği bulunmuştur (130). Ancak bu ölçek bizim çalışmamızdaki ölçekten farklı olması nedeni ile GYS'li bireylerle genel toplumu tam olarak kıyaslamak mümkün değildir ve daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda 401 hastadan 3 tanesinde SRED tespit ettik ve psikiyatrik popülasyondaki yaygınlığını %0,7 olarak bulduk. SRED'in genel nüfus içindeki yaygınlığı kesin olarak belirlenmemiş olup, çeşitli epidemiyolojik çalışmalar küçük ve belirli popülasyonlara odaklanmıştır. Çalışmalardan biri, Schenck ve diğerleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, 7 yıllık bir dönemde bir uyku bozuklukları kliniğine yönlendirilen hastaların örneklemini üzerinde gerçekleştirilmiş ve bu hastaların bizim çalışmamıza yakın olarak %0,5'inin SRED kriterlerini karşıladığını ortaya koymuştur(50)(61). Başka bir çalışma ise Winkelman ve ekibi tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, yeme bozuklukları olan hastaların hastanede yatanlarının %16,7'si ve poliklinikte olanlarının %8,7'sinin, depresyon hastalarının %3,4' ünün, öğrencilerin% 4,6'sının obezlerin %1'inin SRED ile uyumlu davranışlar sergilediği

belirtilmiştir(5). Bu çalışmadaki (5)yaygınlık değerleri bizim çalışmamızdan oldukça yüksektir ve nedeni anlaşılamamıştır. Ayrıca belirtilen oranlar, genel nüfus içindeki SRED yaygınlığı hakkında kesin bir bilgi vermemektedir ve farklı popülasyonlarda farklılık göstermektedir. Bu nedenle, SRED'in genel nüfusta ve psikiyatri popülasyonunda ne kadar yaygın olduğunu belirlemek için daha kapsamlı ve geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

SRED olan vakalardan biri majör depresyon iken diğer ikisi yaygın anksiyete bozukluğu ek psikiyatrik tanılarına sahipti. Literatüre bakıldığında, SRED'in psikiyatrik eşlik eden durumlarla ilişkilendirilmiş olabileceği görülmektedir. 1991 tarihli orijinal bir vaka serisine göre, SRED hastalarının %47'sinin birinci eksen bozukluğa sahip olduğu bulunmuştur. Birinci eksen bozukluklar, depresyon, anksiyete ve şizofreni gibi önemli ruhsal bozuklukları içerir. Birçok SRED hastası, uykuda boğulma veya uyurken yangın çıkarma gibi konularla ilgili gündüz anksiyetesi yaşamış. Bir takip çalışması, SRED hastalarının %53'ünün tekrarlanan istismar geçmişine sahip olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalarda, SRED'li birçok hastanın depresif bir ruh hali kriterlerini karşıladığı belirlenmiş. Başka bir çalışma, SRED'li hastaların depresyon ve dissosiyasyon belirtileri konusunda SRED olmayanlardan daha fazla şikayetçi olduğunu ortaya koymuş. Bu bilgiler, SRED ve çeşitli psikiyatrik faktörler arasındaki karmaşık ilişkiyi vurgulamaktadır, bu faktörler arasında anksiyete, travma, istismar geçmişi, madde kullanımı ve duygudurum bozuklukları yer almaktadır. Sonuç olarak bu bulgular, SRED'li bireyleri değerlendirirken ve yönetirken psikiyatrik yönleri göz önünde bulundurmanın önemini göstermektedir(62).

SRED olan vakalardan ikisi erkek biri kadındı. Literatüre bakıldığında bizden farklı olarak SRED'in kadınlarda erkeklere oranı 2/3 ve 3/4 daha yüksek bulunmuştur (62). SRED'li hasta sayımızdaki azlık buna neden olmuş olabilir.

Literatürde aripiprazol(131), ketiapin(68)kullanımı ile SRED olan vaka bildirimi olduğu, benzodiazepin reseptör agonisti olan zolpidem(132)(133) ve zaleplon (134) ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Ayrıca literatürdeki bir çalışmada klonazepamın, SRED dahil olmak üzere uyku bozukluklarını tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmasına rağmen, hastanın SRED semptomlarının sadece klonazepam başlandıktan sonra ortaya çıktığını ve klonazepam kullanımının kesilmesiyle

semptomların kaybolduğunu belirtmektedir(135). Çalışmamızda SRED olan 3 vaka tespit ettik ve vaka sayısı azlığından dolayı herhangi bir ilaçla olan ilişkisini ortaya koymak için yeterli veri toplayamadık. Ancak çalışmamızda bir vakanın semptomları literatüre paralel olarak ketiapin kullanımı sonrasında başlamıştı. Literatürdeki tanımlanan aripirprazol ile ketiapinin her ikisinin de atipik antipsikotik olması ayrıca dikkat çekmektedir. SRED olan vakalardan ikisinde uyku apnesi ve HBS ek tanıları mevcuttu.

SRED vakalarının ek anketlerini ayrı ayrı değerlendirecek olursak birinci vaka PUKİ ölçeğine göre kötü uyku kalitesine UŞİ puanına göre şiddetli uykusuzluk ESS puanına göre patolojik uykululuk sergilemekteydi, SAÖ'ye göre ara tipti, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği alt kategoriler de dahil olmak üzere tamamı kesme puanının altındaydı; ikinci vaka PUKİ ölçeğine göre kötü uyku kalitesine UŞİ puanına göre orta derecede uykusuzluk ESS puanına göre artmış uykululuk sergilemekteydi, SAÖ'ye göre akşamcıl tipti, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinde alt kategoriler de dahil olmak üzere tamamı kesme puanının altındaydı; üçüncü vaka ise PUKİ ölçeğine göre kötü uyku kalitesine UŞİ puanına göre klinik olarak önemsiz derece uykusuzluk, ESS ölçeğine göre artmış uykululuk sergilemekteydi, SAÖ'ye göre ara tipti, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğinde alt kategoriler de dahil olmak üzere tamamı kesme puanının üstündeydi. Literatüre baktığımızda bununla ilgili çalışma bulunamamıştır. Ancak gece uykusu fragmente olan bireyde uyku kalitesinin düşmesi ve patolojik uykululuk görülmesi beklenen bir durumdur ve çalışmamızda buna paralel sonuçlanmıştır. Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği sonuçları ise SRED'li vakaların gün içinde yeme semptomlarından çok geceleri şikayetlerinin olduğunu göstermektedir ancak vaka sayımızın azlığı göz önünde bulundurulmalıdır.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırmamız üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda ulaşabildiğimiz katılımcılarla yapıldığı için Türkiye'deki tüm GYS ve SRED tanısı olanlara genelleme yapılamasa da GYS'nin ve SRED'in özelliklerini ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisini birlikte inceleyen çalışma sayısının az olması bu çalışmayı değerli kılmaktadır.

Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışma olduğu için süreçle değişen bulguları ve bunların SRED ile GYS arasındaki ilişkiyi göstermesi açısından yetersizdir. Çalışma yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara sorular açıklanarak yanlış anlaşılmaya mahal vermeyecek şekilde yapılmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda psikiyatriye başvuran hastalarda SRED ve GYS yaygınlığı; SRED ve GYS'nin psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olup olmadığı, psikotrop ilaçlarla ilişkisi, sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Ayrıca SRED veya GYS tanısı almış hastalardaki PUKİ, UŞİ, SAÖ, HAM-A, HAM-D, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği ve HBS değerlendirme ölçeği puanlarına bakılmıştır. Çalışmamızın sonuçlarını aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür.

Çalışmamızın sonucuna göre psikiyatrik hastalıklardaki GYS görülme oranının %20,7 ve SRED görülme oranının % 0,7 olduğu bulundu. Bu sonuçlara göre GYS psikiyatrik hastalıklarda daha yaygın görülmektedir. SRED'in psikiyatrik hastalıklarla ilişkisini ortaya koymak için ise daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

GYs' ye eşlik eden en sık psikiyatrik hastalığın % 21,7 ile yaygın anksiyete bozukluğu ve %21,7 ile majör depresif bozukluk olduğu bulundu. Ayrıca GYS'li bireylerde HAM-A ölçeği puanlarına göre hastaların %31,3 hafif anksiyete, HAM-D ölçeği puanlarına göre hastaların %32,5'inde hafif depresyon olduğu belirlendi. Bu sonuç anksiyete ve depresyonla GYS'nin ilişkili olduğunu göstermektedir. Anksiyete ve depresyon vakalarında GYS semptomlarını sorgulayıp tedavi düzenlenmek hastaların yaşam kalitesini arttırabilir.

GYs'li hastalarda obezite sıklığının anlamlı bir şekilde GYS'li olmayan hastalardan daha fazla olduğu bulundu. Bu sonuç GYS' nin obezite için risk faktörü olduğunu ve tip 2 diyabet, hiperkolesterolemi, uyku apnesi için de riskleri arttırdığını göstermektedir.

GYs'li hastalarda psikotrop ilaçlardan valproik asit kullanan hastalarda GYS sıklığının kullanmayanlara göre daha fazla olduğu bulundu. Bundan dolayı valproik asit kullanırken GYS' ye neden olabilmesi nedeni ile yan etki açısından dikkatli olunmalıdır. Ancak kesin ilişkisini ortaya koymak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

GYs'li hastalarda yapılan incelemelere göre %69,9'unda kötü uyku kalitesi, %16,9'unda şiddetli uykusuzluk ve patolojik uykululuk olduğu bulundu. GYS'li hastalarda olmayanlara göre HBS ve uyku apnesi görülme sıklığında ise anlamlı bir

fark yoktu. Bu sonuçlara göre GYS'li bireylerde beklendiği gibi uykuya dalmada güçlük, sonraki gün uykululuk ve işlevselliği etkileyecek düzeyde uykusuzluk çektikleri ortaya konmuştur. Ancak HBS ve apne ile doğrudan bir ilişkisi olmadığı gözlemlenmiştir.

SAÖ'den edinilen verilere göre ise hastaların %43,7'sinin akşamcıl, %47'sinin ara tip, %9,6'sının sabahçıl tip olduğu belirlendi. Bu sonuca göre GYS'li bireylerin genel popülasyondan daha fazlaca akşamcıl tip olduğu ortaya konmuştur. GYS'nin nörobiyolojik mekanizmasının tam olarak ortaya konması için yol gösterici niteliğindedir.

Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğine göre ise GYS olan hastalarda, %56,6'sının uyaran karşısında kontrol puanının pozitif, %65,1'inin kendini kontrol etme puanının pozitif, %34,9'unun olumsuz duygularla başa çıkabilme için yeme puanının pozitif, %41'inin gerginlik anında yeme puanının pozitif, %43,4'ünün Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği toplam puanının pozitif olduğu saptandı. Bu sonuçlara göre ise GYS'li bireyler duygusal yiyiciydiler ve aynı zamanda yeme dürtüsünü kontrol altında tutmakta zorlanmaktaydılar.

Son olarak SRED vakalarının psikiyatri popülasyonundaki yaygınlığını % 0,7 olarak gözlemledik. Genel popülasyondaki yaygınlığının ortaya konması psikiyatrik popülasyonla ilişkisini değerlendirmek açısından önemlidir ve daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca bir vakanın semptomlarının ketiapin kullanımı sonrasında başladığını gözlemledik. SRED'i tetikleyici bir faktör olabilmesi nedeniyle antipsikotik kullanımına dikkat edilmesi hastaların hayat konforunu arttırabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Oguchi Y, Komada Y IY. Clinical characteristics of sleep related eating disorder in clinical setting. *Jpn J Psychiatr Treat*. 2010;25:1509–1516.
2. Stunkard AJ, Grace WJ WH. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*. 1955;19:78–86.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Vander Wal JS. Night eating syndrome: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2012 Feb 1;32(1):49–59.
5. Winkelman JW, Herzog DB FM. The prevalence of sleep-related eating disorder in psychiatric and nonpsychiatric populations. *Psychol. Med*. 1999;29:1461– 1466.
6. Winkelman JW, Johnson EA, Richards LM. Sleep-related eating disorder. *Handb Clin Neurol*. 2011 Jan 1;98(C):577–85.
7. Matsui K, Komada Y, Nishimura K, Kuriyama K, Inoue Y. Prevalence and Associated Factors of Nocturnal Eating Behavior and Sleep-Related Eating Disorder-Like Behavior in Japanese Young Adults: Results of an Internet Survey Using Munich Parasomnia Screening. *J Clin Med* 2020, Vol 9, Page 1243 [Internet]. 2020 Apr 24 [cited 2023 Dec 29];9(4):1243. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1243/htm>
8. Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Østerud B, Dinges D, Bilker W, et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA* [Internet]. 1999 Aug 18 [cited 2023 Nov 12];282(7):657–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10517719/>
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

10. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martino NS, Sarwer DB, Wadden TA, Crosby RD, Engel SG SA. The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eat Behav.* 2008;9(1):62–72.
11. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, et al. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2010 Apr [cited 2023 Nov 15];43(3):241–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19378289/>
12. Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord* [Internet]. 2007 Nov [cited 2023 Nov 13];40 Suppl(7 SUPPL.). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17683083/>
13. Allison KC SA. Self help for obesity and binge eating. Latner J, Wilson G, editor. New York: The Guilford Press; 2007.
14. Devlin MJ, Allison KC, Goldfein JA SA. Clinical management of eating disorders. Yager J PP, editor. Washington, DC: American Psychiatric Publishing;
15. Lundgren JD, Pona A. Assessment of Night Eating. *Encycl Feed Eat Disord* [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 15];29–32. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-981-287-104-6_129
16. Lavery ME, Frum-Vassallo D. An Updated Review of Night Eating Syndrome: An Under-Represented Eating Disorder. *Curr Obes Rep* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Nov 15];11(4):395–404. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36451065/>
17. De Zwaan M, Burgard MA, Schenck CH, Mitchell JE. Night time eating: a review of the literature. *Eur Eat Disord Rev* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2023 Nov 15];11(1):7–24. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/erv.501>
18. Kaur J, Dang AB, Gan J, An Z, Krug I. Night Eating Syndrome in Patients With Obesity and Binge Eating Disorder: A Systematic Review. *Front*

Psychol. 2022 Jan 5;12:766827.

19. Dorflinger LM, Ruser CB, Masheb RM. Night eating among veterans with obesity. *Appetite*. 2017 Oct 1;117:330–4.
20. Ivezaj V, Lawson JL, Lydecker JA, Duffy AJ, Grilo CM. Examination of night eating and loss-of-control eating following bariatric surgery. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 Nov 15];27(1):207–13. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-021-01156-x>
21. Zengin Eroğlu M, Sertçelik Ş, Tamam L. Eating disorders in bariatric surgery candidates admitted to haydarpaşa numune training and research hospital. *Anadolu Psikiyatr Derg* [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 15];19(4):355–61. Available from: <http://alpha-psychiatry.com/en/eating-disorders-in-bariatric-surgery-candidates-admitted-to-haydarpaşa-numune-training-and-research-hospital-131768>
22. Latzer Y, Yutal AE, Givon M, Kabakov O, Alon S, Zuckerman-Levin N, et al. Dietary patterns of patients with binge eating disorders with and without night eating. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2023 Nov 15];25(2):321–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-018-0590-2>
23. Kara Y, Tuzun S, Oner C SE. Night Eating Syndrome According to Obesity Groups and the Related Factors. *J Coll Phys Surg Pak*. 2020;30(8):833–838.
24. Latzer Y, Rozenstain-Hason M, Kabakov O, Givon M, Mizrahi S, Alon S, et al. Childhood maltreatment in patients with binge eating disorder with and without night eating syndrome vs. control. *Psychiatry Res*. 2020 Nov 1;293.
25. Lundgren JD, Allison KC SA. Night Eating Syndrome Research, Assessment, and Treatment. New York: Guilford press; 2012.
26. 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 1;9(3):343–51.
27. Marchesini G, Calugi S, Marzocchi R, Grave R. Night eating syndrome in

obesity. 2013;

28. Tu CY, Meg Tseng MC, Chang CH. Night eating syndrome in patients with eating disorders: Is night eating syndrome distinct from bulimia nervosa? *J Formos Med Assoc.* 2019 Jun 1;118(6):1038–46.
29. Cleator J, Judd P, James M, Abbott J, Sutton CJ, Wilding JPH. Characteristics and perspectives of night-eating behaviour in a severely obese population. *Clin Obes* [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2023 Nov 30];4(1):30–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cob.12037>
30. De Zwaan M, Roerig DB, Crosby RD, Karaz S, Mitchell JE. Nighttime eating: A descriptive study. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2006 Apr 1 [cited 2023 Nov 30];39(3):224–32. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.20246>
31. Riccobono G, Pompili A, Iannitelli A, Pacitti F. The relationship between Night Eating Syndrome, depression and chronotype in a non-clinical adolescent population. *Riv Psichiatr* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Nov 30];54(3):115–9. Available from: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3181/articoli/31600/>
32. Batra S, Ochani RK, Memon ZAA, Shaikh A, Qureshi NE, Bhimani S, et al. Relationship between Night Eating Syndrome and Self-esteem: A Cross-sectional Population-based Study in Karachi, Pakistan. *Cureus* [Internet]. 2019 Aug 31 [cited 2023 Nov 30];11(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31687313/>
33. He J, Huang F, Yan J, Wu W, Cai Z, Fan X. Prevalence, demographic correlates, and association with psychological distress of night eating syndrome among chinese college students. *Psychol Heal Med.* 2018 Nov 5;23(5):578–84.
34. Kwan YQ, Lee SS, Cheng SH. Night Eating Syndrome and Its Association with Sleep Quality and Body Mass Index Among University Students During the Covid-19. *Malaysian J Soc Sci Humanit* [Internet]. 2021 Aug 10 [cited 2023 Nov 30];6(8):371–83. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/353812069_Night_Eating_Syndrom_e_and_Its_Association_with_Sleep_Quality_and_Body_Mass_Index_Among_University_Students_During_the_Covid-19

35. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G, Beck-Peccoz P, Bosello O, Compare A, et al. Personality features of obese women in relation to binge eating and night eating. *Psychiatry Res.* 2013 May 15;207(1–2):86–91.
36. Gallant AR, Lundgren J, Drapeau V. The night-eating syndrome and obesity. *Obes Rev* [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2023 Nov 30];13(6):528–36. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-789X.2011.00975.x>
37. Meule A, Allison KC, Brähler E, de Zwaan M. The association between night eating and body mass depends on age. *Eat Behav.* 2014 Dec 1;15(4):683–5.
38. Meule A, Allison KC, Platte P. Emotional eating moderates the relationship of night eating with binge eating and body mass. *Eur Eat Disord Rev* [Internet]. 2014 Mar [cited 2023 Nov 30];22(2):147–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24293184/>
39. Pinto TF, Da Silva FGC, De Bruin VMS, De Bruin PFC. Night eating syndrome: How to treat it? *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2023 Dec 1];62(7):701–7. Available from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/yCXQ8YrWJGtDFjGZVMGZhTv/?lang=en>
40. Royal S, Wnuk S, Warwick K, Hawa R, Sockalingam S. Night Eating and Loss of Control over Eating in Bariatric Surgery Candidates. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 2015 Feb 21 [cited 2023 Dec 1];22(1):14–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-014-9411-6>
41. Muscatello MRA, Torre G, Celebre L, Dell’Osso B, Mento C, Zoccali RA, et al. ‘In the night kitchen’: A scoping review on the night eating syndrome. <https://doi.org/10.1177/00048674211025714> [Internet]. 2021 Jun 25 [cited 2023 Nov 16];56(2):120–36. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00048674211025714>

42. Stunkard AJ, Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP. A biobehavioural model of the night eating syndrome. *Obes Rev* [Internet]. 2009 Nov [cited 2023 Dec 1];10(SUPPL. 2):69–77. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-789X.2009.00668.x>
43. Kucukgoncu S, Midura M, Tek C. Optimal management of night eating syndrome: challenges and solutions. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2015 Mar 19 [cited 2023 Dec 1];11:751–60. Available from: <https://www.dovepress.com/optimal-management-of-night-eating-syndrome-challenges-and-solutions-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>
44. Vander Wal JS, Gang CH, Griffing GT, Gadde KM. Escitalopram for treatment of night eating syndrome: A 12-Week, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2012 Jun [cited 2023 Dec 1];32(3):341–5. Available from: https://journals.lww.com/psychopharmacology/fulltext/2012/06000/escitalopram_for_treatment_of_night_eating.8.aspx
45. Allison KC, Stude S, Berkowitz RI, Hesson LA, Moore RH, Dubroff JG, et al. An open-label efficacy trial of escitalopram for night eating syndrome. *Eat Behav*. 2013 Apr 1;14(2):199–203.
46. Macdonald Gemma, Chelsea McMahon, Stephen TC. Topiramate Therapy: Night Eating Cure with Five Year Sustained Weight Loss in an Obese Patient with Type 2 Diabetes. *J Endocrinol Diabetes Obes* [Internet]. 2015 [cited 2023 Dec 1];31(1):1067. Available from: <https://www.jscimedcentral.com/journal-article-pdf/Journal-of-Endocrinology%2C-Diabetes-and-Obesity/endocrinology-3-1067.pdf>
47. Matsui K, Kuriyama K, Kobayashi M, Inada K, Nishimura K, Inoue Y. The efficacy of add-on ramelteon and subsequent dose reduction in benzodiazepine derivatives/Z-drugs for the treatment of sleep-related eating disorder and night eating syndrome: A retrospective analysis of consecutive patients. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Dec 1];17(7):1475–83. Available from: <https://jcsn.aasm.org/doi/10.5664/jcsn.9236>

48. Berner LA, Allison KC. Behavioral management of night eating disorders. *Psychol Res Behav Manag* [Internet]. 2013 Mar 28 [cited 2023 Dec 3];6:1–8. Available from: <https://www.dovepress.com/behavioral-management-of-night-eating-disorders-peer-reviewed-fulltext-article-PRBM>
49. Vander Wal JS, Maraldo TM, Vercellone AC, Gagne DA. Education, progressive muscle relaxation therapy, and exercise for the treatment of night eating syndrome. A pilot study. *Appetite*. 2015 Jun 1;89:136–44.
50. Schenck CH, Hurwitz TD, Bundlie SR, Mahowald MW. Sleep-Related Eating Disorders: Polysomnographic Correlates of a Heterogeneous Syndrome Distinct from Daytime Eating Disorders. *Sleep* [Internet]. 1991 Sep 1 [cited 2023 Dec 7];14(5):419–31. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/sleep/14.5.419>
51. Schenck CH, Mahowald MW. Review of nocturnal sleep-related eating disorders. *Int J Eat Disord* [Internet]. 1994 May 1 [cited 2023 Dec 7];15(4):343–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.2260150405>
52. Somnambulistic eating: A report of three cases | Semantic Scholar [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Somnambulistic-eating%3A-A-report-of-three-cases-Whyte-Kavey/b5ab5b54024fa602e1010fa710bcb6a188a477d>
53. AASM | Clinical Resources | International Classification of Sleep Disorders [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://aasm.org/clinical-resources/international-classification-sleep-disorders/>
54. Vetrugno R, Manconi M, Ferini-Strambi L PF, Plazzi G MP. Nocturnal eating: Sleep related eating disorder or night eating syndrome? A videopolysomnographic study. *Sleep*. 2006;29:949– 954.
55. Dolder CR, Nelson MH. Hypnosedative-induced complex behaviours : incidence, mechanisms and management. *CNS Drugs* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2023 Dec 8];22(12):1021–36. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/18998740>

56. Morgenthaler TI SM. Amnestic sleep-related eating disorder associated with zolpidem. *Sleep Med.* 2002;3:323–327.
57. Schenck C, Connoy D CM et al. Zolpidem induced Sleep-Related Eating Disorder (SRED) in 19 patients. *Sleep.* 2005;28(a):259.
58. Provini F, Vetrugno R MP. Sleep-related smoking syndrome. *Sleep Med.* 2008;9:903–905.
59. Winkelman JW. Clinical and polysomnographic features of sleep-related eating disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1998 [cited 2023 Dec 8];59(1):14–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9491060/>
60. JW W. Sleep-related eating disorder the dateline dataset. *Sleep Reserch.* 1997;26:31.
61. Schenck CH, Hurwitz TD, O'Connor KA, Mahowald MW. Additional categories of sleep-related eating disorders and the current status of treatment. *Sleep.* 1993;16(5):457–66.
62. Inoue Y. Sleep-related eating disorder and its associated conditions [Internet]. Vol. 69, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cited 2023 Dec 6]. p. 309–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12263>
63. Rand C, Macgregor A, Stunkard A. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord.* 1997;
64. JW. W. Treatment of nocturnal eating syndrome and sleep-related eating disorder with topiramate. *Sleep Med.* 2003;4:243–246.
65. Palaia V, Poli F, Pizza F, Antelmi E, Franceschini C, Moghadam KK, et al. Narcolepsy with cataplexy associated with nocturnal compulsive behaviors: a case-control study. *Sleep.* 2011 Oct 1;34(10):1365–71.
66. Paquet V, Strul J, Servais L, Pelc I FP. Sleep-related eating disorder induced by olanzapine. *J. Clin. Psychiatry.* 2002;63:597.

67. Lu ML, Shen WW. Sleep-related eating disorder induced by risperidone. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2004 Feb [cited 2023 Dec 9];65(2):273–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15003084/>
68. Heathman JC, Neal DW, Thomas CR. Sleep-related eating disorder associated with quetiapine. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 9];34(5):658–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25110909/>
69. Wallace DM, Maze T, Shafazand S. Sodium oxybate-induced sleep driving and sleep-related eating disorder. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2011 Jun 15 [cited 2023 Dec 9];7(3):310–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21677903/>
70. Winkelman JW, Johnson EA, Richards LM. Sleep-related eating disorder. *Handb Clin Neurol* [Internet]. 2011 [cited 2023 Dec 11];98(C):577–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21056212/>
71. O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night eating syndrome : diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs* [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2023 Dec 11];19(12):997–1008. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/16332142>
72. Winkelman JW. Sleep-related eating disorder and night eating syndrome: Sleep disorders, eating disorders, or both? *Sleep* [Internet]. 2006 Jul 1 [cited 2023 Dec 11];29(7):876–7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6892363_Sleep-Related_Eating_Disorder_and_Night_Eating_Syndrome_Sleep_Disorders_Eating_Disorders_or_Both
73. Vinai P, Ferri R FSL et al. Defining the borders between Sleep-Related Eating Disorder and Night Eating Syndrome. *Sleep Med*. 2012;13:686–690.
74. Brion A, Flamand M, Oudiette D, Voillery D, Golmard JL, Arnulf I. Sleep-related eating disorder versus sleepwalking: a controlled study. *Sleep Med* [Internet]. 2012 Jul 25 [cited 2023 Dec 13];13(8):1094–101. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/22841035>

75. Parrino L, Halasz P, Tassinari CA, Terzano MG. CAP, epilepsy and motor events during sleep: the unifying role of arousal. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2006 Jun 30 [cited 2023 Dec 13];10(4):267–85. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/16809057>
76. Neckelmann D, Ursin R. Sleep stages and EEG power spectrum in relation to acoustical stimulus arousal threshold in the rat. *Sleep* [Internet]. 1993 Aug 1 [cited 2023 Dec 13];16(5):467–77. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/8378687>
77. Pilon M, Montplaisir J, Zadra A. Precipitating factors of somnambulism symbol: impact of sleep deprivation and forced arousals. *Neurology*. 2008;70(24):2284–90.
78. 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* [Internet]. 2001 [cited 2023 Dec 13];9(4):264–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11331430/>
79. Damiola F, Le Minli N, Preitner N, Kornmann B, Fleury-Olela F, Schibler U. Restricted feeding uncouples circadian oscillators in peripheral tissues from the central pacemaker in the suprachiasmatic nucleus. *Genes Dev* [Internet]. 2000 Dec 1 [cited 2023 Dec 13];14(23):2950–61. Available from: <https://europepmc.org/articles/PMC317100>
80. C. S. Paradox lost: midnight in the battleground of sleep and dreams. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2006 Dec 1 [cited 2023 Dec 15];77(12):1387–1387. Available from: <https://jnnp.bmj.com/content/77/12/1387.3>
81. M. G. Sleep-related eating in bulimia nervosa: And an underreported parasomnia disorder. *Sleep Res*. 1991;20:182.
82. De Ocampo J, Foldvary N, Dinner DS GJ. Sleep related eating disorder in fraternal twins. *Sleep Med*. 2002;3:525–526.
83. Lecendreux M, Bassetti C, Dauvilliers Y, Mayer G, Neidhart E, Tafti M. HLA

- and genetic susceptibility to sleepwalking. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2003 [cited 2023 Dec 15];8(1):114–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12556916/>
84. Bello NT HA. Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacol Biochem Behav.* 2010;97:25–33.
 85. Paulus W, Dowling P, Rijsman R, Stiasny-Kolster K, Trenkwalder C. Update of the pathophysiology of the restless-legs-syndrome. *Mov Disord* [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2023 Dec 18];22 Suppl 18(SUPPL. 18):S431-9. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/18081164>
 86. Provini F, Antelmi E, Vignatelli L, Zaniboni A, Naldi G, Calandra-Buonaura G, et al. Association of restless legs syndrome with nocturnal eating: a case-control study. *Mov Disord* [Internet]. 2009 Apr 30 [cited 2023 Dec 18];24(6):871–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19199358/>
 87. Howell MJ, Schenck CH. Restless nocturnal eating: A common feature of willis-ekbom syndrome (RLS). *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2012 Aug 15 [cited 2023 Dec 18];8(4):413–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/230672129_Restless_Nocturnal_Eating_A_Common_Feature_of_Willis-Ekbom_Syndrome_RLS
 88. Manni R, Ratti MT, Tartara A. Nocturnal eating: prevalence and features in 120 insomniac referrals. *Sleep* [Internet]. 1997 Sep 1 [cited 2023 Dec 18];20(9):734–8. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/9406325>
 89. Lam SP, Fong SY, Ho CKW, Wing YK. Parasomnia among psychiatric outpatients: a clinical, epidemiologic, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2023 Dec 18];69(9):1374–82. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/19193338>
 90. Tsai JH, Yang P, Lin HH, Cheng KH, Yang YH, Wu MT, et al. Association between GABAA Receptor Subunit Gene Cluster and Zolpidem-Induced Complex Sleep Behaviors in Han Chinese. *Sleep* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2023 Dec 18];36(2):197. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23543054/>

91. Tsai MJ, Tsai YH, Huang Y Bin. Compulsive activity and anterograde amnesia after zolpidem use. *Clin Toxicol (Phila)* [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2023 Dec 18];45(2):179–81. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/17364638>
92. Hwang TJ, Ni HC, Chen HC, Lin YT, Liao SC. Risk predictors for hypnosedative-related complex sleep behaviors: A retrospective, cross-sectional pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2010 Oct;71(10):1331–5.
93. Provini F, Albani F, Vetrugno R, Vignatelli L, Lombardi C, Plazzi G, et al. A pilot double-blind placebo-controlled trial of low-dose pramipexole in sleep-related eating disorder. *Eur J Neurol*. 2005 Jun;12(6):432–6.
94. McElroy SL, Guerdjikova AI, Martens B, Keck PE, Pope HG, Hudson JL. Role of antiepileptic drugs in the management of eating disorders. *CNS Drugs* [Internet]. 2009 [cited 2023 Dec 18];23(2):139–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19173373/>
95. Shapira NA, Goldsmith TD, McElroy SL. Treatment of binge-eating disorder with topiramate: a clinical case series. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2000 [cited 2023 Dec 18];61(5):368–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10847312/>
96. Winkelman JW. Efficacy and tolerability of open-label topiramate in the treatment of sleep-related eating disorder: A retrospective case series. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2006 [cited 2023 Dec 18];67(11):1729–34. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6604870_Efficacy_and_Tolerability_of_Open-Label_Topiramate_in_the_Treatment_of_Sleep-Related_Eating_Disorder
97. Liang Y, Chen X, Osborne M, DeCarlo SO, Jetton TL, Demarest K. Topiramate ameliorates hyperglycaemia and improves glucose-stimulated insulin release in ZDF rats and db/db mice. *Diabetes Obes Metab* [Internet]. 2005 Jul 1 [cited 2023 Dec 18];7(4):360–9. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/15955122>

98. Wilkes JJ, Nelson E, Osborne M, Demarest KT, Olefsky JM. Topiramate is an insulin-sensitizing compound in vivo with direct effects on adipocytes in female ZDF rats. *Am J Physiol Endocrinol Metab* [Internet]. 2005 [cited 2023 Dec 18];288:617–24. Available from: <http://www.ajpendo.org>
99. 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* [Internet]. 2006 [cited 2023 Dec 19];163(5):893–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16648332/>
100. Friedman S, Even C, Dardennes R, Guelfi JD. Light therapy, obesity, and night-eating syndrome [6]. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2002 [cited 2023 Dec 19];159(5):875–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/11384052_Light_Therapy_Obesity_and_Night-Eating_Syndrome
101. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martino NS, Sarwer DB, Wadden TA, et al. The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eat Behav*. 2008 Jan 1;9(1):62–72.
102. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* [Internet]. 1989 [cited 2023 Dec 23];28(2):193–213. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/>
103. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* [Internet]. 2001 Jul 1 [cited 2023 Dec 23];2(4):297–307. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/11438246>
104. Chalder T. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. By C. M. Morin. Guildford Press: New York. 1993. *Psychol Med* [Internet]. 1996 Sep [cited 2023 Dec 23];26(5):1096–7. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological->

medicine/article/abs/insomnia-psychological-assessment-and-management-by-c-m-morin-guildford-press-new-york-1993/E104C3E091EB92DB2289E8AF2B31225D

105. Blais FC, Gendron L, Mimeault V, Morin CM. [Evaluation of insomnia: validity of 3 questionnaires]. *Encephale* [Internet]. 1997 Nov 1 [cited 2023 Dec 23];23(6):447–53. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/9488928>
106. Ölçek Yazarlar Ş. Sinem Bilgen | TOAD [Internet]. [cited 2023 Dec 23]. Available from: <https://toad.halileksi.net/olcek-yazar/s-sinem-bilgen/>
107. HAMILTON M. THE ASSESSMENT OF ANXIETY STATES BY RATING. *Br J Med Psychol* [Internet]. 1959 Mar 1 [cited 2023 Dec 24];32(1):50–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
108. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 1960 Feb 1 [cited 2023 Dec 24];23(1):56–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>
109. Horiguchi J, Hornyak M, Voderholzer U, Kryger M, Skomrow R, Lipinski JF, et al. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med*. 2003 Mar 1;4(2):121–32.
110. Allen RP, Kushida CA, Atkinson MJ, Dement W, Hogan P, Kushida C, et al. Factor analysis of the International Restless Legs Syndrome Study Group's scale for restless legs severity. *Sleep Med*. 2003 Mar 1;4(2):133–5.
111. Horne JA, Östberg O. Individual differences in human circadian rhythms. *Biol Psychol*. 1977;5(3):179–90.
112. Punduk Z, Gür H, Ercan I. Sabahçıl-akşamcıl anketi Türkçe uyarlamasında güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg* [Internet]. 2005 [cited 2023 Dec 24];16(1):40–5. Available from: <http://search.yayin/detay/47006>
113. Saraçlı Ö, Atasoy N, Akdemir A, Güriz O, Konuk N, Sevinçer GM, et al. The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatric

- out-patient population. *Compr Psychiatry*. 2015 Feb 1;57:79–84.
114. Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O JP, Berg KC, Juliette Galbraith B, et al. Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 [cited 2024 Jan 3];163:1. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
 115. Matsui K, Komada Y, Okajima I, Takaesu Y, Kuriyama K, Inoue Y. A Cross-Sectional Study of Evening Hyperphagia and Nocturnal Ingestion: Core Constituents of Night Eating Syndrome with Different Background Factors. *Nutr* 2021, Vol 13, Page 4179 [Internet]. 2021 Nov 22 [cited 2024 Jan 11];13(11):4179. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/11/4179/htm>
 116. The Effect of Night Eating Syndrome Tendency on Mood, Sleep, and Alcohol Use in Female Undergraduate Students [Internet]. [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://www.e-jsm.org/journal/view.php?number=207>
 117. De Zwaan M, Müller A, Allison KC, Brähler E, Hilbert A. Prevalence and Correlates of Night Eating in the German General Population. *PLoS One* [Internet]. 2014 May 14 [cited 2024 Jan 11];9(5):e97667. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0097667>
 118. Nolan LJ, Geliebter A. Validation of the Night Eating Diagnostic Questionnaire (NEDQ) and its relationship with depression, sleep quality, “food addiction”, and body mass index. *Appetite*. 2017 Apr 1;111:86–95.
 119. Hamdan M, Badrasawi M, Zidan S, Thawabteh R, Mohtaseb R, Arqoub KA. Night eating syndrome is associated with mental health issues among palestinian undergraduate students-cross sectional study. *J Eat Disord* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jan 11];11(1):1–11. Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00727-2>
 120. Kucukgoncu S, Bestepe E. Night eating syndrome in major depression and anxiety disorders. *Noropsikiyatri Ars* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2024 Jan 3];51(4):368–75. Available from: <https://pdffox.com/majr-depresyon-ve-anksiyete-bozukluu-hastalarnda-gece-yeme-sendromu-pdf-free.html>

121. Yoon B, Nam S, Sea Y, Song J, Park S, Kwon Y, et al. Prevalence and Its Correlates of Night Eating Syndrome in Schizophrenic Outpatients. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 Mar [cited 2024 Jan 4];30(S1):1–1. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/prevalence-and-its-correlates-of-night-eating-syndrome-in-schizophrenic-outpatients/E3502414B627E8B6E301E4BA60BF3DA4>
122. Melo MCA, de Oliveira Ribeiro M, de Araújo CFC, de Mesquita LMF, de Bruin PFC, de Bruin VMS. Night eating in bipolar disorder. *Sleep Med*. 2018 Aug 1;48:49–52.
123. Geliebter A, McOuatt H, Tetreault CB, Kordunova D, Rice K, Zammit G, et al. Is night eating syndrome associated with obstructive sleep apnea, BMI, and depressed mood in patients from a sleep laboratory study? *Eat Behav*. 2016 Dec 1;23:115–9.
124. Antelmi E, Vinai P, Pizza F, Marcatelli M, Speciale M, Provini F. Nocturnal eating is part of the clinical spectrum of restless legs syndrome and an underestimated risk factor for increased body mass index. *Sleep Med*. 2014 Feb 1;15(2):168–72.
125. Martellini M, Barchiesi M, Oriani MG, Nardi B. Current and emerging drugs treatment for night eating syndrome. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2016 Mar [cited 2024 Jan 8];33(S1):S164–5. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/current-and-emerging-drugs-treatment-for-night-eating-syndrome/AC61D182D78CFD93CCDF16769457ECF2>
126. Klimt F, Jacobi C, Brähler E, Stöbel-Richter Y, Zenger M, Berth H. Insomnia symptoms in adulthood. Prevalence and incidence over 25 years. *Sleep Med*. 2023 Sep 1;109:240–4.
127. Adan A, Natale V. Gender differences in morningness-eveningness preference. *Chronobiol Int* [Internet]. 2002 Jul 1 [cited 2024 Jan 9];19(4):709–20. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/12182498>
128. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et

- al. Development of Lifetime Comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011 Jan 3 [cited 2024 Jan 14];68(1):90–100. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210969>
129. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug 1;15(4):357–76.
 130. Rahme C, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Hallit R, Salameh P, et al. Emotional eating among Lebanese adults: scale validation, prevalence and correlates. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Jan 14];26(4):1069–78. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-01001-7>
 131. Kobayashi N, Takano M. Aripiprazole-induced sleep-related eating disorder: A case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2018 Apr 5 [cited 2024 Jan 8];12(1):1–4. Available from: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13256-018-1622-2>
 132. Dang A, Garg G, Rataboli P V. Zolpidem induced Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder (NSRED) in a male patient. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2009 May [cited 2024 Jan 8];42(4):385–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19107832/>
 133. Hoque R, Chesson AL. Zolpidem-Induced Sleepwalking, Sleep Related Eating Disorder, and Sleep-Driving: Fluorine-18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography Analysis, and a Literature Review of Other Unexpected Clinical Effects of Zolpidem. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2009 Oct 15 [cited 2024 Jan 8];5(5):471–6. Available from: <https://jcsn.aasm.org/doi/10.5664/jcsn.27605>
 134. Molina SM, Joshi KG. A Case of Zaleplon-Induced Amnestic Sleep-Related Eating Disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 Feb 15 [cited 2024 Jan 11];71(2):2416. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/case-zaleplon-induced-amnestic-sleep-related-eating>

135. Ghosh D, Petrecca AM, Khuhro AL. Sleep-Related Eating Disorder (SRED): Paradoxical Effect of Clonazepam. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2018 Jul 15 [cited 2024 Jan 11];14(7):1261–3. Available from: <https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.7242>



8. ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1. Adı soyadı: Duran LEK

A.2. Unvanı: Uzmanlık Öğrencisi

A.3. Görev yeri: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1. Mezun olduğu üniversite / fakülte: Çukurova Üniversitesi / Tıp Fakültesi

B.2. Varsa uzmanlık Alanı: -

B.3. Varsa, akademik ünvanları: -

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1. Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşlar:

1. 2019-2020 Pratisyen Tabip, Mersin Tarsus Devlet Hastanesi
2. 2020-... Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencisi, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi

D. AKADEMİK ÇALIŞMALAR İLE İLGİLİ BİLGİLER

D.1. Belirtmek istediğiniz önemli makaleleriniz (*en fazla beş makale*):

D.2. Görev aldığınız projeler ve projedeki göreviniz (*en fazla beş proje*):

D.3. Alınan eğitim modülleri (*en fazla beş eğitim*) :

1. Dinamik psikoterapi 1. modül

9.EKLER

9.1. Anket Formu

PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA UYKU İLE İLİŞKİLİ YEME BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMUNUN İNCELENMESİ			
Sayın Katılımcı, Aşağıda bireylerin psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun incelenmesi amacıyla yapılan anket formumuz yer almaktadır. Bu çalışma uzmanlık öğrencisi Dr. Duran LEK' in araştırma çalışmasıdır. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. Eğer çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız, anket formundaki sorular size Dr. Duran LEK tarafından sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt edilecektir. Süre olarak yaklaşık 10 dakikanızı alacak anket uygulamasında verdiğiniz bilgiler, bilimsel araştırma amaçlı kullanılacak olup, başka bir amaç için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Yanıtlarınız çalışma açısından önemli olup, cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Ancak herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu bilmenizi isterim. Bu çalışmaya katılımınız için sizden ücret talep edilmeyecek ve katılım sonucu size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır. Bu çalışmanın hastalığınızın tanı ve tedavi sürecinizde size zararı olmayacak ve tedavi sürecinizi değiştirmeyecektir. Çalışma ile ilgili olarak tüm sorularınızı telefon ile uzmanlık öğrencisi Dr. Duran LEK' e ulaşarak iletebilirsiniz. <i>İlgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.</i> Tarih:/...../ 2022 Ad ve Soyad : TC: Tel:			
1. Doğum Tarihi (Yıl):			
2. Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın			
3. Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul / Ayrı yaşıyor / Boşanmış			
4. Eğitim Durumu: ☐ Okur Yazar Değil ☐ Okur Yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite			
5. Meslek: ☐ Ev hanımı ☐ Emekli ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Diğer (Lütfen Belirtiniz):			
6. Boy:..... Kilo:.....			
7. Sigara: ☐ Hayır. ☐ Evet (Günde paket, ... yıldır içiyorum) Alkol: ☐ Hayır. ☐ Evet (..... yıldır içiyorum.)			
8. Hangi psikiyatrik hastalığa sahipsiniz? ☐ Şizofreni ☐ Bipolar ve ilişkili bozukluklar ☐ Major depresyon bozukluğu ☐ Yaygın kaygı bozukluğu ☐ Panik bozukluğu ☐ Obsesif-kompulsif bozukluğu ☐ Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ☐ Anoreksiya Nervoza			

☐ Bulimiya Nervoza ☐ Tıkanırcasına Yeme bozukluğu ☐ Narkolepsi ☐ Huzursuz Bacaklar Sendromu ☐ Uyurgezerlik ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz):.....
9. Düzenli kullandığınız ilaçlar varsa belirtiniz: 1..... 2..... 3..... 4.....

Aşağıdaki tabloda uygun olan cevabın altına “X” koyunuz.

	EVET	HAYIR
Gece uykudan uyanıp tekrarlayan yemek yeme ataklarım olur.		
Gece uykudan uyanıp tuhaf yiyecekler veya toksik maddeler tüketirim.		
Gece uykudan uyanıp yemek yerken veya yemek pişirirken tehlikeli davranışlarım olur.		
Tekrarlayan gece yemeği ataklarımın sağlığıma olumsuz etkileri vardır.		
Tekrarlayan gece yemeği ataklarım bilinçsizdir ve sonrasında hatırlamakta zorlanırım.		

Gece Yeme Anketi

Size en uygun cevapları yuvarlak içine alınız.

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?

Saat 9'dan önce / 9-12 arası / 12-15 arası / 15-18 arası / 18'den sonra

3. Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?

Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı

4. Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

5. Günlük besin alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?

%0 / %1-25 / %26-50 / %51-75 / %76-100

6. Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Oldukęa çok / Aşırı

7. Hüzünlü hissettiğiniz zaman, duygudurumunuz günün hangi saatlerinde daha ckkn oluyor ?

sabah erken / sabah / öğleden sonra / akşam üzeri / akşam / gece

Gün içinde değişme olmuyorsa X işareti koyunuz.

8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?

Hiç / Bazen / Zamanın yarısında / Genelde / Her zaman

9. Tuvalet gereksinmesi dışında, gece hangi sıklıkta en az bir kez kalkarsınız?

Hiç / Haftada birden az / Haftada bir / Haftada birden çok / Her gece

Not: 9. soruda cevabınız hiğse, burada durun.

10. Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?

Hiç / Çok az / Biraz / Oldukęa çok / Aşırı

11. Gece uyanınca tekrar uyuyabilmek için yeme ihtiyaı duyar mısınız?

Hiç / Çok az / Biraz / Oldukęa çok / Aşırı

12. Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?

Hiç / bazen / zamanın yarısında / sıklıkla / her zaman

Not: 12'ye hiç yanıtı verdiyseniz, burada durun.

13. Gece yarısı atıştırdığınızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

14. Gece kalktığınızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

Gece yemeyle ilgili sorununuz ne kadar zamandır sürüyor? ---- ay ---- yıl

15. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

16. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor? Hiç /

Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı



Uyku Kalitesi (PUKİ)

Aşağıdaki soruları **son bir ayda, çoğu gün ve geceyi kapsayan en uygun cevaba göre işaretleyin. Lütfen bütün soruları cevaplayın.**

Son bir ayda,

1. Genellikle ne zaman yatarsınız?

2. Yattıktan sonra, uykuya dalmak ne kadar vakit alır (dakika)?

Son bir aydır ne sıklıkla aşağıdaki nedenlerden ötürü uyku sorunu yaşadınız?	Geçtiğimiz ay içinde hiçbir zaman	Haftada birden az	Haftada bir ya da iki defa	Haftada üç ya da daha fazla
30 dakika içinde uykuya dalamama	(0)	(1)	(2)	(3)
Gecenin ortasında ya da sabah erken uyanma	(0)	(1)	(2)	(3)
Tuvalete kalkmak zorunda olma	(0)	(1)	(2)	(3)
Rahat nefes alamama	(0)	(1)	(2)	(3)
Öksürük ya da gürültülü horlama	(0)	(1)	(2)	(3)
Üşüme	(0)	(1)	(2)	(3)
Sıcak hissetme	(0)	(1)	(2)	(3)
Kötü rüyalar	(0)	(1)	(2)	(3)
Ağrı	(0)	(1)	(2)	(3)
Diğer neden(ler)den ötürü ne kadar sıklıkla uyku sorunu yaşadınız?	(0)	(1)	(2)	(3)
Lütfen neden(ler)i tanımlayın:				
Son bir aydır, ne sıklıkla uyumak için ilaç kullandınız?	(0)	(1)	(2)	(3)
Son bir aydır, ne sıklıkla , araba kullanırken, yemek yerken ya da sosyal aktivitelerde kendinizi uyanık tutmada güçlük yaşadınız?	(0)	(1)	(2)	(3)
Son bir aydır, bir şeyler yaparken ne sıklıkla konuya ilginizi devam ettirmede sorun yaşadınız?	(0)	(1)	(2)	(3)
Son bir aylık uyku kalitenizi nasıl puanlarsınız?	Çok iyi (0)	Kısmen iyi (1)	Kısmen kötü (2)	Çok kötü (3)
	☐	☐	☐	☐

UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ

1-Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin / problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

1a-Uykuya dalmakta güçlük:	☐ Hiç	☐ Hafif	☐ Orta	☐ Şiddetli	☐ Çok şiddetli
1b-Uykuyu sürdürmekte güçlük:	☐ Hiç	☐ Hafif	☐ Orta	☐ Şiddetli	☐ Çok şiddetli
1c-Çok erken uyanma problemi:	☐ Hiç	☐ Hafif	☐ Orta	☐ Şiddetli	☐ Çok şiddetli
2-Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/ memnuniyetsizsiniz?	☐ Çok memnun	☐ Memnun	☐ Nötr	☐ Memnun değil	☐ Hiç memnun değil
3-Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?	☐ Kesinlikle engelleyici değil	☐ Biraz engelleyici	☐ Oldukça engelleyici	☐ Çok engelleyici	☐ Çok fazla engelleyici
4-Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?	☐ Kesinlikle fark edilemez	☐ Biraz fark edilebilir	☐ Oldukça fark edilebilir	☐ Çok fark edilebilir	☐ Çok fazla fark edilebilir
5-Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?	☐ Kesinlikle endişelen-dirmiyor	☐ Biraz endişelen-diriyor	☐ Oldukça endişelen-diriyor	☐ Çok endişelen-diriyor	☐ Çok fazla endişelen-diriyor

EPWORTH UYKUSUZLUK ÖLÇEĞİ

Son zamanlarda, günlük yaşantınız içinde, aşağıda belirtilen durumlarda hangi sıklıkla uyuklarsınız (buradan yorgun hissetmek değil, uyuklamak veya uyuya kalmak anlaşılmalıdır)? Bu şeylerden birini son zamanlarda yapmamış olsanız bile, böyle bir durumun, sizi nasıl etkileyeceğini düşünmeye çalışarak cevap veriniz.

Ölçekteki herbir DURUM için, aşağıdaki ifadelere karşılık gelen sayılardan, sizin için en uygununu işaretleyiniz.

- 0 = hiçbir zaman uyuklamam
- 1 = nadiren uyuklarım
- 2 = zaman zaman uyuklarım
- 3 = büyük olasılıkla uyuklarım

DURUM		Uyuklama olasılığım			
1	Oturmuş birşeyler okurken	0	1	2	3
2	Televizyon seyredirken	0	1	2	3
3	Toplum içinde hareketsizce otururken. (örneğin: herhangi bir toplantıda veya tiyatroya gibi yerlerde)	0	1	2	3
4	Ara vermeden en az bir saat süren bir araba yolculuğunda yolcu olarak bulunurken	0	1	2	3
5	Öğleden sonra koşullar uygun olduğunda, dinlenmek için uzanmışken	0	1	2	3
6	Birisiyle oturmuş konuşurken	0	1	2	3
7	Alkol almadığım bir öğle yemeğinden sonra sessizce otururken	0	1	2	3
8	İçinde olduğum araba, trafikte bir kaç dakika için durduğunda	0	1	2	3

SABAHCIL – AKŞAMCIL ÖLÇEĞİ

İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından “sabah tipi” ve “akşam tipi” şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıda bununla ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu cevaplandırmadan önce dikkatli bir şekilde okuyun. Tüm soruları cevaplandırın. Her bir soru için cevabınız diğerlerinden bağımsız olmalıdır, geri dönmeyin ve cevaplarınızı kontrol etmeyin. Her bir soru için bir tek cevap seçin. Size doğru gelen seçeneği uygun sayıyı dikkate alarak işaretleyin.

1. Eğer gündüz planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yataktan kalkmak sizin için en uygunu olurdu?

Sabah 05:00 - Sabah 06:30 ()

Sabah 06:30 - Sabah 07:45 ()

Sabah 07:45 - Sabah 09:45 ()

Sabah 09:45 - Sabah 11:00 ()

Sabah 11:00 - Öğle 12:00 ()

Öğle 12:00 - Sabah 05:00 ()

2. Eğer akşam planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yatmak sizin için en uygunu olurdu?

Akşam 20:00 - Gece 21:00 ()

Gece 21:00 - Gece 22:15 ()

Gece 22:15 - Gece yarısından sonra 24:30 ()

Gece yarısından sonra 24:30 - Sabah 01:45 ()

Sabah 01:45 - Sabah 03:00 ()

Sabah 03:00 - Sabah 08:00 ()

3. Sabahları belli bir saatte kalkmak zorunda olduğunuzda saat kurup zil sesiyle uyanmaya ne derecede kendinizi bağımlı hissedersiniz?

Hiç bağımlı hissetmem ()

Çok az bağımlı hissedirim ()

Oldukça bağımlı hissedirim ()

Çok bağımlı hissedirim ()

4. Çevresel şartlar tam olarak uygun olsa sabahları yataktan kalkmak size ne denli kolay gelir?

Asla kolay gelmez ()

Çok kolay gelmez ()

Oldukça kolay gelir ()

Çok kolay gelir ()

5. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli canlı ve uyanık hissedersiniz?

Asla canlı hissetmem ()

Hafif canlı hissederim ()

Oldukça canlı hissederim ()

Çok canlı hissederim ()

6. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat süresince iştahınız nasıldır?

Çok kötü ()

Oldukça kötü ()

Oldukça iyi ()

Çok iyi ()

7. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli yorgun hissedersiniz?

Çok yorgun ()

Oldukça yorgun ()

Oldukça dinlenmiş ()

Çok dinlenmiş ()

8. Ertesi güne ait bir randevu ya da işiniz olmadığında her zamanki yatma vaktinize göre erken ya da geç mi yatarsınız?

Asla geç yatmam ()

1 saatten daha az geç yatarım ()

1-2 saat daha geç yatarım ()

2 saatten daha fazla gecikirim ()

9. Biraz fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınızın da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın sabah 07:00-08:00 arası olduğunu söyledi. Bu saatlerde en iyi performansını gösterebilir misin?

İyi bir şekilde gerçekleşeceğini düşünürüm ()

Orta derecede başarılı olurum ()

Güç olacaktır ()

Çok güç olacaktır ()

10. Saat kaç civarında kendinizi yorulmuş hissediyorsunuz ve uykunuz geliyor?

Gece 8:00 - Gece 9:00 ()

Gece 9:00 - Gece 10:15 ()

Gece 10:15 - Gece yarısından sonra 12:45 ()

Gece yarısından sonra 12:45 - Sabah 02:00 ()

Sabaha karşı 02:00 - Sabah 03:00 ()

11. Bir güne ait planlarınızı tam olarak kendinizin ayarladığını düşünün. Size, iki saat sürecek ve sonunda zihinsel olarak yorgun düşürecek bir başarı testi uygulanacak olsa en iyi performansı gösterebilmeniz için bu testin hangi saat diliminde uygulanması sizce uygun olur?

Sabah 08:00 - 10:00 ()

Sabah 11:00 - 13:00 ()

Öğleden sonra 15:00 - 17:00 ()

Akşam 19:00 - 21:00 ()

12. Gece saat 23.00'de yattığınızı düşünün. Yatağa yattığınızda kendinizi ne düzeyde yorgun hissedersiniz?

Hiç yorgun hissetmem ()

Çok az yorgun hissedirim ()

Oldukça yorgun hissedirim ()

Çok fazla yorgun hissedirim ()

13. Bir takım nedenlerden ötürü her zamankinden 3-4 saat daha geç yattığınızı ancak ertesi sabah belli bir saatte kalkmanız gerekmeyi düşünün. Aşağıdakilerden hangisi yatış ve kalkış zamanınızı en iyi tanımlar?

Her zamanki vakitte uyanırım ve tekrar uyumam ()

Her zamanki vakitte uyanırım ama daha sonra hafifçe uyuklarım ()

Her zamanki vakitte uyanırım ama tekrar uykuya dalarım ()

Her zamankinden geç uyanırım ()

14. Sabah 04:00-06:00 arası nöbet tuttuğunuzu ve uyanık durmak zorunda olduğunuzu düşünün. Ertesi güne ait bir randevunuz da yok. Böyle bir durumda aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?

Nöbet bitene kadar yatmam ()

Nöbetten önce hafif bir şekerleme yapar ve nöbetten sonra uyurum ()

Nöbetten önce uyur nöbetten sonra da biraz kestirim ()

Nöbetten önce iyice uyur ve uykumu almış olurum ()

15. İki saat süreyle bedensel olarak sıkı bir şekilde çalışmak zorunda olduğunuzu düşünün. Günlük çalışma planınızı ayarlamakta da tamamiyle serbest olsanız aşağıdaki zaman dilimlerinden hangisi sizin için en iyi çalışma zamanıdır?

Sabah 08:00 - 10:00 ()

Sabah 11:00 - Öğleden sonra 13:00 ()

Öğleden sonra 15:00 - 17:00 ()

Akşam 19:00 - 21:00 ()

16. Sıkı bir fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın gece 22:00 23:00 arası olduğunu söyledi. Bu saatlerde en iyi performansını gösterebilir misin?

İyi bir şekilde gerçekleşeceğini düşünürüm ()

Orta derecede başarılı olurum ()

Güç olacaktır ()

Çok güç olacaktır ()

17. Çalışma saatlerinizi kendinizin belirlediğinizi düşünün. Günde 5 saat (yemek arası dahil) çalıştığınızı, işinizin ilginç bir iş olduğunu, severek çalıştığınızı ve elde ettiğiniz başarıya göre de ücret aldığınızı farz edin. Böyle bir durumda 5 saatlik çalışma sürenizi başlatmak için hangi saatleri seçerdiniz?

Sabah 04:00 - Sabah 08:00 ()

Sabah 08:00 - Sabah 09:00 ()

Sabah 09:00 - Öğleden sonra 14:00 ()

Öğleden sonra 14:00 - Öğleden sonra 17:00 ()

Öğleden sonra 17:00 - Sabah 04:00 ()

18. Gün içinde kendinizi en iyi hissettiğiniz zaman dilimi hangisidir?

Sabah 05:00 - Sabah 08:00 ()

Sabah 08:00 - Sabah 10:00 ()

Sabah 10:00 - Öğleden sonra 17:00 ()

Öğleden sonra 17:00 - Gece 22:00 ()

Gece 22:00 - Sabah 05:00 ()

19. İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından “sabah tipi” ve “akşam tipi” şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıdakilerden hangisi bu bakımdan sizi en iyi şekilde

tanımlar?

Kesinlikle sabah tipiyim ()

Akşam tipinden daha çok sabah tipine uyuyorum ()

Sabah tipinden daha çok akşam tipine uyuyorum ()

Kesinlikle akşam tipiyim ()

TÜRKÇE DUYGUSAL YEME ÖLÇEĞİ

Aşağıda yaşamınızla ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Herhangi teşhisi konmuş Bulimiya Nervoza, Anoreksiya Nervoza veya Tikanırcasına Yeme Bozukluğu'nuz yok ise size uygunluk derecesine göre (asla, nadiren, bazen, sıklıkla, neredeyse her zaman) seçeneklerinden bir tanesini işaretleyiniz.

Bu veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

S	1	Cinsiyetiniz	Kadın	Erkek			
S	2	Medeni Durumunuz	Evli	Bekar			
S	3	Fiziksel Bilgiler	Kilo	Boy	BKİ		
S	4	Yaşınız	18-24	25-30	31-35	36-40	40 +
S	5	Eğitim Durumu	İlkokul	Lise	Üniversite	Yükseklisans	Doktora ve +
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her Zaman
S	6	Zor zamanlarda, sağlıksız davranışlara daha eğilimli oluyorum					
S	7	Kendimi baskı altında hissedersen daha çok yerim					
S	8	Stresli olduğum zamanlarda daha çok yerim					
S	9	Kendimi çaresiz hissedersen yemek yemek isterim					
S	10	İş tempom yoğunlaşırsa daha çok yerim					
S	11	Yemeği abarttığımda suçlu hissedirim					
S	12	Yiyecekleri, ödül ve zevk kaynağı olarak kullanırım					
S	13	Aç olmadığımda yerim.					
S	14	Bir şeyler beklediğim gibi gitmezse yemek yemek isterim					
S	15	Bir şeylerden rahatsız olduğumda daha fazla yemek isterim					

			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her Zaman
S	16	Bir konuda depresif ya da üzgünsem yemek yemek isterim					
S	17	Bir konuda endişeli ya da kaygılı hissediyorsam yemek yemek isterim					
S	18	Canımın sıkın olduğu zamanlarda yemek yemek isterim					
S	19	Yalnız hissettiğimde yemek yemek isterim					
S	20	Biri beni üzdüğünde yemek yemek isterim					
S	21	Bana acı veren bir deneyimimi hatırlatan benzer durumlarda yemek yemek isterim					
S	22	Korktuğum zaman yemek yemek isterim					
S	23	Sinirlerimin bozuk olduğu zamanlarda yemek yemek isterim					
S	24	Yaptığım bir şeyden dolayı kötü ya da suçlu hissedersen yemek yemek isterim					
S	25	Kendimi incinmiş hissedersen yemek yemek isterim					
S	26	Heyecanlı olduğum zamanlarda yemek yemek isterim					
S	27	Sorunlarımla baş edebilmek için yemek yerim					
S	28	Yememin kontrolümün dışında olduğunu hissediyorum					
S	29	Lezzetli bir şey görüp kokusunu alırsam onu yemek isterim					
S	30	Başkalarını yemek yerken görürsem ben de yemek yemek isterim					
S	31	Diyet söz konusu olduğunda irademe hakimim					
S	32	Kilo kontrolünde diyetle istikrarı sağlayamıyorum.					
S	33	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilirim					
S	34	Yemek için ısrar edilirse hayır diyebilirim					
S	35	Yiyecekler duygularımla baş etmede bana yardım ediyor.					

HUZURSUZ BACAKLAR SENDROMU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Geçen hafta; 1. Bacaklar ve kollarındaki huzursuzluğunuz ne orandaydı? (4) Çok ciddi (3) Ciddi (2) Orta (1) Hafif (0) Yok 2. Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtileri nedeniyle etrafta dolaşma isteğiniz ne orandaydı? (4) Çok ciddi (2) Ciddi (3) Orta (1) Hafif (0) Yok 3. Etrafta dolaşmayla kollar veya bacaklardaki huzursuzluğunuzda ne kadar rahatlama oldu? (4) Rahatlama yok (2) Hafif derecede rahatlama (3) Orta derecede rahatlama (1) Tam veya tama yakın rahatlama (0) Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtileri yok 4. Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtilerine bağlı olarak uyku kalitesinin etkilenmesi ne düzeydeydi? (4) Çok ciddi (2) Ciddi (3) Orta (1) Hafif (0) Yok 5. Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtilerine bağlı olarak gün içindeki yorgunluk ve uykusuzluğunuz ne orandaydı? (4) Çok ciddi (2) Ciddi (3) Orta (1) Hafif	(0) Yok 6. Genel olarak Huzursuz Bacaklar Sendromunuzun şiddeti sizce ne kadar? (4) Çok ciddi (2) Ciddi (3) Orta (1) Hafif (0) Yok 7. Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtileri hangi sıklıkla ortaya çıkıyor? (4) Çok sık (Haftada 6-7 gün) (2) Sık (Haftada 4-5 gün) (3) Bazen (Haftada 2-3 gün) (1) Nadiren (Haftada 1 gün) (0) Hiçbir zaman 8. Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtileri olduğunda ortalama olarak sizce ne şiddettedir? (4) Çok ciddi (24 saat içinde 8 saat veya daha uzun süre) (2) Ciddi (3-8 saat) (3) Orta (1-3 saat) (1) Hafif (24 saatte 1 saatten az süre) (0) Yok 9. Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtilerinin günlük aktiviteleriniz (aile, ev, sosyal, okul veya iş hayatı) üzerinde etkisi sizce ne orandaydı? (4) Çok ciddi (2) Ciddi (3) Orta (1) Hafif (0) Yok 10. Huzursuz Bacaklar Sendromu belirtileri duygu durumunuzu ne oranda etkiliyor (sinirli, mutsuz, üzgün veya tedirgin)? (4) Çok ciddi (2) Ciddi (3) Orta (1) Hafif (0) Yok
---	--

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

Birini İşaretleyin

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleme, irritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kınşma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:
(1,2,3,5,6)

SOMATİK
(4,7,8,9,10,11,12,13)



HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ/HAM-D	TARİH				
Hasta adı soyadı:					
Görüşmeyi yapan hekim					
TÜM MADDELER İÇİN BELİRTİ YOKSA “0” PUAN					
1. DEPRESİF RUH HALİ: 1. Yalnızca soruları cevaplarırken anlaşılıyor. 2. Kendiliğinden söylüyor. 3. Yüz ifadesi, postür, sesinden, ağlamasından anlaşılıyor. 4. Konuşma sırasında spontan belirtiyor.					
2. SUÇLULUK: 1. Kendi kendini kınama, insanları üzdüğünü sanma 2. Eski yaptıkları veya hatalarından suçluluk duyma 3. hastalığı bir cezadır, suçluluk hezeyanları 4. Görme-işitme (itham-ihbar eden) halüsinasyonları					
3. İNTİHAR: 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2. Keşke ölmüş olsaydım şeklinde düşünme 3. İntihar düşüncesi olması veya belli eden jestler 4. Girişimde bulunmuş olma					
4. UYKUYA DALAMAMAK: 1. Yarım saat kadar 2. Gece boyunca					
5. GECE YARISI UYANMAK: 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız 2. Gece yarısı uyanmak, nedensiz olarak yataktan kalkmak					
6. SABAH ERKEN UYANMAK: 1. Erken uyanmak, sonra tekrar dalmak 2. Erken uyanmak tekrar uyuyamayıp yataktan kalkmak					
7. ÇALIŞMA VE AKTİVİTELER: 1. Kendini yetersiz hissetme 2. İlgisini kaybetmiş, kendi söylüyor veya başkaları bildiriyor. 3. Harcadığı süre ve üretim azalması. Yatan hastada 3 saatten az aktivite. 4. Çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastada yardımsız hiç aktivite yoksa					
8. RETARDASYON: 1. Hafif 2. Açık 3. Görüşmek zor 4. Tam stupor					
9. AJİTASYON: 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor. 2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.					
10. PSİŞİK ANKSİYETE: 1. Subjektif gerilim ve irritabilite 2. Küçük şeylere üzüyor. 3. Yüzünden-konuşmasından endişesi anlaşılıyor. 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.					

11.SOMATİK ANKSİYETE: 1. Hafif 2. Ilımlı 3. Şiddetli 4. Çok şiddetli						
12. GASTROİNTESTİNAL SOMATİK SEMPTOMLAR: 1. İştahsız, ancak personelin ısrarı ile yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2. Personel zorlamasa yemek yemiyor, şikayetleri için ilaç istiyor.						
13. GENEL SOMATİK SEMPTOMLAR: 1. Kol-bacak-sırt-başında ağırlık-ağrı,kaslarda sızlama,enerji kaybı, yorgunluk 2. Herhangi bir kesin şikayet						
14. GENİTAL SEMPTOMLAR: 1. Hafif 2. Şiddetli 3. Belirlenemeyen						
15. HİPOKONDRIAZİS: 1. Kuruntulu 2. Aklını sağlık konularına takmış 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriak hezeyanlar						
16. ZAYIFLAMA: A. 1. Önceki hastalığına bağlı 2. Kesin kilo kaybı B. 1. Haftada 0,5 kg' dan az 2. Haftada 0,5 kg' dan fazla 3. Haftada 1 kg' dan fazla						
17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ: 0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilmektedir. 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.						
TOPLAM PUAN 0-13: Depresyon yok 14-27: Hafif Depresyon 28-41: Orta Depresyon 42-53: Şiddetli Depresyon						

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	FORM 04
---	--	---------

9.2.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: Psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun incelenmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Duran Lek

Diğer Araştırmacıların Adı: Prof. Dr. Sinan Yetkin

“Psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun incelenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu gece uyurken olan tekrarlayıcı ve istemsiz yeme atakları ile seyreden bozukluktur. Gece yeme sendromu ise sabah istahsızlıkla, akşam fazla yemek tüketimiyle ve uykuda bozulma ile seyreden sendromdur. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun psikiyatrik hastalıklarda sıklığı artmış olmakla birlikte obezite, tip 2 diyabet gibi sorunlara neden olabilmektedir. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz size bu anket uygulanacaktır. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı görevli Prof. Dr. Sinan Yetkin ve uzmanlık öğrencisi Dr. Duran LEK’in sorumluluğu altındadır.

1. Araştırmanın amacı nedir?

Bu çalışmada psikiyatrik hastalıklarda uyku ile ilişkili yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. Gönüllünün sorumlulukları nedir?

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış ankete doğru cevap vermekle yükümlüdür.

3. Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

4. Çalışmaya katılan gönüllülerin bilgilerinin gizliliği ve hakları nelerdir?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. İstedığınız herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır, ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

5. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre ne kadar?

Araştırma, 15.01.2023-15.01.2024 tarihleri arasında 12 ay sürecektir.

6. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı?

Çalışmaya SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Polikliniğinde olmak üzere yaklaşık 150 hastanın katılması planlanıyor.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Uzmanlık öğrencisi Dr. Duran LEK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte. Prof. Dr. Sinan Yetkin'i veya Araştırma Görevlisi Dr. Duran LEK'i den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Katılımcı ile Görüşen Hekim

Adı soyadı, unvanı: Duran LEK, Uzmanlık Öğrencisi

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

9.3.Etik Kurul Onay Formu



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

28.12.2022

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 28.12.2022
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2022/11
PROJE/ KARAR NO : 2022-358 (Değerlendirilme Tarihi: 28.12.2022)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Sinan YETKİN'in sorumlu araştırmacı, Dr. Duran LEK'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2022/358 kayıt numaralı, "**Psikiyatrik Hastalıklarda Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu ve Gece Yeme Sendromunun İncelenmesi**" başlıklı tıpta uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI	Üye	
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM	Üye	
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY	Üye	
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI	Sekreter	
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
13	Prof. Dr. Türkan YILDIRIM	Üye	
14	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
15	Doç. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye	
16	Doç. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY	Üye	
19	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

9.4.Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Onayı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Duran LEK)

Sayın: Dr. Duran LEK
(Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi)

“Psikiyatrik Hastalarda Uyku İle İlişkili Yeme Bozukluğu ve Gece Yeme Sendromunun İncelenmesi” başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 25.08.2022 tarih ve 17 no’lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 83d3ed5b-7ef6-450a-806a-0dca64a7dbb5 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
General Dr.Tevfik Sağlam Cd.Emlik/ANK Bilgi için: Meral AYDIN
Telefon: Faks No: Veri Hazırlama ve Kontrol İşi.
e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@saglik.gov.tr Telefon No: (0 312) 304 61 06

