



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**OBEZİTE CERRAHİSİNE BAŞVURMA DURUMLARINA GÖRE
OBEZ BİREYLERİN
RUHSAL SAĞLIK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim DEMİR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

TOKAT - 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Rıza ÇİTİL danışmanlığında hazırlamış olduğum “Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarına Göre Obez Bireylerin Ruhsal Sağlık Açısından Değerlendirilmesi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

25/11/2024

İbrahim DEMİR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimi tamamlama aşamasında öncülük eden, tecrübelerini bilgisiyle harmanlayıp her konuda yanımda ve bana yardımcı olan değerli hocam tez danışmanım Doç. Dr. Rıza ÇİTİL' a

Bu yola ilk çıktığımda tez danışmanlığımı yapan, fikirleri ve hayat dersleriyle yolumu aydınlatan, emekli olmuş sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Yalçın ÖNDER' e,

Çalışma yapmamda izinleri olan Genel Cerrahi Uzmanı Op. Dr. Zeki ÖZSOY ve Psikiyatri Uzmanı Prof. Dr. Sedat BATMAZ' a,

Hayattaki en büyük destekçim, yol arkadaşım sevgili eşim Psk. Dr. Meral ORAN DEMİR' e ve çok değerli çocuklarıma,

Sonsuz şükranlarımı sunuyor, teşekkür ediyorum.

ÖZET

OBEZİTE CERRAHİSİNE BAŞVURMA DURUMLARINA GÖRE OBEZ BİREYLERİN RUHSAL SAĞLIK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

DEMİR, İbrahim

Yüksek Lisans, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rıza ÇITIL

Kasım 2024, xiii + 100 sayfa

Amaç: Obezite multidisipliner bir hastalık olduğu için tedavi de alanında uzman kişiler tarafından yapılmalıdır. Obezite cerrahisi Beden Kitle İndeksi (BKI) 30 kg/m^2 'nin üzerinde olan (obez) bireylere uygulanan bir tedavi yöntemidir. Obez bireylerde beden imajı memnuniyetsizliği, öz saygınlık azlığı, yeme bozuklukları, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklar daha çok görülmektedir. Cerrahi sonrası bu bozukluklarda düzelme veya da artma olabilir. Bu yüzden cerrahiye başvuran bireylerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmiş olması gereklidir. Araştırmanın amacı, obezite cerrahisine başvuran obez bireyler ile başvurmayanlar arasında ruhsal sağlık açısından bir farklılığın olup olmadığını tespit etmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, Tokat'ta bulunan özel bir hastanede Genel Cerrahi Bölümüne obezite cerrahisi için başvuran veya herhangi bir rahatsızlık nedeniyle başvuran, 18- 65 yaş aralığındaki obez bireyler oluşturmaktadır. Evreni belli olan gruptan örneklem hacmi G*Power 3.1.9.6 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Her grupta en az 78 olmak üzere toplamda en az 156 bireyin çalışmaya alınması planlanmıştır. Çalışmada obezite cerrahisine başvuran 93 birey ve cerrahiye başvurmayan 83 birey olmak üzere toplam 176 birey analize dahil edilmiştir. Araştırma grubundaki tüm bireylere demografik bilgilerin sorgulandığı bir anket formu ve "Mahony bariatrik cerrahiye başvuranların ruhsal sağlık açısından değerlendirme ölçeği (MPABS)" yüz yüze görüşme yöntemiyle gönüllülük esasına göre uygulanmıştır. 115 sorudan oluşan MPABS Mahony tarafından geliştirilmiş, Oğuz ve ark. tarafından 2022 yılında Türkçeye çevrilmiştir. Bu ölçeğin duygusal ve aşırı yeme (EBE), kilo ile ilgili disforik duygular (DFW), kiloya bağlı erken yaşam sorunları (ELPW) ve olumlu tedavi tutumu ve destekleyici çevre (PATASE) olmak üzere dört alt ölçeği vardır. İstatistiksel analizde, sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Ki-kare testi, Pearson korelasyon analizi ve Lojistik regresyon analizi

kullanılmıştır. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (SPSS 22.0 Chicago, IL, USA).

Bulgular: Çalışmaya katılan 176 bireyin %64,8'i (114) kadın, %35,2'si (62) erkek, yaş ortalaması $36,48 \pm 11,86$ 'dır. Katılımcıların %38,1'i lisans ve üstü mezunu, %79'unun gelir düzeyi orta, %55,7'si kendini dış görünüş olarak şişman görmekte, %22,7'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü var ve %68,8'inin ailesinde obez birey vardır. Araştırmaya katılan obez bireylerin BKİ ortalaması $42,09 \pm 5,85$ ve %52,8'i obezite cerrahisine başvurmuştur. Kadınlarda ($p < 0,001$), kendini dış görünüş olarak şişman görenlerde ($p = 0,001$), psikiyatri öyküsü olanlarda ($p = 0,001$) ve ailesinde obez birey olanlarda ($p < 0,001$) obezite cerrahisine başvurma oranının başvurmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Obezite cerrahisine başvuranlarda Toplam MPABS ve alt ölçek skor ortalamaları obezite cerrahisine başvurmayanlara oranla EBE skoru hariç anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Cinsiyete göre obezite cerrahisine başvurma durumu ile ruhsal sağlık arasında anlamlı fark bulunmuş olup, obezite cerrahisine başvuranlarda Toplam MPABS ve alt ölçeklerden ELPW ile DFW skor ortalamaları kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Obezite cerrahisine başvurmayanlarda ise EBE ölçeği hariç tüm ölçeklerin skor ortalamaları kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Sıklıkla öğün atlamayan katılımcılarda öğün atlayanlara göre, obezite cerrahisi yaptırma riskinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde 15,87 kat daha fazla olduğu bulunmuştur ($p = 0,002$).

Sonuç: Obezite cerrahisine başvuran bireylerde Toplam MPABS skoru başvurmayanlara oranla yüksek bulunmuş olup bu durum obezite cerrahisine başvuran bireylerin ruhsal sağlık açısından psikolojik durumlarının daha kötü olduğunu göstermektedir. Psikiyatristlerin obezite cerrahisine başvuran bireylere Mahony Bariatrik Cerrahiye Başvurma Ölçeği'ni uygulaması standart ortak bir değerlendirme yapmalarını sağlar. Öğün atlama obezite cerrahisi yaptırma üzerinde anlamlı bir değişkendir. Obezite cerrahisine başvurma durumuna göre ruhsal sağlığı etkileyen değişkenlerin saptanmasına yönelik daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Obezite Cerrahisi, Mahony D, Ruhsal Sağlık.

ABSTRACT**MENTAL HEALTH EVALUATION OF OBESE INDIVIDUALS ACCORDING TO
THEIR APPLICATION TO OBESITY SURGERY****DEMİR, İbrahim**

Master's Degree, Department of Public Health

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Rıza ÇİTİL

November 2024, xiii + 100 pages

Purpose: Since obesity is a multidisciplinary disease, treatment should be carried out by experts in the field. Obesity surgery is a treatment method applied to individuals with a Body Mass Index (BMI) over 30 kg/m². Psychological disorders such as body image dissatisfaction, low self-esteem, eating disorders, depression and anxiety are more common in obese individuals. These disorders may improve or increase after surgery. Therefore, individuals applying for surgery should be evaluated psychiatrically. The aim of the research is to determine whether there is a difference in mental health between obese individuals who apply for bariatric surgery and those who do not.

Method: The population of this descriptive and cross-sectional study consists of obese individuals between the ages of 18 and 65 who applied to the Department of General Surgery at a private hospital in Tokat for obesity surgery or due to any illness. The sample size from the group whose population was known was calculated using the G*Power 3.1.9.6 program. A mass gathering of at least 156 people was planned, including at least 78 of the group. In the study, a total of 176 individuals were included in the analysis, 93 individuals who applied for obesity surgery and 83 individuals who did not apply for surgery. A survey form asking demographic information and the "Mahony bariatric surgery applicants' mental health assessment scale (MPABS)" were administered to all individuals in the research group on a voluntary basis by face-to-face interview method. MPABS, consisting of 115 questions, was developed by Mahony and translated into Turkish by Oğuz et al. in 2022. This scale has four subscales: emotional and binge eating (EBE), weight-related dysphoric feelings (DFW), weight-related early life problems (ELPW), and positive treatment attitude and supportive environment (PATASE). In statistical analysis, data for continuous variables are expressed as mean±standard deviation; Data regarding categorical variables are given as n (%). In comparisons between groups, the significance test of the difference between two means, one-way analysis of variance, Chi-square test, Pearson correlation analysis and Logistic regression analysis were used. P values were considered statistically significant when calculated to be

less than 0.05. Ready-made statistical software was used in the calculations. (SPSS 22.0 Chicago, IL, USA).

Results: Of the 176 individuals participating in the study, 64.8% (114) were women and 35.2% (62) were men, and the average age was 36.48 ± 11.86 . 38.1% of the participants have a bachelor's degree or above, 79% have a medium income level, 55.7% consider themselves fat in appearance, 22.7% have a psychiatric history and 68.8% have a psychiatric history. There is an obese person in the family. The average BMI of the obese individuals participating in the study was 42.09 ± 5.85 and 52.8% of them applied for obesity surgery. It was found that the rate of applying for obesity surgery was significantly higher in women ($p < 0.001$), in those who considered themselves fat in appearance ($p = 0.001$), in those with a psychiatric history ($p = 0.001$) and in those with an obese family member ($p < 0.001$) compared to those who did not apply ($p < 0.05$). Total MPABS and subscale score averages were found to be significantly higher in those who applied for bariatric surgery, except for the EBE score, compared to those who did not apply for bariatric surgery ($p < 0.05$). A significant difference was found between the status of applying for bariatric surgery and mental health according to gender, and the mean scores of Total MPABS and its subscales ELPW and DFW were found to be significantly higher in women than in men ($p < 0.05$). In those who did not apply for bariatric surgery, the mean scores of all scales except the EBE scale were found to be significantly higher in women than in men ($p < 0.05$). It was found that the risk of having bariatric surgery was statistically significantly 15.87 times higher in participants who did not skip meals frequently than in those who skipped meals. ($p = 0.002$).

Conclusion: Total MPABS score was found to be higher in individuals who applied for bariatric surgery than in those who did not apply, and this shows that the psychological status of individuals who applied for bariatric surgery is worse in terms of mental health. Psychiatrists' application of the Mahony Bariatric Surgery Referral Scale to individuals applying for obesity surgery allows them to make a standard common evaluation. Skipping meals is a significant variable on having obesity surgery. More research is needed to determine the variables affecting mental health according to the status of applying to bariatric surgery.

Key Words: Obesity, Obesity Surgery, Mahony D, Mental Health.

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Obezitenin Tanımı	4
2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	6
2.3. Obezitenin Etiyolojisi.....	6
2.4. Obezitenin Komplikasyonları.....	8
2.4.1. Obezite ve Psikiyatri İlişkisi.....	9
2.4.2. Obezite ile İnsülin Direnci İlişkisi.....	11
2.4.3. Obezite ile Tip 2 Diyabetes Mellitus İlişkisi.....	11
2.4.4. Obezite ile Kalp Damar Rahatsızlıkları İlişkisi.....	11
2.4.5. Obezite ile Üreme Sağlığı İlişkisi.....	12
2.4.6. Obezite ile Kanseri İlişkisi.....	12
2.4.7. Obezite ve Mortalite.....	12
2.5. Obezitenin Tedavisi.....	13
2.5.1. Obezitede Diyet Tedavisi.....	13
2.5.2. Obezitede Egzersiz Tedavisi.....	14
2.5.3.Obezitede Davranış Değişikliği Tedavisi.....	14
2.5.4. Obezitede Farmakolojik Tedavi.....	15
2.5.5. Obezitede Cerrahi Tedavi.....	15
2.5.5.1. İntragastrik Balon.....	17
2.5.5.2. Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB).....	17
2.5.5.3. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide Ameliyatı).....	18

2.5.5.4.Gastrik Pacing (Gastrik Stimülasyon).....	19
2.5.5.5.Vertikal Band Gatroplastisi (VBG).....	19
2.5.5.6.Biliopankreatik Diversiyon (BPD).....	19
2.5.5.7.Jejunoileal Bypass (JIB).....	19
2.5.5.8.Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch (BPD-DS).....	20
2.5.5.9.Roux en Y Gastrik Bypass (RYGB).....	20
2.5.5.10.Mini Gastrik Bypass (MGB).....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Çalışmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....	21
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.4. Çalışmaya Dahil Etme ve Hariç Tutma Kriterleri.....	22
3.5. Verilerin Toplanması.....	22
3.6. Çalışma izinleri ve Etik kurul onayı.....	24
3.7. İstatistiksel Analiz.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
KAYNAKLAR.....	85
EKLER	
EK 1.....	91
EK 2.....	96
EK 3.....	97
EK 4.....	98
ÖZGEÇMİŞ	99

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Beden Kitle İndeksi 'ne Göre Obezite Sınıflaması.....	4
Tablo 3.1. Ölçek Boyutlarına İlişkin Cronbach Alfa Değerleri.....	24
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı.....	28
Tablo 4.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Dağılımı.....	29
Tablo 4.3. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Ölçek Skorları Dağılımı.....	30
Tablo 4.4. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Cinsiyete Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.5. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Evlilik Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Eğitim Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.7. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Çalışma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.8. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Gelir Düzeylerine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.9. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Kendilerini Nasıl Gördükleri Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.10. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Kronik Hastalığı Olma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.11. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Ailesinde Kronik Hastalık Bulunma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.12. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Psikiyatri İlacı Kullanma Öyküsü Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.13. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Sigara Kullanma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.14. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Alkol Kullanma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	39

Tablo 4.15. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Çocukluk Çağında Obez Olma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.16. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Ailesinde (Anne, Baba, Kardeş) Obez Birey Olma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.17. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Tokken Atıştırır Mısınız Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.18. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Öğün Atlama Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.19. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Tıkanıncaya Kadar Yer Misiniz Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.20. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Sık Sık Kilo Alma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.21. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Olumsuz Duygu (Üzüntü, Stres, Baskı Vs) Ortamında Sıkça Yer Misiniz Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.22. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Olumlu Duygu (Sevinç, Heyecan, Umut Vs) Ortamında Sıkça Yer Misiniz Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.23. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Diyet Yapma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.24. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Diyet Yapanların Diyetle Uyumu Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.25. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Egzersiz Yapma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.26. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Diyet Yapanların Diyeti Yararlı Bulma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	49

Tablo 4.27. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Egzersiz Yapanların Egzersizi Yararlı Bulma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.28. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Obezite İlacı Kullanma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.29. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Obezite İlacı ve Obezite Cerrahi Dışında Başka Girişimlerde Bulunma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.30. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	52
Tablo 4.31. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumuna Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı.....	55
Tablo 4.32. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumu Üzerinde Seçili Değişkenlerin Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	56
Tablo 4. 33. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarına Göre Sosyodemografik Özellikler ve Ölçek Skorlarının Dağılımı	58
Tablo 4.34. Katılımcıların Ölçek Skorları ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki Korelasyon.....	59
Tablo 4.35. Obezite Cerrahisine Başvuranların Ölçek Skorları İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki Korelasyon.....	59
Tablo 4.36. Obezite Cerrahisine Başvurmayanların Ölçek Skorları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki Korelasyon.....	60

KISALTMALAR LİSTESİ

BKI	Beden Kitle İndeksi
BPD	Biliopankreatik Diversiyon
BPD-DS	Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBE	Duygusal Ve Aşırı Yeme
ELPW	Kiloya Bağlı Erken Yaşam Sorunları
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
JIB	Jejunoileal Bypass
LAGB	Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
LSG	Laparoskopik Sleeve Gastrektomi
MGB	Mini Gastrik Bypass
NIH	National Institutes of Health
PATASE	Olumlu Tedavi Tutumu ve Destekleyici Çevre
RYGB	Roux en Y Gastrik Bypass
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VBG	Vertikal Band Gastroplasti

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), vücuttaki yağ oranının normal olmayan bir şekilde artması ile sağlığı bozan hastalığı obezite olarak tanımlamaktadır. Beden kitle indeksi (BKİ) 30 kg/m^2 'nin üzerinde olan bireylere obez denmektedir (WHO-1). Obezite, dünyada ve Türkiye'de görülme sıklığı artan büyük bir sağlık sorunu haline gelmiştir. DSÖ dünya genelinde yetişkinlerin %13'ünün obez olduğunu bildirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite prevalansı 20 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde %34,9'dur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in BKİ değerini esas alarak yaptığı araştırmada 2022 yılında ülkemizde 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranının %20,2 olduğu, kadınların %23,6'sının obez, erkeklerin ise %16,8'inin obez olduğu görülmüştür (TÜİK, 2022).

Obezite tedavisinde amaç bireye yeterli düzeyde kilo kaybı sağlamak, dengeli ve düzenli beslenmeyi öğretmek yaşam kalitesini artırmaktır. Obezite tedavisi için diyet, egzersiz, davranış değişikliği tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi yöntemleri tek başına veya beraber uygulanabilmektedir (Kayar ve Utku, 2013).

Obez bireyler kilolarını azaltmak amacıyla sosyal medyadan etkilenecek daha çok kolay ve hızlı bir yol olan cerrahi yöntemi seçmektedir. Cerrahi sonrası solunum güçlüğü, bulantı, kusma, dumping sendromu ve bağırsak hareketlerinde yavaşlama gibi komplikasyonlar gelişmektedir. (Kızılkaya, 2022).

Obezite ve psikoloji arasında sarmal bir ilişki mevcuttur. Faith ve arkadaşlarının yaptığı analiz çalışmasında inceledikleri araştırmaların %80'inde obezitenin depresyona sebebiyet verdiği, %53'ünde ise depresyonun obeziteye neden olduğunu bildirmişlerdir (Faith vd., 2011).

Kubik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aşırı kilolu obez bireylerin normal bireylere oranla majör bir depresif dönemden geçme olasılığının 5 kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Özellikle kadın obez bireylerde beden imajı memnuniyetsizliği ve öz saygınlık eksikliği psikolojilerini kötü yönde etkilemekte ve cerrahiye meyil etmelerine neden olmaktadır. Depresyon ve obezite büyüklüğünün arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Dış görünüş memnuniyetsizliği depresyon semptomlarını artırmaktadır. Kısaca psikolojik sağlık, obezitenin şiddetinin artmasıyla daha da kötüleşiyor gibi görünmektedir. Ameliyat isteyen bariatrik hastalar, ameliyat istemeyen diğer obez hastalara kıyasla daha yüksek psikolojik sıkıntı prevalansına sahiptir (Kubik, vd., 2013).

Aşırı kilonun duygusal bozuklukları ortaya çıkardığı, bireylerin ameliyat ile dış görünüşlerini düzeltip, benlik saygılarını artırarak, depresyon düzeylerini azalttığı gözlemlenmiştir (Majstorovic, vd., 2024). Obez bireyler sadece kilo sorunuyla değil ruh halleri, benlik saygısı, yaşam kalitesi ve beden imajı ile ilgili sorunlarla da mücadele eder. Bu duygusal sıkıntı muhtemelen tedavi arayışında bir rol oynar, ancak aynı zamanda başarılı tedaviyi de etkileyebilir. Bu nedenlerden dolayı, çoğu multidisipliner obezite tedavi ekibi, hastalarda bu sorunları gerektiği gibi değerlendirebilecek ve tedavi edebilecek ruh sağlığı uzmanlarını içerir (Sarwer ve Heinberg, 2020).

David ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda bariatri cerrahisine başvuran bireylerin üçte birinde psikolojik bozukluğun bulunduğunu tespit etmişlerdir. Bu psikolojik bozukluk içerisinde en fazla %20 ile depresyon, %19 ile de anksiyeteye rastlanmıştır. Ameliyat öncesi ruh sağlığı koşullarının ameliyat sonrası kilo kaybını ve/veya geri kazanımı öngördüğüne dair net bir kanıt bulunamamış olsa da, ameliyat

öncesi depresyon ve anksiyetenin ameliyat sonrası daha kötü zihinsel yaşam kalitesini öngördüğü gösterilmiştir. Ayrıca, ameliyat sonrası depresyonun daha fazla kilo alımı ile ilişkili olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır (David, vd., 2020).

Obezite ve bariatrik cerrahi psikiyatri ve psikososyal değişkenlerle karşılıklı ilişki içindedir. Obez bireylerin tedaviye ve tedavi sonrası programlara uygunluk açısından değerlendirilmesinde psikiyatri uzmanları tarafından yapılan ön görüşmeler önemiyet taşımaktadır (Sevinçer, vd., 2014). Bu görüşmeyi yapan uzmanlar için standart bir araç veya ölçek yoktur. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ), Tıkınırcasına Yeme Ölçeği (BES), Yeme Bozukluğu Muayenesi, Millon Davranışsal Tıp Tanısı (MBMD) ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) gibi ölçekler bariatrik popülasyona odaklanarak geliştirilmemiştir. New York'taki Lutheran Tıp Merkezi'nde klinik psikolog olan David Mahony tarafından geliştirilen PsyBari ölçeği bu görüşmeler için uygundur (Ghizoni, vd., 2022).

Çalışmanın amacı obezite cerrahisine başvurma durumlarına göre obez bireyleri ruhsal sağlık açısından değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTENİN TANIMI

DSÖ sağlığı olumsuz yönde etkileyecek biçimde vücuttaki yağ oranının ileri derecede artmasını obezite olarak tanımlamıştır (WHO 1). Obezite latince bir kelime olan obezus' dan geliştirilmiştir. Obezus şişman anlamında da kullanılmıştır, ayrıca güzel beslenen anlamına da gelmektedir. İngilizce' de obesity şişmanlık manasında kullanılırken, obese ise çok şişman anlamında kullanılmaktadır (Koç, 2016). Erkeklerde yağ, vücut ağırlığının %15-20'sini oluştururken, kadınlarda bu oran %25-30'lara çıkmaktadır. Erkeklerdeki yağ oranının vücudun yüzde 25'ini geçmesi, kadınlarda ise yüzde 30'unu geçmesi durumunda obeziteden bahsedilebilmektedir (Özarmağan vd., 2008).

Obeziteyi rakamlarla tanımlayabilmek için bazı değerleri bilmemiz gerekmektedir. Bu tanımlamalardan en fazla kullanılanı Beden Kitle İndeksi (BKI)'dir. BKİ bir bireyin kg cinsinden ağırlığının metre cinsinden uzunluğunun karesine bölünmesiyle bulunur (kg/m²). DSÖ, BKİ 25' e eşit ve üzerinde olanlara fazla kilolu, 30 ve üzerinde olan bireylere ise obez demiştir (WHO 2).

Tablo 2.1.1. Beden Kitle İndeksi 'ne Göre Obezite Sınıflaması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf (düşük ağırlıklı)	< 18.50
Normal	18.50-24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	25.00-29.99
Şişman (Obez)	≥30.00
Şişman I. derece	30.00-34.99
Şişman II. derece	35.00-39.99
Şişman III. derece	≥40.00

BKİ bazı şartlarda yetersiz kalmaktadır. Örneğin gebelik, çocukluk döneminde olma, kas gücü gerektiren spor ile uğraşma ve yaşlılık durumlarında BKİ' ye bakılmamaktadır (Serter, 2004).

Vücut yağının tespit edilmesinde bel-kalça oranı ve bel çevresi ölçümü genellikle tercih edilmemektedir.

Bel/Kalça oranının ölçümü: Pay kısmına bel çevresinin değeri yazılır, payda kısmına ise kalça çevresinin değeri yazılarak elde edilir. Bel/kalça oranı erkeklerde 1.0'ı aşmamalı, kadınlarda ise 0,8 altında olmalıdır.

Bel çevresi ölçümü: Erkeklerde 94 cm, kadınlarda ise 80 cm sınır olarak belirtilmiştir (Özdemir, 2018).

Obezite visseral yağ dokusunun toplandığı bölgeye göre iki sınıfta incelenmektedir.

Android tip obezitede yağ, vücudun daha çok üst bölümlerinde yani bel ve göğüs bölgesinde birikir. Android tip obezite çeşidinde kalp damar hastalıkları, Tip 2 DM, hiperkolesterolemi gibi rahatsızlıklar çok görülmektedir. Diğer adı erkek tip ya da elma tiptir.

Jinoid tip obezitede ise yağ, vücutta daha çok alt bölümlerde yani kalça ve bacak bölgelerinde birikmektedir. Jinoid tip obezitede daha çok toplardamar dolaşım bozuklukları, eklem hastalıkları, polikistik over sendromu gibi rahatsızlıklar görülmektedir. Jinoid tip obezitenin diğer isimleri kadın ya da armut tiptir (Usta vd., 2013).

2.2. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Obezite, Türkiye ve Dünyada görülme sıklığı artan, sağlığı ciddi anlamda tehdit eden bir hastalık haline gelmiştir. DSÖ dünya genelinde yetişkinlerin %39'unun fazla kilolu ve %13'ünün obez olduğunu bildirmiştir. Dünyada obezite prevalansı en fazla olan ülke ABD'dir. Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite prevalansı 20 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde %34,9'dur. DSÖ'nün son yayınladığı DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022'ye göre; Avrupa Bölgesi'ndeki yetişkinlerin %59' u (erkeklerde %63, kadınlarda %54) fazla kilolu veya obezdir. TÜİK'in BKİ değerine göre yaptığı araştırmada ülkemizde 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2016 yılında %19,6 iken, 2022 yılında %20,2'ye çıkmıştır. 2022 yılında kadınların %23,6' sının obez, erkeklerin ise %16,8 'inin obez olduğu görülmüştür (TÜİK, 2022).

2.3. OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ

Obezitenin kesin bir sebebi bilinmemektedir; fakat bireyin genetik yapısı, sosyoekonomik durumu, kültürel etkiler ile biyolojik, psikososyal ve davranışsal faktörler arasında karmaşık bir ilişkisinin olduğu görülmektedir (Skelton vd., 2011).

Hayat standartlarının farklılık göstermesi yiyecek tercihlerini ve gıda endüstrisini de değiştirmiştir. Gıda işlemedeki teknolojik gelişmeler düşük lifli ve yüksek yağlı, basit şeker, tuz ve yüksek kalorili gıdalara ulaşımı kolaylaştırmış ve diğer gıdalara göre ucuz hale getirmiştir. Bu işlenmiş gıdaların tüketimi haliyle bir bireyin ortalama günlük kalori alımında 205 kalorilik bir artışa sebep olmuştur (Crino, 2015). Yüksek kalorili beslenmenin yanında fiziksel aktivitenin azalması veya olmaması obeziteyi daha da artırmaktadır. İş ve okul ortamlarında fiziksel aktivitelerin önceliğinin olmadığı tespit edilmiştir (Glickman vd., 2012).

BKI'yi genetik faktörlerin büyük oranda etkilediği gözlenmiştir. Bir grup araştırmacı bu etkiyi görmek için birlikte ve ayrı büyütülen tek ve çift yumurta ikizlerinin BKI' sini incelemişler ve sonucunda genetiğin kimin obeziteye yatkın olacağını belirlediğini, çevrenin ise obezitenin derecesini belirlediğini bulmuşlardır (Schousboe vd., 2004).

Yaş ve cinsiyet de obezitenin risk faktörleri arasında yer almaktadır. İlerleyen yaşla metabolizma hızının ters orantılı bir şekilde düştüğü ve bunun da kilo vermeyi zorlaştırdığı söylenmektedir. Ayrıca cinsiyet farklılıklarına baktığımızda kadınların erkeklere oranla obez olma riskinin daha fazla olduğu gözlenmiştir (Kayar vd., 2013).

Bebeklik ve çocukluk çağında besin seçimlerinin de obezitenin ortaya çıkmasında önemli payı olduğu, anne sütü alan bireylerin obezite gelişim riskinin daha az görüldüğü bulunmuştur (Kayar vd., 2013).

Obezite ve psikoloji arasında sarmal bir ilişki mevcuttur. Faith ve arkadaşlarının yaptığı analiz çalışmasında inceledikleri araştırmaların %80'inde obezitenin depresyona sebebiyet verdiği, %53'ünde ise depresyonun obeziteye neden olduğunu bildirmişlerdir (Faith vd., 2011). Yine obezite ve depresyon ilişkisinin incelendiği Kanada'da yapılan bir başka çalışmada, depresyon yaygınlığı; kilolu ve obez bireylerde normal kilodaki bireylere nazaran daha yüksek olduğu saptanmıştır. Obez kişilerde depresyon görülme riski %30 artarken, fazla kilolu bireylerde ise %40 oranında arttığı tespit edilmiştir (McLaren vd., 2008). Tayvan'da 841 obez bireyin katıldığı bir araştırmada katılımcıların %42'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk tespit edilmiştir. Bu psikiyatrik bozukluklar içerinden en fazla görüleni duygu durum bozuklukları (%27,1), anksiyete bozuklukları (%18,2) ve yeme bozukluklarıdır (%8,6) (Lin vd., 2013).

Yeme davranışı, psikolojik duruma bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Depresyon ve yorgunluk esnasında yeme artarken, korku ve ağrı durumunda ise yeme azalmaktadır (Monda vd., 2017). Ayrıca tıkanırcasına yeme de obeziteyi davet etmekte ve devam ettirmektedir. Hangi psikolojik durumun tıkanırcasına kadar yeme dürtüsünü ortaya çıkardığı hakkında bilgi yetersizdir.

Çocukluk döneminde öğrenme de obeziteyi etkilemektedir. Bazı ebeveynlerin çocuklarının yemesi üzerine baskı yapmaları onların yeme alışkanlıklarını değiştirip doyması halinde bile anne ve babalarını mutlu etmek için yemeye devam etmelerine neden olmaktadır. Bazı ebeveynler şişman çocuğun daha sağlıklı olduğunu düşünmektedir. Bu baskı ile büyüyen çocuklarda baskı kalktığında yemelerini kontrol edemez hale gelmektedirler çünkü yeme dürtüleri içsel değil baskı üzerine şekillenmiştir.

2.4. OBEZİTENİN KOMPLİKASYONLARI

Obezite; vücudun birçok sistemine ve psikososyal durum üzerine olumsuz etkilerinden ötürü çeşitli sağlık problemlerine neden olmakta, morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Obezitenin bazı sistem ve hastalıkları ile ilişkileri aşağıda ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir; (HSGM 1)

2.4.1. Obezite ve Psikiyatri İlişkisi

Obezite ve psikoloji arasında sarmal bir ilişki mevcuttur. Obez bireylerde görülen en sık psikolojik sorunlar depresyon, duygu durum bozuklukları, anksiyete, benlik saygısında azalma, yaşam kalitesinde ve cinsel işlevlerde bozulma, madde bağımlılığı ve intihar riskidir (Kızılkaya, 2022).

Tıbbi ve psikolojik komplikasyonlar obez bireylerde hayat kalitesini ciddi manada düşürmektedir. Psikolojik problemler obez hastalarda hipertansiyon, diyabet gibi sekonder tıbbi hastalıklara oranla az önemsenmektedir (Sönmez, 2018). Obezite cerrahisi için başvuran bir bireyin kilo vermede başarılı olması ve cerrahiden en yüksek faydanın sağlanabilmesi için operasyon öncesi alanında uzman psikiyatrist tarafından psikolojik değerlendirmeden geçmesi ve gerek görüldüğü takdirde tedavi altına alınması ehemmiyet taşımaktadır (Mechanic ve ark. 2013).

Mannan ve arkadaşlarının yaptığı araştırma neticesinde obez bireylerin, obez olmayanlara göre daha fazla oranda depresyon yaşadıklarını ve depresyon ile obezite arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu bulmuşlardır (Mannan vd., 2016). Obezitenin depresyona hafif düzeyde neden olduğu bildirilmiştir (Gibson-Smith vd., 2016). Depresyonun obeziteye veya da obezitenin depresyona yol açtığı göz önünde tutulduğunda her iki koşulda da beraber olmaları obezite tedavisini olumsuz etkilemektedir (Woo vd., 2016).

Obez bireylerde anksiyete düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Obez bireyler normal bireylere oranla anksiyete ile mücadele etmek için daha fazla yemek yeme eğilimi göstermektedir (Saygılı, 1999). Obezite için tedavi arayışına giren bireylerde anksiyete düzeylerinin orta derecede arttığı gözlenmiştir. Bu

da anksiyetenin obeziteye sebep olmadığını obezitenin anksiyeteyi artırdığı sonucuna varmaktadır (Bayraktar, 1995).

Obez bireylerde tıkanırcasına kadar yeme, duygusal yeme, gece yemek yeme gibi psikopatolojik yeme bozuklukları görülmektedir. Obezite cerrahisine başvuran bireylerde özellikle tıkanıncaya kadar yeme bozukluğu daha fazla görülmüştür. Tıkanıncaya kadar yemek açlık hissetmemesine rağmen kontrolü kaybetme duygusu ile birlikte yemek yedikten sonra yoğun bir suçluluk duygusu yaşayarak normal bir bireyin tek seferde yiyebileceğinden çok daha büyük miktarlarda yiyecekleri arka arkaya yemeye denir (Kinzl, 2010). Yeme bozukluğu olan obez bireyin mutlaka tedavi edilmesi gerekir bu yüzden de obezite cerrahisi öncesinde rutin olarak yeme bozukluğunun tespiti için değerlendirme önerilmektedir (Blackburn vd., 2009). Cerrahi öncesinde yeme bozukluğunun tedavisi ne kadar önemli ise cerrahi sonrasında da yeme bozukluğu açısından bireylerin takip ve tedavileri o derecede önemlidir (Shakory vd., 2015).

Obez bireylerde öğün atlama, tıkanırcasına yeme gibi yeme bozuklukları oldukça sık görülmektedir. Bariatrik cerrahi sonrası, yeme bozukluklarının düzelebileceği, devam edebileceği veya yeme bozukluğu göstermeyen bireylerde ise ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Olumsuz duygular yeme davranışını bozarak obezite gelişiminde etkili olurken, obezite de bireylerde olumsuz duygulara neden olabilmektedir. Bariatrik cerrahi sonrası obez bireylerin duygusal ve psikolojik durumlarının büyük ölçüde düzeldiği gösterilmiştir. Obez bireylerin yaşam kalitelerinin de normal popülasyona göre daha düşük düzeylerde olduğu bildirilmektedir (Aycan, 2022).

2.4.2. Obezite ile İnsülin Direnci İlişkisi

Zhang ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; sıçanlar kontrol grubu ve obez olmak üzere iki gruba ayrılmış, kontrol grubu normal kaloride besinlerle beslenirken, obez sıçanlara yüksek kalorili yağlı besinler verilmiş, nihayetinde de kan glukoz düzeyleri, insülin salınım hızı ve Karaciğer organı sırasıyla 4., 8. ve 12. haftalarda incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda obez sıçanlarda insülinin daha çok salındığı, buna rağmen kan glukoz düzeylerinin yüksek çıktığı ve Karaciğer' in patolojik olarak bozulduğu gözlenmiştir (Zhang vd., 2020).

2.4.3. Obezite ile Tip II Diyabetes Mellitus İlişkisi

Tip 2 Diyabet' te kandaki şeker yüksekliği, insülin direncinin ve beta hücre fonksiyonlarının bozukluğu sonucudur. Periferik insülin direnci hastalığın başlarında hiperinsülinemi ile telafi edilir. Yüksek kaloride beslenme, fiziksel aktivitede azalma obezite dahil olmak üzere birçok hastalığa sebebiyet verir (Pulgaron vd., 2014).

2.4.4. Obezite ile Kalp Damar Rahatsızlıkları İlişkisi

Obezite, esansiyel hipertansiyon riskini %65-75 oranında artırmaktadır. Uzun süre obez kalma böbrek hasarına sebep olarak hipertansiyon hastalığının tedavisini zorlaştırır. İnsülin direnci ve dislipidemi gibi rahatsızlıkların da beraberinde tedavi edilmesi gereklidir. Son dönem böbrek hastalığı olan hastaların en az %72' sinde Hipertansiyon ve/veya Tip 2 Diyabet vardır ve bu rahatsızlıkların sebebi de büyük oranda obezitedir (Hall vd., 2021).

Kalp damar hastalıkları için kandaki trigliserit ve kolesterolün aşırı miktarda olması bir risk faktörüdür. Dislipidemi olarak adlandırdığımız bu hastalık temel olarak artmış miktarda plazma serbest yağ asitleri ve trigliserit düzeyleri, azalmış HDL ve yüksek oranda LDL halinde ortaya çıkmakta ve obeziteyle ilişkilendirilmektedir (Saleh vd., 1999).

2.4.5. Obezite ile Üreme Sağlığı İlişkisi

Kadınlarda adet düzensizliklerine erken yaşta obez olmaları sebep olabilmektedir. Doğurganlığı azaltabilir. Polikistik Over Sendromlu kadınların %35-60' ı obezdir (Renato vd., 2007). Erkeklerde obezite arttıkça testosteron düzeyi düşmektedir. Ayrıca obezite ile beraber ereksiyon işlev bozukluğu sıklığı da artmaktadır (Sánchez-Garrido MA vd., 2014).

2.4.6. Obezite ile Kanseri İlişkisi

Obezitenin kadınlarda yumurtalık, endometrium, serviks ve safra kesesi kanseri riskini arttırdığı, erkeklerde ise rektum, kalın bağırsak ve prostat kanseri riskini arttırdığı çalışmalarla belirlenmiştir (Serter, 2004).

2.4.7. Obezite ve Mortalite

Flegal ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışması sonucuna göre normal kiloda olan bireylere oranla obez bireylerin ölüm riski anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Flegal vd., 2013).

2.5. OBEZİTENİN TEDAVİSİ

Obezite tedavisinde amaç, vücut ağırlığını ulaşılabilir bir hedef oranında azaltarak, obezite kaynaklı morbidite ve mortalite risklerini düşürmek, bireye düzenli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırarak yaşam kalitesini yükseltmektir. Vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır. Obezitenin ortaya çıkmasında birçok nedenin varlığı göz önünde tutulduğunda, bu hastalığın tedavisini çok güç ve karmaşık bir hale getirmektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde hekim, diyetisyen ve fizyoterapistten oluşan multidisipliner bir ekip gerekmektedir. Obezitenin tedavisinde ilk önce diyet ve egzersiz beraberinde yaşam tarzında değişiklik önerilmeli, daha sonra ilaç verilmelidir. Bu önerilerle kilo veremeyen bireylere obezite cerrahisine geçilmelidir (TEMD).

Günümüzde obezite tedavisi için sıklıkla kullanılan yöntemler beş başlıkta incelenmektedir. Bu yöntemler; (HSGM 2)

2.5.1. Obezitede Diyet Tedavisi

Diyet obezite tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Obez bir bireye diyet uygulamak genellikle zordur, diyetle amaç alınan kaloriyi azaltmaktır, diyet programı uygulayan bazı uzmanlar, bireylerin genel olarak yaşam şekillerini ve psikolojilerini göz önünde tutmazlar. Bu patoloji geliştirebilecek durumları da beraber düşünerek her bireyin yaşam tarzına uygun diyet önerilmeli ve terapötik hedefleri belirlenmelidir (Riobó, 2018).

2.5.2. Obezitede Egzersiz Tedavisi

Erişkinlerde obezite ile mücadelede güncel egzersiz programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Kilo kaybı, kan basıncında iyileşme ve yağ oranını düşürmek için tercihen orta yoğunlukta aerobik egzersiz programı önerilir. Lakin bu programdan beklenen 2 ila 3 kg arası kilo kaybıdır. Kilo düşürülürken kasların korunması için, orta ila yüksek yoğunlukta bir egzersiz uygulamak tavsiye edilir.

İnsülin duyarlılığını iyileştirmek ve kalp sağlığını artırmak için, her türlü egzersiz programı uygulamak tavsiye edilir ancak yoğun tempoda yapılan egzersiz programlarında kardiyovasküler bir riskin olmadığı kontrol edilmeli ve egzersiz sürecinde takip edilmelidir. Egzersiz yapmanın beraberinde diyet yapmak, bireyin yaşam kalitesi artırmakta ve psikolojisini olumlu yönde etkilemektedir (Oppert vd., 2021).

2.5.3. Obezitede Davranış Değişikliği Tedavisi

Davranış değişikliği tek başına tedavi yöntemi değildir bilakis obezite tedavisinin her merhalesinde olması gereken bir yöntemdir. Davranış değişikliği tedavisi obez bireyin beslenme ve egzersiz seviyesini değiştirip, düzenleyerek; yemek yeme dürtüsünü ortaya çıkaran etmenleri bulup onları kontrol altına alıp dizayn ederek kilo vermeyi daha kolay hale getirmektedir. Davranış değişikliği;

- Hedef oluşturma,
- Uyarıyı kontrol etme,
- Gözlemlene,
- Alternatif davranışlar geliştirme,

- Pekiştirme ve kendini ödüllendirme,
- Bilişsel yeniden yapılandırma,
- Stres yönetimi,
- Sosyal destek bileşenlerinden oluşmaktadır (Baltacı, 2015).

2.5.4. Obezitede Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi diyet ve egzersizin beraberinde davranış değişikliğine rağmen kilo veremeyen obez bireylere önerilir. Farmakolojik tedaviye başlamadan önce bireyin obezite derecesine, sekonder bir hastalığının varlığına ve alerjik durumuna bakılır. Günümüzde obezite tedavisinde sık kullanılan ilaçlardan bazıları Orlistat, Metformin, Fentermin, Sibutramin, Fluoksetin, Bupropion ve Lorcaserin' dir (Güngör, 2019).

2.5.5. Obezitede Cerrahi Tedavi

Bariatri kelimesi Yunan dilinde kilo anlamına gelen -bar sözcüğü ve tedavi anlamına gelen -iatria sözcüğünden meydana gelmiştir ve buradan Türkçemize geçmiştir. Bariatrik cerrahi dünyada ilk uygulayan kişi 1950'li yıllarda Dr. Richard Varco' dur. Kiloyu azaltmak için Jejunoileal Bypass (JIB) şeklinde uygulanan bu cerrahi işlemi Kremen ve Linner tarafından 1954'de rapor edilmiştir. Son yıllarda laparoskopi ve endoskopi gibi tekniklerin geliştirilmesi ile çeşitli ameliyat yöntemleri ortaya çıkmıştır (Sağlam vd., 2014).

Bariatrik cerrahi için genel olarak National Institutes of Health'ın (NIH) 1991 prensipleri esas kabul edilmekte ve NIH' ın belirlediği kurallara göre hasta seçimi

yapılabilmektedir. Bariatrik cerrahi endikasyonları; BKİ> 40 kg/m² olması ya da BKİ> 35 kg/m² beraberinde; tip 2 diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi, hiperlipidemi, reflü gibi komorbidite hastalıkların bulunması, cerrahi tedaviden önce uygulanan diyet, egzersiz gibi tedavi yöntemlerinden başarısız olunması, psikolojisinin sağlam olması, aile ve çevresinden destek alması, alkol ve madde bağımlılığının olmaması son olarak hastanın uygulanacak işlem hakkında tam bilgiye sahip olmasıdır (Güngör, 2019).

Cerrahi sonrası obez bireyler tekrar uygun beslenme programına alınmalıdırlar. Cerrahi sonrası diyet programlarına uymayan kişilerde beslenme bozukluklarının yanında tekrar kilo alımının olduğu gözlenmiştir (Baltacı, 2015).

Obezite ve bariatrik cerrahi psikiyatri ve psikososyal değişkenlerle karşılıklı ilişki içindedir. Obez bireylerin psikiyatrik değerlendirilmesi yapılırken cerrahi öncesi psikopatolojisinin olma durumuna, cerrahi işlem hakkında yeterince bilgiye sahipliğine, cerrahi işlem sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ve tavsiyelere uyabilme kapasitesine bakılır (Sevinçer vd., 2014).

Obezite Cerrahisi sonrasında, uygulanan yönteme göre gelişen komplikasyonlar da değişmektedir. Genel olarak erken dönemde görülenler; kanama, anastomoz kaçağı, bulantı kusma, dumping sendromu, ishal, perforasyon, obstrüksiyon, pulmoner emboli, derin ven trombozu, enfeksiyon, geç dönemde görülenler ise; band kayması, band çevresi doku erezyonu, hepatobiliyer komplikasyonlar, aşırı ya da yetersiz kilo kaybı, vitamin ve mineral eksikliği ve anemidir (Bult vd., 2008).

Günümüzde birçok obezite cerrahisi yöntemleri uygulanmaktadır. Restriktif yöntemler; İntragastrik Balon, Gastrik Pacing, Vertikal Band Gastroplasti (VBG),

Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB), Laparoskopik Sleeve Gastrektomi'dir (LSG) (Tüp Mide). Malabsorbtif yöntemler; Biliopankreatik Diversiyon (BPD), Jejunioileal Bypass (JIB) iken kombine yöntemler; Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch (BPD-DS), Roux en Y Gastrik Bypass (RYGB) ve Mini Gastrik Bypass'dır (MGB) (Güngör, 2019).

2.5.5.1.İntragastrik Balon

Balonun amacı erken doymayı uyarmak ve bu şekilde daha fazla kalori alımını azaltmaktır. Mide içerisine yerleştirilen balon elastiki yapıda radyoopak silikon bir maddeden oluşur. Mideye yerleştirilirken endoskopik veya laparoskopik yöntemlerle gözlemlenir ve metilen mavisi ile renklendirilmiş izotonik NaCl ile şişirilir. Midede doluluk hissi oluşturup, açlık hormon salınımını azaltır ve iştahı düşürür. Bu şekilde bireyin besin alımını azaltması beklenir. Balonun yırtılmasına bağlı tıkanmalar ve nihayetinde ölüm en kötü komplikasyonlarıdır (Bor vd., 2007).

2.5.5.2.Laparosopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB)

Silikon bir band mide ile yemek borusunun 2-3 cm altına yerleştirilir. İhtiyaç halinde steril serum fizyolojik enjekte edilerek bant sıkılığı ayarlanabilir. Bu yöntem de balon gibi tokluk hissi oluşturularak besin alımını azaltmaktadır. Bu tedavi şeklinde mide ve bağırsağın herhangi bir bölümü kesilmez, bu yüzden diğer uygulamalara kıyasla daha kolay uygulanır ve beslenme bozukluğunun ortaya çıkma riski daha

düşüktür. Bu yöntemde diğerlerine göre kilo kaybı daha yavaştır. Bant kayması, bantın açılması, reflü ve tıkanma çokça görülen komplikasyonlarıdır (Suraweera vd., 2007).

2.5.5.3.Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG=Tüp Mide Ameliyatı)

Midenin yaklaşık %80-85'i çıkarılır ve mide büyüklüğü ortalama 100 ml'ye kadar indirilir. Midenin yeni görünümü tüpün şekline benzediği için tüp mide ameliyatı olarak da isim verilmiştir (Kılıç, 2016).

Sleeve gastrektomi mide hacmini azalttığı için alınan besin miktarını düşürür. Ameliyat sonrası hastalarda besin emilimi konusunda bir komplikasyon gelişme riski az olduğu için vitamin ve mineral takviyesine ihtiyaç yoktur. Ayrıca midenin fundus kısmı çıkarıldığından burada salgılanan ghrelin hormonu azalmaktadır. Ghrelin hormonu başlıca midede üretilir, açken hormonun kandaki düzeyi yükselirken, tokluk halinde düşmektedir. Ghrelinin büyüme hormonu salgılanmasını artırıcı özelliği de bulunmaktadır. Besin alımını etkilediğinden ve vücuttaki enerji dengesini sağlamasından dolayı açlık hormonu olarak da bilinir (Kojima vd., 1999).

LSG kilo kaybını ileri derecede yapması, pilor sfinkterin bütünlüğünde bozulma yapmaması, cerrahın ameliyatı kolay yapabilmesi ve besin emilimini azaltmaması tercih edilme nedenleri sayılabilir. Ayrıca Pilor sfinkterine dokunulmadığı için dumping sendromu oluşturmaz (Erol vd., 2016). Ameliyattan sonra bir yıl içerisinde ortalama %40 ila %70'lik aşırı bir kilo kaybı sağlanır (Karamanakos vd., 2008).

Ameliyat sırasında mide tüpünün genişliğini belirlemede kullanılan buji çapının 48 Fr'ten küçük olması gerekmektedir. Aşırı geniş buji kullanmak, mide arka duvarını istenilen ölçüde alamamak, lokmaları büyükçe alarak mide tüpüne aşırı basınç

uygulamak, tekrarlayan kusmalar, mide çıkışında veya barsakta tıkanıklık olması gibi nedenlerden dolayı sleeve gastrektomi sonrası mide tüpü genişleyerek ve yeniden kilo alımına yani obeziteye neden olabilir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında tekrar laparoskopik LSG ameliyatı yaptırmak gerekebilir (Baltasar vd., 2006).

2.5.5.4.Gastrik Pacing (Gastrik Stimülasyon)

Midenin boyuna paralel (veya midenin bir kısmına) elektrot takımları yerleştirilir. Mideye gönderilen elektriksel dalgalar midede kasılmalar oluşturur, bu kasılmalar tokluk hissi meydana getirir ve besin alımında azalma ile kilo kaybı hedeflenmektedir (Chiu vd., 2015).

2.5.5.5.Vertikal Band Gatroplasti (VBG)

Mide duvarı ön ve arkadan delinerek gastrik fundustan başlanıp dik bir şekilde 30 ml'den küçük mide poşu oluşturulur. Devamında yuvarlak biçimde kesilir. Bandın çıkışına geçişi çevreleyecek şekilde yama dikilir (Fobi vd., 1986).

2.5.5.6.Biliopankreatik Diversiyon (BPD)

BPD için dünya genelinde yayınlanan bir prosedür vardır. Bu prosedüre uygun biçimde midenin büyük bir kısmı yatay biçimde çıkarılarak en fazla 500 ml hacmi olan bir mide poşu bırakılır. (Buchwald, 2011).

2.5.5.7. Jejunoileal Bypass (JIB)

Bu yöntemde tipik olarak jejunum 35 cm proksimalinden ayrılarak ileumun distalinden 10 cm uzağına bypass edilir. Hiperfajinin önlenemediği bu uygulamada barsak boyu kısaltılarak kilo verilmesi sağlanır. 1970’li yıllardan sonra ciddi karaciğer yetmezliğine sebep olduğundan ve ciddi mortalite oranından dolayı uygulanması yasaklanmış bir yöntemdir (Buchwald, 2011).

2.5.5.8. Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch (BPD-DS)

Bu tekniğin BPD’ den farkı dikey gastrektomi yerine yatay gastrektomi yapılması ve ortak kanal olarak adlandırılan bölgenin ileoçekal proksimalinden itibaren 50 cm değil 75-100 cm olmasıdır (Sağlam vd., 2014).

2.5.5.9. Roux en Y Gastrik Bypass (RYGB)

Teknik olarak bypass edilmiş 30 ml’lik mide poşu’nun, 100-150 cm’lik roux kanalına bağlanması prensibine dayanır. Hem mide hacmini küçülten hem de emilim kısıtlayan bir ameliyattır. Midenin çok büyük bir kısmı ve bağırsağın bir bölümü bypass edildiği için etkinlik oranı yüksek bir yöntemdir (Elder vd., 2007).

2.5.5.10. Mini Gastrik Bypass (MGB)

Bu yöntemde küçük kurvatüre paralel bir stapler hattı his açısına kadar getirilerek küçük bir mide hacmi bırakılmaktadır. Gastrik tüpün distal ucu ince bağırsakla birleştirilir. Geride kalan mide bölümü sütüre edilerek devre dışı bırakılmış olur (Rutledge, 2001).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN TİPİ

Tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Bu araştırma Tokat'ta bulunan özel bir hastaneye 01.04.2023 – 31.02.2024 tarihleri arasında başvuran obez bireylerde yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Bu araştırmanın evrenini Tokat'ta bulunan özel bir hastanenin Genel Cerrahi Bölümüne Obezite cerrahisi için başvuran ve herhangi bir rahatsızlık için başvuran, 18 ve 65 yaş aralığında, obez bireyler oluşturmaktadır. Evreni belli olan gruptan örneklem hacmini bulmak için G*Power 3.1.9.6 programı kullanılmıştır.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayanlarda Mahony bariatrik cerrahiye başvuranların ruhsal sağlık açısından değerlendirme ölçeği ortalamalarının karşılaştırıldığı çalışmada, iki grupta %80 güç, %5 yanılma payı ve orta düzeyli etki büyüklüğü ile (0,40) ile her grupta en az 78 olmak üzere toplamda en az 156 bireyin çalışmaya alınması planlanmıştır.

Çalışma 181 bireye uygulanmış olup bunların 96'sı obezite cerrahisine başvuran, 85'i ise cerrahiye başvurmayanlardır. Fakat cerrahiye başvuranlardan 3 birey ve başvurmayanlardan 2 birey anket sorularına anlamsız cevap verme ve BKİ uyumsuzluğunda dolayı çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuçta çalışmada obezite cerrahisine başvuran 93 birey ve cerrahiye başvurmayan 83 birey olmak üzere toplam 176 birey analize dahil edilmiştir.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL ETME VE HARIÇ TUTMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Tokat'ta bulunan özel bir hastaneye obezite cerrahisi için başvurmuş olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, BKİ' si 30 kg/m² ve üzerinde olmak, anket sorularına anlamlı cevap verebilme iradesine sahip olmaktır. Obezite cerrahisine başvurmayanlar için dahil edilme kriterleri ise Tokat'ta bulunan özel bir hastaneye herhangi bir rahatsızlıktan dolayı başvurmuş olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, BKİ'si 30 ve üzerinde olmak ve anket sorularına mantıklı cevap verme yetisine sahip olmaktır.

Çalışmaya 18 yaşından küçük olanlar ve 65 yaşından büyük olanlar dahil edilmemiştir. BKİ'si 30 kg/m² altındaki bireyler ile BKİ'si 30 kg/m² üzerinde olsa dahi gebe olanlar, ağır sporla uğraşanlar, tedavi edilmemiş majör depresyonu olanlar, obeziteye yol açan bir endokrin hastalığı olanlar ile kanser tedavisi görenler çalışmaya alınmamıştır. Son olarak anket sorularına anlamlı cevap veremeyen kişiler de çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma grubundaki tüm bireylere “Mahony bariatrik cerrahiye başvuranların ruhsal sağlık açısından değerlendirme ölçeği” araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. 115 sorudan oluşan bu test Mahony D tarafından geliştirilmiş, Oğuz ve arkadaşları tarafından 2022 yılında Türkçeye çevrilmiştir (Oğuz, 2022).

Mahony bariatrik cerrahiye başvuranların ruhsal sağlık açısından değerlendirme ölçeğinin 4 adet alt ölçeği vardır. Bunlar; duygusal ve aşırı yeme (EBE), kilo ile ilgili

disforik duygular (DFW), kiloya bağılı erken yaşam sorunları (ELPW) ve olumlu tedavi tutumu ve destekleyici çevre (PATASE) dir.

Her bir alt ölçeğin skoru hesaplanırken aşağıda belirtilen soru sayılarına verilen cevaplar dikkate alınmaktadır.

EBE için 5,35,36,38,44,54,60,64,65,73,77,82,89,90,93,99,110

DFW için 4,7,23,37,46,50,56,57,66,74,76,81,86,112

ELPW için 10,18,33,51,92

PATASE için 17,22,24,34,48,67,68,108,113,115

Araştırma grubuna demografik bilgilerin sorgulandığı bir anket ve “Mahony bariatrik cerrahiye başvuranların ruhsal sağlık açısından değerlendirme ölçeği” yüz yüze görüşme yöntemiyle gönüllülük esasına göre uygulanmıştır. (EK-1).

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından anket formu ön uygulama amacıyla 10 katılımcıya uygulanmıştır. Tespit edilen sorunlar düzeltilerek ankete son hali verilmiştir.

Verilerin toplanması amacıyla hazırlanan anket formu, 01.04.2023 – 31.06.2023 tarihleri arasında Tokat'ta bulunan özel bir hastaneye başvurmuş 18-65 yaş aralığında çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 181 obez kişiye gerekli bilgiler verildikten sonra uygulanmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçek boyutlarına ilişkin elde edilen Cronbach Alfa değerleri incelendiğinde ölçek toplam puanı ile EBE, ELPW ve DFW alt ölçeklerinin yüksek güvenirliğe sahip olduğu PATASE ölçeğinin ise oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1.).

Tablo 3. 1. Ölçek Boyutlarına İlişkin Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek boyut	Maddeler	Cronbach alfa
EBE	S5 S35 S36 S38 S44 S54 S60 S64 S65 S73 S77 S82 S89 S90 S93 S99 S110	0,920
ELPW	S10 S18 S33 S51 S92	0,874
DFW	S4 S7 S23 S37 S46 S50 S56 S57 S66 S74 S76 S81 S86 S112	0,927
PATASE	S17 S22 S24 S34 S48 S67 S68 S108 S113 S115	0,736
TOPLAM	Alt boyuttaki maddeler	0,926
Tüm_Toplam	Tüm maddeler	0,958

Cronbach Alfa Değeri;

0,80-1,00 “yüksek derecede güvenilir”

0,60-0,79 “oldukça güvenilir”

0,40-0,59 “düşük güvenirlikte”

0,00-0,39 “güvenilir değil” şeklinde yorumlanır.

3.6. ÇALIŞMA İZİNLERİ VE ETİK KURUL ONAYI

Çalışmaya katılacak bireyler Tokat ‘ın özel bir hastanesine başvurmuş obez kişilerden oluşmaktadır. Bu bakımdan hastane yöneticilerinden anket uygulamak için gerekli izinler alınmıştır. (Ek 2)

Çalışmada kullanılacak anketi kullanabilme adına anketi Türkçe’ ye çeviren Prof. Dr. Sedat BATMAZ’ dan izin alınmıştır. Gerekli belge ektedir. (Ek 3)

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.03.2023 tarihli 23-KAEK-073 kayıt numaralı Etik Kurul onayı almıştır. Çalışmaya katılacak olan bireylere bilgi verilerek yazılı ve sözlü onam alınmıştır (Ek 4).

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizde, sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu incelemek için Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Ki-kare testi, Pearson korelasyon analizi ve Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS for Windows version 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan 176 kişinin %64,8' i (114) kadın, %35,2'si (62) erkektir. Katılımcıların %75,6'sı (133) evli, %19,9'u (35) bekar, %4,5'i (8) ise boşanmıştır. Eğitim durumlarına göre %11,9'u ilkokul mezunu ve altı, %11,9'u Ortaokul mezunu, %38,1'i lise mezunu, geriye kalan %38,1'i ise lisans ve üstü mezuniyeti vardır. Katılımcıların %56,8'i çalışmaktadır. %11,4'ünün gelir düzeyi düşük, %79'unun orta, %9,6'sı ise gelir düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %1,7'si kendini dış görünüş olarak normal görmekte, %42,6'sı kilolu, %55,7'si ise şişman görmektedir. Araştırma grubunun %60,8'inde kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların %65,9' unun ailesinde herhangi bir kronik hastalık vardır. Katılımcıların %22,7' sinde psikiyatri öyküsü vardır. Sigara kullananlar %47,7 kullanmayanlar %52,3 iken alkol kullananlar %11,4 kullanmayanlar %88,6'dır.

Araştırmaya katılanların %43,2'sinde obezite çocukluk çağında başlamış %56,8'inde ise ileri yaşlarda görülmüştür. Ailesinde obez birey olanların oranı %68,8'dir. Karnınız tokken yine de atıştırır mısınız sorusuna -Evet, sıklıkla cevabını verenler %58, -Evet, bazen cevabını verenler %19,9, -Hayır, asla cevabını verenler ise %22,1'dir. Katılımcılarda sıklıkla öğün atlayanlar %56,3, bazen öğün atlayanlar %18,7 iken hiç öğün atlamayanlar %25'dir. Katılımcıların %61,9' u tıkanıncaya kadar yemek yediğini beyan etmişlerdir. Katılımcılardan sık sık kilo alanlar %84,1'dir. Herhangi bir olumsuz duygu ortamında sık sık yemek yiyenler %52,8 iken olumlu duygu ortamında sıkça yemek yerim diyenler %37,5'dir.

Katılımcıların %85,2' si hayatlarının bir bölümünde diyet yaptıklarını söylemiş ama diyet yapanların diyet programına uyumu %55,3 bulunmuştur. Diyeti yararlı

bulanlar %34,5, yararlı bulmayanlar %33,3 iken diyeti yararlı bulma konusunda emin olmayanlar %32,2'dir. Katılımcıların %69,3' ü egzersiz yaptığını, %30,7'si ise hiç egzersiz yapmadığını beyan etmiş, egzersiz yapanların %68,6' sı egzersizi yararlı bulmuş, %22,2'si yararlı bulmamış, %9,2'si yararlı olduğu konusunda emin olmadıklarını beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan obez bireylerin %52,8' i obezite cerrahisine başvurmuş, %47,2'si ise herhangi bir cerrahi girişime başvurmamıştır. Obezite cerrahisine hiç başvurmamayanların %66,5' i cerrahi düşünebileceğini %33,5'i cerrahi düşünmediğini beyan etmiştir. Obezite cerrahi düşünmeme sebepleri olarak; %15,25'i gerek görmüyorum, %37,48'i sağlıklı zayıflamak istiyorum, %10,16'sı kontrendikasyon gelişmesinden korkuyorum cevabını vermiş ve %8,47'si istediği zaman kilo verebildiğini beyan etmiştir. Cerrahi düşünmeyenlerin %28,81'i herhangi bir neden belirtmemiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların %22,7' si obezite için ilaç kullandığını, %16,5'i ise ilaç ve cerrahi dışında başka girişimlerde bulunduğunu beyan etmiştir (Tablo 4. 1. – Tablo 4. 2.).

Tablo 4. 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	114	64,8
	Erkek	62	35,2
Evlilik Durumu	Evli	133	75,6
	Bekar	35	19,9
	Boşanmış	8	4,5
Eğitim Durumu	İlkokul	21	11,9
	Ortaokul	21	11,9
	Lise	67	38,1
	Lisans ve üstü	67	38,1
Çalışma Durumu	Evet	100	56,8
	Hayır	76	43,2
Gelir Düzeyi	Düşük	20	11,4
	Orta	139	79,0
	Yüksek	17	9,7
Dış Görünüş	Normal	3	1,7
	Kilolu	75	42,6
	Şişman	98	55,7
Kronik Hastalık	Evet	69	39,2
	Hayır	107	60,8
Ailede Kronik Hastalık	Evet	116	65,9
	Hayır	60	34,1
Psikiyatri Öyküsü	Evet	40	22,7
	Hayır	136	77,3
Sigara	Evet	84	47,7
	Hayır	92	52,3
Alkol	Evet	20	11,4
	Hayır	156	88,6

Tablo 4.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Dağılımı

Değişkenler		n	%
Çocukluk Obezitesi	Evet	76	43,2
	Hayır	100	56,8
Ailede Obez Birey	Evet	121	68,8
	Hayır	55	31,2
Tokken Atıştırır Mısınız?	Evet sıklıkla	102	58,0
	Evet, bazen	35	19,9
	Hayır asla	39	22,1
Öğün Atlar Mısınız?	Evet sıklıkla	99	56,3
	Evet, bazen	33	18,7
	Hayır asla	44	25,0
Tıkanınca Kadar Yer Misiniz?	Evet	109	61,9
	Hayır	67	38,1
Sık Kilo Alır Mısınız?	Evet	148	84,1
	Hayır	28	15,9
Olumsuz Duyguda Sıkça Yer Misiniz?	Evet	93	52,8
	Hayır	83	47,2
Olumlu Duyguda Sıkça Yer Misiniz?	Evet	66	37,5
	Hayır	110	62,5
Diyet	Evet	150	85,2
	Hayır	26	14,8
Diyet Uyumu	Evet	94	55,3
	Hayır	76	44,7
Egzersiz	Evet	122	69,3
	Hayır	54	30,7
Diyet Yararlı Mıdır?	Evet	59	34,5
	Hayır	57	33,3
	Emin değilim	55	32,2
Egzersiz Yararlı Mıdır?	Evet	105	68,6
	Hayır	34	22,2
	Emin değilim	14	9,2
Obezite Cerrahisine Hiç Başvurdunuz Mu?	Evet	93	52,8
	Hayır	83	47,2
Obezite İlacı	Evet	40	22,7
	Hayır	136	77,3
Başka Girişimler	Evet	29	16,5
	Hayır	147	83,5
Cerrahi Düşünür müsünüz?	Evet	117	66,5
	Hayır	59	33,5
Cerrahi Düşünmeme Nedenleri? n=59	Cevap vermeyenler	17	28,81
	Gerek görmüyor	9	15,25
	Kilo verebiliyor	5	8,47
	Kontrendikasyon	6	10,16
	Sağlıklı zayıflamak istiyor	22	37,48

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $36,48 \pm 11,86$, boy ortalaması $164,37 \pm 8,88$, kilo ortalaması $113,91 \pm 19,07$, beden kitle indeks ortalaması ise $42,09 \pm 5,85$ 'dir. Obezite başlangıç yaş ortalaması $21,46 \pm 12,58$ 'dir. Obezite başlangıç yaşına bebeklikten itibaren diyenler için yaş 1 girilmiştir. Ortalama hedef vücut ağırlığı $70,59 \pm 11,35$ kg'dır (Tablo 4. 3.).

Katılımcıların Bariatrik Cerrahide Mahony Psikolojik Değerlendirme skor ortalaması $322,64 \pm 53,54$ 'dür. Duygusal ve Aşırı Yeme (EBE) skoru ortalaması $57,14 \pm 13,70$, Kiloya Bağlı Erken Yaşam Sorunları (ELPW) skor ortalaması $11,84 \pm 5,41$, Kilo ile İlgili Disforik Duygular (DFW) skoru ortalaması $43,90 \pm 12,28$, Olumlu Tedavi Tutumu ve Destekleyici Ortam (PATASE) skor ortalaması $31,99 \pm 6,32$ 'dir (Tablo 4. 3.).

Tablo 4. 3. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Ölçek Skorları Dağılımı

Değişkenler	Ort	SS	EKD	EBD
Yaş	36,48	11,86	18,00	64,00
Boy	164,37	8,88	150,00	192,00
Kilo	113,91	19,07	79,00	202,00
BKI	42,09	5,85	33,77	63,69
Obezite Başlangıç Yaşı	21,46	12,58	1,00	50,00
Hedef Vücut Ağırlığı	70,59	11,35	50,00	100,00
EBE	57,14	13,70	19,00	85,00
ELPW	11,84	5,41	5,00	25,00
DFW	43,90	12,28	14,00	66,00
PATASE	31,99	6,32	14,00	44,00
Toplam MPABS	322,64	53,54	133,00	459,00

Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarda kadınların Toplam MPABS ve alt ölçeklerden ELPW ile DFW skor ortalamaları erkeklerden fazla olup ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcılarda ise EBE ölçeği hariç tüm ölçeklerin skor ortalamaları kadın bireylerde erkeklere oranla yüksek olup ve yine aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4. 4. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Cinsiyete Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Cinsiyet		t*	p
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	59,04±12,57	53,33±13,37	3,259	0,074
	ELPW	13,81±5,38	10,43±4,83	6,694	0,011
	DFW	50±9,35	43,1±8,43	9,240	0,003
	PATASE	35,1±4,34	35,1±4,41	<0,001	0,999
	Toplam MPABS	344,6±42,72	318,24±40,16	6,353	0,013
HAYIR	EBE	54,81±11,53	58,15±17,14	1,088	0,300
	ELPW	12,26±5,05	8,66±4,52	11,723	0,001
	DFW	43,71±12,23	33,8±12	13,873	<0,001
	PATASE	30,71±5,05	26,24±6,89	11,392	0,001
	Toplam MPABS	324,6±54,99	284,34±54,87	11,142	0,001

*iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların evlilik durumlarına göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skorları ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4. 5.).

Obezite cerrahisine başvurmayan bireylerde ise boşanmışların Toplam MPABS, ELPW, DFW ve PATASE skorları evli ve bekarlara oranla yüksek çıkmıştır. Bekar ve boşanmışların ELPW ve PATASE skor ortalamaları ile evlilerin ELPW ve PATASE skor ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evli ve bekarların tüm MPABS ve DFW skor ortalamaları ile boşanmışların Toplam MPABS ve DFW skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4. 5. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Evlilik Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Evlilik Durumu			F*	p
		Evli Ort±SS	Bekar Ort±SS	Boşanmış Ort±SS		
EVET	EBE	56,97±12,39	59,95±14,7	65±16,97	0,717	0,491
	ELPW	12,51±5,38	15±4,99	13,5±10,61	1,608	0,206
	DFW	48,07±9,45	48,89±10,23	57,5±3,54	0,973	0,382
	PATASE	34,89±4,43	35,74±3,83	36,5±7,78	0,389	0,679
	Toplam MPABS	336,01±41,65	345,53±48,22	368±70,71	0,826	0,441
HAYIR	EBE	57,72±14,02	49,94±16,29	61±12,26	2,181	0,120
	ELPW	9,62±4,94 (a)	12,5±5,47 (b)	13,83±2,79 (b)	3,636	0,031
	DFW	37,67±12,24 (a)	38,44±14,8 (a)	51,5±11,04 (b)	3,252	0,044
	PATASE	27±6,46 (a)	32,31±4,45 (b)	33,67±2,42 (b)	7,484	0,001
	Toplam MPABS	299±53,3 (a)	302,5±69,07 (a)	368,67±43,33 (b)	4,234	0,018

* Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Obezite cerrahisine başvuran bireylerin ilkökul ile lise mezunlarının ELPW skor ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ölçeklerin eğitim durumuna göre skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 6.).

Obezite cerrahisine başvurmayan bireylerin ortaokul ve lisansüstü mezuniyeti olanların EBE skor ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak diğer ölçeklerin mezuniyet durumuna göre skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4. 6.).

Tablo 4.6. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Eğitim Durumu				t*	p
		İlkokul mezunu	Ortaokul	Lise	Lisans ve üstü		
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	53,5±15,28	58,2±8,97	59,97±12,57	56,97±13,34	0,813	0,490
	ELPW	9,08±2,84 (a)	13,1±5,86 (ab)	14,62±5,96 (b)	12,86±4,89 (ab)	3,338	0,023
	DFW	47,08±9,07	48,5±10,82	49,38±10,36	48±8,9	0,211	0,888
	PATASE	35,58±2,84	35,7±4,32	34,71±5,04	35,14±4,16	0,202	0,894
	Toplam MPABS	319,5±32,19	347,7±27,98	347,09±51,02	334,65±41	1,481	0,225
HAYIR	EBE	63,67±10,22 (ab)	66,55±16,17 (a)	54±14,52 (ab)	53,3±13,33 (b)	3,579	0,018
	ELPW	8,33±2,55	8,91±4,01	11,58±6,17	10,5±4,51	1,409	0,246
	DFW	37,33±11,67	41,82±16,97	38,42±14,65	38,6±10,12	0,239	0,869
	PATASE	28,56±9,32	25,36±8,18	28,85±5,96	29,27±5,03	1,058	0,372
	Toplam MPABS	302,78±42,03	317,73±70,37	299,73±67,12	306±48,23	0,265	0,851

*Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Katılımcıların obezite cerrahisine başvurma durumlarının herhangi bir işte çalışma değişkenine göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 7.).

Tablo 4. 7. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Çalışma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Çalışma Durumu		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	58,68±13,56	56,35±11,88	0,722	0,398
	ELPW	12,75±5,7	13,49±5,01	0,408	0,524
	DFW	47,57±9,53	49,76±9,59	1,166	0,283
	PATASE	35,04±4,44	35,19±4,24	0,028	0,868
	Toplam MPABS	335,39±42,37	343,57±44,99	0,789	0,377
HAYIR	EBE	54,7±16,16	58,44±12,48	1,360	0,247
	ELPW	10,43±5,12	10,54±5,14	0,009	0,925
	DFW	37,66±12,45	40,13±13,71	0,739	0,392
	PATASE	28,82±6,42	28,15±6,45	0,220	0,640
	Toplam MPABS	301,23±59,54	308,64±57,23	0,332	0,566

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerin gelir düzeylerine göre tüm ölçeklerin skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 8.).

Tablo 4. 8. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Gelir Düzeylerine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Gelir Düzeyi			t*	p
		Düşük	Orta	Yüksek		
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	60,45±13,01	57,54±13,36	56,5±10,47	0,302	0,740
	ELPW	14,27±5,29	12,76±5,5	13,58±5,33	0,434	0,649
	DFW	48,82±8,2	48,9±9,77	45,42±9,63	0,685	0,507
	PATASE	34,91±3,42	35,29±4,4	34,17±4,88	0,348	0,707
	Toplam MPABS	341,73±23,02	339,86±46,05	328,75±42,74	0,362	0,697
HAYIR	EBE	50,22±15,03	56,72±14,55	64±12,1	1,523	0,224
	ELPW	13±4,64	10,16±5,23	10,4±2,97	1,244	0,294
	DFW	40,56±16,36	38,22±12,98	44±6,04	0,542	0,584
	PATASE	30±5,15	28,28±6,7	29±4,18	0,299	0,742
	Toplam MPABS	305,11±66,8	301,67±58,03	346±32,3	1,364	0,262

*Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Obezite cerrahisine başvuran bireylerin kendilerini şişman görenlerin kilolu görenlere oranla DFW ölçeği skor ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Cerrahiye başvuran bireylerde kendini şişman görenlerin diğer ölçek skor ortalamaları yüksek çıkmış lakin aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4. 9.).

Obezite cerrahisine başvurmayan bireylerde de yine kendini şişman görenlerin tüm ölçek skor ortalamaları kendini kilolu ve normal görenlere oranla yüksek çıkmış fakat sadece Toplam MPABS, DFW ve PATASE skor ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 9.).

Tablo 4. 9. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Kendilerini Nasıl Gördükleri Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Dış Görünüş			t*	p
		Normal Ort±SS	Kilolu Ort±SS	Şişman Ort±SS		
EVET	EBE	.±.	57,73±14,69	57,76±12,09	<0,001	0,992
	ELPW	.±.	11,87±4,64	13,6±5,71	2,109	0,150
	DFW	.±.	44,3±8,87	50,41±9,31	9,033	0,003
	PATASE	.±.	34,57±4,86	35,35±4,08	0,659	0,419
	Toplam MPABS	.±.	329±49,8	343,24±39,57	2,218	0,140
HAYIR	EBE	43,33±16,26	54,71±15,71	59,83±12,13	2,568	0,083
	ELPW	8±5,2	9,78±4,64	11,6±5,55	1,653	0,198
	DFW	27,33±10,21 (a)	34,96±12,16 (a)	44,77±12,02 (b)	7,940	0,001
	PATASE	30,67±5,13 (ab)	26,47±6,17 (a)	30,94±6 (b)	5,539	0,006
	Toplam MPABS	251±58,41 (a)	288,49±49,76 (a)	330,17±59,18 (b)	7,356	0,001

*Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan tüm katılımcılarda kronik hastalığı olanların olmayanlara oranla ELPW ölçeği skor ortalaması daha düşük çıkmış ve arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak katılımcılarda diğer ölçeklerin kronik hasta olma durumuna göre skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 10.).

Tablo 4. 10. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Kronik Hastalığı Olma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Kronik Hastalık		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	57,66±13,65	57,81±12,56	0,003	0,956
	ELPW	11,2±5,21	14,16±5,28	6,897	0,010
	DFW	48,43±9,2	48,45±9,85	<0,001	0,992
	PATASE	34,49±4,57	35,47±4,19	1,116	0,294
	Toplam MPABS	336,46±46,71	339,97±41,61	0,141	0,708
HAYIR	EBE	56,38±13	56,51±15,71	0,002	0,969
	ELPW	8,94±4,5	11,55±5,26	5,554	0,021
	DFW	37,18±13,14	39,96±12,97	0,914	0,342
	PATASE	28,18±4,83	28,73±7,34	0,151	0,699
	Toplam MPABS	301,85±58,9	306,69±58,28	0,137	0,712

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran bireylerin ailesinde kronik hastalık olma durumuna göre tüm ölçeklerde skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 11.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların ailesinde kronik hastalık olanların olmayanlara göre Toplam MPABS, PATASE, DFW ve ELPW skor ortalamaları daha yüksek çıkmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak EBE skor ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 11.).

Tablo 4. 11. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Ailesinde Kronik Hastalık Bulunma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Ailede Kronik Hastalık		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	57,45±11,04	58,54±17,03	0,133	0,717
	ELPW	12,87±5,28	13,5±5,85	0,254	0,615
	DFW	49,25±8,89	46,35±11,02	1,747	0,190
	PATASE	34,63±4,31	36,31±4,24	2,871	0,094
	Toplam MPABS	343,16±36,97	327±55,85	2,648	0,107
HAYIR	EBE	55,59±14	57,71±15,51	0,419	0,519
	ELPW	11,59±4,88	8,88±5,04	6,018	0,016
	DFW	42,16±12,11	34±12,98	8,602	0,004
	PATASE	30,55±5,61	25,56±6,4	14,155	<0,001
	Toplam MPABS	319,02±55,45	284,09±56,66	7,826	0,006

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların geçmiş döneminde psikiyatri öyküsü olanların PATASE skor ortalaması olmayanlara oranla yüksek çıkmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 12.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların geçmişinde psikiyatri öyküsü olanların ölçek skor ortalamaları psikiyatri öyküsü olmayanlara göre yüksek çıkmış, aralarında anlamlı fark sadece Toplam MPABS ve DFW ölçeklerinde bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 12.).

Tablo 4. 12. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Psikiyatri İlacı Kullanma Öyküsü Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Psikiyatri Öyküsü		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	59,1±12,83	57,11±12,99	0,480	0,490
	ELPW	12,77±5,89	13,17±5,23	0,114	0,737
	DFW	50,33±9,12	47,54±9,71	1,749	0,189
	PATASE	36,57±3,87	34,4±4,4	5,327	0,023
	Toplam MPABS	348,1±39,25	334,14±44,81	2,130	0,148
HAYIR	EBE	59,3±11,48	56,07±14,98	0,429	0,514
	ELPW	11,7±6,48	10,32±4,91	0,646	0,424
	DFW	48,5±11,22	37,49±12,77	6,708	0,011
	PATASE	31,2±3,68	28,14±6,62	2,038	0,157
	Toplam MPABS	347,8±59,64	298,81±55,89	6,656	0,012

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan katılımcıların sigara kullanma durumuna göre ölçek skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 13.).

Tablo 4. 13. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Sigara Kullanma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Sigara		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	58,06±11,78	57,4±14,24	0,061	0,806
	ELPW	12,78±5,55	13,35±5,32	0,252	0,617
	DFW	48,2±9,19	48,72±10,07	0,068	0,795
	PATASE	35,5±4,76	34,63±3,79	0,934	0,336
	Toplam MPABS	337,24±42,76	340,28±44,54	0,112	0,738
HAYIR	EBE	57,53±15,61	55,71±13,94	0,308	0,580
	ELPW	10,62±4,66	10,39±5,43	0,040	0,841
	DFW	38,97±13,64	38,71±12,74	0,008	0,930
	PATASE	28,82±7,14	28,29±5,91	0,140	0,709
	Toplam MPABS	308,26±65,97	302,24±52,77	0,212	0,646

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların alkol kullanma durumuna göre ELPW skor ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 4. 14.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların alkol kullanma durumuna göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 14.).

Tablo 4. 14. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Alkol Kullanma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Alkol		t*	p
		Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
EVET	EBE	55,8±17,42	57,99±12,37	0,254	0,615
	ELPW	9,4±5,42	13,48±5,29	5,292	0,024
	DFW	43,2±8,23	49,07±9,56	3,457	0,066
	PATASE	36,3±2,95	34,95±4,47	0,861	0,356
	Toplam MPABS	314,6±52,93	341,54±41,53	3,538	0,063
HAYIR	EBE	52,7±16,09	56,97±14,41	0,753	0,388
	ELPW	11±5,01	10,41±5,14	0,116	0,734
	DFW	38,3±13,06	38,89±13,12	0,018	0,894
	PATASE	31,3±3,56	28,12±6,62	2,196	0,142
	Toplam MPABS	316,2±70,12	303,14±56,8	0,440	0,509

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların çocukluk çağında obez olma durumuna göre ELPW skor ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ölçekler arasındaki fark anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 4. 15.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların çocukluk çağında obez olanların olmayanlara göre EBE hariç tüm ölçek skor ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 15.).

Tablo 4. 15. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Çocukluk Çağında Obez Olma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Çocukluk Obezitesi		t*	p
		Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
EVET	EBE	57,3±10,71	58,14±14,63	0,096	0,757
	ELPW	15,58±5,12	10,86±4,71	21,409	<0,001
	DFW	48,74±9,12	48,18±10,01	0,080	0,778
	PATASE	34,74±4,63	35,4±4,09	0,526	0,470
	Toplam MPABS	342,72±38,12	335,14±47,54	0,704	0,404
HAYIR	EBE	56,39±13,47	56,5±15,41	0,001	0,974
	ELPW	13,94±5,14	8,2±3,59	35,940	<0,001
	DFW	43,58±12,88	35,68±12,28	7,909	0,006
	PATASE	31,09±3,97	26,8±7,13	9,893	0,002
	Toplam MPABS	330,64±58,07	287,6±52,16	12,365	0,001

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların ailesinde obez birey olma durumuna göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4. 16.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların ailesinde obez birey olanların EBE ölçeği hariç diğer ölçeklerin skor ortalaması ailesinde obez birey olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 16.).

Tablo 4. 16. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Ailesinde (Anne, Baba, Kardeş) Obez Birey Olma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Ailede Obez Birey		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	57,89±13,29	57,17±11,5	0,046	0,831
	ELPW	13,16±5,29	12,56±6,09	0,179	0,673
	DFW	48,67±9,57	47,5±9,74	0,214	0,645
	PATASE	34,69±4,41	36,78±3,69	3,443	0,067
	Toplam MPABS	339,68±43,53	334,33±43,72	0,219	0,641
HAYIR	EBE	55,24±12,3	57,97±17,05	0,718	0,399
	ELPW	11,76±5,54	8,89±4,01	6,968	0,010
	DFW	41,43±12,28	35,57±13,37	4,323	0,041
	PATASE	30,41±5,18	26,14±7,03	10,175	0,002
	Toplam MPABS	316±54,33	290,68±60,56	4,022	0,048

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların tokken atıştırır mısınız sorusuna - evet sıklıkla cevabını verenler ile -hayır asla cevabını verenlerin Toplam MPABS skor ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların tokken atıştırır mısınız sorusuna -evet sıklıkla diyenlerin EBE skor ortalaması -evet bazen ve -hayır asla diyenlere oranla yüksek çıkmış ve aralarındaki

fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların tokken atıştırır mısınız sorusuna -evet sıklıkla ve -evet bazen diyenlerle -hayır asla diyenlerin ELPW skor ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 17.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların tokken atıştırır mısınız sorusuna -evet sıklıkla cevabını verenler ile -hayır asla cevabını verenlerin Toplam MPABS ve alt ölçeklerden DFW skor ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 17.).

Tablo 4. 17. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Tokken Atıştırır Mısınız Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Tokken Atıştırır Mısınız?			t*	p
		Evet sıklıkla	Evet, bazen	Hayır asla		
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	61,88±10,82 (a)	48,88±11,58 (b)	47,9±13,01 (b)	14,213	<0,001
	ELPW	13,63±5,28 (a)	15,75±7,8 (a)	10,05±3,55 (b)	4,789	0,011
	DFW	49,62±8,76	49±13,29	44,4±9,85	2,358	0,100
	PATASE	35,23±4,55	35,63±4,87	34,45±3,47	0,308	0,736
	Toplam MPABS	349,09±38,13 (a)	335,38±53,42 (ab)	306±40,77 (b)	8,866	<0,001
HAYIR	EBE	59,73±12,63	55,93±13,52	50,84±18,15	2,442	0,093
	ELPW	11,51±5,54	10,56±4,39	8,37±4,72	2,480	0,090
	DFW	43,43±11,17 (a)	37,41±13,44 (ab)	31,84±12,86 (b)	5,807	0,004
	PATASE	30,38±5,92	26,96±4,33	27,05±8,75	2,993	0,056
	Toplam MPABS	324,11±50,04 (a)	304,19±60,64 (ab)	267,68±53,89 (b)	6,718	0,002

*Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların öğün atlar mısınız sorusuna verdikleri cevaba göre bütün ölçeklerin skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 18.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların öğün atlar mısınız sorusuna - evet bazen cevabını verenlerin -hayır asla cevabını verenlerle DFW skor ortalamaları

arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların öğün atlar mısınız sorusuna -evet sıklıkla ve -hayır asla cevabını verenlerin -evet bazen cevabını verenlerle PATASE skor ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 18.).

Tablo 4. 18. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Öğün Atlama Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Öğün Atlar Mısınız?			t*	p
		Evet sıklıkla Ort±SS	Evet, bazen Ort±SS	Hayır asla Ort±SS		
EVET	EBE	59,04±12,82	50,33±18,4	53,85±9,06	1,998	0,142
	ELPW	12,99±5,19	10,67±3,98	14,46±7,08	1,025	0,363
	DFW	48,08±9,28	44,33±12,36	52,38±9,32	1,740	0,181
	PATASE	35,08±4	36,33±2,88	34,62±6,53	0,320	0,727
	Toplam MPABS	339,54±44,06	319±55,13	342,62±33,72	0,681	0,509
HAYIR	EBE	51,32±15,65	57,67±14,62	59,55±12,91	2,423	0,095
	ELPW	11,28±6,04	9,96±5,19	10,29±4,2	0,462	0,632
	DFW	37,48±13,02 (ab)	34,56±13,58 (a)	43,61±11,28 (b)	3,936	0,023
	PATASE	31±5,96 (a)	25,26±4,59 (b)	29,32±7,08 (a)	6,351	0,003
	Toplam MPABS	296,84±61,33	292,48±57,28	321,71±54,13	2,208	0,117

*Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların tıkanıcaya kadar yemek yer misiniz sorusuna evet diyenlerin hayır diyenlere oranla Toplam MPABS, EBE ve ELPW skor ortalamaları yüksek çıkmış ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 19.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların tıkanıcaya kadar yemek yer misiniz sorusuna evet diyenlerin hayır diyenlere oranla Toplam MPABS, EBE ve DFW skor ortalamaları yüksek çıkmış ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 19.).

Tablo 4. 19. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Tıkanınca Kadar Yer Misiniz Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Tıkanınca Kadar Yer Misiniz?		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	61,08±10,75	53,71±14,22	8,077	0,006
	ELPW	14,43±5,25	11,36±5,2	7,961	0,006
	DFW	48,88±8,99	47,9±10,3	0,239	0,626
	PATASE	35,04±4,17	35,17±4,58	0,020	0,889
	Toplam MPABS	348,51±38,56	326,67±46,27	6,168	0,015
HAYIR	EBE	60,12±11,26	47,96±17,83	14,093	<0,001
	ELPW	11,16±4,93	8,92±5,24	3,460	0,067
	DFW	41,47±11,78	32,68±13,96	8,680	0,004
	PATASE	28,5±5,84	28,52±7,68	<0,001	0,990
	Toplam MPABS	319,03±51,03	271,48±61,27	13,417	<0,001

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Tablo 4. 20. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Sık Sık Kilo Alma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Sık Kilo Alır Mısınız?		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	59,36±11,29	46,92±17,85	10,743	0,001
	ELPW	13,54±5,45	9,67±3,96	5,608	0,020
	DFW	49,2±9,15	43,33±11,09	4,063	0,047
	PATASE	34,9±4,41	36,42±3,73	1,280	0,261
	Toplam MPABS	343,83±40,08	303,67±50,24	9,817	0,002
HAYIR	EBE	59,06±13,08	45,56±15,9	12,639	0,001
	ELPW	10,91±5,31	8,69±3,74	2,501	0,118
	DFW	41,55±12,1	27,37±10,58	18,549	<0,001
	PATASE	29,09±6,31	26,06±6,41	2,955	0,089
	Toplam MPABS	317,48±53,1	251,25±48,49	20,728	<0,001

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların sık sık kilo alır mısınız sorusuna evet diyenlerin hayır diyenlere oranla Toplam MPABS, EBE, ELPW ve DFW skor ortalamaları yüksek çıkmış ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 20). Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların sık sık kilo alır mısınız sorusuna evet diyenlerin hayır diyenlere oranla Toplam

MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları yüksek çıkmış, ölçeklerden Toplam MPABS, EBE ve DFW skor ortalamaları aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 20.).

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların olumsuz bir duygu durumunda sıkça yer misiniz sorusuna evet cevabını verenlerin ölçek skor ortalamaları hayır diyenlere oranla yüksek çıkmış, sadece Toplam MPABS ve EBE skor ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 21.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların olumsuz bir duygu durumunda sıkça yer misiniz sorusuna evet cevabını verenlerin ölçek skor ortalamaları hayır diyenlere oranla yüksek çıkmış, burada ise Toplam MPABS ve DFW skor ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 21.).

Tablo 4. 21. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Olumsuz Duygu (Üzüntü, Stres, Baskı Vs) Ortamında Sıkça Yer Misiniz Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Olumsuz Duyguda Sıkça Yer Misiniz?		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	62,74±11,08	49,86±11,7	28,540	<0,001
	ELPW	13,39±5,55	12,5±5,25	0,586	0,446
	DFW	49,84±9	46,22±10,12	3,240	0,075
	PATASE	35,14±4,07	35,03±4,79	0,015	0,904
	Toplam MPABS	349,91±39,5	320,81±43,76	11,016	0,001
HAYIR	EBE	59,47±12,07	54,15±15,99	2,776	0,100
	ELPW	11,39±5,3	9,79±4,88	2,038	0,157
	DFW	42,92±12,49	35,68±12,69	6,720	0,011
	PATASE	29,53±5,1	27,72±7,2	1,631	0,205
	Toplam MPABS	325,67±55,35	288,66±55,73	9,042	0,004

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların olumlu bir duygu durumunda sıkça yer misiniz sorusuna verilen cevaba göre ELPW skor ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 22.).

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların olumlu bir duygu durumunda sıkça yer misiniz sorusuna verilen cevaba göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 22.).

Tablo 4. 22. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Olumlu Duygu (Sevinç, Heyecan, Umut Vs) Ortamında Sıkça Yer Misiniz Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Olumlu Duyguda Sıkça Yer Misiniz?		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	60,68±10,57	56,07±13,88	2,805	0,097
	ELPW	14,5±5,45	12,2±5,27	3,994	0,049
	DFW	48,59±9,57	48,36±9,63	0,013	0,911
	PATASE	34,53±3,99	35,42±4,53	0,917	0,341
	Toplam MPABS	342,68±33,52	336,32±48,27	0,460	0,499
HAYIR	EBE	56,72±11,31	56,29±16,41	0,016	0,898
	ELPW	9,84±4,52	10,88±5,44	0,814	0,369
	DFW	40,19±11,75	37,96±13,83	0,571	0,452
	PATASE	28,62±4,09	28,43±7,54	0,018	0,894
	Toplam MPABS	315,81±54,44	297,75±59,95	1,914	0,170

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarda diyet yapanların yapmayanlara oranla Toplam MPABS skor ortalamaları yüksek çıkmış, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 23.). Obezite cerrahisine başvurmeyen katılımcılarda diyet yapanların yapmayanlara oranla Toplam MPABS ve alt ölçeklerden ELPW,

DFW ve PATASE skor ortalamaları yüksek çıkmış, aralarındaki fark yine anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 23.).

Tablo 4. 23. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Diyet Yapma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Diyet		t*	p
		Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
EVET	EBE	58±12,73	46,5±21,92	1,564	0,214
	ELPW	13,13±5,42	9±5,66	1,138	0,289
	DFW	48,67±9,4	38±15,56	2,477	0,119
	PATASE	35,1±4,37	35±2,83	0,001	0,975
	Toplam MPABS	340,03±42,17	275,5±70	4,496	0,037
HAYIR	EBE	55,36±13,19	59,17±17,56	1,168	0,283
	ELPW	11,76±5,38	7,33±2,24	15,095	<0,001
	DFW	43±12,06	28,54±9,16	27,867	<0,001
	PATASE	30,69±5,35	23,13±5,62	33,200	<0,001
	Toplam MPABS	320,15±55,24	266,75±47,71	17,182	<0,001

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Tablo 4. 24. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Diyet Yapanların Diyete Uyumu Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Diyet Uyumu		t*	p
		Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
EVET	EBE	56,38±13,02	60,51±11,85	2,390	0,126
	ELPW	12,75±5,32	13,7±5,51	0,696	0,406
	DFW	48,62±9,55	48,76±9,16	0,005	0,945
	PATASE	35,56±4,05	34,35±4,73	1,727	0,192
	Toplam MPABS	337,29±40,69	343,7±44,09	0,514	0,475
HAYIR	EBE	51,46±14,71	62,87±10,33	15,715	<0,001
	ELPW	11,97±5,73	9,44±4,23	4,957	0,029
	DFW	40,62±13,96	38,82±11,42	0,386	0,536
	PATASE	30,64±4,91	27,08±6,87	6,942	0,010
	Toplam MPABS	308,97±59,73	308,46±51,24	0,002	0,968

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarda diyet yapanların diyet uyumuna göre tüm ölçeklerin skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 24.).

Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarda diyet yapanların diyet uyumuna göre Toplam MPABS skor ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), alt ölçeklerden EBE, ELPW ve PATASE skor ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 24.).

Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 25.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre Toplam MPABS skor ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) fakat alt ölçeklerin tümünün skor ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 25.).

Tablo 4. 25. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Egzersiz Yapma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Egzersiz		t*	p
		Evet	Hayır		
		Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	57,92±12,12	57,11±15,96	0,059	0,808
	ELPW	13,36±5,58	11,79±4,7	1,280	0,261
	DFW	48,53±9,67	48,11±9,36	0,029	0,865
	PATASE	35,31±4,23	34,26±4,77	0,881	0,350
	Toplam MPABS	341,12±42,07	329±48,14	1,183	0,280
HAYIR	EBE	53,29±14,7	60,8±13,44	5,673	0,020
	ELPW	11,63±5,34	8,91±4,34	6,078	0,016
	DFW	41,75±14,14	34,8±10,23	6,113	0,016
	PATASE	30,15±5,71	26,26±6,7	8,111	0,006
	Toplam MPABS	314,08±66,23	291,86±42,66	3,022	0,086

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarda diyet yapanların diyet programını yararlı bulma durumuna göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 26.).

Obezite cerrahisine başvurmeyan katılımcılarda diyet yapanların diyeti yararlı bulan ve bulmayanların EBE skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yine bu grupta diyet programını yararlı bulmayanların emin değilim cevabını verenlerle PATASE skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 26.).

Tablo 4. 26. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Diyet Yapanların Diyeti Yararlı Bulma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Diyet Yararlı Mıdır?			t*	p
		Evet	Hayır	Emin değilim		
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	55,91±14,04	58,27±13,64	60,03±10,78	0,984	0,378
	ELPW	12,93±5,57	14,47±5	12,55±5,45	0,660	0,519
	DFW	48,62±10,4	49,07±10,11	47,91±8,3	0,089	0,914
	PATASE	35,33±4,43	34,87±3,44	34,88±4,67	0,127	0,881
	Toplam MPABS	336,07±49,64	342,13±37	340,58±37,47	0,158	0,854
HAYIR	EBE	49,21±16,15 (a)	60,83±11,39 (b)	55,23±14,75 (ab)	4,327	0,017
	ELPW	12,36±6,45	9,43±4,04	12,09±5,74	2,934	0,059
	DFW	36,79±11,84	38,21±11,66	44,45±14,34	2,269	0,110
	PATASE	29,43±4,26 (ab)	27,26±6,91 (a)	31,55±4,86 (b)	3,772	0,027
	Toplam MPABS	291,14±46,14	305,79±52,54	325,5±63,1	1,818	0,169

*Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarda egzersiz yapanların egzersiz programını yararlı bulma durumuna göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 27.).

Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcılarda egzersiz yapanların egzersiz programını yararlı bulan ve kararsız olanların egzersiz programını yararlı bulmayanlarla EBE skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu grupta egzersizi yararlı bulan, yararlı bulmayan ve kararsız kalan katılımcıların ELPW skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yine bu grupta egzersiz programını yararlı bulanların yararlı bulmayanlara göre PATASE skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 27.).

Tablo 4. 27. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Egzersiz Yapanların Egzersizi Yararlı Bulma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Egzersiz Yararlı Mıdır?			t*	p
		Evet	Hayır	Emin değilim		
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
EVET	EBE	57,32±12,58	53,25±13,12	68,33±11,06	1,350	0,266
	ELPW	13,37±5,59	11,5±6,03	11,67±7,64	0,320	0,727
	DFW	47,66±9,99	54±6,48	56,67±5,51	1,928	0,153
	PATASE	35,14±4,19	36,75±4,79	34,33±5,51	0,334	0,717
	Toplam MPABS	337,85±45,26	339,25±39,2	368,33±10,26	0,677	0,511
HAYIR	EBE	52,79±16,19 (a)	62,87±9,69 (b)	48,91±14,74 (a)	6,143	0,003
	ELPW	11,24±5,38	8,57±3,83	13,45±5,68	4,785	0,011
	DFW	39,94±14,88	36,63±11,22	40,55±13,71	0,612	0,545
	PATASE	30,53±6,02 (a)	25,63±5,57 (b)	28,18±5,25 (ab)	5,801	0,005
	Toplam MPABS	308±67,15	300,27±47,14	299,73±71,73	0,157	0,855

*Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Obezite cerrahisine başvuran katılımcılarda obezite ilacı kullananların EBE ve ELPW skor ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 28). Obezite cerrahisine başvurmayan katılımcılarda obezite ilacı kullananların ilaç kullanmayanlara oranla bütün ölçekleri yüksek çıkmış, Toplam MPABS ve alt ölçeklerden DFW ve PATASE skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 28.).

Tablo 4. 28. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Obezite İlacı Kullanma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Obezite İlacı		t*	p
		Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
EVET	EBE	52,26±10,48	60±13,2	7,372	0,008
	ELPW	15,3±5,74	12,12±5,05	6,996	0,010
	DFW	49±9,13	48,21±9,79	0,129	0,720
	PATASE	35,85±4,7	34,79±4,18	1,155	0,285
	Toplam MPABS	334,33±34,98	340,41±46,51	0,373	0,543
HAYIR	EBE	56,38±14,69	56,47±14,67	<0,001	0,984
	ELPW	12,38±5,81	10,13±4,92	2,178	0,144
	DFW	45,31±15,27	37,61±12,33	3,957	0,049
	PATASE	32,46±6,97	27,77±6,07	6,258	0,014
	Toplam MPABS	334,31±72,63	299,21±54	4,135	0,045

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Obezite cerrahisine başvurmayan ve başvuran bütün katılımcıların obezite cerrahisi ve obezite ilaçları dışında başka bir girişimde bulunma durumlarına göre Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 29.).

Tablo 4. 29. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarının Obezite İlacı ve Obezite Cerrahi Dışında Başka Girişimlerde Bulunma Değişkenine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite cerrahisi başvuru	Değişkenler	Başka Girişimler		t*	p
		Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
EVET	EBE	57,43±13,31	57,85±12,88	0,017	0,897
	ELPW	14,9±5,66	12,5±5,27	3,276	0,074
	DFW	49,43±8,97	48,15±9,77	0,287	0,593
	PATASE	34,52±4,47	35,26±4,32	0,471	0,494
	Toplam MPABS	344,52±37,57	336,93±45,03	0,495	0,483
HAYIR	EBE	55,12±16,47	56,6±14,48	0,073	0,788
	ELPW	12±6,37	10,32±4,97	0,783	0,379
	DFW	37±13,24	39,01±13,09	0,171	0,681
	PATASE	29,25±4,2	28,43±6,61	0,118	0,732
	Toplam MPABS	313,25±59,34	303,8±58,44	0,189	0,665

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kull

Obezite cerrahisine başvuran kadınların sayısı başvurmayanlara göre yüksek çıkmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvuran erkeklerin sayısı ise başvurmayanlardan düşük çıkmış yine aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kendisini normal ve kilolu görenlerde obezite cerrahisine başvurma daha az görülmüş ve fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), kendini şişman görenlerde ise obezite cerrahisine başvuranlar başvurmayanlardan fazladır ve farkı anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Geçmişinde herhangi bir psikiyatri ilacı kullananların obezite cerrahisine başvurma durumu daha fazla çıkmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), herhangi bir psikiyatri ilacı kullanmayanların ise obezite cerrahisine daha az başvurduğu saptanmış ve yine arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 30.).

Evli, bekar ve boşanmışlar arasında obezite cerrahisine başvurma durumlarına göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumlarına göre obezite cerrahisine başvurma durumlarına göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Herhangi bir işte çalışma ve gelir düzeylerine göre obezite cerrahisine başvurma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kendisinde ve ailesinde kronik hastalık bulunma durumlarına göre obezite cerrahisine başvurma durumları arasındaki fark anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$). Sigara ve alkol kullanma durumlarına göre de obezite cerrahisine başvurma durumları arasında da anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 30.).

Tablo 4. 30. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		Toplam n(%)	Obezite Cerrahisine Hiç Başvurdunuz Mu?		X ^{2*}	P
			Evet n(%)	Hayır n(%)		
Cinsiyet	Kadın	114(64,8)	72(77,4)a	42(50,6)b	13,823	<0,001
	Erkek	62(35,2)	21(22,6)a	41(49,4)b		
Evlilik Durumu	Evli	133(75,6)	72(77,4)	61(73,5)	2,607	0,272
	Bekar	35(19,9)	19(20,4)	16(19,3)		
	Boşanmış	8(4,5)	2(2,2)	6(7,2)		
Eğitim Durumu	İlkokul	21(11,9)	12(12,9)	9(10,8)	0,656	0,883
	Ortaokul	21(11,9)	10(10,8)	11(13,3)		
	Lise	67(38,1)	34(36,6)	33(39,8)		
	Lisans ve üstü	67(38,1)	37(39,8)	30(36,1)		
Çalışma Durumu	Evet	100(56,8)	56(60,2)	44(53)	0,927	0,336
	Hayır	76(43,2)	37(39,8)	39(47)		
Gelir Düzeyi	Düşük	20(11,4)	11(11,8)	9(10,8)	2,530	0,282
	Orta	139(79)	70(75,3)	69(83,1)		
	Yüksek	17(9,7)	12(12,9)	5(6)		
Dış Görünüş	Normal	3(1,7)	0(0)a	3(3,6)b	13,475	0,001
	Kilolu	75(42,6)	30(32,3)a	45(54,2)b		
	Şişman	98(55,7)	63(67,7)a	35(42,2)b		
Kronik Hastalık	Evet	69(39,2)	35(37,6)	34(41)	0,204	0,652
	Hayır	107(60,8)	58(62,4)	49(59)		
Ailede Kronik Hastalık	Evet	116(65,9)	67(72)	49(59)	3,302	0,069
	Hayır	60(34,1)	26(28)	34(41)		
Psikiyatri Öyküsü	Evet	40(22,7)	30(32,3)a	10(12)b	10,200	0,001
	Hayır	136(77,3)	63(67,7)a	73(88)b		
Sigara	Evet	84(47,7)	50(53,8)	34(41)	2,880	0,090
	Hayır	92(52,3)	43(46,2)	49(59)		
Alkol	Evet	20(11,4)	10(10,8)	10(12)	0,073	0,787
	Hayır	156(88,6)	83(89,2)	73(88)		

*Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab): Satır olarak farklı harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir. Karşılaştırma kolon oranları üzerindedir.

Ailesinde obez birey bulunan katılımcıların obezite cerrahisine başvurma durumu daha fazladır, ailesinde obez birey bulunmayan katılımcıların ise obezite cerrahisine başvurma durumu daha azdır. Her ikisinin de obezite cerrahisine başvurma durumlarına göre aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 31.).

Karnınız tokken atıştırır mısınız sorusuna evet sıklıkla cevabını verenlerde obezite cerrahisine daha fazla birey başvurmuş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), evet bazen cevabını verenlerde ise obezite cerrahisine daha az kişi başvurmuş yine aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Öğün atlar mısınız sorusuna evet sıklıkla diyenlerin obezite cerrahisine başvurma durumu daha fazla çıkmış ve arasındaki fark anlamlı bulunmuştur, evet bazen ve hayır asla cevabını verenlerde ise obezite cerrahisine başvurma durumu daha azdır yine aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 31.).

Tıkanınca kadar yer misiniz sorusuna evet yanıtını verenlerde obezite cerrahisine başvuranlar daha az çıkmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur, hayır yanıtını verenlerde ise obezite cerrahisine başvurma durumu daha fazladır ve aralarındaki fark yine anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 31.).

Olumsuz duygu ortamında sıkça yemek yer misiniz sorusuna evet cevabını verenler daha fazla cerrahiye başvurmuş, hayır diyenler ise daha az cerrahiye başvurmuşlardır. Aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 31.).

Diyet yapanların obezite cerrahisine daha fazla başvurduğu tespit edilmiş, başvurma durumuna göre arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet gibi egzersiz yapanların da obezite cerrahisine daha fazla başvurduğu bulunmuş, başvurma durumuna göre arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Diyet yapanlarda diyeti yararlı bulanlar obezite cerrahisine daha fazla başvurmuş yararlı bulmayanlar ise daha az başvurmuş ve başvurma durumuna göre aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 31.).

Egzersiz yapanlarda egzersizi yararlı bulanlar obezite cerrahisine daha fazla başvurmuş yararlı bulmayanlar ve emin olmayanlar ise daha az başvurmuş ve başvurma durumuna göre aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 31.).

Herhangi bir obezite ilacı kullananlar obezite cerrahisine daha fazla başvurmuş, başvurma durumuna göre arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 31.).

Tablo 4. 31. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumuna Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı

		Toplam n(%)	Obezite Cerrahisine Başvurdunuz Mu?		X ² *	P
			Evet n(%)	Hayır n(%)		
Çocukluk Obezitesi	Evet	76(43,2)	43(46,2)	33(39,8)	0,750	0,386
	Hayır	100(56,8)	50(53,8)	50(60,2)		
Ailede Obez Birey	Evet	121(68,8)	75(80,6)a	46(55,4)b	12,988	<0,001
	Hayır	55(31,3)	18(19,4)a	37(44,6)b		
Tokken Atıştırır Mısınız?	Evet sıklıkla	102(58)	65(69,9)a	37(44,6)b	17,515	<0,001
	Evet, bazen	35(19,9)	8(8,6)a	27(32,5)b		
	Hayır asla	39(22,2)	20(21,5)	19(22,9)		
Öğün Atlar Mısınız?	Evet sıklıkla	99(56,3)	74(79,6)a	25(30,1)b	44,555	<0,001
	Evet, bazen	33(18,8)	6(6,5)a	27(32,5)b		
	Hayır asla	44(25)	13(14)a	31(37,3)b		
Tıkanınca Kadar Yer Misiniz?	Evet	109(61,9)	51(54,8)a	58(69,9)b	4,208	0,040
	Hayır	67(38,1)	42(45,2)ab	25(30,1)		
Sık Kilo Alır Mısınız?	Evet	148(84,1)	81(87,1)	67(80,7)	1,332	0,248
	Hayır	28(15,9)	12(12,9)	16(19,3)		
Olumsuz Duyguda Sıkça Yer Misiniz?	Evet	93(52,8)	57(61,3)a	36(43,4)b	5,650	0,017
	Hayır	83(47,2)	36(38,7)a	47(56,6)b		
Olumlu Duyguda Sıkça Yer Misiniz?	Evet	66(37,5)	34(36,6)	32(38,6)	0,074	0,785
	Hayır	110(62,5)	59(63,4)	51(61,4)		
Diyet	Evet	150(85,2)	91(97,8)a	59(71,1)b	24,954	<0,001
	Hayır	26(14,8)	2(2,2)a	24(28,9)b		
Diyet Uyumu	Evet	94(55,3)	55(59,8)	39(50)	1,634	0,201
	Hayır	76(44,7)	37(40,2)	39(50)		
Egzersiz	Evet	122(69,3)	74(79,6)a	48(57,8)b	9,745	0,002
	Hayır	54(30,7)	19(20,4)a	35(42,2)b		
Diyet Yararlı Mıdır?	Evet	59(34,5)	45(48,4)a	14(17,9)b	3,194	<0,001
	Hayır	57(33,3)	15(16,1)a	42(53,8)b		
	Emin değilim	55(32,2)	33(35,5)	22(28,2)		
Egzersiz Yararlı Mıdır?	Evet	105(68,6)	71(91)a	34(45,3)b	37,447	<0,001
	Hayır	34(22,2)	4(5,1)a	30(40)b		
	Emin değilim	14(9,2)	3(3,8)a	11(14,7)b		
Obezite İlacı	Evet	40(22,7)	27(29)a	13(15,7)b	4,646	0,035
	Hayır	136(77,3)	66(71)a	70(84,3)b		
Başka Girişimler	Evet	29(16,5)	21(22,6)a	8(9,6)b	5,338	0,021
	Hayır	147(83,5)	72(77,4)a	75(90,4)b		
Cerrahi Düşünür müsünüz?	Evet	117(66,5)	93(100)a	24(28,9)b	99,445	<0,001
	Hayır	59(33,5)	0(0)a	59(71,1)b		

*Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab): Satır olarak farklı harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir. Karşılaştırma kolon oranları üzerindendir.

Tablo 4. 32. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumu Üzerinde Seçili Değişkenlerin Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Tek değişkenli				Çok değişkenli			
	P	Odds oranı	Odds oranı %95 GA Alt	Üst	P	Odds oranı	Odds oranı %95 GA Alt	Üst
Cinsiyet	<0,001	3,347	1,749	6,406	0,059	0,162	0,024	1,071
Ailede Kronik Hastalık	0,070	1,788	0,953	3,356	0,328	0,497	0,122	2,017
Psikiyatri Öyküsü	0,002	3,476	1,576	7,668	0,852	0,863	0,182	4,097
Sigara	0,091	1,676	0,922	3,047	0,083	3,027	0,867	10,568
Ailede Obez Birey	<0,001	3,351	1,711	6,565	0,218	2,445	0,590	10,132
Tokken Atıştırır Mısınız?	<0,001				0,813			
Sıklıkla	0,179	0,599	0,284	1,264	0,926	0,914	0,138	6,066
Bazen	0,014	3,553	1,296	9,738	0,679	1,732	0,128	23,388
Öğün Atlar Mısınız?	<0,001				0,003			
Sıklıkla	<0,001	0,142	0,064	0,312	0,002	0,063	0,011	0,350
Bazen	0,256	1,887	0,630	5,648	0,493	0,467	0,053	4,130
Tıkanınca Kadar Yer Misiniz?	0,041	0,523	0,281	0,975	0,103	0,292	0,066	1,283
Olumsuz Duyguda Sıkça Yer Misiniz?	0,018	2,067	1,132	3,775	0,727	1,308	0,289	5,924
Egzersiz	0,002	2,840	1,459	5,529	0,188	4,708	0,469	47,297
Diyet Yararlı Mıdır?	<0,001				0,150			
Evet	<0,001	0,111	0,048	0,258	0,080	0,224	0,042	1,194
Emin değilim	<0,001	0,238	0,107	0,529	0,716	0,748	0,157	3,562
Egzersiz Yararlı Mıdır?	<0,001				0,072			
Evet	<0,001	0,064	0,021	0,196	0,227	0,247	0,026	2,383
Emin değilim	0,395	0,489	0,094	2,542	0,439	3,398	0,154	75,090
Obezite İlacı	0,037	2,203	1,049	4,627	0,924	1,072	0,257	4,466
Başka Girişimler	0,024	2,734	1,139	6,567	0,121	4,031	0,692	23,482
Yaş	0,001	1,044	1,017	1,073	0,320	0,959	0,882	1,042
Obezite Başlangıç Yaşı	1,043	1,016	1,070		0,400	1,036	0,955	1,123
Hedef Vücut Ağırlığı	0,001	1,049	1,019	1,079	0,006	1,133	1,036	1,239
ELPW	0,002	0,911	0,859	0,967	0,992	1,001	0,833	1,203
DFW	<0,001	0,930	0,903	0,957	0,237	0,941	0,852	1,040
PATASE	<0,001	0,794	0,736	0,857	0,007	0,781	0,652	0,935
Toplam MPABS	<0,001	0,987	0,980	0,993	0,962	0,999	0,976	1,023

Referans kategoriler: Cinsiyet: Kadın, Tokken atıştırma: Hayır, Öğün atlama: Hayır, Diyet yararlı mı: Hayır, Egiz yararlı mı: Hayır, Diğer tüm değişkenler için yok grupları.

Öğün atlama değişkeni obezite cerrahisi yaptırma üzerinde anlamlı bir değişkendir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$). Öğün atlamayan gruba göre sıklıkla öğün atlayan grupta obezite cerrahisi riski %93,7 ($1-0,063=0,937$) daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$). Ya da sıklıkla öğün atlayan gruba göre, öğün atlamayan gruptaki obezite cerrahisi yaptırma riski ($1/0,063=15,87$) 15,87 kat daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$) (Tablo 4. 32).

Hedef vücut ağırlığındaki bir kilogramlık artış, obezite cerrahisi yaptırma riskini 1,133 kat artırmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,006$) (Tablo 4. 32). PATASE ölçek alt boyutundaki bir birimlik artış obezite cerrahisi yaptırma riskini 1,28 kat azaltmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,007$) (Tablo 4. 32.).

Obezite cerrahisine başvuranların yaş ve obezite başlangıç yaş ortalamaları düşük bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvuranların Toplam MPABS ve alt ölçeklerinin skorları yüksek çıkmış, obezite cerrahisine başvurmayanlarla aralarındaki fark EBE ölçeği hariç anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 33.).

Tablo 4. 33. Katılımcıların Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarına Göre Sosyodemografik Özellikler ve Ölçek Skorlarının Dağılımı

Değişkenler	Toplam Ort±SS	Obezite Cerrahisine Hiç Başvurdunuz Mu?		t*	p
		Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
Yaş	36,48±11,86	33,74±9,49	39,55±13,45	3,339	0,001
BKI	42,09±5,85	42,71±6,19	41,4±5,39	1,491	0,138
Obezite Başlangıç Yaşı	21,46±12,58	18,52±10,65	24,76±13,77	3,383	0,001
Hedef Vücut Ağırlığı	70,59±11,35	67,86±10,69	73,64±11,35	3,477	0,001
EBE	57,14±13,7	57,75±12,9	56,46±14,58	0,625	0,533
ELPW	11,84±5,41	13,04±5,42	10,48±5,1	3,216	0,002
DFW	43,9±12,28	48,44±9,56	38,82±13,03	5,623	<0,001
PATASE	31,99±6,32	35,1±4,34	28,51±6,4	8,067	<0,001
Toplam MPABS	322,64±53,54	338,65±43,38	304,71±58,23	4,413	<0,001

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Katılımcıların yaş ortalamaları arttıkça obezite başlangıç yaş ortalaması da artmaktadır ve bu iki değişken arasında anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0,05$). Katılımcıların yaşları arttıkça Toplam MPABS ve alt ölçeklerden ELPW, DFW, PATASE skorları azalmaktadır. Yaş ve bu ölçekler arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 34.).

Katılımcıların BKI'leri büyüdükçe obezite başlangıç yaşları küçülmektedir ve bu iki değişken arasında anlamlı korelasyon vardır ($p<0,05$). BKI'leri arttıkça Toplam MPABS ve alt ölçeklerden ELPW, DFW, PATASE skorları da artmaktadır. BKI ve bu ölçekler arasındaki korelasyonun anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 34.).

Obezite başlangıç yaşı arttıkça Toplam MPABS, ELPW, DFW ve PATASE skorları azalmakta ve obezite başlangıç yaşı ile bu ölçekler arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 34.).

Tablo 4. 34. Katılımcıların Ölçek Skorları ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki Korelasyon

		Yaş	BKI	Obezite Başlangıç Yaşı	EBE	ELPW	DFW	PATASE	Toplam MPABS
Yaş	r	1,000	-0,037	,659*	0,038	-,459*	-,248*	-,328*	-,213*
	p		0,627	<0,001	0,612	<0,001	0,001	<0,001	0,004
BKI	r	-0,037	1,000	-,259*	-0,017	,180*	,210*	,223*	,202*
	p	0,627		0,001	0,824	0,017	0,005	0,003	0,007
Obezite Başlangıç Yaşı	r	,659*	-,259*	1,000	0,041	-,629*	-,354*	-,360*	-,364*
	p	<0,001	0,001		0,591	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

*: 0,05 düzeyinde anlamlılık

Obezite cerrahisine başvuran bireylerin yaşları arttıkça obezite başlangıç yaşları da artmaktadır ve bu iki değişken arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvuran katılımcıların yaşları büyüdükçe ELPW skoru azalmaktadır ve iki değişken arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvuran bireylerde BKI ve tüm ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). Obezite cerrahisine başvuran bireylerde obezite başlangıç yaşı ile Toplam MPABS ve ELPW ölçekleri arasında ters orantılı ilişki vardır ve aralarındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 35.).

Tablo 4. 35. Obezite Cerrahisine Başvuranların Ölçek Skorları İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki Korelasyon

		Yaş	BKI	Obezite Başlangıç Yaşı	EBE	ELPW	DFW	PATASE	Toplam MPABS
Yaş	r	1,000	0,056	,600*	-0,139	-,478*	-0,142	-0,046	-0,169
	p		0,594	<0,001	0,183	<0,001	0,173	0,659	0,105
BKI	r	0,056	1,000	-0,196	-0,141	0,055	-0,065	0,089	-0,025
	p	0,594		0,060	0,179	0,602	0,536	0,399	0,810
Obezite Başlangıç Yaşı	r	,600*	-0,196	1,000	-0,081	-,630*	-0,151	-0,039	-,233*
	p	<0,001	0,060		0,439	<0,001	0,149	0,711	0,025

*: 0,05 düzeyinde anlamlılık.

Obezite cerrahisine başvurmamayan bireylerin yaşları arttıkça obezite başlangıç yaşları da artmaktadır ve bu iki değişken arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvurmamayan katılımcıların yaşları arttıkça Toplam MPABS ve ELPW skorları azalmaktadır. Yaş ve bu iki ölçek arasındaki korelasyonun anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 36.).

Obezite cerrahisine başvurmamayan bireylerin BKİ'leri arttıkça obezite başlangıç yaşları düşmektedir ve bu iki değişken arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obezite cerrahisine başvurmamayanların BKİ'leri arttıkça EBE hariç tüm skorları da artmakta ve BKİ ile EBE hariç diğer ölçekler arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4. 36.).

Obezite cerrahisine başvurmamayanların obezite başlangıç yaşları küçüldükçe EBE hariç tüm skorları artmaktadır. Obezite başlangıç yaşı ve EBE hariç tüm ölçekler arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 4. 36.)

Tablo 4. 36. Obezite Cerrahisine Başvurmamayanların Ölçek Skorları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki Korelasyon

		Yaş	BKİ	Obezite Başlangıç Yaşı	EBE	ELPW	DFW	PATASE	Toplam MPABS
Yaş	r	1,000	-0,070	,661*	0,186	-,398*	-0,186	-,346*	-0,135
	p		0,530	<0,001	0,092	<0,001	0,093	0,001	0,225
BKİ	r	-0,070	1,000	-,294*	0,112	,302*	,423*	,298*	,378*
	p	0,530		0,007	0,313	0,006	<0,001	0,006	<0,001
Obezite Başlangıç Yaşı	r	,661*	-,294*	1,000	0,159	-,599*	-,375*	-,420*	-,360*
	p	<0,001	0,007		0,152	<0,001	<0,001	<0,001	0,001

*: 0,05 düzeyinde anlamlılık

5. TARTIŞMA

Morbidite ve mortaliteyi artıran obezitenin görülme sıklığı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte bireylerin fiziksel aktivitelerinde azalmalar az kalori harcamalarına ve değişen beslenme alışkanlıkları da besinlerle alınan günlük kalori miktarını artırmış nihayetinde de obeziteye neden olmuştur. Depresyon, anksiyete gibi psikolojik bozukluklar da ruh sağlığını olumsuz etkileyerek obeziteye neden olabilmektedir. Obezitenin gelişmesinde genetik, çevresel, fiziksel ve psikolojik çok sayıda faktörün rol oynadığı düşünüldüğünde bu hastalık ile geniş çapta mücadele etmek elzemdir. Etiyolojisinde birçok etkenin rol aldığı ve ciddi yıkıcı sonuçları olan obezitenin tedavisi ve önlenmesinde hekim, diyetisyen, psikolog ve psikiyatlardan oluşan bir ekibin görev alması gerekir (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021).

Bireyin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmeyi amaçlayan halk sağlığı yaklaşımı için obezitenin önlenmesi oldukça önemlidir. Obeziteye neden olan sağlıksız gıdaların yasaklanması, her bireye sağlıklı gıdaya ulaşımın kolaylaştırılması ve sağlıklı beslenme eğitimleri verilmesi halk sağlığı uygulamalarının obeziteden korunmak için birinci basamağını, obezitenin erken tanı ve tedavisi ise ikinci basamağını oluşturmaktadır (Demiray ve Yorulmaz, 2023). Tedavi için uygulanan diyet, egzersiz ve davranış değişikliği yöntemleri herhangi bir riski nerdeyse olmayan, bireye özgü programlardır. Ancak obezite cerrahi yöntemleri tekrar kilo alımı, vitamin eksiklikleri, Dumping sendromu, hipoglisemi, reflü, barsak hareketlerinde bozulmalar gibi problemlere yol açan potansiyel riskler taşımaktadır (TEMD, 2024). Obezite tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemlerin mutlaka endikasyon dahilinde yapılmış olması çok önemlidir çünkü farklı nedenlerden dolayı gerekmediği halde yapılan obezite cerrahileri bireylerin sağlığını ciddi

şekilde olumsuz etkileyebilmekte ve hatta ölümlere bile yol açabilmektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde en uygun yaklaşım olan öncelikle diyet ve egzersizle birlikte yaşam tarzı değişiklikleri daha sonra gereken bireylere farmakolojik tedavi verilmeli en son aşamada ise BKİ açısından uygun olan ve cerrahinin kontrendike olmadığı bireylere endikasyon dahilinde obezite cerrahisi uygulanmalıdır.

Obezite ve bariatrik cerrahi psikiyatri açısından birbiriyle sarmal bir ilişkiye sahiptir. Obez bireylerin tedaviye ve tedavi sonrası programlara uygunluk açısından değerlendirilmesinde psikiyatri uzmanları tarafından yapılan ön görüşmeler önemiyet taşımaktadır (Sevinçer, vd., 2014). Bu görüşmeyi yapan uzmanlar için standart bir araç, ölçek yoktur. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ), Tıkınırcasına Yeme Ölçeği (BES), Yeme Bozukluğu Muayenesi, Millon Davranışsal Tıp Tanısı (MBMD) ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) gibi ölçekler bariatrik popülasyona odaklanarak geliştirilmemiştir. New York'taki Lutheran Tıp Merkezi'nde klinik psikolog olan David Mahony tarafından geliştirilen PsyBari ölçeği bu görüşmeler için uygundur (Ghizoni, vd., 2022).

Çalışmamızın amacı obezite cerrahisine başvuran veya başvurmayan obez bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesidir. Çalışmamıza toplam 176 obez birey dahil edilmiş olup bunların 114'ü (%64,8) kadın 62'si (%35,2) ise erkektir. Katılımcıları seçerken cinsiyetlerine göre orantılı seçim yöntemi kullanılmayan çalışmamızda kadınların erkeklere oranla çok olmasının nedeni kadınlarda obezite prevalansının daha fazla olması olabilir. TÜİK verilerine göre Türkiye'de 2022 yılında erkeklerin %16,8'inin, kadınların ise %23,6' sının obez olduğu saptanmıştır (TÜİK, 2022 Sağlık Araştırması).

Obezite cerrahisine başvuran kadın ve erkek bireylerin başvurmayan bireylere oranla Toplam MPABS skor ortalamaları daha yüksek bulunmuştur, alt ölçeklerden erkeklerde EBE hariç diğer alt ölçeklerin yine başvuranlarda başvurmayanlara oranla yüksek olduğu tespit edilmiştir. Obezite cerrahisine başvuran bireylerin genel popülasyona göre ruhsal bozukluk prevalansı daha yüksektir (Ghizoni, vd., 2022). Dolayısıyla obezite cerrahisine başvuran bireylerin ölçek skor ortalamalarının yüksek olması beklenir.

Çalışmamızda kadınların Toplam MPABS skor ortalamaları erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. David Mahony'nin özel muayenehanede 361 bariatri cerrahi adayına yaptığı araştırma sonucunda kadınların erkeklere oranla depresyon ve anksiyete öyküsü anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Mahony D, 2008). Bu çalışma sonucuna göre de kadınların skor ortalamalarının erkeklere oranla daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca Kubik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların beden imajı memnuniyetsizliğinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu, bunun da depresyonla ilişkili olduğunu saptanmıştır (Kubik, vd., 2013). Bu sonuç çalışmamızda kadınların erkeklere oranla ölçek skorlarının yüksek olmasını desteklemektedir.

Obezite cerrahisine başvuranların evlilik durumlarına göre ölçek skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Boşanmış kişilerin Toplam MPABS skor ortalaması evli ve bekarlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Obezite cerrahisine başvurmayan evli ve bekar katılımcıların Toplam MPABS skor ortalamaları, boşanmışlara oranla anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Evli ve bekar katılımcılardan obezite cerrahisine başvuranların sayısı daha fazla iken boşanmışlarda obezite cerrahisine başvurmayanlar daha fazla bulunmuştur. Majstorovic ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz sonucunda insanların cerrahiye başvurma tercihlerini diğer insanların fikirlerine göre şekillendiğini gözlemlemişler ve özellikle ailelerinin tedavi sonrası bakım ve tedavi masrafları açısından yardımlarından

dolayı daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca çevresinde ameliyat olan bireylerin olmasının cerrahiye başvurma olasılığını artırdığını bulmuşlardır. Aynı çalışmada dul ve bekarların daha az cerrahiye başvurdıkları tespit edilmiştir (Majstorovic, vd., 2024). Bizim çalışmamızda her ne kadar boşanmışlarda Majstorovic'in çalışması ile doğru orantılı sonuç çıksa da bekarlarda tam tersi sonuç bulunmuştur. Çalışmamıza katılan bekar ve boşanmış bireylerin sayılarının az olması da sonucu etkilemiş olabilir.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerde mezuniyet durumlarına göre Toplam MPABS skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çetin ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptıkları bir çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon prevalansı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu saptamışlar, depresyonun en çok okur-yazar olmayan bireylerde ortaya çıktığı, eğitim düzeyi azaldıkça depresyon görülme sıklığının arttığı bulunmuştur (Çetin, vd., 1999).

Bizim çalışmamızda Toplam MPABS skoru en düşük olanlar ilkokul mezunlarıdır, lise ve ortaokul mezunlarında ise en yüksektir. Çetin ve arkadaşlarının çalışmasına benzer sonuç saptanmamış olmasının sebebi eğitim düzeyi arttıkça psikoloji farkındalığının artıyor olması ve ilkokul mezunlarının yaşlarının büyük olması olabilir. Çayır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça obezite oranının azaldığı gösterilmiştir (Çayır, vd., 2011). Buna karşılık bizim çalışmamızda öğrenim düzeyi yükseldikçe obez bireylerin sayısının da doğru orantılı şekilde arttığı saptanmıştır.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerde herhangi bir işte çalışmayanların bir işte çalışanlara oranla Toplam MPABS skor ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiş ama aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Erişkin dönemde bireylerin çalışma durumu ile ruhsal sağlık arasındaki ilişkisinin önemli yeri vardır. İşin niteliği ve istihdam durumu sağlığı önemli ölçüde etkilemektedir (Siegrist ve Marmot,

2004). Çalışabilecek durumdayken çalışmamak, işini kaybetmek, çalışırken olumsuz deneyimlerle karşılaşmak gibi durumlar stres oluşturup ruh sağlığını uzun süreli olumsuz etkileyebilir (Kristenson, vd., 2004). Bir işte çalışmak veya işsiz olmak ikisi de stres faktörü olabileceğinden çalışmamızda ölçek skor ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvurma durumlarının gelir düzeylerine göre Toplam MPABS ve alt ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Obezite cerrahisine başvuran bireylerin Toplam MPABS skor ortalamalarının gelir düzeyi arttıkça daha düşük olduğu bulunmuştur. Obezite cerrahisine başvurmayanlarda gelir düzeyi yüksek olanların Toplam MPABS skor ortalamaları gelir düzeyi düşük ve orta olanlardan yüksek bulunmuştur. Gureje ve arkadaşları Nijerya’da yaptıkları çalışmada gelir düzeyinin depresyonla ters oranlı ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Gureje, vd., 2007). Gelir düzeyi yaşam koşullarını, hayat standartlarını doğrudan etkilemektedir. Çalışmamızın özel bir hastanede yapıldığı ve cerrahinin ücretli olduğu düşünüldüğünde gelir düzeyi yüksek olanlarda cerrahiye başvurma yüzdesinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerde kendilerini şişman görenlerin Toplam MPABS skor ortalamaları kendini normal ve kilolu görenlere oranla yüksek bulunmuş, obezite cerrahisine başvurmayanlarda bu fark anlamlı bulunmuştur. Kubik ve arkadaşları yaptıkları çalışmada aşırı kilolu obez bireylerin normal bireylere oranla majör bir depresif dönemden geçme olasılığının 5 kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Depresyon ve obezitenin sık görülmesi arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Dış görünüş memnuniyetsizliği depresyon semptomlarını artırmaktadır. Kısaca psikolojik sağlık, obezitenin şiddetinin artmasıyla daha da kötüleşiyor gibi görünmektedir. Ameliyat isteyen bariatrik hastalar, ameliyat istemeyen diğer obez hastalara kıyasla daha

yüksek psikolojik sıkıntı prevalansına sahiptir (Kubik, vd., 2013). Bizim çalışmamızda da obezite cerrahisine başvuran bireylerin cerrahiye başvurmayanlara oranla Toplam MPABS skor ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvurma tercihlerinin kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre Toplam MPABS skor ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Majstorovic ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında uyku apnesi, dislipidemi ve polikistik over sendromu olan obez bireylerin cerrahiye yatkın olduklarını, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kalp yetmezliği, artrit ve kronik obstrüktif hastalığına sahip olanların ise cerrahiye başvurmadıkları tespit edilmiştir (Majstorovic, vd., 2024). Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan 69 bireyin 35'i obezite cerrahisine başvurmuş 34'ü ise başvurmamıştır, hiçbir kronik hastalığı olmayan 107 bireyin ise 58'i obezite cerrahisine başvurmuştur. Hangi kronik hastalığa sahip olduğunu bilmediğimiz için kronik hastalığı olan bireyler hakkında analiz yapmak doğru olmayacaktır. Kronik hastalığı olmayanların ameliyata uzmanlar tarafından daha rahat kabul edilecekleri, kendilerinin de cerrahiye başvurmalarının daha anlamlı olması beklenir.

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvurma durumlarına göre ailesinde kronik hastalık olanların Toplam MPABS skor ortalamaları kronik hastalık olmayanlara oranla yüksek bulunmuştur. Ayrıca ailesinde kronik hastası bulunan 116 bireyin 67'sinin obezite cerrahisine başvurduğu, ailesinde kronik hastalığı olmayan 60 bireyin ise 26'sının obezite cerrahisine başvurduğu gözlenmiştir. Obezite kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser gibi çok sayıda hastalığın beraberinde düşük benlik saygısı, anksiyete, depresyon ve cinsel işlev bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklarla da eşlik edebilmektedir (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021). Obezite birçok hastalığa davet çıkarmakta ve ruhsal sağlığı bozmaktadır.

Ailesinde kronik hastalığı olanların cerrahiye yönelmeleri beklenen bir sonuçtur, birçok rahatsızlık için risk oluşturan obeziteyi cerrahi ile tedavi etme amacı doğru bir tercihtir.

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan katılımcılarda geçmişinde psikiyatri ilacı kullanan bireylerin Toplam MPABS skor ortalamaları, geçmişinde psikiyatri ilacı kullanmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmış ancak aradaki bu fark anlamlı bulunmamıştır. David ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda bariatri cerrahisine başvuran bireylerin üçte birinde psikolojik bozukluğun bulunduğunu tespit etmişlerdir. Bu psikolojik bozukluk içerisinde en fazla %20 ile depresyon, %19 ile de anksiyeteye rastlanmıştır. Ameliyat öncesi ruh sağlığı koşullarının ameliyat sonrası kilo kaybını ve/veya geri kazanımı öngördüğüne dair net bir kanıt bulunamamış olsa da, ameliyat öncesi depresyon ve anksiyetenin ameliyat sonrası daha kötü zihinsel yaşam kalitesini öngördüğü gösterilmiştir. Ayrıca, ameliyat sonrası depresyonun daha fazla kilo alımı ile ilişkili olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır (David, vd., 2020). Lüscher ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonucunda ameliyat öncesi yapılan psikometrik testler, hastaların %18'inde depresyon belirtileri, %48'inde anksiyete, %27'sinde genel kaygılı olma eğilimi, %19'unda anormal yeme davranışı ve %17'sinde riskli alkol kullanma alışkanlığının olduğunu saptamışlardır (Lüscher, vd., 2023). Sarwer ve Heinberg'in yaptıkları kapsamlı inceleme sonucunda, obezite ve özellikle aşırı obezite hastalarının %20 ile %60'ının psikiyatrik bir hastalıktan muzdarip olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüzdeler tipik olarak genel popülasyonda görülenlerden daha yüksektir (Sarwer ve Heinberg, 2020). Araştırmamıza katılan, geçmişinde psikiyatri öyküsü bulunan 40 obez bireyin 30'unun obezite cerrahisine başvurduğu görülmüştür. Obezite cerrahisine başvuran bireylerin ise %32'sinin psikiyatrik öyküsü vardır. Bizim çalışmamız da Sarwer ve Heinberg'i doğrulamıştır.

Obez bireylerdeki her psikiyatrik bozukluk onları cerrahiye yönlendirmemektedir. Majstorovic ve arkadaşlarının 24 çalışmayı en az bir psikolojik sağlık faktörüne bakarak yaptıkları analiz neticesinde çelişkili sonuçlar elde etmişlerdir. Cinsel ve fiziksel istismar mağdurları, anksiyete, bipolar bozukluğu olan, gıda bağımlısı ve psikiyatri hastanesinde yatan obez bireylerin cerrahiye başvurma olasılıkları daha düşük çıkmışken depresif bozukluğu olan bireylerin cerrahiye başvurma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Aşırı kilonun duygusal bozuklukları ortaya çıkardığı, bireylerin ameliyat ile dış görünüşlerini düzelterip, benlik saygılarını artırarak, depresyon düzeylerini azalttığını gözlemlemişlerdir (Majstorovic, vd., 2024). Obez bireyler sadece kilo sorunuyla değil ruh halleri, benlik saygısı, yaşam kalitesi ve beden imajı ile ilgili sorunlarla da mücadele eder. Bu duygusal sıkıntı muhtemelen tedavi arayışında bir rol oynar, ancak aynı zamanda başarılı tedaviyi de etkileyebilir. Bu nedenlerden dolayı, çoğu multidisipliner obezite tedavi ekibi, hastalarda bu sorunları gerektiği gibi değerlendirebilecek ve tedavi edebilecek ruh sağlığı uzmanlarını içerir (Sarwer ve Heinberg, 2020). Çalışmamızda obez bireylerin psikiyatri öyküleri araştırılırken hangi psikolojik hastalıkla mücadele ettikleri araştırılmamıştır. Dolayısıyla psikiyatri öyküsü olan katılımcıların psikolojik bozukluklarının türü bilinmediğinden cerrahiye başvurma durumlarının tartışılmasının doğru olmadığı düşünülmektedir. Ancak kilo ile ilgili disforik duyguları ölçen DFW skor ortalamaları psikiyatri öyküsü olanlarda olmayanlara oranla yüksek bulunmuş, cerrahiye başvurmayanlarda bu yüksekliğin anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda sigara içen ve alkol kullanan bireylerin obezite cerrahisine başvurma durumları arasında fark bulunmamıştır. Toplam MPABS skor ortalamaları arasında da anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Majstorovic ve arkadaşlarının 19 çalışmayı dahil ettikleri meta analiz sonucunda madde (alkol, sigara, uyuşturucu) bağımlılarının cerrahiye

başvurma olasılıklarının madde bağımlısı olmayanlara oranla daha az olduğunu tespit etmişlerdir (Majstorovic, vd., 2024). Çalışmamızda sigara içen ve alkol kullananlar ile sigara içmeyen ve alkol kullanmayanların cerrahiye başvurma yüzdeleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sigara içenlerde cerrahiye başvurma yüzdesi yaklaşık 60 iken alkol kullananlarda cerrahiye başvurma yüzdesi 50'dir. Phillopson ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada alkol tüketimindeki artışın obezite oranlarını arttırdığını savunmuşlar, ileri düzeyde obezitesi olan yetişkin hastalarda sigara bağımlılığının çok sık görüldüğünü belirtmişlerdir (Phillopson, vd., 2008). Ancak çalışmamızda bağımlılık düzeyleri ölçülmemiş sadece alkol ve sigara kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur. Bu yüzden bağımlılık düzeylerini bilmediğimiz katılımcılar için cerrahiye başvurma eğilimleri hakkında yorum yapılamamaktadır.

Beslenme alışkanlığı bireylerin çocukluk dönemlerinde şekillenmeye başlamaktadır. Evde besin tüketmemek, kahvaltı yapmamak, öğün atlamak, hızlı yemek, dengesiz ve düzensiz beslenme alışkanlığı obeziteye neden olan faktörlerden birkaçıdır (Langer vd., 2005). Obezitenin kısa ve uzun vadede oluşturduğu sağlık problemleri göz önünde tutulduğunda çocukluk dönemi obezitesinin artan insidansı endişe vericidir. Aşırı kilolu ya da obez olmak çocukluk döneminde tip 2 diyabet, erişkin dönemde de kardiyovasküler hastalık gibi bulaşıcı olmayan hastalık oranlarının artmasına neden olabilmektedir (Yıldız, vd., 2015). Obez çocuklarda yabancılaşma, zayıf benlik saygısı, vücut memnuniyetsizliği, depresif belirtiler, yemede kontrol kaybı, sağlıksız kilo kontrol davranışları ve bozulmuş sosyal ilişkiler bulunmaktadır (Kubik, vd., 2013). Çalışmamızda çocukluk çağında obezitesi olan bireylerin Toplam MPABS skor ortalamaları çocukluk çağı obezitesi olmayanlara oranla cerrahiye başvuran ve başvurmayan her 2 grupta da yüksek bulunmuştur. Obezite cerrahisine başvurmayan bireylerde çocukluk çağı obezitesi

olanların, olmayanlara göre Toplam MPABS skor ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kiloya bağlı erken yaşam sorunlarını ölçen alt ölçek ELPW skor ortalaması çocukluk çağı obezitesi olanlarda olmayanlara oranla yüksek bulunmuş ve aradaki farkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kubik ve Yıldız'ın yaptığı araştırmaları, çalışmamızda bulunan ELPW ve tüm MPABS ölçekleri desteklemektedir. Araştırmamıza katılan 176 bireyin 76'sında çocukluk çağı obezitesi bulunmaktadır. Çocukluk çağı obezitesi olan bireylerin de 43'ü obezite cerrahisine başvurmuştur. Çocukluk çağı obezitesi olmayan 100 bireyin ise 50'si obezite cerrahisine başvurmuştur. Majstorovic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukluk çağı obezitesi olanlar daha fazla diyet deneyimi ve daha yüksek ameliyat geçirme olasılığı ile bağlantılı olduğunu bulmuşlardır (Majstorovic vd., 2024). Kubik ve arkadaşlarının dediği gibi obezite birçok hastalığa davetiye çıkarmakta dolaylı olarak da çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde obezite cerrahisine de başvurma durumlarının daha fazla olması beklenmektedir.

Ailesinde obez birey olanların Toplam MPABS skor ortalamalarının ailesinde obez birey olmayanlara oranla yüksek olduğu tespit edilmiş, cerrahiye başvurmeyenlerde bu yükseklik anlamlı bulunmuştur. Langer ve arkadaşları beslenme alışkanlığının çocukluk döneminde başladığını ve alışkanlığın oluşmasında ailenin etkisinin yüksek olduğunu söylemişlerdir. Ailesinde obez birey olan birisinin onlardan etkilenerek yeme davranışı bozukluğu olma riski daha fazladır (Langer vd., 2005). Ayrıca Majstorovic ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz sonucunda insanların cerrahiye başvurma tercihlerini diğer insanların fikirlerine göre şekillendiğini gözlemlemişler ve özellikle ailelerinin tedavi sonrası bakım ve tedavi masrafları açısından yardımlarından dolayı daha etkili olduğunu bulmuşlardır (Majstorovic, vd., 2024). Çalışmamıza katılan 176 obez bireyin 121'inin ailesinde obez birey bulunmaktadır. Ailesinde obez birey bulunan bireylerin yaklaşık

%62'si cerrahiye başvurmuştur ki bu oran anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç Majstorovic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda tokken atıştırır mısınız sorusuna -evet sıklıkla cevabını verenlerin Toplam MPABS skor ortalamaları -hayır asla cevabını verenlere oranla cerrahiye başvuran ve başvurmayan her iki grupta da anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bireylerde psikolojik sıkıntıların varlığı olumsuz duygulara sebebiyet verir ve bazı kişiler bu olumsuz duyguları bastırmak için aşırı yemek yeme, iştah artırma gibi kilo alımına neden olan bir dizi etkiyi tetikler. Zamanla, bu obeziteye, dairesel nedenselliğe ve daha fazla kilo alımına neden olur. (Hemmingsson, 2014) Lüscher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ameliyat öncesi yapılan psikometrik testlerde bireylerin %19'unda anormal yeme davranışı bozukluğu olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamıza katılan bireylerin %58'i tokken atıştırır mısınız sorusuna -evet sıklıkla cevabını vermişlerdir. Ayrıca -evet sıklıkla cevabını veren 102 bireyin 65'i obezite cerrahisine başvurmuştur.

Ana ve ara olmak üzere ikiye ayrılan öğün, günlük yemek tüketim zamanını gösteren bir kavramdır. Ana öğünler sabah, öğle ve akşam olmak üzere üçe ayrılır. Ekicinin yaptığı çalışmada beslenmede bireyin günlük alacağı besin miktarını dengeli dağıtmanın önemli olduğunu ifade etmiştir (Ekici, 2013). Besinlerin kimyasal bileşimleri ve öğünler arasında geçen süre vücuda alınan besinlerin sindirilmesi ve kullanılmasını etkilemektedir. Bir öğünde yenilen besinlerin sindirilmeden diğer öğüne geçilmemesine dikkat edilmelidir (Özdoğan, vd., 2012). Çalışmamıza katılan bireylerde obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan her iki grupta da öğün atlar mısınız sorusuna -evet sıklıkla cevabını verenlerin Toplam MPABS skor ortalamaları, -hayır asla cevabını verenlerin Toplam MPABS skor ortalamalarından düşük bulunmuştur ve aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak öğün atlar mısınız sorusuna -evet sıklıkla cevabını veren 99 bireyin

74'ü cerrahiye başvuru yapmış, 25'i ise cerrahiye başvuru yapmamıştır. Sıklıkla öğün atlayanların cerrahiye daha yakın olmaları Ekici ve Özdoğan ile arkadaşlarının çalışmalarını desteklemektedir.

Çalışmamızda tıkanıncaya kadar yemek yerim diyen katılımcılarda obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerde Toplam MPABS skor ortalamaları, tıkanıncaya kadar yemem diyen bireylere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Flores'in yaptığı çalışma neticesinde tıkanıncasına yemek yemeyi bariatri cerrahisi için endikasyon saymamakta ve tıkanıncaya kadar yeme davranışı olan bireylerin cerrahiye başvurmadan bu yeme bozukluğunun terapi edilmesi gerektiğini savunmuştur. (Flores, 2014) Ancak Majstorovic ve arkadaşları tıkanıncasına yemek yiyenlerin diyetle devam etmediklerini tespit etmiştir (Majstorovic, vd., 2024). Jabbour ile Salman ise, yaptıkları araştırmada tıkanıncasına yemek yemenin bariatri cerrahi sonrası en fazla düzelen bozukluk olduğunu, katılımcılardan %78'i tıkanıncasına yemek yerken bariatri cerrahi sonrasında bu oranın %5'e düştüğünü bulmuşlardır (Jabbour ve Salman, 2021). Literatürde yapılan araştırmalarda bu konuda birbirleri ile çelişen sonuçlar bulunmuştur. Çalışmaya dahil ettiğimiz bireylerin %61'inde tıkanıncasına yeme davranışı bulunmuş, bunların da yaklaşık %47'si obezite cerrahisine başvurmuştur. Tıkanıncasına yeme davranışı olmayan katılımcıların ise yaklaşık %63'ü cerrahiye başvurmuştur. Bizim çalışmamızın sonucu Flores'i desteklemektedir, her ne kadar tıkanıncasına yemek yerim diyen bireylerin sayısı fazla olsa da cerrahiye başvurma bu bireylerde daha az olduğu görülmektedir. Katılımcılar cerrahi ile midemi küçültsem bile kendimi tutamayıp tıkanıncasına yemek yer yine aynı kiloya ulaşırım düşüncesi ile cerrahiye başvurmamış olabilirler. Tıkanıncasına yerim diyenlerin tıkanıncaya kadar yemem diyenlere oranla obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan her iki grupta da EBE skoru yani duygusal ve tıkanıncaya kadar yeme

skoru anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç da Mahony bariatrik cerrahiye başvuranlarda değerlendirme ölçeğinin tutarlılığını göstermektedir.

Obezite cerrahisine başvuran bireylerde sık sık kilo aldığını belirten bireylerin Toplam MPABS, EBE, DFW ve ELPW skor ortalamaları sık sık kilo almam diyen bireylere oranla yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır. Obezite cerrahisine başvurmayan bireylerde ise sık sık kilo aldığını belirten katılımcıların Toplam MPABS, EBE ve DFW skor ortalamaları sık sık kilo almayan katılımcılara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca araştırmamıza katılan 176 bireyin %84,1'i sık sık kilo aldığını belirtmiştir. Bireyin sık sık kilo alıp vermesi bireyde beslenme bozukluğunun varlığını gösterir. Sık kilo alan bireylerde öğün atlama, düzensiz ve dengesiz beslenme gibi yeme bozuklukları obeziteye davet çıkarmaktadır.

Çalışmamızda bariatri cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerde olumlu duygu durumunda yerim diyenlerin Toplam MPABS skor ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca alt ölçeklerden duygusal ve tıkanıncaya kadar yeme (EBE) skor ortalamaları yine her iki grupta da yüksek olduğu saptanmış fakat sadece cerrahiye başvuranlarda bu yükseklik anlamlı bulunmuştur. Olumlu duygu durumunda yerim diyenlerde cerrahiye başvuran ve başvurmayan bireylerin Toplam MPABS skor ortalamaları yüksek bulunmuş ama aradaki fark anlamlı çıkmamıştır. Türkoğlu ve arkadaşları bariatri cerrahi öncesi ve sonrası bireylerin psikolojik yeme tutumlarını araştırmıştır. Bariatri cerrahiden bir yılın sonunda araştırmaya katılan bireylerin BKİ ve olumlu-olumsuz duygusal yeme isteğinde istatistiksel olarak anlamlı azalma olmuştur. Duygusal yemenin bariatrik cerrahi ile değişiminin daha net anlaşılabilmesi için katılımcı sayısının daha fazla olduğu çalışmaların yapılması ve bireylerin daha uzun süre takip edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Türkoğlu, vd., 2022). Evers ve arkadaşları yaptıkları

çalışmada bireylerin duygularını bastırmak amacıyla sevdikleri yiyecekleri daha fazla tükettikleri, duygusal durumun düzelmesiyle yeme davranışının da olumlu etkilendiğini bildirmişlerdir. Yine çalışmalarında olumsuz duygu ortamında iştahlarının azaldığını bulmuşlardır (Evers, vd., 2010). Van Strien ve arkadaşlarının 60 kız öğrenciye yaptıkları çalışma neticesinde olumsuz duygu durumunda yeme eğiliminin arttığı bulunmuştur. İştahı az olan bireylerde duygu durumlarının yeme eğilimleri üzerinde etkilerinin olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca duygusal yeme eğilimi olanların tuzlu gıdalardan çok tatlı besinleri tercih ettiğini bulmuşlardır (Van Strein, vd., 2013) Araştırmamıza katılan bireylerin %52,8'i olumsuz duygu durumunda yerim derken, olumlu duygu durumunda yerim diyenler sayısı ise %37,5'dir.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerde diyet yapanların Toplam MPABS skor ortalamaları diyet yapmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırmamıza katılan 176 bireyin %85'i diyet yapmıştır. Diyet programı kişiye özgü, basit, kolay uygulanabilen, ucuz ve güvenli olmalıdır. Ayrıca diyet seçiminde obezite derecesi, eşlik eden hastalık durumu, risk durumu, önceki kilo verme girişimleri, sosyal ve kişisel kapasite göz önünde tutulmalıdır. (Tsai ve Fabricatore, 2006) Araştırmamıza katılan bireylerin diyeti nasıl yaptıkları, diyetisyen ve uzman hekimlerden ne derece yardım aldıkları bilinmemektedir. Cerrahi öncesinde mutlaka yapılması gereken diyetin %15'lik kısımda neden diyet yapmadıkları halde cerrahiye başvurdıkları da araştırılmamıştır.

Diyet programının esası diyet terapisine bağlılık ve uyumlu kilo vermedir. Diyete olan bağlılığı arttırmak için bireyin yiyecek tercihi, eğitimi, sosyal ve kişisel faktörleri göz önünde bulundurulmalı kısaca bireye özgü program seçilmelidir (Tsai ve Fabricatore, 2006). Çalışmamızda diyet yapan grupta diyete uyum %55 iken diyet programına

uymayanlar %45'dir. Diyet yapanlarda obezite cerrahisine başvuranların diyet programına uyumu kötü olan bireylerin Toplam MPABS skor ortalamaları yüksek bulunmuş ama fark anlamlı çıkmamıştır. Diyet programına uyumu iyi olan bireylerde cerrahiye başvurma aslında daha az olması beklenirken çalışmamızda daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bireylerin her ne kadar diyet programı uygulasa da Tsai ve Fabricatore'nin çalışmasında bulduğu sonuca göre bireye özgü bir diyet önerilmemiş olmasından ileri gelebilir. Ayrıca uzman eşliğinde bir diyet programı uygulamamış olabilirler.

Diyet yapan katılımcılara diyeti yararlı buldunuz mu diye sorduğumuzda %34,5'i evet, %33,3'ü hayır ve %32,2'si emin olmadıklarını söylemişlerdir. Diyeti yararlı bulan bireyler içerisinde diyet uyumu iyi olanlar ve diyet uyumu kötü olanlar da bulunabilir. Çünkü diyetle uyumu her ne kadar kötü olsa da diyet yapabilse kilo verebileceğini düşünmüş olabilirler. Diyet uyumu kötü olan bireylerin Toplam MPABS skor ortalamaları yüksek bulunmuştur ama aralarındaki fark anlamlı çıkmamıştır. Depresif bozukluğu olan, yiyecek bağımlısı, aşırı yeme gibi yeme bozuklukları bulunan bireylerin diyetle uyumu zordur. Bu kişilerin diyeti yararlı bulması da beklenmez dolayısıyla diyeti yararlı bulmayan bireylerde Toplam MPABS skorlarının daha yüksek olması beklenir.

Egzersiz de diyet gibi uzmanlar tarafından bireye özgü programlanmalıdır, obezitenin derecesi ve yanında eşlik eden hastalık durumuna göre egzersiz programının türü, sıklığı, süresi ve şiddeti bireysel belirlenmelidir. Düzenli egzersiz yapmak ve iştahı kontrol altına almak bireyin psikolojisini de desteklemektedir (Küçük Yetkin, 2019). Çalışmamızda egzersiz yapan bireylerde obezite cerrahisine başvuran bireylerin Toplam MPABS skor ortalamaları obezite cerrahisine başvurmayanlara oranla yüksek bulunmuştur. Egzersiz yapan bireylerin de yapmayanlara oranla Toplam MPABS skor ortalamaları yüksek olduğu tespit edilmiştir. Küçük Yetkin'in yaptığı çalışma sonuçları

egzersizin psikolojiyi desteklediğini savunmaktadır, bizim çalışmamız ise Küçük Yetgin'i desteklememektedir. Bunun nedeni egzersiz yapanların nasıl bir program izlediklerini, bir uzman desteğiyle mi egzersiz yaptıklarını ve ne kadar süre egzersiz programına devam ettiklerini bilinmemesinden kaynaklıdır. Bu yüzden psikolojilerini düzeltme açısından egzersiz yapanların Toplam MPABS skor ortalamaları düşük beklenirken egzersiz yapmayanlara oranla yüksek bulunmuştur.

Egzersiz programını yararlı bulma durumlarına göre obezite cerrahisine başvuran bireylerde -emin değilim cevabını verenlerin Toplam MPABS skor ortalamaları -evet ve -hayır diyenlere oranla yüksek bulunmuştur. Obezite cerrahisine başvurmayanlarda ise egzersiz yararlıdır diyenlerin -hayır ve -emin değilim diyenlere oranla Toplam MPABS skor ortalamaları yüksek bulunmuştur ancak ikisinde de bu yükseklik anlamlı çıkmamıştır. Diyet tedavisinde sadece egzersiz yapmak kilo vermeyi sağlamayabilir. Alanında uzman birisinden destek alarak beraberinde diyet programı uygulayan bireyin egzersizi yararlı bulması daha elzem bir sonuçtur. Kilo verme ile beraber benlik saygısında artış, dış görünüş memnuniyetsizliğinde azalma ile psikolojik komplikasyonlarda azalma görülür. Ancak bizim çalışmamızda egzersizi yararlı bulanların yararlı bulmayanlara oranla Toplam MPABS skor ortalamaları yüksek çıkmış ama bu yükseklik de anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda obezite cerrahisine başvuran bireylerde obezite ilacı kullananların Toplam MPABS skor ortalamaları obezite ilacı kullanmayanlara oranla düşük bulunmuş aradaki fark anlamlı saptanmamıştır. Obezite cerrahisine başvurmayanlarda ise obezite ilacı kullananların Toplam MPABS skor ortalamaları obezite ilacı kullanmayanlara oranla tam tersi yüksek çıkmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Obezite ile mücadele öncelikle diyet ve egzersizle yapılmalı sonuç alınmadığında farmakolojik tedaviye geçilmelidir. Ancak diyet ve egzersize oranla yan etkileri fazla olan obezite ilaçlarını uzun

sürelî kullanmak sağlık açısından risk teşkil etmektedir, bazı ilaçların bağımlılık yaptığı da bildirilmektedir. Obezite ilaçlarında asıl maksat iştah azaltmak ve yağı parçalamaktır (Kayar ve Utku, 2013). Çalışmamızda obezite ilacı kullanan bireylerde cerrahiye başvuran ve başvurmayanların Toplam MPABS skor ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin yalnızca %23'ü obezite ilacı kullandığını belirtmiştir. Obezite ilaçları cerrahi işlem gibi kısa vadede sonuç vermediğinden üstelik uzun süre kullanımının yan etkiye maruz kalmalarından dolayı pek tercih edilmemiş olabilir.

Obezite cerrahisine başvuran ve başvurmayan bireylerde obezite tedavisi için başka girişimlerde bulunan bireylerin Toplam MPABS skor ortalamaları başka girişimlerde bulunmayanlara oranla yüksek bulunmuş, ancak aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Obezite tedavisi öncelikle diyet ve egzersiz sonrasında ilaç en nihayetinde de cerrahi ile olmalıdır. Yan etkisi en az olandan, komplikasyon gelişimi en az olandan ve masrafı en az olandan başlamak uygundur. Araştırmamıza katılan bireyler bu tedavi yöntemlerinin dışında Akupunktur yaptırdıklarını ve bitkisel ürünler kullandıklarını söylemişlerdir. Çanakçı yaptığı çalışmada Akupunktur' un diğer tedavi yöntemleri gibi obezite için tek başına bir tedavi yöntemi olarak uygulanabileceğini savunmuştur (Çanakçı, 2017). Ülkemizde çok yaygın olmayan ve bilinmeyen akupunktur obez birey tarafından çok da tercih edilen bir yöntem değildir. Araştırmamıza katılan bireylerin 29'u tedavi için diyet, egzersiz, ilaç ve cerrahi dışında başka girişimlerde bulunduğunu belirtmiş, bunlar içerisinde de 21'i obezite cerrahisine başvurmuştur.

Araştırmamızda öğün atlama durumu obezite cerrahisi yaptıрма üzerinde anlamlı bir değişken olarak bulunmuştur. Sıklıkla öğün atlayan gruba göre, öğün atlamayan gruptaki obezite cerrahisi yaptıрма riski ($1/0,063=15,87$) 15.87 kat daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Sıklıkla öğün atlarım diyen 99 bireyin 74'ü obezite cerrahisine

başvurmuştur, öğün atlamayan 44 bireyin ise 13'ü cerrahiye başvurmuştur. Bireylerin çalışma saatleri, uyku düzeni, gelir düzeyleri gibi etkenler öğün atlama bozukluğunu etkilemektedir. Janout ve Janoutova'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada en fazla atlanan öğünün kahvaltı olduğunu söylemişlerdir (Janout, Janoutova, 2004). Bir başka çalışmada 166 hemşirelik öğrencisinden %33,7'si beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir (Buxton, Davies, 2012). Öğün atlamanın bir sonraki öğünde daha fazla besin almaya yol açtığı, bunun da mideyi büyüterek obeziteye sebebiyet verdiği düşünüldüğünde sıklıkla öğün atlayanların cerrahiye başvurma olasılıklarını artırması beklenen sonuçtur. Çalışmamızda PATASE ölçeğinin alt boyutundaki bir birimlik artış obezite cerrahisi yaptırma riskini %21,9 azaltmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Olumlu tedavi tutumu ve destekleyici ortam ölçeği olan PATASE bireylerin tedaviye uyumunu, hekimlere güvenini ve çevresindekilerin bireye tedavi konusunda desteklerine bakmaktadır. Özellikle aile desteği alan, tedavi için alanında uzman kişilerden yardım alan bireylerin diyet uyumu, egzersiz uyumu sonuç olarak da kilo vermesi daha iyidir. Çevresinden destek alan bu bireylerde psikolojilerinin de sonuç olarak daha iyi olduğu düşünüldüğünde cerrahiye başvurma olasılıklarının düşük olması beklenir.

Araştırmamıza dahil edilen bireylerin yaş ortalaması $36,48 \pm 11,86$ bulunmuştur, cerrahiye başvuranların yaş ortalaması $33,74 \pm 9,49$ cerrahiye başvurmayanlarınki ise $39,55 \pm 13,45$ saptanmıştır. Cerrahiye başvuran bireylerin daha genç olduğu gözlenmiştir. Oğuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 41.88 ± 13.53 bulunmuştur. Bizim çalışmamıza göre yaş ortalamasının yüksek bulunma sebebi Oğuz ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri 10 bireyi çalışmalarına dahil etmeleridir. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin ortalama BKI'si $42,09 \pm 5,85$ ve cerrahiye başvuranlarla başvurmayanların BKI'leri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oğuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

da BKİ ortalaması 41.70 ± 5.52 bulunmuştur. Obezite başlangıç yaşı ortalaması obezite cerrahisine başvuranlarda $18,52 \pm 10,65$ iken cerrahiye başvurmayanlarda $24,76 \pm 13,77$ bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Cerrahiye başvuran bireylerde erken dönem obezitenin daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan bireylerin ortalama hedef vücut ağırlıkları $70,59 \pm 11,35$ bulunmuştur. Obezite cerrahisine başvuran bireylerin Toplam MPABS ve alt ölçeklerin skor ortalamaları, cerrahiye başvurmayan bireylere oranla yüksek bulunmuştur. EBE skoru hariç bu yükseklikler istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda tüm MPABS skor ortalaması $322,64 \pm 53,54$, EBE skor ortalaması $57,14 \pm 13,7$, ELPW skor ortalaması $11,84 \pm 5,41$, DFW skor ortalaması $43,9 \pm 12,28$ ve PATASE skor ortalaması ise $31,99 \pm 6,32$ bulunmuştur. Oğuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tüm MPABS skor ortalaması $318,30 \pm 43,24$, EBE skor ortalaması $53,46 \pm 13,19$, ELPW skor ortalaması $13,32 \pm 5,08$, DFW skor ortalaması $43,26 \pm 10,62$ ve PATASE skor ortalaması ise $32,68 \pm 4,85$ bulunmuştur. Çalışmamız sonucu elde edilen ELPW, DFW ve PATASE skorları Oğuz ve arkadaşlarının çalışmalarına benzerlik gösterirken EBE ve tüm MPABS skor ortalamaları çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur (Oğuz, vd., 2022).

Çalışmamıza katılan bireylerin yaşları ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken obezite başlangıç yaşları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların yaşları ile EBE skoru hariç diğer ölçekler arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur. Oğuz ve arkadaşları 18-44 ile 44+ yaşlarındaki katılımcıların EBE ve Toplam MPABS skorları hariç diğer skorlar arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamışlardır. Katılımcıların BKİ değeri ile obezite başlangıç yaşı arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların BKİ ile EBE skoru hariç diğer skorlar arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. BKİ arttıkça bireyde daha fazla komplikasyon

gelişebilmekte, obezitenin derecesine göre yanında sekonder bir hastalık varlığı riski artmaktadır. Duygusal ve aşırı yeme skoru olan EBE'nin BKI ile anlamlı bir ilişkisinin olmaması aşırı kilolu olmanın olumlu veya da olumsuz duygu durumunda yemeyi ve tıkanıncaya kadar yeme durumunu etkilemediğinden ileri gelebilir. Obezite başlangıç yaşı ile de EBE hariç tüm skorlar arasında anlamlı korelasyon mevcuttur. Çocukluk çağı obezitesi olanların EBE hariç diğer skorları daha yüksek bulunmuştur. Erken dönem obezitesi olan bireylerde fiziksel ve psikolojik travmalar da erken dönemde başlamaktadır. Olumlu veya da olumsuz duygu ortamında yeme davranışı değişikliği kilodan çok psikoloji ile alakalı olması hasebiyle EBE skoru ile ilişkisi anlamlı bulunmamış olabilir.

Obezite cerrahisine başvuran bireylerde yaş ile Toplam MPABS ve alt ölçek skorları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş ancak sadece ELPW skorunun yaşla arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Obezite cerrahisine başvuran bireylerde obezite başlangıç yaşı ile Toplam MPABS ve ELPW skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Obezite başlangıç yaşı küçüldükçe Toplam MPABS ve ELPW skor ortalamaları artmaktadır. Kubik ve arkadaşlarının çalışmasında erken dönemde obez olmanın fiziksel ve psikolojik komplikasyonları artırdığı, yeme bozukluklarına sebep olduğu belirtilmiştir. Yaşa bağlı erken sağlık sorunları ölçeği olan ELPW skorunun obezite başlangıç yaşı ile negatif yönde ilişkisini gösteren bulgumuz Kubik ve arkadaşlarını desteklemektedir (Kubik, vd., 2013). Obezite cerrahisine başvuran bireylerde BKI ile ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Obezite cerrahisine başvurmayan bireylerde yaş ile ELPW ve PATASE skorları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu grupta obezite başlangıç yaşı ile ise EBE skoru hariç diğer ölçeklerde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaşı daha küçük olan bireylerde olumlu tedavi tutumu ve destekleyici ortam ölçeği olan

PATASE skoru yaşı daha büyük olanlara oranla yüksek bulunmuştur. Gelişen tıp ve yaşam kalitesinin günden güne artması bu skorun yaşla ilişkisini anlamlı bulunmasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda obezite cerrahisine başvurmayan bireylerde BKİ ile Toplam MPABS ve EBE ölçeği hariç diğer alt ölçeklerle pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Obezite derecesinin artmasının ruhsal tabloyu daha da kötüleştirilmesi beklenir nihayetinde de ölçek skorları da daha yüksek bulunmaktadır.

Çalışmamızın başlıca kısıtlılıkları; Araştırmamız Tokat'ın sadece bir özel hastanesine başvuran 18-65 yaş arası obez bireylere uygulanmış olup, kamu hastanelerindeki durumu tam olarak yansıtmayabilir. Kesitsel tipte bir çalışma olduğu için çalışmanın tipine özgü sınırlılık mevcuttur. Araştırmamıza katılan bireylere sosyodemografik özelliklerinin araştırıldığı 35 soru ve Mahony Bariatrik Cerrahi Öncesi Ruhsal Değerlendirme Ölçeği'nde bulunan 115 soru yöneltilmiştir. Hem araştırmacı hem de katılımcı için toplamda 150 soru uzun vakit almakta ve katılımcı bireyi yormaktadır. Bu yüzden özellikle cerrahi öncesi yapılan görüşmelerde bireyler araştırmaya katılmak istememektedir. Bir diğer kısıtlılık da ağırlığını tam bilemeyen katılımcıların kilo ölçümü için baskül taşınmalı veya da katılımcı baskül olan yere götürülmelidir, bazı obez bireylerin hareket etmekte ne kadar zorlandığını düşünüldüğünde kilo ölçümünün de zorluğu anlaşılabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda obez bireylerin obezite cerrahisine başvurma durumlarına göre ruhsal sağlık açısından değerlendirilmesi araştırılmıştır. Çalışmamıza katılan 176 bireyin %64,8'i (114) kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması $36,48 \pm 11,86$ 'dır. Katılımcıların %38,1'i ise lisans ve üstü mezunu, %79'unun gelir düzeyi orta, %55,7'si kendini şişman görmekte, %22,7'sinin psikiyatrik öyküsü var ve %68,8'inin ailesinde obez birey vardır.

Obez bireylerde depresyon, anksiyete, beden imaj memnuniyetsizliği ve benlik saygısında düşüklük daha fazla görülmektedir. Olumsuz duygu durumundaki bireyler iştahını kesme veya artırma gibi sonuca varabilmektedir. Olumsuz duygu durumunda iştahı artan bir bireye cerrahi öncesi psikiyatrik tedavi uygulamak kilo vermesini kolaylaştırabilir. Obezite cerrahisine başvuranlarda Toplam MPABS ve alt ölçek skor ortalamaları obezite cerrahisine başvurmayanlara oranla EBE skoru hariç anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum obezite cerrahisine başvuran bireylerin ruhsal sağlık açısından psikolojik durumlarının daha kötü olduğunu göstermektedir.

Cinsiyete göre obezite cerrahisine başvurma durumu ile ruhsal sağlık arasında anlamlı fark bulunmuş olup, obezite cerrahisine başvuranlarda Toplam MPABS ve alt ölçeklerden ELPW ile DFW skor ortalamaları kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Obezite cerrahisine başvurmayanlarda ise EBE ölçeği hariç tüm ölçeklerin skor ortalamaları kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Kadınların dış görünüşlerine erkeklere oranla daha fazla önem vermeleri obez kadınların psikolojilerini olumsuz etkilemektedir. Beden imajlarını düzeltmek isteyen kadınların erkeklere oranla cerrahiye başvurma yüzdeleri de fazla bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan bireylerin %39,2'sinde obezitenin yanı sıra başka bir kronik hastalık mevcuttur. Ayrıca ailesinde kronik hastalığı olanlar ise %65,9'dur. Bazı hastalıklar obeziteye yol açmakta, obezite de bazı hastalıklara sebep olmaktadır. Obezitenin yanında bir kronik hastalığa sahip bireylerin cerrahiye başvurma oranı daha düşüktür. Cerrahların da bu hastalara ameliyat için onay vermeleri daha az olasıdır.

Çalışmamıza katılan bireylerin birçoğunda öğün atlama, tokken atıştırma ve tıkanırcasına yeme gibi yeme bozuklukları bulunmaktadır. Tedaviye geçmeden önce bu yeme bozuklukları giderilirse kilo verme daha da kolay hale gelecektir. Obez bireyler cerrahi işleme alınmadan önce herhangi bir yeme bozukluğu var mı tespit edilip sonucuna göre uzmanlardan yardım alınarak tedavi edilmesi cerrahiyi önleyebilir. Öğün atlama obezite cerrahisi yaptırma üzerinde anlamlı bir değişkendir. Çalışmamızda sıklıkla öğün atlayan katılımcılarda öğün atlamayanlara göre, obezite cerrahisi yaptırma riskinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde 15.87 kat daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0,002$). Birçok bireyin dengeli ve düzenli beslenmeyi bilmediği düşünüldüğünde, bireylere uzmanlar tarafından beslenme eğitimi verilerek daha kolay kilo kontrolü yapmaları öğretilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğu tedavi amacıyla diyetle başvurmuş diyet uyumu da yüksek olmasına rağmen diyeti birçoğu yararlı bulmamıştır. Diyet, alanında uzmanlar tarafından bireye özgü program uygulanarak yapılmalıdır. Diyetin ucuz olması, komplikasyonun az olması nedeniyle tercih ve teşvik edilmelidir. Araştırmamıza katılan bireylerin büyük kısmı egzersiz yapmış ve egzersizi faydalı bulmuştur. Diyet ve egzersiz kişiye özel programlarla beraber uygulandığında kilo vermede başarı artmaktadır.

Araştırmaya katılan obez bireylerin BKİ ortalaması $42,09 \pm 5,85$ 'dir ve %52,8'i obezite cerrahisine başvurmuştur. Kadınlarda ($p < 0,001$), kendini dış görünüş olarak şişman görenlerde ($p = 0,001$), psikiyatri öyküsü olanlarda ($p = 0,001$) ve ailesinde obez birey olanlarda ($p < 0,001$) obezite cerrahisine başvurma oranının başvurmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Aynı zamanda Mahony bariatrik cerrahi değerlendirme ölçeğinin güvenilir olduğu saptanmıştır. Mahony bariatrik cerrahiye başvurma ölçeği kolay uygulanabilir olması, uzmanların fazla zamanını almaması açısından tercih edilebilir bir ölçektir. Psikiyatristlerin obezite cerrahisine başvuran bireylere bu ölçeği uygulaması standart ortak bir değerlendirme yapmalarını sağlar.

Dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı sürekli artan ve önemli bir halk sağlığı problemi haline dönüşen obezitenin önlenabilir bir hastalık olduğu göz önüne alınmalı, obeziteyle mücadele adına sağlıklı beslenme ve spor yapma hakkında insanlar daha çok bilinçlendirilmelidir. Obezite tedavisinde öncelikle davranış değişikliği ile beraber diyet ve egzersiz uygulanmalı, sonuç alınamaz ise farmakolojik tedaviye geçilmeli devamında da cerrahiye başvurulmalıdır. Günümüzde sosyal medya ve çevrenin etkisiyle kısa ve hızlı bir çözüm olan cerrahiye başvuru artmıştır. Gerektiği halde yapılan obezite cerrahileri bireylerin sağlığını olumsuz etkileyebileceği için mutlaka endikasyon dahilinde obezite cerrahisi uygulanmalıdır. Obezite multidisipliner bir hastalık olduğu için cerrahi öncesi ve sonrasında alanında uzmanlarla beraber hareket edilmelidir. Obezite cerrahisine başvurma durumuna göre ruhsal sağlığı etkileyen değişkenlerin saptanmasına yönelik daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Aycan, M., 2022, Evaluation of Eating Behavior Disorders, Emotional State and Quality of Life in Bariatric Surgery Patients, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, M.Sc. Thesis in Dietetics Programme, Ankara.
- Baltacı, D., 2015, Birinci basamakta obezite tedavisi, *Türkiye Klinikleri J Fam MedSpecial Topics* 2015;6(3):96-102.
- Baltasar A, Serra C, Perez N, Bou R, Bengochea M (2006). Re-sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2006 Nov;16(11):1535-8.
- Bayraktar E (1995). Obezitenin Psikolojik Yönleri. (Ed: Yılmaz C), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 107-137.
- Berberoğlu, Z., & Hocaoglu, C. (2021). Küresel Sağlık Sorunu ‘Obezite’: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*.
- Blackburn GL, Apovian CM, Boulton HR, Cummings S, Harvey AM, Hutter MM et al. (2009) Expert panel on weight loss surgery: executive report update. *Obesity*, 17:842-862.
- Bor S., Turan İ., Özütemiz Ö. (2007) Morbid obezite tedavisinde intragastrik balon uygulaması sırasında meydana gelen balon rüptürü vakası, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 6(2), 94-96.
- Buchwald H. (2011). *Buchwald's Atlas of Metabolic and Bariatric Surgical Techniques and Procedures*, Fiedelfiya, Elsevier,
- Bult MJF, Dalen T, Muller AF (2008) Surgical treatment of obesity. *European Journal of Endocrinology*, 158, 135-145.
- Buxton, C., Davies, A. (2012). Nutritional knowledge levels of nursing students in a tertiary institution: Lessons for curriculum planning. *Nurse Educ Pract.* 2013 Sep;13(5):355-60
- Chiu J.D., Soffer E. (2015). Gastric electrical stimulation for obesity, *Current Gastroenterology Reports*, 17(4), 1-6.
- Crino M, Sacks G, Vandevijvere S, Swinburn B, Neal B. The Influence on Population Weight Gain and Obesity of the Macronutrient Composition and Energy Density of the Food Supply. *Curr Obes Rep.* 2015 Mar;4(1):1-10
- Çanakçı, Y. D. D. E. (2017). Obezite Tedavisinde ve Akupunktur’un Yeri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(4), 23-30.
- Çayır A, Nazlı A, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2011.
- Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M, Köroğlu MA, Uluutku N. “Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Depresyon Yaygınlığı Ve Depresyonun Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi” 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon, 1999.
- David LA, Sijercic I, Cassin SE. Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review. *Obesity Reviews*, 21(4), e12926.
- Demiray, G., & Yorulmaz, F. (2023). Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 147-155.

- Ekici, G. (2013), Yurtta kalan kız öğrencilerde beslenme alışkanlıkları ile vücut imajı, duygusal durum ve akademik başarı ilişkisi, *Ergoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 11-19.
- Elder K.A., Wolfe B.M. (2007). Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes, *Gastroenterology*, 132(6), 2253-2271.
- Erol V., Öztürkeri Ö.A., Yılmaz T.H., Emre S., Gülay H. (2016). Management of peripheric neuropathy following laparoscopic sleeve gastrectomy, *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, , 9(1), 35-9.
- Evers, C., Marijn, SF., de Ridder DT. (2010). Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating. *Pers Soc Psychol Bull.* 2010 Jun;36(6):792-804.
- Faith, M. S, Butryn, M, et al (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies, *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), e438–e453.
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* Jan 2;309(1):71-82.
- Flores CA. Psychological assessment for bariatric surgery: current practices. *Arq Bras Cir Dig.* 2014;27 Suppl 1(Suppl 1):59-62.
- Fobi M.A.L., Fleming A.W. (1986). Vertical banded gastroplasty vs gastric bypass in the treatment of obesity, *Journal of the National Medical Association*.
- Ghizoni CM, Brasil F, Taconeli CA, Carlos LO, Saboia F, Baretta GAP, Cruz Mrrd, Campos Acl. Development And Validation Of A Psychological Scale For Bariatric Surgery: The Baritest. *Arq Bras Cir Dig*, 35: e1682, 09 Sep 2022.
- Gibson-Smith D, Bot M, Paans NP, Visser M, Brouwer I, Penninx BW. The role of obesity measures in the development and persistence of major depressive disorder. *J Affect Disord* 2016.
- Glickman D, Parker L, Sim LJ, Del Valle Cook H, Miller EA, editörler (2012). *Obezite Önlemede Hızlanan İlerleme: Ulusun Ağırliğini Çözmek*. Washington, DC: Ulusal Akademiler Tıp Enstitüsü. Ulusal Akademiler Basın.
- Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. *Lancet.* 2007 Sep 15;370(9591):957-64.
- Güngör, Ş. (2019). Obezitenin Tedavisinde Geçmiş ve Güncel Bariatrik Cerrahi Uygulamaları. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 697-705.
- Hall JE, Mouton AJ, da Silva AA, Omoto ACM, Wang Z, Li X, do Carmo JM (2021). Obesity, kidney dysfunction, and inflammation: interactions in hypertension. *Cardiovasc Res.* Jul 7;117(8):1859-1876.
- Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev.* 2014 Sep;15(9):769-79.
- HSGM 1, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-yol-actigi-saglik-problemleri.html>, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, erişim 02/07/2024.
- HSGM 2, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html>, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, erişim 02/07/2024.
- Jabbour, G., Salman, A. Obeziteli Yetişkinlerde Bariatrik Cerrahi: Performans, Metabolizma ve Sağlık Endeksleri Üzerindeki Etkisi. *OBES SURG* 31, 1767–1789 (2021).

- Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in the Czech Republic--cross-sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2004 Dec;148(2):189-93.
- Karamanakos SN, Vagenas K, Kalfarentzos F, Alexandrides TK (2008). Roux-en-Y gastrik baypas ve tüp mide ameliyatından sonra kilo kaybı, iştahın bastırılması ve açlık ve tokluk ghrelin ve peptit-YY düzeylerindeki değişiklikler: prospektif, çift kör bir çalışma. *Ann Surg.*; 247 (3):401–407.
- Kayar, H., & Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2); 1-8.
- Kılıç O. (2016) Sleeve gastrektomili hastaların uzun dönem klinik sonuçları, Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi.
- Kızılkaya, Gülnaz, 2022, Bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda kahkaha yogasının depresyon ve serotonin düzeylerine etkisi, Malatya İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye
- Kinzl JF. Morbid obesity: significance of psychological treatment after bariatric surgery. *Eat Weight Disord.* 2010 Dec;15(4): e275-80.
- Koç, S. (2016). Obez Adolesanlarda Metabolik Sendromun ve Alkolik Olmayan Karaciğer Yağlanması'nın Araştırılması, Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği; 2006.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_seher_koc.pdf (Erişim Tarihi: 23.02.2016).
- Kojima M, Hosoda H, Date Y, Nakazato M, Matsuo H, Kangawa K. Ghrelin (1999) is a growth hormone releasing acylated peptide. *Nature*; 402: 656–60.
- Kristenson M ve ark. (2004) Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science and Medicine. Soc Sci Med.* 2004 Apr;58(8):1511-22.
- Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes.*2013;2013:837989.
- Küçük Yetgin, M. (2019). Obez Bireyin Egzersiz Öncesi Değerlendirilmesi ve Egzersiz Reçetelendirilmesi. *Türkiye Diyabet Ve Obezite Dergisi*, 3(3), 115-122.
- Langer, F.B., Hoda, M.A.R., Bohdjalian, A., Felberbauer, F.X., Zacherl, J., Wenzl, E., vd. (2005). Sleeve gastrectomy and gastric banding: effects on plasma ghrelin levels, *Obesity Surgery.* 2005 Aug;15(7):1024-9.
- Lin, H. Y, Huang, C. K, et al (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment, *BMC Psychiatry*, 13, 1.
- Lüscher, A., Vionnet, N., Amiguet, M., Chartoumpekis, D., Mantziari, S., Frantz, J., & Favre, L. (2023). Impact of preoperative psychiatric profile in bariatric surgery on long-term weight outcome. *Obesity Surgery*, 33(7), 2072-2082.
- Mahony, D. (2008). Psychological gender differences in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 18, 607-610.
- Majstorovic, M., Chur-Hansen, A., Andrews, J. M., & Burke, A. (2024). Factors associated with progression or non-progression to bariatric surgery in adults: a systematic review. *Obesity Reviews*, 25(4), e13698.
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian journal of psychiatry*, 21, 51-66.

- McLaren, L, Beck, C. A, et al, (2008). The relationship between body mass index and mental health. A population-based study of the effects of the definition of mental health, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 63–71.
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., ... & Brethauer, S. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(2), 159-191.
- Monda, V, La Marra, M, et al (2017). Obesity and brain illness: from cognitive and psychological evidences to obesity paradox, *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 10, 473– 479.
- Oğuz G, Batmaz S, Toker Uğurlu T, Karabekiroğlu A, Al M, Mert A, Birsen O, Matsar Ay A, Eles V, Derici Ülker B, Sözeri Varma G. Validity and Reliability of the Turkish Version of Mahony Psychological Assessment for Bariatric Surgery. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2022.
- Oppert JM, Bellicha A, van Baak MA, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, Carraça EV, Encantado J, Ermolao A, Pramono A, Farpour-Lambert N, Woodward E, Dicker D, Busetto L (2021). Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: Synthesis of the evidence and recommendations from the European Association for the Study of Obesity Physical Activity Working Group. *Obes Rev*. Jul;22 Suppl 4(Suppl 4):e13273.
- Özarmağan, S., Bozbora A. (2008). Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler. İçinde: Orhan Y, Bozbora A.(editörler), *Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi*, 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık.
- Özdemir, İlhan B. (2018). Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi, T. C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Özdoğan, Y., Yardımcı, H., Özçelik, A. Ö., & Sürücüoğlu, M. S. (2012). Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitimi Fakültesi Dergisi*, 29(1), 67-74.
- Philipson, T., & Posner, R. (2008). Is The Obesity Epidemic A Public Health Problem? A Decade Of Research On The Economics Of Obesity (No. W14010). National Bureau Of Economic Research.
- Pulgaron ER, Delamater AM (2014). Obesity and type 2 diabetes in children: epidemiology and treatment. *Curr Diab Rep*. Aug;14(8):508.
- Renato P, Laura P, Alessandra G (2007). Obesity and infertility. *December*;14(6):429-503.
- Riobó Serván P (2018). Pautas dietéticas en la diabetes y en la obesidad [Diet recommendations in diabetes and obesity]. *Nutr Hosp*. Jun 12;35(Spec No4):109-115. Spanish
- Rutledge R. (2001). The mini-gastric bypass: experience with the first 1,274 cases. *Obesity Surgery*. 11(3), 276-280. [65] Lee W.J., Ser K.H
- Sağlam F., Güven H. (2014). Obezitenin cerrahi tedavisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 60-5.
- Saleh J, Sniderman AD, Cianflone K (1999). Regulation of plasma fatty acid metabolism. *Clin Chim Acta* 286:163-180.

- Sánchez-Garrido MA, Ruiz-Pino F, Manfredi-Lozano M, Leon S, Garcia-Galiano D, Castaño JP, Luque RM, Romero-Ruiz A, Castellano JM, Diéguez C, Pinilla L, Tena-Sempere M. 2014. Obesity-induced hypogonadism in the male: premature reproductive neuroendocrine senescence and contribution of Kiss1-mediated mechanisms. *Endocrinology*. Mar;155(3):1067-79. doi: 10.1210/en.2013-1584. Epub 2014 Jan 1. PMID: 24424048.
- Sarwer, D. B., & Heinberg, L. J. (2020). A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery. *American Psychologist*, 75(2), 252.
- Saygılı F. (1999). Obezite Komplikasyonları Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi Mart matbaacılık, İstanbul, 41-57.
- Schousboe K, Visscher PM, Erbas B, et al (2004). Yetişkin vücut büyüklüğü, şekli ve bileşimi üzerindeki genetik ve çevresel etkilerin ikiz çalışması. *Int J Obes Relat Metab Disord.*;28(1):39-48.
- Serter, R. (2004). Obezite atlası, Karakter Color Basımevi, Ankara
- Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N., & Bozkurt, S. (2014). Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 6(1), 32-44.
- Shakory, S., Van Exan, J., Mills, J. S., Sockalingam, S., Keating, L., & Taube-Schiff, M. (2015). Binge eating in bariatric surgery candidates: The role of insecure attachment and emotion regulation. *Appetite*, 91, 69-75.
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Social science & medicine*, 58(8), 1463-1473.
- Skelton JA, Irby MB, Grzywacz JG, Miller G. (2011). Çocuklarda obezite etiyolojileri: doğa ve yetiştirme. *Pediatr Kliniği Kuzey Am.*;58(6):1333-1354, ix.
- Sönmez Ö. (2018). Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; Mersin.
- Suraweera D., Saab E.G., Choi G., Saab S. (2007) Bariatric surgery and liver transplantation, *Gastroenterology and Hepatology*, 13(3), 170-175.
- TEMD, https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190527160325-2019tbl_kilavuza1dab037d3.pdf, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Erişim tarihi:11/07/2024
- Tsai, A. G., & Fabricatore, A. N. (2006). Obesity: psychological and behavioral considerations. *American Family Physician*, 74(5), 867-868.
- TÜİK, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>, Türkiye İstatistik Kurumu, erişim tarihi:02/07/2024.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, (2019).
- Türkoğlu Dikmen, S. N., İlkay, Ş., & Şafak, Y. (2022). Bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası benlik saygısı, duygusal yeme, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi: Bir yıllık takip çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi*, 4(2), 140-147.
- Usta, E. ve Çavdar, İ. (2013). Obezite cerrahisinde (bariyatrik cerrahi) hemşirelik bakımı, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*.
- Van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., Baños, R. (2013) Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*.
- WHO 1, https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, World Health organization, erişim tarihi:08/07/2024.

- WHO 2, <https://iris.who.int/handle/10665/63854>, Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, June, 3–5, 1997). Geneva: WHO. file:///C:/Users/tr/Documents/Downloads/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf (Erişim Tarihi: 08/07/2024).
- WHO 3, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, World Health organization, erişim tarihi:02/07/2024.
- Woo, Y. S., Seo, H. J., McIntyre, R. S., & Bahk, W. M. (2016). Obesity and its potential effects on antidepressant treatment outcomes in patients with depressive disorders: a literature review. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(1), 80.
- Yıldız, D., Fidancı, B. E., & Suluhan, D. (2015). Çocukluk dönemi obezitesi ve önleme yaklaşımları. *TAF Prev Med Bull*, 14(4), 338-45.
- Zhang, X. Y., Guo, C. C., Yu, Y. X., Xie, L., & Chang, C. Q. (2020). Establishment of high-fat diet-induced obesity and insulin resistance model in rats. *Beijing da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Peking University. Health Sciences*, 52(3), 557-563.

EKLER

EK-1

Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarına Göre Obez Bireylerin Ruhsal Sağlık Açısından Değerlendirilmesi

Aşağıdaki kişisel bilgilerle ilgili soru ve konularda belirtilen şıklardan size en uygun olan kutucukları X ile işaretleyiniz. Açık uçlu soruları ise size uygun olacak şekilde doldurunuz.

A- Tanımlayıcı Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Evlilik durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış

4. En son mezun olduğunuz okul nedir?

☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu

☐ Ön lisans mezunu ☐ Lisans mezunu ☐ Yüksek lisans ☐

Doktora

5. Bir işte çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

6. Gelir düzeyiniz nedir? ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

7. Kendinizi nasıl görüyorsunuz? ☐ Normal ☐ Kilolu ☐ Şişman

8. Boy uzunluğunuz? cm

9. Kilonuz? kg

10. Beden kitle İndeksiniz?

11. En az 6 ay ilaç kullanmanıza sebep olan bir rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

13. Geçmişte psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

14. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

15. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

16. Çocukluk çağı obezitesi var mıydı? ☐ Evet ☐ Hayır

17. Obezite başlangıç yaşı kaç?

18. Ailede başka obez birey var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

19. Acıkmadığınız zamanda atıştırır mısınız?

- ☐ Evet, sıklıkla ☐ Evet, bazen ☐ Hayır, asla
20. Öğün atlar mısınız? ☐ Evet, sıklıkla ☐ Evet, bazen ☐ Hayır, asla
21. Tıkanırcasına yer misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
22. Sık kilo alır mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır
23. Olumsuz duygu varlığında sıkça yemek yer misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
24. Olumlu duygu varlığında sıkça yemek yer misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
25. Diyet programı uyguladınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
26. Diyet programına uyumunuz nasıldı? ☐ İyi ☐ Kötü
27. Egzersiz programı uyguladınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
28. Diyet programını yararlı buldunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
29. Egzersiz programını yararlı buldunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
30. Hedef vücut ağırlığınız kaçtır? Kg
31. Obezite Cerrahisine hiç başvurduğunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır
32. Cevabınız hayır ise Obezite Cerrahisi düşünür müsünüz?
- ☐ Evet (Neden) ☐ Hayır (Neden)
33. Obezite için ilaç kullandınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
34. Obezite için başka girişimleriniz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır
35. Evet ise başka ne gibi girişimlerde bulundunuz? Varsa yazınız:

Mahony Bariyatrik Cerrahi Öncesi Ruhsal Değerlendirme Ölçeği

	Aşağıdaki ifadeler sizin için doğru mu?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Sağlığım hakkında endişelenirim.					
2	Oturacak yerler çok küçük olduğundan restoranlara gidemem.					
3	Daha gençken, günlerce birşey yemediğim olurdu.					
4	Kilom yüzünden içimden birşey yapmak gelmiyor.					
5	Yalnız kaldığımda daha fazla yerim.					
6	Ameliyat sırasında tıbbî sorunlar yaşayabileceğimden endişeleniyorum.					
7	Kilom yüzünden utanıyorum.					
8	İnsanlar“Üzgünüm,” dediklerinde aslında neredeyse Hiçbir zaman bunu gerçekten kast etmezler.					
9	Bazı zamanlar saatler boyunca az miktarda birşeyler yiyip dururum.					
10	Çocukken görünümümden hoşnut değildim.					
11	Sinirli olduğumda yalnız bırakılmak isterim.					
12	Çok fazla yediğimde rahatsız hissederim.					
13	Ne hissettiğimi anlamakta zorluk çekerim.					
14	Ailem bariyatrik cerrahi geçirme kararımı destekliyor.					
15	Geceleri daha fazla yerim.					
16	İnsanlar hakettiğinde onlara karşı kin beslerim.					
17	Doktorlarım beni dinlemeye vakit ayırıyorlar.					
18	Gençken görünümümden memnun değildim.					
19	Basamak çıktığımda nefes darlığım olur.					
20	Birgünü atlatabilmem için ağrı kesicilere ihtiyacım olur.					
21	Kilom yüzünden işyerinde zorluk yaşıyorum.					
22	Doktorumun önerilerine uyarım.					
23	Kilom yüzünden kendimi sevmiyorum.					
24	Ailem bana gereken tüm sevgiyi veriyor.					
25	Ne zaman birini gerçekten sevsem, o beni hayal kırıklığına uğrattıyor.					
26	Tatlı yedikten sonar suçlu hissederim.					
27	Yememin kontrolden çıkacağından endişe ederim.					
28	Bana kötü davranılırsa ya da görmezden gelinirsem kızarım.					
29	Bol şekerli buzlu süttten içecekleri(milkshake) severim.					
30	Zorluklarla karşılaşmayı severim.					
31	Oturacak yerler çok küçük olduğundan sinemaya gidemem.					
32	Ne yediğimi control etmeye çalışırım.					

	Aşağıdaki ifadeler sizin için doğru mu?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
33	Gençken kilolarım yüzünden benimle dalga geçtiler.					
34	Aldığım tıbbî tedaviden memnunum.					
35	Sıkıldığımda yemek yerim.					
36	Belli başlı yiyecekleri arzuladığımda dışarı çıkar ve onu alırım.					
37	Kilom beni çok ciddi şekilde üzüyor.					
38	Hızlı yemek yerim.					
39	Geçmişte anne-babam, eşim ya da birlikte olduğum kişi tarafından fiziksel istismara uğradım.					
40	İşler çok zorlaştığında vazgeçerim.					
41	Dondurma yemeyi severim.					
42	Çocukken kilom yüzünden spor yapmadım.					
43	Sinirlendiğimde en iyisi bunu kendi içimde yaşamaktır.					
44	Bazı yiyecekleri yemeye başladığımda durmakta zorlanırım.					
45	Diyet yapmayı düşünürüm.					
46	Kilo vermediğim takdirde işlerim benim için hiçbir zaman daha iyi olmayacağını hissediyorum.					
47	Oturacak yerler çok küçük olduğundan uçak, otobüs ya da trenlerle seyahat edemem.					
48	Ameliyattan sonar kilo vermek kolay olacak.					
49	Benim sorunlarım başkalarının sorunlarından daha ciddi.					
50	Şeker yedikten sonar suçlu hissedirim.					
51	Gençken kilolarım yüzünden randevulaşmakta zorluk yaşadım.					
52	Dediklerimin anlaşılabilmesi için bazı insanlara bağırarak zorundayım.					
53	Açsam ve yemek yiyemiyorsam, aç-susuz bırakılmış gibi hissediyorum.					
54	Üzgün olduğumda yerim.					
55	Kilom cinsellik yaşamama engel oluyor.					
56	Ameliyat olmazsam erken yaşta öleceğimden endişe ediyorum.					
57	Kilom yüzünden hayatı yaşamaya değer bulmuyorum.					
58	Ameliyattan o kadar korkuyorum ki belki de vazgeçerim.					
59	Çok fazla basamağı olan yerlere gidemem.					
60	Fastfood yerim.					
61	Ne zaman acıktığımı fark ederim.					
62	Çocukken kilolarım yüzünden diğer çocuklarla oynamazdım.					
63	Çok sinirlendiğimde bir şeyleri atmışlığım ya da kırmışlığım vardır.					
64	Yorgunken yerim.					
65	Çok fazla yediğim için kilo vermekte zorlanıyorum.					

	Aşağıdaki ifadeler sizin için doğru mu?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
66	Diğer insanların beni kilolarım yüzünden sevmediğini düşünüyorum.					
67	Alkol kullanma eğilimime karşı dikkatli olmalıyım.					
68	Bariyatrik cerrahi geçirmesem daha fazla kilo alacağımdan endişeleniyorum.					
69	Öğünleri planlamaya vakit harcarım.					
70	Daha önce depresyona girdim.					
71	Zayıf insanların yediği miktar kadar yerim.					
72	Başkalarıyla birlikteyken daha fazla yerim.					
73	Sinirli olduğumda yerim.					
74	Kilomun sorumlusu benim.					
75	Yalan söylemişliğim vardır.					
76	Kilom yüzünden sosyal ortamlarda iyi hissetmem.					
77	Tıkabasa doyana kadar yerim.					
78	Hislerim hakkında konuşmak benim için birşeyleri değiştirir.					
79	Geçmişte işler o kadar kötüydüki intiharı düşündüm.					
80	Doktorlarım yakınmalarımı ciddiye alıyorlar.					
81	Çok fazla yedikten sonar suçlu hissederim.					
82	Endişeli olduğumdayerim.					
83	Hakkında konuşmasam da cinsel istismar / saldırı kurbanıydım.					
84	Oturabileceğim biryer olduğunu bilmediğim yerlere gitmem.					
85	Düzenli olarak egzersiz yaparım.					
86	Kilom hakkında düşündüğümde kendime kızarım.					
87	Diğer kişilere güvenirim.					
88	Kilom yüzünden evimin içinde hareket etmekte güçlük yaşarım.					
89	Mutlu olduğumda yerim.					
90	Gerçekten sevdiğim yiyecekten uzak durmak zordur.					
91	Eskiden kilo vermek için kendimi kusturduğum olurdu.					
92	Çocukken kilom yüzünden benimle dalga geçilirdi.					
93	Yemem kontrolden çıkar.					
94	Sevdiklerim benim için basit şeyleri yapmaya karşı çıkar.					
95	Ameliyattan sonra tıbbî sorunlarım olabileceğinden endişeleniyorum.					
96	Ameliyattan sonra“dumpingsendromu”(hızlımide boşalması)yaşarsam başım dönebilir.					
97	Ameliyattan sonra tek seferde 250 gram yiyecek yiyebilirim.					
98	Ailem sorunları kavga etmeden ele alır.					
99	Üzgün olduğumda yerim.					
100	“Tatlıcı”yımdır(Tatlıya düşkünümdür).					

	Aşağıdaki ifadeler sizin için doğru mu?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
101	Madde kullanma eğilimime karşı dikkatli olmalıyım.					
102	Eğer izin verirsiniz insanlar sizden faydalanır.					
103	Kilom yüzünden işe gidemez oldum.					
104	Borç ödemeleri yüzünden ciddi sorunlarım oldu.					
105	Kilom yüzünden kendi temizliğimi yapmakta zorlanırım.					
106	Ameliyattan sonra da şu an yediklerimin aynısını yiyebilirim.					
107	Ameliyattan sağ çıkamayabileceğimden endişeleniyorum.					
108	Arkadaşlarım bariyatrik cerrahi geçirme kararımı destekliyor.					
109	Sinirlendiğimde kontrolümü kaybederim.					
110	İstedğim engellendiğinde yerim.					
111	Ameliyattan sonra yediklerimi daha az çiğnemem gerekecek.					
112	Kilom hakkında düşündüğümde üzgün hissediyorum.					
113	Geçmişte bir psikiyatri hastanesinde tedavi gördüm.					
114	Tanıdığım kişiler kilolu oldukları için öldüler.					
115	Geçmişte madde ya da alkol sorunum için ihtiyacım olan yardımı aldım.					

EK-2

MEDICALPARK 23

Sayı : 146 Tarih : 13.03.2023
Konu : Anket Görevlendirmesi
(İbrahim DEMİR) hak.

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Hastanemizde görev yapan Eczacımız İbrahim DEMİR "Obezite Cerrahisine başvuru durumlarına göre Obez bireylerin ruhsal sağlık açısından değerlendirilmesi" başlıklı tezi 2023 Mart ve Nisan ayları içinde hastanemiz hastalarına Anketin yapılması tarafımızca uygun görülmüş olup, gerekli izinlerin verilmesi hususunda;

Bilgilerinize arz ederim.


Op.Dr. Şehadet ÖZDEN
Medical Park Tokat Hastanesi
Başhekim

MEDICALPARK HASTANELER GURUBU
Yeşilirmak Mah. Vali Zekai Gümrüoğlu Cad. No: 29 TOKAT

444 44 84
medicalpark.com.tr

EK-3



2 ileti dizisinden 1. <



İbrahim Demir <

Alici: sedat.batmaz@gmail.com ▼

26 Ara 2022 Pzt 18:46



Değerli Hocam Merhabalar

Ben İbrahim Demir, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans tez öğrencisiyim. Tokat Özel Medicalpark Hastane' sinde Eczacı olarak görev yapmaktayım. Obezite cerrahisine başvurma durumlarına göre obez bireylerin ruhsal sağlık açısından değerlendirilmesi ile ilgili tez çalışmamda, müsaadenizle Türkçe' ye çevirdiğiniz " Mahony Bariatrik Cerrahi İçin Ruhsal Değerlendirme Ölçeği" ni " kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim, saygılarımla .



Sedat Batmaz <

Alici: ben ▼

26 Ara 2022 Pzt 18:48



Türkçe diline çevir



İbrahim Bey merhaba,

Ölçeği tezinizde kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilekelerimle.

EK-4

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı : 83116987 - 190 Konu : Etik Kurul Kararı Toplantı Tarihi : 16.03.2023 Toplantı No : 2023/05 Proje No : 23-KAEK-073		16.03.2023
Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Yalçın ÖNDER		
Etik Kurulumuzun 16.03.2023 tarihli toplantısında görüşülen 23-KAEK-073 kayıt numaralı “Obezite Cerrahisine Başvurma Durumlarına Göre Obez Bireylerin Ruhsal Sağlık Açısından Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.		
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.		
Bilgilerinizi rica ederim.		
Doç.Dr. Muzaffer KATAR Başkan		
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:(0356)212 52 98-212 95 00/7515		

