



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BARIATRİK CERRAHİNİN OBEZ HASTALARDA BENLİK
SAYGILARI VE CİNSEL YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hazan TOMAR BOZKURT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Memduha AYDIN

KONYA-2020

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BARIATRİK CERRAHİNİN OBEZ HASTALARDA BENLİK
SAYGILARI VE CİNSEL YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hazan TOMAR BOZKURT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Memduha AYDIN

Konya-2020

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ve tezimin her aşamasında hem desteği hem de danışmanlığı ile yanımda olan, ilkeli ve özverili oluşuyla tanıdığım ilk günden itibaren kendime örnek aldığım Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi değerli hocam Doç. Dr. Memduha Aydın'a,

Asistanlık hayatım boyunca katkılarından dolayı bölümümüzün kıymetli hocaları Prof. Dr. Yavuz Selvi, Prof. Dr. Özkan Güler, Prof. Dr. Kürşat Altınbaş, Dr. Öğr. Üyesi Ali Kandeğer ve Dr. Öğr. Üyesi Alparslan Cansız'a,

Tezimde büyük emeği olan Psikolog Zeynep Çalış'a ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, bölümümüzün tüm çalışanlarına,

Tezimde emeği bulunan Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hüseyin Yılmaz'a ve bölüm personellerine,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca beni her koşulda destekleyen, evlatları olduğum için mutluluk duyduğum, bu günlere gelmemde büyük emeği olan annem Ayşe ve babam Yusuf'a, bana en güzel armağanları olan kardeşim Deniz'e,

Hayatımın kalanını paylaşacak olmaktan dolayı mutluluk duyduğum ve kendimi şanslı hissettiğim canım eşim Abdullah'a,

En harika varlığım, mutluluk kaynağım tatlı oğlum Bartu'ya,

Teşekkür ederim.

Dr. Hazan TOMAR BOZKURT

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	i
TABLolar LİSTESİ.....	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Obezitenin Tanımı	2
1.2. Obezitenin Tarihçesi.....	2
1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	3
1.4. Obezitenin Sınıflandırılması ve Derecelendirilmesi	4
1.5. Obezitenin Etiyolojisi	6
1.5.1. Beslenme Alışkanlıkları, Yetersiz Fiziksel Aktivite ve Çevresel Nedenler.....	6
1.5.2. Genetik Nedenler	7
1.5.3. Nöroendokrin Nedenler	8
1.5.4. İlaç Kullanımına Bağlı Nedenler	9
1.6. Obezitede Tedavi Yaklaşımları	9
1.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	10
1.6.2. Egzersiz ile Tedavisi.....	10
1.6.3. Davranış Tedavisi	11
1.6.4. Farmakolojik Tedavisi	11
1.6.5. Cerrahi Tedavisi.....	12
1.6.5.1. Ayarlanabilir Gastrik Band	13
1.6.5.2. Sleeve Gastrektomi	13
1.6.5.3. Roux-en-Y Gastrik Bypass	14
1.6.5.4. Biliopankreatik Diversiyon ± Duedonal Switch	14
1.7. Obezitenin Psikososyal Sonuçları.....	14
1.8. Obezite ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki	15
1.9. Obezite ile Birlikteliğine Sık Rastlanan Psikiyatrik Bozukluklar.....	17
1.9.1. Yeme Bozuklukları.....	17
1.9.1.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB).....	17
1.9.1.2. Gece Yeme Sendromu (GYS).....	17
1.9.1.3. Emosyonel Yeme	18
1.9.2. Depresif Bozukluk	18
1.9.3. Anksiyete Bozuklukları	19
1.9.4. Yeme Bağımlılığı.....	19

1.10. Bariatrik Cerrahinin Psikososyal Sonuçları	20
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
2.1. Çalışma Deseni ve Uygulamalar.....	22
2.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
2.1.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	23
2.2. Psikometrik Değerlendirme Araçları	24
2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu.....	24
2.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	24
2.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	24
2.2.4. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	24
2.2.5. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	25
2.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	25
2.2.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11).....	25
2.2.8. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36).....	26
2.2.9. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)	26
2.2.10. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)	26
2.3. İstatistiksel Analiz Yöntemi.....	27
3. BULGULAR.....	28
3.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	28
3.2. Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri.....	29
3.3. Hasta Grubunun Diğer Klinik Özellikleri.....	31
3.4. Bariatrik Cerrahi Öncesi Hasta Grubunun ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Değerlendirmesine Ait Bulgular.....	34
3.5. Hasta ve Kontrol Grubunun Kilo ve İlişkili Bulguları.....	37
3.6. Bariatrik Cerrahi Sonrası Takiplerde Hasta Grubunun Psikiyatrik Değerlendirmesine Ait Bulgular.....	38
3.7. Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Korelasyonlar.....	43
3.8. Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Regresyon Analizi Sonuçları.....	44
4. TARTIŞMA	48
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57

KAYNAKLAR	59
ÖZET.....	68
EKLER.....	70
ÖZGEÇMİŞ.....	91



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: Obezitenin ve Komorbidite Riskinin VKİ'ye Göre Sınıflandırılması

Tablo 3.1: Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş ve Kilo ile İlişkili Değerleri

Tablo 3.2: Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 3.3: Hasta ve Kontrol Grubunun Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Tablo 3.4: Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri

Tablo 3.5: Hasta Grubunun Kilo Verme Girişimlerine Dair Bulgular

Tablo 3.6: Hasta Grubunun Yeme Davranış Bozukluklarına Dair Bulgular

Tablo 3.7: Hasta Grubunun Kötü Yeme Alışkanlıklarına Dair Bulgular

Tablo 3.8: Hasta ve Kontrol Grubunun BDÖ, BAÖ, COPE, RBSÖ'ye Ait Bulguları

Tablo 3.9: Hasta ve Kontrol Grubunun DEBQ'ya Ait Bulguları

Tablo 3.10: Hasta ve Kontrol Grubunun SF-36 Kısa Formu'na Ait Bulguları

Tablo 3.11: Hasta ve Kontrol Grubunun BIS-11 Kısa Formu'na Ait Bulguları

Tablo 3.12: Hasta ve Kontrol Grubunun GRCDÖ'ye Ait Bulguları

Tablo 3.13: Hasta ve Kontrol Grubunun ACYÖ'ye Ait Bulguları

Tablo 3.14: Hasta ve Kontrol Grubunun Kilo ve İlişkili Bulguları

Tablo 3.15: BDÖ, BAÖ, DEBQ, SF-36, RBSÖ Puanlarının Çoklu İkili Karşılaştırmaları

Tablo 3.16: GRCDÖ Puanlarının Çoklu İkili Karşılaştırmaları

Tablo 3.17: ACYÖ Puanlarının Çoklu İkili Karşılaştırmaları

Tablo 3.18: Katılımcıların Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Korelasyonlar (N=44)

Tablo 3.19: ACYÖ Toplam Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 3.20: RBSÖ Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

GYS: Gece Yeme Sendromu

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

COPE: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği

DEBQ: Hollanda Yeme Davranışı Anketi

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

BIS-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa FormU

GRCDÖ: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

BDI: Beck Depression Inventory

BAI: Beck Anxiety Inventory

RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale,

GRISS: Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction

ASES: Arizona Sexual Experience Scale

1. GİRİŞ

Obezite, sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan ve çok sayıda faktörle ilişkilendirilen bir hastalık olarak kabul edilmektedir (1). Oldukça yaygın görülüyor olması ve hem bireysel hem de toplumsal etkileri açısından önemli bir sağlık sorunudur (2). Erişkinlerin yaklaşık üçte birinin fazla kilolu, diğer üçte birinin de obez olduğu bilinmektedir. Obezitenin çocukluk çağı hastalıkları açısından oluşturduğu tehdit de son yıllarda dikkat çekmektedir (3).

Obezite, önlenabilir ölümlerin sigaranın ardından gelen ikinci en önemli nedenidir (4). Prediyabet, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları başta olmak üzere birçok sağlık sorununa neden olmaktadır (5). Obezite ve obeziteye eşlik eden yandaş hastalıklar, yalnızca beden sağlığını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda psikososyal ve ekonomik yönden de etki ederler. Obez bireylerin, normal ağırlığa sahip bireylere göre sağlık kuruluşuna başvurularının %30, yatarak tedavi alımlarının %50 ve tedavi maliyetlerinin %80 oranında daha fazla olduğu tespit edilmiştir (6). Obeziteye karşı önleyici veya tedavi edici yaklaşımlar sadece beden sağlığı açısından değil, aynı zamanda sosyoekonomik bir sorun oluşundan ötürü gerekmektedir (6).

Obezite durumu bireylerde farklı nedenlerle gelişebilmektedir. Gereğinden fazla kalori alımı ve kötü yeme alışkanlıklarının yanında genetik yatkınlık, fiziksel aktivite azlığı, ilaç yan etkileri ve diğer kronik tıbbi durumlar da obezite gelişimine yol açan etkenlerdir (7). Araştırmalarda obezite ve çeşitli psikopatolojilerin birlikteliğinin rastlantısal olmadığı, aralarında nedensel bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Obezitenin tıknırcasına yeme bozukluğu, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikiyatrik tanılarla birliktelik oranının yüksek olmasıyla ilgili çok sayıda çalışma vardır. Dahası, bazılarında obezite bu bozuklukların gidişini ve tedaviye yanıtını negatif yönde etkilemektedir (8).

Obezite, bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düşmesiyle yakından ilişkilidir. Aynı zamanda obez bireylerin, normal ağırlıklı bireylere kıyasla benlik saygısında düşüklük, dürtü kontrolünde bozukluk, beden imajlarından

memnuniyetsizlik, cinsel işlevlerinde bozukluk, evliliklerinde mutsuzluk gibi psikososyal işlevselliklerinde bozulmalar yaşadığı ve daha fazla psikiyatrik belirti gösterdiği bilinmektedir (9).

Obezite için diyet, egzersiz, ilaç tedavileri, alternatif tıp uygulamaları ve bariatrik cerrahi gibi çeşitli tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bariatrik cerrahi yöntemleri, kilo vermedeki tatmin edici sonuçları nedeniyle son yıllarda dikkat çekmekle birlikte hem dünyada ve hem de Türkiye’de oldukça yaygınlık kazanmaya başlamıştır (10). Bariatrik cerrahinin uygulanabilmesi için kapsamlı ve multidisipliner hasta değerlendirme yaklaşımı gerekmektedir. Psikiyatrik değerlendirme de bu yaklaşımların başında gelmektedir. Yapılacak ruhsal değerlendirme hem obezite hem de bariatrik cerrahi ve cerrahi sonrası seyir açısından oldukça değerlidir (11).

1.1. Obezitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi "vücutta insan sağlığını etkileyecek boyutta anormal ve aşırı yağ birikmesinden kaynaklanan kronik bir hastalık" olarak tanımlamaktadır (12). Temelde kalori alımı ile yakımı arasındaki dengesizlikten kaynaklanan enerji dengesindeki bozulmadır. Tek başına ideal vücut ağırlığının üzerinde olunması anlamına gelmez. DSÖ, fazla kiloluluk ve obezite tanımını vücut kitle indeksine (VKİ) dayanarak yapmaktadır (13).

Obezite, mortalite ve morbidite üzerinde ciddi etkileri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaygınlığı tüm dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır (3). Kelime anlamı olarak Latince ‘yemekten kaynaklanan’, İngilizcede ‘şişmanlık, fazla yüklenme’ anlamlarına karşılık gelmektedir (14).

1.2. Obezitenin Tarihçesi

Obezite bir kavram olarak 16. yüzyılın sonlarında ele alınmaya başlanmış, 18. yüzyılda yazılı metinlerde görülmeye başlanmış ve 19. yüzyılda ise obezitenin tiplendirmesi yapılmıştır (15). İlk çağda gücün ve hayatın devamlılığı anlamına gelen

şışmanlık, doğurganlık, bereket, kudret gibi terimlerle ifade edilmiş, orta ve yeni çağın zenginlik simgesini oluşturmuştur (16). Obezitenin bir sağlık sorunu olarak benimsenmesi tarih boyunca uzun bir süreç almıştır. Obezitenin tehlikeleri ve hastalıklarla ilişkisi ilk defa antik Yunanlılar tarafından vurgulanmıştır. Hipokrat obezitenin infertilite ve erken ölümlere neden olduğunu belirtmiştir (17).

19. yüzyılla birlikte büyüyen sanayi ve bilimsel alandaki gelişmelerle bu bakış değişime uğrayarak, çalışma hayatında bireylerin hareketli ve hızlı olmaları talep edilmeye başlanmış, kilolu kişilerin, yavaş, verimsiz ve problemli olarak anılmalarına neden olmuştur. Zamanla kilo problemi olan kişilere karşı ayrımcılık başlayarak zayıflık istenen standart haline gelmiştir. Tembellik, yavaşlık ve sağlıksızlığı çağrıştıran kilolu olma durumu, olumsuz bir faktör olarak görülmeye başlanmıştır (16). 20. yüzyıl başlarında ise obezitenin komplikasyonları ve mortalitesi anlaşılmıştır. 1963 yılında, ABD’de gerçekleştirilen uluslararası toplantıda VKİ parametresinin kullanımı gündeme getirilmiştir (18).

1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite, özellikle son yıllarda gittikçe sık görülmeye başlanmıştır. DSÖ tarafından, obezite prevalansının 1975-2016 yılları arasında neredeyse üç kat artış gösterdiği bildirilmiştir (19). Dikkat çeken bu artış her geçen gün devam etmektedir. DSÖ’nün 2016 yılı verilerine göre yaklaşık 1.9 milyar yetişkinin (dünya nüfusunun %39’u; erkeklerin %39’u ve kadınların %40’ı) fazla kilolu, bunların 650 milyonunun (dünya nüfusunun %13’ü; erkeklerin %11’i ve kadınların %15’i) obez olduğu bildirilmiştir (19).

DSÖ tarafından yürütülen ve 12 yıl süren MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases) çalışmasında, obezite prevalansının 10 yılda %10-30 oranında arttığı bildirilmiştir (20).

1997-1998 yılları arasında gerçekleştirilen ve yaklaşık 25 bin kişinin incelendiği Türkiye Diyabet Epidemiyoloji çalışmasında, Türkiye’deki obezite prevalansının %22,3 (kadınlarda %30, erkeklerde %13) olduğu saptanmıştır (21). 12

yıl sonra yine aynı merkezlerde yapılan ikinci bir çalışmada ise prevalans toplumda %35 (kadınlarda %44, erkeklerde %27) olarak bulunmuştur. Bu bulgular, ilk çalışmanın popülasyonuna göre standardize edildiğinde, prevalansın %22,3'ten %31,2'ye yükseldiği görülmüştür. Obezite prevalansı kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında artmıştır (22). Ülkemizde obezitenin sıklığı giderek artmaktadır ve %30'luk eşik değeri aşmıştır. Kadınlarda daha sık görülmekle beraber, son yıllarda erkeklerde de dikkat çeken bir artış vardır (22).

1999-2000 yılları arasında yapılan ve yaklaşık 24 bin kişinin incelendiği Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırmasında, toplumda obezite prevalansı %44,4 (kadınlarda %50, erkeklerde %40) olarak saptanmıştır (23).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri çalışmasında ise 2000 yılında obezite prevalansının, yetişkin kadınlarda %43 ve erkeklerde %21,1 olduğu; 2003 yılında ise kadınlarda %44,2 ve erkeklerde %25,2'ye ulaştığı bildirilmiştir (24).

DSÖ'nün 2016 yılı verilerine göre, Türkiye'de 16 milyon obez birey bulunmakta ve %29 obezite prevalansı ile obezitenin en sık görüldüğü Avrupa ülkesi olarak bilinmektedir (19).

1.4. Obezitenin Sınıflandırılması ve Derecelendirilmesi

Obezite, fazla kalori alımına ikincil olarak vücutta aşırı yağ birikimi ile gelişmektedir. Vücuttaki yağ oranını belirlemek zor olduğundan obezite, daha ziyade aşırı kilo olarak tanımlanmaktadır. Obezite tanım ve derecelendirilmesi, vücut ağırlığının kilogram cinsinden değerinin, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilen " $VKİ=Ağırlık\ (kg)/Boy\ (m^2)$ " formülü ile değerlendirilir (25).

VKİ ölçümünün güvenilir, kolay ve tekrarlanabilir olması, yaygın olarak kabul görmesine ve çalışmalarda obeziteyi derecelendirmede öncelikli olarak tercih edilen parametre olmasına yol açmıştır. VKİ'nin 18,50-24,90 kg/m² arası olması

sağlıklı veya normal, 25-29,90 kg/m² arası fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzeri olması ise obez olarak kabul edilir. 30-34,90 kg/m² arası 1. derece, 35-39,90 kg/m² arası 2. derece, 40kg/m² ve üzeri 3. derece (morbid) obez olarak tanımlanmaktadır (Tablo 1) (26, 27).

Tablo 1.1 Obezitenin ve Komorbidite Riskinin VKİ'ye Göre Sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	Komorbidite riski
Düşük kilo	< 18.50	Düşük
Normal kilo	18,50-24,90	Ortalama
Aşırı kilo (preobez)	25-29,90	Artmış
Obezite, 1. derece	30-34,90	Hafif
Obezite, 2. derece	35-39,90	Şiddetli
Obezite, 3. derece	≥ 40	Çok şiddetli

VKİ yaş ve cinsiyetten bağımsız olduğu ve vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermediği için obezite tanısı koymada ve obezitenin tipini belirlemede; bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, deri kıvrım kalınlıkları, üst orta kol çevresi gibi antropometrik ölçümlere ihtiyaç duyulabilmektedir (28). Obezitenin diğer bir önemli boyutu da abdominal yağlanmadır. Bel çevresi ölçümü, intraabdominal yağlanma hakkında fikir vermektedir ve dolayısıyla obeziteyi değerlendirmek için kullanılabilecek bir ölçüm metodudur (29).

Obezite, vücutta yağın anatomik dağılımına göre santral ve periferik olarak ikiye ayrılır. 'Android, abdominal tip' olarak da adlandırılan santral tip obezite; batin bölgesinde yağ birikimi ile karakterizedir, erkeklerde daha yaygındır ve yüksek komorbidite riski taşımaktadır. Periferik ya da jinekoid tip obezitede ise yağ birikimi daha çok gluteal ve femur bölgelerindedir, kadınlarda daha yaygındır (30).

Vücut yağ dağılımı hakkında bilgi verebilen bel kalça oranının, Amerikan Kalp Birliği'nin tanımına göre kadınlarda 0,88, erkeklerde 0,95 üzerinde olması riskli kabul edilmiştir (28). Bel çevresinin kadınlarda 80 cm'nin, erkeklerde 94 cm'nin üzerinde olması riskli; kadınlarda 88 cm'nin, erkeklerde 102 cm'nin üzerinde

olması yüksek riskli olarak değerlendirilir (28). Türk toplumu için yapılan bir çalışmada ise bel çevresinin erkeklerde ≥ 100 cm, kadınlarda ≥ 90 cm olması abdominal obezite kriteri olarak önerilmiştir (31).

1.5. Obezitenin Etiyolojisi

Obezitede, enerji alımındaki artış veya harcanmasındaki azalmaya bağlı olarak enerji homeostazı bozulur. Birbiriyle ilişki içerisinde olan pek çok etken obezite gelişiminde rol oynamaktadır. Bireyin kilo artışına etkenlerin ne ölçüde katkıda bulunduklarını belirlemek çoğu olguda pek mümkün olamamaktadır (7).

Obezite hakkında oldukça fazla sayıda yanlış düşünce mevcuttur. Obezitenin bireysel bir motivasyon eksikliğinden kaynaklandığı veya irade zayıflığının ön planda olduğu estetik bir sorun olduğu düşüncesi bunların başında gelmektedir. Halbuki, obezite baskın bir genetik zemine çevresel ve yaşamsal koşulların eşlik etmesi ile karşımıza çıkmaktadır (32).

Doğru olmayan beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yetersizliği, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel değişkenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik nedenler, genetik yatkınlık, psikolojik sorunlar, düzensiz ve yetersiz diyet uygulamaları, sigara, alkol, bazı ilaçlar, doğum sayısı ve doğumlar arası süre obezitenin oluşmasında başlıca riskler ve riski arttıran etkenlerdir (33).

1.5.1. Beslenme Alışkanlıkları, Yetersiz Fiziksel Aktivite ve Çevresel Nedenler

Ulaşım, çalışma ve üretim alanlarında gelişen teknolojinin etkisiyle birlikte yaşam biçiminin kolaylaşması, buna bağlı olarak bireylerin fiziksel hareketliliğinde azalma olması ve enerji alımını arttıracak şekilde beslenme tarzında değişiklikler görülmesi obezite sıklığındaki artışın önde gelen nedenlerindendir. Son yıllarda bireylerin yağdan zengin, bitkisel liflerden fakir, kalorisi yüksek olan hazır gıdaları ayaküstü hızlı bir şekilde tüketiyor olmaları dikkat çekmektedir. Ayrıca bireylerin, boş zamanlarını çoğunlukla cep telefon, bilgisayar gibi ileri teknolojik araçları

kullanarak değerlendiriyor olmaları ve bylelikle ortaya çıkan sedanter yaşam obezitenin artmasına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (34).

Bebeklik döneminde çeşitli nedenlerden dolayı anne sütü ile beslenemiyor olmanın, ergenlik veya yetişkinlik döneminde obezite gelişimi için bir risk faktörü olabileceği ileri sürülerek, anne sütünün koruyucu etkisine dikkat çekilmiştir. Süt ocukluğu döneminde ise besleyici niteliği zayıf veya hazır gıda ile besleniyor olmanın obezite riskini arttırabileceği belirtilmiştir (35).

Bir beslenme öğününü atlama, tek öğünde fazla miktarda yeme alışkanlığı, öğün aralarında yeme, düzensiz beslenme, hızlı yemek yeme alışkanlığı da önemli risk faktörleri olarak bilinmektedir (36).

Yaşamakta olduğumuz evre obezogeniktir ve kişiler yaşadığı evre ya da topluluğa göre tercih yaparlar. Toplumlarda görülen sosyolojik değişikliklerin yanı sıra toplumu oluşturan bireylerdeki davranışsal değişiklikler de obezite oranlarındaki hızlı artışa katkıda bulunmaktadır (37). Psikososyal riskin belirleyici olarak kadın cinsiyeti, ergenlik dönemi ve tıknırcasına yeme davranışı dikkat çekmektedir (38).

1.5.2. Genetik Nedenler

Obezitenin ailesel yatkınlık gösterdiği bilinmektedir. Ancak ocukluk çağında başlayıp morbid obezite ile sonuçlanan nadir hastalıklar hariç Mendeliyen bir kalıtım paterni görülmemektedir. Obezitede kalıtımın rolü olduğunu destekleyen en önemli bulgular ikiz ve evlat edinme çalışmalarından edinilmiştir. Araştırmalarda, monozigotik ikizlerde bulunan VKİ uyumunun dizigotik ikizlerdekinden yüksek olması kalıtımın etkisine dikkat çekmektedir (34). Stunkard ve arkadaşlarının çalışmasında; ayrı büyütülen monozigot ikizlerin BKİ uyumunun, birlikte bytlenlere oldukça benzer olduğunu saptamışlardır (39).

İkiz çalışmalarının incelendiği bir meta analizde, BKİ değişiklikleri üzerinde genetik etkenlerin güçlü, çevresel etkenlerin ise zayıf etkileri oldukları sonucuna varılmıştır. Çevresel etkenlerin, çocukluk çağında oldukça etkili iken ergenlik

döneminde zayıfladığı da belirtilmektedir. Beraberinde evlat edinme çalışmalarının çocukluk çağı obezitesinde aile çevresinin rolünü destekledikleri çünkü evlat edinilen ve edinen arasında benzerlikler bulunduğu, yine de genetik etkenlerin gücünü destekleyecek şekilde, ebeveyn ve biyolojik çocuğu arasındaki benzerliğin daha güçlü olduğu vurgulanmıştır (40).

Epidemiyolojik çalışmalar, obezite gelişiminde genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Aile çalışmalarında evlat edinilen çocukların kilo olarak biyolojik ebeveynlerine benzediği saptanmıştır (41). Bu durumun çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret eder (42). Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (42).

Obezite gelişimini belirleyen genler arasında; Melanokortin 4 Reseptörü, β 3-Adrenerjik Reseptör, Proprotein Konvertaz Subtilisin Kexin, Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör, Laktaz, Melatonin reseptör 1 B, Toll like reseptör 4, Ekonükleotid Pirofosfataz/Fosfodiesteraz 1, Fibroblast Büyüme Faktörü Reseptör 1 ve Leptin/Leptin Reseptörü olduğu gösterilmiştir (43).

Çevresel toksinler, gıda yetersizliği ve obezogenik diyetle maruziyet obezite ile ilişkili genlerde metilasyon/asetilasyon gibi epigenetik değişikliklere neden olarak besin alımını ve yağ dokusunu artırmaktadır (43).

1.5.3. Nöroendokrin Nedenler

İştah ile ilgili merkezler hipotalamusta bulunmaktadır. Periferden gelen sinyallerin metabolizmada ve davranışta değişikliklere dönüştürülmesi bu bölgede sağlanmaktadır. Hipotalamusun işlevleri sayesinde vücut ağırlığı çoğu kişide çoğu zaman sabit kalmaktadır. Ventromediyal hipotalamusun uyarılması beslenmeyi inhibe ederken, bu bölgede oluşan lezyonlar hiperfaji ve kilo alımı ile sonuçlanmaktadır (44). Lateral hipotalamusun uyarılması ise besin alımını

arttırırken, bu bölgenin hasarlanmasıyla fatal anoreksiya ve aşırı zayıflama gelişmektedir (45).

Uyanıklık, ödül ve emosyon ile ilgili beyin bölgeleri açlık durumunda tokluğa göre daha fazla aktivite göstermektedir. İnsanlarda beslenme ve dinlenme dönemlerinde, fonksiyonel nörogörüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda besin uyarısına verilen cevabın beyinde birçok bölgede aktivite değişikliğine sebep olduğu tespit edilmiştir. Bu bölgeler; prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, insula ve temporal korteks, anterior singulat korteks, ventral striatum, nükleus akumbens ve amigdaladır (46, 47).

1.5.4. İlaç Kullanımına Bağlı Nedenler

Antidepresanlar, duygudurum dengeleyiciler ve antipsikotiklerin bir kısmı, bazı antihistaminikler, glikokortikoidler, seks steroidleri ve tıbbi durumlar için kullanılan birçok farmakolojik ajan kilo artışına yol açabilmektedir. Bu ajanların duyarlı bireylerde uzun süre kullanılması obeziteyle sonuçlanabilir. Kilo artışından sorumlu tutulan mekanizmalar; serotonerjik, dopaminerjik ve sempatik sinir sistemi aktivitesinde azalma, glikoz ve lipit metabolizmasında bozulma, enerji harcanmasında azalma, sedasyon, leptin ve nöropeptid Y aktivitesindeki değişiklikler olarak belirtilmektedir (48).

1.6. Obezitede Tedavi Yaklaşımları

Ülkemizde bu sağlık sorununa çoğu zaman bütüncül bir tedavi yaklaşımı gösterilmemekte ve bir hastalık gibi görmeme eğilimi dikkat çekmektedir. Sağlık çalışanlarının bir kısmı hastaların isterlerse kilo verebileceklerine inanmakta ve bu durumu iradeli olmamak ile ilişkilendirmektedirler. Halbuki kişisel irade dışında pek çok karmaşık etiyolojik faktöre sahip olan obezite hastalığı; yargılayıcı bir tutumun takınılmadığı, hastaların motivasyonlarının iyi değerlendirildiği uygun bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç duymaktadır (49).

Başarılı bir tedavi süreci ve sağlanan kilo kaybının sürdürülebilmesi için bireylerin alışkanlıkları, çevre koşulları, obezitenin gelişim öyküsü ve davranışsal zemini (yeme davranış biçimleri), daha önceki zayıflama girişimleri, komorbid tanıları, kullandığı ilaçlar, psikolojik ve sosyokültürel durumu detaylı olarak sorgulanmalıdır. Hasta hekim işbirliğinin çok önemli olduğu obezite tedavisinde amaç yalnızca kilo vermek değildir. Verilen kiloyu korumak, kilo artışına neden olan faktörlerden uzaklaşmak ve yaşam biçimini kalıcılaştırmak temel amaçlardır (50).

VKİ'nin 25 kg/m² ve üzeri olması, bir bireyin ağırlık kontrolüne ihtiyacı olduğunu göstermektedir. 3 aylık bir tedavi sonrasında kilo kaybının oranı, %10'a kadar olanlarda başarılı, %10-15 arası olanlarda çok başarılı, %15 ve üzeri olanlarda ise mükemmel yanıt olarak değerlendirilir. Tedavide başarı daha çok kaybedilen ağırlığın uzun sürede korunmasıyla ölçülmelidir (51).

1.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Uygulanacak diyet; kişinin yaşına, cinsiyetine, beslenme alışkanlıklarına, fiziksel aktivite durumuna, eşlik eden hastalıklarına, önceki girişimlerine ve sosyokültürel özelliklerine göre kişiselleştirilmeli ve dengeli bir kısıtlılık olacak şekilde kalori alımı düzenlenmelidir. Bireyin hatalı yeme davranışları tespit edilerek, doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları kazanması sağlanmalıdır (52).

Günlük enerjinin yaklaşık %12-15'i proteinlerden, %25-30'u yağlardan, %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Öğünler sık ve porsiyonlar düşük miktarda olmalıdır. Günlük öğün sayısı 4-6 arasında olmalı ve iki beslenme arasındaki süre 3-4 saati aşmamalıdır (52, 53).

1.6.2. Egzersiz ile Tedavisi

Egzersizin tipine, süresine, sıklığına ve yoğunluğuna bireysel bazda karar verilmelidir (54). Obezite tedavisinde haftalık egzersizin, orta yoğunlukta 150 dakika veya yüksek yoğunlukta 75 dakika olacak şekilde veya bunların kombinasyonunun

yapılması önerilmektedir. Haftalık egzersiz programının, her seansta en az 200 kcal harcanacak, her seferinde en az 30 dakika sürecek ve en az 3 gün olacak şekilde planlanması önerilmektedir (55, 56).

1.6.3. Davranış Tedavisi

Obezite gelişimde etkili olan davranış ve tutumların değiştirilmesi tedavideki en önemli basamaklardan biridir. Davranış değişikliği tedavisinin amaçları; obezite gelişimde rolü olan beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenen davranışlarla değiştirmek veya bu davranışları azaltmak ayrıca istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" haline gelmesini sağlamaktır (57). Obezitede sık görülebilen tıknırcasına yeme bozukluğu, gece yeme bozukluğu gibi yeme bozuklukları, olumsuz duygular karşısında yeme davranışının artıp artmadığı (emosyonel yeme) ve olumsuz duygularla baş etme becerileri incelenmelidir. Tedavinin tüm basamaklarında kullanılabilen, etkili yöntemlerden biri de Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemidir. Kendi kendine yardım terapisi, kişiler arası psikoterapi, diyalektik davranışçı terapi, motivasyonel terapi uygulanabilen diğer yöntemlerdir (58).

1.6.4. Farmakolojik Tedavisi

Farmakoterapinin, tedavide tek başına bulunması uygun değildir. Yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak tedavide yer alması, sadece yaşam tarzı değişikliğine göre obezite tedavisinde daha etkili sonuçların elde edilmesini sağlar. Yandaş hastalıkların iyileşmesini kolaylaştırır, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini artırır. Farmakolojik ajan seçiminde bireysel özellikler ve var olan yandaş hastalıklar dikkate alınmalıdır (50, 59).

VKİ ≥ 30 kg/m² olup diyet, egzersiz ve davranış değişikliği yöntemleri denendiği halde başarı sağlanamayan hastalar ve VKİ 27-29,90 kg/m² arasında olup yandaş hastalıkları olan hastalarda farmakoterapi düşünülmesi önerilmektedir (49).

Orlistat, liraglutid, lorcaserin, fentermin, dietilpropion, fentermin/topiramet ve naltrekson/bupropion farmakoterapide kullanılabilen ajanlardır (60). Bunların içerisinde yalnızca orlistat ve liraglutid'in ülkemizde obezite tedavisinde kullanımı için onayı vardır. Diğer ilaçların ülkemizde obezite tedavisinde ruhsatı yoktur (61). Farmakoterapinin etkinliğinin ilk 3 aydan sonra değerlendirilmesi önerilmektedir. Diyabetes mellitus tanısı olmayanlarda %5'in üzeri ve tanısı olanlarda %3'ün üzeri kilo kaybı tatmin edici sonuçlardır ve bu durumda tedaviye devam edilebilir (62-64).

1.6.5. Cerrahi Tedavisi

Tıbbi beslenme, egzersiz ve davranış tedavileri her hastada yeterli düzeyde etkili olamayabilmektedir. Bu durumda farmakoterapi uygulanabilir fakat başarı oranı çok yüksek değildir. Obezitenin cerrahi tedavisine duyulan ilgi ise her geçen gün artmaktadır. Güncel çalışmalarda, bariatrik cerrahinin obezite tedavisinde kullanılan diğer yöntemlere kıyasla daha etkili ve kalıcı olduğu belirtilmektedir (65). Bariatrik cerrahi ile obezite ilişkili morbidite ve mortalitede azalma, yandaş hastalıklarda iyileşme, psikososyal düzelme, tedavi masraflarında azalma amaçlanmaktadır (65).

Bariatrik cerrahinin başarısını değerlendirmede en çok kullanılan yöntemlerden biri fazla kiloların kayıp oranıdır (% excess weight loss, %EWL). Fazla kiloların kayıp oranının %50 ve üzeri olması cerrahi tedavinin başarılı olduğunu göstermektedir (66, 67).

Başarılı ve etkili bir bariatrik cerrahi için multidisipliner yaklaşımın, cerrahi öncesi değerlendirmenin ve cerrahi sonrasında takiplerin yeterli düzeyde yapılması oldukça önemlidir. Bariatrik cerrahi adayı obezite hastaları, cerrahiye seçim kriterleri açısından ayrıntılı incelenmeli, uyum ve kararlılık düzeyleri değerlendirilmelidir (68).

Bariatrik cerrahi için hasta seçim kriterleri şunlardır;

- VKİ ≥ 40 kg/m² olması,

- VKİ 35-40 kg/m² arasında olup, obeziteyle ilişkili yandaş hastalığın olması,
- 18-65 yaş arası olmak,
- Tedavide diğer yöntemlerin en az 1 yıl denenmiş fakat başarısız olmuş olması,
- Obeziteye yol açabilecek, tedavi edilmemiş hormonal bir hastalığın olmaması,
- Alkol veya madde bağımlılığının olmamasıdır (49, 69).

Bariatrik cerrahi yöntemleri; hacim kısıtlayıcı, emilim bozucu ya da her iki yöntemin kombinasyonu şeklinde ayrılmaktadır. Uygun cerrahi prosedürün seçiminde hastanın mevcut vücut kitle indeksi, yandaş hastalıkları, hedeflenen ağırlık kaybı ve merkezin deneyimi dikkate alınmaktadır. Günümüzde kabul gören ve uygulanmakta olan 4 cerrahi prosedür bulunmaktadır.

1.6.5.1. Ayarlanabilir Gastrik Band

Midenin proksimaline yerleştirilen ayarlanabilir bir band ile ufak bir poş oluşturulur. Bu poşun dolması ile erken tokluk hissi olur ve bu sayede daha az gıda tüketilmesi sağlanır. Bu yöntem ile fizyolojik sindirim ve emilim belirgin etkilenmez. Böylece malnütrisyon riski daha düşük olmaktadır. Uygulaması kolay ve geri döndürülebilen bir yöntem olması avantajlarındandır. Ancak banda ait komplikasyonlar sık görülebilir. Kilo geri alımı daha yüksek olduğundan giderek daha az tercih edilmeye başlanmıştır (70).

1.6.5.2. Sleeve Gastrektomi

Hacim kısıtlayıcı olan bu cerrahi yöntem mideye tüp şeklinin verildiği bir tür parsiyel gastrektomidir. Diğer bir yandan oreksijenik hormon düzeyleri üzerinde etkisi ile iştahı azaltmaktadır. Malnütrisyon riski görece düşüktür. İyi sonuçlar vermekte ve sık tercih edilmektedir. İki yılın sonunda fazla kilonun kayıp oranı %60-70 olarak bildirilmektedir (71).

1.6.5.3. Roux-en-Y Gastrik Bypass

Kombine bir yöntemdir. Bu yöntemde mide proksimalinde küçük bir gastrik poş oluşturulur, poşun distal kısmı kapatılır. Treitz ligamanının 30-50 cm distalinden ince bağırsak ayrılarak distaldeki açık uç ile gastrik poş arasında gastro-jejunostomi yapılır. Biliopankreatik bacak gastrojejunostomi anastomozunun 75-150 cm distalindeki jejunuma bağlanır. Diğer yöntemlere kıyasla morbiditesi ve mortalitesi daha fazladır (72). Kilo kaybı açısından tanımlanmış tüm cerrahi yöntemlere karşı belirgin bir üstünlüğü vardır. Avrupa’da ve ülkemizde giderek daha fazla tercih edilmektedir (73). İkinci yılın sonunda fazla kilo kayıp oranı %70 olarak bulunmuştur.

1.6.5.4. Biliopankreatik Diversiyon ± Duedonal Switch

Biliopankreatik diversiyonda distal mide rezeksiyonu ile birlikte uzun enterik bacaklı gastroileostomi ve kısa ortak kanal oluşturulur (74). Biliopankreatik diversiyonun duedonal switch ile birlikte uygulandığı yöntemde ise pilor korunmakta, parsiyel sleeve gastrektomi ile Roux-en-Y bacağı ve ortak kısa kanal oluşturulmaktadır (75). Uzun dönemde en etkili sonuç veren yöntemdir. Fakat oldukça komplike bir yöntem olması ve yüksek nütrisyonel riski barındırması sebebiyle öncelikli tercih edilen yöntemler arasında bulunmamaktadır (74).

1.7. Obezitenin Psikososyal Sonuçları

Günümüzde obeziteye bakış değiştikçe psikososyal sonuçları da değişmektedir. Psikososyal sorunların obezitenin sonuçları mı yoksa nedenleri mi olduğunu söylemek zordur. Psikososyal sonuçlar aslında fazla kilo nedenli değil, kilonun algılanma şekli ile ilgilidir. Kişilerde, çocukluk döneminden itibaren fazla kiloluluğa karşı olumsuz bir tutum geliştirildiği ve zaman içinde ideal kilo algısında değişiklik olduğu bilinmektedir. Obezitenin emosyonel nedenlerden kaynaklandığı ve bu kişilerin kendilerini kontrol edemediği için kilolu, tembel oldukları yargısı da stigmalardan biridir (76). Obez bireylere sağlık hizmetlerinde bile negatif ayrımcılık yapıldığı bilinmektedir (77).

Benlik saygısı, bireyin kendisine karşı olumlu veya olumsuz tutumu olarak ifade edilmektedir. Fazla kiloya sıklıkla kişinin kendisine karşı olumsuz tutumları eşlik etmekte ve benlik saygının azalmasına sebep olmaktadır. Obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda, benlik saygısı ile obezite ve VKİ arasında ters orantı olduğu saptanmıştır (78). Araştırmalarda benlik saygısındaki düşüklüğün, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığı, sosyal geri çekilmeye neden olduğu, anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojik durumların görülmesinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir (79).

Yaşam kalitesi, yalnızca bedensel hastalığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal iyilik hali olarak ifade edilmektedir. Obezite gerek psikososyal etkileri gerek günlük yaşam aktivitelerini sınırlamasıyla yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (80). Aynı zamanda obez bireylerin normal ağırlıklı popülasyona göre beden görünümlerinden memnuniyetsizlik, evliliklerinde mutsuzluk, cinsel yaşamlarında güçlük gibi psikososyal işlevselliklerinde bozulmalar yaşadığı görülmektedir (81).

Obez bireylerde cinsellik, hem olumsuz beden algılarından ötürü kişinin kendini çıplak olarak partnerinin yanında rahat hissetmemesi, hem de cinsel ilişki sırasında kilo ile ilişkili cinsel işlevselliğin bozulması nedeniyle sorun yaşanan alanlardan biridir. Ayrıca obeziteyle birlikteliği olan yandaş hastalıklar ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar da cinsel işlevleri olumsuz etkileyebilmektedirler. Diğer bir boyut ise, bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarında psikopatoloji görülme olasılığının, normal ağırlıklı bireylere göre daha fazla olması ve psikopatolojilerin kendisinin veya tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel işlevler üzerine olumsuz etki yapabilmesidir (82).

1.8. Obezite ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki

Literatürde obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırma mevcuttur. Obez bireyler ile normal vücut ağırlığına sahip olan bireyler arasında psikopatoloji açısından anlamlı farklar olduğu, obez bireylerde

psikopatolojik durumların daha çok bulunduğu gösterilmiştir. Obezitenin derecesi ya da BKİ arttıkça psikopatolojinin görülme olasılığı da artmaktadır (83). Günümüzde genel olarak kabul edilen yaklaşım tedavi arayışında olan obez bireylerin, obezitesi olan tüm bireyler arasında farklı bir alt boyut olduğu şeklindedir. Tedavi arayışında olan obez bireylerin, psikopatoloji ve tıknırcasına yeme davranışının tedaviye başvurmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (84).

Obezite ile psikiyatrik bozuklukların arasındaki ilişki çok yönlü, neden sonuç ilişkisi içerisinde olması sebebiyle önemli bir konudur. Çalışmalarda obezitenin tıknırcasına yeme bozukluğu, bipolar bozukluk, depresif bozukluk, psikotik bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklarda giderek artan oranlarda karşımıza çıktığı gösterilmektedir (85, 86). Ayrıca madde bağımlılığı ve kompulsif davranışlarda gözlenen özelliklerin obezitede de var olduğu ve bu sebeple obezitenin ‘kompulsif gıda tüketimi’ olarak adlandırılabilceğini belirtmektedir (87).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda da obez bireylerde psikiyatrik bozuklukların sık olduğunu ortaya koymuştur. Eren ve arkadaşları, tedavi arayışında olan obez bireylerde yüksek oranda majör depresif bozukluk ve sosyal fobi tanısı saptamıştır (88). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında, endokrinoloji polikliniğine başvuran obezite hastalarının yarıya yakınının en az bir psikiyatrik tanısının olduğu saptanmıştır (89). Bir başka çalışmada ise sadece kadın obezite hastaları incelenmiş, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk ve psikiyatrik tanı sıklığı normal ağırlıklı gruba göre daha yüksek olarak saptanmış ve en sık duygudurum ve anksiyete bozukluğu tanılarının konulduğunu bildirmişlerdir (90).

Obezite nedenli tedavi arayışında olan kişilerde depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları, uyku bozuklukları ve yeme bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır (90-92). Kişilik bozukluklarından da en sık kaçınan kişilik bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (93). Morbid obezitede ise yaşam boyu psikiyatrik hastalık tanısı konma olasılığı %50-80 arasındadır (46).

Bariatrik cerrahi aday hastaların büyük kısmında psikiyatrik bozukluklardan herhangi birinin bulunduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Bir araştırmada bariatrik cerrahi aday hastalarının yaklaşık %66'sının yaşam boyu en az bir, %38'inin halen bir eksen I tanısı olduğu, %29'unun ise eksen II tanısı bulunduğunu göstermiştir (94). Ayrıca bu hastalarda beden algısında bozukluk ve çocukluk çağında travma yaşama öyküsünün de sık olduğu bildirilmiştir (95).

1.9. Obezite ile Birlikteliğine Sık Rastlanan Psikiyatrik Bozukluklar

1.9.1. Yeme Bozuklukları

1.9.1.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Obezite hastalarında en sık görülen yeme bozukluğudur. TYB, benzer süre ve koşullarda, bireylerin yiyeceklerine göre çok daha fazla miktarda yemesi ve bu duruma kontrol kaybı duygusunun eşlik etmesi olarak tanımlanmaktadır (96). Kilo verme amaçlı başvuran fazla kilolu ve obez hastaların yaklaşık %30'unda TYB tanısı olduğu bildirilmiştir (97). Bu oranın bariatrik cerrahiye başvuran hastalarda daha yüksek olduğu düşünülmektedir (98).

TYB olan obez hastaların, kilo ile ilgili ve genel psikopatoloji düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek, özgüvenlerinin daha düşük ve daha fazla dürtüsel olduğu bulunmuştur (99). TYB olan obez hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, negatif otomatik düşüncelerinin daha fazla ve olumsuz duygulanım yaşadıklarında aşırı yeme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (100). Bir başka çalışmada ise TYB'lilerin diğer obez bireylere göre depresyon tanısı alma oranı 3 kat fazla bulunmuştur (101).

1.9.1.2. Gece Yeme Sendromu (GYS)

Obezite tanılı hastalarda sıklıkla görülen yeme bozukluklarından biridir. GYS, yemedeki artışın akşam ve geceleri görüldüğü, gün içerisinde alınan yiyecek miktarının %25'inden fazlasının bu vakitlerde alındığı ya da haftada en az iki kere gece aşırı yemenin olduğu bir bozukluktur. GYS, obeziteye neden olabilecek

etmenler arasında olduğu gibi, bariatrik cerrahi sonrasında kilo geri alımını da etkileyen önemli bir sorundur (102).

1.9.1.3. Emosyonel Yeme

Olumlu/olumsuz duygulanım sonrasında, açlık hissine ya da öğün vaktine bağlı olmaksızın gözlenen aşırı yeme davranışı olarak ifade edilmektedir (103). Duygusal yeme, bariatrik cerrahi sonrasında kilo geri alımının nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Cerrahi sonrası kilo geri alımı yaşamayan hastaların, yaşayanlara kıyasla negatif olaylarda duygusal yeme gibi stratejiler yerine daha doğrudan çözüm yollarına gittikleri belirtilmiştir (104). Yine bu kişilerin gıda alımını kontrol edebilmede de daha iyi oldukları belirtilmiştir (105).

1.9.2. Depresif Bozukluk

Psikiyatrik bozukluklar, obezite gelişimine katkıda bulunan etiyolojik etkenlerden biri olarak sayılabilirken, obeziteye bağlı olarak yaşanan sorunlar arasında da yer alarak hem süreç ve hem de sonuç ile ilişkilendirilir (106). Özellikle depresyon ve obezite durumunun birlikte görülmesi, depresif belirtilerin ve duygudurum bozukluklarının tedavi arayışında olan obezite hastalarında daha yaygın olduğu (107), bu iki durumun kalıtsal olarak ortak yönlerinin olabileceğı (84), depresyon ve duygudurum bozukluklarının tedavisi sırasında kullanılan ilaçların birçoğunun kilo alımına neden olması (108) yönünde açıklamalar ile anlaşılmaya çalışılmıştır.

Obezitede bulunan yorgunluk, uyku bozukluğu, fiziksel aktivite azlığı, fazla yeme ve kilo alma gibi belirtiler depresyonda görülmekte ve tanı ölçütlerinde de yer almaktadır. Depresyon tanısı koyarken bu belirtileri, obez hastalarda obez olmayanlara göre daha az özgülük taşıdığı belirtilmektedir. Çalışmalarda özellikle atipik depresyonun obezite ile birlikteliğinin daha fazla olduğu gösterilmektedir (109). Obezitesi olan kadınların, erkek cinsiyeti ile karşılaştırıldığında ergenlik döneminde depresyon geçirme öyküsü daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada,

çocukluk çağı depresyonun erişkin yaşta obezite gelişiminin öngördürücüsü olduğu vurgulanmıştır (110). Depresyon ve obezite ilişkisini araştıran bir çalışmada, depresyon düzeyi ile verilen kilonun geri alım riskinin doğru orantılı olduğu belirtilmiştir (111).

1.9.3. Anksiyete Bozuklukları

Obez bireylerde anksiyete düzeylerinde yüksekliğe ve obezite ile anksiyete bozukluğunun birlikteliğine sık rastlanmaktadır (83). Bir çalışmada obez bireylerin anksiyeteli olduklarında aşırı yedikleri ve mekanizması tam anlaşılamamış olsa da yemenin anksiyeteyi azalttığı öne sürülmüştür. Yemenin anksiyete düzeyini azaltıcı etkisini araştıran çalışmalarda, protein ve karbonhidrat tüketiminin serotonin sentezi üzerindeki etkilerine odaklanılmıştır (112).

1.9.4. Yeme Bağımlılığı

Yeme bağımlılığı son yıllarda giderek ilgi çekmeye ve araştırılmaya başlanmıştır. Aşırı yemek yiyen bireyler incelendiğinde, gözlenen davranışların diğer bağımlılıklardaki davranışlarla benzeştiği ve yemenin bir tür bağımlılığa dönüşebildiği belirtilmektedir. TYB’de görülen yeme davranışının, bağımlılık davranışları ile benzer olduğu ve obezite ile birlikteliğine sık rastlanmasından yola çıkarak obezite zemininde bir tür yeme bağımlılığı olduğu ileri sürülmüştür (113).

Araştırmalar çoğunlukla obezite ve madde bağımlılığının ödül sistemindeki ortak ilişkisine odaklanmıştır (114). Araştırmalarda saptanan ortak bulgu obez bireylerin, normal ağırlıklı olan bireylere kıyasla yiyeceklerin ödül etkisine daha duyarlı olduğu şeklindedir. Yağ, tuz, şeker gibi maddeleri yüksek oranda barındıran gıdaların ödül etkisinin daha fazla olduğu ve bu nedenle obez bireyler tarafından tüketiminin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (115). Hayvan deneylerinde ise bu gıdaların D2 reseptörlerinde down-regulasyon ile sonuçlandığı saptanmıştır (116). Araştırmacılar, D2 reseptörlerinde gözlenen down-regülasyonun aşırı yeme ile telafi edilebileceğini ve bu durumun obezite riski ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (117).

Araştırmalarda bağımlılığın temel ölçütleri olarak bilinen aşırma, kontrolsüz tüketme ve tolerans süreçlerinin obezitede de olduğu gösterilmiştir. Ayrıca obezitenin etiyopatogenezinde dürtüsellüğün önemli olduğu ve bu kişilerde ödöl sistemindeki bozukluğun dürtüsel biçimde yemek yemeyle sonuçlandığı belirtilmektedir (118).

1.10. Bariatrik Cerrahinin Psikososyal Sonuçları

Obezite cerrahisi öncesinde, bariatrik cerrahi adayının psikopatoloji açısından değerlendirilmesi ve bir bozukluk saptanırsa, tedavisinin düzenlenmesi ve cerrahi sonrasında da psikiyatrik takibinin yapılması gereklidir. Çalışmalarda psikopatolojinin şiddeti ile cerrahi başarının ters orantılı olduğu belirtilmiş, istenilen kiloya ulaşılammama veya yeniden kilo alımı gibi sorunların daha fazla olduğu gösterilmiştir (119).

Bariatrik cerrahi sonrasında depresyon, anksiyete bozukluklarında görölen iyileşme ile birlikte psikososyal sorunlarda da düzelme görölmektedir. Fakat psikososyal değişkenlerdeki bu iyileşmenin kalıcı olmadığı, bazı hastaların cerrahiden 2-3 yıl sonra başlangıç işlevsellik düzeyine döndüklerini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu durumun kişilik özellikleri nedeniyle mi yoksa bu süreç içinde eklenen olumsuz yaşam olayları nedeniyle mi açıklanacağı konusu belirsizdir (120).

Cerrahi sonrası VKİ’de azalma oldukça benlik saygısında olumlu yönde artış olduğu ve bu artışın en fazla ilk bir yılda saptandığı gösterilmiştir (2). VKİ’nin daha istenen düzeyde olduğu ve bu durumun korunduğu bireylerde yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme saptanmakta, kilo geri alımı olan bireylerde ise sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kötüleşmektedir (121). Cerrahi sonrası kilo kaybı ve yandaş hastalıklarda düzelme ile birlikte cinsel yaşamla ilgili memnuniyette de artış gözlenmektedir. (122). Bazı çalışmalar cerrahi sonrası kaybedilen kilonun geri alınmasının ardından cinsel işlevsellikte yeniden bozulmalar olduğuna işaret etmektedir (123).

Yapılan araştırmalarda bariatrik cerrahi sonrasında hastaların benlik saygısında artma, yaşam kalitelerinde iyileşme, cinsel işlev bozukluğunda azalma, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu ifade edilmektedir (124). Fakat obezite hastalarının cerrahi sonrasındaki ruhsal-toplumsal açıdan uzun süreli izlem çalışmaları yetersiz ve genellenebilirliği zayıftır. Normal ağırlıklı kontrol grubu ile kıyaslaması olan ve uzun süreli izlemi içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın amacı; bariatrik cerrahi aday obezite hastalarında, cerrahi öncesi depresyon düzeyleri, anksiyete düzeyleri, baş etme stratejileri, benlik saygıları, yeme bozuklukları, dürtüsellik düzeyleri, yaşam kaliteleri ve cinsel işlevselliklerinin incelenmesi; bunların normal ağırlıklı sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve cerrahi sonrası 1., 3. ve 6. aylardaki değişikliklerinin araştırılmasıdır. Beraberinde hastaların kilo verme düzeyini etkileyen psikososyal ve psikiyatrik faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın varsayımları şunlardır:

1. Bariatrik cerrahi aday obezite hastalarının, normal ağırlıklı bireylere kıyasla depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek, benlik saygıları ve yaşam kaliteleri daha düşük, yeme tutumları daha farklı, dürtüsellik düzeyleri daha yüksek, baş etme stratejileri daha zayıf ve cinsel işlevsellikleri daha düşüktür.

2. Obez bireylerde bariatrik cerrahi sonrası anksiyete ve depresyon düzeyleri düşmekte, yeme tutumları değişmekte, benlik saygıları ve yaşam kaliteleri artmakta, cinsel işlevsellikleri artmaktadır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Çalışma Deseni ve Uygulamalar

Çalışmaya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine, Genel Cerrahi Kliniği tarafından bariatrik cerrahinin psikiyatrik uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla danışılan ve çalışma koşullarına uygun olan bariatrik cerrahi adayı 44 obezite hastası alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların tümüne aynı tip bariatrik cerrahi tekniği olan sleeve gastrektomi uygulandı. Sağlıklı kontrol grubuna hasta grubu ile benzer demografik özelliklere sahip ve vücut kitle indeksi normal aralıkta olan 45 birey dahil edildi. Bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarının cerrahi öncesi değerlendirilerek çalışmaya alınması 6 ay süresince devam etti. Çalışmaya alınan obezite hastalarının cerrahi sonrası takibi ise 6 ay süresince yapıldı. Böylelikle son hasta 6. ayda çalışmaya alındı ve çalışma toplamda 12 ay sürdü. Çalışmaya katılmayı kabul eden bariatrik cerrahi adayı obezite hastaları ve sağlıklı kontroller araştırma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile yazılı onamları alındı. Araştırma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 19.12.2018 tarihli, 2018/447 karar sayılı onay alınarak Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü.

Katılımcılar Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu ve psikometrik değerlendirme araçları kullanılarak değerlendirildi. İlk basamak olarak bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarına ait cerrahi öncesi veriler, vücut kitle indeksi normal aralıkta olan bireylerden oluşan sağlıklı kontrol grubu verileri ile kıyaslandı. Çalışmanın ikinci basamağında bariatrik cerrahi uygulanan hastalar takip sürecine alınarak, cerrahi öncesi verileri ile cerrahi sonrası verileri psikometrik değerlendirme araçlarının tekrarlayan uygulamaları yoluyla değerlendirilerek karşılaştırıldı.

Bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarına cerrahi öncesi ve sağlıklı kontrol grubuna uygulanan psikometrik değerlendirme araçları; Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, COPE-Başetme Stratejileri Değerlendirme Ölçeği, Hollanda Yeme Ölçeği Anketi, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, Rosenberg Benlik Saygısı

Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın ve Erkek formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın ve Erkek formudur.

Bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarına cerrahi sonrası 1., 3. ve 6. aylarda uygulanan psikometrik değerlendirme araçları; Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hollanda Yeme Ölçeği Anketi, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın ve Erkek formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın ve Erkek formudur.

2.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Her iki grup için katılımcıların çalışmaya dahil olmayı kabul etmesi, 18-65 yaş aralığında olması, okur yazarlığının olması ve verilen psikometrik değerlendirme araçlarını anlayarak uygulayabilecek mental yeterliliğe sahip olmaları gerekmektedir.

Bariatrik cerrahi adayı obez hasta grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. Vücut kitle indeksinin 30 kg/m^2 ve üzeri olması,
2. Bariatrik cerrahi için uygunluğunun olması.

Sağlıklı kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterler;

1. Vücut kitle indeksinin $18,50\text{-}24,90 \text{ kg/m}^2$ arası olması,
2. Hasta grubu ile benzer demografik özelliklere sahip olmak.

2.1.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Her iki grup için katılımcıların çalışmaya dahil olmayı kabul etmemesi, psikometrik değerlendirme araçlarını uygulayabilecek mental yeterliliğe sahip olmaması ya da uygulamayı kabul etmemeleri dışlanma kriterleridir.

2.2. Psikometrik Değerlendirme Araçları

2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda hazırlanmış olan bir görüşme formu kullanılmıştır. Bu formda her bir katılımcının yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü gibi sosyodemografik özellikleri ve obezitenin başlangıcı, gidişi, sağaltım süreci ile ilgili bilgiler kaydedilmiştir.

2.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtilerin sorgulandığı, 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (125). Depresyon belirtilerinin derecesinin sorgulandığı bu ölçekte her sorunun puanı 0-3 arasında ve toplam puan 0-63 arasında değişebilmektedir. Toplam puan arttıkça depresif belirti düzeyi artmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (126).

2.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Anksiyetenin belirtilerinin sorgulandığı, 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (127). Her sorunun puanı 0-3 arasında ve toplam puan 0-63 arasında değişebilmektedir. Toplam puanın arttıkça anksiyete düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (128).

2.2.4. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Stresli durumlar karşısında kullanılan başa çıkma tutumlarını belirlemek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (129). COPE, 60 sorudan oluşmakta ve 3 alt boyutta değerlendirilmektedir. Bu boyutlar; sorun odaklı, duygusal odaklı ve

fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumlarıdır. Türkçe psikometrik inceleme çalışması yapılmıştır (130).

2.2.5 Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

DEBQ, 33 maddeden oluşmakta ve yeme davranışı duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı olmak üzere 3 alt boyutta değerlendirilmektedir (131). Anketin puanlamasında herhangi bir kesim değeri yoktur, toplam puan ve alt boyutlar Likert tipi değerlendirilmektedir. Toplam puan arttıkça, yeme davranışıyla ilgili olumsuzluklar artmaktadır. Anketin Türkçe versiyonunda kısıtlayıcı boyut ilk 10 soru ile, duygusal boyut 11-23 arası sorular ile, kısıtlayıcı boyut 24-33 arası sorular ile değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bozan tarafından yapılmıştır (132).

2.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

63 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (133). Ölçeğin ilk 10 maddesi benlik saygısını değerlendirmeye yöneliktir. Çalışmada benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak beşi pozitif ve beşi ise negatif ifadelerden oluşan ilk 10 soru kullanılmıştır. Toplam puan azaldıkça benlik saygısı artmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (134).

2.2.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11)

15 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir (135). Plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkat dürtüsellliği olmak üzere 3 alt boyutta değerlendirilmektedir. Dikkatle ilişkili dürtüsellik zihinsel karışıklığa dayanabilme ve sabırsızlığı, motor dürtüsellik düşünmeden eyleme geçmeyi, plansızlık dürtüsellliği ise gelecek hissinin yokluğunu temsil eder. Kesme puanı belirlenmemiştir. Toplam puan ile dürtüsellik düzeyi doğru orantılıdır. 30 maddelik formundan uyarlanarak Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (136).

2.2.8. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)

Sağlığa ilişkin yaşam kalitesini değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir (137). Ölçek 36 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlardan; fiziksel fonksiyonellik (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitenin kısıtlanması), fiziksel rol (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı ve genel sağlık anlayışı fiziksel boyutu oluşturmaktadır. Sosyal fonksiyonellik (fiziksel ve duygusal nedenler ile sosyal aktivitelerin kısıtlanması), duygusal rol (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), mental sağlık ve canlılık ise mental boyutu oluşturmaktadır. Puan yükseldikçe yaşam kalitesindeki iyilik hali artmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (138).

2.2.9. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Heteroseksüel bireylerde cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlevleri değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (139). Ölçek kadın ve erkekler için hazırlanmış iki form; 28 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Kadın formu alt boyutları; sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmdir. Erkek formu alt boyutları; sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, empotans ve erken boşalmadır. Ölçeğin değerlendirilmesi toplam ve alt boyutlardan elde edilen puanlarla yapılmaktadır. Yüksek puanlar cinsel işlevlerde ve ilişkinin niteliğinde bozulma olarak yorumlanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (140).

2.2.10. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Cinsel alanda yaşanan sorunların değerlendirildiği, altılı Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir (141). Ölçek 5 maddeden oluşmakta, kadın ve erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Sorular son bir haftanın değerlendirilmesine yöneliktir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (142). Puan artışı doğrudan cinsel yaşantıdaki bozukluğun şiddeti ile ilişkilidir.

2.3. İstatistiksel Analiz Yöntemi

İstatistik analiz için IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, birinci ve üçüncü çeyreklikler, frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin testleri kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait ölçümlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız gruplarda t ve Mann Whitney U testleri ile yapıldı. Tekrarlayan ölçümler arasındaki karşılaştırmalarda Friedman testi kullanıldı. Friedman testi ile yapılan karşılaştırmalarda ölçümler arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunduğunda farkın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirlemek için post hoc Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. ACYÖ toplam puan, GRCDÖ toplam puan ve RBSÖ'ye ait preoperatif ve postoperatif 6.ay değerleri arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı yordayan bağımsız değişkenleri belirlemek için doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Doğrusal regresyon analizine alınan değişkenlerin normal dağılıma uymayan ölçümleri için logaritmik dönüştürme yapıldıktan sonra analiz gerçekleştirildi. Basit doğrusal regresyon analizinde bağımlı değişkenle ilişkisi için hesaplanan p değeri $<0,25$ bulunan aday değişkenler çoklu modele alındı. Çoklu doğrusal regresyon analizinde ileriye doğru (forward) yöntemi kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için $p<0,05$ değeri kabul edildi.

3. BULGULAR

3.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızın hasta grubuna bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası psikiyatrik değerlendirmesi yapılan 44 obezitesi olan hasta ve kontrol grubuna ise vücut kitle indeksi normal aralıkta olan 45 sağlıklı birey dahil edildi. Hasta grubunun 34'ü (%77,3) kadın, 10'u (%22,7) erkek, kontrol grubunun ise 29'u (%64,4) kadın, 16'sı (%35,6) erkekti (Tablo 3.2).

Yaş ortalaması, hasta grubunda $37,3 \pm 10,5$ yıl, kontrol grubunda $35,3 \pm 7,0$ yıl olarak hesaplandı. Hasta grubunda, kontrol grubuna kıyaslandığında kilo ve vücut kitle indeks değerleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$) (Tablo 3.1)

Tablo 3.1 Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş ve Kilo ile İlişkili Değerleri

	Hasta Grubu (n=44)	Kontrol Grubu (n=45)	t/U	p
Yaş (yıl) (Ortalama±Standart Sapma)	$37,3 \pm 10,5$	$35,3 \pm 7,0$	1,054	0,295*
Kilo (kg) (Ortanca (1. ve 3. çeyreklik))	111,5 (104-132)	70 (60-83)	14	<0,001**
VKİ (kg/m ²) (Ortanca (1. ve 3. çeyreklik))	41,6 (39,1-45,7)	24,6 (22,2-28,1)	0	<0,001**

VKİ= Vücut Kitle İndeksi

* Bağımsız gruplarda t testi

** Mann Whitney U testi

Hasta grubunun %63,6'sı (n=28) evli, %45,5'i (n=20) üniversite mezunu, %52,3'ü (n=23) öğrenciydi veya aktif çalışma hayatı yoktu. Kontrol grubunun büyük bir kısmı evli (n=41, %91,1) ve aktif çalışma hayatı (n=42, %93,3) olan bireylerdi, %62,2'si (n=28) üniversite mezunuydu. Medeni durum ve çalışma durumu açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p=0,004$, $p < 0,001$) (Tablo 3.2).

Tablo 3.2 Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Hasta Grubu (n=44) n (%)	Kontrol Grubu (n=45) n (%)	Ki-kare	p*
Cinsiyet				
Kadın	34 (77,3)	29 (64,4)	1,770	0,183
Erkek	10 (22,7)	16 (35,6)		
Medeni Durum				
Bekar	11 (25,0)	1 (2,2)	11,273	0,004
Evli-Birlikte Yaşıyor	28 (63,6)	41 (91,1)		
Dul	5 (11,4)	3 (6,7)		
Öğrenim Düzeyi				
İlköğretim	11 (25,0)	4 (8,9)	4,589	0,101
Lise	13 (29,5)	13 (28,9)		
Üniversite ve Üzeri	20 (45,5)	28 (62,2)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor/Emekli/Öğrenci	23 (52,3)	3 (6,7)	22,376	<0,001
Çalışıyor	21 (47,7)	42 (93,3)		

* Pearson ki-kare testi

3.2. Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri

Her iki grubun psikiyatrik hastalık öyküsü, şimdilerde psikiyatrik tedavi alıyor olma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı, sigara ve alkol kullanımını incelendi (Tablo 3.3) ve bu özellikler bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Hasta grubunda, kontrol grubuna kıyasla tıbbi hastalık varlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (sırasıyla, $n=18$, %40,9 ve $n=8$, %17,8; $p=0,016$).

Tablo 3.3 Hasta ve Kontrol Grubunun Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Özellik	Hasta Grubu (n=44) n (%)	Kontrol Grubu (n=45) n (%)	Ki-kare	p
Psikiyatrik Öykü				
Yok	38 (86,4)	39 (86,7)	0,002	0,967*
Var	6 (13,6)	6 (13,3)		
Aktif Psikiyatrik Tanı				
Yok	41 (93,2)	44 (97,8)		0,361**
Var	3 (6,8)	1 (2,2)		
Aktif Psikiyatrik İlaç				
Yok	41 (93,2)	44 (97,8)		0,361**
Var (Antidepresan)	3 (6,8)	1 (2,2)		
Ailede Psikiyatrik Öykü				
Yok	38 (86,4)	38 (84,4)	0,066	0,798*
Var	6 (13,6)	7 (15,6)		
Tıbbi Durum				
Yok	26 (59,1)	37 (82,2)	5,756	0,016*
Var	18 (40,9)	8 (17,8)		
Aktif Sigara Kullanımı				
Yok	34 (77,3)	30 (66,7)	1,239	0,266*
Var	10 (22,7)	15 (33,3)		
Aktif Alkol Kullanımı				
Yok	43 (97,7)	42 (93,3)		0,616**
Var	1 (2,3)	3 (6,7)		

* Pearson ki-kare testi

** Fisher'in kesin testi

Son 1 yıl içinde yakın kaybı, boşanma, ekonomik kayıp gibi stresör bir yaşam olayının varlığı ve geçmişte duygusal, cinsel, fiziksel travmatik yaşantı varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3.4).

Hasta grubunda, kontrol grubuna kıyasla fiziksel aktivite düzeyi az/yetersiz olanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla, n=28, %63,7; n=11, %24,4; p=0,001) (Tablo 3.4).

Tablo 3.4 Hasta ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri

Özellik	Hasta Grubu (n=44) n (%)	Kontrol Grubu (n=45) n (%)	Ki-kare	p*
Yaşam Olayı				
Yok	36 (81,8)	37 (82,2)	0,002	0,960
Var	8 (18,2)	8 (17,8)		
Travmatik Yaşantı				
Yok	37 (84,1)	38 (84,4)	0,002	0,963
Var	7 (15,9)	7 (15,6)		
Fiziksel Aktivite				
Az/Yetersiz	28 (63,7)	11 (24,4)	15,115	0,001
Orta	13 (29,5)	22 (48,9)		
Aktif	3 (6,8)	12 (26,7)		

* Pearson ki-kare testi

3.3. Hasta Grubunun Diğer Klinik Özellikleri

Hasta grubunun büyük bir kısmının (n=42, %95,5) geçmişte diyet, egzersiz, akupunktur-alternatif tıp veya bariatrik cerrahi yöntemlerinden bir ya da birkaçı ile kilo verme girişimlerinin olduğu saptandı. Hastaların bariatrik cerrahiye başvurmadan önce kilo verme amaçlı kullandıkları yöntemlere ait bulgular Tablo 3.5’de gösterildi.

Tablo 3.5 Hasta Grubunun Kilo Verme Girişimlerine Dair Bulgular

Kilo Verme Girişimi		Frekans	%
Geçmiş kilo verme girişi	Yok	2	4,5
	Var	42	95,5
	Toplam	44	100,0
Diyet	Yok	4	9,1
	Var	40	90,9
	Toplam	44	100,0
Spor	Yok	12	27,3
	Var	32	72,7
	Toplam	44	100,0
Akupunktur-Alternatif tıp	Yok	27	61,4
	Var	17	38,6
	Toplam	44	100,0
Bariatrik Cerrahi	Yok	43	97,7
	Var	1	2,3
	Toplam	44	100,0

Hasta grubu sorunlu yeme davranışı açısından; yeme bozukluğu ve kötü yeme alışkanlıkları şeklinde iki başlık altında incelenmiştir. Hasta grubunun büyük bir kısmında (n=36, %81,2) tıknırcasına yeme, gece yeme, emosyonel yeme ve otlanma gibi yeme bozukluklarından biri ya da birkaçı olduğu saptandı. Yeme bozukluğuna dair bulgular Tablo 3.6’da, kötü yeme alışkanlığına dair bulgular Tablo 3.7’de gösterildi.

Tablo 3.6 Hasta Grubunun Yeme Davranış Bozukluklarına Dair Bulgular

		Frekans	%
Yeme Davranış Bozukluğu	Yok	8	18,2
	Var	36	81,8
	Toplam	44	100,0
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	Yok	28	63,6
	Var	16	36,4
	Toplam	44	100,0
Gece Yeme	Yok	26	59,1
	Var	18	40,9
	Toplam	44	100,0
Emosyonel Yeme	Yok	26	59,1
	Var	18	40,9
	Toplam	44	100,0
Otlama	Yok	20	45,5
	Var	24	54,5
	Toplam	44	100,0

Tablo 3.7 Hasta Grubunun Kötü Yeme Alışkanlıklarına Dair Bulgular

		Frekans	%
Öğün Atlama	Yok	15	34,1
	Var	29	65,9
	Toplam	44	100,0
Hızlı-Ayakta Yeme	Yok	15	34,1
	Var	29	65,9
	Toplam	44	100,0
TV/PC Karşısında Yeme	Yok	23	52,3
	Var	21	47,7
	Toplam	44	100,0
Gün Boyu Atıştırma	Yok	29	65,9
	Var	15	34,1
	Toplam	44	100,0
Dışarıda-Kalorili Yeme	Yok	15	34,1
	Var	29	65,9
	Toplam	44	100,0

3.4. Bariatrik Cerrahi Öncesi Hasta Grubunun ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Değerlendirmesine Ait Bulgular

Hasta ve kontrol grubunun her ikisine de uygulanan BDÖ, BAÖ, COPE, RBSÖ, DEBQ, SF-36 Kısa Form, BIS-11 Kısa Form, GRCDÖ ve ARCÖ puanları karşılaştırma yapılarak incelendi.

BDÖ ve BAÖ puanları hasta grubunda, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla, $p=0,001$ ve $p=0,002$) (Tablo 3.8).

COPE ölçeği 3 alt boyutta incelendi; duygusal odaklı ve fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, sorun odaklı başa çıkma tutum puanları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (sırasıyla, $p=0,755$, $p=0,837$ ve $p=0,016$) (Tablo 3.8).

RBSÖ puanları hasta grubunda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,006$) (Tablo 3.8).

Tablo 3.8 Hasta ve Kontrol Grubunun BDÖ, BAÖ, COPE, RBSÖ'ye Ait Bulguları

Ölçek Puanı	Hasta Grubu (n=44) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	Kontrol Grubu (n=45) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	U	p*
BDÖ	12,5 (8-21,5)	6 (2-14)	576	0,001
BAÖ	9,5 (4-20,5)	5 (1-9)	618,5	0,002
COPE-Sorun odaklı	52,3 (49,8-68,9)	64,7 (56,4-71,4)	697	0,016
COPE-Duygusal odaklı	58,1 (50,2-66,0)	56,4 (49,8-64,7)	952	0,755
COPE-Fonksiyonel olmayan	33,2 (24,9-39,8)	33,2 (24,9-40,7)	965	0,837
RBSÖ	1,12 (0,50-1,50)	0,50 (0,25-1,00)	658,5	0,006

* Mann Whitney U testi

Tablo 3.9’da görüldüğü gibi DEBQ duygusal yeme alt boyut puanı ve toplam ölçek puanı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla, $p<0,001$ ve $p=0,016$).

Tablo 3.9 Hasta ve Kontrol Grubunun DEBQ’ya Ait Bulguları

DEBQ Alt Boyutları	Hasta Grubu (n=44) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	Kontrol Grubu (n=45) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	U	p*
Kısıtlayıcı yeme	17 (12-23)	20 (12-26)	879,5	0,364
Duygusal yeme	26,5 (16-41)	11 (3-24)	559	<0,001
Dışsal yeme	23 (18-28)	22 (18,5-28)	983	0,954
Toplam	68 (53-88)	54 (38-72)	697	0,016

* Mann Whitney U testi

Tablo 3.10’da gruplar SF-36 ölçek puanlarına göre karşılaştırıldı. SF-36 tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$).

Tablo 3.10 Hasta ve Kontrol Grubunun SF-36 Kısa Formu’na Ait Bulguları

SF-36 Kısa Form Alt Boyutları	Hasta Grubu (n=44) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	Kontrol Grubu (n=45) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	U	p*
Fiziksel fonksiyon	45 (25-60)	95 (77,5-100)	203,5	<0,001
Fiziksel rol güçlüğü	0 (0-75)	100 (75-100)	477,5	<0,001
Vücut ağrısı	55 (45-79,5)	90 (68-100)	488,5	<0,001
Genel sağlık algısı	40 (30-54)	70 (52,5-85)	333	<0,001
Fiziksel boyut toplam	146,5 (103,5-265,5)	335 (265-362,5)	255	<0,001
Duygusal rol	67 (0-100)	100 (67-100)	615,5	0,001
Canlılık	45 (35-64)	70 (50-80)	579	0,001
Mental sağlık	58 (41-75)	72 (54-78)	669	0,008
Sosyal fonksiyon	63 (50-84,5)	88 (63-100)	582	0,001
Mental boyut toplam	205,5 (144-296)	310 (241,5-347)	515,5	<0,001
Genel toplam	340,5 (274-561)	633 (535,5-708,5)	317	<0,001

* Mann Whitney U testi

Tablo 3.11’de görüldüğü gibi BIS-11 Kısa formunun plan yapmama alt boyut puanı ve toplam ölçek puanı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla, $p=0,010$ ve $p=0,016$).

Tablo 3.11 Hasta ve Kontrol Grubunun BIS-11 Kısa Formu’na Ait Bulguları

BIS-11 Kısa Formu	Hasta Grubu (n=44) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	Kontrol Grubu (n=45) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	U	p*
Plan Yapmama	10 (7-12)	8 (6-10)	677,5	0,010
Motor Dürtüsellik	8 (7-10)	7 (6-9)	800,5	0,115
Dikkat Dürtüsellliği	9 (7-10)	8 (6,5-10)	820	0,158
Toplam	26 (22-31)	24 (21-27)	697	0,016

* Mann Whitney U testi

Gruplar GRCDÖ ve ACYÖ uygulanarak cinsel işlev yönünden Tablo 3.12 ve Tablo 3.13’de kıyaslandı. Hem GRCDÖ hem de ACYÖ tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 3.12 Hasta ve Kontrol Grubunun GRCDÖ’ye Ait Bulguları

GRCDÖ Alt Boyutları	Hasta Grubu (n=44) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	Kontrol Grubu (n=45) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	U	p*
Sıklık	5 (3-6)	3 (2-4)	527	<0,001
İletişim	5 (3-6)	2 (0,5-3,5)	407	<0,001
Kaçınma	4 (2-7)	2 (1-3)	536,5	<0,001
Dokunma	5 (2-8)	2 (0-4,5)	580,5	0,001
Doyum	7 (6-9)	2 (1-5)	348	<0,001
Vajinismus/Empotans	5 (4-7)	4 (1-5)	650	0,005
Anorgazmi/Erken boşalma	7,5 (5-9)	5 (2,5-7)	533	<0,001
Toplam	39 (32-48)	21 (11,5-28)	328,5	<0,001

* Mann Whitney U testi

Tablo 3.13 Hasta ve Kontrol Grubunun ACYÖ'ye Ait Bulguları

ACYÖ Alt Boyutları	Hasta Grubu (n=44) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	Kontrol Grubu (n=45) Ortanca (1.-3. Çeyreklik)	U	p*
Cinsel istek	3 (3-4)	2 (1-3)	505	<0,001
Cinsel uyarılma	3 (3-4)	3 (2-3)	624	0,002
Lubrikasyon/Ereksiyon	3 (2-4)	2 (1,5-3)	579,5	0,001
Orgazm	3,5 (3-5)	3 (2-3)	654	0,004
Doyum	3 (2-4)	2 (1-3)	489,5	<0,001
Toplam	16 (14-20)	13 (9-14)	443,5	<0,001

* Mann Whitney U testi

3.5. Hasta ve Kontrol Grubunun Kilo ve İlişkili Bulguları

Bariatrik cerrahi öncesi ve sonrasındaki izlemlerde hasta grubunun ve kontrol grubunun kilo ve kilo ile ilişkili olan VKİ, %EWL bulguları Tablo 3.14'de gösterildi.

Tablo 3.14 Hasta ve Kontrol Grubunun Kilo ve İlişkili Bulguları

	Kontrol (n=45)	Hasta (n=44)						
		Preop	Postop 1.Ay	Postop 3.Ay	Postop 6.Ay		U/Z	p
Kilo (kg)	70 (60-83)	111,5 (104-132)	97,5 (84-112)	88 (79-97,5)	79,5 (72-92)	K<T0	14 ^a	<0,001
						K<T1	230,5 ^a	<0,001
						K<T3	459 ^a	<0,001
						K<T6	680 ^a	0,011
VKİ (kg/m ²)	24,6 (22,2-28,1)	41,6 (39,1-45,7)	36,2 (32,5-40,4)	31,6 (29,7-34,7)	29,2 (27,1-32,8)	K<T0	0 ^a	<0,001
						K<T1	55 ^a	<0,001
						K<T3	177,5 ^a	<0,001
						K<T6	407 ^a	<0,001
EWL (%)				59,6 (45,9-72,5)	78,3 (62,8-86,9)		-5,777 ^b	<0,001

Sonn  lar Ortan  a (1.-3.   eyreklik) de  erler olarak sunulmu  tur.

a Mann Whitney U testi, b Wilcoxon i  aretli sıralar testi

K=Kontrol, T0= Preoperatif D  nem, T1= Postoperatif 1.ay. T3= Postoperatif 3.ay, T6= Postoperatif 6.ay

3.6. Bariatrik Cerrahi Sonrası Takiplerde Hasta Grubunun Psikiyatrik Değerlendirmesine Ait Bulgular

Hasta grubunun, bariatrik cerrahi öncesi (preoperatif) dönemde ve bariatrik cerrahi sonrası (postoperatif) dönemin 1., 3. ve 6. ayında olmak üzere dört ölçümü yapıldı. Tekrarlayan ölçümlerde BDÖ, BAÖ, DEBQ, SF-36 Kısa Form, RBSÖ, GRCDÖ ve ACYÖ uygulandı. Tekrarlayan ölçümlerde arasında ölçek puanlarının çoklu ikili karşılaştırmaları yapıldı.

BDÖ puanlarında preoperatif döneme göre postoperatif 1., 3. ve 6. ayda, 1. aya göre 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü (p değerleri Tablo 3.15’de verildi).

BAÖ puanlarında preoperatif döneme göre postoperatif 3. ve 6. ayda, 1. aya göre 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü (p değerleri Tablo 3.15’de verildi).

DEBQ puanlarına bakıldığında ölçümler arasında karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlı fark görülmedi (p değerleri Tablo 3.15’de verildi).

SF-36 Kısa Formun fiziksel boyut, mental boyut ve toplam ölçek puanları açısından incelendi. Ölçeğin fiziksel, mental boyutlarının ve genel toplam puanlarında preoperatif döneme göre postoperatif 1., 3. ve 6. ayda, 1. aya göre 6. ayda ve 3. aya göre 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı artış görüldü (p değerleri Tablo 3.15’de verildi).

RBSÖ puanlarında preoperatif döneme göre postoperatif 3. ve 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü (p değerleri Tablo 3.15’de verildi).

Tablo 3.15 BDÖ, BAÖ, DEBQ, SF-36, RBSÖ Puanlarının Çoklu İkili Karşılaştırmaları

	Hasta (n=44)								
Ölçek Puanı	Preop	Postop 1.Ay	Postop 3.Ay	Postop 6.Ay	Ki-kare	p*	Karşılaştırma	Z	p**
BDÖ	12,5 (8-21,5)	6,5 (5-15)	6,5 (2-11)	3 (1-7,5)	65,370	<0,001	T0-T1	0,750	0,039
							T0-T3	1,409	<0,001
							T0-T6	2,068	<0,001
							T1-T3	0,659	0,100
							T1-T6	1,318	<0,001
							T3-T6	0,659	0,100
BAÖ	9,5 (4-20,5)	5 (3-10,5)	5 (2-10)	4 (1-9)	22,351	<0,001	T0-T1	0,160	0,962
							T0-T3	0,852	0,012
							T0-T6	1,170	<0,001
							T1-T3	0,466	0,543
							T1-T6	0,784	0,026
							T3-T6	0,318	1,000
DEBQ Toplam	68 (53-88)	68,5 (49-93,5)	66 (50-92,5)	62,5 (53-78,5)	1,738	0,629			
SF-36 Fiziksel Toplam	146,5 (104-266)	272,5 (216-335)	317,5 (271-349)	356,5 (319-374)	77,595	<0,001	T0-T1	-1,170	<0,001
							T0-T3	-1,432	<0,001
							T0-T6	-2,398	<0,001
							T1-T3	-0,261	1,000
							T1-T6	-1,227	<0,001
							T3-T6	-0,966	0,003
SF-36 Mental Toplam	205,5 (144-296)	296,5 (213-340)	300,5 (260-342)	337 (315-358)	43,459	<0,001	T0-T1	-0,955	0,003
							T0-T3	-1,068	0,001
							T0-T6	-1,795	<0,001
							T1-T3	-0,114	1,000
							T1-T6	-0,841	0,013
							T3-T6	-0,727	0,049
SF-36 Genel Toplam	340,5 (274-561)	540,5 (437-671)	608 (533-683)	682,5 (635-731)	59,226	<0,001	T0-T1	-1,114	<0,001
							T0-T3	-1,239	0,001
							T0-T6	-2,102	<0,001
							T1-T3	-0,125	1,000
							T1-T6	-0,989	0,002
							T3-T6	-0,864	0,010
RBSÖ	1,12 (0,50-1,50)	0,75 (0,50-1,25)	0,67 (0,50-1,00)	0,50 (0,25-0,73)	23,283	<0,001	T0-T1	0,568	0,234
							T0-T3	0,886	0,008
							T0-T6	1,136	<0,001
							T1-T3	0,318	1,000
							T1-T6	0,568	0,234
							T3-T6	0,250	1,000

Sonuçlar Ortanca (1.-3. Çeyreklik) değerler olarak sunulmuştur.

*Friedman testi ** Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon işaretli sıralar testi

K=Kontrol, T0= Preoperatif Dönem, T1= Postoperatif 1.ay, T3= Postoperatif 3.ay, T6= Postoperatif 6.ay

GRCDÖ'nün sıklık, iletişim, kaçınma, dokunma, anorgazmi/erken boşalma alt boyut ve toplam ölçek puanlarında preoperatif döneme ve postoperatif 1. aya göre 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,05$). Beraberinde toplam puanda 3. aya göre 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,05$). Toplam ve tüm alt boyut ölçek puanlarının ikili karşılaştırılması Tablo 3.16'da gösterildi.

Tablo 3.16 GRCDÖ Puanlarının Çoklu İkili Karşılaştırmaları

	Hasta (n=44)								
GRCDÖ	Preop	Postop 1.Ay	Postop 3.Ay	Postop 6.Ay	Ki-kare	p*	Karşılaştırma	Z	p**
Sıklık	5 (3-6)	4 (2-6)	3 (2-6)	3 (1-5)	28,807	<0,001	T0-T1	0,455	0,592
							T0-T3	0,795	0,023
							T0-T6	1,295	<0,001
							T1-T3	0,341	1,000
							T1-T6	0,841	0,013
							T3-T6	0,500	0,416
İletişim	5 (3-6)	4 (2-5)	4 (3-5)	3 (2-5)	29,078	<0,001	T0-T1	0,500	0,416
							T0-T3	0,625	0,139
							T0-T6	1,284	<0,001
							T1-T3	0,125	1,000
							T1-T6	0,784	0,026
							T3-T6	0,659	0,100
Kaçınma	4 (2-7)	4 (2-7)	4 (2-6)	2,5 (1-4)	17,579	0,001	T0-T1	0,136	1,000
							T0-T3	0,307	1,000
							T0-T6	0,966	0,003
							T1-T3	0,170	1,000
							T1-T6	0,830	0,015
							T3-T6	0,659	0,100

Tablo 3.16 Devam

Dokunma	5 (2-8)	4 (2-7)	4 (1-7)	2 (1-5)	16,061	0,001	T0-T1	0,227	1,000
							T0-T3	0,261	1,000
							T0-T6	0,966	0,003
							T1-T3	0,034	1,000
							T1-T6	0,739	0,044
							T3-T6	0,705	0,063
Doyum	7 (6-9)	6 (3-8)	6 (5-8)	5 (3-7)	16,654	0,001	T0-T1	0,716	0,056
							T0-T3	0,386	0,962
							T0-T6	0,989	0,002
							T1-T3	-0,330	1,000
							T1-T6	0,273	1,000
							T3-T6	0,602	0,172
Vajinismus Empotans	5 (4-7)	5 (4-7)	4,5 (2-7)	4 (2-5)	19,281	<0,001	T0-T1	-0,284	1,000
							T0-T3	-0,239	1,000
							T0-T6	0,705	0,063
							T1-T3	0,045	1,000
							T1-T6	0,989	0,002
							T3-T6	0,943	0,004
Anorgazmi Erken boşalma	7,5 (5-9)	6 (4-8)	5 (4-8)	4 (3-6)	24,084	<0,001	T0-T1	0,420	0,760
							T0-T3	0,602	0,172
							T0-T6	1,250	<0,001
							T1-T3	0,182	1,000
							T1-T6	0,830	0,015
							T3-T6	0,648	0,112
Toplam	39 (32-48)	32,5 (22,5-44)	32 (21-43,5)	24 (16-34)	33,919	<0,001	T0-T1	0,557	0,258
							T0-T3	0,568	0,234
							T0-T6	1,557	<0,001
							T1-T3	0,011	1,000
							T1-T6	1,000	0,002
							T3-T6	0,989	0,002

Sonuçlar Ortanca (1.-3. Çeyreklik) değerler olarak sunulmuştur.

*Friedman testi. ** Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon işaretli sıralar testi

K=Kontrol, T0= Preoperatif Dönem, T1= Postoperatif 1.ay. T3= Postoperatif 3.ay, T6= Postoperatif 6.ay

ACYÖ'nün toplam ve tüm alt boyut ölçek puanlarında preoperatif döneme göre postoperatif 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,05$). Beraberinde toplam puanda 1. ve 3. aya göre 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,05$). Toplam ve tüm alt boyut ölçek puanlarının ikili karşılaştırılması Tablo 3.17 'de gösterildi.

Tablo 3.17 ACYÖ Puanlarının Çoklu İkili Karşılaştırmaları

	Hasta (n=44)								
ACYÖ	Preop	Postop 1.Ay	Postop 3.Ay	Postop 6.Ay	Ki-kare	p*	Karşılaştırma	Z	p**
Cinsel istek	3 (3-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	2 (1-3)	22,775	<0,001	T0-T1	0,500	0,416
							T0-T3	0,295	1,000
							T0-T6	1,023	0,001
							T1-T3	-0,205	1,000
							T1-T6	0,523	0,345
							T3-T6	0,727	0,049
Cinsel uyarılma	3 (3-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-3)	22,798	<0,001	T0-T1	0,159	1,000
							T0-T3	0,557	0,258
							T0-T6	1,011	0,001
							T1-T3	0,398	0,891
							T1-T6	0,852	0,012
							T3-T6	0,455	0,592
Lubrikasyon Ereksiyon	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	2 (2-3)	19,061	<0,001	T0-T1	0,148	1,000
							T0-T3	0,239	1,000
							T0-T6	0,886	0,008
							T1-T3	0,091	1,000
							T1-T6	0,739	0,044
							T3-T6	0,648	0,112
Orgazm	3,5 (3-5)	3 (3-4)	3 (3-4)	3 (2-3)	17,561	0,001	T0-T1	0,284	1,000
							T0-T3	0,386	0,962
							T0-T6	0,920	0,005
							T1-T3	0,102	1,000
							T1-T6	0,636	0,125
							T3-T6	0,534	0,314
Doyum	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-3)	2 (1-3)	21,502	<0,001	T0-T1	-0,170	1,000
							T0-T3	-0,034	1,000
							T0-T6	0,795	0,023
							T1-T3	0,136	1,000
							T1-T6	0,966	0,003
							T3-T6	0,830	0,015

Tablo 3.17 Devam

Toplam	16 (14-20)	15 (12-19)	15 (13-18)	13 (8-15)	28,609	<0,001	T0-T1	0,330	1,000
							T0-T3	0,466	0,543
							T0-T6	1,341	<0,001
							T1-T3	0,136	1,000
							T1-T6	1,011	0,001
							T3-T6	0,875	0,009

Sonuçlar Ortanca (1.-3. Çeyreklik) değerler olarak sunulmuştur.

*Friedman testi ** Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon işaretli sıralar testi

K=Kontrol, T0= Preoperatif Dönem, T1= Postoperatif 1.ay. T3= Postoperatif 3.ay, T6= Postoperatif 6.ay

3.7. Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Korelasyonlar

Katılımcıların “GRCDÖ Toplam”, “ACYÖ Toplam”, “RBSÖ”, “BDÖ”, “BAÖ”, “SF-36 Fiziksel Toplam”, “SF-36 Mental Toplam”, “SF-36 Genel Toplam” ölçek puanlarına ait preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçümleri arasındaki farklara ait korelasyonlar incelendiğinde; “ACYÖ Toplam” ve “RBSÖ” ölçeklerine ait farklar ile “BDÖ” ve “BAÖ” ölçeklerine ait farklar arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ölçek puanlarına ait farklar arasında saptanan korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo 3.18’de verilmiştir.

Tablo 3.18 Katılımcıların Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Korelasyonlar (N=44)

Ölçek Puanı Farkı*		GRCDÖ Toplam	ACYÖ Toplam	RBSÖ
BDÖ	r_s	0,016	0,364	0,391
	p	0,917	0,015	0,009
BAÖ	r_s	0,162	0,363	0,320
	p	0,293	0,016	0,034
SF 36 Fiziksel Toplam	r_s	0,028	-0,161	-0,059
	p	0,859	0,298	0,704
SF 36 F Mental Toplam	r_s	-0,117	-0,170	-0,281
	p	0,449	0,271	0,064
SF 36 Genel Toplam	r_s	-0,068	-0,178	-0,190
	p	0,660	0,247	0,217

*Fark preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçümlerinden hesaplanmıştır r_s = Spearman korelasyon katsayısı

3.8. Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Regresyon Analizi Sonuçları

“Cinsiyet”, “yaş”, “medeni durum”, “eğitim durumu”, “preoperatif ve postoperatif 6. Ay VKİ farkı”, “BDÖ”, “BAÖ”, “RBSÖ”, “SF-36 Fiziksel Toplam” ve “SF-36 Mental Toplam” preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları arasındaki farklar ile “GRCDÖ Toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkı” arasındaki etkileşime ait ilişki büyüklüklerini saptamak için önce basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Preoperatif ve postoperatif 6.ay VKİ farkı, GRCDÖ Toplam, BDÖ, BAÖ, RBSÖ, SF-36 Fiziksel Toplam ve SF-36 Mental Toplam ölçek puanları preoperatif ve postoperatif 6.ay farklarına ait ölçümler normal dağılıma uymadığından bu değişkenlere ait ölçümlere logaritmik dönüştürme yapılmış ve dönüştürülmüş değerlerle doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Doğrusal regresyon analizine cinsiyet, medeni durum (evli/diğer), eğitim durumu (üniversite mezunu/diğer) değişkenleri kukla (dummy) değişken şeklinde alınmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde “yaş”, “medeni durum”, “eğitim durumu”, “preoperatif ve postoperatif 6.ay VKİ farkı” ve “RBSÖ” ölçek puanı preoperatif ve

postoperatif 6.ay farkı için hesaplanan p değerleri $<0,25$ bulunduğundan, bu 5 değişken çoklu analize alınmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde ise “GRCDÖ Toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları arasındaki farkı” istatistiksel olarak anlamlı yordayan değişken bulunmamıştır.

“Cinsiyet”, “yaş”, “medeni durum”, “eğitim durumu”, “preoperatif ve postoperatif 6. ay VKİ farkı”, “BDÖ”, “BAÖ”, “RBSÖ”, “SF-36 Fiziksel Toplam” ve “SF-36 Mental Toplam” preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanı arasındaki farklar ile “ACYÖ Toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkı” arasındaki etkileşime ait ilişki büyüklüklerini saptamak için önce basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Preoperatif ve postoperatif 6.ay VKİ farkı, ACYÖ Toplam, BDÖ, BAÖ, RBSÖ, SF-36 Fiziksel Toplam ve SF-36 Mental Toplam ölçek puanları farklarına ait ölçümler normal dağılıma uymadığından bu değişkenlere ait ölçümlere logaritmik dönüştürme yapılmış ve dönüştürülmüş değerlerle doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Doğrusal regresyon analizine cinsiyet, medeni durum (evli/diğer), eğitim durumu (üniversite mezunu/diğer) değişkenleri kukla (dummy) değişken şeklinde alınmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde “yaş”, “eğitim durumu”, “RBSÖ”, “BDÖ”, “BAÖ” ölçek puanları preoperatif ve postoperatif 6.ay farkı için hesaplanan p değerleri $<0,25$ bulunduğundan, bu 5 değişken çoklu analize alınmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde “ACYÖ Toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları arasındaki farkı” istatistiksel olarak anlamlı yordayan tek değişken olarak “RBSÖ” preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkı bulunmuştur. Bu iki ölçeğe ait preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkı arasında pozitif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). ACYÖ Toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkındaki değişimin %32,6’sını RBSÖ preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkı açıklamaktadır. Ayrıntılar Tablo 3.19’da verilmiştir.

Tablo 3.19 ACYÖ Toplam Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	0,764	0,085		9,038	<0,001
RBSÖ Puan Farkı*	0,825	0,296	0,612	2,789	0,015

Bağımlı Değişken: Arizona toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları arasındaki fark* * Logaritmik dönüştürme uygulanmıştır.

“Cinsiyet”, “yaş”, “medeni durum”, “eğitim durumu”, “preoperatif ve postoperatif 6. ay VKİ farkı”, “BDÖ”, “BAÖ”, “SF-36 Fiziksel Toplam”, “SF-36 Mental Toplam”, “GRCDÖ Toplam”, “ACYÖ Toplam” preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkları ile “RBSÖ preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkı” arasındaki etkileşime ait ilişki büyüklüklerini saptamak için önce basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Preoperatif ve postoperatif 6.ay VKİ farkı, RBSÖ, BDÖ, BAÖ, SF-36 Fiziksel Toplam, SF-36 Mental Toplam, GRCDÖ Toplam, ACYÖ Toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farklarına ait ölçümler normal dağılıma uymadığından bu değişkenlere ait ölçümlere logaritmik dönüştürme yapılmış ve dönüştürülmüş değerlerle doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Doğrusal regresyon analizine cinsiyet, medeni durum (evli/diğer), eğitim durumu (üniversite mezunu/diğer) değişkenleri kukla (dummy) değişken şeklinde alınmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinde “cinsiyet”, “BAÖ”, “GRCDÖ Toplam”, “ACYÖ Toplam” preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkı için hesaplanan p değerleri <0,25 bulunduğundan, bu 4 değişken çoklu analize alınmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde “RBSÖ preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları arasındaki farkı” istatistiksel olarak anlamlı yordayan değişkenler olarak “BAÖ” ve “ACYÖ Toplam” preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkları bulunmuştur. RBSÖ ve ACYÖ Toplam preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkları arasında pozitif yönde, iyi düzeyde, RBSÖ ve BAÖ preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkları arasında ise pozitif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu iki değişken RBSÖ preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları farkındaki değişimin %64,2’sini açıklamaktadır. Ayrıntılar Tablo 3.20’de verilmiştir.

Tablo 3.20 RBSÖ Preoperatif ve Postoperatif 6.Ay Ölçek Puanları Arasındaki Farka Ait Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	-0,764	0,147		-5,186	<0,001
ACYÖ Toplam Puan Farkı*	0,492	0,128	0,644	3,852	0,003
BAÖ Puan Farkı*	0,303	0,110	0,461	2,756	0,019

Bağımlı Değişken: Rosenberg Benlik Saygısı preoperatif ve postoperatif 6.ay ölçek puanları arasındaki fark* * Logaritmik dönüştürme uygulanmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada bariatrik cerrahi adayları obez hastaların, cerrahi öncesi depresyon düzeyleri, anksiyete düzeyleri, baş etme stratejileri, benlik saygıları, yeme bozuklukları, dürtüsellik düzeyleri, yaşam kaliteleri ve cinsel işlevsellikleri incelendi; normal ağırlıklı sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldı ve cerrahi sonrası 1., 3. ve 6. aylardaki değişimleri araştırıldı.

Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından fark bulunmamakla birlikte hasta grubunun çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Literatürde, obezite yaygınlığında cinsiyetin önemli bir etken olduğu ve kadınlarda obezite görülme oranının erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmektedir (143). Dolayısıyla obezite ve buna bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikiyatrik problemlerle karşılaşma konusunda kadınlar daha riskli konumda durmaktadır (144). Biyolojik etkenler ve kadının toplumdaki rolü obezitenin sonuçlarının cinsiyetler arası farklılık göstermesine yol açıyor olabilir. Obezite erkeklerde önemli bir sağlık sorunu olarak yer alırken kadınlarda ise daha ön planda estetik bir sorun olarak tartışılıyor olması bu farklılıklara kısmen açıklama getirmektedir. Çalışmamıza kadınların erkeklerden daha fazla katılımının bulunması bariatrik cerrahi için başvuran hastaların katıldığı diğer çalışmalardaki oranlara benzerlik göstermektedir (90). Kadınların beden algılarıyla ilgili hassasiyetleri ve daha yüksek motivasyonla daha fazla oranda tedavi arayışında olmaları bariatrik cerrahiye başvuran kadın sayısının erkeklerinkinden daha fazla olmasını açıklayabilir.

Aktif çalışma hayatına baktığımızda, hasta grubunda çalışıyor olma durumu düşüktü. Bu durum tek yönlü ve bilinçsiz beslenmeye neden olabilecek sosyokültürel düzey düşüklüğü, günlük hareketliliğin az olması ile ilişkilendirilebilir (145).

Gruplar medeni durum açısından incelendiğinde, kontrol grubunda evli olanların oranı yüksekti. Bunun yanında hasta grubunun da büyük çoğunluğu evli bireylerden oluşmaktaydı. Evli bireylerde obezitenin daha yaygın görüldüğü

bilinmektedir (146). Bu yaygınlık özellikle kadınlarda sosyal değerlerin etkisi ve estetik kaygılarının azalmasına bağlanabilir.

Çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü, şimdilerde psikiyatrik tedavi alıyor olma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı, sigara veya alkol kullanımı açısından gruplar arasında fark yoktu. Nikotinin açlık hissini bastırarak yemeyi azalttığı, metabolizmayı hızlandırdığı bilinmekte ve obezite olasılığını azaltıcı bir faktör olabileceği düşünülmektedir (147). Çalışmamızın literatür bilgisi ile uyumlu olmayan bu bulgusunu, erkeklerde sigara kullanımının kadınlara göre daha yaygın olması ve kilo ile ilgili damgalanmanın daha az olmasına bağlayabiliriz.

Obezitenin diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi kronik ve ciddi sağlık sorunlarını beraberinde getirdiği bilinmektedir (148). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hasta grubunda eşlik eden tıbbi durum varlığı yüksekti.

Obezite tedavisinde uygun yöntemler kullanıldığında genellikle istenilen kilo kaybı sağlanır. Ancak tedaviyle yaşam tarzı değişikliği oluşmadığı müddetçe kaybedilen kilonun kalıcılığını sağlamak oldukça zordur. Yaşam tarzı ile ilgili değişimlerin başında düzenli fiziksel aktivite gelmektedir. Günlük fiziksel aktivite düzeyinde azalma obezite gelişiminde en önemli faktörlerden ve tedavisinde de en önemli basamaklardan biridir (149). Yetersiz fiziksel aktivite ruhsal ve bedensel sorunlara neden olmaktadır. Çalışmamızda da hasta grubunda günlük fiziksel aktivite düzeyinde düşüklük dikkat çekmektedir.

Bariatrik cerrahi öncesi değerlendirilen obez hastaların tamamına yakınının geçmişte kilo verme girişimlerinin olduğu ve öncelikli olarak diyet, egzersiz yöntemlerini uyguladıkları saptandı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bariatrik cerrahi adayı olan obez bireylerin %92'sinin geçmişte diyet, egzersiz veya diğer yöntemlerden en az birisini uyguladıkları belirtilmiştir (89). Literatür bilgisi ile örtüşen bu bulgumuz bariatrik cerrahi adaylarının zayıflamak için birçok yöntemi denediklerini göstermektedir. Diğer bir yandan literatürde sağlıklı ve profesyonel olmayan diyet programlarının, yeme bozukluklarının riskini veya şiddetini

arttırabileceği ve obezite gelişiminde tetikleyici bir faktör olabileceği belirtilmektedir (150).

Bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarının cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmesinde, sorunlu yeme davranışlarının incelenmesi en önemli basamaklardan biridir. Çalışmamızda da sorunlu yeme davranışları, yeme bozuklukları ve kötü yeme alışkanlıkları şeklinde iki başlık altında incelenmiştir. Obezitenin temelde gereğinden fazla kalori alımı sonucu geliştiği düşünüldüğünde, sorunlu yeme davranışlarını saptamak ve bunların tedavisine odaklanmak cerrahi öncesi değerlendirmenin temel hedeflerindendir (122). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak hasta grubunun büyük bir kısmında kötü yeme alışkanlıklarından bir veya birkaçının olduğu, bunların arasından özellikle yüksek kalorili hazır gıda tüketiminin, düzensiz beslenmenin ve hızlı-ayakta yemenin daha sık olduğu dikkat çekmektedir (151). Yeme davranışındaki bozukluklara bakıldığında ise hastaların üçte birinde tıkrınırcasına yeme davranışları olduğu, yaklaşık yarısında otlanma davranışı olduğu, yarıya yakınında ise gece yeme ve emosyonel yeme davranışı olduğu saptandı. Sorunlu yeme davranışı olan hastalarda, bariatrik cerrahi sonrası önerilen diyetle uyum sağlama konusunda sorunlar sık gözlenmektedir. Bazı hastalarda istenilen kiloya ulaşmada zorluk yaşayabilmekte veya verilen kilonun geri alımına sebep olabilecek yeme tutumu sergileyebilmektedirler (152).

Bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarında, normal vücut ağırlığına sahip bireylere göre hatta cerrahi dışı tedavi arayışında olan diğer obezite hastalarına göre tanı düzeyinde veya eşik altı düzeyde psikopatoloji görülme olasılığı daha yüksektir (124). Sıklıkla duygudurum bozukluklarından depresyon ve anksiyete bozuklukları görülmektedir. Özellikle depresyon ve obezitenin birlikteliği, depresif belirtilerin ve duygudurum bozukluklarının tedavi arayışında olan obez bireylerde daha yaygın olduğu, bu iki durumun ortak kalıtsal yönlerinin olabileceği, duygudurum bozukluklarının tedavisi sırasında kullanılan ilaçların birçoğunun kilo alımına neden olması yönünde açıklamalar ile anlaşılmalı (84, 107).

Çalışmamızda BDÖ kullanılarak yapılan psikometrik ölçümlerde, depresif belirti düzeyi hasta grubunda kontrol grubundan yüksek bulundu. Hasta grubunun

izlem ölçümlerinde preoperatif döneme göre postoperatif depresif belirtilerde azalma görüldü. Benzer şekilde BAÖ kullanılarak yapılan ölçümlerde de anksiyete düzeyi hasta grubunda yüksekti. Hasta grubunun izlem ölçümlerinde ise preoperatif döneme göre postoperatif 3. ve 6. ayda anksiyete belirtilerinde azalma görüldü. Bu bulgular bariatrik cerrahi öncesindeki ruhsal değerlendirmede en sık rastlanan belirtilerin depresif ve anksiyete belirtileri olduğunu saptayan önceki çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (119, 153). Obezite kaynaklı sağlık sorunları ve fiziksel aktivitede kısıtlılıkların bireylerin çeşitli sosyal etkinliklere katılamamasına yol açabileceği ve bu durumun da davranışsal inaktivasyona, depresyon gelişimine zemin hazırladığına dair çalışmalar bulunmaktadır (154). Ayrıca yetersiz fiziksel aktivite endorfin düzeyinde azalmaya ve norepinefrin metabolizmasında değişikliklere neden olmaktadır, bu durum obezite varlığında depresyon ve anksiyete belirtilerindeki artışı açıklayabilen faktörlerden biridir (155). Cerrahi sonrası süreçte VKİ azaldıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinde belirgin bir azalma olması literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (156, 157). Bu durum, biyolojik yönden kilo kaybı ile yağ hücrelerinde azalma, proinflamatuvar sitokin seviyelerinde düşme ve böylelikle inflamasyonda azalma, insülin direncinde düzelmeye ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aks sisteminin disregülasyonunda düzelmeye açıklanabilir (156, 158). Obeziteye eşlik eden hastalıklarda iyileşmeyle birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde düzelmeye, beden görünümüyle ilgili olumsuz algılarda azalma, fiziksel hareketlilikte artış ise psikososyal yönden açıklayıcıları olarak belirtilmiştir (159, 160). Hastaların postoperatif 1. ayda anksiyete düzeylerinde azalma olmayışı, cerrahi sonrası ilk aylardaki iyileşme süreci, beslenme düzeninde belirgin değişikliklerin olması ve yeni yaşam tarzına uyum sürecindeki zorluklarla açıklanmaya çalışılabilir.

Bireylerin stresi yönetmeye yönelik bilişsel ve davranışsal çabaları olarak tanımlanan başa çıkma tutumlarının, obezitesi olan bireylerde obezitenin beraberinde birçok komorbid hastalığı getirmesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde azalmaya neden olması, kilo ile ilgili damgalanma, bedensel görünüme atfedilen anlam ile ilişkili olarak olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir (161). Çalışmamızda hasta grubunda sorun odaklı başa çıkma becerilerinin daha düşük olması, sorunlarla başa çıkma özelliklerinin kilo kaybı ve sürdürmede önemli rol oynayabileceğini

destekleyen çalışmalarla uyumlu bulunmaktadır (161, 162). Obezite hastalarında çeşitli yöntemlerle sağlanan kilo kaybını ve kaybedilen kilonun devamlılığının sağlanmasını etkileyen ruhsal ve davranışsal faktörleri araştıran çalışmalarda; olumsuz etkenler olarak kilo kaybı ile ilgili gerçekçi olmayan beklentiler, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, duygudurumu düzenlemek için yeme davranışı, diyet kısıtlamasına karşı disinhibisyon, olumlu etkenler olarak otonom motivasyonu, öz yeterlilik, öz denetim, pozitif beden algısındaki yükseklik öne çıkmaktadır (163).

Düşük benlik saygısı yalnızca rahatsızlık verici bir duygu olarak var olmamakta, beraberinde çeşitli psikopatolojilerin gelişiminde de rol oynamaktadır. Obez olmakla ilgili damgalayıcı sosyal tutumlar ve ağır zihinsel uğraşlar bireylerde benlik saygısında azalmaya ve olumsuz bir kendilik algısının gelişimine zemin hazırlamaktadır (89). Çalışmamızda hasta grubunun benlik saygısının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulgusu, obez hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu bildiren araştırmalarla uyumludur (164). Hastaların benlik saygısında preoperatif döneme göre postoperatif 3. ve 6. aylarda artış görülmesi, cerrahi sonrası takiplerde VKİ azaldıkça benlik saygısının artacağı yönünde olan literatür bilgisini destekler niteliktedir (2). Benlik saygısındaki bu iyileşmenin postoperatif 3. aydan sonra görülmesi, ilk aylardaki uyum sürecine, VKİ'deki ve beden imajındaki değişimin bir süreç gerektiriyor olmasına bağlanabilir. Ayrıca preoperatif ve postoperatif 6. ayda yapılan ölçümler arasındaki farka ait korelasyon analizinde, benlik saygısı ile depresyon ve anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde korelasyon saptandı. Yani VKİ'deki azalma ile depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma saptanması benlik saygısında görülen iyileşmeyi arttırmaktadır. Regresyon analizinde ise benlik saygısının preoperatif ve postoperatif 6. ay ölçümlerindeki değişimi yordayan değişkenler olarak anksiyete düzeyindeki ve ACYÖ ile saptanan cinsel yaşamdaki değişimin ilişkili olduğu bulundu. Benlik saygısı ile anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde, orta-iyi düzeyde ve cinsel yaşam ile pozitif yönde, iyi düzeyde korelasyon saptandı. Bu iki değişken benlik saygısında görülen artışın %64,2'sini açıklanmaktadır. Bu bulgular, benlik saygısını etkilediği düşünülen faktörlerden birinin de psikopatolojiler ve cinsel yaşamdaki değişimler olduğu varsayımını desteklemektedir (165). Aynı zamanda obezitesi olan hastalarda

görülen benlik saygısında düşüklüğün, psikopatolojilerle ilişkisinde neden mi yoksa sonuç mu olduğu yönündeki tartışmalara da bir bakış açısı sunmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların yeme davranışları DEBQ ile duygusal, dışsal ve kısıtlanmış yeme davranışları alt boyutlarında incelenmiştir. Duyguların yeme davranışı üzerinde olumsuz etkileri olduğu, olumsuz duygularla başa çıkmada zorlanan bireylerde besinlerin yatıştırıcı etkisini kullanarak fazla ve gereksiz besin tüketimi görülmektedir (166). Kilo kontrolünü sağlamak için besin kısıtlamasını uygulayan bazı bireylerde sık sık dalgalanma olduğu, istenilen kilonun üzerinde oldukları ve besin çeşitliliği arttıkça bu zorluğun daha da arttığı gözlenmektedir. Bireyin dışarıdan gelen uyaranlardan etkilenecek olağanın üzerinde besin tüketip tüketmediği ise dışsal yeme davranışı ile ilişkilidir (167). Çalışmamızın hasta grubunda, kontrol grubuna göre genel yeme davranışı ve alt boyutlarından duygusal yeme davranışındaki bozukluğun daha fazla olduğu bulgusu literatürü ile uyumluydu. Bariatrik cerrahi sürecini araştıran bir çalışmada, duygusal yemenin hem cerrahi öncesinde hem de sonrasında bariatrik cerrahi adayı hastalarda yaygın olduğunu ve cerrahinin başarısını olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur (168).

Tedavi arayışında olan obezite hastalarının yaşam kalitelerinin, obezitenin boyutuna göre değişebildiği, VKİ arttıkça kötüleştiği belirtilmektedir. Yaşam kalitesinde görülen bu kötüleşme, obezite tedavisinin en önemli motivasyon kaynaklarından biri olarak kabul edilmektedir (169). Çalışmamızda hasta grubunun yaşam kalitesinin tüm alt ve ana boyutlarında ve toplamında kontrol grubuna göre düşük olması, obezite ve yaşam kalitesinin ilişkisini araştıran önceki çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (170). Hasta grubunun cerrahi sonrası izlem ölçümlerinde yalnızca postoperatif 3. aya göre 1. ayda farklılık saptanmadı, diğer karşılaştırmaların tümünde VKİ'deki azalmayla birlikte yaşam kalitesinde artış olduğu görüldü. Bu bulgu bariatrik cerrahi sonrası uzun dönem izlem araştırmalarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Postoperatif 3. ayda 1. aya göre yaşam kalitesinde bir farklılık bulunmayışı, ilk ayda dramatik değişikliklerin olduğu, ardından yaşam kalitesinde sağlanan bu iyileşmenin hafif düzeylerdeki artışla birlikte birkaç ay sürdürüldüğü ve sonrasında tekrar iyileşmede artışın

olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi sonrası kısa süreli izlemde beklenenden daha fazla kilo kaybı olduğu ve bununla ilişkili olarak yaşam kalitesinde daha iyi sonuçların edildiği, 5-10 yıl gibi uzun süreli izlemde ise verilen kilonun geri alımı olasılığının daha yüksek ve yaşam kalitesindeki gerilemenin ise bundan dolayı olabileceği düşünülmüştür (171). Başka bir çalışmada ise bariatrik cerrahi ile sağlanan kilo kaybının ve yaşam kalitesindeki iyileşmenin uzun dönemde korunduğu belirtilmiştir (172).

Obezite gelişiminde dürtüselliğin önemli bir yeri olduğu ve ödül sistemindeki bozukluğun dürtüsel biçimde yeme ile sonuçlandığı belirtilmektedir (118). Çalışmalarda obezitesi olan bireylerin normal ağırlıklı bireylere göre dürtüsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (173). Bununla birlikte dürtüselliğin tedaviyi zorlaştırdığını, tedavinin yarıda kalmasına neden olduğunu, tedavi ile sağlanan kazanımların kaybedilmesi için öngördürücü bir faktör olabileceğini bildiren çalışmalar da vardır (174, 175). Çalışmamızda hasta grubunun dürtüsellik düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek bulunması, obezite ve dürtüsellik ilişkisini inceleyen önceki çalışmaların sonuçları ile uyumluydu.

Bireylerin beden görünümlerine ilişkin memnuniyetsizliği arttıkça depresif semptomlar başta olmak üzere psikopatolojilerin de arttığı ve obeziteye bağlı yaşam kalitesinin azaldığı çalışmalarda gösterilmektedir. Aynı zamanda kilo kaybı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiden bahsedilmekte, yaşam kalitesinin önemli bir bölümünün de cinsel sağlıkla ilgili olduğu, obeziteye bağlı cinsel işlevlerde ve cinsel memnuniyette azalmalar görüldüğü bildirilmektedir. Kişinin kendisini partnerinin yanında giyinik değilken rahat hissedememesi, cinsel ilişki sırasında kiloyla ilişkili olarak sorun yaşaması, obeziteyle birlikteliğine sık rastlanan psikiyatrik, metabolik hastalıkların varlığı ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel işlev üzerindeki bozucu etkileri gibi çok sayıda faktör cinsel sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (82).

Bariatrik cerrahi sonrası VKİ'de azalma ve yandaş hastalıklarda iyileşmeyle birlikte cinsel yaşamda da iyileşme olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (122, 176-178). Bir sistematik derleme çalışmasında bariatrik cerrahinin cinsel yaşam

üzerindeki etkileri araştırılmış ve incelenen tüm çalışmalarda cinsel yaşamın düzeldiği görülmüştür (179). Ancak verilen kilonun geri alımı ile birlikte cinsel işlevsellikteki bozuklukların yinelenemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (123).

Literatürdeki bilgilerle uyumlu olarak, çalışmamızda cinsel işlevleri değerlendirmek amacıyla yapılan psikometrik ölçümlerde, hasta grubunda kontrol grubuna göre tüm alt boyutlarda ve totalde cinsel işlevlerinin daha bozuk olduğu bulundu. Hastalar grubunun izleminde ise cinsel işlevlerde postoperatif 3. aya kadar anlamlı düzeyde düzelme görülmediği dikkat çekmektedir. Cinsel işlevleri değerlendirmek için uygulanan GRCDÖ ve ACYÖ'nün hem alt boyutlarının hem de toplamının özellikle 6. ay ölçümlerinde hastaların cinsel işlevlerinde belirgin düzelme olduğu görüldü. Ayrıca preoperatif ve postoperatif 6. ayda yapılan ölçümler arasındaki farka ait korelasyon analizinde, ACYÖ toplam puanı ile depresyon ve anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde korelasyon saptandı. Yani VKİ'deki azalma ile depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma saptanması cinsel yaşamda görülen iyileşmeyi arttırmaktadır. Cinsel yaşamda sağlanan bu iyileşme, bariatrik cerrahinin beden imajında düzelme, kilo kaybına bağlı fiziksel aktivitede artış, psikopatolojilerde ve yandaş hastalıklarda iyileşme, hormonal değişiklikler, benlik saygısında artış gibi olumlu etkileriyle ilişkilendirilmektedir (180, 181). Öte yandan bariatrik cerrahi sonrası adaptasyonun ve kilo kaybı ile sağlanan hormonal değişikliklerin cinsel yaşama yansımalarının bir süreç gerektiriyor olması, kısa sürede hızlı kilo kaybı ile göğüslerde sarkma ve ciltte kırışıklıklar olması, beslenme yetersizliği ile fiziksel güçlük yaşanması gibi faktörler de cinsel yaşamdaki düzelmenin ilk aylarda olmayışını açıklayabilir.

Regresyon analizinde ise ACYÖ preoperatif ve postoperatif 6. ay ölçümlerindeki değişimi yordayan tek değişkenin benlik saygısındaki değişimin olduğu bulundu. Bu iki ölçüm arasında pozitif yönde, orta-iyi düzeyde korelasyon saptandı. ACYÖ ölçümleri ile belirlenen cinsel yaşamdaki iyileşmenin %32,6'sı benlik saygısındaki düzelme ile açıklanmaktadır. Bu bulgu, bariatrik cerrahi sonrası cinsel yaşamda sağlanan iyileşmenin benlik saygısı ile yakın ilişkide olduğunu vurgulayan çalışmalarla örtüşmektedir (165).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan birisi örneklemimizin genel bir yargıya varmak için görece sayısının az olmasıdır. Yalnızca bariatrik cerrahi adayı obezite hastaları ve normal ağırlıklı bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma grubunun, bariatrik cerrahi dışı tedavi arayışında olan ya da tedavi arayışında olmayan obezite hastaları ile karşılaştırmasının olmaması bir diğer kısıtlılık olarak sayılabilir. Tek merkezden alınan veriler değerlendirmeye alınmıştır. Bu durum bulguların genellenebilirliğini güçleştirmektedir. Cerrahi sonrası izlem süresinin 6 ay ile sınırlı olması, yalnızca öz bildirim dayalı ölçeklerin kullanılması, cinselliğin toplumda konuşulabilirliğinin güç olması ve bununla ilişkili olarak ölçeklerdeki yanıtların doğrulunun etkilenebilir olması çalışmanın diğer kısıtlılıklarındandır.

Bütün katılımcıların psikometrik değerlendirme araçlarını anlayarak uygulayabilecek yeterlilikte olması, psikopatolojinin farklı açılardan kapsamlı olarak değerlendirilmiş olması, ülkemizde bariatrik cerrahi sonrası izlemin yapıldığı az sayıda çalışmadan biri olması, elde edilen bulguların uluslararası benzer çalışmalarla örtüşüyor olması çalışmamızın güvenilir ve güçlü yönleridir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde, cerrahi dışı kilo verme yöntemleri yetersiz olabildiğinden obezitesi olan hastalara bariatrik cerrahi uygulamaları gittikçe artmaktadır. Çalışmamızda bariatrik cerrahi ile psikiyatri ilişkisindeki önemli unsurlara değinmek ve cerrahinin bu psikopatolojiler üzerindeki etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Bu çalışmada bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarında, normal ağırlıklı bireylere kıyasla depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek, benlik saygıları ve yaşam kaliteleri daha düşük, yeme tutumları daha farklı, dürtüsellik düzeyleri daha yüksek, baş etme becerileri daha zayıf ve cinsel işlevsellikleri daha düşük olarak bulundu. Bariatrik cerrahinin, obezite hastaları üzerindeki psikiyatrik etkilerine bakıldığında ise anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma, benlik saygıları, yaşam kaliteleri ve cinsel işlevselliklerinde artış olduğu bulundu. Cerrahi sonrası izlemde, cinsel yaşam ve benlik saygısındaki düzelme ile depresyon ve anksiyete düzeylerindeki azalma arasında korelasyon olduğu saptandı. Bununla birlikte, cerrahi sonrası izlemde, anksiyete düzeylerinde azalma ve cinsel yaşamda iyileşme olması benlik saygısındaki artış için yordayıcı, benlik saygısının artışı ise cinsel yaşamdaki iyileşme için yordayıcı etkenler olarak saptanmıştır.

Obezite yalnızca metabolik bir bozukluk değildir, çok sayıda ruhsal bileşenin olduğu ve çeşitli psikopatolojilerin eşlik edebildiği multisistem bir bozukluktur. Obezitenin ruhsal bileşenlerini dikkate almak tedaviye uyumu kolaylaştırmada, cerrahi başarıyı arttırmada ve cerrahi ile sağlanan kazanımların sürdürülmesinde önemli bir basamak olarak değerlendirilmelidir. Bariatrik cerrahinin başarısını değerlendirmedeki tek ölçüt ideal kiloya ulaşılabilirlik değildir. Beraberinde hastaların psikiyatrik ve psikososyal alanlarındaki olumlu gelişmeler ve yaşam kalitelerindeki iyilik halleri de cerrahi başarının önemli göstergelerindendir. Obezite ile psikopatoloji, obezite gelişiminin ve tedavisinin her aşamasında birbirini etkileyen, çift taraflı bir ilişki içerisindedirler. Bu nedenler obezite hastalarının, bariatrik cerrahinin gerek öncesi gerekse sonrasında ruhsal durumlarının değerlendirilmesinin cerrahi başarıyı ve başarının bir parçası olan psikopatolojilerdeki iyileşmeyi arttırabileceği düşünülmektedir.

Kilo verme durumu ile duygudurum, benlik saygısı, yaşam kalitesi ve cinsel yaşam birbiriyle yakından ilişkili parametrelerdir ve her biri döngünün birer parçasıdır. Bütüncül bir iyilik halinden bahsedebilmek için, kilo verme sürecinde hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunlarının eş zamanlı olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

1. Sunyer F. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med* 1993;119:655-60.
2. Burgmer R, Petersen I, Burgmer M, de Zwaan M, Wolf AM, Herpertz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obesity surgery* 2007;17:785-91.
3. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England journal of medicine* 2007;357:370-9.
4. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama* 2004;291:1238-45.
5. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *New England Journal of Medicine* 2006;355:763-78.
6. Picot J, Jones J, Colquitt J, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment (Winchester, England)* 2009;13:1-190.
7. Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obesity reviews* 2011;12:e95-e106.
8. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: Is it a Mental Disorder? *FOCUS* 2014;12:476-88.
9. Rosik CH. Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity surgery* 2005;15:677-83.
10. Sevinçer GM, Coşkun H, Konuk N, Bozkurt S. Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6:32-44.
11. de Zwaan M, Enderle J, Wagner S, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of affective disorders* 2011;133:61-8.
12. Obesity NAAftSo, Heart N, Lung, Institute B, Initiative NOE. The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute ...; 2000.
13. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *Jama* 1999;282:1523-9.
14. Ünal G. Yetişkin kadınlarda yaşam koşullarının antropomerik ölçümler ve obezite ile ilişkisi: Yüksek Lisans Tezi; 2010.
15. Bray GA. Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. *International journal of obesity* 1990;14:909-26.
16. Deveci E, Berk S. Obezite cerrahisi adayı olan ve olmayan obez bireylerde yeme özellikleri, beden bölgesinden hoşnutsuzluk, tedavi motivasyonu ve psikopatolojinin değerlendirilmesi: yüksek lisans tezi, İstanbul; 2013.
17. Haslam D. Obesity: a medical history. *Obesity reviews* 2007;8:31-6.
18. Bozboru A. Obezite ve tedavisi: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.
19. Tanı O, Kılavuzu T. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara; 2018.
20. Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health* 2000;90:1260.
21. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care* 2002;25:1551-6.

22. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology* 2013;28:169-80.
23. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi* 2002;11:1-16.
24. Hatemi H, Yumuk VD, Turan N, Arık N. Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *Metabolic Syndrome and Related Disorders* 2003;1:285-90.
25. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, et al. Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *International journal of obesity* 2008;32:959-66.
26. Pi-Sunyer FX. Obesity: criteria and classification. *Proceedings of the Nutrition Society* 2000;59:505-9.
27. NICE CfPHEa, Care NCCfP. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. 2006.
28. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözman K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı 2013.
29. Organization WH. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10/> 1992.
30. Ogunbode A, Ladipo M, Ajayi I, Fatiregun A. Obesity: an emerging disease. *Nigerian journal of clinical practice* 2011;14:390-4.
31. Sonmez A, Bayram F, Barcin C, Ozsan M, Kaya A, Gedik V. Waist circumference cutoff points to predict obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular risk in Turkish adults. *International journal of endocrinology* 2013;2013.
32. Caterson ID, Gill TP. Obesity: epidemiology and possible prevention. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2002;16:595-610.
33. Bakanlığı S. Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı:(2010-2014): Sağlık Bakanlığı; 2010.
34. Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, et al. Obesity pathogenesis: an Endocrine Society scientific statement. *Endocrine reviews* 2017;38:267-96.
35. Olaya B, Moneta MV, Pez O, et al. Country-level and individual correlates of overweight and obesity among primary school children: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health* 2015;15:475.
36. Berkey CS, Rockett HR, Field AE, et al. Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics* 2000;105:e56-e.
37. Hill JO. An overview of the etiology of obesity. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* 2002;460-504.
38. Vardar E. Obezitenin Psikososyal Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* 2005;1:61-5.
39. Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. *New England journal of medicine* 1990;322:1483-7.
40. Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, Sørensen TI. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *International journal of obesity* 2010;34:29-40.
41. Stunkard AJ, Sørensen TI, Hanis C, et al. An adoption study of human obesity. *New England Journal of Medicine* 1986;314:193-8.
42. Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk çağında obezite. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2002;11:8-10.
43. den Hoed M, Luan Ja, Langenberg C, et al. Evaluation of common genetic variants identified by GWAS for early onset and morbid obesity in population-based samples. *International journal of obesity* 2013;37:191-6.

44. Stellar E. The physiology of motivation. *Psychological review* 1954;61:5.
45. Vögele C. Etiology of obesity. *Obesity and binge eating disorder*. 171: Karger Publishers; 2005. p. 62-73.
46. Scholtz S, Morgan JF. Obesity and psychiatry. *Psychiatry* 2009;8:198-202.
47. Führer D, Zysset S, Stumvoll M. Brain activity in hunger and satiety: an exploratory visually stimulated fMRI study. *Obesity* 2008;16:945-50.
48. Björntorp P. International textbook of obesity: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
49. Garvey W, Mechanick J, Brett E, et al. Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract* 2016;22:1-203.
50. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European guidelines for obesity management in adults. *Obesity facts* 2015;8:402-24.
51. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American college of cardiology* 2014;63:2985-3023.
52. Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: interventions for the treatment of overweight and obesity in adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2016;116:129-47.
53. Akbulut G, Derleme RN. Şişmanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi* 2010;20:35-42.
54. Brooks GA, Butte NF, Rand WM, Flatt J-P, Caballero B. Chronicle of the Institute of Medicine physical activity recommendation: how a physical activity recommendation came to be among dietary recommendations. *The American journal of clinical nutrition* 2004;79:921S-30S.
55. Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Endocrine Practice* 2017;23:1-87.
56. Saris W, Blair S, Van Baak M, et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity reviews* 2003;4:101-14.
57. Wing RR. Behavioral weight control. *Handbook of obesity treatment* 2002;2:301-17.
58. Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane database of systematic reviews* 2005.
59. Li Z, Maglione M, Tu W, et al. Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. *Annals of internal medicine* 2005;142:532-46.
60. Toplak H, Woodward E, Yumuk V, Oppert J-M, Halford JC, Frühbeck G. 2014 EASO Position Statement on the use of anti-obesity drugs. *Obesity facts* 2015;8:166-74.
61. Tam O, Kılavuzu T. Ankara. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2018.
62. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, et al. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2015;100:342-62.
63. Lean M, Carraro R, Finer N, et al. Tolerability of nausea and vomiting and associations with weight loss in a randomized trial of liraglutide in obese, non-diabetic adults. *International journal of obesity* 2014;38:689-97.
64. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjöström L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes care* 2004;27:155-61.

65. Sabuncu T, Kıyıcı S, Eren MA, et al. Summary of Bariatric Surgery Guideline of the Society of Endocrinology and Metabolism of Turkey. *Turkish Journal of Endocrinology & Metabolism* 2017;21.
66. Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of internal medicine* 2005;142:547-59.
67. O'Brien PE, MacDonald L, Anderson M, Brennan L, Brown WA. Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature. *Annals of surgery* 2013;257:87-94.
68. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. 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. *Obesity* 2013;21:S1-S27.
69. Health NIO. Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity: Proceedings of a National Institutes of Health Consensus Development Conference, March 25-27, 1991, Bethesda, MD1992.
70. Lee W-J, Wang W. Bariatric surgery: Asia-Pacific perspective. *Obesity surgery* 2005;15:751-7.
71. Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obesity surgery* 2005;15:1124-8.
72. Hutter MM, Schirmer BD, Jones DB, et al. First report from the American College of Surgeons--Bariatric Surgery Center Network: laparoscopic sleeve gastrectomy has morbidity and effectiveness positioned between the band and the bypass. *Annals of surgery* 2011;254:410.
73. Ohta M, Kai S, Hirashita T, Iwashita Y, Kitano S. Current status of laparoscopic bariatric surgery. *Nihon rinsho Japanese journal of clinical medicine* 2010;68:1345-8.
74. Iaconelli A, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Effects of bilio-pancreatic diversion on diabetic complications: a 10-year follow-up. *Diabetes care* 2011;34:561-7.
75. Marceau P, Biron S, Hould F-S, et al. Duodenal switch: long-term results. *Obesity surgery* 2007;17:1421-30.
76. Puhl R, Brownell KD. Stigma, discrimination, and obesity. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* 2002:108-12.
77. Yaemsiri S, Slining MM, Agarwal SK. Perceived weight status, overweight diagnosis, and weight control among US adults: the NHANES 2003–2008 Study. *International journal of obesity* 2011;35:1063-70.
78. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Self-esteem and change in body mass index over 3 years in a cohort of adolescents. *Obesity research* 1996;4:27-33.
79. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travma tik Geçmiş Yaşantılar. Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2009.
80. Mannucci E, Petroni ML, Villanova N, et al. Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and quality of life outcomes* 2010;8:90.
81. Heo M, Allison DB, Faith MS, Zhu S, Fontaine KR. Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. *Obesity research* 2003;11:209-16.
82. Rizvi SJ, Kennedy SH, Ravindran LN, et al. The relationship between testosterone and sexual function in depressed and healthy men. *The journal of sexual medicine* 2010;7:816-25.
83. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *The American journal of psychiatry* 1992.
84. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity–depression associations in the population. *Journal of psychosomatic research* 2002;53:935-42.
85. McElroy SL, Frye MA, Suppes T, et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 2002.

86. Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, de Leon J. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: a cross-sectional survey. *The Journal of clinical psychiatry* 2005;66:167-73.
87. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders* 2009;42:739-53.
88. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:152-7.
89. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:84-91.
90. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, et al. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:210-7.
91. Horne J. Obesity and short sleep: unlikely bedfellows? *Obesity reviews* 2011;12:e84-e94.
92. Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 1999;25:293-300.
93. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics* 2001;81:1001-24.
94. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American journal of Psychiatry* 2007;164:328-34.
95. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery* 2008;18:306-13.
96. Diagnostic A. statistical manual of mental disorders,(DSM-5) Washington. DC: Author 2013.
97. Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO. Psychological symptoms in individuals successful at long-term maintenance of weight loss. *Health Psychology* 1998;17:336.
98. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review* 2014;22:87-91.
99. De Zwaan M, Mitchell JE, Specker SM, Pyle RL, Mussell MP, Seim HC. Diagnosing binge eating disorder: Level of agreement between self-report and expert-rating. *International Journal of Eating Disorders* 1993;14:289-95.
100. Kuehnel RH, Wadden TA. Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal of Eating Disorders* 1994;15:321-9.
101. Telch CF, Stice E. Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of consulting and clinical psychology* 1998;66:768.
102. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International journal of obesity* 2003;27:1-12.
103. Bekker MH, Van De Meerendonk C, Mollerus J. Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders* 2004;36:461-9.
104. Kayman S, Bruvold W, Stern JS. Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *The American journal of clinical nutrition* 1990;52:800-7.
105. Dohm FA, Beattie JA, Aibel C, Striegel-Moore RH. Factors differentiating women and men who successfully maintain weight loss from women and men who do not. *Journal of clinical psychology* 2001;57:105-17.
106. Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews* 2014;15:769-79.
107. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Khaled S, Bulloch AG. Weight gain in relation to major depression and antidepressant medication use. *Journal of affective disorders* 2011;134:288-93.

108. Reilly-Harrington NA, Feig EH, Huffman JC. Bipolar disorder and obesity: contributing factors, impact on clinical course, and the role of bariatric surgery. *Current obesity reports* 2018;7:294-300.
109. Zimmerman M, Hrabosky JI, Francione C, et al. Impact of obesity on the psychometric properties of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, criteria for major depressive disorder. *Comprehensive psychiatry* 2011;52:146-50.
110. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001;107:1049-56.
111. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity surgery* 2010;20:349-56.
112. Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1957.
113. Wilson GT. Eating disorders, obesity and addiction. *European Eating Disorders Review* 2010;18:341-51.
114. Moreno C, Tandon R. Should overeating and obesity be classified as an addictive disorder in DSM-5? *Current pharmaceutical design* 2011;17:1128-31.
115. Avena NM, Gold MS. Food and addiction—sugars, fats and hedonic overeating. *Addiction* 2011;106:1214-5.
116. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *The Journal of nutrition* 2009;139:629-32.
117. Wang G-J, Volkow ND, Fowler JS. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity. *Expert opinion on therapeutic targets* 2002;6:601-9.
118. Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:572-82.
119. Herpertz S, Kielmann R, Wolf A, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity research* 2004;12:1554-69.
120. de Zwaan M, Lancaster KL, Mitchell JE, et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery* 2002;12:773-80.
121. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International journal of obesity* 2007;31:1248-61.
122. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity research* 2005;13:639-48.
123. Sarwer DB, Spitzer JC, Wadden TA, et al. Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA surgery* 2014;149:26-33.
124. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Comprehensive psychiatry* 2014;55:248-59.
125. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry* 1961;4:561-71.
126. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol* 1989;7:3-13.
127. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988;56:893.
128. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy* 1998;12:163-72.

129. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology* 1989;56:267.
130. Agargün MY, Besiroglu L, Kiran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Basa Çıkma Tutumlarını Degerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma/The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221.
131. Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders* 1986;5:295-315.
132. Bozan N. Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* 2009.
133. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image: Princeton university press; 2015.
134. Çuhadaroglu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara 1986.
135. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology* 1995;51:768-74.
136. Tamam L, Güleç H, Karatas G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması/Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11-SF) Turkish Adaptation Study. *Noro-Psikiyatri Arsivi* 2013;50:130.
137. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care* 1992;473-83.
138. Kocyigit H. Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36): a study in a group of patients with rheumatic diseases. *Türk J Drugs Ther* 1999;12:102-6.
139. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 1986;15:157-65.
140. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4:83-8.
141. A. McGahuey AJG, Cindi A. Laukes, Francisco A. Moreno, Pedro L. Delgado, Kathy M. McKnight, Rachel Manber, Cynthia. The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000;26:25-40.
142. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence Research* 2004;16:531-4.
143. Ünal GÖ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü, Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Davranışçı Terapi. 2018.
144. Guerrero Pérez F, Sánchez-González J, Sánchez I, et al. Food addiction and preoperative weight loss achievement in patients seeking bariatric surgery. *European Eating Disorders Review* 2018;26:645-56.
145. Yücel N. Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi. 2008.
146. Nyaruhucha C, Achen J, Msuya J, Shayo N, Kulwa K. Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. *East African medical journal* 2003;80:68-72.
147. Audrain-McGovern J, Benowitz N. Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2011;90:164-8.
148. Heart N, Lung, Institute B, Diabetes Nio, Digestive, Diseases K. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report: National Heart, Lung, and Blood Institute; 1998.
149. Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine and science in sports and exercise* 1999;31:S646-S62.

150. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity research* 1998;6:97-106.
151. Wright SM, Aronne LJ. Causes of obesity. *Abdominal Radiology* 2012;37:730-2.
152. Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP. Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *American Journal of Psychiatry* 2009;166:285-91.
153. Castaneda D, Popov VB, Wander P, Thompson CC. Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery—a systematic review and meta-analysis. *Obesity surgery* 2019;29:322-33.
154. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry* 2006;63:824-30.
155. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *American journal of epidemiology* 2000;152:163-70.
156. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry* 2010;67:220-9.
157. Müller A, Hase C, Pommnitz M, de Zwaan M. Depression and suicide after bariatric surgery. *Current psychiatry reports* 2019;21:84.
158. Spitznagel MB, Hawkins M, Alosco M, et al. Neurocognitive effects of obesity and bariatric surgery. *European Eating Disorders Review* 2015;23:488-95.
159. Monpellier VM, Antoniou EE, Mulkens S, Janssen IM, van der Molen ABM, Jansen AT. Body image dissatisfaction and depression in postbariatric patients is associated with less weight loss and a desire for body contouring surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2018;14:1507-15.
160. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity surgery* 2012;22:668-76.
161. Rydén A, Karlsson J, Sullivan M, Torgerson JS, Taft C. Coping and distress: what happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Psychosomatic medicine* 2003;65:435-42.
162. Myers A, Rosen JC. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International journal of obesity* 1999;23:221-30.
163. Teixeira PJ, Carraça EV, Marques MM, et al. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC medicine* 2015;13:84.
164. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders* 1994;15:53-61.
165. Cherick F, Te V, Anty R, et al. Bariatric surgery significantly improves the quality of sexual life and self-esteem in morbidly obese women. *Obesity surgery* 2019;29:1576-82.
166. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite* 2008;50:1-11.
167. Burton P, Smit HJ, Lightowler HJ. The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite* 2007;49:191-7.
168. Walfish S. Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. *Obesity Surgery* 2004;14:1402-5.
169. Fontaine KR, Bartlett SJ. Estimating health-related quality of life in obese individuals. *Disease Management and Health Outcomes* 1998;3:61-70.
170. De Zwaan M, Petersen I, Kaerber M, et al. Obesity and quality of life: a controlled study of normal-weight and obese individuals. *Psychosomatics* 2009;50:474-82.
171. Balsiger BM, Poggio JL, Mai J, Kelly KA, Sarr MG. Ten and more years after vertical banded gastroplasty as primary operation for morbid obesity. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2000;4:598-605.

172. Himpens J, Verbrugghe A, Cadière G-B, Everaerts W, Greve J-W. Long-term results of laparoscopic Roux-en-Y Gastric bypass: evaluation after 9 years. *Obesity surgery* 2012;22:1586-93.
173. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:53-61.
174. Hjärdís B, Gunnar E. Characteristics of drop-outs from a long-term behavioral treatment program for obesity. *International Journal of Eating Disorders* 1989;8:363-8.
175. Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite* 2006;47:253-6.
176. Efthymiou V, Hyphantis T, Karaivazoglou K, et al. The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obesity surgery* 2015;25:310-8.
177. Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Panayiotopoulos S, Hyphantis T, Iconomou G, Kalfarentzos F. Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: a one-year follow-up study. *Obesity surgery* 2011;21:362-6.
178. Bond DS, Wing RR, Vithiananthan S, et al. Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2011;7:1-7.
179. Aygín D, Acar K. Bariatrik Cerrahi Cinselliği Etkiler Mi? Sistematiik Derleme. *Çağdaş Tıp Dergisi*;7:284-96.
180. Gao Z, Liang Y, Deng W, Qiu P, Li M, Zhou Z. Impact of Bariatric Surgery on Female Sexual Function in Obese Patients: a Meta-Analysis. *Obesity surgery* 2020;30:352-64.
181. Xu J, Wu Q, Zhang Y, Pei C. Effect of bariatric surgery on male sexual function: a meta-analysis and systematic review. *Sexual medicine* 2019;7:270-81.

ÖZET

BARIATRİK CERRAHİNİN OBEZ HASTALARDA BENLİK SAYGILARI VE CİNSEL YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hazan Tomar Bozkurt

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ / Konya, 2020

Amaç: Bu çalışmanın amacı; bariatrik cerrahi adayları obez hastaların, cerrahi öncesi benlik saygısı, cinsel yaşam ve diğer psikopatolojiler açısından değerlendirilmesi, bunların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve cerrahi sonrası 1., 3. ve 6. aylardaki değişikliklerinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bariatrik cerrahinin psikiyatrik uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla tarafımıza danışılan 44 obezite hastası ve 45 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Araştırmaya dahil edilen hastalara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE), Hollanda Yeme Tutumu Anketi (DEBQ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu (BIS-11), Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36), Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulandı. Cerrahi sonrası izlemde, obezite hastalarına BDÖ, BAÖ, RBSÖ, DEBQ, SF-36, GRCDÖ ve ACYÖ uygulandı.

Bulgular: BDÖ, BAÖ, RBSÖ, DEBQ, BIS-11, GRCDÖ ve ACYÖ puanları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. COPE sorun odaklı başa çıkma tutumu alt boyut ve SF-36 puanları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. Hasta grubunun cerrahi sonrası izlemlerinde, BDÖ, BAÖ, RBSÖ, GRCDÖ, ACYÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma ve SF-36 puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış saptandı.

Sonuç: Obezite ruhsal bileşenlerin olduğu multisistem bir bozukluktur. Obezitesi olan bireylerde kilo verme duygudurum, benlik saygısı, yaşam kalitesi ve cinsel yaşam gibi birbirleriyle yakından ilişkili parametrelerde iyileşme sağlayarak ruhsal durumu olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle, bariatrik cerrahi adayları bireylerin tedavinin hem öncesinde hem de sonrasında yapılan takiplerde ruhsal durumlarının değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Bariatrik Cerrahi, Benlik Saygısı, Cinsel İşlev, Obezite, Psikopatoloji

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECT OF BARIATRIC SURGERY ON SELF-ESTEEM AND SEXUAL LIVES IN OBESE PATIENTS

Hazan Tomar Bozkurt

Department of Mental Health and Diseases

DISSERTATION OF EXPERTISE IN MEDICINE/ Konya, 2020

Objective: The aim of this study is; To evaluate the pre-operative self-esteem, sexual life and other psychopathologies of obese patients who are candidates for bariatric surgery, to compare them with healthy controls, and to investigate the changes in the 1st, 3rd and 6th months after surgery.

Methods: 44 obese patients who were consulted to evaluate the psychiatric suitability of bariatric surgery and 45 healthy controls were included in the study. Sociodemographic data form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Coping Strategies with Stress Inventory (COPE), Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), Short Form of Barratt Impulsiveness (BIS-11), Short Form of Quality of Life Survey (SF-36), Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), Arizona Sexual Experience Scale (ASES) were applied to the patients included in the study. BDI, BAI, RSES, DEBQ, SF-36, GRISS and ASES were applied to obese patients during postoperative follow-up.

Results: BDI, BAI, RSES, DEBQ, BIS-11, GRISS and ASES scores were found to be significantly higher in the patient group. COPE problem-focused coping subgroup and SF-36 scores were found to be significantly lower in the patient group. In the postoperative follow-up of the patient group, a statistically significant decrease was found in the BDI, BAI, RSES, GRISS and ASES scores. In the postoperative follow-up of the patient group, a statistically significant decrease in BDI, BAI, RSES, GRISS, ASES scores and a significant increase in SF-36 scores were observed.

Conclusion: Obesity is a multisystem disorder with mental components. Weight loss in obese individuals positively affects the mental state by improving closely related parameters such as mood, self-esteem, quality of life and sexual life. Therefore, it is very important to evaluate the mental status of individuals who are candidates for bariatric surgery both before and after treatment.

Key words: Bariatric Surgery, Obesity, Psychopathology, Self Esteem, Sexual Function

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

BARİATRİK CERRAHİ ÖNCESİ PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME FORMU

SOSYODEMOGRAFIK VERİLER

Adı soyadı: _____ Başvuru tarihi: _____
Cinsiyet: _____ Başvuru No: _____
Doğum tarihi: _____ İletişim Bilgisi: _____
Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli, birlikte yaşıyor 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı
Öğrenim düzeyi: 1.Yok 2. Okur-yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5.Yüksek 6. Master/Doktora
Toplam öğrenim yılı: _____
Meslek: _____

Çalışabilirlik: 1. Çalışıyor/öğrenci 2. İşsiz 3. Çalışmıyor 4. Emekli 5. Ev kadını

Boy (m): _____ Ağırlık (kg): _____ VKİ: _____

PSİKİYATRİK ÖYKÜ Yok () Var ()

Geçmiş psikiyatri başvurusu/tanısı: 1. Depresif bozukluk 5. Şizofreni-diğer psikiyatrik bozukluklar
2. Anksiyete bozukluğu 6. Kişilik bozukluğu
3. Bipolar bozukluk 7. Yeme bozukluğu
4. Obsesif kompulsif bozukluk 8. Madde kullanım bozukluğu

Geçmişte psikiyatri kliniğinde yatış: Yok () Var ()

Geçmişte psikiyatrik tedavi alımı (ajan/doz/süre): 1. Antidepresan
2. Duygudurum düzenleyici
3. Antipsikotik
4. Benzodiazepin

Aktif psikiyatrik tanı: 1. Depresif bozukluk 5. Şizofreni-diğer psikiyatrik bozukluklar
2. Anksiyete bozukluğu 6. Kişilik bozukluğu
3. Bipolar bozukluk 7. Yeme bozukluğu
4. Obsesif kompulsif bozukluk 8. Madde kullanım bozukluğu

Aktif psikiyatrik tedavisi (ajan/doz/süre): 1. Antidepresan
2. Duygudurum düzenleyici
3. Antipsikotik
4. Benzodiazepin

Geçmişte sigara kullanımı: Yok () Var () (paket/yıl) Tıbbi Durum: Yok () Var ()

Aktif sigara kullanımı: Yok () Var () (paket/yıl) 1-

Geçmişte alkol kullanımı: Yok () Var () (sıklık/miktar) 2-

Aktif alkol kullanımı: Yok () Var () (sıklık/miktar)

Geçmişte psikoaktif madde kullanımı: Yok () Var () (tür/sıklık/miktar)

Aktif psikoaktif madde kullanımı: Yok () Var () (tür/sıklık/miktar)

Birinci dereceden akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü: Yok () Var () (tanısı/tedavi görmüş mü?)

Obezite kişinin yaşamını nasıl etkiliyor?

Kilo vermeyi istemesinde etkili nedenler neler? (sağlık, evlilik, estetik, kiloyla ilişkili dışlanma ve aşağılanma vs. ile ilgili)

Kilo geçmişi (yaşam boyu kilo alma/verme)?

Geçmişte kilo verme girişimleri: Yok () Var () Neler?, diyet, spor, alternatif tıp...?

Fiziksel aktivitesini nasıl değerlendiriyor? az/yetersiz () orta () aktif/hareketli ()

Sorunlu yeme davranışı:

1) Yeme bozukluğu:

Tıknırcasına yeme bozukluğu ()

Gece yeme sendromu ()

Emosyonel yeme ()

Otlama /çöplenme/ grazing ()

2) Kötü yeme alışkanlıkları:

Öğün atlama ()

Ayakta yeme ()

Gün boyu atıştırma ()

Çoğunlukla dışarda yeme ()

Sıklıkla fast food/abur cubur yeme-
haftada 2 kezden sık ()

Çok hızlı yeme ()

Kalorili içecekler tüketme ()

Son bir yıl içinde kişinin yaşadığı, halen süren veya olası stres etkenleri, krizler, yaşamındaki düzensizlikler?

TV, bilgisayar karşısında yeme ()

Sosyal/aile destek sistemi: Yok () Var ()

Obezite ve cerrahi müdahale hakkında bilgi düzeyi: Yok () Yeterli değil () Yeterli ()

Cerrahi işlemin olası risklerini ve komplikasyonlarını iyi anlamış mı?

Cerrahi sonrası kendisini bekleyen beslenme programı, egzersiz hakkında bilgi sahibi mi?

Gerçek dışı beklentiler: Yok () Var ()

Adli geçmiş: Yok () Var ()

Traumatik yaşam olayları (kaza, taciz öyküsü, vs..): Yok () Var ()

EK NOT:

Ek-3: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarihi:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarsız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarsız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birlikte görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyse kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyse oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İhtihim her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha ihtihimsizim.
(2) İhtihim çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-4: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek-5: Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Adınız:	Yaşınız:	COPE	Cinsiyetiniz:	Tarih:
Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunalıtı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın: 1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım				
1.Sorunla karşılaştığınızda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
3.Sorunla karşılaştığınızda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
6.Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
7.Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırılmaya çalışırım.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah'ın yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.
1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanırsam ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımi zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Çok teşekkürler

Ek-6: Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

HOLLANDA YEME ÖLÇEĞİ ANKETİ (DEBQ)

Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara yanıt veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış yanıtı yoktur. Her soru için size uygun yanıtın altındaki dairesi işaretleyin. Teşekkürler.

0: Hiçbir zaman, 1: Nadiren, 2: Bazen, 3: Sık, 4: Çok sık, 5: Hiçbir zaman

	0	1	2	3	4	5
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek veya içecek ne sıklıkla reddedersiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ne yediğinizde tam olarak dikkat eder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için hangi sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için hangi sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ne yiyeceğinizde karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Birizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkkin olduğunda yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Eğer bir firmanın önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Eğer bir kafe veya büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Lezzetli yiyecekleri karşı koyabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyillil misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ek-7: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki anlatımlarla ilgili olarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
☒ a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış ☐
5. Kendimle gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duymayı isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış 3. Çok yanlış

Ek-8: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11)

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ -11 KISA FORMU

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				
12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				

Ek-9: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınızdaki aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel
☐

Çok iyi
☐

İyi
☐

Orta
☐

Kötü
☐

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesi
☐

Çok daha iyi
☐

Biraz iyi
☐

Hemen hemen aynı
☐

Biraz daha kötü
☐

Çok daha kötü
☐

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐	☐	☐
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐	☐	☐
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐	☐	☐
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐	☐	☐
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐	☐	☐
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐	☐	☐
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐	☐	☐
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐	☐	☐
11) Yüz metre yürümek	☐	☐	☐
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐	☐	☐

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyi karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐	☐
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐	☐
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐	☐

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐	☐
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐	☐

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sınırlı biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Ware JE 3rd, Sherbourne CD (1992) Med Care. 1992;30(5):673-83

© 2000 Sinauer

Ek-10: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünüyorsanız, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı soramısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Önsevişme (öpmeye, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
21. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk almırsınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Cinsel yaşamla karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksini duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

www.bilisseldavranisci.org

Kadın Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıddı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruya dikkatle oluyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (acdet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpmeye, okşamaya gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşinizle sevişmekten kaçınınmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk almıyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminlik bulur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınıza içine sokabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eşinize, cinsel ilişkinizde ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girer mi?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hissedersiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alırsınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Öncevişme sırasında eşiniz bızırnızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanırsınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ısıtılık olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel birleşme anından hoşlanırsınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Ek-11: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)
ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyanırsınız (tahrik olursunuz)?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay boşalırsınız?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Boşalmanız tatmin edici midir?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) KADIN FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyanılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Vajinanız/ cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Hazan Tomar Bozkurt

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri:

Siirt Devlet Hastanesi, Acil Servis, Pratisyen 2014

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD 2016-

Dernek Üyelikleri: Türkiye Psikiyatri Derneği

Yabancı Dil: İngilizce

