



**OBEZİTE CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ OLAN HASTALARDA
YEME BAĞIMLILIĞI VE YAŞAM KALİTESİ**

Seçkin ÇOĞALAN
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğretim Üyesi Pakize ÖZYÜREK

Tez No: 2019-030
2019 - Afyonkarahisar

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**OBEZİTE CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ OLAN
HASTALARDA YEME BAĞIMLILIĞI VE YAŞAM
KALİTESİ**

Seçkin ÇOĞALAN

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr.Öğretim Üyesi Pakize ÖZYÜREK**

Tez No: 2019-030

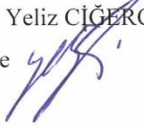
2019 - AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: .../.../2019


Doç.Dr. İbrahim KILIÇ
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz CİĞERCİ
Üye 

Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK
Üye 

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi
Seçkin ÇOĞALAN'nın "Obezite Cerrahisi Geçirmiş Olan Hastalarda Yeme
Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi" başlıklı tezi .../.../..... günü saat’da
Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca
değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özal ÖZCAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca benimle akademik deneyimlerini ve bilgi birikimini paylaşan tezimin tüm aşamalarında benden yardımını esirgemeyen, öğrencisi olduğum için kendimi hep şanslı saydığım ve onur duyduğum, kıymetli tez danışmanım, Sayın Dr.Öğretim Üyesi Pakize ÖZYÜREK'E,

Çalışmamdaki verilerimin analiz süreci kolaylaştıran hatta severek üstlenen Doç.Dr.İbrahim KILIÇ'a,

Gelişimime katkısı olan değerli anabilim dalı üyelerine,

Çalışmalarım boyunca sürekli umut veren, maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayankıymetli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Seçkin ÇOĞALAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Obezite.....	3
1.1.1. Tanım.....	4
1.1.2. Etiyoloji	5
1.2. Obezite Cerrahi.....	6
1.2.1. Obezite Cerrahi Tanım ve Tarihçe	7
1.2.2. Obezite Cerrahide Kullanılan Yöntemler ve Türleri	8
1.2.3. Obezite Cerrahi Endikasyonları ve Kontrendikasyonları.....	10
1.2.4. Obezite Cerrahisinde Hemşireliğin Rolü.....	12
1.3. Yeme Bağımlılığı	13
1.3.1. Tanım.....	13
1.3.2. Epidemiyoloji	15
1.3.3. Kanıtları	16
1.3.3.1. Klinik Benzerlik.....	17
1.4. Yaşam Kalitesi	19
1.4.1. Tanım ve Boyutları.....	19
1.4.2. Tarihi Gelişimi.....	21
1.4.3. Artıran ve Azaltan Durumlar.....	22
1.5. İlgili Araştırmalar	24
1.5.1. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	24
1.5.2. Obezite Cerrahisi ve Yeme Bağımlılığı İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	28
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	32
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	32
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
2.4. Veri Toplama Araçları.....	33
2.4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanılama Formu.....	33
2.4.2. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği(YYBÖ)	34
2.4.3. Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	34
2.5. Araştırmanın Uygulanması.....	35
2.6. Araştırmanın Etik Yönü	36
2.7. Verilerin Analizi.....	36
2.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	36
2.9. Araştırmanın Consort Akış Şeması	37
3. BULGULAR.....	38
4. TARTIŞMA	61
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
ÖZET.....	70
SUMMARY	72
KAYNAKLAR	74
EKLER.....	88
EK-1: Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanılama Formu.....	88
EK-2: Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği	89
EK-3: SF-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği).....	93
EK-4: Etik izin.....	96
EK-5: Kurum İzini.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	99

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	Beden kitle indeksi
BC	Bariyatrik cerrahi
DSM-IV-TR	Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı
YFAS	Yale besin bağımlılığı ölçeği
SF-36	Yaşam kalitesi ölçeği
AIS	Uykusuzluk ölçeği
BDI-II	Beck depresyon envanteri
OSA	Obstrüktif uyku apnesi
AHI	Apne hipopnosu indeksi
SPSS	Statistical package for the social sciences
RPAQ	Recent Physical Activity Questionnaire

TABLOLAR

Tablo 1.1. Madde bağımlılığına yeme bağımlılığına modellenmesi.....	17
Tablo 3.1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı	38
Tablo 3.2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı	38
Tablo 3.3. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı.....	39
Tablo 3.4. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı	39
Tablo 3.5. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı	39
Tablo 3.6. Katılımcıların boylarına göre dağılımı.....	40
Tablo 3.7. Katılımcıların kilolarına göre dağılımı.....	40
Tablo 3.8. Katılımcıların BKİ göre dağılımı	40
Tablo 3.9. Katılımcıların ameliyat öncesi hastalık geçirme durumlarına göre dağılımı	41
Tablo 3.10. Katılımcıların ameliyat öncesi geçirdikleri hastalıklara göre dağılımı ..	41
Tablo 3.11. Katılımcıların ameliyat öncesi başlayıp devam eden hastalıklarına göre dağılımı.....	42
Tablo 3.12. Katılımcıların devam eden kronik hastalıklarına göre dağılımı.....	42
Tablo 3.13. Katılımcıların ameliyat öncesi var olup şuanda sorun yaşamadığı/geçen kronik hastalık durumlarına göre dağılımı	43
Tablo 3.14. Katılımcıların ameliyat sonrası geçen hastalıklarına göre dağılımı.....	43
Tablo 3.15. Katılımcıların ameliyat sonrası yaşadıkları sağlık problemlerine göre dağılımı.....	43
Tablo 3.16. Katılımcıların ameliyat sonrası oluşan sağlık problemlerine göre dağılımı.....	44

Tablo 3.17. Yale yeme bağımlılık ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin bulgular.....	45
Tablo 3.18. Yale yeme bağımlılık ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler	48
Tablo 3.19. Yale yeme bağımlılık ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler (devamı)...	50
Tablo 3.20. Yale yeme bağımlılık ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler (devamı)...	51
Tablo 3.21. Yeme bağımlısı olmayan bireylerin sorun yaşadıkları besinlere ilişkin bulgular.....	51
Tablo 3.22. Yeme bağımlısı olmayan bireylerin ek olarak aldıkları gıdalara ilişkin bulgular.....	52
Tablo 3.23. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin betimsel istatistikler...	52
Tablo 3.24. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile Yale yeme bağımlılığı alt ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular	54
Tablo 3.25. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular	55
Tablo 3.26. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının yaşa göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular.....	56
Tablo 3.27. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular	57
Tablo 3.28. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular	58
Tablo 3.29. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının mesleğe göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular	59
Tablo 3.30. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının BKİ göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular.....	60

1. GİRİŞ

Eski tarihlerde içinde bulunulan şartlar ve beraberinde süregelen kıtlık ve açlık nedeniyle zenginlik ve sağlıklı olmanın göstergesi olarak kabul edilen obezite, günümüzde ciddi hastalıklara yol açabilen çok ciddi bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir (Ergin, 2014).

Özellikle son on yıl içerisinde görülme sıklığı ciddi şekilde artan ve tüm dünyada salgın-epidemi haline gelen obezite, bir sağlık problemi olarak ön plana çıkmakta ve üstünde her geçen gün daha fazla durulmaktadır (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Obezite en basit şekliyle vücutta normal olmayan düzeyde yağ birikmesi olarak tanımlanmakta; beden kitle indeksi kullanılarak gruplandırılmaktadır. Obezite, çok sayıda psikiyatrik ve metabolik hastalıkla ilişkilendirilmekte olup obezite ile mücadele yolları aranmaktadır (Kalan ve Yeşil, 2010).

Obezite cerrahisi, ciddi obeziteye sahip bireyler için diğer obezite tedavi yöntemlerine (fiziksel egzersiz, iştah önleyici ilaçlar, bilişsel davranışçı terapi, diyet programları) kıyasla tıbbi komorbiditelerde belirgin iyileşme ile sonuçlanmaktadır (HTA Sağlık Değerlendirme Teknolojisi Başkanlığı, 2014). Obezite ile ilişkili mortalite, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, obstrüktif uyku apnesi ve böbrek bozukluğu gibi komorbiditeler obezite cerrahisi ile birlikte ciddi iyileşme göstermektedir (HTA Sağlık Değerlendirme Teknolojisi Başkanlığı, 2014; Yanikkerem, 2017).

Obezite cerrahisindeki bu artış ile birlikte ameliyat sonrasında hastaların davranışsal değişiklikleri ve yaşamlarının nasıl değiştiği ile ilgili sorular da artış göstermiş; bu alanda çalışmalar başlatılmıştır. Yeme bağımlılığı bu davranışsal değişikliklerden birisidir. Yeme bağımlılığı; “belirli yiyeceklerin (genellikle

işlenmiş, oldukça lezzetli ve yüksek enerjili besinler) bağımlılık potansiyeline sahip olabileceği ve aşırı yemenin belirli formlarının bir bağımlılık davranışını temsil edebileceği düşüncesinden” köken almakta ve obezite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Özkan, 2017). Yaşam kalitesi, tanımı oldukça zor olan çok boyutlu ve öznel bir kavramdır. Kişisel refah ile yakından ilgilidir ve sağlık durumu, eğlence, kişisel memnuniyet ve yaşam tarzı alışkanlıkları gibi pek çok yönü kapsamaktadır. Bu nedenle, obezite cerrahisinin vücut hareketini kolaylaştırması, psikososyal durum ve özgüveni artırması ile yaşam kalitesini artırabileceği düşünülmektedir (Moraes ve ark., 2014). Ayrıca yapılan çalışmada ciddi obeziteye sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Nickel ve ark., 2017). Bu nedenle obezite cerrahisi ile kilo kaybeden bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Literatüre bakıldığında obezite cerrahisi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran yerli ve yabancı çalışmalar olduğu görülmektedir (Kolotkin ve ark., 2001; Baş, 2018). Aynı şekilde yeme bozuklukları ve obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da mevcuttur (Meany ve ark., 2014; Çelebi, 2015). Ancak obezite cerrahisi ile yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesi değişkenlerini birlikte ele alan bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu bağlamda bu çalışmanın literatüre ışık tutacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi ile farkındalık oluşturmaya ve bu konuda bilgilendirme niteliği taşıması beklenmektedir. Bu çalışmada obezite cerrahisi geçirmiş hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın soruları

1. Obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yeme bağımlılığı var mıdır?
2. Obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yaşam kalitesi ne düzeydedir?

3. Obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yaşam kalitesi alt boyutları itibari ile nedir?
4. Obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yaşam kalitesi sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösteriyor mu?
5. Obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yaşam kalitesi ile yeme bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.1. Obezite

Obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesinin daha iyi anlaşılması için obezite ve obezite tedavilerinin anlaşılması oldukça önemlidir. Bu bağlamda obezitenin tanımı, etiyolojisi ve obezite tedavileri ile ilgili kavramsal çerçeve aşağıda alt başlıklar şeklinde ele alınmaktadır (Kelly ve ark., 2008; Sjostrom, 2013; Padwal ve ark., 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 1.4 milyar yetişkin aşırı kilolu ve dünya çapında 500 milyon yetişkin obez bulunmakta; dünya nüfusunun 2/3'ünün 2030'a kadar aşırı kilolu (2,2/3,3 milyar) veya obez (1,1/3,3 milyar) olabileceği tahmin edilmektedir (Kelly ve ark., 2008). Obezite sıklıkla artmış mortalite ve morbidite oranları ile ilişkili olmaktadır (Berrington ve ark., 2010; Flegal ve ark., 2013). Aşırı kilo, bireyin tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apnesi, alkolsüz steatohepatit, inme, kanser, koroner kalp hastalığı, osteoartrit, safra kesesi hastalığı, ayrıca solunum komplikasyonları, kısırlık, yaşam kalitesini düşürme ve psikolojik zorluklargaibi bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalanma riskini kökten yükseltmektedir (Colles ve ark., 2008; Berrington ve ark., 2010; Flegal ve ark., 2013).

Obezitenin, özellikle yetişkinler arasında yaşam süresini belirgin şekilde azalttığı görülmekte olup (Fontaine ve ark., 2003); ölümcül obez olanların yaşam süresi cinsiyete, yaşa ve ırka bağlı olarak 5-20 yıl kadar azalmaktadır (Sjostrom,

2013). Bu bağlamda daha önce de belirtildiği üzere obezitenin tedavisi oldukça önemlidir.

1.1.1. Tanım

Obezite, bir bireyde cinsiyet, boy, ağırlık ve genetiksel niteliklere göre belirlenmiş olan ideal değerlerin normalin üzerinde olmasıdır (Yılmaz, 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre obezite “sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2000).

Çevresel ve kalıtsal etmenlerin büyük oranda rol oynadığı obezitenin prevalansı her geçen gün daha fazla artmakta; bu nedenle halk sağlığı açısından oldukça önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Kilo verme sonucunda mortalite ve morbiditenin azalması obezitenin bir an önce müdahale edilmesi gereken önemli bir sağlık problemi olduğunu göstermektedir (Bray, 1998).

Obezite günümüzde beden kitle indeksinin (BKİ) değerlendirilmesi ile tanımlanmaktadır. Beden kitle indeksinin 40 ya da daha fazla olması morbid obeziteyi ifade etmektedir. Bel çevresinin kadınlarda 88, erkeklerde ise 102 cm'den fazla olması karın bölgesindeki yağlanmaya işaret etmekte; kalp damar hastalıkları riski de buna bağlı olarak artış göstermektedir (Holy, 1999). Günümüzde obezitenin tipini belirlemek ve sınıflandırmak için bel çevresi ölçümü beden kitle indeksi hesaplaması kullanılmaktadır. Beden kitle indeksine göre obezitenin sınıflandırılması şu şekildedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2000):

- BKİ <18 kg/m² ise kilo altı
- BKİ 18-24,9 m² arasında ise normal kilolu

- BKİ 25-29,9 m² arasında ise aşırı kilolu
- BKİ 30-34,9 m² arasında ise obezite sınıf 1
- BKİ 35-39,9 m² obezite sınıf 2
- BKİ >40 ise m² obezite sınıf 3 (çok aşırı obez-morbid obez)

1.1.2. Etiyoloji

Obezite özellikle son yıllarda tüm ülkelerde oldukça yoğun bir şekilde görülen, genetik ve çevresel etmenlerden etkilenen multifaktöriyel bir hastalıktır. Obezitenin günümüzdeki en önemli sebepleri arasında sedanter hayat tarzı ve enerji yoğun gıdalara ulaşımın kolaylaşması bulunmaktadır. Genel olarak obezitenin etiyojisini oluşturan etmenler şu şekilde özetlenebilmektedir (Kopelman, 2003; Çevik, 2004; Kokoino ve ark., 2006; Üzmez, 2007; Orhan ve Bozbora, 2008):

- Genetik: Yapılan çalışmalar obeziteyi belirleyen küçük etkideki genlerin sigara içme, fiziksel aktivite ve besin alımı gibi çevresel faktörler ile kombine halde çalıştığını; farklı çevresel faktörler ile birden çok genetik faktörün etkileşmesi sonucunda obezitenin ortaya çıktığını göstermektedir (Orhan ve Bozbora, 2008).
- Sosyal, ekonomik ve kültürel durum: Yapılan çalışmalar obezitede sosyal, ekonomik ve kültürel durum gibi çevresel sebeplerin rol oynadığını göstermektedir (Orhan ve Bozbora, 2008).
- Beslenme alışkanlıkları: Alınan enerjinin fazla olması ise daha çok şekerli ve yağlı besinler ile beslenme ve aşırı yemeden kaynaklanabilmektedir. Hızlı yemek yeme, porsiyonların büyüklüğü, kalori yoğun gıdaların tüketilmesi,

sürekli atıştırma alışkanlığı ve düzenli olarak üç öğün yemek yenmemesi obeziteye neden olan beslenme alışkanlıkları arasında sayılabilir (Çevik, 2004).

- Psikolojik sebepler: Yapılan çalışmalar bireylerin psikolojik durumlarını enerji harcama ve yeme davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Çoğu bireyin doğal açlık duygusunu ortadan kaldırmak için değil, psikolojik sebeplerle yemek yediği belirlenmiştir. Sıkıntı, olumsuz ruh hali ve depresyon gibi psikolojik problemlerin bireylerde obezite gelişiminde oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (Eren ve Erdi, 2003).
- Metabolik ve hormonal sebepler: Vücut ağırlığının düzenlenmesinde görev alan sinirsel ve hormonal mekanizmaları etkileyen çok sayıda etmen bulunmaktadır (Üzmez, 2007). Bir şeyler yeme isteği ya da yemenin durdurulması hipotalamusta bulunan sinirsel ve hormonal mekanizmaların etkileşimi ile düzenlenmektedir (Kokoino ve ark., 2006).
- Sendromlar: Cohen sendromu, İström-halgren sendromu, carpenter sendromu, laurance-moon-bardet sendromu, frochlich sendromu ve prader-willi sendromu gibi bazı sendromların obezite ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Kopelman, 2003).
- İlaçlar: Sülfonilürealar, glukokortikoid, insülin, antiepileptikler, antidepresanlar ve antipsikotiklerden bazılarının kilo alımında rol oynadığı bilinmektedir (Orhan ve Bozbora, 2008).

1.2. Obezite Cerrahi

Yapılan çalışmalar obezite cerrahisinin, morbid obez hastaların tedavisinde etkili yöntem olduğunu göstermektedir (Sjostrom, 2013; Padwal ve ark., 2011). Ayrıca uzun dönem çalışmaları da obezite cerrahisi deneklerinde yeni komorbiditeler

oluşması riski, sağlık hizmeti kullanımı ve mortalite riskinde önemli azalma olduğunu göstermektedir (Christou ve ark., 2004; Hofso ve ark., 2010; Sjostrom, 2013). Obezite cerrahisi operasyonları morbid obezite tedavisinde tanınmış, günümüzde oldukça popüler ve temel parçayı oluşturmaktadır (Sjostrom, 2013; Padwal ve ark., 2011). Obezite cerrahisinin ele alınması bu tez kapsamında oldukça önemlidir ve aşağıda alt başlıklar halinde ele alınmaktadır.

1.2.1. Obezite Cerrahi Tanım ve Tarihçe

Obezite cerrahisi, morbid obezite ve onunla ilişkili olarak ortaya çıkabilen birçok hastalık için uzun süreli bir tedavi şekli olup, önemli ağırlık kaybına sebep olmakta ve günümüzde obezitenin en etkili tedavisi kabul edilmektedir (Taylor ve Hamilton, 2012).

Tarihsel raporlar, ilk obezite cerrahinin 10. yüzyılda İspanya’da Kral Sancho’ya “Jaw wiring” olarak da adlandırılan bu operasyonun yapıldığını göstermektedir (Hopkins ve Lehman, 1995; Tavares ve ark., 2011).

Jaw wiring uygulamasından sonraki ciddi anlamda ilk obezite cerrahi uygulaması 1954’te Kremen’e atfedilmektedir: jejuno-ileal bypass (Kremen ve ark., 1954). Yapılan uygulama çoğu hastanın ciddi ishal ve dehidrasyondan muzdarip olduğu için obezite cerrahide ana akım kabul edilmemiş ancak önemli metabolik sonuçları olan bir ameliyat olarak adını tarihi yazdırmıştır. Henry Buchwald, daha sonra bu uygulamanın hiperkolesterolemili hastalarda lipid seviyelerinin düşürülmesinde etkili olduğunu ve bu etkinin yıllarca sürdürülebilir olduğunu göstermiştir (Buchwald ve Varco, 1964).

1966’da, Iowa Üniversitesi’nden bir cerrah olan ve kanser için alt gastrektomili hastaların kayda değer miktarda kilo kaybettiklerini belirten Dr. Mason, ilk “bariatrik cerrahi” yi gerçekleştirmiştir. İlk gastrik bypass olan bu operasyonda döngü ileostomisi olan yatay bir gaz-transrik transeksiyondan oluşmuş, ancak daha sonra

daha küçük gastrik keselere göre optimize edilmiştir (Mason ve ark., 1975). Jejuno-ileal bypass ile karşılaştırıldığında, gastrik bypass prosedürleri daha az ishal, böbrek taşı ve safra taşı ile sonuçlanmış ve karaciğer yağ içeriğinde iyileşme sağlanmıştır (Griffen ve ark., 1977).

Gastrik bypass için bir alternatif olarak tamamen kısıtlayıcı prosedürler de geliştirilmiştir. Midedeki ilk kısıtlayıcı prosedür, Wilkinson tarafından önerilen “Nissen tipi” bir mide sargısından ibarettir (Wilkinson ve Peloso, 1981). O zamandan bu yana, birkaç gastrik bantlama yöntemi daha önerilmiştir; bunlar içerisinde en çok kabul gören işlem Mason tarafından 1982’de önerilen dikey bantlı gastrik bantlama yöntemidir (Mason, 1982). Gastrik bantlardaki bandın ayarlanmasına izin veren buluşu ile 1986’da, Kuzmak sonrasında laparoskopik teknik de uygulanmaya başlamış ve yapılan ameliyat sayısında hızlı bir artış olmuştur (Faria, 2017).

İlk tüp mide uygulaması 1998 yılında Hess ve Hess tarafından duodenal switch’in bir parçası olarak uygulanmış; 2001 yılında Gagner ve ekibi ilk laparoskopik tüp mide ameliyatını gerçekleştirmiştir. Ülkemizde ise ilk defa gastrik baypass 1989 yılında Taşkın ve arkadaşları tarafından yapılmış; 1990’larda ayarlanabilir gastrik bant uygulamalarına başlanmıştır. Günümüzde ise özellikle tüp mide uygulamaları önem kazanmış ve yoğun bir şekilde yapılmaktadır (Taşkın ve ark., 2015).

1.2.2. Obezite Cerrahide Kullanılan Yöntemler ve Türleri

Obezite cerrahide kullanılan yöntemler genel olarak 4 başlık altında toplanabilmektedir (Cihan, 2018; Kirkil, 2019):

1. Kısıtlayıcı yöntemler: Tüp mide ve mide bandı gibi ameliyatlari içermektedir. Bu ameliyatlari ile hastanın günlük aldığı gıda miktarını ve dolayısıyla kalori girişini azaltmak hedeflenmektedir. Ancak az miktarda besinle yağ ve karbonhidrat zengin ise yüksek kalori almak mümkündür. Bu nedenle

sindirim sisteminin fizyolojisine ya da yoluna müdahale edilmediği için ameliyat sonrası başarı göreceli olarak değişmektedir. (Cihan, 2018; Kirkil, 2019).

2. Emilim bozucu yöntemler: Duodenal switch ve bilyopankreatik diversiyon gibi ameliyatlara içermektedir. Bu ameliyatlarda gıdanın mideden emilmesi için safra ve pankreas enzimleri ile karşılaştığı süre azaltmak istenmekte bu nedenle gıdanın mide çıkışından ince bağırsağa geçiş yeri değiştirilmektedir. Hasta yüksek kalorili besinler almaya devam etse dahi kilo almamaktadır. Ancak mineral ve vitaminler ileride oldukça azaldığı için hastalar ağır bedeller ödemektedir. (Cihan, 2018; Kirkil, 2019).
3. Kombine yöntemler: Gastrik bypass ameliyatlarını içermektedir. Ameliyatın tipine göre hem ince bağırsağın ilk birkaç metrelik bölümü devre dışı bırakılarak emilim kısıtlanmakta hem de midenin kapasitesi düşürülmektedir. (Cihan, 2018; Kirkil, 2019).
4. Metabolik Yöntemler: Jejuno-ileal bypass ve transit bipartisyonu içermektedir. Günümüzde yaygın bir şekilde kullanılmayan bu ameliyatlarda tansiyon yüksekliği, kolesterol yüksekliği ve kan şekeri yüksekliğinin düzeltilmesi hedeflenmektedir; kilo vermek ikinci plana atılmaktadır. (Cihan, 2018; Kirkil, 2019).

1.2.3. Obezite Cerrahi Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2018) tarağından hazırlanan “Bariatrik Cerrahi Kılavuzu”na göre obezite cerrahinin endikasyon ve kontendikasyonları şu şekildedir:

Obezite cerrahi endikasyonları

1. *“BKİ ≥ 40 kg/m² olması; bu durumda obezite ilişkili ilave bir komorbidite şartı yoktur; cerrahi tedavinin risk artışına neden olmaması gerekir”.*
2. *“BKİ ≥ 35 kg/m² olması durumunda obezite ile ilişkili en az 1 komorbiditenin eşlik ediyor olması gerekir. Bu ilişkili durumlar şunlardır”;*
 - a) *Günlük hayatı etkileyen artrit*
 - b) *İleri seviyede üriner inkontinans*
 - c) *Venöz staz hastalığı*
 - d) *Astım*
 - e) *Gastro-özofagial reflü*
 - f) *Psödotümör serebri*
 - g) *Non-alkolik steatohepatit ya da alkol dışı yağlı karaciğer hastalığı*
 - h) *Pickwick sendromu*

- i) *Obezite-hipoventilasyon sendromu*
- j) *Uyku-apne sendromu*
- k) *Dislipidemi*
- l) *Hipertansiyon*
- m) *Tip 2 diyabet (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2018)*

Bariyatrik cerrahi kontrendikasyonları

1. *“18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak; ancak ciddi bir komorbiditenin (T2DM, HT gibi) eşlik ettiği durumlarda yine de BC düşünülebilir”.*
2. *“Tedavi edilmemiş ve obeziteye yol açan bir endokrin hastalığın bulunması (Cushing, hipotiroidizm, insülinoma gibi)”*
3. *“Tedavi edilmemiş bir yeme bozukluğunun bulunması (bulimia nervosa gibi)”*
4. *“Tedavi edilmemiş major depresyon ya da psikozun bulunması”*
5. *“Ciddi koagülopati varlığı”*

6. *“Anestezi almayı engelleyecek kadar ciddi kardiyak hastalığın bulunması”*
7. *“Alkol veya madde bağımlılığı”*
8. *“Hayat boyu sürececek vitamin replasmanı ya da kalori kısıtlayıcı diyet gibi beslenme önerilerine uyum sağlayamayacak olmak”*
9. *“Halen gebe olmak veya 12-18 ay içinde gebelik planı olması”*
10. *“Bilinen kanser hastalığının olması”*
11. *“Şiddetli gastroözofageyal reflü hastalığı (GÖRH) (özellikle sleeve gastrektomi için)”*
12. *“Portal hipertansiyon”*
13. *“Crohn hastalığı olanlarda gastrik bypass cerrahisi”* (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2018)

1.2.4. Obezite Cerrahisinde Hemşireliğin Rolü

Tüm ameliyatlara hazırlık sürecinde ve ameliyat sonrasında hastalar için özel bakım gerekmektedir. Bu özel bakım uzman hemşireler tarafından verilmektedir (Dos Santos ve ark., 2017). Obezite cerrahisinde de hem ameliyat öncesi hem de sonrası bakım gerekmektedir. Obezite cerrahisi hastaların bakımında uzman obezite cerrahisi hemşireleri önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü bu hastalar obeziteye eşlik eden hastalıklara da sahip olabilmeleri ile yüksek risk altında olabilmektedir. Bu bağlamda obezite cerrahi hastaları için bütüncül, kaliteli ve yetkin bakımı koordine etmek ve sunmak görevi hemşirelere düşmektedir. Obezite cerrahisinde hemşirelerin rolü, hastanedeyken hasta için koordineli bakımı sağlamaktır. Destek personeli ile

irtibat kurmak, obezite cerrahi hastasının bakımı için uygun ekipmanın ve eğitimli personelin mevcudiyetinin sağlanması, hastanın güvenli ve etkili bakımı ve personel yaralanmalarının önlenmesi için kritik öneme sahiptir. Hemşirenin, hasta bakımına katılımı, hastaların ilk kez obezite cerrahi merkezindeki randevularında başlamaktadır. Uzman hemşireler, her hastanın bireysel ihtiyaçlarını değerlendirmekte ve mevcut olan obezite cerrahi prosedür tipleri hakkında eğitimlerine başlamaktadır. Bu hemşireler her hastanın multidisipliner tartışmasında yer almakta ve hasta hakkında topladıkları bilgileri ekiple paylaşarak ekibin hastanın cerrahi işlem için uygun olup olmadığına karar vermesine yardımcı olmaktadır. Obezite cerrahisi hastalarının risklerini en aza indirmek, ameliyat için iyi hazırlanmaları ve optimize edilmeleri gerekir. Bu nedenle farklı disiplinlerden gelen ekip üyelerinin, hastanın çıkarlarını en iyi şekilde değerlendirmek için değerli ve bazen farklı fikirlerini ve işbirliği oranlarını paylaşmaları önemlidir (Camden, 2009).

1.3. Yeme Bağımlılığı

Çalışmanın kavramsal çerçevesinde önemli bir yer tutan yeme bağımlılığı tanımı, epidemiyolojisi, risk faktörleri, belirtileri ve kanıtları aşağıda başlıklar halinde verilmektedir.

1.3.1. Tanım

Bağımlılık belirgin bir etkinin ortaya çıkması için bir maddenin alım sürecinde ortaya çıkan; maddeyi alma arzusunun engellememesi, aynı etkinliğin ortaya çıkabilmesi için her geçen gün daha fazla madde kullanılması ve sosyal ruhsal veya bedensel problemlere rağmen madde alımının sürdürülmesidir. Bağımlılık tekrarlayıcı, kronik ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Herhangi bir maddeye karşı olabileceği gibi bir davranışa da bağımlı olmak görülebilir (Darçın, 2014). Bu davranışlarda tıpkı bağımlılık yapan maddeler gibi ödül yolundaki nöroplastisiteyi

değiştirmekte ve hedonik özellikler içermektedir (Alavi ve ark., 2012; Thege ve ark., 2015).

Yapılan araştırmalarda birtakım araştırmacılar cinsellik ve yiyeceğin insan hayatındaki doğal ödülleri fonksiyonu sebebiyle “bağımlılık” olarak adlandırılmayacağını öne sürerken (Avena ve ark., 2009); birtakım araştırmacılar ise yeme bağımlılığını obez hastalarda görülen davranış bozukluklarının alt grubu olarak ele alınması gerektiğini belirtmektedirler (Davis ve Carter, 2009).

Yeme bağımlılığının bir bağımlılık mı yoksa bir alt grup mu olarak ele alınacağı belli olup olmasa da yeme bağımlılığı, bağımlılık davranışı ile paralellik göstermektedir. Çünkü yeme bağımlılığında tıpkı diğer bağımlılıklar gibi kontrol kaybedilmekte ve zevk arayışı bulunmaktadır (Shaffer ve ark., 2004).

Davranış bağımlılıklarından birisi de yeme bağımlılığıdır. Yeme bağımlılığı kavramı ilk defa 1950’lerde ortaya çıkmış olup, yeme davranışı üstündeki kontrolün kaybedilmesi; bazı gıdaların diğer gıdalara göre beyni daha fazla etkilemesi ve ödül yollarının uyarılması ile birlikte geri çekilme semptomlarının görülmesi şeklinde ele alınmaktadır. Bireyin yeme davranışı üstündeki kontrolünü kaybetmesi ile beraber bağımlılığa sebep olan besin her geçen gün daha fazla tüketilmesiyle birlikte bireyin kilosunu doğrudan etkileyebilmektedir (Moreno ve Tandon, 2011).

Genel olarak yeme bozuklukları ile ilgili literatüre bakıldığında yeme bağımlılığı kavramının ele alındığı görülmekte ancak DSM-IV-TR’de yeme bağımlılığı yemek bozuklukları altında sıralanmamaktadır (Liu ve ark., 2010).

DSM-V yeme bağımlılığını ayrı bir bağımlılık olarak tanımlamamış; beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde bu bağımlılığı şu şekilde açıklamıştır: “bu kısımda anlatılan yeme ile alakalı belirtileri olan kişilerin bazıları iştah ve zorlayıcı kullanım halleri gibi tipik madde kullanımı hastalıklarına benzerlik sergilemektedirler. Bu benzerlik organize edici, kişisel kontrol ve ödüllendirme türü her iki grupta da aynı

sinir sistemi ilişkisine rastlanabilir. Bununla beraber, yemek ve madde kullanım hastalıklarının aynı ve birbirinden ayrılan etkenlerinin göreceli artışı hala yeterli bir biçimde anlaşılır değildir” (Kafes ve ark., 2018).

1.3.2. Epidemiyoloji

Meule (2011) yeme bağımlılığının yaygınlığı ile ilgili çok az sayıda araştırma olduğunu belirtmiş ve son zamanlarda çocuk, ergen ve yetişkinlerde yapılan az sayıda çalışmayı kullanarak yeme bağımlılığının yaygınlığı ile ilgili mini bir derleme hazırlamıştır. Bu mini derlemeye göre; obez bireylerde yeme bağımlılığı prevalansı her geçen gün artmakta; ancak yeme bağımlılığının sıklığının belirlenmesi için obez bireylerin her değerlendirilmesi yeterli olmamaktadır. Yeme bağımlılığının düşük, normal ve fazla kilolu bireyler de bulunabileceği düşünülmeli, bu konuda daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Çocuklar ve ergenlerde yeme bağımlılığının yaygınlığını araştıran çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Merlo ve ark. (2009), yaptıkları çalışmada aşırı kilolu çocukların 15,2’sinin “Sık sık”, “Genellikle” veya “Her Zaman” gıdalara bağımlı olduklarını düşündüklerini belirlemiştir. Aynı çalışmada en yaygın onaylanan maddeler zorunlu yeme ve kesmeye teşebbüslerde başarısızlık olmuştur. Ayrıca yeme bağımlılığı puanları ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aşırı kilolu obez çocuklar ve ergenler üzerinde nitel bir diğer çalışma ise Pretlow (2011) tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda en sık görülen semptomların (1) uzun süre boyunca büyük miktarlarda tüketmek, (2) azaltma çabalarında başarısızlık ve (3) olumsuz sonuçlara rağmen kullanılmaya devam etmek olduğu; katılımcıların %29’unun kendilerini çoğu yiyeceğe bağımlı gördükleri belirlenmiştir.

Yetişkinlerde yeme bağımlılığının yaygınlığını araştıran az sayıdaki çalışmalarda yeme bağımlılığı prevalansının %5,4 (kadınlarda %6,7 ve erkeklerde %3,0) olduğu ve obezite durumu ile artış gösterdiği saptanmıştır (Pedram ve ark., 2013).

Gearhardt ve ark. (2011) ise YFAS kullanarak yaptıkları araştırmada, yetişkinlerle en yaygın gıda bağımlılığı semptomlarının:

- Yiyecek alım miktarını azaltmak için ısrarcı arzular veya yemeyi bırakmada sürekli başarısızlıklar;
- Yiyeceklerin zararlı sonuçlarına rağmen sürekli tüketim;
- Tüketilen besin miktarını azaltmaya çalışırken çok fazla zaman harcanması olduğunu belirlemişlerdir.

1.3.3. Kanıtları

Yeme bağımlılığını destekleyen önemli kanıtlar şu şekildedir (Çakır, 2018):

- Madde bağımlılığı ve obezite arasındaki klinik benzerlik
- Hem madde bağımlılığı hem de obezitede ortak hassasiyetler
- Hayvan modelleri ile yapılan çalışmalarda yüksek yağlı ya da yüksek şekerli diyetle maruz kalan hayvanlarda tolerans, yoksunluk ve besin arayışı
- Obez bireylerde düşük düzeydeki striatal dopamin reseptörleri
- Obez bireylerde gıdayla ilişkili uyarıcılara karşı beyin yanıtlarının bireyden bireye değişmesi

1.3.3.1. Klinik Benzerlik

Madde bağımlılığı DSM-IV'te karakteristik davranış kalıplarının varlığıyla tanımlanmakta ve benzer kalıpların obeziteyi karakterize ettiği öne sürülmektedir 5,6,14. Bu durum aşağıda verilen Tablo 2.1'de detaylı şekilde açıklanmaktadır.

Tablo 1.1. Madde bağımlılığına yeme bağımlılığına modellenmesi (Ziauddeen ve ark., 2012).

Madde bağımlılığı için DSM-IV kriterleri	Önerilen yeme bağımlılığı eşdeğeri	Yorum
Tolerans: zehirlenmeye ulaşmak için artan miktarda ilaç gerekir.	Tolerans: Tokluğa ulaşmak için artan miktarda gıda gerekir.	Doygunluk ile sarhoşluk eşdeğer olmadığı için tolerans modellemesi tatmin edici değildir.
Disfori ve terleme gibi otonomik semptomlar dahil olmak üzere, ilaç kesilmesinde geri çekilme semptomları	Diyet sırasındaki sıkıntı ve disfori	İnsanlarda yoksunluk sendromu olduğuna dair ikna edici kanıtlar bulunmamakta; yoksunluk kanıtları hayvan modelleri ile verilmektedir.
Uyuşturucu kullanımını azaltma çabalarında ısrarcı istek ve başarısız girişimler	Yiyecek için sürekli istek ve yenen yemek miktarını azaltmakta başarısız girişimler	Bu kriter, ciddiyet ve değer düşüklüğü eşiklerinin uygulanmasının anlamlı olmasını gerektirir.

Tablo 1.1 (devamı)

Madde bağımlılığı için DSM-IV kriterleri	Önerilen yeme bağımlılığı eşdeğeri	Yorum
Amaçlanandan daha fazla miktarda ilaç alımı	Amaçlanandan daha fazla miktarda yemek yeme	Bu kriter, ciddiyet ve değer düşüklüğü eşiklerinin uygulanmasının anlamlı olmasını gerektirir
İlacın alınması, maddenin kullanılması veya ondan geri kazanılması için çok fazla zaman harcanması	Yemek yemek için çok fazla zaman harcanması	En gelişmiş toplumlarda yiyeceklerin kolay bulunabilirliği nedeniyle bu kriteri uygulamak zordur.
Önemli sosyal, mesleki veya eğlence faaliyetlerinin madde kötüye kullanımı nedeniyle kesilmesi veya azaltılması	Obezite nedeniyle reddedilme korkusu sonucunda aktivitelere katılımın kesilmesi veya azaltılması	Kesin bir denklik olması için yemeğin diğer faaliyetlerin dışlanması için yeterli olduğunu gösteren kanıtlar gereklidir.
İlacın neden olduğu veya daha da şiddetlendirdiği sürekli veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik bir problemi olmasına rağmen madde kullanımına devam etme	Aşırı gıda tüketiminin yol açtığı olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçların bilgisine rağmen aşırı yemek yemeye devam etme	Bu kriter, ciddiyet ve değer düşüklüğü eşiklerinin uygulanmasının anlamlı olmasını gerektirir

Tablo 1.1’de gösterildiği gibi, üç kriter, madde bağımlılığından yeme bağımlılığına oldukça iyi bir şekilde uygulanabilmektedir. Herhangi üç kriterin karşılanması durumunda ilaç bağımlılığı tanısı koyulabilmektedir. Amaçlanandan daha fazla yemek yemek, sık sık ve başarısız bir şekilde yemeye devam etmek ve önemli kilo alımlarına rağmen (ve kilo alımı sonucundaki olumsuz sonuçlara rağmen kullanılmaya devam etmek) kriterleri göz önünde bulundurulursa yeme bir bağımlılık olarak ele alınabilmektedir.

1.4. Yaşam Kalitesi

Tezin kavramsal çerçevesinde önemli bir yer tutan yaşam kalitesi kavramı, tanımı, boyutları, tarihi gelişimi, yaşam kalitesini artıran ve düşüren koşullar aşağıda başlıklar halinde ele alınmıştır.

1.4.1. Tanım ve Boyutları

Yaşam kalitesi, pek çok farklı bilim dalınca farklı bakış açılarından incelenmekte;bu nedenle yaşam kalitesi kavramı farklı yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Phillips, 2006). Yaşam kalitesi kavramının evrensel bir tanımlanmasının olmaması şu üç sebep ile açıklanabilmektedir (Karahan, 2015):

1. Yaşam kalitesi hayatın tüm boyutlarını kapsamakta ve açıklamaya çalışmaktadır.
2. Yaşam kalitesi birbirinden farklı çok sayıda değere bağlı olan bir kavramdır.
3. Yaşam kalitesi ile ilişkili olan psikolojik süreçler farklı diller kullanılarak ve birçok kuramsal süzgeçten geçirilerek yorumlamakta ve değerlendirilmektedir.

Çok boyutlu ve çok geniş bir kavram olarak yaşam kalitesi, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi modelinden sosyal beklenti, yaşam doyumu, mutluluk ve öznel iyi olma gibi pek çok temaya kadar bünyesinde barındıran, bu nedenle de bireysel değerlendirme odaklı bazı görüşlere göre birbirinden farklı çok sayıda ki öznel ve nesnel ölçüme ev sahipliği yapabilen geniş bir alan oluşturmaktadır (Brown ve ark., 2004).

Toplumsal açıdan ele alındığında yaşam kalitesi bireylerin siyasi, ekonomik ve sosyal özgürlük ve haklarını kullanabilmeleriyle ilişkili olup bir hukuk ve hak problemi olarak ele alınabilmektedir (Sapançalı, 2009). Bu bağlamda yaşam kalitesinin temel dinamiklerini sosyal ve fiziki varoluşun güvenliği ile ilişkili her konuda kişisel gelişim imkanlarına sahip olma hususları ön plana çıkmaktadır (Kangal, 2009).

Yaşam kalitesi günümüzde modern Avrupa çerçevesinde her geçen gün daha fazla önem kazanan ve literatürde sağlık, sosyal hayata katılım, aile, iş ve eğitim imkanları, çevre ve ekonomik statü gibi nesnel şartlar tarafından ve bireylerin kendi şartlarına dair öznel algı ve düşünceleri kapsamında şekil alan bir kavramı oluşturmaktadır (Tağmat, 2007). Yaşam kalitesi topluluklarla bireyler arasındaki güveni, toplumsal birliğe ve toplumsal kurumlara dair algıların toplamından oluşmaktadır (Kaya, 2006).

Diğer bir ifade ile yaşam kalitesi kişilerin ihtiyaçlarının tamamı ile karşılanmasıdır; eğitim, siyasal, kurumsal, ekonomik, toplumsal, çevresel, mekansal ve fiziksel unsurlara dair ihtiyaçların karşılanma seviyesi olup, kişilerin bu seviyeden tatmin durumlarını ifade etmektedir (Ören, 2012).

DSÖ'ye göre yaşam kalitesi bireyin standart, beklenti ve hedeflerinin yanı sıra içerisinde bulunduğu toplumun değer ve kültür yargılarından da etkilenmekte; bu doğrultuda hayat şartları içerisinde bireyin kişisel tatminini etkileyen niteliksel gösteremler olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda yaşam kalitesi yalnızca ölçülebilir belirteçlerin varlıkları şeklinde ele alınabilmektedir. Ancak yaşam kalitesi iyilik, sağlık gibi doğrudan ölçülemeyen etmenlerden değil etkilenmektedir (Top ve ark., 2003).

Yukarıda belirtilen boyutlarla birlikte farklı şekillerde ele alınan yaşam kalitesi; farklı alanlarda çalışılması ve farklı doyumları ifade etmesi sebebiyle farklı boyutlara ayrılmaktadır. Yapılan araştırmalarda yaşam kalitesinin boyutları olan günlük yaşam etkinliklerine katılımları sağlama, sosyal rol fonksiyon işleyişi ve

duygusal fonksiyon yapısının yaşam kalitesinin göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Bazı araştırmalar ise yaşam memnuniyeti, yaşam doyumu, özsaygı ve depresyon gibi kavramların yaşam kalitesinin boyutlarını oluşturduğunu öne sürmektedir (Koltarla, 2008).

1.4.2. Tarihi Gelişimi

Yaşam kalitesi terimi, “geç modern” toplumların sağlık ve demografik profillerinde değişikliklerin ardından 1960’ların başlarında kullanılmaya başlanmıştır. 20. yüzyılın ilk yarısında halk sağlığı çerçeveleri geliştirilmiş ve “erken” ölümlerin karmaşık kalıpları ile baş edebilmek ve daha az oranda morbidite insidansı ve prevalansı için yaşam kalitesine olan ilgi artış göstermiştir (Long, 1960).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1966’da Elkington tarafından tıbbi alanda kullanılmıştır. 1970’lerde yaşam kalitesi tıp alanında yaygınlaşmaya başlamış; 1977’de ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi MEDLINE Bilgisayar Arama Sisteminin Tıbbi Konu Başlıkları’nda bir anahtar kelime haline gelmiştir. Bu anahtar kelime “fiziksel, politik, ahlaki ve sosyal yaşam özelliklerinin değiştirilmesi ve geliştirilmesiyle ilgili kaygıyı yansıtan genel bir kavram” olarak tanımlanmıştır (Wood, 1999).

1970’lerde doktorların sağlık konularında karar vermek için yaşam kalitesi kavramını kullanmaları ile kavramın kullanımı yaygınlaşmış; 1980’lerde yaşam kalitesi, tedavileri sınırlandırıp sınırlandırmama konusunda hem yetişkinler (Smith, 1985) hem de çocuklar (Bushore, 1987) konusunda karar vermede yol gösterici bir araç olarak görülmeye başlanmıştır. Ayrıca bu yıllarda genişleyen tedavi yelpazesinin birçok farklı hasta grubuna etkisi ve etkinliği açısından daha fazla sistematik değerlendirme gerektirmesi yaşam kalitesinin değerini artırmış, ölçülmesi ve sonuçlarına dayanarak bakım yapılması gerektiğine dair girişimler yapılmıştır (Weinstein, 1981).

Bu gelişme ile yaşam kalitesi sağlık politikasını yönlendirmek için potansiyel değerlendirmeler olarak yöneticiler ve halk sağlığı tıbbındaki yeni uzmanlar tarafından araştırılmaya başlanmıştır. İhtiyaçları karşılamak için daha fazla kaynak sağlamak yerine, uygun şekilde yönetilen bütçeler dahilinde daha iyi hizmet kalitesi hedeflenmiş; bunun için yaşam kalitesinin ölçülmesi hedeflenmiştir (Pennachini ve ark., 2011).

Sonuç olarak, araştırmacılar sağlığı ve yaşam kalitesini ölçmek için ölçekler tasarlamış ve bunları denemeye başlamışlardır (Schipper, 1983). Tıbbi sosyal bilimciler, bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirmede önemli metodolojik zorluklarla karşı karşıya kalmışlar; araştırmacılar, doktorlar, hemşireler, hastalar, aile ve hasta hakkında endişe duyan diğer kişiler arasında yaşam kalitesinin ilgili faktörleri üzerinde bir fikir birliğine varmaya gidilerek ölçek hazırlanmıştır. Hastanın yaşam kalitesine ve ölçümüne ilişkin akademik çalışmalar büyük ilgi görmüş, ancak bu tür araştırmaların uygunluğu ve uygulanabilirliği konusunda bir tartışma yaratmıştır (Goodinson ve Singleton, 1989).

Tartışmalar sürerken sağlıkla ilgili yeni önlemlerin geliştirilmesi ile ilgili çalışmalar 1990'larda da devam etmiş; günümüze gelene kadar, psikometrik özelliklerin ölçümünün geliştirilmesinde metodolojik titizlik büyük gelişme göstermiştir (Wood, 1999). İlk olarak, bilim adamları, geniş hasta grupları hakkında geniş bilgi edinmek için genel ve çok boyutlu anketler geliştirmişler; Daha sonra hastaların fonksiyonel yeteneklerini değerlendirmeyi amaçlayan hastalığa özgü anketler geliştirmişlerdir. Günümüzde yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar ve yeni ölçekler geliştirilme konusunda çalışmalar sürmekte; her geçen gün yaşam kalitesi ile ilgili yeni bir bilgi ortaya koyulmaktadır (Pennacchini ve ark., 2011).

1.4.3. Artıran ve Azaltan Durumlar

Bireylerde yaşam kalitesini artıran ve azaltan durumlar şu şekilde sıralanabilmektedir (Memiş ve ark., 2015; Selbi, 2018):

- Yaşam kalitesini artıran durumlar
 - Bireyin çevresinde özgün bir birey olarak algılanması
 - Bireyin günlük hayatla ilişkili işler ve aktiviteleri rahatça uygulayabilmesi
 - Bireyin kendisini rahat bir şekilde ifade edebilmesi
 - Bireyin mahremiyetine önem verilmesi
 - Bireyin toplumda önemli ve değerli birisi olduğunu hissetmesi
 - Bireyin sosyal çevresiyle pozitif etkileşimlerde bulunması
 - Bireyin eğlenceli, huzurlu ve hareketli bir hayatının olması
 - Bireyin gereken konfor ve rahatlığa sahip olması
 - Bireyin güven ve huzur içinde hayatını sürdürmesi
 - Bireyin sosyal ve ekonomik açıdan refah seviyesinde olması
- Yaşam kalitesini azaltan durumlar
 - Bireyin kronik ya da akut sağlık problemleri olması
 - Bireyin gelecekle ilgili endişe duyması
 - Bireyin seksüel açıdan yetersiz ve ilgisiz olması

- Bireyde moral bozukluğu ve kronik yorgunluk olması
- Bireyde bakımsızlık ve yetersiz aktivitenin görülmesi
- Bireyde kilo sonucu bedensel değişimler
- Bireyin zaruri gereksinimleri temin etmede yetersiz olması

1.5. İlgili Araştırmalar

İlgili araştırmalar aşağıda obezite cerrahisi ve yaşam kalitesiyle ilgili olanlar ve obezite cerrahisi ve yeme bağımlılığı ile ilgili olanlar olmak üzere alt başlıklar şeklinde ele alınmıştır.

1.5.1. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Ateş (2015), “Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi” isimli yüksek lisans tezinde İstanbul ilinde obezite cerrahisi olan 33 hasta üzerinde “Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri” uygulamıştır. Çalışma sonucunda “hastaların, operasyon sonrasında operasyon öncesine göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ve mental ana skor puanlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanının anlamlı ölçüde arttığını; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu; aynı zamanda operasyon sonrası hastaların beden kitle indekslerinde, hastalık semptomlarında ve cinsel sorunlarında azalma olduğunu” belirlemiştir.

Khandalavala ve ark. (2015), obezite cerrahisi sonrası sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin belirleyicileriyle ilişkili çalışmalarında herhangi bir obezite cerrahi ameliyatı geçirmiş bir Midwestern akademik tıp merkezinde 350 hasta üzerinde SF-

36 anketi uygulamışlardır. Yaptıkları çalışma sonucunda fiziksel ve zihinsel bileşen puanlarının norm popülasyon ortalamasından anlamlı derecede düşük olduğunu; ameliyat sırasındaki yaş, ameliyat öncesi vücut kitle indeksi (BKİ) ve ameliyattan sonraki süreninyaşam kalitesiyle negatif ilişkili olduğunu saptamışlar; obezite cerrahi sonrası yaşam kalitesindeki gelişmelerin uzun vadede sürdürülebilir görünmediğini, yaşlı hastalar ve cerrahi öncesi yüksek derece obeziteye sahip olanlardayşam kalitesinin zamanla daha da iyileşmediğini belirtmişlerdir.

Magallerus ve Schomerus (2015), obezite cerrahi öncesi ve sonrası obez hastalarda zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini belirlemek için yaptıkları meta analizde obezite öncesi ve sonrasındaki yaşam kalitesini araştıran 21 çalışmayı değerlendirmişlerdir. Yaptıkları meta analiz sonucunda hastaların hem zihinsel hem de fiziksel sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin ameliyat öncesinde sonrasına göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir.

Risstad ve ark., (2015), obeziteye bağlı hastalığı olan ve olmayan hastalarda gastrik bypass sonrası sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki değişiklikleri belirlemek için yaptıkları çalışmada bir kamu hastanesinde obeziteye bağlı hastalığı olan ve olmayan 232 gastrik bypass hastasında bypasstan önce ve sonraki 1. yıl ve 2. yılda yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda ameliyattan önce, obeziteye bağlı hastalığı olmayan hastaların, obeziteye bağlı hastalığı olan hastalara kıyasla eşit yaşam kalitesi bildirdiği gözlemlenmiştir. Ameliyat sonrasında ise yaşam kalitesinin komorbiditesi olmayan hastalarda da, bir ya da daha fazla komorbiditesi olan hastalarda benzer şekilde olumlu yönde geliştiği saptanmıştır.

Uruç ve ark. (2016), obezite cerrahisinin alt idrar yolu semptomları, depresyon ve erkeklerde yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek için yaptıkları çalışma sonucunda obezite cerrahinin ciddi miktarda kilo kaybına neden olduğunu, idrar fonksiyon bozukluğunu da azalttığını ve erkekler arasında yaşam kalitesini artırdığını belirlemişlerdir.

Hofstadt ve ark. (2017), obezite cerrahisi geçiren hastalarda 24 ay sonra yaşam kalitesindeki değişiklikleri belirlemek için yaptıkları çalışma sonucunda obezite cerrahinin uzun vadede morbid obez hastaların yaşam kalitesini artırması ve BKİ'nin azaltılmasında etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Peterhansel ve ark. (2017), obezite cerrahisinden 6 ve 12 ay sonra sağlıklı ilişkili yaşam kalitesindeki değişimi etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları çalışma sonucunda araştırmaya dahil edilen yordayıcıların ameliyat sonrası fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi varyansının %50 ila %58'ini açıkladığını; daha yüksek bazal depresyon şiddetinin ameliyat sonrası yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğunu; somatik ko-morbid bozuklukların kalıcılığının fiziksel yaşam kalitesi üstünde olumsuz etki yarattığını saptamışlardır.

Yılmaz (2017), “Obezite cerrahisi geçiren bireylerin değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerine etkisi” isimli yüksek lisans tez çalışmasının sonucunda “bireylerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ameliyat şekli ile beden imajı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; cinsiyet ile beden imajı puan ortalamasının erkeklerin lehine kadınlara oranla daha yüksek olduğu, bireylerin 3. ay'da kilo kaybı sonucunda beden imajının olumlu yönde değiştiği ve buna bağlı yaşam kalitesinin arttığı; obezite cerrahisinin bireylerin beden imajını olumlu yönde değiştirdiği ve beden imajındaki değişimin yaşam kalitesi üzerinde de olumlu yönde etki yarattığı”nı belirlemiştir.

Baş (2018), “Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi” isimli yüksek lisans tez çalışmasının sonucunda morbid obez hastalarında kilo kaybı arttıkça yaşam kalitesinin arttığını belirlemiştir.

Dagsland ve ark. (2018), genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artışının obezite cerrahiden dört yıl sonra kilo verme ile ilişkili olup olmadığını belirlemek için yaptığı çalışmalarında 2010 ve 2013 yılları arasında Haugesund Hastanesinde (Norveç) Cerrahi Bölümünde ameliyat edilen obezite cerrahi hastaları üzerinde SF-36, obeziteye özgü yaşam kalitesi ölçeği ve zihinsel sıkıntı ölçeği uygulamışlardır.

Yaptıkları çalışma sonucunda ameliyat sonrası kilo kaybının obeziteye özgü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu, ancak diğer hasta özelliklerini kontrol ederken kilo kaybı ile genel yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır.

Ho ve ark. (2018), obezite cerrahi sonrası perioperatif komplikasyonların psikososyal etkilerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında obezite cerrahinin sürekli kilo kaybına, obeziteye bağlı komorbiditelerde iyileşmeye ve pozitif psikososyal sonuçlara yol açan etkili bir kilo verme aracı olduğunu belirtmişlerdir. Tüm hastalarda ameliyat sonrası 1 yılda belirgin kilo kaybı sağlandığını; komplike olmayan iyileşmeleri olan hastalarda, bir yıllık ameliyat sonrası depresyon, anksiyete, zihinsel ve fiziksel yaşam kalitelerinde belirgin iyileşme olduğunu belirlemişlerdir. Ameliyat sonrası komplikasyon yaşayan hastalarda ise depresyon, kaygı, fiziksel ve zihinsel yaşam kalitelerinde anlamlı bir iyileşme olmadığını; başlangıçta elde edilen psikososyal sonuçların iyileşmesine rağmen, komplikasyon yaşayan hastalarda postoperatif değerlerin komplikasyonsuz hastalara göre daha düşük olduğunu saptamışlardır.

İlhan (2018), “Obesite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi” isimli yüksek lisans tezinde “İstanbul’da üçüncü basamak bir hastanenin genel cerrahi kliniğinde” obezite cerrahisine başvuran adaylar üzerinde “Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulamıştır. Yaptığı çalışma sonucunda obezite cerrahisi olan ve olmayanların benlik saygısı arasında anlamlı bir farklılık saptamazken; yaşam kalitesinin obezite cerrahisi olanlarda belirgin şekilde daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Silva ve ark. (2018), obezite cerrahisi ile obez hastaların yaşam kalitesinin artırılmasıyla ilgili çalışmalarında gastrik bypass geçiren 80 hastanın yaşam kalitelerini değerlendirmek için SF-36 uygulamışlardır. Çalışma sonucunda obezite cerrahinin obez hastaların yaşam kalitelerinin iyileşmesine katkıda bulunduğunu belirlemişlerdir.

Stolberg ve ark. (2018), gastrik bypass sonrası fiziksel aktivite ve yaşam kalitesini belirlemek için yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında gastrik bypass geçiren 60 hastayı ameliyattan altı ay sonra 26 hafta boyunca denetimli bir fiziksel eğitime tabi tutmuş, aktiviteyi ivmeölçer ve Fiziksel Aktivite Anketi (RPAQ-Physical Activity Questionnaires) ölçeği ile, yaşam kalitesini ise SF-36 ölçeği ile ölçmüşlerdir. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında 6, 12 ve 24. Ayda yapılan değerlendirmeler sonucunda gastrik bypassın fiziksel aktiviteyi artırmadığını ancak yaşam kalitesini iyileştirdiğini; denetimli fiziksel aktivitenin ameliyattan 24 ay sonra genel sağlığı iyileştirmede etkili olduğunu ancak hastaların aktivite yapma düzeylerini kendi istekleri dışında zamanla artırmadığını belirlemişlerdir.

Pereira ve ark. (2019), obezite cerrahisinden bir yıl sonraki yaşam kalitesinde maneviyatın moderatör rolünü belirlemek için yaptıkları çalışmalarında obezite cerrahisi geçirecek 90 hastanın operasyon öncesi ve sonrasındaki 1. yılda yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Çalışmada ameliyat sonrası sosyal destek, problem odaklı başa çıkma stratejileri ve yaşam kalitesinin arttığını, yeme bozukluğu davranışı ve dürtüsellüğün azaldığını; yeme bozukluğu davranışının varlığının daha düşük fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi ve sosyal destek ile ilişkili olduğunu; daha yüksek dürtüsellüğün zihinsel yaşam kalitesini daha da kötüleştirdiğini belirlemiş; maneviyatın obezite cerrahisi sonrasında yaşam kalitesinde sosyal destek ve başa çıkma stratejileri kapsamında önemli olduğunu saptamışlardır.

1.5.2. Obezite Cerrahisi ve Yeme Bağımlılığı İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Lautenbach ve ark. (2013), obezite cerrahisi geçirmiş spesifik olmayan interstisyel pnömoni 49 yaşındaki obez bir kadının tüp mide ameliyatı sonrasında malabsorpsiyon semptomları ile başvurduğunu; ameliyat sonrası psikolojik değerlendirmede, hastada kalıcı bir yeme bozukluğu olduğunu; yeme bozukluğu ile hastanın kilo kaybedemediğini ve obezite cerrahi öncesinde ve sonrasında hastalara prepsikoterapötik ve postpsikoterapötik değerlendirme yapılması ve destek verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Pepino ve ark. (2014), obezite cerrahinin neden olduğu kilo kaybının aşırı şişmanlıktaki yeme bağımlılığındaki rolünü belirlemek için yaptıkları çalışmanın sonucunda obezite cerrahisinin neden olduğu kilo kaybının aşırı şişmanlıktaki yeme bağımlılığının remisyonunu sağladığını ve yeme bağımlılığıyla ilişkili birçok olumsuz yeme davranışını olumlu yönde geliştirdiğini belirtmişlerdir.

Sevinçer ve ark. (2016), obezite cerrahisi adaylarında yeme bağımlılığının cerrahi sonrasında kilo kaybı ile ilişkisini belirlemek için yaptıkları çalışma sonucunda ameliyat öncesi yeme bağımlılığının hastaların %57.8'inde bulunduğunu; yeme bağımlılığı prevalansının 6. ve 12. aylarda sırasıyla %7.2 ve %13.7'ye düştüğünü; on iki aylık izlemde, yeme bağımlılığı olanlarla fazla kilo kaybı açısından ölçülen kilo kaybı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemişlerdir.

Ünal (2016), “Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alımının, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması” isimli doktora “katılımcıların %13,7'sinde kilo geri alımı gerçekleştiğini; depresyon, gece yeme, duygusal yeme ve yeme endişesi puanlarının kilo geri alımı olanlarda kilo geri alımı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu; evli olmanın kilo geri alımını arttırdığını; ihtiyacı olan günlük besin miktarını bilmenin ise kilo geri alımını düşürdüğünü; ayrıca ameliyattan sonra geçen sürenin ve duygusal yemenin kilo geri alımını arttırdığını” belirlemiştir.

Ivezaj ve ark. (2017), yeme bağımlılığı ve obezite cerrahi ile ilgili literatürün sistematik bir incelemesini yaptıkları çalışmalarında gelişmekte olan araştırmalarda, bariatrik cerrahi isteyen bireyler arasında yeme bağımlılığı oranlarının yüksek olduğunu, ancak ameliyat öncesi gıda bağımlılığının prognostik önemi ve ilişkili özellikleri hakkında çok az şey bilindiğini; bu nedenle, yeme bağımlılığı ve bariatrik cerrahi ile ilgili literatürün sistematik bir incelemesini ve sentezinin gerçekleştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Meule ve ark. (2017), yaptıkları çalışmalarında 455 üniversite öğrencisi ve 138 obezite cerrahisi adayı üzerinde Yale Gıda Bağımlılığı Ölçeği 2.0 Almanca versiyonunu uygulamışlardır. Çalışma sonucunda yeme bağımlılığının, daha yüksek beden kitlesi, aşırı yeme sıklığı, özellikli yiyecek özlemi ve dikkat çekici dürtüsellik ile ve diyetle ilgili düşük algılanan öz düzenleme başarısı ile ilişkili olduğunu; obez örneklerde, “yeme bağımlılığı” için tanı eşiğinin katılımcıların % 47’siyle karşılandığını; yeme bağımlılığının obezlerde deaşıırı yeme sıklığı ve dikkat çeken dürtüsellik ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir.

Benzerouk ve ark. (2018), obezite cerrahisi isteyen obez hastalarda yeme bağımlılığı ile yeme bağımlılığının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında 128 obezite cerrahi adayı üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda yeme bağımlılığı prevalansının %25 olduğunu; yeme bağımlılığının mevcut duygudurum ve anksiyete bozukluklarının prevalansı, duygudurum bozuklukları, intihar eğilimi, yeme bozuklukları ve alkol kullanım bozukluğu ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirlemişlerdir.

Holgerson ve ark. (2018), obezite cerrahi ve kilo verme ile olumsuz çocukluk deneyimi ve yeme bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışma sonucunda araştırmaya katılan ve obeziteye cerrahiye girişimde bulunanların %19,2’sinin çocukluk çağında cinsel istismara uğradığını ve %22’sinin çocukluk çağında fiziksel tacize maruz kaldığını; yüksek olumsuz çocukluk deneyimi düzeylerinin yeme bağımlılığı ile doğrudan ilişkili olduğunu; ancak obezite cerrahi sonrasında ilk bir yıl içerisinde bu ilişki az da olsa görülürken, ameliyat sonrasında iki yıl sonunda bu ilişkinin görülmediğini belirlemişlerdir.

Müller ve ark. (2018), obezite cerrahi adaylarında yeme bağımlılığı ve diğer bağımlılık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için 216 obezite cerrahi adayı üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda yeme bağımlılığı ile satın alma bozukluğu ve internet kullanım bozukluğu semptomları arasında zayıf bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Wrzosek ve ark. (2018), obezite cerrahi adaylarında sağlıksız beslenme davranışlarına bağlı uykusuzluk ve depresif belirtiler ile ilgili yaptıkları çalışma sonucunda obezite cerrahisi adaylarında uykusuzluk ve depresyonun yeme alışkanlıklarıyla ilişkili olduğunu ve bazı hastalarda bu ilişkilerin obezite gelişimini etkileyen ana faktörleri oluşturduğunu belirlemişlerdir.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, obezite cerrahisi geçirmiş hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik faktörlerin amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı kesitsel araştırma tipine göre düzenlendi.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ankara ili özel İbrahim SAKÇAK kliniğine kayıtlı obezite cerrahisi geçiren hastalar araştırma kapsamına alındı.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini özel İbrahim SAKÇAK kliniğine kayıtlı 2015-2018 tarihlerinde obezite cerrahisi geçirmiş 210 hasta oluşturmuştur.

Aralık 2017-Haziran 2018 tarihlerinde kurum izni ve etik izin alındıktan sonra kayıtlı hastaların iletişim bilgilerine ulaşıldı. Kayıtlı 210 hastadan iletişim bilgileri değişip ulaşılamayan, gönüllü katılmak istemeyen, anket sorularını yarıda bırakan hastalar çalışma dışı bırakılmış olup, katılmak isteyen obezite cerrahisi üzerinden en az üç ay geçmiş 80 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri;

- Ankara ilinde obezite cerrahisi geçirmiş ve üzerinden en az 3 ay geçmiş;
- Ortopedik, fiziksel sınırlılığı, nörolojik, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan,
- Bilişsel fonksiyonları yeterli,

- Türkçe iletişim kurulabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar

Araştırmaya alınmama ölçütleri;

- Obesite cerrahisi geçirmeyen
- Obesite cerrahisi üzerinden 3 ay geçmemiş hastalar,
- Ortopedik, fiziksel sınırlılığı, nörolojik, psikiyatrik rahatsızlığı olanlar
- Bilişsel fonksiyonları yetersiz,
- Türkçe iletişim kurulamayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanılama Formu” ile “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği” (YYBÖ) ve “SF 36 Yaşam Kalitesi” ölçeği kullanıldı.

2.4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan bu form; araştırmaya katılan hastalara yönelik yaş, cinsiyet, medeni, eğitim, sosyo-ekonomik durumu, aile yapısı, BMI ve obesite cerrahisi uygulanma zamanı, obesite cerrahisi öncesi sağlık problemleri, operasyon sonrası sağlık problemleri ile ilgili özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır (Baş, 2018; Çelebi, 2015; Janik ve ark., 2016; Khawali ve ark., 2012) (EK 1).

2.4.2. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği(YYBÖ)

Gearhardt ve arkadaşlarının 2009 yılında, DSMIV-TR Madde bağımlılığı tanı kriterlerini göz önüne alarak, son 12 ay içerisindeki davranışsal yeme bağımlılığının tanısını koymak ve alt ölçütlerini belirlemek amaçlı tasarladığı karma özellikte bir ölçektir. Ölçeğin orijinal geçerlilik ve güvenilirliği Gearhardt ve arkadaşları tarafından 2009'da yapılmış olup, türkçeye adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayraktar ve arkadaşları tarafından 2011'de 300 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. İlk 25 sorusu likert tipi sorulardan, 26. çoklu seçenekli beslenme alışkanlıklarını sorgulayan katılımcının doldurduğu bir ölçektir. Madde bağımlılığı tanısında değerlendirilen 7 alt ölçüte hesaplanır, ek olarak 8. klinik anlamlılık skoru vardır. Yeme bağımlılığı tanısı için 7 tanısal ölçütten en az 3'ünün karşılanmasına ek, klinik anlamlılığın olması gerekmektedir(EK-2).

Her madde bağımlılık kriteri altındaki sorular toplanarak puan elde edilir. Kriter için puan ın 1' e eşit veya büyük olması gerekmektedir. Eğer puan = 0 ise, kriterler karşılanmamıştır. Ölçeğin her kriteri için tüm puanların toplanması gerekmektedir. Klinik olarak önemli bir bozulma veya iki ekstra madde ile değerlendirildiğinde sıkıntı oluşturan en az üç semptom varsa, yeme bağımlılığı tanısı konur. (Sevinçer ve ark., 2015)

2.4.3. Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan en yaygın kullanılan, 8 alt ölçekten oluşan toplam da 36 soruluk bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel durumlara bağlı), sosyal fonksiyon, mentalsağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın alt boyutlarını değerlendirir. Ölçek kendini değerlendirme ölçeğidir ve hasta tarafından 5 dakika gibi kısa bir zamanda doldurulabilir. Ölçek küçük değişimleri saptamada varolan diğer ölçeklerden daha duyarlıdır. (örn: nottingham sağlık profili: NSP) Ölçek her bir alt ölçeğe ayrı ayrı puan vermekte ve puanlar 0-100

arasında değişmektedir. Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından güvenilirlik ve geçerliliği saptanmıştır (EK 3).

Ölçekte sekiz alt boyutdan oluşmaktadır ve alt boyutlara göre madde dağılımı aşağıda verilmiştir.

Alt boyut	Madde sayısı	Maddeler
Fiziksel fonksiyon	10	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j
Fiziksel Rol Güçlüğü	4	4a+4b+4c+4d
Emosyonel Rol Güçlüğü	3	5a,5b,5c
Sosyal Fonksiyon	2	6+9j
Ağrı	2	7+8
Ruhsal Sağlık	5	9b+9c+9d+9f+9h
Enerji Zindelik/Yorgunluk	4	9a+9e+9g+9i
Genel sağlık Algısı	6	1a+1b+11a+11b+11c+11d
Sağlık Değişimi	1	Bu madde skorlanmamaktadır.

Ölçekte 7+9a+9b+9c+9d+9e+9f+9g+9h+9i+9j+11a+11b+11c+11d

maddelerinde yanıtların olumludan olumsuz şekline göre yönü terstir. SF-36'nın Türk toplumu standartları Alt Boyutlar Ortalama+-Standart sapma Fiziksel Fonksiyon 86.6+-25.2 Fiziksel Rol Güçlüğü 89.5+-29.6 Ağrı 86.1+-20.6 Genel Sağlık Algısı 73.9+-17.5 Enerji Zindelik/Yorgunluk 67.0+-13.8 Sosyal Fonksiyon 94.8+-14.2 Emosyonel Rol Güçlüğü 94.7+-20.9 Ruhsal Sağlık 73.5+-11.6'dir (Demiral ve ark., 2006).

2.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı tarafından ameliyat geçirmiş hastaların isim ve adresleri klinik sekreteri tarafından hastalardan mail yolu ile izin alınmıştır. Bu bilgilerden sonra elde edilen 210 hastaya telefon yöntemi ile ulaşılmıştır, araştırmacı tarafından ulaşılabilen hastaya tekrar çalışma hakkında bilgi verildi. Katılmayı kabul eden hastalara telefon görüşmesi aracılığı ile hazırlanan anketlerin doldurulması sağlandı.

2.6. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmaya başlamadan önce Afyon Kocatepe Üniversitesi'nden Etik Kurul Onayı Alındı 16.11.2017 tarih ve 2017/282 sayılı izin alındı (EK 4).
- Özel İbrahim SAKÇAK kliniğinden hasta iletişim bilgilerine ulaşmak için 03.11.2017 tarih ve 2017/11-272 sayılı izin alındı (EK 5).
- Araştırmaya hastaların gönüllü olarak katılımları sağlandı.
- Gizlilik ilkesi gereği araştırmaya katılan hastaların kimlik bilgileri saklı tutuldu.

2.7. Verilerin Analizi

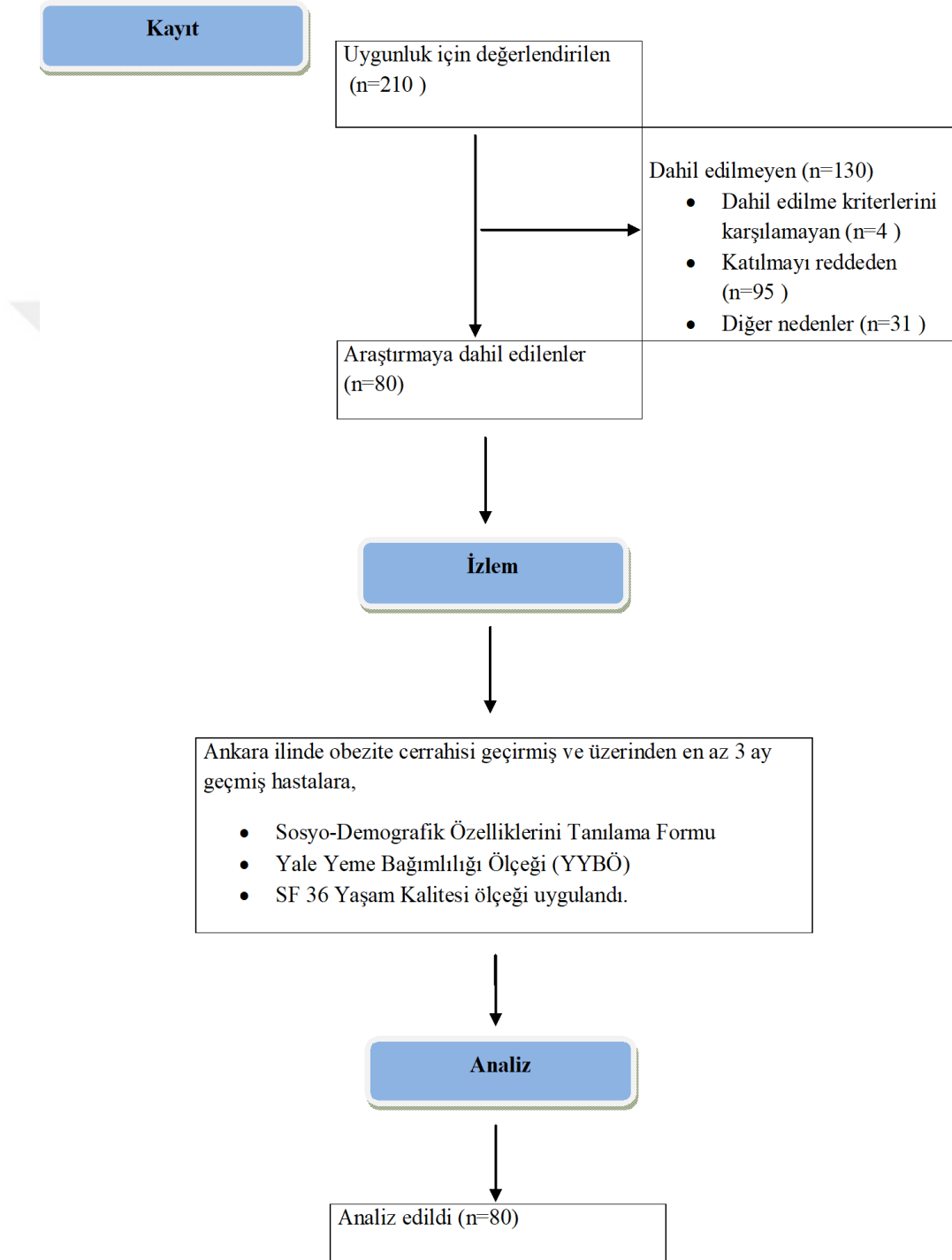
Çalışmanın verileri Statistical Package for Social (SPSS) 18.0 programı kullanılarak Afyon Kocatepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalara ait bireysel tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde dağılımları ile verilmiştir. YALE Yeme Bağımlılığı ölçeğinin her bir maddesi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin altboyutlarının frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirildi. SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin ve alt boyutlarının hesaplanmasında, güncel sürümü olarak bilinen RAND SF-36 programı kullanılmıştır (<https://www.orthotoolkit.com/sf-36/>). Hastaların bireysel tanıtıcı özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt boyutlarına ilişkin puan ortalamasının karşılaştırılmasında grup sayısı iki olanlarda t testi ve iki gruptan fazla olanlar için varyans analizi testi kullanıldı. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ile SF-36 Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi uygulanarak sonuçlar yorumlanmıştır. Sonuçların yorumlanmasında ise 0,05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak alınmıştır.

2.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırma sonuçlarının güvenilirliği hastaların verdiği yanıtlar ile sınırlıdır. Araştırmanın tek merkeze kayıtlı 80 hasta ile yapılması ise sınırlılığını oluşturmaktadır.

2.9. Araştırmanın Consort Akış Şeması

Consort Akış Şeması



3. BULGULAR

Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 3.1’de sunulmuştur. Tablo 3.1. incelendiğinde, katılımcıların %71,3’ü kadınlardan ve %28,7’si ise erkeklerden oluşmaktadır.

Tablo 3.1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	57	71,3
	Erkek	23	28,7

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı Tablo 3.2’de sunulmuştur. Tablo 3.2’ye göre katılımcıların, %23,8’i 30 yaş ve altı yaş grubunda, %40,0’i 31-40 yaş grubunda ve %36,3’ü ise 41 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunmaktadır.

Tablo 3.2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Yaş	30 yaş ve altı	19	23,8
	31-40 yaş	32	40,0
	41 yaş ve üzeri	29	36,3

Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 3.3’te sunulmuştur. Tablo 3.3’e bakıldığında katılımcıların %72,5’i evli ve %27,5’i ise bekârdır.

Tablo 3.3. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Medeni Durum	Evli	58	72,5
	Bekâr	22	27,5

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 3.4'te sunulmuştur. Tablo 3.4 incelendiğinde katılımcıların %30'u ilkokul, ortaokul ve lise mezunu iken %70'i ise lisans mezunudur.

Tablo 3.4. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Eğitim Düzeyi	İlkokul, Ortaokul ve Lise	24	30,0
	Lisans	56	70,0

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı Tablo 3.5'te sunulmuştur. Tablo 3.5'e göre ankete katılan bireylerin %18,8'i ev hanımı olduğunu, %27,5'i memur olarak görev yaptığını, %35,0'ı serbest meslekte çalıştığını ve %18,8'i ise diğer meslek gruplarında çalıştıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 3.5. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Meslek	Ev Hanımı	15	18,8
	Memur	22	27,5
	Serbest Meslek	28	35,0
	Diğer	15	18,8

Ankete katılan bireylerin boylarına göre dağılımı Tablo 3.6'da sunulmuştur. Tablo 3.6'ya göre katılımcıların, %46,3'ü 155-165 cm aralığında, %35,0'i 166-175

cm aralığında ve %18,8'i ise 176 cm ve üzeri boy uzunluğuna sahip olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 3.6. Katılımcıların boy uzunluklarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Boy uzunluğu (cm)	155-165 cm	37	46,3
	166-175 cm	28	35,0
	176 cm ve üzeri	15	18,8

Katılımcıların kilolarına göre dağılımı Tablo 3.7'de sunulmuştur. Tablo 3.7. incelendiğinde katılımcıların, %41,3'ü 55-65 kg, %23,8'i 66-75 kg, %20,0'si 75-85 kg ve %15,0'i 86 kg ve üzerinde bir kiloya sahip olduğunu bildirmiştir.

Tablo 3.7. Katılımcıların kilolarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Kilo (kg)	55-65 kg	33	41,3
	66-75 kg	19	23,8
	75-85 kg	16	20,0
	86 kg ve üzeri	12	15,0

Katılımcıların BKİ sınıflamasına göre dağılımı Tablo 3.8'de sunulmuştur. Tablo 3.8 incelendiğinde katılımcıların %52,5'i normal kilolu, %35,0'i fazla kilolu ve %12,5'i 1. ve 2. derece obez olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.8. Katılımcıların BKİ göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
BKİ	Normal Kilo	42	52,5
	Fazla Kilolu	28	35,0
	1. ve 2. Derece Obez	10	12,5

Katılımcıların ameliyat öncesi hastalık geçirme durumlarına göre dağılımı Tablo 3.9’da sunulmuştur. Tablo 3.9’a göre katılımcıların %26,3’ü ameliyat öncesi hastalıklarının olduğunu, %73,8’i ise ameliyat öncesi hastalıklarının olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo3.9. Katılımcıların ameliyat öncesi hastalık geçirme durumlarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Ameliyat öncesi hastalığınız var mıydı?	Evet	21	26,3
	Hayır	59	73,8

Katılımcıların ameliyat öncesi geçirdikleri hastalıklara göre dağılımı Tablo 3.10’da sunulmuştur. Tablo 3.10 incelendiğinde ameliyat öncesi hastalık geçiren katılımcıların %66,7’si diyabetve insülin direnci, %19,0’u kolesterol ve hiper tansiyon ve %14,3’ü ise karaciğer yağlanması, haşimato ve gastrit hastalıklarını geçirdiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 3.10. Katılımcıların ameliyat öncesi geçirdikleri hastalıklara göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Ameliyat öncesi hastalığınız nedir?	Diyabetve İnsülin Direnci	14	66,7
	Kolesterolve Hipertansiyon	4	19,0
	Karaciğer yağlanması, Haşimato ve Gastrit	3	14,3
	Toplam	21	100,0

Katılımcıların ameliyat öncesi başlayıp devam eden hastalıklarına göre dağılımı Tablo 3.11’de sunulmuştur. Tablo 3.11’e göre katılımcıların %5,0’i ameliyat öncesi başlayıp şu anda hastalığının devam ettiğini belirtirken, %95,0’i ise ameliyat öncesi başlayan hastalığın şu anda devam etmediğini bildirmişlerdir.

Tablo 3.11. Katılımcıların ameliyat öncesi başlayıp devam eden hastalıklarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Şuan ameliyat öncesi olup devam eden kronik hastalığınız var mı?	Evet	4	5,0
	Hayır	17	95,0
Toplam		21	100,0

Katılımcıların devam eden kronik hastalıklarına göre dağılımı Tablo 3.12’de sunulmuştur. Tablo 3.12’ye göre ameliyat öncesi başlayıp hala devam eden hastalığı olan katılımcıların %25,0’i diyabet hastalığının, %25,0’ı demir eksikliği hastalığının, %25,0’ı haşimato hastalığının ve %25,0’ı gastrit hastalığının devam ettiğini bildirmiştir.

Tablo 3.12. Katılımcıların devam eden kronik hastalıklarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Devam eden kronik hastalığınız nedir?	Diyabet	1	25,0
	Demir Eksikliği	1	25,0
	Haşimato	1	25,0
	Gastrit	1	25,0
Toplam		4	100,0

Katılımcıların ameliyat öncesi var olup şuan da sorun yaşamadığı/geçen kronik hastalıklarına göre dağılımı Tablo 3.13’te sunulmuştur. Tablo 3.13 incelendiğinde katılımcıların %81,0’ı ameliyat öncesi kronik hastalığın ameliyat öncesi var olduğunu ve şuan da sorun yaşamadığını/geçtiğini bildirirken, %19’u ise ameliyat öncesi var olan hastalıklarının geçmediğini bildirmiştir.

Tablo 3.13. Katılımcıların ameliyat öncesi var olup şuan da sorun yaşamadığı/geçen kronik hastalık durumlarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Ameliyatöncesi var olan ama şuan sorun yaşamadığınız/geçen kronik hastalığınız var mı?	Evet	17	81,0
	Hayır	4	19,0
Toplam		21	100,0

Katılımcıların ameliyat sonrası geçen hastalıklarına göre dağılımı Tablo 3.14'te sunulmuştur. Tablo 3.14 incelendiğinde katılımcıların %58,8'i diyabet hastalığının, %17,6'sı insülin direnci hastalığının, %11,8'i hiper tansiyon hastalığının ve %11,8'i ise karaciğer yağlanması hastalığının ameliyat sonrası geçtiğini bildirmiştir.

Tablo 3.14. Katılımcıların ameliyat sonrası geçen hastalıklarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Geçen hastalığınız nedir?	Diyabet	10	58,8
	İnsülin Direnci	3	17,6
	Hiper Tansiyon	2	11,8
	Karaciğer Yağlanması	2	11,8
Toplam		17	100,0

Katılımcıların ameliyat sonrası yaşadıkları sağlık problemlerine göre dağılımı Tablo 3.15'te sunulmuştur. Tablo 3.15'e göre katılımcıların %40,0'ı ameliyat sonrası sağlık problemi yaşadığını belirtirken, %60,0'ı herhangi bir sağlık problemi yaşamadığını belirtmiştir.

Tablo 3.15. Katılımcıların ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumlarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Ameliyat sonrasında herhangi bir komplikasyon oluştu mu?	Evet	32	40,0
	Hayır	48	60,0

Katılımcıların ameliyat sonrası oluşan sağlık problemlerine göre dağılımı Tablo 3.16’da sunulmuştur. Tablo 3.16 incelendiğinde ameliyat sonrasındakatılımcıların, %6,3’i kalp krizi ve beslenme sorununun oluştuğunu, %18,8’i vitamin eksikliğinin oluştuğunu, %31,3’ü halsizlik olduğunu, %12,5’i kan değerlerinde düşmenin olduğunu, %15,6’sı mide perferasyonu ve reflünün olduğunu ve %15,6’sı ise safra kesesi, hipoglisemi, gastrit ve demir eksikliği hastalıklarının oluştuğunu bildirmişlerdir.

Tablo 3.16. Katılımcıların ameliyat sonrası oluşan komplikasyonlarına göre dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Ameliyat sonrası oluşan komplikasyonlar	Kalp krizi ve beslenme sorunu	2	6,3
	Vitamin Eksikliği	6	18,8
	Halsizlik	10	31,3
	Kan değerlerinde düşme	4	12,5
	Mide perferasyonu ve reflü	5	15,6
	Safra Kesesi, hipoglisemi, gastrit ve demir eksikliği	5	15,6

Yale yeme bağımlılık ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin bulgular Tablo 3.17’de sunulmuştur. Tablo 3.17 incelendiğinde beklenenden uzun bir süre içerisinde maddenin fazlasıyla alınmasıalt boyutu katılımcıların %100,0’ü için karşılanmamıştır. Devam eden istek veya bırakmaya yönelik tekrar eden başarısızlıklar alt boyutu katılımcıların %100,0’ü için karşılanmıştır. Tedarik etme, kullanma ve üstesinden gelmeye yönelik fazla zaman geçirme ve eylem içerisinde olma alt boyutu katılımcıların %100,0’ü için karşılanmamıştır. Sosyal, mesleki ve boş zaman aktivitelerinden vazgeçilmesi veya bu aktivitelerin azalması alt boyutu katılımcıların %81,2’si için karşılanmamış olup %18,8’i için karşılanmıştır. Kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu katılımcıların %56,2’si için karşılanmamış olup %43,8’i için karşılanmıştır. Tolerans geliştirme (etkide azalma miktarda artma) alt boyutu katılımcıların %5,0’i için karşılanmamış olup %95,0’i için karşılanmıştır.

Karakteristik çekilme belirtileri, çekilme belirtilerini azaltmak için madde kullanımı alt boyutu katılımcıların %97,5'i için karşılanmamış olup %2,5'i için karşılanmıştır. Son olarak kullanımın klinik olarak önemli ölçüde bozukluğa yol açması alt boyutu ise katılımcıların %100,0'ü için karşılanmamıştır. 7 alt boyutun toplanması ile oluşan semptom sayısı 0 ile 7 arasında değişmektedir. Yale yeme bağımlılık ölçeğinin hesaplanmasında oluşturulan semptom sayısının 3'e eşit veya 3'ten fazla olması ve klinik hassasiyet kriterinin karşılanması yani kullanımın klinik olarak önemli ölçüde bozukluğa yol açması alt boyutuna ilişkin puanın 1'e eşit olması gerekmektedir. Katılımcıların yeme bağımlılıkları incelendiğinde ankete katılan bireylerin tümünün yeme bağımlısı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.17. Yale yeme bağımlılık ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin bulgular

ALT BOYUTLAR		Madde (soru) Sayısı	Kriter Karşılanmamış (0)		Kriter Karşılanmış (1)	
			n	%	f	%
1	Beklenenden uzun bir süre içerisinde maddenin fazlasıyla alınması	3	80	100,0	0	0,0
2	Devam eden istek veya bırakmaya yönelik tekrar eden başarısızlıklar	4	0	0,0	80	100,0
3	Tedarik etme, kullanma ve üstesinden gelmeye yönelik fazla zaman geçirme ve eylem içerisinde olma	3	80	100,0	0	0,0
4	Sosyal, mesleki ve boş zaman aktivitelerinden vazgeçilmesi veya bu aktivitelerin azalması	4	65	81,2	15	18,8

Tablo 3.17'nin devamı

	Kötü sonuçları olduğu						
5	bilindiği halde kullanıma devam edilmesi	1	45	56,2	35	43,8	
6	Tolerans geliştirme (etkide azalma miktarda artma)	2	4	5,0	76	95,0	
7	Karakteristik çekilme belirtileri, çekilme belirtilerini azaltmak için madde kullanımı	3	78	97,5	2	2,5	
8	Kullanımın klinik olarak önemli ölçüde bozukluğa yol açması	2	80	100,0	0	0,0	

Yale yeme bağımlılık ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.18'de sunulmuştur. Tablo 3.18 incelendiğinde katılımcıların, %100,0'ü “öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum” ($\bar{X}=0,00$) yargısına hiç seçeneği ile, %98,8'i “öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum” ($\bar{X}=0,01$) yargısına hiç seçeneği ile, %98,8'i “fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum” ($\bar{X}=0,01$) yargısına hiç seçeneği ile, %98,8'i “zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum” ($\bar{X}=0,01$) yargısına hiç seçeneği ile, %96,3'ü “kendimi belirli yiyeceklerigün boyunca sürekli yerken buluyorum” ($\bar{X}=0,04$) yargısına hiç seçeneği ile, %90,0'ı “açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum” ($\bar{X}=0,11$) yargısına hiç seçeneği ile, %82,5'i “belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor” ($\bar{X}=0,19$) yargısına hiç seçeneği ile, %77,2'si “belirli

yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim” ($\bar{X}=0,23$) yargısına hiç seçeneği ile, %71,3’ü “yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum” ($\bar{X}=0,30$) yargısına hiç seçeneği ile, %68,8’i “yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor” ($\bar{X}=0,35$) yargısına hiç seçeneği ile, %42,5’i “belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum” ($\bar{X}=0,62$) yargısına hiç seçeneği ile, %41,8’i “belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum” ($\bar{X}=0,75$) yargısına hiç seçeneği ile, %35’i “gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum” ($\bar{X}=0,76$) yargısına hiç seçeneği ile, %30,0’u “öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel vesosyal ortamlardan kaçınıyorum” ($\bar{X}=0,83$) yargısına hiç seçeneği ile, %30’u “belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum” ($\bar{X}=0,85$) yargısına hiç seçeneği ile ve %22,5’i “öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum” ($\bar{X}=0,96$) yargısına hiç seçeneği ile olumlu görüş bildirmişlerdir.

Tablo 3.18. Yale yeme bağımlılık ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler

İfadeler		Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
		Hiç	Ayda bir	Ayda 2-4 kez	Haftada 2 kez	Haftada 4 ten fazla		
			keş	keş	keş	keş		
Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim	f 61	19	0	0	0	0	0,23	0,42
	% 77,2	22,8	0,0	0,0	0,0	0,0		
Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum.	f 72	7	1	0	0	0	0,11	0,36
	% 90,0	8,8	1,2	0,0	0,0	0,0		
Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum	f 79	1	0	0	0	0	0,01	0,11
	% 98,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0		
Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor	f 66	13	1	0	0	0	0,19	0,42
	% 82,5	16,3	1,2	0,0	0,0	0,0		
Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum	f 79	1	0	0	0	0	0,01	0,11
	% 98,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0		
Kendimi belirli yiyeceklerigün boyunca sürekli yerken buluyorum	f 77	3	0	0	0	0	0,04	0,19
	% 96,3	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0		
Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidipsatın alırım.	f 33	33	14	0	0	0	0,75	0,72
	% 41,8	41,8	16,5	0,0	0,0	0,0		
Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	f 80	0	0	0	0	0	0,00	0,00
	% 100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	f 79	1	0	0	0	0	0,01	0,11
	% 98,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0		

Tablo 3.18'in devamı

Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel vesosyal ortamlardan kaçınıyorum.	f	24	47	8	1	0	0,83	0,65
	%	30,0	58,8	10,0	1,2	0,0		
Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	f	18	47	15	0	0	0,96	0,65
	%	22,5	58,8	18,8	0,0	0,0		
Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileridahil etmeyin)	f	24	46	8	2	0	0,85	0,70
	%	30,0	57,5	10,0	2,5	0,0		
Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin)	f	28	43	9	0	0	0,76	0,64
	%	35,0	53,8	11,2	0,0	0,0		
Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.	f	34	42	4	0	0	0,62	0,58
	%	42,5	52,5	5,0	0,0	0,0		
Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	f	55	22	3	0	0	0,35	0,55
	%	68,8	27,4	3,8	0,0	0,0		
Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)	f	57	22	1	0	0	0,30	0,49
	%	71,3	27,5	1,2	0,0	0,0		

Ankete katılan bireylerin, “yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum” yargısına %3,8’i evet ve %96,3’ü hayır cevabını, “yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor” yargısına %26,3’ü evet ve %73,8’i hayır cevabını, “duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum” yargısına %56,3’ü

evet ve %43,8'i hayır cevabını, “zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum” yargısına %15,0'ı evet ve %85,0'ı hayır cevabını, “aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim” yargısına %73,8'i evet ve %26,3'ü hayır cevabını, “belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum” yargısına %51,2'si evet ve %48,8'i hayır cevabını, “belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım” yargısına %63,7'si evet ve %36,3'ü hayır cevabını, “bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım” yargısına %65,5'i evet ve %32,5'i ise hayır cevabını vermiştir.

Tablo 3.19. Yale yeme bağımlılık ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler

İfadeler		Katılım Düzeyi	
		Evet	Hayır
Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.	n	3	77
	%	3,8	96,3
Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.	n	21	59
	%	26,3	73,8
Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.	n	45	35
	%	56,3	43,8
Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.	n	12	68
	%	15,0	85,0
Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim.	n	59	21
	%	73,8	26,3
Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.	n	41	39
	%	51,2	48,8
Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım	n	51	29
	%	63,7	36,3
Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım	n	54	26
	%	67,5	32,5

Ankete katılan bireylerin “Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?” sorusuna %40,0’ı 1 kere, %31,2’si 2 kere, %21,2’si 3 kere ve %7,6’sı ise 4 yâda daha fazla kere cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.20. Yeme bağımlılık ölçeğine ilişkin betimsel istatistikler

İfade;	1 kere	2 kere	3 kere	4 ya da daha fazla
Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri f	32	25	17	6
azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz? %	40,0	31,2	21,2	7,6

Yeme bağımlısı olmayan bireylerin sorun yaşadıkları besinlere ilişkin bulgular Tablo 3.21’de sunulmuştur. Tablo 3.21’e göre katılımcıların %1,2’si dondurmada, %46,4’ü çikolata/gofrette, %35,0’ı donat/tatlı çörek, %1,2’si şeker/şekerlemede, %5,0’i patates kızartmasında, %1,2’si pastırma/sucuk/salamda sorun yaşarken katılımcıların %10,0’u ise hiçbir üründe sorun yaşamadığını bildirmiştir.

Tablo 3.21. Yeme bağımlısı olmayan bireylerin sorun yaşadıkları besinlere ilişkin bulgular

Sorun yaşanan besin	Sorun yaşama durumu	Yeme bağımlısı olmayan (n=80)	
		n	%
Dondurma	Evet	1	1,2
Çikolata/gofret	Evet	37	46,4
Donat/tatlı çörek	Evet	28	35,0
Şeker/şekerleme	Evet	1	1,2
Patates kızartması	Evet	4	5,0
Pastırma/sucuk/salam	Evet	1	1,2
Hiçbiri	Evet	8	10,0

Yeme bağımlısı olmayan bireylerin ek olarak aldıkları gıdalara ilişkin bulgular Tablo 3.22’de sunulmuştur. Tablo 3.22 incelendiğinde katılımcıların %100,0’ü ek olarak aldıkları gıdanın olmadığını bildirmiştir.

Tablo 3.22. Yeme bağımlısı olmayan bireylerin ek olarak aldıkları gıdalara ilişkin bulgular

	n	%
Ek Gıda Var	0	0,0
Ek Gıda Yok	80	100,0

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.23'te sunulmuştur. Tablo 3.23 incelendiğinde katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda puanlandırılmış ve 100 puan üzerinde değerlendirmeye alınmış olup, fiziksel fonksiyon alt boyutunun ortalaması 94,5 olarak, fiziksel rol güçlüğü alt boyutunun ortalaması 66,88 olarak, emosyonel rolgüçlüğü alt boyutunun ortalaması 59,58 olarak, enerji ortalaması 69,81 olarak, ruhsal sağlık ortalaması 80,15 olarak, sosyal işlevsellik ortalaması 80,20 olarak, ağrı alt boyutunun ortalaması 2,63 genel sağlık algısı alt boyutunun ortalaması 81,94 ve genel sağlık değişimi ise 95 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.23. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin betimsel istatistikler

ALT BOYUTLAR	n	$\bar{X}$	SS
Fiziksel Fonksiyon	80	94,50	8,92
Fiziksel Rol Güçlüğü	80	66,88	38,52
Emosyonel RolGüçlüğü	80	59,58	16,51
Enerji Zindelik/Yorgunluk	80	69,81	10,42
Ruhsal Sağlık	80	80,15	9,81
Sosyal Fonksiyon	80	80,20	20,76
Ağrı	80	2,63	8,02
Genel Sağlık Algısı	80	81,94	11,84
Genel Sağlık Değişimi	80	95,00	14,00

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile Yale yeme bağımlılığı alt ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular Tablo 3.24'te sunulmuştur. Tablo 3.24 incelendiğinde, yaşam kalitesini oluşturan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları ile yale yeme bağımlılığını oluşturan beklenenden uzun bir süre içerisinde maddenin fazlasıyla alınması, devam eden istek veya bırakmaya yönelik tekrar eden başarısızlıklar, tedarik etme, kullanma ve üstesinden gelmeye yönelik fazla zaman geçirme ve eylem içerisinde olma, sosyal, mesleki ve boş zaman

aktivitelerinden vazgeçilmesi veya bu aktivitelerin azalması, tolerans geliştirme, karakteristik çekilme belirtileri, çekilme belirtilerini azaltmak için madde kullanımı ve kullanımın klinik olarak önemli ölçüde bozukluğa yol açması arasında anlamlı bir ilişki (korelasyon) tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bunun yanı sıra kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu ile fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki (korelasyon) yok iken ($p>0,05$), fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik ile kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki (korelasyon) olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu ile fiziksel rol güçlüğü arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu ile sosyal işlevsellik arasında ise negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.24. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile Yale yeme bağımlılığı alt ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
1.Beklenenden uzun bir süre içerisinde maddenin fazlasıyla alınması	r	-	-	-	-	-	-	-	-
	p	-	-	-	-	-	-	-	-
2.Devam eden istek veya bırakmaya yönelik tekrar eden başarısızlıklar	r	-	-	-	-	-	-	-	-
	p	-	-	-	-	-	-	-	-
3.Tedarik etme, kullanma ve üstesinden gelmeye yönelik fazla zaman geçirme ve eylem içerisinde olma	r	-	-	-	-	-	-	-	-
	p	-	-	-	-	-	-	-	-
4.Sosyal, mesleki ve boş zaman aktivitelerinden vazgeçilmesi veya bu aktivitelerin azalması	r	0,117	0,060	0,012	-0,053	-0,126	-0,001	-0,158	0,152
	p	0,299	0,596	0,914	0,639	0,267	0,995	0,161	0,178
5.Kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi	r	0,036	0,253*	0,022	0,174	0,193	-0,205*	0,065	-0,006
	p	0,754	0,024	0,844	0,122	0,086	0,048	0,566	0,958
6.Tolerans geliştirme (etkide azalma miktarda artma)	r	-0,142	-0,124	0,134	0,051	-0,044	-0,185	0,076	0,135
	p	0,208	0,275	0,236	0,652	0,701	0,100	0,506	0,232
7.Karakteristik çekilme belirtileri, çekilme belirtilerini azaltmak için madde kullanımı	r	0,099	0,139	0,069	0,003	0,162	0,105	-0,053	-0,026
	p	0,380	0,220	0,542	0,980	0,151	0,353	0,642	0,816
8.Kullanımın klinik olarak önemli ölçüde bozukluğa yol açması	r	-	-	-	-	-	-	-	-
	p	-	-	-	-	-	-	-	-

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik t-testi sonuçları Tablo 3.25'te sunulmuştur. Tablo 3.25 incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 3.25. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Alt Ölçekler	Cinsiyet	$\bar{X}$	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	95,09	8,05	0,927	0,357
	Erkek	93,04	10,84		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kadın	66,67	39,06	-0,076	0,940
	Erkek	67,39	38,02		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Kadın	61,40	13,79	1,566	0,121
	Erkek	55,07	21,58		
Enerji Zindelik/Yorgunluk	Kadın	70,88	9,31	1,449	0,151
	Erkek	67,17	12,60		
Ruhsal Sağlık	Kadın	81,40	8,26	1,826	0,072
	Erkek	77,04	12,55		
Sosyal Fonksiyon	Kadın	80,06	20,45	-0,093	0,926
	Erkek	80,54	21,97		
Ağrı	Kadın	1,89	5,33	-1,303	0,197
	Erkek	4,46	12,41		
Genel Sağlık Algısı	Kadın	83,07	9,34	1,354	0,180
	Erkek	79,13	16,42		
Genel Sağlık Değişimi	Kadın	96,05	9,19	1,059	0,293
	Erkek	92,39	21,89		

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının yaşa göre karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi sonuçları Tablo 3.26’da sunulmuştur. Tablo 3.26’ya göre yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı ve genel sağlık değişimi alt boyutları yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği istatistiksel olarak %95 güvenilirlikle söylenebilir ($p>0,05$).

Tablo 3.26.Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının yaşa göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Alt Ölçekler	Yaş	$\bar{X}$	SS	F	p
Fiziksel Fonksiyon	30 yaş ve altı	96,84	6,06	0,943	0,394
	31-40 yaş	94,21	7,53		
	41 yaş ve üzeri	93,27	11,52		
Fiziksel Rol Güçlüğü	30 yaş ve altı	72,36	33,22	0,653	0,523
	31-40 yaş	60,93	42,09		
	41 yaş ve üzeri	69,82	38,02		
Emosyonel Rol Güçlüğü	30 yaş ve altı	64,91	7,65	2,123	0,127
	31-40 yaş	60,41	13,22		
	41 yaş ve üzeri	55,17	22,32		
Enerji Zindelik/Yorgunluk	30 yaş ve altı	71,05	9,66	0,186	0,831
	31-40 yaş	69,21	9,60		
	41 yaş ve üzeri	69,65	11,95		
Ruhsal Sağlık	30 yaş ve altı	81,89	7,93	0,413	0,663
	31-40 yaş	79,87	8,22		
	41 yaş ve üzeri	79,31	12,38		
Sosyal Fonksiyon	30 yaş ve altı	74,28	21,90	1,044	0,357
	31-40 yaş	82,68	18,73		
	41 yaş ve üzeri	81,32	22,07		
Ağrı	30 yaş ve altı	1,31	3,94	0,633	0,534
	31-40 yaş	2,26	5,59		
	41 yaş ve üzeri	3,87	11,58		
Genel Sağlık Algısı	30 yaş ve altı	82,89	13,37	0,116	0,891
	31-40 yaş	82,03	8,02		
	41 yaş ve üzeri	81,20	14,43		

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasına yönelik t-testi sonuçları Tablo 3.27’de sunulmuştur. Tablo 3.27’ye bakıldığında yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü,

emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.27. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Alt Ölçekler	Medeni Durum	$\bar{X}$	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Evli	93,71	9,62	-1,297	0,198
	Bekâr	96,59	6,43		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evli	68,10	39,40	0,461	0,646
	Bekâr	63,64	36,78		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evli	58,05	18,27	-1,359	0,178
	Bekâr	63,64	9,81		
Enerji	Evli	70,00	10,72	0,260	0,796
	Bekâr	69,32	9,79		
Zindelik/Yorgunluk	Evli	79,66	10,42	-0,731	0,467
	Bekâr	81,45	8,05		
Ruhsal Sağlık	Evli	81,92	20,38	1,209	0,230
	Bekâr	75,66	21,54		
Ağrı	Evli	2,97	9,04	0,629	0,531
	Bekâr	1,70	4,39		
Genel Sağlık Algısı	Evli	80,86	12,25	-1,325	0,189
	Bekâr	84,77	10,41		

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik t-testi sonuçları Tablo 3.28’de sunulmuştur. Tablo 3.28 incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilirken ($p>0,05$), ruhsal sağlık alt boyutunun eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Aritmetik ortalamalar incelendiğinde lisans

mezunlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre ruhsal sağlıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 3.28. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Alt Ölçekler	Eğitim Düzeyi	$\bar{X}$	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	91,67 95,71	11,67 7,23	- 1,575	0,126
Fiziksel Güçlüğü	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	64,58 67,86	41,65 37,45	- 0,346	0,730
Emosyonel Güçlüğü	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	55,56 61,31	21,23 13,89	- 1,220	0,231
Enerji Zindelik/Yorgunluk	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	67,50 70,80	11,98 9,62	- 1,306	0,196
Ruhsal Sağlık	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	76,50 81,71	12,16 8,25	- 2,234	0,028*
Sosyal Fonksiyon	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	84,75 78,25	20,64 20,68	1,289	0,201
Ağrı	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	4,79 1,70	12,25 5,18	1,597	0,114
Genel Sağlık Algısı	İlkokul, Ortaokul ve Lise Lisans	78,54 83,39	15,91 9,40	- 1,393	0,174

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının katılımcıların mesleklerine göre karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi sonuçları Tablo 3.29’da sunulmuştur. Tablo 3.29 incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları katılımcıların mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Bunun yanı sıra emosyonel rol güçlüğü, enerji alt boyutunun katılımcıların

mesleklerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Aritmetik ortalamalar incelendiğinde memurların emosyonel rol güçlüğü ve enerjilerinin diğer grubunda çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.29. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının mesleğe göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Alt Ölçekler	Meslek	$\bar{X}$	SS	F	p
Fiziksel Fonksiyon	Ev Hanımı	91,00	10,04	1,643	0,187
	Memur	96,82	4,77		
	Serbest Meslek	95,54	9,16		
	Diğer	92,67	11,16		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Ev Hanımı	63,33	44,19	1,622	0,191
	Memur	77,27	30,77		
	Serbest Meslek	69,64	37,49		
	Diğer	50,00	42,26		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Ev Hanımı	57,78 ^{ab}	15,26	3,473	0,020*
	Memur	65,15 ^a	7,11		
	Serbest Meslek	61,90 ^{ab}	11,88		
	Diğer	48,89 ^b	27,79		
Enerji Zindelik/Yorgunluk	Ev Hanımı	68,00 ^{ab}	9,60	4,369	0,007*
	Memur	75,23 ^a	8,09		
	Serbest Meslek	69,82 ^{ab}	12,73		
	Diğer	63,67 ^b	4,42		
Ruhsal Sağlık	Ev Hanımı	77,87	6,02	2,328	0,081
	Memur	84,36	9,06		
	Serbest Meslek	79,86	12,58		
	Diğer	76,80	5,70		
Sosyal İşlevsellik	Ev Hanımı	82,27	18,96	0,554	0,647
	Memur	81,64	21,99		
	Serbest Meslek	76,18	23,55		
	Diğer	83,53	14,98		
Ağrı	Ev Hanımı	2,50	5,18	2,400	0,074
	Memur	0,00	,00		
	Serbest Meslek	2,41	10,57		
	Diğer	7,00	9,46		
Genel Sağlık Algısı	Ev Hanımı	80,67	5,94	0,551	0,649
	Memur	82,95	10,20		
	Serbest Meslek	83,39	16,10		
	Diğer	79,00	9,10		

* $p<0,05$; a,b: aynı sütunda farklı harfleri içeren gruplar arasındaki farklar önemlidir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının BKİ sınıflamasına göre karşılaştırılmasına yönelik varyans analizi sonuçları Tablo 3.30'da sunulmuştur. Tablo 3.30 incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.30. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının BKİ göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular

Alt Ölçekler	BKİ	$\bar{X}$	SS	F	p
Fiziksel Fonksiyon	Normal Kilo	95,71	7,54	0,878	0,420
	Fazla Kilolu	92,86	9,85		
	1. ve 2. Derece	94,00	11,50		
	Obez				
Fiziksel Rol Güçlüğü	Normal Kilo	64,88	40,22	0,127	0,881
	Fazla Kilolu	69,64	36,23		
	1. ve 2. Derece	67,50	40,91		
	Obez				
Emosyonel Rol Güçlüğü	Normal Kilo	61,11	14,57	1,977	0,145
	Fazla Kilolu	60,71	15,85		
	1. ve 2. Derece	50,00	23,57		
	Obez				
Enerji Zindelik/Yorgunluk	Normal Kilo	71,19	9,80	1,104	0,337
	Fazla Kilolu	69,11	11,71		
	1. ve 2. Derece	66,00	8,76		
	Obez				
Ruhsal Sağlık	Normal Kilo	81,43	8,47	1,730	0,184
	Fazla Kilolu	77,43	12,28		
	1. ve 2. Derece	82,40	5,40		
	Obez				
Sosyal İşlevsellik	Normal Kilo	75,32	20,95	2,553	0,084
	Fazla Kilolu	85,25	20,63		
	1. ve 2. Derece	86,55	16,44		
	Obez				
Ağrı	Normal Kilo	2,26	5,89	0,398	0,673
	Fazla Kilolu	2,41	10,57		
	1. ve 2. Derece	4,75	8,12		
	Obez				
Genel Sağlık Algısı	Normal Kilo	84,05	9,51	1,427	0,246
	Fazla Kilolu	79,46	14,29		
	1. ve 2. Derece	80,00	12,69		
	Obez				

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda Ankara ilinde obezite cerrahisi geçirmiş ve üzerinden en az 3 ay geçmiş; ortopedik, fiziksel sınırlılığı, nörolojik, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, bilişsel fonksiyonları yeterli, Türkçe iletişim kurulabilen, okuma-yazma bilen ve araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden obezite cerrahisi geçirmiş 80 hastaya bilgilendirilmiş onam formu okutulmuş ve izin alınmış; Yale yeme bağımlılığı ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır.

Literatürde, obesite cerrahisinin yaygınlığının arttığı, en fazla Amerika ve Kanada bölgesinde olmak üzere Dünya’da yaklaşık 500.000 obezite cerrahisi yapıldığı belirtilmiştir. Ülkemizde obesite cerrahisinin ise 3250 civarında olduğu bildirilmektedir. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların çoğunlukla kadınlar olduğu ve III. derece obez kişiler olduğu belirtilmektedir (Dizlek ve ark., 2015; Chang ve ark., 2014). Araştırmaya katılan araştırmacıların çoğunluğunun kadın olup ameliyat sonrası yarısından çoğunun halen normal kilodan fazla beden kitle indeksine sahip oldukları görülmektedir. Araştırma bulgularının literatür sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların 21’inde en fazla diyabet ve insülin direnci görülme birlikte kolestrol ve hipertansiyon ve endokrin hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların 17’si obesite cerrahi sonrası sağlık sorunlarının geçtiğini ifade etmişlerdir. Chang ve arkadaşlarının (2014) yılında yaptıkları bir araştırmada cerrahi sonrası ameliyat öncesi var olan diyabet (tip 2) ve hipertansiyon hastalıklarında azalma ayrıca kalp spazmı infarktüsü ve obstrüktif uyku apnesi semptomlarında azalma olduğu bildirilmiştir. (Cahang ve ark. 2014; Dilek ve Çatal, 2018). Vilarrasa ve ark. (2017) obesite cerrahisi uygulanan morbid obez ve Tip1 Diyabetli hastalarda uzun süreli sonuçlarını yayınladıkları retrospektif çalışma sonucunda, Tip1 Diabetes Mellitus’lu hastalarda obesite cerrahinin diyabete bağlı bazı komplikasyonlarını azalma sağladığı görülmüştür.

Obezite cerrahisinin birey üzerinde beklenmeyen etkilere ilişkin komorbiditelerden en sık görüleni hipertansiyondur. Ameliyat sonrası uzun dönemde hastalarda reflü, vitamin, demir ve çinko eksikliği görülebilmektedir (Dilek ve Çatal, 2018; Tack ve Deloore, 2014). Marceau ve ark. (2015)'nın 2615 hasta üzerinde 5 ile 20 yıl arasındaki uzun vadeli metabolik sonuçları inceledikleri çalışmada, uzun dönemde bariatrik cerrahi sonrası kalsiyum eksikliği meydana geldiği bildirilmiştir. Schietroma ve ark. (2017)'nin yaptıkları retrospektif çalışma da ise Laparoskopik Nissen Fundoplikasyon cerrahi sonrası kısa ve uzun dönem hasta sonuçlarını incelediklerinde bariatrik cerrahi sonrası uzun dönemde hastalarda reflü görülmüştür.

Lautenbach ve ark. (2013), obezite cerrahisi sonrasında yeme bozukluğunun tetiklenmesiyle ilişkili olgu sunumunda, 49 yaşındaki obez bir kadının tüp mide ameliyatı sonrasında hastada kalıcı bir yeme bozukluğu olduğunu; yeme bozukluğu ile hastanın kilo kaybedemediğini ve obezite cerrahi öncesinde ve sonrasında hastalara prepsikoterapötik ve postpsikoterapötik değerlendirme yapılması ve destek verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Araştırmada katılımcılara uygulanan Yale bağımlılık ölçeğinin sonucunda araştırmaya katılan bireylerin tümünün yeme bağımlısı olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların tamamının ek olarak aldıkları gıdanın olmadığı belirlenmiştir.

Pepino ve ark. (2014), obezite cerrahinin neden olduğu kilo kaybının aşırı şişmanlıktaki yeme bağımlılığındaki rolünü belirlemek için yaptıkları çalışmada 44 obezite cerrahisi geçirmiş hastada ameliyat sonrasında yeni yeme bağımlılığı vakası gelişmediğini; ameliyat ile kilo kaybı sonucunda her iki grupta da yiyecek istekleri ve yemeye olan özlemin azaldığını belirlemişlerdir. Çalışmanın sonucunda obezite cerrahisinin neden olduğu kilo kaybının aşırı şişmanlıktaki yeme bağımlılığının remisyonunu sağladığını ve yeme bağımlılığıyla ilişkili birçok olumsuz yeme davranışını olumlu yönde geliştirdiğini belirtmişlerdir.

Sevinçer ve ark. (2016), obezite cerrahisi adaylarında yeme bağımlılığının cerrahi sonrasında kilo kaybı ile ilişkisini belirlemek için 178 morbid obez hasta ile

yaptıkları çalışmalarında hastalara Yale Gıda Bağımlılığı Ölçeği uygulamış; ameliyat sonrası 6. ve 12. ay takiplerini yapmışlardır. Yaptıkları çalışma sonucunda hastaların %57.8'inde ameliyat öncesi yeme bağımlılığının bulunduğunu; yeme bağımlılığı prevalansının 6. ayda %7.2 ve 12. ayda %13.7 olduğu; 12. ayın sonunda yeme bağımlılığı ile kilo kaybı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemişlerdir.

Obesite cerrahisi morbidite azalması ve yaşam kalitesinin iyileşmesi dikkate alındığında cerrahi tedavi daha ön plana çıkmaktadır. Katılımcıların yaşam kalitesi ile ilgili genel sağlıkgılgılarının 100 puan üzerinden 81, 94 olduğu görülmektedir. Obesite cerrahisi geçiren katılımcıların fiziksel ve ruhsal rol güçlüğü boyutlarının etkilenmediği puanlarının da oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Karşılaştırma yapılan çalışma sonuçları aşağıda verilmiştir. Khandalavala ve ark. (2015), obezite cerrahi ameliyatı geçirmiş 350 hastanın ameliyat sonrası yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında fiziksel ve ruhsal bileşen puanlarının genel popülasyon ortalamasından anlamlı derecede düşük olduğunu; obezite cerrahi sonrası yaşam kalitesindeki gelişmelerin uzun vadede sürdürülebilir görünmediğini, yaşlı hastalar ve cerrahi öncesi yüksek derece obeziteye sahip olanlarda yaşam kalitesinin zamanla daha da iyileşmediğini belirtmişlerdir. Çalışma bulgularının literatür sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Magallanus ve Schomerus (2015), obezite cerrahi öncesi ve sonrası obez hastalarda zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini belirlemek için yaptıkları meta analizde obezite öncesi ve sonrasındaki yaşam kalitesini araştıran 21 çalışmayı değerlendirmişlerdir. Yaptıkları meta analiz sonucunda hastaların hem zihinsel hem de fiziksel sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin ameliyat öncesinde sonrasına göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir.

Ristad ve ark. (2015), obeziteye bağlı hastalığı olan ve olmayan hastalarda gastrik bypass sonrası sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki değişiklikleri belirlemek için yaptıkları çalışmada, obeziteye bağlı hastalığı olmayan veya bir ya da daha fazla

obeziteye bağlı hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin benzer şekilde olumlu yönde geliştiği saptanmıştır.

Hofstadt ve ark. (2017), obezite cerrahisi geçiren hastalarda 24 ay sonra yaşam kalitesindeki değişiklikleri belirlemek için yaptıkları çalışmada sonucunda obezite cerrahinin uzun vadede morbid obez hastaların yaşam kalitesini artırması ve BKİ’nin azaltılmasında etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Peterhansel ve ark. (2017), obezite cerrahisinden 6 ve 12 ay sonra sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki değişimi etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları çalışmanın sonucunda; ameliyat sonrası fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi varyansının %50 ila %58’ini açıkladığını; daha yüksek bazal depresyon şiddetinin ameliyat sonrası yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğunu; somatik komorbid bozuklukların kalıcılığının fiziksel yaşam kalitesi üstünde olumsuz etki yarattığını saptamışlardır.

Baş (2018) “Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi” başlıklı çalışmasında, obezite cerrahisi için başvuran 53 hasta üzerinde ameliyat öncesi ve sonrasında “Kişisel Veri Toplama Formu” ve “Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm” uygulamıştır. Çalışma sonucunda morbid obez hastalarında kilo kaybı arttıķa yaşam kalitesinin arttığını belirlemiştir.

İlhan (2018), “Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi” başlıklı çalışmasında, “İstanbul’da üçüncü basamak bir hastanenin genel cerrahi kliniğinde” obezite cerrahisine başvuran adaylar üzerinde “Coopersmith Benlik Saygısı leği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi leği” uygulamıştır. Yaptığı alışma sonucunda obezite cerrahisi olan ve olmayanların benlik saygısı arasında anlamlı bir farklılık saptamazken; yaşam kalitesinin obezite cerrahisi olanlarda belirgin şekilde daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Silva ve ark. (2018) obezite cerrahisi ile obez hastaların yaşam kalitesinin artırılmasıyla ilgili çalışmalarında Portekiz’de bulunan bir merkezi hastanesinde bulunan Multidisipliner Bariatrik Ünitesi’nde kayıtlı gastrik bypass geçiren 80 hastanın yaşam kalitelerini değerlendirmek için SF-36 anketi uygulamışlardır. Yaptıkları çalışmada 51 ameliyat edilmiş, 29 kontrol grubu olan ameliyat öncesi hastadan elde ettikleri verilere göre obezite cerrahisi geçirmiş hastalarda SF-36 puanlarının yüksek olduğunu saptamışlardır. Çalışma sonucunda obezite cerrahinin obez hastaların yaşam kalitelerinin iyileşmesine katkıda bulunduğunu belirlemişlerdir.

Stolberg ve ark. (2018), gastrik bypass sonrası fiziksel aktivite ve yaşam kalitesini belirlemek için yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında gastrik bypass geçiren 60 hastayı ameliyattan altı ay sonra 26 hafta boyunca denetimli bir fiziksel eğitime tabi tutmuş, aktiviteyi ivme ölçer ve Fiziksel Aktivite Anketi (RPAQ- Physical Activity Questionnaires) ölçeği ile, yaşam kalitesini ise SF-36 ölçeği ile ölçmüşlerdir. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında 6, 12 ve 24. Ayda yapılan değerlendirmeler sonucunda gastrik bypassın fiziksel aktiviteyi artırmadığını ancak yaşam kalitesini iyileştirdiğini; denetimli fiziksel aktivitenin ameliyattan 24 ay sonra genel sağlığı iyileştirmede etkili olduğunu ancak hastaların aktivite yapma düzeylerini kendi istekleri dışında zamanla artırmadığını belirlemişlerdir.

Yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş ve yaşam kalitesi ve alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Obezite cerrahisi uygulanan bireylerde yaşam kalitesi ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar bu bulguyu destekler niteliktedir. Ateş (2018) ve Baş (2018) obezite cerrahisi uygulanan bireylerde ameliyat öncesi ve sonrasında yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında bu bulguya paralel olarak cinsiyetin obezite cerrahisi sonrasında yaşam kalitesini etkilemediğini belirlemişlerdir. Ateş (2015), obezite cerrahisi sonrasında bizim bulgumuzdan farklı olarak ağrı alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Bu bulgudaki farklılık Ateş (2015) tezine katılan katılımcı sayısının azlığı (N=33) ve hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında tekrar tekrar

değerlendirilmesi şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde Janik ve ark. (2016) obezite cerrahisi sonucunda yaşam kalitesinin cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaştığını belirlemiştir, ancak çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak “Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği- II” uygulamıştır. Bulgulardaki farklılığın farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanılması şeklinde yorumlanabilir. Genel olarak yaşam kalitesi ile yaş arasındaki çalışmalara bakıldığında da yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi ile yaş arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş ve yaşam kalitesi ve alt boyutları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Khawali ve ark. (2012) ve Janik ve ark. (2016)’nın yaptıkları çalışmalarda obezite cerrahisi sonrasında bireylerde yaşam kalitesinin yaşa göre farklılaştığını belirlemişlerdir. Bu bağlamda bizim bulgumuz literatür ile desteklenmemektedir. Ancak bu çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak “Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği- II” uygulanmıştır. Aradaki farklılığın farklı ölçeklerin uygulanmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesi ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma çok az sayıdadır. Cruz ve ark. (2013), Boylu ve Paçacıoğlu (2016) çalışmalarında yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık olduğunu belirlemişlerdir. Ancak genel olarak yaşam kalitesi ile yaş arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bakıldığında bunların “emeklilik” “ergenlik” gibi belirli dönemlere odaklandığı görülmekte ya da çok geniş yaş aralıkları hep birlikte değerlendirildiği için anlamlı bir farklılık saptanmaktadır. Bu çalışmada yaş aralığı 30 yaş altı-41 yaş üzeri olmak üzere diğer çalışmalara göre (Örneğin Cruz ve arkadaşları (2013), Brezilya popülasyonunu ele almış ve çok geniş bir yaş aralığını değerlendirmiştir. Dar bir aralığı kapsamakta; literatür ile farklılığın bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi ile medeni durum arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş ve yaşam kalitesi ve alt boyutları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Baş (2018) obezite cerrahisi geçiren bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında yaşam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı bir

fark olmadığını belirlemiştir. Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesi ve medeni durum ilişkisini inceleyen çalışma oldukça sınırlıdır. Genel olarak yaşam kalitesi ile medeni durum ilişkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Lee, 1998; Han ve ark., 2014; Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Ancak bu çalışmalarda anlamlı ilişki cinsiyet ve gelir durumunun aracılığıyla elde edilmektedir. Yaşam kalitesinin medeni duruma göre değişmesinde kadınların evlendikten sonra gelir durumlarının düşebileceği gibi sebepler öne sürülmektedir. Bizim çalışmamızda bu değişkenler arasındaki ilişkide değerlendirilmemiş; bu nedenle de bulgular farklı elde edilmiştir.

Yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş ve yalnızca yaşam kalitesinin ruhsal sağlık alt boyutu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış; lisans mezunlarının ilkökul, ortaokul ve lise mezunlarına göre ruhsal sağlıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ateş (2015) çalışmasında bizim çalışmamıza paralel olarak yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamış, ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak ruhsal sağlık alt boyutu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Ateş (2018) ise yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu farklılığın farklı bir yaşam kalitesi ölçeği kullanılmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Obez bireylerde eğitim düzeyinin yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Genel olarak yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında ise bizim çalışmamıza paralel olarak iki değişken arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinde artış olduğu görülmektedir (Skevington, 2010; Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Javed ve ark., 2016).

Yaşam kalitesi ile meslek arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş ve yalnızca yaşam kalitesinin emosyonel rol güçlüğü, enerji alt boyutu ile meslek arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış; memurların emosyonel rol güçlüğüne ve enerjilerinin diğer grubunda çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Baş (2018) obez bireylerde yaşam kalitesi ile meslek arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Ancak bizim çalışmamızdan farklı

olarak yalnızca “ev hanımı”, “serbest meslek” ve “diğer” meslek gruplarını değerlendirmiş; dolayısıyla bizim çalışmamızda emosyonel rol güçlüğü ve enerji alt boyutu ile meslek arasındaki anlamlı ilişkiyi veren “memurluk” mesleğini değerlendirmemiş, farklılık bu nedenle oluşmuştur. Literatürde obez bireylerde yaşam kalitesi ve meslek arasındaki ilişkiyi inceleyen başka çalışmaya rastlanılamamıştır. Genel olarak yaşam kalitesi ve meslek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında ise, iki değişken arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Flor ve ark. (2013) özellikle iş gücü piyasasında çalışanların yaşam kalitesi alt boyutlarından mental sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Riise ve ark. (2003) ise balıkçılık ve tarım gibi ciddi emek gerektiren mesleklerde çalışanların yaşam kalitelerinin diğerlerine göre düşük olduğunu belirlemişlerdir.

Yaşam kalitesi ile BKİ sınıflaması arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş ve yaşam kalitesi ve alt boyutları ile BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bulgu literatür ile desteklenmektedir. Müller ve ark. (2008), Sarwer (2010), Janik ve ark. (2016) yaptıkları çalışmalarda yaşam kalitesi ile BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir.

Araştırmada yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Yale yeme bağımlılığı alt ölçekleri ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yalnızca kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu ile fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış; bu ilişkide fiziksel rol güçlüğü ile pozitif; sosyal işlevsellik ile negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Araştırmacılar yeme bozukluğunun etiyolojisinde çeşitli faktörlerin rol oynadığını ifade etmektedirler. Biyolojik ve psikolojik eğilim, aile durumu ve sosyal koşulların etkileşimi yeme bozukluklarında risk faktörü olarak kabul edilir (Candan ve Küçük, 2019). Yeme bağımlılığı ile yaşam kalitesi arasındaki genel çalışmalara bakıldığında ise, yeme bağımlılığının düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görülmektedir (Nunes-Neto ve ark., 2018; Zhao ve ark., 2018).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesi ve alt boyutları ile cinsiyet, yaş, medeni durum ve BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesinin ruhsal sağlık alt boyutu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesinin emosyonel rol güçlüğü, enerji alt boyutu ile meslek arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Yeme bağımlılığının yalnızca kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu ile yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğü alt boyutu arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki bulunmaktadır.
- Yeme bağımlılığının yalnızca kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi alt boyutu ile yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik alt boyutu arasında anlamlı ve olumsuz bir ilişki bulunmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda ve yapılan tartışma çerçevesinde araştırmacılara obezite cerrahisi geçiren bireylerde yeme bağımlılığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapmaları önerilmektedir. Ayrıca genel olarak obezite cerrahisinin günümüzdeki artışı göz önünde bulundurulursa; obezite cerrahisi geçiren bireylerde yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesinin ayrı ayrı, alt boyutları ile ve çeşitli değişkenler ile ilişkisinin incelenmesi ve bu bağlamda literatürdeki çalışmaların artırılması önerilmektedir.

ÖZET

Obezite Cerrahisi Geçirmiş Olan Hastalarda Yeme Bağımlılığı Ve Yaşam Kalitesi

Özellikle son on yıllar içerisinde görülme sıklığı ciddi şekilde artan ve tüm dünyada salgın-epidemi haline gelen obezite, bir sağlık problemi olarak ön plana çıkmakta ve üstünde her geçen gün daha fazla durulmaktadır. Obezite cerrahisi kilo vermede çarpıcı sonuçlara neden olur, ancak ameliyat sonrası komplikasyonlara veya uzun vadede yaşam kalitesini etkileyebilir.

Araştırma, obezite cerrahisi geçirmiş hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi için amacıyla tanımlayıcı kesitsel araştırma olarak planlandı. Araştırma, Ankara ilinde bulunan özel bir klinikte ameliyat olan hastalar ile Aralık 2017-Haziran 2018 yılında etik kurul onayı alındıktan sonra yapıldı. Araştırmanın evrenini ve örneklemini, Ankara ilindeki özel bir muayenehaneye obezite cerrahisi almak için gönüllü başvuran ve ameliyatlarından sonra en az 3 ay geçmiş 80 hasta oluşturdu. Araştırmada verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanılama Formu”, “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği” (YYBÖ) ve “SF 36 Yaşam Kalitesi” ölçeği kullanıldı. Veriler hastalarla telefonda yüzü yüze görüşme tekniği ile elde edildi.

Veriler, istatistiksel yazılım paketi SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) kullanılarak yapıldı. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için IBM SPSS Statistics 18 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) t testi, pearson kolerasyon ve Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirildi.

Katılımcıların %71,3’ünü kadınlar, %40’nı 31-40 yaş grubu, %70’ni lisans mezunu, %52,5’nin normal kiloya sahip hastalar oluşturmuştur. Katılımcıların

%66,7'sinin ameliyat öncesi diyabet ve insülin direnci hastalığının olduğu, ancak bunların %95'i ise şu anda hastalığının devam etmediğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %40'ı ameliyat sonrası sağlık problemi yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların yeme bağımlılıkları incelendiğinde, ankete katılan bireylerin tümünün yeme bağımlısı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları, katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda puanlandırılmış ve 100 puan üzerinde değerlendirmeye alınmıştır. Fiziksel fonksiyon alt boyutunun ortalaması 94,5, fiziksel rol güçlüğü alt boyutunun ortalaması 66,88, emosyonel rol güçlüğü alt boyutunun ortalaması 59,58, enerji ortalaması 69,81, ruhsal sağlık ortalaması 80,15, sosyal işlevsellik ortalaması 80,20, ağrı alt boyutunun ortalaması 2,63 ve genel sağlık algısı alt boyutunun ortalaması ise 81,94 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile Yale yeme bağımlılığı alt boyutları arasındaki ilişkiye incelenmiş; yalnızca “kötü sonuçları olduğu bilindiği halde kullanıma devam edilmesi” alt boyutu ile fiziksel rol güçlüğü arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunurken sosyal işlevsellik arasında ise negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Obesite cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği ve yeme bağımlısı olmadıkları görülmektedir. Kilo kaybının yaşam kalitesinin etkileyen bir faktör olduğunu ifade edebiliriz.

Anahtar kelimeler : Obezite, bariatrik cerrahi, yeme bağımlılığı, yaşam kalitesi

SUMMARY

Food Addiction and Quality of Life in Patients with Bariatric Surgery

Especially during the last decades, obesity is seen more frequently and has become an epidemic all around the world. It prevails as a health problem and day by day more emphasis has been given to it. Bariatric surgery leads to striking results in weight loss but post-surgery complications may have impacts on quality of life in the long-term.

The research is designed as a cross-sectional research to determine food addiction and quality of life of those who had surgery. After having ethics committee approval, the research is done with the patients who had their surgeries in a private clinic between December 2017 and June 2018 in Ankara. Population and sample of the research consists of 80 patients who voluntarily applied for bariatric surgery in a private clinic in Ankara and had their surgeries at least 3 months ago. In the research, in order to collect data, “Socio-Demographic Characteristics Diagnosis Form” prepared by the researcher, “Yale Food Addiction Scale (YFAS), and “SF 36 Quality of Life Scale” were used. Data was obtained through phone calls with patients. In order to do the statistical analysis of the data IBM SPSS Statistics 18 (IBM SPSS, Turkey) program was used. The study data was evaluated by using descriptive statistics methods (average, standard deviation, frequency, percentile) t test, Pearson correlation and Kolmogorov-Smirnov test.

The participants consist of 71,3 % of women, 40 % people of 31-40 age, 70 % with bachelor's degree and % 52,5 people with average weight. 66,7 % of the participants stated that they had had diabetics and insulin resistance illness, but 95 % of them said that their diseases discontinued. 40 % of participants stated that they experienced health problems after surgery. When the food addiction of the participants is examined, it was seen that none of them is food addicted. Quality of Life Scale's sub-divisions are scored based on the responses of participants and evaluated out of

100. Average of physical functioning sub-division was found as 94,5; average of role limitations due to physical health was found as 66,88; average of role limitations due to emotional problems was found as 59,58; average of energy/fatigue was found as 69,81; average of emotional well-being was found as 80,15; average of social functioning was found as 80,2; average of pain sub-division was found as 2,63 and average of general health sub-division was found as 81,94.

Conclusion: Relationship between the sub-divisions of quality of life scale and sub-divisions of Yale food addiction was examined and it was founded that (a) there is only weak positive relation between subdivision of “Use continues despite knowledge of adverse consequences” and role limitations due to physical health and (b) weak negative relation with social functioning.

It is seen that patients who had bariatric surgery are affected positively after their surgery in terms of their quality of life and they are not food addicted. We can state that weight loss is a factor that has an impact on quality of life.

Keywords: Obesity, bariatric surgery, food addiction, quality of life.

KAYNAKLAR

- AFSHARFARD A, GHOLÍZADEH B, AZİMİ B (2018) Gastric partitioning bypass procedure: A Novel Technique in Bariatric Surgery. J Surg Oper Care 3(1): 101. doi: 10.15744/2455-7617.3.101
- ALAVI, S. S., FERDOSI, M., JANNATIFARD, F., ESLAMI, M., ALAGHEMANDAN, H., SETARE, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International journal of preventive medicine*, **3(4)**: 290.
- ALTUNKAYNAK, B. Z., ÖZBEK, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, **13(4)**: 138-142.
- ATEŞ, D. (2015). Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ATEŞ, D. (2018). Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalara Özgü Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği I'nın Türkçeye Uyarlanması Geçerlik Ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- AVENA, N. M., BOCARSLY, M. E., RADA, P., KIM, A., HOEBEL, B. G. (2008). After daily bingeing on a sucrose solution, food deprivation induces anxiety and accumbens dopamine/acetylcholine imbalance. *Physiology & behavior*, **94(3)**: 309-315.
- AVENA, N. M., RADA, P., HOEBEL, B. G. (2009). Sugar and fat bingeing have notable differences in addictive-like behavior. *The Journal of nutrition*, **139(3)**:623-628.
- Bariatrik cerrahi klavuzu (2018). TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ veMETABOLİZMA DERNEĞİ yayını, Ankara. Sayfa 20.
- BAŞ, B. (2018). Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- BENZEROUK, F., GIERSKI, F., DUCLUZEAU, P. H., BOURBAO-TOURNOIS, C., GAUBIL-KALADJIAN, I., BERTIN, É., BRUNAUT, P. (2018). Food

addiction, in obese patients seeking bariatric surgery, is associated with higher prevalence of current mood and anxiety disorders and past mood disorders. *Psychiatry research*, **267**: 473-479.

BERRINGTON G, A., HARTGE, P., CERHAN, J. R., FLINT, A. J., HANNAN, L., MACINNIS, R. J., BEESON, W. L. (2010). Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *New England Journal of Medicine*, **363(23)**: 2211-2219.

BOYLU, A. A., PAÇACIOĞLU, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, **8(15)**: 137-150.

BRAY, G. B. (1998). *Contemporary diagnosis and management of obesity*. Handbooks in HealthyCare Co. Newton.

BROWN, J., BOWLING, A., FLYNN, T. (2004). Models of quality of life: A taxonomy, overview and systematic review of the literature. European forum on population ageing research.

BUCHWALD, H.,VARCO, R. L. (1964). Ileal Bypass In Lowering High Cholesterol Levels. *Surgical forum*, **15**:289-291.

BUSHORE, M. (1987). Emergency care of the child. *Pediatrics*, **79(4)**: 572-576.

CAMDEN SG. Shedding health risks with bariatric weight loss surgery. *Nursing* 2009;39(1):34-41

CANDAN, H., KÜÇÜK, L. Food addiction and associated factors among high school students in Turkey *J Psychiatric Nurs* 2019;**10(1)**:12-19.

CHANG, S.H., STOLL, C., SONG, J., VARELA, J., EAGON, C., COLDITZ, G. 'The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis 2003-2012,' *JAMA surgery*,2014; 149 **(3)**: 275-287).

CHRISTOU, N. V., SAMPALIS, J. S., LIBERMAN, M., LOOK, D., AUGER, S., MCLEAN, A. P., MACLEAN, L. D. (2004). Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Annals of surgery*, **240(3)**: 416-423.

- CİHAN, M. (2018). Obezite Hastalarında, P53 Gen Polimorfizminin Rolü. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- COLLES, S. L., DIXON, J. B., O'BRIEN, P. E. (2008). Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity*, **16(3)**: 608-614.
- CRUZ, L. N., FLECK, M. P. D. A., OLIVEIRA, M. R., CAMEY, S. A., HOFFMANN, J. F., BAGATTINI, Â. M., POLANCZYK, C. A. (2013). Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva*, **18**:1911-1921.
- ÇELEBİ, C. (2015). Obezite hastalarında yeme bağımlılığı, psikopatoloji ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- ÇEVİK T. G. (2004). Yeni Mahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 40 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Obezite Prevalansı ve Bu Prevalansla İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- DAGSLAND, V., ANDENÆS, R., KARLSEN, T. I. (2018). Generic Health-Related Quality of Life May Not Be Associated with Weight Loss 4 Years After Bariatric Surgery: a Cross-Sectional Study. *Obesity surgery*, **28(10)**:3142-3150.
- DARÇIN, A. E. (2014). Bağımlılık. Erişim: [\[http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/bagimlilik.pdf\]](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/bagimlilik.pdf) Erişim Tarihi: 03.06.2019.
- DAVIS, C. A., LEVITAN, R. D., REID, C., CARTER, J. C., KAPLAN, A. S., PATTE, K. A., KENNEDY, J. L. (2009). Dopamine for “wanting” and opioids for “liking”: a comparison of obese adults with and without binge eating. *Obesity*, **17(6)**:1220-1225.
- DAVIS, C., CARTER, J. C. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*, **53(1)**: 1-8.

- DEMİRAL, Y., ERGÖR, G., ÜNAL, B., SEMİN, S., AKVARDAR, Y., KIVIRCIK, B., ALPTEKİN, K. (2006) Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health* **6**: 247.
- DİZLEK, D., ÇATAL, E. (2018). Morbid obezitede bariatrik cerrahi sonrası hasta sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, **6** : 501-512
- DOS SANTOS, J. C., FERREIRA, J. D. L., DE LIMA, C. L. J., FERREIRA, T. M. C., MACIEL, G. M. C., DE OLIVEIRA, P. S., GUIMARÃES, L. L. (2017). Nursing In The Pre And Postoperative Of Bariatric Surgery. *International Archives of Medicine*, **10**: 1-9.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *Technical report 894*. Geneva.
- EREN, İ., ERDİ, Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, **6(3)**: 152-157.
- ERGİN, A. B. (2014). Obezitenin Kadın Sağlığı Ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **1(1)**: 41-54.
- FARIA, G. R. (2017). A brief history of bariatric surgery. *Porto Biomedical Journal*, Erişim: [\[https://www.researchgate.net/publication/314280554_A_brief_history_of_bariatric_surgery\]](https://www.researchgate.net/publication/314280554_A_brief_history_of_bariatric_surgery). Erişim Tarihi: 02.06.2019.
- FLEGAL, K. M., KIT, B. K., ORPANA, H., GRAUBARD, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, **309(1)**: 71-82.
- FLOR, L. S., CAMPOS, M. R., LAGUARDIA, J. (2013). Quality of life, social position and occupational groups in Brazil: evidence from a population-based survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, **16**: 748-762.
- FONTAİNE, K. R., REDDEN, D. T., WANG, C., WESTFALL, A. O., ALLISON, D. B. (2003). Years of life lost due to obesity. *Jama*, **289(2)**: 187-193.
- GEARHARDT, A. N., WHITE, M. A., MASHEB, R. M., MORGAN, P. T., CROSBY, R. D., GRILO, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, **45(5)**: 657-663.

- GEARHARDT, A. N., YOKUM, S., ORR, P. T., STICE, E., CORBIN, W. R., & BROWNELL, K. D. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of General Psychiatry*, **68(8)**: 808–816.
- GOODINSON, S. M., SINGLETON, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, **26(4)**: 327-341.
- GRIFFEN JR, W. O., YOUNG, V. L., STEVENSON, C. C. (1977). A prospective comparison of gastric and jejunoileal bypass procedures for morbid obesity. *Annals of surgery*, **186(4)**: 500.
- GÜLER, Y., SAKARYA, A. Morbid bezite ve Cerrahi Tedavisi.İzmir Tepecik Hast Derg2005;1.5(3):139-153.
- HAN, K. T., PARK, E. C., KİM, J. H., KİM, S. J., PARK, S. (2014). Is marital status associated with quality of life?. *Health and quality of life outcomes*, **12(1)**: 109.
- HO, K., HAWA, R., WNUK, S., OKRAINEC, A., JACKSON, T., SOCKALINGAM, S. (2018). The Psychosocial Effects of Perioperative Complications After Bariatric Surgery. *Psychosomatics*, **59(5)**:452-463.
- HOFSSO, D., NORDSTRAND, N., JOHNSON, L. K., KARLSEN, T. I., HAGER, H., JENSSEN, T., HJELMESÆTH, J. (2010). Obesity-related cardiovascular risk factors after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *European journal of endocrinology*, **163(5)**: 735-745.
- HOFSTADT, R. C., ESCRIBANO, C. S., TIRADO, G. S., PÉREZ, M. E., ESTRADA, C. J., ORTÍZ, S. S., LEAL, C. C. (2017). Changes in quality of life in patients undergoing bariatric surgery following 24-months: comparison between gastric bypass and tubular vertical gastrectomy. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, **40(2)**:199-209.
- HOLGERSON, A. A., CLARK, M. M., AMES, G. E., COLLAZO-CLAVELL, M. L., KELLOGG, T. A., GRASZER, K. M., GROTHE, K. (2018). Association of adverse childhood experiences and food addiction to bariatric surgery completion and weight loss outcome. *Obesity surgery*, **28(11)**: 3386-3392.
- HOLLY, J. (1999). *Bailliere's Clin. Endocrinology and Metabolism*. Cambridge University printing house, Cambridge, UK.

HOPKINS, K. D., LEHMANN, E. D. (1995). Successful medical treatment of obesity in 10th century Spain. *The Lancet*, **346(8972)**: 452.

<https://www.orthotoolkit.com/sf-36/>. Erişim tarihi: 01.02.2019

HTA SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRME DAİRE BAŞKANLIĞI (2014). Türkiye’de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri, Ankara. Erişim: [<http://www.hta.gov.tr/pdf/Obezite%20Cerrahisi%20Rapor%2025%2004%202014.pdf>]. Erişim Tarihi: 02.06.2019.

IVEZAJ, V., WIEDEMANN, A. A., GRILO, C. M. (2017). Food addiction and bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity reviews*, **18(12)**: 1386-1397.

İLHAN, B. Ö. (2018). Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

JANIK, M. R., ROGULA, T., BIELECKA, I., KWIATKOWSKI, A., PAŚNIK, K. (2016). Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome. *Obesity surgery*, **26(12)**: 2849-2855.

JAVED, S., JAVED, S., KHAN, A. (2016). Effect of Education on Quality of Life and Well Being. *The International Journal of Indian Psychology*, **3(4)**: 119-128.

KAFES, A. Y., ÜLKER, S., SAYAR, G. H. (2018). Yeme Bağımlılığı. *Current Addiction Research*, **2(2)**:54-58

KALAN, I., YEŞİL, Y. (2010). Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Diyabet ve obezite*, **78(23-24)**:78-81.

KANGAL, A. (2009). Üniversite Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi Ve Türk Üniversite Öğrencilerine Uyarlanması, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

KARAHAN, K.K. (2015). Üniversite Yaşam Kalitesi: Yalova Üniversitesi İ.İ.B.F Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- KAYA, Ş. (2006). Quality of Life in Turkey: A Comparative Analysis With The European Union Member States, Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KELLY, T., YANG, W., CHEN, C. S., REYNOLDS, K., HE, J. (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International journal of obesity*, **32(9)**: 1431.
- KHANDALAVALA, B. N., GESKE, J., NIRMALRAJ, M., KORAN-SCHOLL, J. B., NEUMANN-POTASH, L., MCBRIDE, C. L. (2015). Predictors of health-related quality of life after bariatric surgery. *Obesity surgery*, **25(12)**: 2302-2305.
- KHAWALI, C., FERRAZ, M. B., ZANELLA, M. T., FERREIRA, S. R. (2012). Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, **56(1)**: 33-38.
- KİRKİL, C. (2019). Bariatrik Cerrahi Nedir? Erişim: [\[https://www.cuneytkirkil.com/kopyasi-alt-sayfa\]](https://www.cuneytkirkil.com/kopyasi-alt-sayfa). Erişim Tarihi: 02.06.2019.
- KOKİNO, S., ÖZDEMİR, F., ÖZDEMİR, F., ZATERİ, C. (2006). Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri. *Balkan Medical Journal*, **2006(1)**: 47-54.
- KOLOTKIN, R. L., METER, K., WILLIAMS, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity reviews*, **2(4)**: 219-229.
- KOLTARLA, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- KOPELMAN G. P. (2003). Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi (Çev: Murat Kahramanoğlu). İstanbul.
- KREMEN, A. J., LINNER, J. H., NELSON, C. H. (1954). An experimental evaluation of the nutritional importance of proximal and distal small intestine. *Annals of surgery*, **140(3)**: 439.
- LAUTENBACH, A., KULİNNA, U., LOWE, B., ROSE, M. (2013). 100 kg more or less, still the same person (and disorder): from overweight to underweight—

exacerbation of an eating disorder after bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, **46(3)**: 280-283.

LEE, S. N. (1998). Marital status, gender, and subjective quality of life in Korea. *Development and Society*, **27(2)**:35-49

LIU, Y., VON DENEEN, K. M., KOBEISSY, F. H., GOLD, M. S. (2010). Food addiction and obesity: evidence from bench to bedside. *Journal of psychoactive drugs*, **42(2)**: 133-145.

LONG, P. H. (1960). On the quantity and quality of life. *Med Times*, **88**:613-619

MAGALLERUS, A., SCHOMERUS, G. (2015). Mental and physical health-related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: a meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, **20(2)**: 165-176.

MARCEAU, P., BIRON, S., MARCEAU, S., HOULD, F.S., LEBEL, S., LESCELLEUR, O., BIERTHO, L. 'Long-term metabolic outcomes 5 to 20 years after biliopancreatic diversion,' *Obesity Surgery*, 2015; 25 **(9)**: 1584-1593.

MASON, E. E. (1982). Vertical banded gastroplasty for obesity. *Archives of surgery*, **117(5)**: 701-706.

MASON, E. E., PRINTEN, K. J., HARTFORD, C. E., BOYD, W. C. (1975). Optimizing results of gastric bypass. *Annals of surgery*, **182(4)**: 405.

MEANY, G., CONCEIÇÃO, E., MITCHELL, J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, **22(2)**: 87-91.

MEMİŞ, K., HOŞGÖR, H., BOZ, C., GÜN, İ., HOŞGÖR, D. G. (2015). İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi Örneği. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **5(4)**:220-230.

MERLO, L. J., KLINGMAN, C., MALASANOS, T. H., SILVERSTEIN, J. H. (2009). Exploration of food addiction in pediatric patients: A preliminary investigation. *Journal of addiction medicine*, **3(1)**:26.

- MEULE, A. (2011). How prevalent is “food addiction”? *Frontiers in psychiatry*, **2**: 61.
- MEULE, A., MULLER, A., GEARHARDT, A. N., BLECHERT, J. (2017). German version of the Yale Food Addiction Scale 2.0: prevalence and correlates of ‘food addiction’ in students and obese individuals. *Appetite*, **115**: 54-61.
- MORAES, J. D. M., CAREGNATO, R. C. A., SCHNEIDER, D. D. S. (2014). Quality of life before and after bariatric surgery. *Acta Paulista de Enfermagem*, **27(2)**: 157-164.
- MORENO, C., TANDON, R. (2011). Should overeating and obesity be classified as an addictive disorder in DSM-5? *Current pharmaceutical design*, **17(12)**: 1128-1131.
- MULLER, A., LEUKEFELD, C., HASE, C., GRUNER-LABITZKE, K., MALL, J. W., KÖHLER, H., DE ZWAAN, M. (2018). Food addiction and other addictive behaviours in bariatric surgery candidates. *European Eating Disorders Review*, **26(6)**: 585-596.
- MULLER, M. K., WENGER, C., SCHIESSER, M., CLAVIEN, P. A., WEBER, M. (2008). Quality of life after bariatric surgery a comparative study of laparoscopic banding vs. bypass. *Obesity surgery*, **18(12)**: 1551-1557.
- NICKEL, F., SCHMIDT, L., BRUCKNER, T., BUCHLER, M. W., MULLER-STICH, B. P., FISCHER, L. (2017). Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months—a prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, **13(2)**: 313-319.
- NUNES-NETO, P. R., KÖHLER, C. A., SCHUCH, F. B., SOLMÍ, M., QUEVEDO, J., MAES, M., GEARHARDT, A. N. (2018). Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *Journal of psychiatric research*, **96**: 145-152.
- ORHAN, Y., BOZBORA, A. (2008). Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi (1. Baskı). Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul.
- ÖZKAN, İ. (2017). Hafif Şişman/Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı, Depresyon ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- PADWAL, R., KLARENBACH, S., WIEBE, N., BIRCH, D., KARMAI, S., MANNS, B., TONELLI, M. (2011). Bariatric surgery: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *Obesity reviews*, **12(8)**: 602-621.
- PEDRAM, P., WADDEN, D., AMINI, P., GULLIVER, W., RANDELL, E., CAHILL, F., JI, Y. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PloS one*, **8(9)**: e74832.
- PENNACCHINI, M., BERTOLASO, M., ELVIRA, M. M., & DE MARINIS, M. G. (2011). A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *Clin Ter*, **162(3)**: e99-e103.
- PEPINO, M. Y., STEIN, R. I., EAGON, J. C., KLEIN, S. (2014). Bariatric surgery-induced weight loss causes remission of food addiction in extreme obesity. *Obesity*, **22(8)**: 1792-1798.
- PEREIRA, M. G., FARIA, S., LOPES, H. (2019). Quality of Life One Year After Bariatric Surgery: the Moderator Role of Spirituality. *Obesity surgery*, 1-9.
- PETERHANSEL, C., NAGL, M., WAGNER, B., DIETRICH, A., KERSTING, A. (2017). Predictors of changes in health-related quality of life 6 and 12 months after a bariatric procedure. *Obesity surgery*, **27(8)**:2120-2128.
- PHILLIPS, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. Routledge.
- PRETLOW, R. A. (2011). Addiction to highly pleasurable food as a cause of the childhood obesity epidemic: a qualitative Internet study. *Eating disorders*, **19(4)**:295-307.
- RIISE, T., MOEN, B. E., NORTVEDT, M. W. (2003). Occupation, lifestyle factors and health-related quality of life: the Hordaland Health Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, **45(3)**: 324-332.
- RISSTAD, H., SØVIK, T. T., HEWITT, S., KRISTINSSON, J. A., FAGERLAND, M. W., BERNKLEV, T., MALA, T. (2015). Changes in health-related quality of life after gastric bypass in patients with and without obesity-related disease. *Obesity surgery*, **25(12)**: 2408-2416.
- ROTHERMUND, Y., PREUSCHHOF, C., BOHNER, G., BAUKNECHT, H. C., KLINGEBIEL, R., FLOR, H. (2007). Differential activation of the dorsal

striatum by high-calorie visual food stimuli in obese individuals. *NeuroImage*, **37(2)**:410-421.

SAPANCALI, F. (2009). Toplumsal Açıdan Yaşam Kalitesi, Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım, İzmir

SARWER, D. B., WADDEN, T. A., MOORE, R. H., EISENBERG, M. H., RAPER, S. E., WILLIAMS, N. N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, **6(6)**: 608-614.

SCHIETROMA, M., PICCIONE, F., CLEMENTI, M., CECILIA, E., SISTA, F., PESSIA, B., CARLEI, F. ‘‘Shortand Long-Term, 11–22 Years, Results after Laparoscopic Nissen Fundoplication in Obese versus Nonobese Patients,’’*Journal of Obesity*, 2017; **(2017)**: 1-9.

SCHIPPER, H. (1983). Why measure quality of life?. *Canadian Medical Association Journal*, **128(12)**: 1367-1370.

SELBİ, H.H. (2018). Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezlerinde, Hastanelerde Çalışan Fizyoterapistler İle Aktif Çalışan Öğretmenlerde Yaşam Kalitesi, Ağrı Ve Depresyon Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

SEVİNÇER, G. M., KONUK, N., BOZKURT, S., COŞKUN, H. (2016). Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year: Prospective observational study. *Psychiatry research*, **244**: 159-164.

SEVİNÇER, G. M., KONUK, N.,BOZKURT, S., SARAÇLI, Ö., ÇOŞKUN, H. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; **16**(Özel sayı.1):44-53.

SHAFFER, H. J., LA PLANTE, D. A., LA BRIE, R., KIDMAN, R. C., DONATO, A. N., STANTON, M. V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*,**12**: 367–374.

SILVA, J., VASCONCELOS, H., FIGUEIREDO-BRAGA, M., CARNEIRO, S. (2018). How is bariatric surgery improving the quality of life of obese patients: a portuguese cross-sectional study. *Acta medica portuguesa*, **31(7-8)**: 391-398.

- SJOSTROM, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial—a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of internal medicine*, **273(3)**: 219-234.
- SKEVINGTON, S. M. (2010). Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **45(10)**: 999-1009.
- SMITH, G. P. (1985). Triage: endgame realities. *J. Contemp. Health L. & Pol'y*, **1**: 143-151.
- STOLBERG, C. R., MUNDBJERG, L. H., BLADBJERG, E. M., FUNCH-JENSEN, P., GRAM, B., JUHL, C. B. (2018). Physical training following gastric bypass: effects on physical activity and quality of life—a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, **27(12)**: 3113-3122.
- TAĞMAT, T. S. (2007). Mimarlık ve Yaşam Kalitesi: Avrupa’da Kentsel Yaşam Kalitesi Yaklaşımları Erişim: [http://www.mimarlikdergisi.com/index.cfm?sayfa=mimarlik&DergiSayi=53&RecID=l31]. Erişim tarihi: 03.06.2019
- TAŞKIN, M., ZENGİN, S. Ü., TAŞKIN, H. E. (2015). Bariyatrik ve Metabolik Cerrahinin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, **8(3)**: 1-5.
- TAVARES, A., VIVEIROS, F., CIDADE, C., MACIEL, J. (2011). Bariatric surgery: epidemic of the XXI century. *Acta medica portuguesa*, **24(1)**: 111-166.
- TAYLOR K, HAMILTON A. (2012). New studies weight in on safety and effectiveness of newer bariatric and metabolic procedure. Erişim: [https://asmbs.org/app/uploads/2014/06/Sleeve_Gastrectomy_Studies.pdf]. Erişim Tarihi: 02.06.2019.
- THEGE, B. K., WOODIN, E. M., HODGINS, D. C., WILLIAMS, R. J. (2015). Natural course of behavioral addictions: A 5-year longitudinal study. *BMC psychiatry*, **15(1)**:4.
- TOP, M. Ş., ÖZDEN, S. Y., SEVİM, M. E. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, **16(1)**: 18-23.

TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA DERNEĞİ (2018). Bariatrik Cerrahi Kılavuzu, Ankara. Erişim:

[http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180618095001-2018tbl_gruplar1b2cd981a1.pdf] Erişim Tarihi: 02.06.2019.

URUÇ, F., AKAN, S., ARAS, B., YILDIRIM, Ç., SAHİN, A., YUKSEL, O. H., VERİT, A. (2016). Effects of obesity surgery (laparoscopic sleeve gastrectomy technique) on lower urinary tract symptoms, depression and quality of life of males: Prospective study. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, **88(4)**:258-261.

ÜNAL, Ş. (2016). Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alımının, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması. Doktora Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ÜZMEZ, B. (2007). Multidisipliner Yaklaşımla Davranış Değişikliği Tedavisi Uygulanan Şişman Bireylerdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

VILARRASA, N., RUBÍO, M., MINAMBERS, I., FLORES, L., CAIXAS, A., CIUDIN, A., BUENO, M., ve ark. "Longterm outcomes in patients with morbid obesity and type 1 diabetes undergoing bariatric surgery," *Obesity Surgery*, 2017; **27 (4)**: 856-863

WEINSTEIN, M. C. (1981). Economic assessments of medical practices and technologies. *Medical Decision Making*, **1(4)**: 309-330.

WILKINSON, L. H.,PELOSO, O. A. (1981). Gastric (reservoir) reduction for morbid obesity. *Archives of surgery*, **116(5)**: 602-605.

WOOD, D. S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?. *Journal of clinical epidemiology*, **52(4)**: 355-363.

WRZOSEK, M., WOJNAR, M., SAWICKA, A., TAŁAŁAJ, M., NOWICKA, G. (2018). Insomnia and depressive symptoms in relation to unhealthy eating behaviors in bariatric surgery candidates. *BMC psychiatry*, **18(1)**: 153-164.

YANIKKEREM, E. (2017). Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(1)**: 37-43.

YILMAZ, C. (2002).*Sağlıklı Beslenme Kitabı*.Elit Ofset Matbaacılık, İzmir.

YILMAZ, P. (2017). Obezite cerrahisi geçiren bireylerin değişen beden imajının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ZHAO, Z., MA, Y., HAN, Y., LIU, Y., YANG, K., ZHEN, S., WEN, D. (2018). Psychosocial Correlates of Food Addiction and Its Association with Quality of Life in a Non-Clinical Adolescent Sample. *Nutrients*, **10(7)**: 837.

ZIAUDDEEN, H., FAROOQI, I. S., FLETCHER, P. C. (2012). Obesity and the brain: how convincing is the addiction model?.*Nature Reviews Neuroscience*,**13(4)**: 279-286.



EKLER

EK-1: Sosyo-Demografik Özelliklerini Tanılama Formu

1. Yaşınız (yıl):.....(DoğumYılı:.....)

Cinsiyetiniz? 1. Kadın 2. Erkek

2. Medenidurumunuz? 1.Evli 2.Bekar

3. EğitimDurumunuz:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu

5.Lise mezunu 6. Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz:

1. Ev hanımı 2. Memur 3. Serbest meslek 5. Emekli 6. İşçi 7. Diğer:

6. BOY : KİLO: BKİ:

7. Obezite cerrahisi uygulanma zamanınız?

8. Doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalığınız ameliyat öncesi varmıydı?

1.Evet(.....) 2.Hayır

9. Şuan ameliyat öncesi olup devam eden kronik hastalığınız (şeker , Yüksek tansiyon vb.)var mı?

.....

10. Şuan ameliyat öncesi var olan ama şuan sorun yaşamadığınız/geçen kronik hastalığınız var mı?

.....

11. Ameliyat sonrasında herhangi bir sağlık probleminiz oluştu mu?

1.Evet(.....) 2. Hayır

EK-2: Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla dair yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır.

İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar:

-Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar

-Beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar

-Cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar

-Biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler

-Kola ve şekerli içecekler

Aşağıdaki sorularda “BELİRLİ YİYECEKLER” ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekler yada benzerlerini, ya da geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün

SON 12 AYDIR:	Hiç	Aydabir kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2- kez	Haftada 4’ten fazla ya da her gün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi farkettim.	0	1	2	3	4
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum.	0	1	2	3	4
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum	0	1	2	3	4
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor	0	1	2	3	4
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum	0	1	2	3	4

6. Kendimi belirli yiyeceklerigün boyunca sürekli yerken buluyorum	0	1	2	3	4
7. Belirli yiyecekler elim altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidipsatın alırım.	0	1	2	3	4
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	0	1	2	3	4
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	0	1	2	3	4
10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel vesosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
12. Belirli yiyecekleri azalttığım da ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileridahil etmeyin)	0	1	2	3	4
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
14. Belirli yiyecekleri azalttığım da ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.	0	1	2	3	4
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)	0	1	2	3	4

	EVET	HAYIR
17. Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.	0	1
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.	0	1
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.	0	1
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.	0	1
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim.	0	1
22. Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.	0	1
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım	0	1
24. Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım	0	1
25. Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?	1 kere	2 kere
	3 kere	4 kere
	5 ya da daha fazla	

26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz.

Dondurma	Çikolata/gofret	Elma	Donat/tatlı çörek	Karnabahar	Past/kek	Kurabiye/Bisküvi	Şeker/şekerleme
Ekmek	Poğaç/Açma	Marul	Makarna	Çilek/Kiraz/Üzüm	Pilav	Kraker	Cips
Simit	Patates kızartması	Havuç	Kırmızı Et	Muz	Pastırma	Hamburger	Tost/Peynirli Sandviç
Pizza/döner/ lahmacun	Kola/Gazoz	Peynir (Beyaz peynir, kaşar, vs.)	Yukarıdakilerin hiçbiri				
27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz.							

EK-3: SF-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10'uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

- 1- Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.
 - Mükemmel ☐
 - Çok iyi ☐
 - İyi ☐
 - Orta (fena değil) ☐
 - Kötü ☐
- 2- Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 - Bir yıl öncesi ile çok daha iyi ☐
 - Bir yıl öncesi ile biraz daha iyi ☐
 - Hemen hemen aynı ☐
 - Bir yıl öncesi ile biraz daha kötü ☐
 - Bir yıl öncesi ile çok daha kötü ☐

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

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

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı Değil
a) Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb			
b) Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	☐	☐	☐
c) Ağır kaldırma ve yük taşıma	☐	☐	☐
d) Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
e) Tek bir merdiven basamağını çıkma	☐	☐	☐
f) Öne eğime, çömelme veya diz çökme	☐	☐	☐
g) İki kilometreden çok yürüme	☐	☐	☐
h) Bir kilometre yürüme	☐	☐	☐
i) 100 metre yürüme	☐	☐	☐
j) Kendi başına banyo yapma ve giyinme	☐	☐	☐

- 4- Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐	☐
b) Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	☐	☐
c) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐	☐
d) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	☐	☐

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

- 5- Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
b) Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?		
c) Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?		

- 6- Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi? *Lütfen tek bir yanıt veriniz.*

Hiç etkilemedi ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Epeyce ☐ Çok fazla ☐

- 7- Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç olmadı ☐ Çok az ☐ Az ☐ Orta derecede ☐ Çok ☐ Pek çok ☐

- 8- Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev içi olarak)?

GENEL SAĞLIK

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi ☐ Biraz etkiledi ☐ Orta derecede etkiledi ☐
Epey etkiledi ☐ Çok etkiledi ☐

9- Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunubelirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
b) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	☐	☐	☐	☐	☐
c) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
d) Sağlığım mükemmel	☐	☐	☐	☐	☐

DUYGULARINIZ

1- Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a) Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Çok sinirli biri mi oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Kendinizi sakin ve barışçıl hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Çok enerjik oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) Mutlu bir insan oldunuz mu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j) Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Yorum:

EK-4: Etik izin

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Birimi : Tıbbi Etik Kurul Başkanlığı
Kodu : 2011-KAEK-2
Sayı : 2017/ 282
Konu : Tıbbi Etik Kurul Kararı

16.11.2017

Sn: Yrd.Doç.Dr. Pakize ÖZYÜREK
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Afyon Sağlık Yüksekokulu
AFYONKARAHİSAR

İlgi: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.11.2017 tarih ve 2017/11-272 sayılı kararı.

Sorumluluğunuzda yürütülecek olan **"Obezite Cerrahisi Geçirmiş Olan Hastalarda Yeme Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi"** başlıklı Girişimsel Olmayan çalışmanıza ilişkin ilgi sayılı Etik Kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ
Etik Kurul Başkanı



EK:
1-İlgi sayılı karar (1 sayfa)

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	03.11.2017	Toplantı Numarası	2017/11	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu
						2011 -KAEK-2

KARAR – 272

Yrd.Doç.Dr. Pakize ÖZYÜREK'in sorumluluğunda yürütülecek olan **“Obezite Cerrahisi Geçirmiş Olan Hastalarda Yeme Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi”** başlıklı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan klavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında **etik sakınca olmadığına** toplantıya katılan üyelerin **oy birliği** ile karar verildi.


ASLI GİBİDİR
03.11.2017

Yrd. Doç. Dr. Evrim Suna ARIKAN TERZİ

Raportör

EK-5: Kurum İzini

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU'NA

ANKARA ilinde Yrd.Doç.Dr. Pakize ÖZYÜREK' in danışmanlığında Seçkin ÇOGALAN tarafından yapılması planlanan "obezite cerrahisi geçirmiş olan hastalarda yeme bağımlılığı ve yaşam kalitesi" başlıklı yüksek lisans tezi için, şahsım tarafından yapılmış obezite cerrahisi hastalarımın kişisel bilgilerini hastalarımın izni alınarak ve hasta kayıtlarından da yararlanılarak bilimsel araştırma yapılmasını onaylıyorum.
Klinik araştırmalar etik kurulunuz tarafından değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr. İbrahim SAKÇAK

ÖZGEÇMİŞ

Seçkin ÇOĞALAN 14/04/1992 tarihinde AFYONKARAHİSAR’ da doğdu. 2010 yılında AFYONKARAHİSAR Anafartalar Anadolu lisesinden mezun oldu. Lisans eğitimini 2011-2015 yılları Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde tamamladım. Yüksek lisans eğitimine 2016 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda başladı.

İş deneyimleri:

- Bayındır Hastanesi söğütözü’nde ameliyathane hemşiresi olarak çalıştım.
- Türk kıızılayı Ankara kan bağış merkezinde flebotomist olarak halen çalışmakta

Katıldığı sempozyum ve kongreler:

- 2. Uluslar arası 10. Ulusal Türk Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği kongresi
- 4. Ulusal palyatif bakım sempozyumu: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Afyonkarahisar Genel Sekreterliği(2016)