



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ

BARİATRİK CERRAHİ ADAYI OBEZİTE HASTALARINDA YEME
BAĞIMLILIĞININ ALEKSİTİMİ VE DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜĞÜ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Özlem AVCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/ 2021



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ

BARİATRİK CERRAHİ ADAYI OBEZİTE HASTALARINDA YEME
BAĞIMLILIĞININ ALEKSİTİMİ VE DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜĞÜ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Özlem AVCI

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Mehtap ARSLAN

Uzm. Dr. Sencan SERTÇELİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/ 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi birikimi ve tecrübesiyle yol gösteren, mesleki gelişim ve yeterliliğim için desteğini esirgemeyen, hekimlik ve hocalık vasfını her daim hissettiren değerli hocam **Uzm. Dr. Mecit Çalışkan'a**;

Asistanlığımın son aylarında birlikte çalışma şansına ulaştığım, bilgi ve tecrübesiyle mesleki eğitimime katkıları olan, aynı zamanda tezimin danışmanlığını üstlenerek çalışmamın planlanmasında bilimsel katkı ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen **Doç. Dr. Mehtap Arslan'a**;

Tez çalışmamın her aşamasında rehberlik eden ve yardımcı olan, bilimsel bilgi birikimine her daim ulaştığım, aynı zamanda uzmanlık eğitimim boyunca her zaman güler yüze yaklaşan, zorlandığım bir konu hakkında sorularıma cevap bulan, çalışma titizliğini ve ahlakını kendime örnek aldığım tez danışmanım **Uzm. Dr. Sencan Sertçelik'e**;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimleriyle eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım **Prof. Dr. Cemile Handan Mısırlı** ve **Doç. Dr. Hülya Tireli'ye**; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ABD'inde çalışma fırsatı bulduğum **Prof. Dr. Tezan Bildik'e**, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH'nde AMATEM ve Adli Psikiyatri biriminde çalışan ve eğitimime büyük katkıları olan değerli hocalarıma;

Asistanlığımın altıncı ayında aramıza katılmasıyla benim için yeni bir dönemin başladığı, bütün klinik ve poliklinik deneyimlerimde birlikte olduğum ve her daim çok keyif aldığım, birçok konuda beyin fırtınasıyla bilgi birikimime katkısı olan, hüznlerimi, mutluluklarımı ve heyecanımı paylaştığım, tezim konusunda her daim yanımda olan ve sonsuz desteğini benden esirgemeyen, çalışma arkadaşım olmanın ötesinde biricik dostum olan **Dr. Aysu Yakın Olgun'a**;

Asistanlık sürecimi varlıklarıyla anlamlandıran ve oldukça keyifli hale getiren, yollarımız kesiştiği için kendimi şanslı hissettiğim, birçok güzel anı biriktirdiğim, işbirliği ve dayanışma içinde çok şey öğrendiğim ve her daim desteklerini hissettiğim değerli arkadaşlarım **Dr. Selda Uysal Atasoy**, **Dr. Şeyda Tuğran Çamurcuoğlu**, **Dr. Begüm Yıldırım Cinek**, **Dr. İrem Çetinbay Şişman**, **Dr. Gülser Karakoç**, **Dr. Feride Uysal**, **Dr. Nazlı Kahraman**, **Dr. Kevser Altıntaş**, **Dr. Fatma Gözde Avcı**, **Ecem Demirezen**, **Dr. Hümeysra Demir**, **Dr. Şeyma Duran**, **Dr. Emre Kayapınar**, **Dr. Nurbanu Ergün**, **Dr. Buse Babaoğlu** ve **Dr. Barış Doğan'a**;

Asistanlık sürecimde bilgi ve tecrübelerini paylaşan değerli uzman doktorlara ve güler yüzleri ile çalışma hayatını sevdiren, ekip olduğumuzu her daim hissettiğim, tanımdan mutluluk duyduğum psikolog, hemşire, sekreter, personel ve güvenlik görevlisi arkadaşlarıma;

Üniversiteden bu yana hayatımı güzelleştiren, farklı şehirlerde olsak dört yıl boyunca en az ayda bir yan yana geldiğim, birçok şehir ve ülkeyi birlikte tanıma ve keşfetme imkanına ulaştığım, birlikte oldukça keyifli anlar geçirdiğim tez sürecimde stresimi paylaştığım ve zorlandığımda yanımda olan çok sevgili dostlarım **Dr. Cansu Arıca** ve **Dr. Canan Coşkun'a**;

Birlikte unutulmaz anılar biriktirdiğim ve her zaman eğlenebildiğim, sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim biricik dostlarım **Dt. Sinem Savaş**, **Dr. Nisanur Ektik**, **Dr. Bora Deniz Argon**, **Dr. Bora Cömert**, **Dr. Aykut Karabaş**, **Dr. Filiz Adanur** ve **Dr. Anıl Tuncer'e**;

Her zaman ve her koşulda varlıklarını ve desteklerini hissettiğim, daha ileriye gitmem için beni yüreklendiren, sonsuz şefkat ve sevgilerini esirgemeyen, burada olmamda büyük emekleri ve fedakarlıkları olan canım annem **Firdevs Avcı** ve babam **Yahya Avcı'ya**, kendimi bildiğim günden beri arkadaşım olan, her konuda arkamda olduğunu ve beni desteklediğini bildiğim, mesleki bilgi birikimini benimle paylaşan ve tez sürecimde yanımda olan canım abim **Dr. Mehmet Özkan Avcı** ve biricik kardeşim **Elifnur Avcı'ya**;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özlem AVCI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR.....	v
TABLOLİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.OBEZİTE.....	3
2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması	3
2.1.2. Obezite Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. Obezite Etyolojisi.....	3
2.1.3.a. Obezite Gelişiminde Çevresel Etmenler.....	4
2.1.3.b. Obezite Gelişiminde Ruhsal Etmenler.....	5
2.1.4. Obezite Tedavisi ve Bariatrik Cerrahi.....	6
2.2. YEME BAĞIMLILIĞI.....	7
2.2.1. Yeme Bağımlılığı Tanımı ve Tarihçesi.....	7
2.2.2. Yeme Bağımlılığı ile DSM-IV TR ve DSM-5.....	8
2.2.3. Yeme Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	9
2.2.4. Yeme Bağımlılığı Semptomları.....	9
2.2.5. Yeme Bağımlılığı Tanısı.....	10
2.2.6. Yeme Bağımlılığı Tedavisi.....	10
2.3. ALEKSİTİMİ.....	11
2.3.1. Aleksitiminin Tanımı.....	11
2.3.2. Aleksitimi Epidemiyolojisi.....	12
2.3.3. Yeme Bağımlılığı ve Aleksitimi.....	13
2.4. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ.....	14
2.4.1. Duygu Düzenlemenin Tanımı.....	14
2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	15
2.4.3. Yeme Bağımlılığı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi.....	15
3.YÖNTEM VE GEREÇLER.....	17
3.1. ARAŞTIRMANIN TASARIMI.....	17
3.2. HİPOTEZLER.....	17
3.3. ÖRNEKLEM.....	17
3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	17

3.2.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	17
3.4. YÖNTEM	18
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	18
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	18
3.5.2. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (Yale Food Addiction Scale- YFAS).....	19
3.5.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAS-20)	21
3.5.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16).....	21
3.6. ETİK KURUL ONAYI.....	22
3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU FREKANS TABLOLARI.....	23
4.2. YEME BAĞIMLILIĞI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	27
4.3. YFAS SEMPTOMLARININ DAĞILIMI.....	31
4.4. TÜM ÖLÇEKLER VE ALT BOYUT PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
4.5. LOJİSTİK REGRESYON ANALİZLERİ.....	36
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. TÜM OLGULARDA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN İNCELENMESİ.....	40
5.2. YEME BAĞIMLILIĞI ORANI VE EN SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLAR.....	42
5.3. YEME BAĞIMLILIĞI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	43
5.4. YEME BAĞIMLILIĞI VE ALEKSİTİMİ İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI.....	45
5.5. YEME BAĞIMLILIĞI VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI.....	47
5.6. KISITLILIKLAR.....	49
6. SONUÇLAR.....	51
7. KAYNAKLAR.....	52

KISALTMALAR

BKI	Beden Kitle İndeksi
D2	Dopamin
DDGÖ- 16	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form
DSM	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GYS	Gece Yeme Sendromu
KHRFAT	Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale
TAS-1	Duyguları Tanıma Güçlüğü
TAS-2	Duyguları İfade Etme Güçlüğü
TAS-3	Dışa Dönük Düşünce
YFAS	Yale Food Addiction Scale

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri- 1

Tablo 2. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri- 2

Tablo 3. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri- 3

Tablo 4. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Cinsiyet, Çalışma Durumu, Eğitim Durumu ve Medeni Durumun Karşılaştırılması

Tablo 5. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Yaş ve Beden Kitle İndeksinin Karşılaştırılması

Tablo 6. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Psikiyatrik Öykü, Ailede Psikiyatrik Öykü ve Ailede Kilo Problemi Varlığı ve Kilo Vermek İçin İlaç Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 7. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Sigara ve Alkol Kullanımı, Fastfood ve Gece Yeme Davranışı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Duygusal Yeme Davranışı ve Geçmiş Travmalar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9. YFAS Semptomlarının Dağılımı ve Görülme Sıklıkları

Tablo 10. Gruplar Arasında YFAS Toplam Pozitif Semptom Sayısı Dağılımı

Tablo 11. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta TAS-20 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Aleksitimi Olan ve Olmayan Grupta Yeme Bağımlılığı Oranları

Tablo 13. TAS-20 Toplam ve Alt Boyut Puanları ile YFAS Semptom Sayısının Korelasyon Analizi

Tablo 14. YFAS ile Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta DDGÖ-16 Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 15. DDGÖ-16 Toplam ve Alt Boyut Puanları ile YFAS Semptom Sayısının Korelasyon Analizi

Tablo 16. Lojistik Regresyon Analizinde En Anlamlı Değişkenler

Tablo 17. Lojistik Regresyon Analizi ile Yeme Bağımlılığının Tahmin Edilme Doğruluk Oranları

ÖZET

Giriş ve Amaç: Yeme bağımlılığı, işlenmiş, lezzetli ve yüksek enerjili besinlerin tüketiminde kişilerin kendilerini kontrol edememesi ile karakterize bir bağımlılık türüdür. Özellikle obezitesi olan kişilerde yemenin bir tür bağımlılığa dönüşebildiği ileri sürülmektedir. Bu kişilerde gözlenen bazı davranışların madde bağımlılığında gözlenen aşırı istek, yoksunluk, tolerans gibi belirtilerle benzerlik gösterdiği ifade edilmektedir. Aleksitimi, kişilerin duygularını tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğüdür. Duygu düzenleme güçlüğü, olumsuz duyguları kontrol etme, bu duygularla baş etme ve olumsuz duyguları düzenleyip değiştirmede bozulmaların yaşanması durumudur. Bu çalışmamızda, bariatrik cerrahi adayları olan obezite hastalarında yeme bağımlılığının saptanması ve yeme bağımlılığı ile aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüne ilişkin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya bariatrik cerrahi psikiyatri onayı amacıyla psikiyatri polikliniğine başvuran 60 morbid obezite hastası dahil edilmiştir. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16) öz bildirim ölçekleri katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: YFAS ile yeme bağımlılığı oranı %53,3 (n=32) bulunmuştur. Yeme bağımlılığı olan grupta, yeme bağımlılığı olmayan gruba göre yaş, psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve üzüntülüken daha fazla yemek yeme davranışı açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Dışa dönük düşünme alt ölçeği hariç TAS-20 tüm alt ölçekleri ve toplam puanı ile DDGÖ-16 tüm alt ölçekleri ve toplam puanı, yeme bağımlılığı olan grupta anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Korelasyon analizlerinde, yeme bağımlılığı ile aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Tüm örnekleme, üzüntülüken daha fazla yemek yeme, psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı, kilo probleminin başladığı yaş ve gece uykudan uyanarak yemek yeme davranışı yeme bağımlılığı için öngörücü olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bariatrik cerrahi adayları obezite hastalarında yeme bağımlılığının sık görüldüğü ve yeme bağımlılığı olanlarda aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüne ilişkin ilişkisinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın önemli bir noktası,

bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarında yeme bağımlılığının aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkisini bir arada inceleyen bildiğimiz ilk çalışmadır. Bu ilişkilerin gösterilmesinin, hastaya ameliyat öncesi ve sonrasında uygun psikolojik müdahalelerin yapılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, bariatrik cerrahi, duygu düzenleme güçlüğü, obezite, yeme bağımlılığı



ABSTRACT

Introduction and Aim: Food addiction is a type of addiction characterized by the inability of individuals to control themselves in the consumption of processed, tasty and high-calorie foods. It has been suggested that eating can turn into a kind of addiction, especially in people with obesity. It is stated that some of the behaviors observed in these individuals are similar to symptoms such as excessive desire, withdrawal, and tolerance observed in drug addiction. Alexithymia is the difficulty in identifying, discerning and expressing people's emotions. Difficulty in emotion regulation is the experience of impairments in controlling and coping with negative emotions, and in regulating negative emotions. In this study, it was aimed to determine food addiction in obesity patients who are candidates for bariatric surgery and to analyse the patients with food addictions relationships between alexithymia and emotional regulation difficulties.

Methods: Sixty patients with morbid obesity who applied to the psychiatry outpatient clinic for bariatric surgery to get approval were included in the study. Sociodemographic and Clinical Data Form, Yale Food Addiction Scale (YFAS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16) self-report scales were filled out by the participants.

Results: With YFAS, the rate of food addiction was 53.3% (n = 32). A statistically significant difference was found in the food addicted group compared to the non-food addicted group in terms of age, psychiatric disease history, family history of psychiatric illness, and eating more when distressed ($p < 0.05$). All subscales and total scores of TAS-20, except for the Externally-Oriented Thinking subscale, and all subscales and total scores of DERS-16 were significantly higher in the group with food addiction ($p < 0.05$). In correlation analysis, it was shown that there is a positively significant relationship in patients with food addiction between alexithymia and emotional regulation difficulties. In the whole sample, eating more when distressed, having a history of psychiatric illness, the age when the problems with their weight began and the abnormal behavior of eating during nights were found to be predictors of food addiction.

Conclusion: It was found that food addiction was common in the candidates of

bariatric surgery obesity patients. Alexithymia and emotional regulation difficulties were significantly higher in those with food addiction. An important point of our study is that it is the first study that is analysing the relationship of the patients with food addiction between alexithymia and emotion regulation difficulties in obese patients who are candidates for bariatric surgery. It is thought that showing these relationships will contribute to the appropriate psychological interventions before and after the surgery.

Keywords: Alexithymia, bariatric surgery, emotion regulation difficulty, food addiction, obesity



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, vücutta yağ dokusunun anormal ve aşırı birikmesiyle sonuçlanan, morbidite ve mortalite riskini artıran, yaşam süresini ve kalitesini olumsuz etkileyen, genetik, biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve çevresel etkenlerin rol oynadığı multifaktöriyel bir hastalıktır (1). Aşırı yeme ile enerji alımının artışı, fiziksel aktivitelerin azalması ve sedanter yaşam nedeniyle enerji tüketiminin azalması batılı toplumlarda kilo almanın başlıca sebepleri olarak görülmektedir (2).

Bariatrik cerrahi, beden kitle indeksi (BKİ)>40 kg/m² olan hastalara doğrudan ve BKİ'si 35-40 kg/m² olan hastalara ise diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi veya kardiyovasküler hastalık gibi bir hastalığın eşlik ettiği durumlarda, kalıcı kilo kaybı amacıyla uygulanabilen bir cerrahi yöntemdir (3). Yaşam tarzı değişikliği, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, egzersiz ve hatta farmakolojik ajanlar beraberliğinde kilo veremeyen hastalara bariatrik cerrahi uygulanabilir.

Yeme bağımlılığı, işlenmiş, lezzetli ve yüksek enerjili besinlerin tüketimi konusunda kişilerin kendilerini kontrol edememesi ile karakterize bir bağımlılık türüdür. Özellikle obez ve aşırı yeme davranışı olan kişilerde yemenin bir tür bağımlılığa dönüşebildiği ileri sürülmektedir ve bu kişilerde gözlenen bazı davranışların bağımlılıkta gözlenen aşırı istek, yoksunluk, tolerans gibi temel belirtilerle benzerlik gösterdiği ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar, yeme bağımlılığı olan bireylerde özellikle yüksek şeker ve yüksek yağ içeren gıdaların, madde bağımlılığı olan bireylerdeki ödül sistemine benzer şekilde mezolimbik bölgede dopamin artışına neden olduğunu ortaya koymuştur. (4).

Aleksitimi, duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Aleksitiminin temel özellikleri duygusal farkındalık, sosyal bağlanma ve kişilerarası ilişkilerde belirgin işlev bozukluklarıdır. Ayrıca aleksitimik kişiler diğer kişilerin duygularını da ayırt etmede zorlanmaktadırlar, bu durum işlevsel olmayan duygusal tepkilere yol açabilmektedir. Aleksitimi toplumun yaklaşık % 10'unda görülmekte ve bazı psikiyatrik hastalıklara eşlik edebilmektedir (5).

Duygu düzenleme tanım olarak, bir amaca ulaşabilmek için kişinin duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yetisidir. Diğer bir anlamda tepkilerini daha düzenlenmiş ve bütünleşmiş bir şekilde

ortaya koyabilme becerisidir (6). Duygu düzenleme güçlüğü, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi birçok hastalıkta görülebilen duyguları tanımlama, olumsuz duyguları kontrol etme, bu duygularla baş etme ve olumsuz duyguları düzenleyip değiştirmede bozulmaların yaşanması durumudur (7).

Bu çalışmamızda; bariatrik cerrahi aday olan obezite hastalarında yeme bağımlılığının saptanması ve yeme bağımlılığı ile aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü'nün ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Aleksitimi ve psikolojik belirtiler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu görülmekte ve aleksitiminin bağımlılık davranışları için önemli risk faktörlerinden biri olduğu belirtilmektedir (8). Literatürde aleksitiminin, internet, mobil telefon, nikotin, madde bağımlılığı ile ilişkileri incelendiği gibi yeme bağımlılığı ile ilişkisinin incelendiği çalışmaların sayısı giderek artmaktadır (9). Yeme bağımlılığı olan bireylerin, sağlıklı bireylere göre daha aleksitimik olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Literatürde yeme bağımlılığı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün incelendiği çalışmalar mevcuttur (10, 57, 64).

Bariatrik cerrahi sonrası obezite hastalarının sağlıklı yeme davranışlarını sürdürmesi gerekmekte fakat aleksitimik özellikleri olan ve duygu düzenleme güçlüğü gösteren yeme bağımlısı obezite hastalarının bu durumu sürdürmekte zorlandığı düşünülmektedir. Bu durumların tespitinin, hastanın ameliyat öncesi ve sonrası diyetinin düzenlenmesi ve sağlıklı yeme davranışlarını sürdürmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Obezite hastalarında yeme bağımlılığının saptanması ve yeme bağımlılığı görülme sıklığının azaltılmasına yönelik girişimlerde farklı disiplinlerin birlikte çalışmaları faydalı olabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Seksenli yıllardan itibaren obezite prevalansının hızla artması, bu artışın önüne geçilememesi ve büyük bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi bu hastalığın bir epidemi olarak adlandırılmasına neden olmuştur (11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi, vücutta sağlığı tehdit edecek seviyede anormal ve aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (13).

Obezitenin tanımında yaygın olarak kullanılan antropometrik parametre BKİ'dir. BKİ, kilogram cinsinden ölçülen beden ağırlığının metre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. BKİ ile obezite sınıflamasına göre, 25,00-29,99 kg/m² fazla kilolu, 30,00-39,99 kg/m² obezite, 40 kg/m² ve üzeri morbid obezite olarak tanımlanmaktadır (12).

2.1.2. Obezite Epidemiyolojisi

Obezite dünyada sıklığı giderek artan ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir. DSÖ, obezitenin dünya çapında 1975 yılından bu yana neredeyse üç kat arttığını bildirmiştir. DSÖ'nün verilerine göre 2016 yılı itibariyle yetişkinlerde fazla kilolu (BKİ \geq 25 kg/m²) oranı kadın ve erkeklerde eşit olup %39 iken (1,9 milyardan fazla birey), obezite (BKİ \geq 30 kg/ m²) oranı ise kadınlarda %15, erkeklerde %11'dir (650 milyondan fazla birey) (13).

Ülkemizde obezite sıklığı kadınlarda daha yüksek olmakla beraber son zamanlarda erkeklerde hızlı bir artış görülmektedir ve fazla kilolu prevalansı %24,3 (kadınlarda %24,3, erkeklerde %25,9), obezite prevalansı ise %19,4 (kadınlarda %24,6, erkeklerde %14,4) olarak bulunmuştur.

2.1.3. Obezite Etyolojisi

Altta yatan neden ne olursa olsun obezitenin oluşumunda en temel neden, metabolizmanın harcadığından daha fazla enerjinin besin yoluyla alınmasıdır (14). Vücuda alınan enerji, fiziksel aktivite ile tüketilen enerji + vücudun ürettiği ısı + bazal metabolizma hızından fazla ise denklemin obezite yönüne kayması basitçe

öngörülebilir. Obezite, denklemin bütün bileşenlerini etkileyen, şimdilik tamamı bilinmeyen kalıtsal ve bilinen çevresel etkenlerin eşit olmayan oranlarda rol oynaması ile meydana gelmektedir (15).

Çoğu vakada obezite puberteden sonra gelişmektedir. Kadınlar için en temel risk faktörü gebeliktir. Yetişkin yaş grubunda obezitenin gelişmesinde en fazla riski sedanter yaşam tarzı oluşturmaktadır (16). Yaşam, iş, eğlence, egzersiz vb. tüm etkinliklere ortam sağlayan, kapsamını binalardan şehrin tümüne kadar düşünebileceğimiz 'inşa edilmiş çevreler', gün geçtikçe teknoloji ve mekanikle daha da şekillenerek bireyleri sedanter bir yaşama yöneltmektedir.

2.1.3.a. Obezite Gelişiminde Çevresel Etmenler: 1996 yılında ilk defa Hilary Bower tarafından 'obezojenik çevre' tanımı yapılmıştır (17). Bu tanıma göre obezjenik çevre, fiziksel aktivite harcanma gereksinimi ve teşviğinin oldukça az olduğu ortamlardır. Hatta obezitenin, bireylerin obezjenik çevreye normal uyum yanıtı olduğu belirtilmektedir (18).

Beslenme içeriğinde şeker ve yağ oranının artışı ile lif oranının azalması kilo alımında karakteristiktir. Günümüzde gıda üretimi ve tüketiminde de değişimler yaşanmakta, fast food ve hazır gıdalar geleneksel yemeklerin önüne geçmekte ve tek düze beslenme alışkanlıkları meydana gelmektedir (19). Kilo artışını etkileyen başka bir faktör de öğün sıklığı ve beslenme düzenidir. Günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerde, günde üç veya daha fazla düzenli öğünlerle beslenen kişilere göre obezite daha fazla oranda görülmüştür. Düzensiz beslenme ve öğün atlama kilo alımına yol açmaktadır (20). Obez çocukların çoğu ileride obez yetişkinler olmaktadır. Bir çalışmada, obez olan 6-9 yaş arası çocukların %70'inde yetişkinlik döneminde obezite gelişeceği öngörülmüştür (21). Bir başka çalışmada bir ya da iki ebeveyninde obezite olan çocuklarda obezite sıklığının arttığı gösterilmiştir (22). Çalışmalarda, çocuğa fazla miktarda yemek yedirme, çocukların fastfood restoranlara götürülme sıklığı ve tabaklarında kalan yiyecekleri bitirme için zorlama davranışları ile çocukluk çağı obezitesinin ilişkili olduğu gösterilmiştir (22).

Psikanalitik kuram ve diğer birçok kuramsal yaklaşım, yeme bozukluğu üzerinde ebeveynlik tarzının ve bağlanma örüntülerinin önemli rolü olabileceğini belirtmektedir. Sıcak, dayanıklı ve 'yeterli' ebeveynliğin çocukların kilo kontrolü

üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir (23). Özellikle yetersiz ilgi (anne-babanın çocuğa yeterli ilgi, yakınlık ve şefkati göstermemesi) veya abartılı koruyucu ebeveynlik yaklaşımının (özgürlüğü sınırlandırma, katı kurallar koyma, çocuğu koruma konusunda gereğinden fazla seviyede endişe duyma ve müdahalede bulunma) en önemli risk unsurları olduğu belirtilmektedir (24).

2.1.3.b. Obezite Gelişiminde Ruhsal Etmenler: Psikodinamik görüşe göre, oral dönemde karşılaşılan uygunsuz deneyimler ya da sonraki psikoseksüel evrelere geçmede sorunların yaşanmasıyla oral döneme saplanma yoğunlaşabilir. Birey yaşamın ilerleyen dönemlerinde yaşanan üzüntü ve acıların, yemek yiyerek giderileceği döngüsüne girebilir ya da bazen bu döneme gerileyebilir (25).

Öğrenme görüşüne göre, yiyeceklerin rahatlama veya ödüllendirme aracı olarak kullanılmasının hem ebeveynler hem de çocuk tarafından öğrenilmesi, yineleyen durumlarda hem çocuğun şartlanmasına hem de rahatsızlığın yalnızca yiyeceklerle giderilebileceği algısının gelişmesine neden olur. Çocuk yeme davranışı sonrasında ödüllendirildiği takdirde yemek yeme olumlu bir pekiştireç olacaktır ve çocuk daha fazla ödül için ya da ödülün ertelenmemesi için bu davranışı tekrarlayacaktır (26).

Obezitesi olan kişilerde normal kilolu kişilere kıyasla zarardan kaçınma, yenilik arayışı, kolay öfkelenme ve dürtüsellikle ilişkili özelliklerin daha fazla olduğu; özgüven, işbirliği yapma, kendini kabul, sorumluluk, özdenetim, sosyal normlara bağlılık, uyum, hedefe yönelme, özerklik, kendini yönetme, kuralcılık ve mükemmeliyetçilik özelliklerinin daha az olduğu gösterilmiştir (27).

Obezitesi olan kişilerin bir kısmında kilo alımının potansiyel nedeni, tıknırcasına yeme bozukluğu, gece yeme sendromu, emosyonel yeme, yeme bağımlılığı gibi yeme bozuklukları ve sorunlu yeme davranışlarıdır (28). Çalışmalar obezite tedavisine başvuran hastaların yaklaşık olarak üçte birinde tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının olduğunu göstermiştir. Bu oran bariatrik cerrahiye başvuran hastalarda daha da yüksektir (29).

Öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi olumsuz duygularla ilişkili yeme davranışı 'emosyonel yeme' olarak tanımlanmaktadır. Duygusal

yemeyle ilişkili psikosomatik teoriye göre aşırı yeme, açlık farkındalığının bozulmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bireyler bu içsel uyarıyı doğru şekilde anlayamamakta, fizyolojik açlık gereksinimi ve tokluk duyumuna yanıt olarak değil duygularına yanıt olarak yemekte-dirler (30,31). Emosyonel yemenin stresle baş etme becerilerinde yetersizlik nedeniyle oluştuğu ve bir duygudurum düzenleme stratejisi olarak kullanıldığı da düşünülmektedir (26, 32).

Kısıtlayıcı yeme ile ilişkisine bakacak olursak, gıda tüketimini yoğun bir şekilde kontrol eden ve sık sık ağır diyetler yapan bireylerin, kimi olaylar sonucu geçici olarak otokontrolleri bozulabilmekte, bu durum disinhibisyona ve aşırı yeme ataklarına yol açabilmektedir. Sık sık ve ağır diyet yapmanın yeme bozuklukları ve obeziteye yol açtığı belirtilmiştir (33).

2.1.4. Obezite Tedavisi ve Bariatrik Cerrahi

Obezitenin tedavisinde diyet, fiziksel aktivite, bilişsel davranışçı terapiler, farmakoterapi ve bariatrik cerrahi gibi tedavi yöntemleri bulunmaktadır (34). Tedavinin temelini diyet, egzersiz ve davranış tedavisini kapsayan yaşam tarzı değişikliği oluşturmakla birlikte, kilo vermeyi sağlamada yaşam tarzı değişikliği yetersiz kalırsa veya komorbidite varsa farmakoterapi, morbid obezite durumunda ise bariatrik cerrahi düşünülmektedir (35). Bariatrik cerrahi, temel olarak engelleyici (restriktif, kısıtlayıcı) girişimler (tüp mide, ayarlanabilir mide bandı, gastroplastiler) ve emilim bozucu (malabsorbantif) girişimler (Gastrik by-pass, biliopankreatik diversiyon ve/veya duodenal switch) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (36). Bariatrik cerrahinin geleneksel endikasyonları, BKİ 40 ve üzeri olan hastalar ya da BKİ 35'in üzerinde olup komorbidite varlığında (kardiyak hastalıklar, metabolik sendrom, obeziteyle ilişkili psikiyatrik hastalıklar gibi) ve konservatif durumların yetersiz kaldığı durumlardır (36). Her ne kadar bariatrik cerrahi çok yaygın olarak tercih edilse de obezite çok yönlü bir hastalık olduğundan, kişinin cerrahi müdahale için uygun bir aday olup olmadığı konusunda kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır.

2.2. YEME BAĞIMLILIĞI

2.2.1. Yeme Bağımlılığı Tanımı ve Tarihçesi

Bağımlılık, istenen etkinin ortaya çıkması için bir maddeyi alma sürecinde ortaya çıkan, madde alma isteğinin engellenememesi, aynı etkinin oluşabilmesi için giderek daha fazla miktarda madde kullanılması ve sosyal, ruhsal veya bedensel problemlere rağmen madde alımının sürdürülmesi olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılık tekrarlayıcı, kronik seyreden ve tedavi edilebilen bir hastalıktır.

Bağımlılık sadece sigara, alkol ve madde bağımlılığından ibaret değildir; fiziki bir maddeden temel almayan, davranış temelli yeme, oyun, seks, bilgisayar, mobil telefon, televizyon, alışveriş, internet bağımlılığı gibi bağımlılıklardan da bahsedilebilir (37). Bu davranışlar da madde bağımlılığında olduğu gibi ödül (mezolimbik) yolundaki nöroplastisiteyi değiştirmekte ve hedonik özellikler içermektedir (38).

Yeme bağımlılığı son yıllarda, obezite yaygınlığının her geçen gün artmasıyla birlikte giderek artan ölçüde ilgi çeken bir konu haline gelmiştir. Tüm yiyeceklerin bağımlılık yapıcı olarak tanımlamanın uygun olmayacağı, ancak bazı besin maddelerinin bağımlılık yapıcı maddelere benzer etkilerinin olduğu söylenmektedir. Yeme bağımlılığı; işlenmiş, yüksek oranda karbonhidrat ve yağ içeren, yüksek kalorili, lezzetli bazı yiyeceklerin yoğun ve anormal tüketimi olarak tanımlanmıştır (39). Bir diğer tanımlamayla yeme bağımlılığı, yeme davranışı üzerine kontrolün kaybolmasıyla bazı besinlerin giderek artan düzeyde tüketilmesidir (40).

Bağımlılık kavramının gıdalla birlikte kullanımı 1890 yılına dayanmakta olup ilk olarak çikolata için kullanılmıştır. Yeme bağımlılığı kavramı, literatürde ilk olarak 1956 yılında Theron Randolph tarafından tanımlanmıştır (41). Mısır, buğday, kahve, süt, yumurta, patates gibi bazı gıdaların duyarlı kişilerde bağımlılık meydana getirebileceğini belirtmiştir. 1960 yılında, 12 adımlık Adsız Alkolikler programından ilham alınarak kurulan Adsız Yiyiciler grubu kendi kendine yardım örgütü olup, amaçları bağımlılık yapan gıdaları tespit edip bu gıdaların tüketilmesini azaltmaktır (42). 1990'lı yıllarda havuç bağımlılığını bildiren iki farklı vaka dışında yeni araştırma odağı çikolata olmuştu (43). Çikolata 1989 yılında, yüksek yağ ve yüksek

şeker içeriği ile zevk veren ideal maddeler sınıfında not edilmişti (63) ve bu durum, 25 yıl sonra bağımlılık yapıcı etkisi olan tüketilesi gıdalardan olduğu spekülasyonu ile örtüşüyordu (43).

2000’li yıllardan itibaren bu alanda yapılan çalışmalar artmış olup bu artan ilginin sebebinin, bağımlılık oluşturabilecek yüksek işlenmiş gıdaların 21. yüzyılda artması ve yeme bağımlılığının artan obezite yaygınlığı ile ilişkilendirilme çabalarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (44). Çalışmalar daha çok obezite ve fazla yemenin altında yatan nöral mekanizmalara ve bu mekanizmaların madde bağımlılığıyla olan benzerliğine odaklanmıştır. Bir çalışmada obezitesi olanlarda düşük striatal D2 (dopamin) reseptör yoğunluğu saptanmıştır ve bu durum madde bağımlılığı olanlara benzer şekilde ‘ödül eksikliği sendromu’ şeklinde tanımlanmıştır (45). Hayvanlarla yapılan çalışmalarda, karbonhidrata aralıklı ulaşımı sağlanan farelerde çekilme belirtileri olduğu gözlemlenmiş (46), yüksek karbonhidrat ve yağ bileşimi ile beslenen farelerde ise kilo artışı, olumsuz sonuçlara rağmen kullanıma devam etme ve striatal D2 reseptörlerinde down-regülasyon olduğu gözlemlenmiştir (47). Obezitesi olan bireylere kalorili gıda maddelerinin fotoğraflarının gösterilmesi ile beynin ödül sisteminde rol oynayan anterior singulat korteks, striatum, nucleus akkumbens ve dorsolateral prefrontal kortekste, obezitesi olmayan bireylere göre daha yüksek bir aktivasyon cevabı izlendiği bildirilmiştir (48). Obezitesi olan kişilerin normal kilolularla karşılaştırıldığı bir çalışmada, tokluğa ulaştıktan sonra yüksek kalorili yiyeceklerle karşılaştıklarında obez bireylerde kortikolimbik aktivasyon ile ödül cevabının olduğu gözlenmiştir (49).

Bir başka çalışmada, aşırı yemenin nörobiyolojisi için dopamin hipofonksiyonu teorisi ileri sürülmüş ve aşırı yemenin obez beynin azalmış hücre dışı dopamin düzeylerini artırmak için bulduğu bir telafi mekanizması olduğu şeklinde bir görüş belirtilmiştir (50). Opioid ve dopaminerjik sistem yemekten haz almada da etkilidir (51).

2.2.2. Yeme Bağımlılığı ile DSM-IV TR ve DSM-5

Yeme bağımlılığının ayrı bir bağımlılık türü olarak mı değerlendirileceği yoksa obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğunun alt başlığında mı değerlendirileceği önemli bir sorudur. Çoğu yeme bozukluğunun etyolojisinde yeme

bağımlılığı terimine yer verilmektedir fakat DSM-IV TR’de yeme bozuklukları grubunda yeme bağımlılığı yer almamaktadır. Oysa yeme bağımlılığının obezite için kabul edilen bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (52).

DSM-5’te de yeme bağımlılığı tanımlanmamıştır fakat DSM-5’te Beslenme ve Yeme Bozukluğu bölümünde “yeme bağımlılığı” şu şekilde ifade edilmektedir:

‘Bu bölümde anlatılan yeme ilişkili semptomları olan bazı bireyler şiddetli aşırma ve zorlayıcı kullanım durumları gibi tipik madde kullanımı hastalıklarına benzerlik göstermektedirler. Bu benzerlik düzenleyici kişisel kontrol ve ödüllendirme gibi her iki grupta da aynı sinir sistemi ilişkisi yansıtabilir. Bununla birlikte, yemek ve madde kullanım hastalıklarının ortak ve farklı faktörlerinin göreceli katkısı hala yeterli bir şekilde anlaşılammıştır.’ (DSM-5, p 329).

2.2.3. Yeme Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Bir çalışmada, BKİ’ye göre sınıflandırılan yeme bağımlılığı olan bireylerin %11’i düşük/normal kilolu, %88.6’sının fazla kilolu/obez olduğu bulunmuştur (53). Başka bir çalışmada obez katılımcıların %25’inde yeme bağımlılığı tanımlanmıştır (54). Bariatrik cerrahi adayları olan obez bireylerde yeme bağımlılığı oranı %40 olarak saptanmıştır (55).

Bir diğer çalışmaya göre yeme bağımlılığının tahmini yaygınlığı, düşük/normal kiloya sahip lisans öğrencilerinde %11, tedavi arayışındaki obez kişilerde %15-19.6, bariatrik cerrahi adaylarında %42, tıknırcasına yeme bozukluğu olan yetişkin obezlerde %57 oranında bulunmuştur (56).

2.2.4. Yeme Bağımlılığı Semptomları

Yeme bağımlılığı tanısı henüz yaygın biçimde kabul görmese de araştırmacılar tarafından önerilmiş olan bir takım taslak ölçütleri bulunmaktadır.

- Kişinin fiziksel olarak tok hissetmesine rağmen yemek yemeyi sürdürmesi ve kendine engel olamaması
- Bazı besinleri tüketirken devamlı suçluluk duyma fakat buna rağmen kısa süre sonra kendini bu gıdaları tüketirken bulma

- Bazı yiyeceklere veya yeme davranışına yönelik yoğun ve engellenemez bir istek duymak
- Kişinin tükettiği gıdaların miktarını giderek artması
- Yiyecek elde etmeye yönelik çaba sarf etme
- Aşerilen gıdaları neden yemesi gerektiği hususunda sık sık mazeretler üretme ve/ veya çevrede bulunan kişilerden gizleme
- Topluluk içerisinde yemek yemekten kaçınma
- Yeme davranışı ve bazı yiyeceklere karşı kişinin hissettiği önlenemez istek sonucunda iş veya okulla ilgili ya da kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar görülmesi
- Yeme davranışını kısıtlamaya yönelik çabaların başarısızlıkla sonuçlanması
- Fiziksel zarara sebep olduğunu bilmesine rağmen bu gıdaların tüketimini kontrol edememe

Yapılan çalışmalarda bu belirtilerden en sık görülenlerin, başarısız bırakma girişimleri, fiziksel zarara karşın yeme davranışını sürdürme ve yeme davranışına yönelik ya da yiyecek temin etmeye yönelik aşırı düzeyde zaman harcama olarak bildirilmiştir. Bu belirtiler, tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nervozada en yaygın görülen ve yeme bağımlılığı ile ortak özellikler olarak belirtilmiştir (57, 58).

2.2.5. Yeme Bağımlılığı Tanısı

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS), 2009 yılında Gearhardt ve ark. (58) tarafından geliştirilmiş, 2012 yılında Bayraktar ve ark. (60) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. YFAS, DSM-IV'teki madde bağımlılığı kriterleri esas alınarak oluşturulmuş olup, 25 maddeden oluşan, son 12 ay içinde belirli yiyecek türlerine (yüksek yağlı ve yüksek şekerli) karşı bağımlılık benzeri yeme davranışlarını ölçmekte kullanılan bir ölçektir. Gearhardt ve ark. (61) tarafından DSM-V madde kullanım bozuklukları kriterleri göz önünde bulundurularak 2016'da YFAS' in yeni versiyonu (YFAS 2. 0) geliştirilmiştir.

2.2.6. Yeme Bağımlılığı Tedavisi

Yeme bağımlılığı tedavisi madde bağımlılığı tedavisi ile belli noktalarda paralellik gösterir. Bağımlılık tedavilerinde esas olan davranışın tetikleyicisini

saptamak, kişiyi değişime motive etmek, davranışa karşı dürtü kontrolünü sağlamak ve bu davranışa alternatif yeni davranışlar geliştirmektir. Birçok kişi yiyecek yoksunluğunda yemeyle ilgili yoğun zihinsel meşguliyet yaşar ve sevdiği yiyecekleri çağrıştıran koku, resim gibi uyaranlara karşı güçlü fizyolojik tepkiler geliştirir. Bu bağlamda psikoterapinin asıl hedeflerinden birisi bu dürtülerle baş etme ve dürtü kontrolünü sağlamaktır. Bağımlılığın tedavisinde, kişinin davranışının altında yatan sebepleri saptamak ve varsa ruhsal sorunları tedavi etmek önemlidir.

Yeme bağımlılığında, madde bağımlılığında olduğu gibi kişinin hayatı boyunca yiyeceklerden uzak durması mümkün değildir. Çünkü kişi hayatını idame ettirebilmek için yemek yemek zorundadır. Yani bir yandan bağımlılığından kurtulmak için çabalarırken bir yandan da bağımlılık geliştirdiği yeme davranışını her gün tekrarlamak durumunda kalır.

Tedavinin en önemli parçalarından birisi olan yeme bağımlılığı psikoeğitiminde, kişiye bilinçli yemek tüketimi, beynin haz merkezinin nasıl çalıştığı ve kontrolsüz yeme ataklarıyla baş etme yolları ile ilgili bilgiler verilmelidir. Kişinin davranışa karşı koyamadığı durumlarda öfke, suçluluk gibi olumsuz duygularla baş edebilmesinde psikoeğitimin rolü büyüktür (62).

2.3. ALEKSİTİMİ

2.3.1. Aleksitiminin Tanımı

İlk olarak 1972 yılında, psikosomatik hastalarda görülen belirtileri tanımlamak için Sifneos tarafından literatüre kazandırılan Yunanca kökenli aleksitimi kavramı, “duygular için söz yokluğu” anlamına gelir (8). Aleksitimik bireyler, duygularını tanıma, tanımlama, sözel olarak ifade etme ve duygularını bedensel duyumlardan ayırt etmekte zorlanmaktadırlar (65). Psikiyatri dünyasında hızla kabul gören bu kavram; kısırlaşmış bir düşlemsel yaşam, sınırlı imgelem, bozulmuş empati, dürtüsel davranış, duyguları bedenselleştirme eğilimi ve duygusal deneyim için farklılaşmamış anlatım tarzı ile belirlidir (66).

Diğer tanı ve kavramlardan ayrışması amacıyla Taylor ve arkadaşları tarafından 4 bileşen ile tanımlanmıştır: 1) Duyguları tanımlamada ve duyguları, duygusal uyarılma sonucu oluşan bedensel duyumlardan ayırt etmede yaşanan

güçlük 2) Diğer insanlara duygularını açıklarken yaşanan zorluk 3) Hayal gücünde yoksullaşma ve sınırlı imgesel süreçler 4) Uyarıcı bağımlı, dışa dönük bilişsel yapı (67).

Duygusal güçlükler ile birlikte, aleksitimik kişiler "pensee operateire" denilen, obsesif ve somut düşünme şekline sahiptirler. Bundan dolayı kendi iç dünyalarına temas etmekte, çevresel nesne ve durumlara karşı yoğun bir zihinsel uğraşı halindedirler (68). Aynı zamanda, diğer kişilerle sorunsuz ve uyum içinde ilişkiler kurabilmek için yoğun bir istek ve çaba içerisindedirler (69).

Aleksitimik birey öfkelerini sözel olarak ifade etmekte güçlük çeker, bu durum daha fazla öfke yaşamasına ve ağlama ataklarına, öfkelerini sözel olmayan bir şekilde ifade etmelerine veya kişilerarası çatışma yaşamaktan kaçınmalarına neden olmaktadır (70). Duygularını ifade ettikleri zaman "rahatlama" ve "rahatsız olma" gibi basit ve kısa cevaplar tercih ederler. Sorunların temeline inmezler ve görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler (71).

Aleksitiminin yetersiz sosyal destek sonucu ortaya çıkan bir durum, psikolojik bir bozukluk ya da klinik bir belirti, psikosomatik hastalık, bilişsel bozukluk, kişilik özelliği veya nörolojik bir problem olduğu gibi çok sayıda farklı görüş bulunmaktadır. Güncel çalışmalar aleksitiminin alkol ve madde kullanım bozukluğu, somatoform bozukluk, depresyon, kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi birçok farklı psikiyatrik bozuklukla sıklıkla birlikte görüldüğünü ortaya koymaktadır (72). Buna karşın son yıllardaki araştırmalar, aleksitiminin normal popülasyonda da sıklıkla görüldüğünü, bu sebeple aleksitimi bir hastalık olarak tanımlamak yerine bir kişilik özelliği olarak ifade etmenin daha doğru olacağını belirtmişlerdir (73).

2.3.2. Aleksitimi Epidemiyolojisi

Sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalarda aleksitiminin bildirilen yaygınlığı % 6,7–18,8 arasında değişmektedir. Yapılan bir çalışmada, aleksitiminin genel prevalansı (TAS-20 skoru ≥ 61) %12.8 (erkeklerde %16.6, kadınlarda %9.6) bulunmuştur. Erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum ve düşük sağlık algısı ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (74). Başka bir

çalışmada prevalans %9,9 (75), Türkiye’de yapılan bir çalışmada %16,7 bulunmuştur (76).

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalarda aleksitimi sıklığı %45-67 aralığında bulunmuştur (77,78). Diğer psikiyatrik hastalıklarla yapılan çalışmalarda aleksitimi prevalansı, anoreksiya nervozada %63, bulimia nervozada %56, majör depresif bozuklukta %34, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğunda %28 ve madde kullanım bozukluğunda %50 bulunmuştur.

2.3.3. Yeme Bağımlılığı ve Aleksitimi

Yüksek aleksitimili ve duygu düzenleme güçlüğü olan bireylerin duygularını düzenlemek için bazı bağımlılık davranışlarına yöneldiği ifade edilmiştir (79). Aynı zamanda, duygularını anlayabilen, ayırt eden ve düzenleyen bireylerin bağımlılık davranışlarını engelleme eğiliminin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (80).

Literatürde aleksitimi ve yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelediği çalışmaların sayısı kısıtlıdır fakat yeme bağımlılığında etken olan obezite, yeme bozukluğu ve duygusal yeme ile aleksitimi ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma vardır (81).

2018 yılında Brunault ve arkadaşları tarafından bariatrik cerrahi adayı 188 obezite hastası ile yapılan bir çalışmada, aleksitiminin alt parametreleri olan duyguları tanıma ve duyguları ifade etme güçlüğü puanlarının, bağımlılık yapıcı gıda tüketmeyenlere kıyasla yeme bağımlılarında önemli ölçüde daha yüksek olduğunu gösterilmiştir (82). 2020 yılında 24.380 kişiden oluşan Türk gönüllülerle yapılan bir çalışmada, aleksitiminin bağımlılık yapan gıda tüketimiyle pozitif ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (83).

Diğer bağımlılık türlerinin de aleksitimi ile ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Aleksitiminin mobil telefon bağımlılığı (84), internet bağımlılığı (85), kumar bağımlılığı (86), alkol kullanım bozukluğu (87) ve madde kullanım bozukluğu (88) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

2.4. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ

2.4.1. Duygu Düzenlemesinin Tanımı

Duygu düzenlemesi; duygusal tepkileri gözlemleme, kontrol etme, değerlendirebilme ve değiştirme ile beraber istenen hedefe varmaya yardımcı tüm içsel ve dışsal süreçler olarak tanımlanabilmektedir ve davranışsal, fizyolojik ve deneyimsel yanıtlarda değişiklikleri içermektedir (89, 90). Bir başka deyişle, duygusal bir uyarana karşısında deneyimlenen duyguyla başa çıkma stratejilerinin tamamına duygu düzenlemesi denilmektedir, bireyin deneyimlediği duygu ve bunu ifade ediş şekline müdahale edebilmesidir (91).

Duygu düzenlemesi, duygusal tepkileri arttırmak, hafifletmek ya da sürdürmek için olan süreçleri içermektedir. Duygu düzenleme kapasitesi zihinsel sağlığın merkezi olarak tanımlanmıştır; kişinin çalışma kapasitesini ve kişilerarası ilişkilerini belirlemektedir (92).

Duygu düzenleme stratejileri en geniş anlamda öncül odaklı ve yanıt odaklı stratejiler olarak iki ana başlıkta ifade edilmiştir. Öncül odaklı stratejiler, duygusal yanıt oluşmadan önce yaptığımız davranışsal ya da fizyolojik değişikliklerdir. Yanıt odaklı stratejiler ise duygusal yanıt başladıktan sonra yaptıklarımızdır (93).

Gross'un açıkladığı "Duygu Düzenlemede Süreç Modeli"ne göre duygu, duygu üretim sürecinde 5 seviyede kontrol edilebilmektedir. Bunlardan ilk dördü öncül odaklı, beşincisi yanıt odaklıdır;

1. Durum seçimi: duygu düzenlemesi amacıyla bazı kişilere, yerlere ya da nesnelere yaklaşmak veya uzaklaşmaktır.
2. Durumu değiştirme: kişinin dışsal durumun sebep olduğu duygusal etkiyi değiştirmek amacıyla doğrudan bu dışsal durumu değiştirmesidir.
3. Dikkati verme: dikkati dağıtma, konsantrasyon ve ruminasyon gibi dikkat odağının değişimi amacıyla yapılan stratejilerdir.
4. Bilişsel değişim: Bilişsel değerlendirme sürecinde, kişi öncelikle içsel ya da dışsal olarak yaşadığı durumu yeniden değerlendirir ve durumun duygusal önemini, anlamını, durum hakkındaki düşüncesini ya da durumu yönetme kapasitesini değiştirir.

5. Tepki değişimi: Bu süreç tepki başladıktan sonra meydana gelir ve davranışsal, deneyimsel ve fizyolojik bütün bileşenleri doğrudan etkilemeyi içerir (94).

2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü'nün literatürde birçok tanımı mevcut olmakla birlikte Leahy ve arkadaşları tarafından, duygunun yaşanmasında ve işlemlenmesinde yetersizlik, duygusal cevabın kontrol edilememesi ve baş etmede zorluk olarak tanımlanmıştır (95).

Gratz ve Roemer (2004) duygu düzenlemesini birbiriyle ilişkili altı boyutta kavramsallaştırmışlardır; a) duygusal tepkilerin farkındalığı b) duygusal tepkilerin anlaşılması c) duygusal tepkilerin kabulü d) duygu düzenleme stratejilerini duruma uygun olarak kullanabilme e) olumsuz duygular yaşandığında dürtü kontrolü sağlayabilme ve f) olumsuz duygular yaşandığında hedef amaçlara uygun davranışlarda bulunma. Bu altı boyuttan en az birinde yaşanan zorluğun duygu düzenlemede güçlüğüne yol açacağını ifade etmişlerdir (7).

Duygu düzenleme güçlüğü kişilerin işlevselliğini etkilemektedir. Kişilerin hayat kalitelerini düşürmekte, kişilerarası ilişkilerini, çalışabilmelerini ve üretebilmelerini engelleyebilmektedir; bu sebeple de kişilerin ruh sağlığı için önemli bir problem olarak görülmektedir (96). Bir çalışmaya göre duygu düzenleme güçlüğü'nün alkol ve madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu, anksiyete ve duygu durum bozuklukları ile ilişki olduğu gösterilmiştir (94).

2.4.3. Yeme Bağımlılığı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi

Yeme davranışının kişilerin duygudurumundaki değişimlerle paralellik gösterdiği yaygın olarak kabul edilen bir görüş olmuştur. Yeme davranışı duygu düzenleme bağlamında ele alındığında, bozulmuş yeme örüntüsü olumsuz duygulardan kaçma ya da olumsuz duyguları düzenleme için uyumsuz bir çaba olarak nitelendirilmektedir (98). Bireylerin duygularını uygun stratejiyle düzenleyememelerinden dolayı aynı zamanda olumsuz duygularını azaltmak amacıyla tıknircasına yeme ya da diğer bozulmuş yeme örüntülerine başvurmalarına sebep olmaktadır (99).

Literatürde yeme bağımlılığı ile duygu düzenleme güçlüğü'nün ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Joyner, düzensiz yeme davranışlarının tetikleyicisi olarak duygu düzenleme güçlüğü'nün yer aldığını ve kişilerin olumsuz duygulardan kaçınmak için yemek yemeye yöneldiğini öne sürmüştür (100). Başka bir çalışmada, yeme bağımlılığının olumsuz duygular, duygudurum bozuklukları, duygu düzenleme güçlükleri ve stresle başa çıkmakta güçlük ile ilişkili olduğu saptanmıştır (101). 878 lisans öğrencisiyle yapılan bir çalışmada yeme bağımlılığının dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir (102).

Yeme bozuklukları ile yapılan bir çalışmada, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu duygu düzenleme güçlüğü bakımından karşılaştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre, yeme bozukluğu tanılı hastalar kontrol grubuna göre daha düşük seviyede duygu kabulü, daha az duygusal açıklık ve farkındalık, daha yüksek düzeyde duygusal yoğunluk ve duygu düzenleme güçlükleri ifade etmişlerdir (103).

Olumsuz duygulanım ve yeme tüketimi arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada ise içsel farkındalığın olmaması ve duygusal yeme davranışının yeme tüketimi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (104). Yeme bozukluğu açısından riskli olan ve olmayan grupların karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, duygusal farkındalığın yeme süreci üzerindeki etkisi araştırılmış ve yeme bozukluğu olan grubun düşük düzeyde duygusal farkındalığa sahip olduğu ortaya konmuştur (105).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Bu çalışma randomize, kesitsel, kontrollü, ölçek çalışmasıdır.

3.2. HİPOTEZLER

1. Yeme bağımlılığı olan obezite hastalarında aleksitimi mevcuttur.
2. Yeme bağımlılığı olan obezite hastalarında duygu düzenleme güçlüğü puanları yüksektir.

3.3. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemi Şubat 2020- Ekim 2020 tarihleri arasında, bariatrik cerrahi onayı amacıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Psikiyatri polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olan, sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alınan, BKİ 40'ın üzerinde olan 18-65 yaş arası 60 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılara YFAS ölçeği uygulanmış, yeme bağımlılığı tanı kriterlerini karşılayan 32 hasta çalışma grubuna, kriterleri karşılamayan dolayısıyla yeme bağımlılığı olmayan 28 kişi de kontrol grubuna alınmıştır.

3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18 yaş üstü ve 65 yaş altı olmak
2. Okur-yazar olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul ederek onam vermek
4. BKİ 40'ın üzerine olan bariatrik cerrahi aday obezite hastası olmak

3.2.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. Bilinen bir psikotik bozukluk tanısının bulunması (şizofrenik bozukluk, şizoaffektif bozukluk, kısa psikotik atak, hezeyanlı bozukluk, psikotik içerikli duygudurum bozukluğu vs.)
2. Şimdi ya da geçmişte beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir düzeyde nörolojik ya da sistemik hastalık olması

3. Mental retardasyon tanısı almış olması
4. Son altı ay içerisinde herhangi bir düzenli antipsikotik ilaç kullanılması
5. Hafif, orta ve ileri demans tanısı almış olması

3.4. YÖNTEM

Çalışmamızda bariatrik cerrahi onayı amacıyla, SBÜ Haydarpaşa Numune EAH Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olan, BKİ 40'ın üzerinde olan 18-65 yaş arası 60 kişiden oluşan obezite hasta grubuna YFAS uygulanmış, YFAS'ın 8 alt kriterinden 8.kriteri karşılama koşuluyla, 3 ve üzeri kriteri karşılayanlara yeme bağımlılığı tanısı konulmuştur. 32 obezite hastasında yeme bağımlılığı tespit edilmiş olup, bu hastalar çalışma grubuna dahil edilmiştir. Yeme bağımlısı tanı konulmayan 28 obezite hastası ise kontrol grubu olarak tanımlanmıştır.

Çalışmamıza alınan tüm olgular araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel olarak bilgilendirildikten sonra, araştırmaya gönüllü olarak katıldığına dair Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) ile yazılı onamları alınmıştır. Kendisi ile ilgili her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı anlatılmış, herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılacağı ve çalışmaya katılıp katılmamasının bariatrik cerrahi için psikiyatri onayı üzerinde herhangi bir etkisi olmayacağı konusunda bilgilendirilmiştir. Görevli araştırmacı tarafından Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS), Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAS-20) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16) ölçeklerini içeren kitapçık verilmiş ve katılımcıların ölçekleri cevaplamaları istenmiştir.

Kaynakça düzenlenmesi AMA formatına göre yapılmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Hastanın sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı,

kilo, boy ve BKİ değerleri, kilo probleminin başlangıç yaşı, kilo artışına neden olan yaşam olayının varlığı, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede kilo problemi olan başka birinin varlığı, diyet süresi ve diyet ile en fazla kaç kilo verdiği, kilo vermek için ilaç kullanımı ve aşırı egzersiz yapma öyküsünün varlığı, kilo verme isteğinin öncelikli amacı, sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü, ana ve ara öğün sayıları, gece yeme davranışı varlığı ve sıklığı, duygusal değişim ile yeme davranışı ilişkisi, geçmiş travma varlığı ile ilgili soruları içermektedir.

3.5.2. Yale Yeme Bağımlılığı leği (Yale Food Addiction Scale-YFAS)

YFAS, son 12 ay içinde, yüksek yağ ve yüksek şekerli yiyeceklerle bağımlılık davranışlarını ölçen, 25 maddeden oluşan, kişinin kendi bildirimine dayalı bir ölçektir (58). YFAS, DSM-IV-TR'deki madde bağımlılığı kriterlerinin yedi semptomunun yeme bağımlılığına modifiye edilmesiyle düzenlenmiştir.

İki puanlama seçeneği geçerlidir, 'semptom sayımı' bağımlılık semptomlarının sayısını göstermektedir (106). İkili 'tanımlayıcı' puanlama seçeneği ise kişinin yeme bağımlılığı kriterlerini üç ya da daha fazla semptomla karşılayıp karşılamadığı ve klinik olarak önemli bir bozulma ya da rahatsızlık belirtmesine göre değerlendirilir. Güncel araştırmalarda, semptom sayımı ve skor metodu kullanılmaktadır. Yeme bağımlılığının alanında önemli rol alan Gearhardt ve arkadaşları, 2009 yılında Yale niversitesi'nde geliştirdikleri bağımlılık leğinin n analizinde, rastgele seçilmiş 350 geçen erişkin ile ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmışlardır (58). Benzer şekilde David ve ark. (2011) yetişkin obez kişilerde iç tutarlılığı ($\alpha=92$, Cronbach $\alpha=90$) yüksek bulmuşlardır. Bayraktar ve arkadaşları (2012) tarafından güvenilirlik alışması (60), Sevinçer ve arkadaşları (2015) tarafından YFAS'ın bariatrik cerrahi hastalarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (107).

Ölçeğin skorlaması, kesme puanı her bir madde bağımlılığı kriterinin (tolerans, yoksunluk, klinik anlamlılık gibi) altındaki soruların toplamı üzerinden hesaplanmıştır. Kriter skoru ≥ 1 ise kriter karşılanmıştır, kriter skoru =0 ise kriter

karşılanmamıştır. Buna göre DSM-IV'teki madde bağımlılığı kriterlerin karşılığı olan maddeler:

1. Madde planlanandan daha fazla miktarda ve daha uzun sürede alınır: 1, 2, 3. sorular;
2. Sürdürülen istek ya da tekrarlayıcı başarısız kesme girişimleri: 4, 22, 24, 25. sorular;
3. Elde etmek/ kullanmak/ düzelmek için fazla zaman/çaba harcanır: 5, 6, 7. sorular;
4. Önemli sosyal, işle ilgili ya da kişilerarası aktiviteler bırakılır ya da azaltılır: 8, 9, 10, 11. sorular;
5. Olumsuz sonuçlarının bilinmesine rağmen kullanımı sürdürme: 19. soru;
6. Tolerans: 20, 21. sorular;
7. Karakteristik yoksunluk belirtileri (madde kesildikten sonra ajitasyon, anksiyete ve diğer fiziksel semptomları yaşamak) ve madde alımıyla rahatlamak: 12, 13, 14. sorular;
8. Kullanımın neden olduğu klinik olarak anlamlı yetersizlik ya da stres: 15, 16. sorular.

Soru skorlamaları:

- 19, 20, 21, 22 sorularına verilen yanıtlar için 0=(0), 1=(1) puan
- 24. soru için 0 yanıtı (1) puan, 1 yanıtı (0) puan,
- 8, 10, 11. Sorulara verilen yanıtlarda 0 veya 1 işaretleyenler (0), 2-4 arası yanıtlar (1) puan
- 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16. Sorulara 0-2 arası yanıtlayanlar (0), 3-4 yanıtlayanlar (1) puan
- 1, 2, 4, 6. Sorulara 0-3 arası yanıtlayanlar (0) puan, 4 yanıtını verenler (1) puan
- 25. soruda 4 ve daha az işaretleyenler (0) puan, 5 seçeneğini işaretleyenler (1) puan almaktadır
- 17, 18, 23 diğer sorular için birincil olan fakat skorlanmayan sorulardır.

Dikotomik skorlamada klinik anlamlılık, 15 ya da 16. maddelerden birinin=(1) puan ve semptom skoru ≥ 3 olmalıdır. Bu ikisinden biri (0) puan olursa yeme bağımlılığı tanısı konulmaz (57).

3.5.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAS-20)

İlk olarak 1985 yılında Taylor ve arkadaşları tarafından 26 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeği olarak oluşturulmuştur (108). Ölçeğin 20 maddelik kısa formu Bagby, Parker ve Taylor tarafından 1994 yılında düzenlenmiştir (109). TAS-20, likert tipi 1-5 arası puanlanan, yirmi maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. "Hiç katılmıyorum" seçeneği 1, "Tamamen katılıyorum" seçeneği 5 puan olarak değerlendirilir. 4., 5., 10., 18. ve 19. maddeler ters puanlanır. 'Duyguları tanıma gücü (TAS-1)', 'duyguları ifade etmede güçlük (TAS-2)', 'dışa dönük düşünme (TAS-3)' olmak üzere üç alt ölçeği bulunmaktadır. Duyguları tanıma gücü. 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14 numaralı maddelerle, duyguları ifade etme gücü 2, 4, 11, 12, 17 numaralı maddelerle ve son olarak dışa dönük düşünme 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Ölçeğin tamamından 51 ve altında puan alan kişilerde aleksitimi olmadığı, 52-60 puan alanlarda muhtemel aleksitimi olduğu, 61 ve üzerinde puan alan kişilerin ise aleksitimik olduğu kabul edilmektedir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi göstermektedir. Güleç ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (110).

3.5.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Kısa Form (DDGÖ-16)

Kişilerin duygu düzenleme gücünü ölçmek için Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin kısa formu olan ve 16 maddeden oluşan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form DDGÖ-16'nın duygu açıklığının eksikliği, olumsuz duygulanımda amaca yönelik hareket edememe, dürtüsel davranışları kontrol edememe, uygun stratejiye erişememe ve duyguyu kabullenememe olarak beş alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar 'açıklık (1, 2. soru)', 'amaçlar (3,7 ve 15. Soru)', 'dürtü (4, 8 ve 11. Soru)', 'stratejiler (5, 6, 12, 14 ve 16. soru)', 'kabul etmeme (9, 10 ve 13. Soru)' olarak sınıflandırılır. 1 (Hemen hemen hiçbir zaman) ve 5 (Hemen hemen her zaman) arasında değişen 5 seçenekli olarak Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçek değerlendirmesinde bir kesme noktası belirlenmemiş olup yüksek puanlar duygu düzenleme gücünün daha yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Türkçe uyarlaması 2017 yılında Yiğit ve Güzey Yiğit tarafından yapılmıştır (111).

3.6. ETİK KURUL ONAYI

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan HNEAH- KAEK 2020/103 (HNEAH- KAEK 2020/KK/103) karar numarası ile onaylanmıştır.

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmamızda SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmaya katılanların sosyodemografik bilgileri, kategorik değişkenler %lik olarak, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma olarak gösterilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında 2x2 tablolarda oransal farkların testi Fischer's Exact Test, nxn tablolarda ise Chi-Square test ile gerçekleştirilmiştir. Normal dağılıma uygunluk gösteren sürekli değişkenlerin iki grup arasındaki ortalamalarının karşılaştırılmasında independent t test, normal dağılıma uygunluk göstermeyen sürekli değişkenlerin iki grup arasındaki ortalamalarının karşılaştırması Mann Whitney U test ile gerçekleştirilmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan iki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman Correlation Analysis yöntemi ile test edilirken, sebep sonuç ilişkisi Binary Lojistik Regresyon yöntemi ile belirlenmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik testleri kolmogorov-smirnov test ile gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ seviyesinde test edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada katılımcılara uygulanan veri ölçüm araçlarından elde edilen verilerin istatistiksel analizleri ve araştırmanın bulgularına ilişkin tablolar ve açıklamaları yer almaktadır.

4.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU FREKANS TABLOLARI

Tablo-1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri- 1

		Frekans	%
Cinsiyet	Erkek	17	28,3
	Kadın	43	71,7
Medeni durum	Bekar-boşanmış-dul	26	43,3
	Evli	34	56,7
Eğitim durumu	İlkokul-ortaokul	25	41,7
	Lise	17	28,3
	Yüksekokul-üniv-master	18	30,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	33	55,0
	Çalışmıyor	27	45,0
Aile gelir düzeyi	Düşük	12	20,0
	Orta-orta üstü	48	80,0
Yaşadığı kişiler	Anne-baba	14	23,3
	Eş-çocuk	33	55,0
	Diğer	13	21,7
	Toplam	60	100,0
	Min - Max	Ortalama	S.Sapma
Yaş	22-56	36,9	10,6
Kilo (kg)	84-155	120,0	16,0
Boy (cm)	151-196	165,9	10,1
Beden kitle indeksi	35-57,2	43,5	4,8

Çalışmaya katılan 60 kişinin sosyodemografik bilgileri Tablo-1’de verilmiştir. Katılımcıların %71,7’si kadın, %28,3’ü erkek, %56,7’i evli, %43,3 bekar-boşanmış/dul, %41,7’si ilkokul/ortaokul mezunu, %28,3’ü lise ve %30’u lisans/lisansüstü mezunu, %55’i çalışan, %45’i çalışmayan kişilerden oluşmaktadır.

Katılımcıların %20'sinin aile gelir düzeyi düşük, %80'inin orta ve orta üstüdür. %23,3'ü anne ve babası ile, %55'i eş ve çocuklarıyla, %21,7'si yalnız ya da arkadaşlarıyla yaşamaktadır.

Katılımcıların yaşları 22-56 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 36,9±10,6 yıldır. Mevcut kiloları 84-155 kg arasında değişmekte olup, ortalaması 120±16 kg'dır. Mevcut boyları 151-196 cm arasında değişmekte olup, ortalaması 165,9±10,1 cm'dir. Mevcut BKİ'leri 35-57,2 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalaması 43,5±4,8 kg/m²'dir.

Tablo-2. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri- 2

		Frekans	%
Kilo alımına neden olan yaşam olayı varlığı	Var	27	45,0
	Yok	33	55,0
Psikiyatrik öykü varlığı	Var	8	13,3
	Yok	52	86,7
Ailede psikiyatrik öykü varlığı	Var	11	18,3
	Yok	49	81,7
Genel tıbbi hastalık varlığı	Var	22	36,7
	Yok	38	63,3
Ailede kilo problemi olan başka kişilerin varlığı	Var	45	75,0
	Yok	15	25,0
Kilo vermek için ilaç kullanımı	Evet	14	23,3
	Hayır	46	76,7
Kilo vermek için fazla miktarda egzersiz yapma	Evet	39	65,0
	Hayır	21	35,0
Kilo verme isteğinin öncelikli amacı	Daha sağlıklı olmak	47	78,3
	Daha iyi görünmek	4	6,7
	Çocuk sahibi olabilmek	5	8,3
	Daha rahat hareket edebilmek	3	5,0
	Diğer	1	1,7
	Toplam	60	100,0
	Min - Max	Ortalama	S.Sapma
İlk diyet başlama yaşı	12-50	25,7	10,5
Diyetin sürdürüldüğü maksimum ay sayısı	1-20	5,4	4,4

Maximum verilen kilo miktarı (kg)	0-35	9,6	7,5
-----------------------------------	------	-----	-----

Tablo-2’de gösterildiği gibi katılımcıların %45’inde kilo almaya neden olan bir yaşam olayı varken, %55’inde yaşam olayına rastlanmamıştır. %13,3’ünde psikiyatrik öykü bulunmaktadır, %18,3’ünde ise ailede psikiyatrik öyküye rastlanmıştır. %36,7’sinde genel tıbbi bir hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların %75’i ailede kilo problemi olan başka kişilerin olduğunu, %23,3’ü kilo vermek için ilaç kullandıklarını, %65’i kilo vermek için fazla miktarda egzersiz yaptığını beyan etmişlerdir. Katılımcıların kilo verme isteğinin öncelikli amacı; %78,3’ünde daha sağlıklı olmak, %6,7’sinde daha iyi görünmek, %8,3’ünde çocuk sahibi olabilmek ve %5’inde daha rahat hareket edebilmektir.

Katılımcıların ilk diyetle başlama yaşı 12-50 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 25,7±10,5 yıldır. Diyetin sürdürüldüğü maximum ay sayısı 1-20 ay arasında değişmekte olup, ortalaması 5,4±4,4 aydır. Maximum verilen kilo miktarı 0-35 kg arasında değişmekte olup, ortalaması 9,6±7,5 kg’dır.

		Frekans	%
Kilo alımına neden olan yaşam olayı	Diğer	7	11,8
	Doğum	11	18,3
	Hastalık	3	5
	Düzensiz beslenme	1	1,7
	Göç/ taşınma	2	3,3
	İş değişikliği/ işsizlik	4	6,7
	Travma	2	3,3
	Yok	33	55,0
	Toplam	60	100,0

Kilo alımına neden olan yaşam olayına bakıldığında, katılımcıların %18,3’ü doğum, %6,7’si iş değişikliği/ işsizlik, %5’i hastalık, %3,3’ü travma, %3,3’ü göç/taşınma, %1,7’si düzensiz beslenme nedeniyle, %11,8’i ise diğer nedenlerle kilo aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo-3. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri- 3

		Frekans	%
Sigara kullanımı	Evet	26	41,7
	Hayır	34	56,7
Alkol kullanımı	Evet	16	26,7
	Hayır	44	73,3
Madde kullanımı	Hayır	60	100,0
Bir gündeki ana öğün sayısı	1 Öğün	3	5,0
	2 Öğün	17	28,3
	3 Öğün	31	51,7
	3+ Öğün	9	15,0
Bir gündeki ara öğün sayısı	Yok	8	13,3
	1 Öğün	10	16,7
	2 Öğün	19	31,7
	3 Öğün	16	26,7
	3+ Öğün	6	10,0
	Kayıp	1	1,7
Fast food (hazır yemek) yeme	Evet	40	66,7
	Hayır	20	33,3
Gece uykudan uyanarak yemek yeme	Evet	22	36,7
	Hayır	38	63,3
Neşeliyken daha fazla yemek yeme	Evet	18	30,0
	Hayır	42	70,0
Üzüntülüyken daha fazla yemek yeme	Evet	29	48,3
	Hayır	31	51,7
Kaygılıyken veya sıkıntılıyken daha fazla yemek yeme	Evet	24	40,0
	Hayır	36	60,0
Sinirliyken daha fazla yemek yeme	Evet	21	35,0
	Hayır	39	65,0
Sinirlik, üzüntü, kaygı ve mutluluk durumunda yemek yenmez.	Evet	33	55,0
	Hayır	27	45,0
Geçmişte yaşanan travmalar	Diğer	14	23,3
	Duygusal	16	26,7
	Yok	30	48,3
	Toplam	60	100,0

Tablo-3'te gösterildiği gibi, katılımcıların %41,7'sinde sigara kullanımı, %26,7'sinde alkol kullanımı mevcuttur, katılımcılarda madde kullanımı

bulunmamaktadır. %5'i günde bir, %28,3'ü günde iki, %51,7'si günde üç, %15'i günde üçten daha fazla ana öğün tükettiğini; %16,7'si günde bir, %31,7'si günde iki, %26,7'si günde üç ve %10'u günde üçten daha fazla ara öğün tükettiğini, %13,3'ü ara öğün tüketmediğini ifade etmişlerdir. %66,7'si fast food (hazır yiyecek) tükettiğini, %36,7'si gece uykudan uyanarak yemek yediğini belirtmiştir. Duygusal yeme açısından incelendiğinde; %30'u neşeliyken, %48,3'ü üzüntülüken, %40'ı kaygılı ya da sıkıntılıyken, %35'i sinirliken daha fazla yemek yediğini ifade etmiştir. Geçmişte yaşadığı travmalar sorulduğunda; %26,7'si duygusal istismar ve 23,3'ü diğer istismarlara maruz kaldığını belirtmişlerdir.

4.2. YEME BAĞIMLILIĞI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

YFAS ile 60 katılımcının %53,3'ünün (n=32) yeme bağımlılığı tanı kriterlerini karşıladığını, %46,7'sinin (n=28) yeme bağımlılığı tanı kriterlerini karşılamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo-4. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Cinsiyet, Çalışma Durumu, Eğitim Durumu ve Medeni Durumun Karşılaştırılması

		Yeme Bağımlılığı		p değeri
		Var	Yok	
Cinsiyet	Erkek	7 (%21,9)	10 (35,7)	0,184
	Kadın	25 (%78,1)	18 (%64,3)	
Medeni durum	Bekar-boşanmış-dul	13 (%40,6)	13 (%46,4)	0,424
	Evli	19 (%59,4)	15 (%53,6)	
Eğitim durumu	İlkokul-ortaokul	15 (%46,9)	10 (%35,7)	0,672
	Lise	8 (%25)	9 (%32,1)	
	Yüksekokul-üniversitemaster	9 (%28,1)	9 (%32,1)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	15 (%46,9)	18 (%64,3)	0,137
	Çalışmıyor	17 (%53,1)	10 (%35,7)	
Toplam		32 (%53,3)	28 (%46,7)	

Yeme bağımlılığı tanısının varlığının katılımcıların sosyodemografik bilgilerine göre nasıl değiştiğini araştırmak üzere çapraz tablolar yapılmıştır.

Tablo-4'te gösterildiği gibi; yeme bağımlısı olan hastaların %21,9'u erkek, %78,1'i kadın, yeme bağımlısı olmayanların %35,7'si erkek, %64,3'ü kadınlardan oluşmaktadır, cinsiyet açısından bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,184$). Yeme bağımlısı olan hastaların %40,6'sı bekar, boşanmış ya da dul kişilerden oluşurken, %59,4'ü evlidir; yeme bağımlısı olmayanların %46,4'ü bekar, boşanmış ya da dul iken, %53,6'sı evlidir. Medeni durum açısından bu farklılık anlamlı değildir ($p=0,424$). Yeme bağımlısı olan grubun %46,9'u ilkökul veya ortaokul, %25'i lise, %28,1'i yüksekokul veya üniversite mezunudur; yeme bağımlısı olmayan grubun %35,7'si ilkökul veya ortaokul, %32,1'i lise ve %32,1'i yüksekokul veya üniversite mezunudur. Eğitim durumu açısından bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,672$). Çalışma durumuna bakıldığında, yeme bağımlısı olan grubunu %46,9'unun çalıştığı, %53,3'ünün çalışmadığı; yeme bağımlısı olmayan grubun %64,3'ünün çalıştığı, %35,7'sinin çalışmadığı tespit edilmiştir. Bu farklılık anlamlı değildir ($p=0,137$).

Tablo-5. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Yaş ve Beden Kitle İndeksinin Karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı		N	Ortalama	SS	p değeri
Yaş	Var	32	39,5	11,7	0,023*
	Yok	28	34,1	9,1	
Beden kitle indeksi	Var	32	43,8	5,0	0,830*
	Yok	28	43,3	4,8	

*Mann Whitney U test

Tablo-5'te gösterildiği gibi, yeme bağımlılığı olan hastaların ($n=32$) ortalama yaşı $39,5 \pm 11,7$ iken, yeme bağımlılığı olmayan hastalarda ortalama yaş $34,1 \pm 9,1$ 'dir ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,023$, $p<0,05$). Yaş ilerledikçe yeme bağımlılığı olma ihtimali artmaktadır diyebiliriz. Yeme bağımlılığı olanlar obezite tedavisi için daha geç başvuruyor olabilir.

Yeme bağımlılığı olanlarda ortalama BKİ değeri $43,8 \pm 5$ iken, olmayanlarda $43,3 \pm 4,8$ 'dir. Yeme bağımlılığı ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,830$).

Tablo 6. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Psikiyatrik Öykü, Ailede Psikiyatrik Öykü, Ailede Kilo Problemi Varlığı ve Kilo Vermek İçin İlaç Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

		Yeme Bağımlılığı		p değeri
		Var	Yok	
Psikiyatrik öykü varlığı	Var	7 (%21,9)	1 (%3,6)	0,041
	Yok	25 (%78,1)	27 (%96,4)	
Ailede psikiyatrik öykü varlığı	Var	9 (%28,1)	2 (%7,1)	0,037
	Yok	23 (%71,9)	26 (%92,9)	
Ailede kilo problemi olan kişilerin varlığı	Var	27 (%84,4)	18 (%64,3)	0,067
	Yok	5 (%15,6)	10 (%35,7)	
Kilo vermek için ilaç kullanımı	Evet	6 (%18,8)	8 (%28,6)	0,277
	Hayır	26 (%81,3)	20 (%71,4)	
Toplam		32 (%53,3)	28 (%46,7)	

*chi-square test

Tablo-6'da gösterildiği gibi, yeme bağımlısı olan hastalar %21,9 oranında psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu ifade etmişlerdir, yeme bağımlısı olmayan grupta bu oran %3,6'dır. Psikiyatrik öyküsü olan toplam hasta sayısı ($n=8$) yeterli miktarda olmadığından fark çok yüksek olarak gözlemlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$, $p<0,05$). Psikiyatrik hastalık öyküsünün araştırılması yapılandırılmış bir klinik görüşmeyle tespit edilmeyip, sosyodemografik veri formunda "var/yok" şeklinde bir soru ile araştırılmıştır. Bu nedenle bu bulgunun güvenilirliği düşüktür.

Yeme bağımlısı olan grupta ailede psikiyatrik hastalık öyküsü %28,1 iken, olmayanlarda %7,1'dir ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,037$, $p<0,05$).

Yeme bağımlısı olan grubun %84,4'ünde ailede kilo problemi olan başka kişiler mevcutken, yeme bağımlısı olmayanların %64,3'ünde mevcuttur, bu farklılık anlamlı değildir (p=0,067). Yeme bağımlısı olan grubun %18,8'i, yeme bağımlısı olmayan grubun %28,6'sı kilo vermek için ilaç kullandığını ifade etmiştir, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,277).

Tablo-7. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Sigara ve Alkol Kullanımı, Fast food ve Gece Yeme Davranışı Açısından Karşılaştırılması

		Yeme Bağımlılığı		p değeri
		Var	Yok	
Sigara kullanımı	Evet	10 (%31,3)	15 (%55,6)	0,053
	Hayır	22 (%68,7)	12 (%44,4)	
Alkol kullanımı	Evet	6 (%18,8)	10 (%35,7)	0,117
	Hayır	26 (%81,2)	18 (%64,3)	
Fast food (hazır yemek) yeme	Evet	21 (%65,6)	19 (%67,9)	0,537
	Hayır	11 (%34,4)	9 (%32,1)	
Gece uykudan uyanarak yemek yeme davranışı	Evet	14 (%43,8)	8 (%28,6)	0,172
	Hayır	18 (%56,2)	20 (%71,4)	
Toplam		32 (%53,3)	28 (%46,7)	

*chi-square test

Tablo-7'da gösterildiği gibi, yeme bağımlısı olanlarda sigara kullanım oranı %31,3 iken, olmayanlarda bu oran %55,6'dır, bu farklılık anlamlı değildir (p=0,053). Yeme bağımlısı olan grupta alkol kullanım oranı %18,8, olmayanlarda bu oran %35,7'dir ancak bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0,117).

Yeme bağımlısı olan grubun %65,1'i, olmayanların %67,9'u fast food yediklerini ifade etmişlerdir, bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (p=0,537). Gece uykudan uyanarak yemek yeme davranışı oranı, yeme bağımlılığı olanlarda %43,8, yeme bağımlılığı olmayanlarda %28,6'dır. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=0,172).

Tablo-8. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Duygusal Yeme Davranışı ve Geçmiş Travmalar Açısından Karşılaştırılması

		Yeme Bağımlılığı		p değeri
		Evet	Hayır	
Neşeliyken daha fazla yemek yeme	Evet	11 (%34,4)	7 (%25)	0,307
	Hayır	21 (%65,6)	21 (%75)	
Üzüntülüken daha fazla yemek yeme	Evet	20 (%62,5)	9 (%32,1)	0,018
	Hayır	12 (%37,5)	19 (%67,9)	

Kaygılıyken veya sıkıntılıyken daha fazla yemek yeme	Evet	14 (%43,8)	10 (%35,7)	0,356
	Hayır	18 (%56,2)	18 (%64,3)	
Sinirliyken daha fazla yemek yeme	Evet	11 (%34,4)	10 (%35,7)	0,564
	Hayır	21 (%65,6)	18 (%64,3)	
Geçmişte yaşanan travma varlığı	Diğer	9 (%29)	5 (%17,9)	0,239
	Duygusal	10 (%32,3)	6 (%21,4)	
	Yok	12 (%38,7)	17 (%60,7)	
Toplam		31 (%52,5)	28 (%47,5)	

*chi-square test

Neşeliyken daha fazla yemek yeme davranışı yeme bağımlısı olanların %34,4'ünde varken, yeme bağımlısı olmayanların %25'inde vardır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0,307$). Yeme bağımlılığı olan grubun %62,5'inde üzüntülüken daha fazla yemek yeme davranışı bulunurken, yeme bağımlılığı olmayanlarda bu oran %32,1'dir, bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,018$, $p<0,05$).

Yeme bağımlılığı olan grubun %43,8'inde kaygılıyken veya sıkıntılıyken daha fazla yemek yeme davranışı mevcutken, yeme bağımlılığı olmayanlarda bu oran %35,7'dir. Farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0,356$). Yeme bağımlılığı olanlarda sinirliyken daha fazla yemek yeme davranışı %34,4 oranında iken, olmayanlarda %35,7'dir ve bu farklılık anlamlı değildir ($p=0,564$). Yeme bağımlısı olanlarda %61,3 oranında travma öyküsü mevcutken, olmayanda bu oran %39,3'tür bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p=0,239$).

4.3. YFAS SEMPTOMLARININ DAĞILIMI

Tablo-9. YFAS Semptomlarının Dağılımı ve Görülme Sıklıkları

YFAS Semptomları	Frekans	%
Tekrarlayıcı başarısız kesme girişimleri	56	93,3
Olumsuz sonuçlarına rağmen kullanımı sürdürme	42	70,0
Tolerans gelişimi	40	66,7
Kullanımın neden olduğu klinik olarak anlamlı yetersizlik ya da stres gelişimi	32	53,3
Planlanandan daha fazla miktarda ve daha uzun sürede alma	27	45,0
Elde etmek/ kullanmak/ düzelmek için fazla zaman/ çaba harcama	26	43,3
Önemli sosyal, işle ilgili ya da kişilerarası aktiviteler bırakma ya da azaltma	24	40,0
Karakteristik yoksunluk belirtileri ve madde alımıyla rahatlamak	15	25,0

Tablo-9’da YFAS’ın sekiz semptomunun dağılımları incelenmiştir. Tekrarlayıcı başarısız kesme girişimleri %93,3, olumsuz sonuçlarına rağmen kullanımı sürdürme %70 ve tolerans gelişimi %66,7 oranıyla en sık görülen ilk üç semptomdur.

Tablo-10. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Ortalama Semptom Sayıları

YFAS semptom sayısı	Yeme Bağımlılığı			
	Var		Yok	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS
	5,94	1,64	2,71	1,41

Ortalama farkları incelediğimizde, yeme bağımlılığı olan kişilerde pozitif semptom sayısı ortalaması $5,94 \pm 1,64$ iken, yeme bağımlılığı olmayan kişilerde $2,71 \pm 1,41$ olarak hesaplanmıştır.

4.4. TÜM ÖLÇEKLER VE ALT BOYUT PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 11. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta TAS-20 Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yeme Bağımlılığı	N	Ortalama	SS	p değeri
TAS-20 toplam puan	Var	32	52,20	10,37	0,000*
	Yok	28	41,50	6,28	
Duyguları tanıma güçlüğü	Var	32	14,92	5,35	0,001**
	Yok	28	9,71	3,01	
Duyguları ifade etme güçlüğü	Var	32	13,08	4,35	0,000**
	Yok	28	8,46	2,69	
Dışa dönük düşünme	Var	32	24,20	3,86	0,399*
	Yok	28	23,33	3,23	

*Independent t test **mann whitney U test

Tablo-11’de gösterildiği gibi, YFAS sonucunda yeme bağımlılığı olan grupta TAS-20 toplam puan ortalaması $52,20 \pm 10,37$ puan olarak hesaplanırken, yeme bağımlılığı olmayan grupta $41,50 \pm 6,28$ puan olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,000^*$, $p<0,05$). Yeme bağımlılığı olan hasta grubunda, duyguları tanıma güçlüğü alt ölçek puan ortalaması $14,92 \pm 5,35$ puan iken, olmayan grupta ölçek puan ortalaması $9,71 \pm 3,01$ puan olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,001^{**}$, $p<0,05$). Yeme bağımlılığı olan hasta grubunda duyguları ifade etme güçlüğü alt ölçek puan ortalaması $13,08 \pm 4,35$ puan iken, yeme bağımlılığı olmayan grupta ölçek ortalaması $8,46 \pm 2,69$ puan olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,000^{**}$, $p<0,05$). Dışa dönük düşünme ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,399^*$).

Tablo-12. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta Aleksitimi Görülme Oranları

		Yeme Bağımlılığı		p değeri
		Var	Yok	
Aleksitimi (TAS-20, 61 ve üstü puan)	Evet	10 (%31,25)	0 (%0)	0,002
	Hayır	22 (%68,75)	28 (%100)	

Muhtemel Aleksitimi (TAS-20, 52-60 puan)	Evet	8 (%25)	2 (%7,1)	0,028
	Hayır	24 (%75)	26 (%92,9)	
Total		32 (%53,3)	28 (%46,7)	

*Fischer's Exact Test

Tablo-12'de gösterildiği gibi, yeme bağımlısı olan hastaların %31,25'inde aleksitimi varken, yeme bağımlısı olmayanlarda aleksitimi saptanmamıştır. Farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$, $p<0,05$). Yeme bağımlısı olan hastalarda muhtemel aleksitimi oranı %25 iken, olmayanlarda bu oran %7,1'dir. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,028$, $p<0,05$).

Tablo-13. TAS-20 Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları ile YFAS Semptom Sayısının Korelasyon Analizi

		TAS-20	Duyguları tanıma	Duygular ifade	Dışa dönük
		toplam puan	güçlüğü (TAS-1)	etme güçlüğü (TAS-2)	düşünme (TAS-3)
YFAS semptom sayısı	r	0,571	0,516	0,555	0,205
	p	0,000	0,000	0,000	0,115
	n	60	60	60	60

Tablo-13'te YFAS toplam pozitif çıkan semptom sayısı ile TAS-20 toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. YFAS semptom sayısı

ile TAS-20 toplam puanı ve duyguları tanıma güçlüğü ile duyguları ifade etme güçlüğü alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü ve orta-üst derecede istatistiksel açıdan anlamlı ilişki mevcuttur ($p=0,000$, $p<0,05$). Pozitif semptom sayısı ile dışa dönük düşünme alt ölçeği puanı arasında ise pozitif ancak zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki mevcuttur ($p=0,115$).

Tablo-14. Yeme Bağımlılığı Olan ve Olmayan Grupta DDGÖ-16 Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yeme Bağımlılığı	N	Ortalama	SS	p değeri
DDGÖ-16 toplam puan	Var	32	34,800	12,413	0,000
	Yok	28	22,458	10,766	
Açıklık	Var	32	4,240	2,296	0,003
	Yok	28	2,542	0,721	
Amaçlar	Var	32	7,760	2,976	0,000
	Yok	28	4,667	2,681	
Dürtü	Var	32	5,920	2,707	0,001
	Yok	28	3,833	2,278	
Stratejiler	Var	32	10,520	4,656	0,001
	Yok	28	6,917	3,833	
Kabul etmeme	Var	32	6,360	3,200	0,015
	Yok	28	4,500	2,187	

*mann whitney U test

Tablo-14'te gösterildiği gibi, yeme bağımlılığı olanlarda DDGÖ-16 toplam puanı $34,8\pm 12,41$, yeme bağımlılığı olmayanların $22,46\pm 10,76$ olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$, $p<0,05$). Açıklık alt ölçek puanı, yeme bağımlılığı olanlarda $4,24\pm 2,29$, yeme bağımlılığı olmayanlarda $2,542\pm 0,721$ olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$, $p<0,05$). Amaçlar alt ölçek puanı, yeme bağımlılığı olanlarda $7,76\pm 2,97$, yeme bağımlılığı olmayanlarda $4,667\pm 2,681$ olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$, $p<0,05$). Dürtü alt ölçek puanı, yeme bağımlılığı olanlarda $5,92\pm 2,70$, yeme

bağımlılığı olmayanlarda $3,833\pm 2,278$ olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$, $p<0,05$). Stratejiler alt ölçek puanı, yeme bağımlılığı olanlarda $10,52\pm 4,65$, yeme bağımlılığı olmayanlarda $6,917\pm 3,833$ olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$, $p<0,05$). Kabul etmeme alt ölçek puanı, yeme bağımlılığı olanlarda $6,36\pm 3,20$, yeme bağımlılığı olmayanlarda $4,50\pm 2,18$ olarak hesaplanmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$, $p<0,05$).

Tablo-15. DDGÖ-16 Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları ile YFAS Semptom Sayısının Korelasyon Analizi

		DDGÖ-16 toplam puan	Açıklık	Amaçlar	Dürtü	Stratejiler	Kabul etmeme
YFAS semptom sayısı	r	0,721	0,470	0,664	0,553	0,638	0,510
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	60	60	60	60	60	60

Tablo-15'te gösterildiği gibi, YFAS toplam pozitif çıkan semptom sayısı ile DDGÖ-16 toplam puan ve alt ölçekler puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Semptom sayısı ile DDGÖ-16 toplam puanı arasında yüksek dereceli ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki varken, alt ölçekleri olan açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme puanları arasında pozitif yönlü ve orta-üst derecede istatistiksel açıdan anlamlı ilişki mevcuttur.

4.5. LOJİSTİK REGRESYON ANALİZLERİ

Omnibus Tests of Model Coefficients					
	Chi-square	df	Sig.	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
Step1	5,383	1	0,020	0,090	0,120
Step2	11,732	2	0,003	0,186	0,248
Step3	15,849	3	0,001	0,243	0,324
Step4	19,712	4	0,001	0,292	0,390

Yapılan modelleme çalışması dört adımda tamamlanmıştır. En anlamlı ve bağımlı değişken olan yeme bağımlılığı olma durumunu %39 oranda açıklayan 4 numaralı model anlamlı bulunmuştur.

Tablo-16. Lojistik Regresyon Analizinde En Anlamlı Değişkenler

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Üzüntülüyken daha fazla yemek yeme	1,270	0,563	5,099	1	0,024	3,562
	Constant	-2,081	0,926	5,048	1	0,025	0,125
Step 2 ^b	Psikiyatrik hastalık öyküsü	2,400	1,148	4,370	1	0,037	11,023
	Üzüntülüyken daha fazla yemek yeme	1,490	0,601	6,155	1	0,013	4,437
	Constant	-6,945	2,558	7,368	1	0,007	0,001
Step 3 ^c	Kilo probleminin başladığı yaş	-0,056	0,029	3,713	1	0,054	0,946
	Psikiyatrik hastalık öyküsü	2,535	1,223	4,298	1	0,038	12,620
	Üzüntülüyken daha fazla yemek yeme	1,705	0,648	6,924	1	0,009	5,502
	Constant	-6,502	2,714	5,740	1	0,017	0,002
Step 4 ^d	Kilo probleminin başladığı yaş	-0,073	0,033	4,739	1	0,029	0,930
	Psikiyatrik hastalık öyküsü	3,118	1,309	5,677	1	0,017	22,604
	Gece uykudan uyanarak yemek yeme davranışı	1,387	0,727	3,636	1	0,057	4,002
	Üzüntülüyken daha fazla yemek yeme	1,520	0,679	5,004	1	0,025	4,570
	Constant	-9,280	3,224	8,283	1	0,004	0,000

a. Variable(s) entered on step 1: Üzüntülüyken daha fazla yemek yeme

b. Variable(s) entered on step 2: Psikiyatrik hastalık öyküsü

c. Variable(s) entered on step 3: Kilo probleminin başladığı yaş

d. Variable(s) entered on step 4: Gece uykudan uyanarak yemek yeme davranışı

Tablo-16’da gösterildiği gibi, en iyi R kare değerine sahip olan 4. modeldeki anlamlı değişkenler, üzüntülüken daha fazla yemek yeme, psikiyatrik hastalık öyküsü, kilo probleminin başladığı yaş ve gece uykudan uyanarak yemek yeme davranışı olarak belirlenmiştir.

Tablo-17. Lojistik Regresyon Analizi ile Yeme Bağımlılığının Tahmin Edilme Doğruluk Oranları

Observed			Predicted		
			Yeme Bağımlılığı		Percentage correct
			Var	Yok	
Step 1	Yeme bağımlılığı	Var	18	12	60,0
		Yok	8	19	70,4
	Overall percentage				64,9
Step 2	Yeme bağımlılığı	Var	22	8	73,3
		Yok	9	18	66,7
	Overall percentage				70,2
Step 3	Yeme bağımlılığı	Var	22	8	73,3
		Yok	8	19	70,4
	Overall percentage				71,9
Step 4	Yeme bağımlılığı	Var	22	8	73,3
		Yok	8	19	70,4
	Overall percentage				71,9

Tablo-17’de gösterildiği gibi, model sonucunda anlamlı çıkan parametrelerle oluşan denklem sonucunda yeme bağımlılığı olma durumu tahmin edilebilir. Model 30 kişinin yeme bağımlı olduğunu tahmin ederken, 22 tanesinde yeme bağımlılığı saptanmıştır, doğruluk oranı %71,9 olarak hesaplanmıştır.

5. TARTIŞMA

Literatürde, bariatrik cerrahinin yaygınlığının arttığı, en fazla Amerika ve Kanada bölgesinde olmak üzere dünyada yaklaşık 500.000 bariatrik cerrahi operasyonu yapıldığı belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan bariatrik cerrahi sayısının ise 3250 civarında olduğu bildirilmektedir. Bariatrik cerrahi yapılan hastaların çoğunlukla kadınlar ve morbid obez kişiler olduğu bilinmektedir (147). Ülke olarak obezitede dünyada dördüncü, Avrupa'da ise birinci sırada olmamız, obezitenin önümüzdeki yıllarda sağlık sistemini ciddi oranda zorlayacağı ve buna bağlı gelişen ek hastalık yüklerinin yönetiminde aksaklıklar olabileceği konusunda ipucu niteliğindedir (13). Genel olarak bariatrik cerrahi yapılan kişilerde hedef, fizyolojik ve psikolojik olarak iyileşme sağlamak, kilo verme ve nihai olarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Hem fizyolojik hem de psikiyatrik faktörler bariatrik cerrahi tedavisinde başarı için önemlidir ve ameliyat sonrası kilo verme sonuçlarına katkıda bulunur (148). Literatürde, bariatrik cerrahi öncesinde adayların %17-54'ünde yeme bağımlılığı tanısının olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır, bu nedenle yeme bağımlılığının tespitinin bir bakıma obezite ile mücadelenin basamaklarından biri olarak değerlendirilebileceğini düşünüyoruz. Yeme bağımlılığı ile birlikte aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü varlığının gösterilmesinin, bariatrik cerrahi adayı obezite hastalarında uygun müdahalelerin sağlanması ve ameliyat başarısının artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, bariatrik cerrahi adayı yeme bağımlısı olan 32 hasta ve yeme bağımlısı olmayan 28 hastadan oluşan, toplam 60 obezite hastasının verileri karşılaştırılmıştır. İlk olarak, katılımcılarda YFAS ile ne sıklıkla yeme bağımlılığı tanısının bulunduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri, TAS-20'den aldıkları toplam puanlar ve ölçeğin alt boyutları olan duyguları tanımada güçlük, duyguları ifade etmede güçlük ve dışa dönük düşünme puan düzeyleri ile DDGÖ-16'dan aldıkları toplam puanlar ve ölçeğin alt boyutları açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme puan düzeyleri, yeme bağımlılığı olan ve olmayan hasta grubunda karşılaştırılmıştır. Elde edilen veriler, literatürdeki araştırmalar ve sonuçları ışığında tartışılarak ortaya konulmuştur.

5.1. TÜM OLGULARDA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN İNCELENMESİ

Sosyodemografik veri değerlendirildiğinde, kadın hastaların (kadın n=43, %71,7; erkek n=17, %28,3) daha yüksek oranda başvuruda bulunduğu görülmektedir. Yeme bağımlılığı olanların %78,1'inin kadın, %21,9'unun erkek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda obezitenin daha fazla görülüyor olması, kadınların beden algılarıyla ilgili hassasiyetleri, kilo verme konusunda daha yüksek motivasyona sahip olmaları ve daha fazla oranda tedavi arayışında olmaları başvuran kadın sayısının erkeklerden daha fazla olmasını açıklayabilir. Bariatrik cerrahi için başvuran obezite hastalarında kadınların erkeklerden daha fazla olması diğer çalışmalardaki oranlara benzerlik göstermektedir (107, 112).

Çalışmamızda yeme bağımlılığı olanların %46,9'unun, yeme bağımlılığı olmayanların %35,7'sinin eğitim düzeyinin ilkokul ve ortaokul ile sınırlı olduğu saptanmıştır. Düşük eğitim seviyesinin obezite üzerinde etkisi yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (125). Van Strien ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan obezitesi olan ve olmayan hastaların yeme bağımlılığı düzeylerinin karşılaştırıldığı bir diğer araştırmada, obezitesi olan hastaların eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu ve düşük eğitim seviyesinin hem obezite hem de yeme bağımlılığı için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (143).

Yeme bağımlılığı olanların %53,1'inde, yeme bağımlılığı olmayanların %35,7'sinde kilo alımına neden olan bir yaşam olayı (doğum, göç/taşınma, iş değişikliği vs.) bulunmaktadır. Kadınların %18,3'ü (n=11) doğumdan sonra kilo aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, perinatal dönemde kadınların kilo alımı konusunda bilgilendirilmesi ve izlenmesinin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanım oranı (yeme bağımlılığı olanlarda %31,3, yeme bağımlılığı olmayanlarda %55,6) Türkiye'de sigara kullanım oranından (%25,7) daha yüksek bulunmuştur. Alkol kullanımı oranı ise (yeme bağımlılığı olanlarda %18,8, yeme bağımlılığı olmayanlarda %35,7) Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda (KHRFAT) saptanan Türkiye genelindeki alkol kullanım oranından (%13) daha fazla bulunmuştur (113). Yeme bağımlılığı olan ve olmayan grupta sigara ve alkol kullanımı açısından farklılıklar istatistiksel

açından anlamlı bulunmamıştır. Kıcalı'nın (2015) çalışmasında da sigara ve alkol kullanım sıklığı ile yeme bağımlılığı arasında ilişki gösterilememiştir (120). Başka bir çalışmada ise alkol kullanımı olan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha fazla yeme bağımlılığına sahipti (141). Özgür'ün (2018) çalışmasında sigara kullanmayanlarda daha fazla yeme bağımlılığı olduğu görülmüştür. Bu bulgu, besin-ödül ilişkisinde önemli bir rolü olan prefrontal korteksin uyarılması sonucu besin alımı azalması, benzer şekilde sigara kullanımında da prefrontal korteksin uyarımının olmasıyla açıklanmıştır(142). Çalışmamızda ve literatürde sigara ve alkol kullanımı ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar bulunmasının birkaç farklı sebebi olabilir. Alkol ve sigara kullanımı bazı çalışmalarda var/yok şeklinde sorulurken, bazılarında sıklığı sorulmuştur. Bizim çalışmamızda olduğu gibi, alkol ve sigara kullanımının bağımlılık boyutunda olup olmadığı ayrıntılı bir şekilde incelenmemiştir. Yeme bağımlılığı olan obezite hastalarında olmayanlara göre daha düşük oranda sigara ve alkol kullanımı oranı, bağımlı olanlarda psikiyatrik hastalık komorbiditesinin de daha yüksek oranda bulunmasıyla birlikte dikkate alındığında, yeme bağımlılığı olan hastaların psikiyatrik durumlarla baş etme stratejisi olarak sigara ve/veya alkol kullanımı yerine yemek yeme davranışını sıklıkla kullandığı anlamına geliyor olabilir. Bu bulgu, yeme bağımlılığı ve diğer bağımlılıklar arasında psikiyatrik komorbidite, kişilik, karakter ve mizaç özellikleri, stresle baş etme biçimleri gibi spesifik konuları karşılaştıran çalışmalarla desteklenmelidir.

Çalışma ve kontrol grubumuzun tamamında diyet yapma öyküsü bulunmaktadır. Yeme bağımlılığı olanların %65,6'sında, olmayanlarda %64,3'ünde fazla miktarda egzersiz yapma öyküsü ve yeme bağımlılığı olanların %18,8'inde, olmayanların ise %28,6'sında kilo vermek amacıyla ilaç kullanım öyküsü olduğu saptanmıştır. Deveci ve arkadaşları (2013), bariatrik cerrahi hastalarının %92 oranında diyet, egzersiz ve diğer yöntemleri birlikte uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, obezite hastalarının bariatrik cerrahiye başvurmadan önce kilo vermek amacıyla birçok yöntemi denediklerini göstermektedir (114). Tüm katılımcıların %66,7'si fast food (hazır yemek) tükettiklerini belirtmiştir. Bu durum katılımcıların %55'inin çalışıyor olması sebebiyle dışarıdan hazır yemek tüketimi alışkanlıkları

olmasıyla açıklanabilir. Aynı zamanda bu durum hazır yiyeceklerin kalitesinin ve denetiminin obezite açısından önemini göstermektedir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (yeme bağımlılığı olanlarda %40,6, yeme bağımlılığı olmayanlarda %50) fazla yemek yemenin duygularla ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgu, Peneau ve arkadaşları (2013) tarafından 35.642 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, yüksek duygusal yeme skoru bulunan katılımcıların oranıyla (%57.3) örtüşmektedir (115). Özellikle üzüntülü, kaygılı/sıkıntılı ve sinirliken daha fazla yemek yeme davranışının olmasından dolayı, kaygı ve öfkeyle baş etme stratejilerinin geliştirilmesinin obeziteyi önleme ve tedavi sürecinde önemli olduğu düşünülmüştür.

Yeme bağımlılığı olanların %43,8'i ve olmayanların %28,6'sı gece uykudan uyanarak yemek yediklerini ifade etmişlerdir. Gece yeme sendromu (GYS) ilk olarak obezite hastalarında araştırılmış ve yapılan çalışmalarda GYS sıklığı %6 ile %16 arasında bildirilmiştir (118). Başka bir çalışmada ise GYS sıklığı genel popülasyonda %1,5, obezlerde %15 ve morbid obezlerde ise %42 oranında saptanmıştır (146). Çalışmamızda direkt olarak GYS araştırılmamış olsa da, gece uykudan uyanarak yemek yeme davranışı oranı, morbid obezlerdeki GYS oranıyla örtüşmektedir.

Obezite hastalarında psikiyatrik hastalık öyküsü %13,3 (n=8) oranında saptanmıştır. Bu oran Türkiye'de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) çalışmasında %18 olduğu bildirilen genel toplumdaki yaşam boyu ruhsal bozukluk oranından daha düşük bulunmuştur. Bariatrik cerrahi için başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada geçmişte psikiyatrik tedavi gördüğünü belirten hastaların oranı %32 bulunmuştur (114). Bizim çalışmamızda daha düşük oranda bulunmuş olup bu verilerle örtüşmemektedir. Çalışmamız doğrudan psikiyatrik komorbiditeyi araştırmak üzere kurgulanmamış olduğundan bu veriyi genel popülasyondaki psikiyatrik hastalık sıklığı ile kıyaslamak doğru olmayabilir. Zira, çalışmamızın son derece spesifik ve dar bir örnekleme, içerme ve dışlama kriterleri dahilinde yapılmış olması da bu sonucu açıklıyor gibi görünmektedir. Bariatrik cerrahi için psikiyatrik onay amacıyla gelen hastaların, onay almada problem yaşamamak için psikiyatrik hastalıklarını gizlemiş olma olasılığı da diğer bir sebep olabilir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %75'i (n=45) ailesinde kilo problemi olan başka kişilerin olduğunu belirtmişlerdir. Obez bireylerin ailelerinde obezite varlığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada her iki ebeveyni obez olan çocukta obezite görülme oranı %40, tek ebeveyn obez ise %7 olduğu bulunmuştur (123).

5.2. YEME BAĞIMLILIĞI ORANI VE EN SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Çalışmamızda YFAS ile yeme bağımlılığı tanı kriterlerini karşılayanların oranı %53,3 (n=32) olarak saptanmıştır. Bu oranın, bariatrik cerrahi için başvuran morbid obezite hastalarıyla yapılan araştırmalardaki %30-60 arasında değişen oranlarla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu çalışmadaki yeme bağımlılığı oranı (%53,3) diğer çalışmalara [örneğin; Gearhardt ve ark. (2013) (%41,5), Meule ve ark. (2014) (%40), Begin ve ark. (2012) (%47,8), Lawson ve ark. (2019) (%35,8), Clark ve ark. (2013) (%53,7), Sevincer ve ark. (2015) (%57,8)] benzerlik göstermektedir (57, 107, 121, 138-140). Yaklaşık olarak her 10 hastanın 4-5'inde yeme bağımlılığının olabileceği sonucu, bariatrik cerrahi için başvuran obezite hastalarında yeme bağımlılığının değerlendirilmesinin uygun müdahaleleri sağlama ve nüksleri önleme açısından önemli olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamızda yeme bağımlılığı olan hastalarda ortalama semptom sayısı 5,94 iken, yeme bağımlılığı olmayan hastalarda 2,71 olarak bulunmuştur. En sık görülen semptomlar sırasıyla tekrarlayıcı başarısız bırakma girişimleri, olumsuz sonuçlarının bilinmesine rağmen kullanımı sürdürme ve tolerans gelişimidir (Sırasıyla oranları %93,3, %70, %66,7). Bu bulgularımız, ikinci ve üçüncü semptomların sıklığının sırası değişebilmekle birlikte genel olarak literatür ile uyumludur (57, 130-133).

YFAS Türkçe versiyonunun bariatrik cerrahi hastalarındaki güvenilirlik çalışmasında da tekrarlayıcı başarısız bırakma girişimleri yüksek oranda (%79) saptanmıştır (107). Bu kriter, madde kullanım bozukluğunda kontrol kaybını gösteren kriterlerden biridir ve önemli bir kriterdir. Yemek doğal bir ödüdür ancak madde bağımlılığı olan hastaların madde tüketiminde olduğu gibi, morbid obezitesi olan hastalarda yemek tüketimi kontrol edilemeyen bir hal almaktadır. Yeme

bağımlılığı ve madde kullanım bozukluğu, beyinde yapısal ve nörokimyasal benzer özellikleri gösterirken fenomenolojik olarak da örtüşmektedir.

Yoksunluk semptomunun görülme oranı, Meule ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile bizim çalışmamızda en alt sırada (sırayla %27,1, %25) yer almaktadır. Yiyecek (kalori) azaltılmasıyla birlikte yorgunluk, baygınlık, sinirlilik, baş ağrıları, çarpıntı, ateş, soğuk terleme, üşüme, titreme gibi yoksunlukla ilişkili olabilecek belirtiler bildirilmiştir (58). Hastaların yaşadığı bu belirtileri yiyecek yoksunluğuyla bağdaştırmaması ve yiyecek yoksunluğuyla ilgili bilgi sahibi olmamaları nedeniyle bu oran düşük saptanmış olabilir.

5.3. YEME BAĞIMLILIĞI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Literatürde yeme bağımlılığının cinsiyetle ilişkisine dair farklı sonuçlar saptanmıştır. Cinsiyetler arası hormon profili, perimenstrüel dönemde şeker içeriği yüksek yiyeceklere aşırı istek duyulması ve beslenme şeklindeki farklılık sebebiyle yeme bağımlılığının kadınlarda daha sık görüldüğünü saptayan birçok çalışma bulunmaktadır (117, 126, 127). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında fark görülmemiştir. Bu sonucu destekleyen yayınlar da mevcuttur (116, 128, 138).

Çalışmamızda yeme bağımlılığı olan hastaların ortalama yaşı 39,5 iken, yeme bağımlılığı olmayanda ortalama yaş 34,1'dir ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Yaş ilerledikçe yeme bağımlılığı olma ihtimali artmaktadır diyebiliriz. Pursey ve meslektaşları (2014) tarafından yapılan 25 çalışmadan oluşan ve 196.211 katılımcıyı içeren bir metaanaliz çalışmasında, 35 yaş üstü olan katılımcılarda yeme bağımlılığı belirtilerinin daha fazla olduğu görülmüştür (117). Yeme bağımlılığının, daha yaşlı bireylerde (örnek ortalamasının üzerinde olanlar), kadınlarda, beyaz ırkta ve daha düşük gelir bildiren kişilerde daha yüksek BKİ ile ilişkili olduğunu gösteren bir çalışma mevcuttur (119). Çalışmamız, bariatrik cerrahi için başvuran obezite hastalarıyla yapıldığından yeme bağımlılığı olan obezite hastalarının tedavi arayışının daha geç olduğu söylenebilir. Obezitesi olan kişilerin yeme bağımlılığı semptomlarının genç yaşta belirlenmesi ve tedavisi, yeme bağımlılığının ileri yaşlarda sürmesini engelleyebilir (117).

Flint ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, ilişki durumu ve yeme bağımlılığı arasında tutarlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır (144). Aynı şekilde Özkan (2017)' in çalışmasında yeme bağımlısı olan ve olmayan bireylerin medeni durumu ile yeme bağımlılığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (145). Bizim çalışmamızda da bu bulguları destekleyen bir sonuca ulaşılmıştır. Bu sonuçlar, medeni durumun yeme bağımlılığı açısından etkili bir faktör olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Literatüre bakıldığında bariatrik cerrahi adayı obezite hasta grubu ile yapılan çalışmalarda yeme bağımlılığı ile mevcut BKİ arasında bir ilişki bulunamamıştır (133-136). Bizim çalışmamız da bu bulguyla uyumludur.

Çalışmamızda yeme bağımlılığı olanlarda psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Yeme bağımlılığı ile psikiyatrik hastalıklar arasında yüksek oranda komorbidite bulunmaktadır (138). Balaman (2017) çalışmasında, yeme bağımlılığı ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (116). Obezitesi olan 72 kişinin katıldığı bir diğer çalışmada, katılımcıların %25'i yeme bağımlılığı kriterlerini karşılamıştır ve bu hastaların %72,2'si tıknırcasına yeme bozukluğu, %27,8'i ağır depresyon ve %33,3'ü dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almıştır (129). Bariatrik cerrahi için başvuran obezite hastalarında yeme bağımlılığı ile psikiyatrik hastalık komorbiditesi sıklığının yapılandırılmış klinik görüşmelerle araştırılması bir başka çalışmanın konusu olabilir.

Yeme bağımlılığı olanların ailesinde psikiyatrik öyküsü anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, yeme bağımlılığı ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ilişkisinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Gelecekte bu konuda çalışmak isteyen araştırmacılar için uygun bir araştırma konusu olabilir.

Yapılan çalışmalarda, bariatrik cerrahi aday hastalarda yeme bağımlılığının varlığı daha yüksek duygusal yeme seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur (122, 134, 135, 137). Bizim çalışmamızda yeme bağımlılığı olanlarda daha sıklıkla üzüntülüken yemek yeme davranışı olduğu gösterilmiştir. Tıknırcasına yeme davranışı ve obezitesi olan 40 kadın hastanın katıldığı bir çalışmada, hastalar üzgün olduklarında daha fazla yemek yedikleri ifade etmişlerdir (97). Regresyon analizinde

üzüntülüken daha fazla yemek yemenin yeme bağımlılığını yordadığı saptanmıştır. Yemenin olumsuz duygulanımı hangi mekanizmayla azalttığı tam anlaşılamamıştır fakat karbonhidrat alımının beyinde nörotransmitter, özellikle de serotonin sentezi üzerine etki edebileceği üzerinde durulmuştur (31). Neşeliyken, kaygılı/sıkıntılıyken ve sinirliyken daha fazla yemek yeme davranışı ile yeme bağımlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

5.4. YEME BAĞIMLILIĞI İLE ALEKSİTİMİ İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI

Aleksitimi, bağımlılık için iyi bilinen bir risk faktörüdür ve çalışmamızda aleksitiminin aynı zamanda yeme bağımlılığıyla da ilişkili olduğunu bulduk. YFAS sonucunda yeme bağımlılığı olan ve olmayan hasta grubunda, TAS-20 toplam puanları, TAS-1 ve TAS-2 alt ölçek puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. TAS-3 alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yeme bağımlılığı olan hastalarda aleksitimi oranı %31,25 iken, yeme bağımlılığı olmayanlarda bu oran %0'dır. Ayrıca yapılan korelasyon analizleri ile YFAS semptom sayısı ile TAS-20 toplam puanı ve TAS-1 ile TAS-2 alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü ve orta-üst derecede istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular '*Yeme bağımlılığı olan obezite hastalarında aleksitimi mevcuttur.*' hipotezini desteklemektedir.

Literatürde yeme bozuklukları ile aleksitimi ilişkisini ve bağımlılık ile aleksitimi ilişkisini inceleyen çok sayıda araştırma olmasına rağmen, yeme bağımlılığı ile aleksitimi ilişkisini inceleyen çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Brunault ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan ve bariatrik cerrahi adayı 188 obezite hastasından oluşan bir çalışmada, hastaların dürtüsellik, aleksitimi ve beş faktörlü kişilik özellikleri incelenmiştir. Araştırmanın bulgularına göre yeme bağımlılığı yaygınlığı %16,5 olarak bulunmuştur ve yeme bağımlılığı olan hastalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde TAS-1 ve TAS-2 puanları daha yüksek saptanmıştır. Yeme bağımlılığı belirtileri ile aleksitimi özellikleri arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür (82).

2020 yılında Türkiye’de 24.380 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, aleksitiminin bağımlılık yaratan gıda tüketimiyle pozitif ve anlamlı bir ilişkisinin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma, kişinin kendi duygularını tanıma ve tanımlama yeteneğinin, bağımlılık yaratan gıda tüketimi gelişmesine karşı güçlü bir koruyucu faktör olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmada gıda tüketimi değerlendirilen yeni geliştirilmiş Gıda Bağımlılığı Risk Anketi’nin psikometrik özellikleri test edilmiş ve YFAS yerine bu ölçek ile yeme bağımlılığı saptanmıştır (83). Yapılan bir başka araştırmada da yeme bağımlılığının aleksitimi ile ilişkisi gösterilmiştir (149).

Türkiye’de yapılan tez çalışmalarına bakıldığında, İstanbul’da, Ege ve İç Anadolu Bölgesi’nde yaşayan bireylerin yeme bağımlılığı düzeyleri arttıkça aleksitimi toplam puanlarının yükseldiği ve aleksitimi alt boyutlarından TAS-1 ve TAS-2 puanlarının, yeme bağımlılığı düzeyi yüksek olan katılımcılarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (150-152).

Öte yandan, yeme bağımlılığı ile benzer bir değişken olarak, aleksitimi ile yeme davranışları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Westwood ve arkadaşları (2017) aleksitimi ve yeme davranışları konulu sistematik gözden geçirme ve metaanaliz çalışması yürütmüştür. Yeme bozukluğu olan örnekleme TAS-20 değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmaların karşılaştırıldığı metaanalizde, sağlıklı kontrol grubu ile yeme bozukluğu olan kişilerin aleksitimi skorları karşılaştırılmıştır. Yeme bozukluğunun tüm tiplerinde bireylerin TAS-1 ve TAS-2 alt boyutlarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu durum, kişilerin duygularını tanımada ve ifade etmede yaşadıkları güçlükler nedeniyle kendilerini daha iyi hissedebileceklerini düşündükleri işlevsel olmayan yeme davranışlarına yönelebileceğini düşündürmektedir (153).

Morie ve arkadaşları (2016) bağımlılık ile aleksitiminin nörobiyolojik bağlantıları üzerine odaklanmıştır. Beyin görüntüleme yöntemleri ile aleksitimik bireylerin ödül ve kayıp süreçleme becerilerinin karşılaştırılması sonucunda, aleksitimik bireylerin daha fazla ödül arayışı içinde olduğu görülmüştür. Bu çalışma kokain bağımlılığı olan kişilerde yapılmıştır. Davranışsal bağımlılıklar açısından ele alındığında ise, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile davranışsal bağımlılıkların haz ve ödül arayışı, tolerans, geri çekilme, duygudurum değişimi ve işlevsellikte

bozulma gibi belirgin semptomlar açısından benzerlikleri olduğu görülmektedir. Bu durum, bağımlılık ile aleksitimi arasında özellikle duygudurum düzenleme aracı ya da olumsuz başa çıkma yöntemi olarak ilişki olabileceğini düşündürmektedir (9).

5.5. YEME BAĞIMLILIĞI İLE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda DDGÖ-16 toplam puanı ve duygu açıklığının eksikliği, olumsuz duygulanımda amaca yönelik hareket edememe, dürtüsel davranışları kontrol edememe, uygun stratejiye erişememe ve duyguyu kabullenememe alt ölçeklerinin yeme bağımlılığı ile ilişkisi incelenmiştir. Tüm olgularda, yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerde DDGÖ-16 toplam puanı ile alt ölçek puanları, yeme bağımlılığı tanısı almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yapılan korelasyon analizi ile YFAS semptom sayısı ile DDGÖ-16 toplam puanı arasında yüksek dereceli ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki, alt ölçekleri olan açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme puanları arasında pozitif yönlü ve orta-üst derecede istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular '*Yeme bağımlılığı olan obezite hastalarında duygu düzenleme güçlüğü puanları yüksektir.*' hipotezini desteklemektedir.

Pivarunas ve Conner (2015) tarafından yeme bağımlılığı yordayıcıları olarak dürtüsellik ve duygu düzenleme becerilerinin incelendiği 878 kişi ile yapılan bir çalışmada, dürtüsellik alt boyutlarından olumsuz aciliyetin (kişilerin olumsuz durumlardan kaçınmak için dürtüsel davranma eğilimi) ve duygu düzenleme güçlüğü'nün yeme bağımlılığı belirtilerini anlamlı biçimde yordadığı saptanmıştır (102).

Yeme bağımlılığı olan bireylerin aşırı yeme epizodlarını daha sık yaşadığı ve kendilerini rahatlatmak için daha fazla yemek yemeye başvurdukları (140, 155), yeme bağımlılığı olmayanlara göre duygu düzenlemede daha fazla zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (156). Kişilerin içinde bulunduğu olumsuz duyguları etkin biçimde yönetememesinden dolayı farklı davranışlara yönelik motivasyonları artmaktadır. Motivasyonun gerekçesi, yapılan davranışın kişiyi olumsuz durumdan

uzaklaştıracığı ya da yaşadığı problemi çözeceğine yönelik çarpıtılmış düşüncelerdir. Madde ya da davranışsal bağımlılıklarda, kişilerin kendilerini kötü hissettiklerinde veya bir problemle karşılaştıklarında ödül niteliğinde olan maddeye veya davranışa yönelmesi, duygularını deneyimleme konusunda yaşadıkları işlev sorunları olarak düşünülmektedir (154).

229 kişinin katılımıyla yapılan bir çalışmada (2018), yeme bağımlılığı ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler, amaca yönelik davranışlarda zorluklar, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi, dürtüsel davranışları kontrol edememe, duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim ve duygusal netlik eksikliği gibi duygu düzenleme güçlüğü alt ölçek puanları bağımlılığı olmayan bireylerle karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (157).

Schulte ve Gearhardt (2020) tarafından yapılan fazla kilolu ve obezitesi olan 46 kişiden oluşan çalışmada, yeme bağımlılığı olan kişilerde, madde kullanım bozukluğu olan kişiler ile yapılan önceki çalışmalarda gösterildiği gibi duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve aşermenin daha fazla olduğu gösterilmiştir (124).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve obezitesi olan 96 kişiden oluşan başka bir çalışmada, YFAS ile %41,5 oranında yeme bağımlılığı saptanmıştır. Bu hastaların, önemli ölçüde daha yüksek düzeyde olumsuz duygulanım, duygu düzenleme güçlüğü, başka bir yeme bozukluğu ve daha düşük benlik saygısına sahip olduğu bulunmuştur (130).

146 kişiden oluşan bariatrik cerrahi adayları olan obezite adaylarında yeme bağımlılığının altında yatan mekanizmaları araştıran bir çalışmada, yeme bağımlılığı olan ve olmayan katılımcılar ödül duyarlılığı, dürtüsellik, duygu düzenleme güçlüğü ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Yeme bağımlılığı olan obezite adaylarının (%16) daha fazla duygu düzenleme güçlüğü, daha fazla zarardan kaçınma ve daha az kendini yönetme becerileri sergilediğini gösterilmiştir (131).

Bu çalışmaların dışında literatüre bakıldığında, yeme bağımlılığı ile duygu düzenleme güçlüğü ilişkisi birçok çalışma ile gösterilmiştir (57, 64, 156, 158-161). Duygu düzenleme güçlüğü olan kişilerin duygularla ilgili farkındalıkları daha azdır ve olumsuz duyguları işlemede güçlük yaşarlar. Olumsuz duygularına uygun

yanıt veremeyen kişiler bu duygulardan kaçmak, uzaklaşmak ve dikkatini başka yöne çekmek için hedonik davranışlar gösterebilir, yeme bağımlılığında sorumlu aşırı lezzetli yiyecekleri tüketebilirler (59). Duygu düzenlemeyi geliştirici psikolojik müdahaleler ile duygu düzenlemede güçlüklerin azaltılmasının yanı sıra duygusal yeme, yeme bağımlılığı ve obezitenin önlenmesinde de etkili olabilir.

5.6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Kısıtlılıkların başında örneklemimizin, güç analizine göre belirtilen sayıya uygun fakat hedeflenen sayıdan daha az olması gelmektedir. COVID-19 pandemisi sebebiyle elektif olmasından dolayı bariatrik cerrahi operasyonlarının durdurulması ve birkaç ay boyunca hasta başvurusunun olmaması bu kısıtlılığa sebep olmuştur.

Katılımcılar bariatrik cerrahi için psikiyatri onayı amacıyla polikliniğe başvurduklarında, çalışmamız hakkında bilgilendirilmiş ve bu çalışmanın cerrahi işlem için psikiyatri onayından tamamıyla bağımsız olduğu ifade edilmiştir. Fakat katılımcılar psikiyatri onayını etkileyebileceğini düşünüp ölçekleri kendilerini gizleyerek ve iyi göstererek doldurmuş olabilirler.

Katılımcıların sadece morbid obez kişilerden oluşması ve sağlıklı kontrol grubu ile birlikte değerlendirilmemiş olması, kesitsel bir çalışma olması, depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmemesi ve öz bildirim dayalı ölçeklerin kullanılması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarıdır. Örneklem sayısının benzer diğer çalışmalarla kıyaslanabilir olması, bütün katılımcıların verilen yönergeleri anlayarak uygulayabilecek yeterlilikte olması, başta yeme bağımlılığı oranı olmak üzere elde edilen bulguların benzer çalışmalarla örtüşür olması bu çalışmanın güvenilir ve güçlü yönleridir.

6. SONUÇLAR

Sonuç olarak çalışmamızda, bariatrik cerrahi aday hastalarla yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde yeme bağımlılığı oranı (%53,3) saptanmıştır. Sosyodemografik değişkenlere bakıldığında, ortalama yaş, psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve üzüntülüken daha fazla yemek yeme davranışı değişkenleri yeme bağımlılığı olan ve olmayan grupta istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Diğer değişkenler açısından anlamlı fark bulunamamıştır, bunu katılımcı sayısının nispeten az olmasıyla açıklayabiliriz.

Yeme bağımlılığı olan grupta olmayan gruba göre daha fazla aleksitimi saptanmıştır. TAS-20 toplam puan ve alt ölçekleri TAS-1 ve TAS-2 puan farklılığı her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur, TAS-3 puanları anlamlı bulunmamıştır. Aynı zamanda yeme bağımlısı olan grupta, DDGÖ-16 toplam puanı ve alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Korelasyon analizlerinde, yeme bağımlılığı ile aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular hipotezlerimizi destekler niteliktedir ve literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur.

Son dönemlerde obezite sıklığının hızlı artışıyla birlikte obezite nedenleri arasında yer alan yeme bağımlılığı ile yapılan çalışmaların literatürde ivme kazandığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında, bariatrik cerrahi aday obezite hastalarında yeme bağımlılığının aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkisini bir arada inceleyen bir çalışmaya rastlanmamış olması nedeniyle araştırmamızın mevcut literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için bundan sonra yapılacak çalışmalarda örneklem sayısının artırılması, örneklem grubunun normal ağırlık (BKİ 20-24.9), fazla kilolu (25-29.9) ve obezite (≥ 30) gruplarını içermesi çalışmanın güvenilirliğini arttıracaktır. Klinik tanımı henüz netlik kazanmamış olan yeme bağımlılığına dair çalışmalar arttıkça; psikolojik, nörobiyolojik süreçleri ve ilişkili faktörleri daha ayrıntılı değerlendirilebilecek ve bir bağımlılık türü olarak tanımlanıp tanımlanmayacağı kesinlik kazanacaktır.

Bariatrik cerrahi için başvuran obezite hastalarında psikiyatrik hastalık komorbiditesi sıklığının yapılandırılmış klinik görüşmelerle araştırılması bir başka çalışmanın konusu olabilir. Literatürde yeme bağımlılığı ile ailede psikiyatrik

hastalık öyküsü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmadığı için bu konuda çalışmak isteyen araştırmacılar için uygun bir araştırma konusu olabilir.



7. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Global Database on Body Mass Index 2016.
2. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011;378(9793):804-814.
3. Fried M, Yumuk V, Oppert JM, et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obes Surg*. 2014;24(1):42-55.
4. Adams RC, Sedgmond J, Maizey L, et al. Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating Nutrients. 2019;11(9),2086.
5. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*. 1973;22(2):255-262.
6. Wenar C, Kerig. *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*. McGraw-Hill. 2000;18(5):478.
7. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26(1):41-54.
8. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic medicine*. 1981;43(6), 531-543.
9. Morie KP, Yip SW, Nich C, Hunkele K, Carroll KM, Potenza MN. Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Curr Addict Rep*. 2016;3(2):239-248.
10. Tekin, Atilla & Topal, Çiğdem. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2019;5(2):111-9.
11. Gregg EW, Shaw JE. Global health effects of overweight and obesity. *N Eng J Med*. 2017; 377(1): 80-1.
12. Korugan Ü, Damcı T, Özbey N ve ark. Klinik Obezite. Obezite Çalışma Grubu Yayını, İstanbul, Roche Yayınları. 2000
13. World Health Organization. Health Topics, Obesity. <https://www.who.int/topics/obesity/en/> 2019
14. Ünal G. Yetişkin kadınlarda yaşam koşullarının antropometrik ölçümler ve obezite ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. 2010
15. Woo KS, Chook P, Yu CW, Sung RY, Qiao M, Leung S, et al. Effects of Diet and Exercise in Obesity Related Vascular Dysfunction in Children. *Circulation*. 2004 Apr 27;109 (16): 1981- 1986.
16. Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. *Williams Textbook of Endocrinology 9th Edition*, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998;16(5):422-33.
17. Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, Sørensen TI. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34(1):29-40.
18. Baughcum AE; Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal Feeding Practices and Childhood Obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152(10):1010-4.

19. Congdon P. Obesity and urban environments. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(3):464.
20. Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments?. *Obes Rev.* 2011;12(5):e95-e106.
21. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997;337(13):869-873.
22. Arenz S, Rückerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(10):1247-1256.
23. Wake M, Nicholson JM, Hardy P, Smith K. Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian national population study. *Pediatrics.* 2007;120(6):e1520-e1527.
24. Aydın C. Yeme tutumu, ortorektik belirtiler ve ana-babaya bağlanma arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. 2010
25. Özçürümez G. Psikoseksüel Gelişim Evreleri. Köşkdere AA (ed.) *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler. Birinci Baskı.* Ankara: TPD Yayınları. 2011, 199-200.
26. Topham GL, Hubbs Tait L, Rutledge JM, Page MC, Kennedy TS, Shriver LH, et al. Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite* 2011;56(2):261-64.
27. Sullivan S, Cloninger CR, Przybeck TR, Klein S. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *Int J Obes* 2007;31(4):669-74.
28. Darby A, Hay P, Mond J, Quirk F, Buttner P, Kennedy L. The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *Int J Eat Disord.* 2009;42(2):104-108.
29. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(2):87-91.
30. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite.* 2008;50(1):1-11.
31. Sevincer G, Konuk N. Emotional Eating. *J Mood Disorder.* 2013;3(4):171-8.
32. Favieri F, Forte G, Casagrande M. The Executive Functions in Overweight and Obesity: A Systematic Review of Neuropsychological Cross-Sectional and Longitudinal Studies. *Front Psychol.* 2019;10:2126.
33. Altıntaş M, Özgen U. Kişilik yapısının yeme biçimleri üzerindeki etkisi. *Int J Soc Sci Educ Res.* 2017;3(5):1797- 810.
34. Seger JC, Horn DB, Westman EC, Lindquist R, Scinta W, Richardson LA, et al. Obesity Algorithm, presented by the American Society of Bariatric Physicians. 2014.
35. Gülçelik NE, Gürlek A, Usman A. Obezitenin medikal tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2007;38:212-217.
36. Sağlık teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, Türkiye'de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri, STD 2014.01/00, Ankara-2014.
37. Kim S, & Kim R. A Study of Internet Addiction: Status, Causes, and Remedies Focusing on the alienation factor. *International Journal of Human Ecology.* 2012;3(1),1-19.

38. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, Eslami M, Alaghemandan H, Setare M. Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. *Int J Prev Med.* 2012;3(4):290-294.
39. Tuomisto T, Hetherington MM, Morris MF, Tuomisto MT, Turjanmaa V, Lappalainen R. Psychological and physiological characteristics of sweet food “addiction”. *Int J Eat Disord.* 1999;25(2):169-175.
40. Moreno C., Tandon R. Should overeating and obesity be classified as an addictive disorder in DS. *Curr Pharm Des.* 2011;17,1128–31.
41. Randolph TG. The descriptive features of food addiction. *Addictive eating and drinking. Quarterly journal of studies on alcohol.* 1956;17:198-224.
42. Meule A. Back by Popular Demand: A Narrative Review on the History of Food Addiction Research. *Yale J Biol Med.* 2015;88;295-302.
43. Cerný L, Cerný K. Can carrots be addictive? An extraordinary form of drug dependence. *Br J Addict.* 1992;87(8):1195-1197.
44. Cocores JA, Gold MS. The Salted Food Addiction Hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Med Hypotheses.* 2009;73(6):892-899.
45. Wang G-J, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, et al. Brain dopamine and obesity. *The Lancet.* 2001;357(9253):354-7.
46. Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2008;32(1):20-39
47. Johnson PM, Kenny PJ. Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature neuroscience.* 2010;13(5):635.
48. Rothemund Y, Preuschhof C, Bohner G, Bauknecht HC, Klingebiel R, Flor H, et al. Differential activation of the dorsal striatum by high-calorie visual food stimuli in obese individuals. *NeuroImage.* 2007;37(2):410–21.
49. Dimitropoulos A, Tkach J, Ho A, Kennedy J. Greater corticolimbic activation to high-calorie food cues after eating in obese vs. normal-weight adults. *Appetite.* 2012;58(1):303-12.
50. Wang GJ, Volkow ND, Fowler JS. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity. *Expert Opin Ther Targets.* 2002;6(5):601-609.
51. Öyekçin DG, Deveci A, Yeme bağımlılığının etyolojisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2012;4(2):138-153
52. Liu Y, Von Deneen K, Kobeissy, F, Gold M. Food addiction and obesity: evidence from bench to bedside. *Journal Of Psychoactive Drugs.* 2010;42(2):133-45.
53. Pedram P, Wadden D, Amini P, et al. Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS One.* 2013;8(9):e74832. Published 2013 Sep 4.
54. Davis C, Carter JC. If certain foods are addictive, how might this change the treatment of compulsive overeating and obesity? *Current Addiction Reports.* 2014;1(2),89-95.
55. Meule A. How Prevalent is "Food Addiction"?. *Frontiers in psychiatry.* 2011;2,61.

56. Lent MR, Eichen DM, Goldbacher E, Wadden TA, Foster GD. Relationship of food addiction to weight loss and attrition during obesity treatment. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(1):52-55.
57. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(5):657-63.
58. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 2009;52(2):430-436.
59. Sönmez Güngör HE. Yeme Bağımlılığı ve İlişkili Özelliklerin Beden Kitle İndeksine Göre İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2017.
60. Bayraktar F, Erkman F, Kurtuluş E. Adaptation study of Yale food addiction Scale. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2012;22(1):38.
61. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychol Addict Behav*. 2016;30(1):113-121.
62. Kafes AY, Ülker S, Sayar GH. Yeme Bağımlılığı. *Current Addiction Research*. 2018;2(2):54-58.
63. Max B. This and that: chocolate addiction, the dual pharmacogenetics of asparagus eaters, and the arithmetic of freedom. *Trends Pharmacol Sci*. 1989;10(10):390-393.
64. Ceccarini M, Manzoni GM, Castelnovo G, Molinari E. An Evaluation of the Italian Version of the Yale Food Addiction Scale in Obese Adult Inpatients Engaged in a 1-Month-Weight-Loss Treatment. *J Med Food*. 2015;18(11):1281-1287.
65. Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH. The phenomenon of 'alexithymia'. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*. 1977;28(1-4):47-57.
66. Ahrens S, Deffner G. Empirical study of alexithymia: methodology and results. *Am J Psychother*. 1986;40(3):430-447.
67. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge, Cambridge University Press. 1997.
68. Apfel RJ, Sifneos PE. Alexithymia: concept and measurement. *Psychother Psychosom*. 1979;32(1-4):180-190.
69. Epözdemir H. Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği mi? *Türk Psikoloji Yazıları*. 2012;15(30):25-33.
70. Berenbaum H, Irvin S. Alexithymia, anger, and interpersonal behavior. *Psychother Psychosom*. 1996;65(4):203-208.
71. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilim Fakültesi Derg*. 2002;35(1-2):183-212.
72. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*. 2001;42(3):235-240.
73. Güler HK. Yetişkin Bireylerde Bağlanma Biçimleri İle Psikososyodemografik Değişkenlerin Aleksitimi Düzeyi Üzerindeki Etkileri. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Uygulamalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi. 2014.

74. Salminen JK, Saarijärvi S, Aärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res.* 1999;46(1):75-82.
75. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):629-635.
76. Candansayar S. Genç erişkin sağlıklı gönüllülerde aleksitimi prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Özet Kitabı, Bursa. 1993,120.
77. Ziółkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?. *Psychother Psychosom.* 1995;63(3-4):169-173.
78. Loas G, Fremaux D, Otmani O, Lecercle C, Delahousse J. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Compr Psychiatry.* 1997;38(5):296-299.
79. Lumley MA, Roby KJ. Alexithymia and pathological gambling. *Psychother Psychosom.* 1995;63(3-4):201-206.
80. Kun B, Demetrovics Z. Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Subst Use Misuse.* 2010;45(7-8):1131-1160.
81. Karagöl A, Özçürümez G, Taşkıntuna N, Nar, A. Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2014;15(3).
82. Brunault P, Ducluzeau PH, Courtois R, et al. Food Addiction is Associated with Higher Neuroticism, Lower Conscientiousness, Higher Impulsivity, but Lower Extraversion in Obese Patient Candidates for Bariatric Surgery. *Subst Use Misuse.* 2018;53(11):1919-1923.
83. Kircaburun K, Ünübol H, Sayar GH, Stavropoulos V, Griffiths MD. Measurement, prevalence, and psychological risk factors associated with addictive food consumption: Development of a new food addiction scale and evidence from a national largescale sample. *Journal of behavioral addictions.* 2020;9(3),836–852.
84. Gao T, Li J, Zhang H, et al. The influence of alexithymia on mobile phone addiction: The role of depression, anxiety and stress. *J Affect Disord.* 2018;225:761-766.
85. Mahapatra A, Sharma P. Association of Internet addiction and alexithymia - A scoping review. *Addict Behav.* 2018;81:175-182.
86. Elmas HG, Cesur G, Oral ET. Aleksitimi ve Patolojik Kumar: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü (Alexithymia and Pathological Gambling: The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation). *Türk psikiyatri dergisi (Turkish journal of psychiatry).* 2017;28(1),17–24.
87. Zdankiewicz-Ścigała E, Ścigała DK. Relationship Between Attachment Style in Adulthood, Alexithymia, and Dissociation in Alcohol Use Disorder Inpatients. Mediatonal Model. *Frontiers in psychology.* 2018;9,2039.
88. Farges F., Corcos M, Speranza M, Loas G, et al. Alexithymie et toxicomanie: Alexithymia, depression and drug addiction. *L'Encephale.* 2004;30(3),201-211.
89. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review.* 1991;3(4):269-307.
90. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion.* 1999;13(5):551-73

91. Koole S. The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and Emotion*. 2009;23(1),4-41.
92. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011;37(1):37-42.
93. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348.
94. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.
95. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Why is Emotion Regulation Important? In: *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York, United States, Guilford Press. 2011;1-16.
96. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995;3(2),151-164.
97. Chua JL, Touyz S, Hill AJ. Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28(4):606-610.
98. Lavender JM, Anderson DA. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *Int J Eat Disord*. 2010;43(4):352-357.
99. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull*. 1991;110(1):86-108.
100. Joyner MA, Gearhardt AN, White MA. Food craving as a mediator between addictive-like eating and problematic eating outcomes. *Eat Behav*. 2015;19:98-101.
101. Davis C, Carter JC. Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*. 2009;53(1):1-8.
102. Pivarunas B, Conner BT. Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eat Behav*. 2015;19:9-14.
103. Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschien-Caffier B, Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Res*. 2012;197(1-2):103-111.
104. Van Strien T, Ouwens MA. Counterregulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eat Behav*. 2003;3(4):329-340.
105. Bydlowski S, Corcos M, Jeammot P, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;37(4):321-329.
106. Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite*. 2013;60(1):103-110.
107. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, Saraçlı Ö, Coşkun H. Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16(1):44-53

108. Taylor GJ, Ryan D, Bagby M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1985;44(4):191-9.
109. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):23-32.
110. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çıtak S, Evren C, Borckardt J, et al. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2009;19(3):214.
111. Yiğit İ, Guzey Yiğit M. Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*. 2017;1-9.
112. De Panfilis C, Cero S, Torre M, et al. Utility of the temperament and character inventory (TCI) in outcome prediction of laparoscopic adjustable gastric banding: preliminary report. *Obes Surg*. 2006;16(7):842-847.
113. Çelepkolu T, Atli A, Palancı Y, Yılmaz A, et al. Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. 2014.
114. Devenci E, Berk SÖ. Obezite cerrahisi adayı olan ve olmayan obez bireylerde yeme özellikleri, beden bölgesinden hoşnutsuzluk, tedavi motivasyonu ve psikopatolojinin değerlendirilmesi, yüksek lisans tezi, İstanbul. 2013.
115. Péneau S, Ménard E, Méjean C, Bellisle F, Hercberg S. Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *Am J Clin Nutr*. 2013;97(6):1307-1313.
116. Balaman İlayda B. Bakırköy İlçesindeki Yetişkin Populasyonda Yeme Bağımlılığı ve İlişkili Etmenler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2017.
117. Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*. 2014;6(10):4552-4590.
118. Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res*. 2001;9(4):264-267.
119. Schulte EM, Gearhardt AN. Associations of Food Addiction in a Sample Recruited to Be Nationally Representative of the United States. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26(2):112-119.
120. Kıcalı GD. Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve yeme bağımlılığının farklı kişilik özellikleri ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya. 2015.
121. Lawson L, Goldman R, Swencionis C, Wien R, Persaud A. Examining Food Addiction and Acculturation Among a Hispanic Bariatric Surgery, Seeking Participant Group. *Obesity Surgery*. 2019;8(3):1-7.
122. Pepino MY, Stein RI, Eagon JC, Klein S. Bariatric surgery-induced weight loss causes remission of food addiction in extreme obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(8):1792-1798.
123. Aktaş NY. Konya il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeydeki 9-11 yaş grubu öğrencilerin obezite prevalansı ve bunu etkileyen faktörler. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. 2001.
124. Schulte EM, Gearhardt AN. Attributes of the food addiction phenotype within overweight and obesity [published online ahead of print, 2020 Oct 31]. *Eat Weight Disord*. 2020;10.

125. Wen W, Gao YT, Shu XO, Yang G, Li HL, Jin F, et al. Sociodemographic, behavioral, and reproductive factors associated with weight gain in Chinese women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003;27:933-40.
126. Davis C, Loxton NJ, Levitan RD, Kaplan AS, Carter JC, Kennedy JL. "Food addiction" and its association with a dopaminergic multilocus genetic profile. *Physiol Behav*. 2013;118:63–69.
127. Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*. 2007;1-29.
128. Çelebi C. Obezite Hastalarında Yeme bağımlılığı, Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul. 2015.
129. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*. 2011;57(3):711-717.
130. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive psychiatry*. 2013;54(5):500-5.
131. Ouellette AS, Rodrigue C, Lemieux S, Tchernof A, Biertho L, Bégin C. An examination of the mechanisms and personality traits underlying food addiction among individuals with severe obesity awaiting bariatric surgery. *Eating and weight disorders*. 2017;22(4):633–640.
132. Meadows A, Nolan LJ, Higgs S. Self-perceived food addiction: Prevalence, predictors, and prognosis. *Appetite*. 2017;114:282-98.
133. Brunault P, Ducluzeau PH, Bourbao-Tournois C, et al. Food Addiction in Bariatric Surgery Candidates: Prevalence and Risk Factors. *Obes Surg*. 2016;26(7):1650-1653.
134. Miller-Matero LR, Armstrong R, McCulloch K, Hyde-Nolan M, Eshelman A, Genaw J. To eat or not to eat; is that really the question? An evaluation of problematic eating behaviors and mental health among bariatric surgery candidates. *Eat Weight Disord*. 2014;19(3):377-382.
135. Koball AM, Clark MM, Collazo-Clavell M, et al. The relationship among food addiction, negative mood, and eating-disordered behaviors in patients seeking to have bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12(1):165-170.
136. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, Coşkun H. Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year: Prospective observational study. *Psychiatry Res*. 2016;244:159-164.
137. Meule A, Müller A, Gearhardt AN, Blechert J. German version of the Yale Food Addiction Scale 2.0: Prevalence and correlates of 'food addiction' in students and obese individuals. *Appetite*. 2017;115:54-61.
138. Meule A, Heckel D, Jurowich CF, Vögele C, Kübler A. Correlates of food addiction in obese individuals seeking bariatric surgery. *Clin Obes*. 2014;4(4):228-236.
139. Bégin C, St-Louis MÈ, Turmel S, Tousignant B, Marion LP. et al. Does food addiction distinguish a specific subgroup of overweight/obese overeating women?. 2012.
140. Clark SM, Saules KK. Validation of the Yale Food Addiction Scale among a weight-loss surgery population. *Eating behaviors*. 2013;14(2):216–219.
141. Ünal E, Aydın R, Gökler ME, Ünsal A. Eating disorders and anxiety among high school students in Western area of Turkey. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2017;4:3513-20.

142. Özgür M, Uçar A. Ankara'da Yaşayan Üniversite Öğrencilerinde Besin Bağımlılığı ve Gece Yeme Sendromunun Değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1),10-21.
143. Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*. 2009;52(2):380-387.
144. Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(3):578-586.
145. Özkan İ. Assessment of Food Addiction, Depression and Diet Quality in Overweight/Obese Women. Hacettepe University Institute of Health Sciences, M.Sc. Thesis in Dietetic, Ankara. 2017.
146. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003;27(1):1-12.
147. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg*. 2014;149(3):275-287.
148. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-229.
149. Christensen BJ, Schmidt JB, Nielsen MS, Tækker L, et al. Patient profiling for success after weight loss surgery (GO Bypass study): An interdisciplinary study protocol. *Contemporary clinical trials communications*. 2018;10,121-130.
150. İyidir B, Ünübol H. İstanbul'da Yeme Bağımlılığı ile Aleksitimi İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2019.
151. Sargın C, Hızlı Sayar G. Ege Bölgesi'nde Yeme Bağımlılığı ile Aleksitimi İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2019.
152. Yılmaz A, Ünübol H. İç Anadolu Bölgesi'nde Yeme Bağımlılığı ile Aleksitimi İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2019.
153. Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res*. 2017;99:66-81.
154. Stojek MK, Fischer S, MacKillop J. Stress, cues, and eating behavior. Using drug addiction paradigms to understand motivation for food. *Appetite*. 2015;92(2),252-260.
155. Chao AM, Shaw JA, Pearl RL, et al. Prevalence and psychosocial correlates of food addiction in persons with obesity seeking weight reduction. *Compr Psychiatry*. 2017;73:97-104.
156. Innamorati M, Imperatori C, Harnic D, et al. Emotion Regulation and Mentalization in People at Risk for Food Addiction. *Behav Med*. 2017;43(1):21-30.
157. Hardy R, Fani N, Jovanovic T, Michopoulos V. Food addiction and substance addiction in women: Common clinical characteristics. *Appetite*. 2018;120:367-373.
158. Wenzel KR, Weinstock J, McGrath AB. The Clinical Significance of Food Addiction. *J Addict Med*. 2020;14(5):e153-e159.
159. El Archi S, Cortese S, Ballon N, Réveillère C, De Luca A, Barrault S, Brunault P. Negative Affectivity and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020;12(11),3292.

160. Imperatori C, Fabbriatore M, Lester D, et al. Psychometric properties of the modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0 in an Italian non-clinical sample. *Eat Weight Disord.* 2019;24(1):37-45.

161. Imperatori C, Innamorati M, Lamis DA, Farina B, Fabbriatore M, Contardi A. Body uneasiness is associated with food addiction symptoms: A cross-sectional study. *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26(6):638-644.

