

**Obezite Cerrahisi (Bariatrik Cerrahisi) Öncesi ve
Sonrası Dönemde Hastaların Depresyon, Beden
Memnuniyeti ve Yeme Tutumunun
Değerlendirilmesi**

Neşe Tuna

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve
Diyetetik Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Haziran 2016
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim ve Araştırma Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mustafa Tümer
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Murat Baş
Tez Danışmanı

Değerlendirme komitesi

1. Prof. Dr. Murat Baş

2. Yrd. Doc. Dr. Ceren Gezer

3. Yrd. Doc. Dr. Seray Kabaran

ABSTRACT

Obesity requires a multidisciplinary treatment. Obesity can be treated in two ways; including medical and surgical treatments. Surgical treatment, known as Bariatric surgery and comprising a series of operations are performed.

Three kinds of scale were used to the 60 patients before and after bariatric operation. These scales are; 1) Beck Depression Inventory, 2) Eating Attitudes Test 3) Multidimensional Body-Self / Essence is the relationship scale. The mean and standard deviation of BKİ variable for preoperative and postoperative were found significantly difference as follows; 44.42 ± 5.27 , 31.03 ± 3.848 respectively ($p < 0.001$). Mean and standard deviation values of the Beck Depression Inventory preoperative and postoperative were found significantly difference as follows; 28.15 ± 8.745 , 9.450 ± 5.779 respectively ($p < 0.001$). These results were found for Multidimensional Body Self / Self Relationship Questionnaire 225.3 ± 28.79 , 149.8 ± 28.15 ($p < 0.001$) and for Eating Attitudes Test results; found as 47.96 ± 15.71 , 29.26 ± 8.38 This differences was determined to be significantly different ($p < 0.001$).

Studies showed that effective weight loss was found in bariatric surgery. It has been found that the quality life is increased. Finally, it was found that the patients felt themselves better and healthier in psychological, physical and metabolic situation.

Keywords: Obesity, Bariatric surgery, Beck Depression Scale, Multidimensional Body Self / Self Relationship Questionnaire, Eating Attitudes Test

ÖZ

Obezite, multidisipliner bir tedavi gerektirmektedir. Obezite medikal ve cerrahi olmak üzere iki yöntemle tedavi edilmektedir. Cerrahi tedavisinde Bariatrik cerrahi olarak bilinen ve bir dizi ameliyatlardan oluşan tedavi yöntemi uygulanmaktadır

Çalışmaya obez olan 60 hasta dâhil edilmiş, ameliyat öncesi ve sonrası üç farklı ölçek kullanılarak veriler elde edilmiştir. Bunlar sırasıyla; 1) Beck Depresyon Envanteri, 2) Yeme Tutumu Testi 3) Çok Yönlü Beden-Benlik/Öz İlişki ölçeğidir. Hastaların ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $44,42 \pm 5,27$ iken ameliyat sonrasında $31,03 \pm 3,848$ 'e kadar düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak önemli düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

Hastaların ameliyat öncesi BECK Depresyon Envanteri ortalama ve standart sapma değeri; $28,15 \pm 8,745$ iken ameliyat sonrası bu değer; $9,450 \pm 5,779$ kadar düşmüştür. Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği için ilgili değerler; $149,8 \pm 28,15$, $225,3 \pm 28,79$ kadar yükseldiği, yeme tutum testi sonuçlarına göre ise; $47,96 \pm 15,71$, $29,26 \pm 8,38$ değer kadar düştüğü bulunmuştur ($p < 0.001$).

Yapılan çalışmada bariatrik cerrahinin kilo vermede başarılı olduğu, BKİ'ni düşürdüğü ve beden memnuniyetini pozitif anlamda yükselttiği görülmüştür. Sonuç olarak hastalar cerrahi sonrasında psikolojik, fiziksel ve metabolik olarak kendilerini daha sağlıklı hissettikleri bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Obezite, Bariatrik cerrahi, Beck Depression ölçeği, Multidimensional Body Self / Self Relationship Questionnaire, Yeme Tutumu Testi

TEŞEKKÜR

Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. Murat BAŞ 'a, her türlü bilgi ve tecrübesini paylaştığı, araştırmama ışık tuttuğu ve yol gösterdiği için,

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Beslenme ve Diyetetik bölümü hocalarıma mesleki alanda tam donanımlı olarak etik çerçevede beni meslek hayatıma hazırladıkları için,

Değerli eőim Özkan TUNA' ya, eğitimim süresince her zaman yanımda olarak ilgi ve yardımlarını benden esirgemediği için,

Değerli aileme, beni bu günlere getirip, hayatımın her alanında maddi ve manevi yardımlarını benden esirgemedikleri için en içten teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ABSTRACT.....	iii
ÖZ.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
GRAFİK LİSTESİ.....	xiv
1 GİRİŞ.....	1
2 GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Obezitenin Tanımı.....	5
2.2 Obezitenin Epidemiyolojisi.....	7
2.2.1 Dünya’ da Obezite.....	7
2.2.2 Türkiye’ de Obezite.....	10
2.3 Obezitenin Etiyolojisi.....	11
2.3.1 Genetik.....	11
2.3.2 Sosyo- Ekonomik Seviye.....	12
2.3.3 Fiziksel Aktivite ve Çevresel Faktörler.....	13
2.3.4 Psikolojik Faktörler.....	15
2.4 Obezitenin Kompliksasyonları.....	17
2.4.1 Tıbbi Kompliksasyonlar.....	17
2.4.2 Psikolojik Kompliksasyonlar.....	18
2.4.2.1 Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Olumsuz Etkiler.....	20
2.4.2.2 Sosyal İlişkilerde Yaşanan Sorunlar ve Uyum Problemleri.....	21

2.4.2.3 Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları.....	22
2.5 Obezite ve Psikopatoloji.....	24
2.5.1 Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları.....	24
2.5.2 Tıkanırçasına Yeme Bozuklukları.....	25
2.5.3 Gece Yeme Sendromu.....	27
2.6 Obezite ve Beden İmgesi.....	28
2.6.1 Beden İmgesine Teorik Bakış.....	28
2.6.2 Beden İmgesi ve Medya Etkileri.....	29
2.6.3 Obezite ve Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk.....	31
2.6.4 Obezite Cerrahisi Hastalarında Beden İmgesinin Araştırıldığı Çalışmalar.....	33
2.7 Obezitenin Tedavisi.....	34
2.7.1 Geleneksel Yöntemler	34
2.7.1.1 Diyet.....	34
2.7.1.2 Fiziksel Aktivite.....	38
2.7.1.3 Davranışçı Yöntemler ve Bilişsel Davranışçı Terapiler.....	39
2.7.1.4 Farmakolojik (İlaç) Tedavi.....	41
2.7.2 Cerrahi Tedavi.....	43
2.7.2.1 Obezite Cerrahisinin Tarihçesi.....	43
2.7.2.2 Obezite Cerrahisinde Hasta Seçimi.....	46
2.7.2.3 Obezite Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler.....	46
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1 Örneklem Seçimi.....	50
3.2 Kullanılan Ölçekler.....	50
3.2.1 Beck Depresyon Ölçeği.....	51

3.2.2 Yemem Tutumu Testi.....	52
3.2.3 Çok Yönlü Beden- Benlik/Öz İlişki Ölçeği (MBSRQ).....	53
3.3 Verilerin Değerlendirilmesi.....	53
4 BULGULAR.....	54
4.1 Çalışmada İncelenen 60 Obez Bireye Ait Değişkenlerin Dağılımı.....	54
4.2 Çalışmada İncelenen 60 Obez Bireye Ait Ameliyat Öncesi ve Sonrası Değişkenlerin İstatistiksel Test Sonuçları.....	72
5 TARTIŞMA.....	72
5.1 Obezite Cerrahisinin Bireylerin BKİ Değerleri Üzerine Etkisi.....	72
5.2 Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Değerlendirilmesi.....	74
5.3 Çok Boyutlu Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeği Değerleri.....	77
5.4 Yeme Tutumu Testi Değerleri.....	79
6 SONUÇ.....	81
KAYNAKÇA.....	83
EKLER.....	102
EK1: BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	102
EK2: YEME TUTUMU TESTİ.....	106
EK3: ÇOK YÖNLÜ BEDEN- BENLİK/ÖZ İLİŞKİ ÖLÇEĞİ.....	109
EK4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	112
EK5: SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU.....	113
EK6: ETİK KURUL ONAY FORMU.....	117

KISALTMALAR

ABD	Avrupa Birleşik Devletleri
ACP	Pratisyenler İçin Amerika Koleji (American Collage of Physicians)
AGOP	Alt Gurup Ortalama Puanı
AN	Anoreksiya Nervoza
BÇ	Bel Çevresi
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BKO	Bel/Kalça Oranı
BN	Bulumia Nervoza
BPD	Biliopankreatik Diversiyon
BTA	Başka Türü Adlandırılmayan
BYD	Bozulmuş Yeme Davranışı
DM	Diabetes Mellitus
DS	Duodenal Switch
DSM	Mental Hastalıklarda Tanı ve İstatistik Manueli (Dagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)
DST	Dünya Sağlık Teşkilatı
FDA	İlaç ve Besin Tüketimi Kuruluşu (Food Drugs Administration)
ICSD	Uluslararası Uyku Bozuklukları Kriterleri
IFSO	Obezite Cerrahisi ve Metabolik Hastalıklar Uluslararası Federasyonu
İQWiG	Almanya Sağlıkta Kalite ve Etkililik Enstitüsü

JIB	Jejunaleal Bypass
kg	Kilogram
LAGB	Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band
MBSRQ	The Multidimensional Body- Self Relations Questionnaire
mg	Miligram
MONICA	Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease
MOP	Madde Ortalama Puanı
NIH	Ulusal Sağlık Enstitüleri
ÖTP	Ölçek Ortalama Puanı
p	Önemlilik Düzeyi
RDA	Önerilen Diyet Toleransı (Recommended Dietary Allowance)
RYGB	Roux en-Y Bypass
S	Frekans (Sayı)
SD	Standart Sapma
SG	Sleeve Gastrektomi
SPSS	Statistical Package for Social Science
t	Student' s t Testi
Tv	Televizyon
USA	United States of America (Amerika Birleşik Devletleri)
VBG	Vertikal Band Gastroplasti
WHO	World Health Organization
X	Aritmetik Ortalama
YTT	Yeme Tutumu Testi

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Vücutta Bulunması Gereken Yağ Yüzdeleri.....	6
Tablo 2.2. Bel Çevresinde Risk Oluşturan Sınırlar.....	6
Tablo 2.3. DST (Dünya Sağlık Teşkilatı)' na Göre Uluslararası Obezite Sınıflandırması.....	7
Tablo 2.4. Obezite Oranının Türkiye' de Değişik Bölgelere Göre Dağılımı.....	10
Tablo 2.5. Obezite ile İlgili Sağlıklı Diyet Tedavisinin Kriterleri.....	35
Tablo 2.6. Yaş Dikkate Alındığında Günlük Alınması Gereken Makro Besin Ögesi Düzeyleri.....	35
Tablo 2.7. En Sık Uygulanan Bariatrik Cerrahi Yöntemleri.....	47
Tablo 4.1. Bireylerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	54
Tablo 4.2. Bireylerin Mesleklere Göre Dağılımı.....	55
Tablo 4.3. Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	55
Tablo 4.4. Bireyin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	56
Tablo 4.5. Bireylerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı.....	57
Tablo 4.6. Bireylerin Çocuk Sayısı Durumlarına Göre Dağılımı.....	57
Tablo 4.7. Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı	58
Tablo 4.8. Obezite Başlangıç Yaşı Durumlarına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 4.9. Diyetisyene Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 4.10. Bireyin Psikiyatriye Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.....	60
Tablo 4.11. Bireylerin İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	60
Tablo 4.12. Bireyin Obeziteye İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4.13. Bireylerin Yeme Davranışı ile İlişkilendirdikleri Duygu Halinin Olup	

olmadığına İlişkin Dağılımı.....	62
Tablo 4.14. Değişik Duygu Halinin Yemek Yeme Oranlarına Dağılımı.....	63
Tablo 4.15. Çalışmaya Alınan Bireylerin Obezitenin Sosyal Yaşamı Etkileme Açısından Hastalardan Alınan Yanıtların Dağılımı.....	64
Tablo 4.16. Anne, Baba ve Kardeşlerde Obezite Varlığının Dağılımı.....	65
Tablo 4.17. Çalışmada İncelenen Bireylere Ait Ameliyat Öncesi ve Sonrası Değişkenlerin İstatistiksel Test Sonuçları.....	66
Tablo 4.18. Çalışmada erkek bireylere ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları.....	67
Tablo 4.19. Çalışmada kadın bireylere ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları.....	68
Tablo 4.20. Bireylere ait değişkenlerin korelasyon matrisi.....	69

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Dünya Ülkelerinde Yetişkin Popülasyonun Kiloluve Aşırı Kilolu Oranlarının Dağılımı.....	8
Şekil 2.2. Stres ve Obezite Arasında ki Etkileşim Üzerinde Egzersizin Potansiyel Etkisi.....	15
Şekil 2.3. Obezitenin Tıbbi Komplikasyonları.....	17
Şekil 2.4. Yeme Bozukluklarına İlişkin Faktörler.....	23
Şekil 2.5. Obezite ve Zihinsel İşlev Bozuklukları.....	25
Şekil 2.6. Bulimia Nervozanın Zaman İçindeki Tarihsel Gelişimi.....	26
Şekil 2.7. Beden İmgesine Etki Eden Dışsal Etkiler.....	31
Şekil 2.8. Fiziksel Aktivite Piramidi.....	39
Şekil 2.9. Jejunum ve İleum' un bir Kısmını Fonksiyon Dışı Bırakan by-pass Ameliyatları.....	43
Şekil 2.10. Dikey (Vertical) Bantlı Gastroplasti.....	44
Şekil 2.11. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri.....	47

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 2.1. Obezite ve Majör Depresyon Arasındaki İlişki.....	19
Grafik 2.2. Yıllara Göre Yapılan Bariatrik Yöntemlerin Sayılarının Dağılımı.....	49

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Obezite, Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır (1).

Obezite, vücutta yağ dokusunun fazla miktarda artması sonucu ortaya çıkan ve giderek yaygınlaşan ciddi bir halk sağlığı problemidir. Obezite prevalansı dünya genelinde her yaş grubunda artış göstermekle birlikte, obeziteyle birlikte gelişen kronik hastalıkların görülme sıklığını da artırmaktadır. Bu nedenle obezite kronik hastalıklar için büyük bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (2).

Obezite etiyolojisinde rol alan birçok etmen arasında; fazla enerji alımı, yetersiz enerji tüketimi, genetik yatkınlık, düşük yağ oksidasyonu, psikolojik stres, düşük sosyoekonomik düzey bulunmaktadır (3).

Obeziteyi tanımlama ölçütü olarak genellikle vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle bulunan "Beden Kütle İndeksi (BKİ)" kullanılmaktadır (4). Bu ölçüt bel/kalça oranı (BKO) ve derialtı yağ dokusu ölçümleri gibi vücuttaki yağ dağılımı göstermemekle birlikte, ölçümünün kolay, güvenilir, ucuz ve tekrarlanabilir oluşu, yaygın olarak kabul görmesine yol açmakta ve epidemiyolojik çalışmalarda obeziteyi değerlendirmek için en çok tercih edilen parametre olarak kabul görmektedir(5). Beden Kütle İndeksi 30 kg/m² üzerinde olan kişiler obez, 40 kg/m² üzerinde olan kişiler ise morbid obez olarak adlandırılmaktadır (2).

Obezite prevalansına bakıldığında ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezitenin görülme sıklığının gün geçtikçe arttığı belirtilmektedir (6). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılan "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım" çalışmasında; obezite görülme sıklığı; erkeklerde %21.2, kadınlarda ise %41.5 olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra BKİ değerinin 40-69 yaş arasında doğrusal olarak arttığı, 70 yaşından sonra doğrusal olarak düştüğü de belirtilmiştir (7).

Obezite, multidisipliner bir tedavi gerektirmektedir. Obezite medikal ve cerrahi olmak üzere iki yöntemle tedavi edilmektedir. Medikal tedavide diyet, davranış değişikliği, düzenli fiziksel aktivite, ilaçlar ve hormon tedavisi yer almaktadır. Cerrahi tedavisinde ise Bariatrik cerrahi olarak bilinen ve bir dizi ameliyatları içeren tedavi yöntemi uygulanmaktadır (8). Bariatri; obezitenin nedenleri, bu nedenlerin önlenmesi ve tedavisi ile ilgilenen alan olarak tanımlanmaktadır (9). Bariyatrik cerrahi girişimler; mide rezervuarının küçültülerek kalori alımının sınırlandırıldığı kısıtlayıcı (restriktif) girişimler ve ince bağırsağın uzunluğunun azaltıldığı malabsorptif girişimler olarak ikiye ayrılmaktadır (10).

Kısıtlayıcı girişimler, ayarlanabilir gastrik bantlama ve vertikal bantlama gastroplastisi; malabsorptif girişimler, duodonal switch ile birlikte olan veya tek başına biliyopankreatik diversiyon; hem kısıtlayıcı, hem de malabsorptif girişim ise Roux-en-Y gastrik bypass olarak açıklanmaktadır (11). Bu girişimlerin riskleri olmasına karşın tedavide etkili ve uzun süreli başarı sağlanması nedeniyle tercih edilebilirliği her geçen gün artmakta ve bu yöntemlerle başarılı ağırlık kaybı %61 ile %95 oranında olduğu belirtilmektedir (12).

Günümüzde obezite cerrahisi uygulanan hastalarda esas amaç vücut ağırlığı kaybı ve hastaların yaşam kalitesini arttırmaktır. Obezite cerrahisinde uygulanan

ameliyatlar arasında Roux-en-Y gastrik bypass %65'lik bir oranla en çok tercih edilen bariatrik cerrahi girişimi olarak kabul edilmektedir. Bu yöntemin hastaların kilo vermesinde ve eşlik eden hastalıkların önlenmesinde oldukça etkili sonuçlar verdiği belirtilmektedir (13,14).

Cerrahi girişimlerinin, kişi morbid obez veya BKİ 35 kg/m² iken komorbid risk etmenlerine sahip olması ayrıca diğer tüm yöntemlerin başarısızlığa uğraması dâhilinde, hastanın morbidite ve mortalite riskinde olması halinde dikkatlice değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmakta ve cerrahi mortalitenin %1 olduğu belirtilmektedir (3).

Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi bariatrik cerrahi sonrası erken ve geç dönemde bazı komplikasyonlar oluşabilmektedir. Erken dönemde Anastomoz kaçağı, bu kaçağa bağlı intra-abdominal infeksiyon, bulantı-kusma, dumping sendromu gibi sorunlar yer alırken, geç dönemde; protein, demir, B12 vitamini, fosfat, kalsiyum, yağda eriyen vitaminler (A, D, E, K) ve diğer mikro besin öğelerini kapsayan emilim bozuklukları ve renal hastalıklar görülebilmektedir (15). Hastalarda nöropati semptomlarına neden olan B12 vitamini eksikliği ve kemik mineral kaybına neden olan D vitamini eksikliği sık görülen komplikasyonlar arasındadır (2). Ameliyat sonrası 18.-24. ayda yeme alışkanlıklarının değişmesi ve kontrol kaybı nedeniyle verilen kilonun tekrar alınması söz konusu olabilmekte ve buna bağlı bazı psikolojik sıkıntılar görülebilmektedir (16).

Bariatrik cerrahi yeme davranışında büyük değişiklikleri gerektirmektedir. Gastrik kısıtlama herhangi bir öğünde tüketilebilen besin miktarını büyük ölçüde azaltmayı gerektirmekte ve bu durum ağırlık kaybının temel mekanizmasını oluşturmaktadır. Hastalar az miktarda besin tüketmeye, tüm besinleri iyi çiğnemeye ve tokluk hissi oluşur oluşmaz yemeyi durdurmaya yönlendirilmektedirler (17).

Obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk ya da agorafobi prevalansının arttığı yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Son yapılan araştırmalara göre BKİ>40 kg/m² olanlarda depresyon riskinin arttığı; obezlerde depresyonun daha ağır geçtiği ve prognozlarının daha kötü olduğu belirtilmiştir. Erişkinlerde önce obezite arkasından depresyon gelişirken çocuklarda ise önce depresyon ardından obezite geliştiği bildirilmektedir. Obez erkeklerde depresyon görülme sıklığında bir değişiklik olmazken kadınlarda arttığı gözlemlenmiştir. Aşırı obez kişilerin %89'u bipolar bozukluk spektrumunda olduğu bildirilmektedir. En sık görülen bipolar 2 bozukluğudur. Özellikle aşırı aktivite ile karakterize olan hipomanik durum ciddi obezite ile ilişkilendirilmektedir (17,18).

1.1 Amaç ve Hipotez

Bu çalışmada amaç günümüzde oldukça popüler hale gelen obezite cerrahisi alanında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların yeme tutumu, depresyon ve beden memnuniyetlerinin zaman içinde değişimini incelemektir.

Hipotez

Bariatrik cerrahi sonrası dönemde kilo kaybı; cerrahi öncesi döneme göre hastaların psikolojik durumlarını, beden algılarını ve yeme tutumlarını olumlu etkiler.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Obezitenin Tanımı

Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından birisi olarak, bedenin yağ kütlelerinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, boy uzunluğu dikkate alındığında vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin çok daha üstüne çıkması olarak belirtilmektedir (19). Obezite anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanabilir. Günlük alınan enerji (kalori) harcanan enerjiden fazla olması durumunda vücutta yağ olarak depolanmaktadır. Depolanan yağ oranı %20 ve daha fazla olması kişinin yaşam fonksiyonlarını ve kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durum hastalık olarak tanımlanır. Obezite, diyabet, kalp damar hastalıkları ve kanser dâhil olmak üzere kronik hastalıkların en önemli risk faktörlerinden biridir (20).

Avrupa ülkelerinde erkek ve kadınlar için bulunan obezite oranları ise şu şekilde belirtilmiştir :

- Erkeklerin en az %15 'i
- Kadınların ise %22'si obez olarak bulunmuştur (21).

Vücutta bulunması gereken yağ yüzdesi Tablo 2.1'de, bel çevresinde risk oluşturan sınırlar ise Tablo 2.2' de verilmiştir.

Tablo 2.1. Vücutta bulunması gereken yağ yüzdesi (21).

Kategori	Vücut Adipozitesi (%)	
	Kadın	Erkek
Normal	20-30	12-20
Sınır	31-33	21-25
Obezite	>33	>25

Tablo 2.2. Bel çevresinde risk oluşturan sınırlar (21).

Bel Çevresi	Düşük Risk	Artan Risk
Kadın	<80	88-88
Erkek	<94	94-102

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın obezite sınıflandırmasında BKİ (Beden Kütle İndeksi) dikkate alınmıştır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmaktadır. Bu indeks vücutta yağ dağılımı ile ilgili bilgi vermemektedir. Dünya Sağlık Teşkilatı'na göre uluslararası obezite sınıflandırması (22), Tablo 2.3'te verilmiştir.

Tablo 2.3. DST (Dünya Sağlık Teşkilatı)'na göre uluslararası obezite sınıflandırması (22).

Sınıflandırma	BKİ(kg/m ²)
	Temel Kesişim noktaları
Zayıf (Düşük Ağırlıklı)	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	<16.00-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	<17.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Toplu, hafif şişman, fazla Kilolu	≥25.00
Hafif Şişman	25.00-29.99
Şişman	≥30.00
1. derece şişman	30.00-34.99
2. derece şişman	35.00-39.99
3. derece şişman	≥40.00

2.2 Obezitenin Epidemiyolojisi

2.1.1 Dünya'da Obezite

Yirminci yüzyıla kadar obezite, yaygın bir hastalık olarak görülmemekteydi. Ancak Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1997 yılında obezitenin resmi olarak global yaygın bir hastalık olduğunu yayınladı. Dünya Sağlık Teşkilatı, 2008 yılında dünyada 20 ve daha yaşlı 1.5 milyar genç nüfusun aşırı kilolu olduğunu, bunlardan 200 milyon erkek ve 300 milyon kadının obez olduğunu belirtmiştir (23).

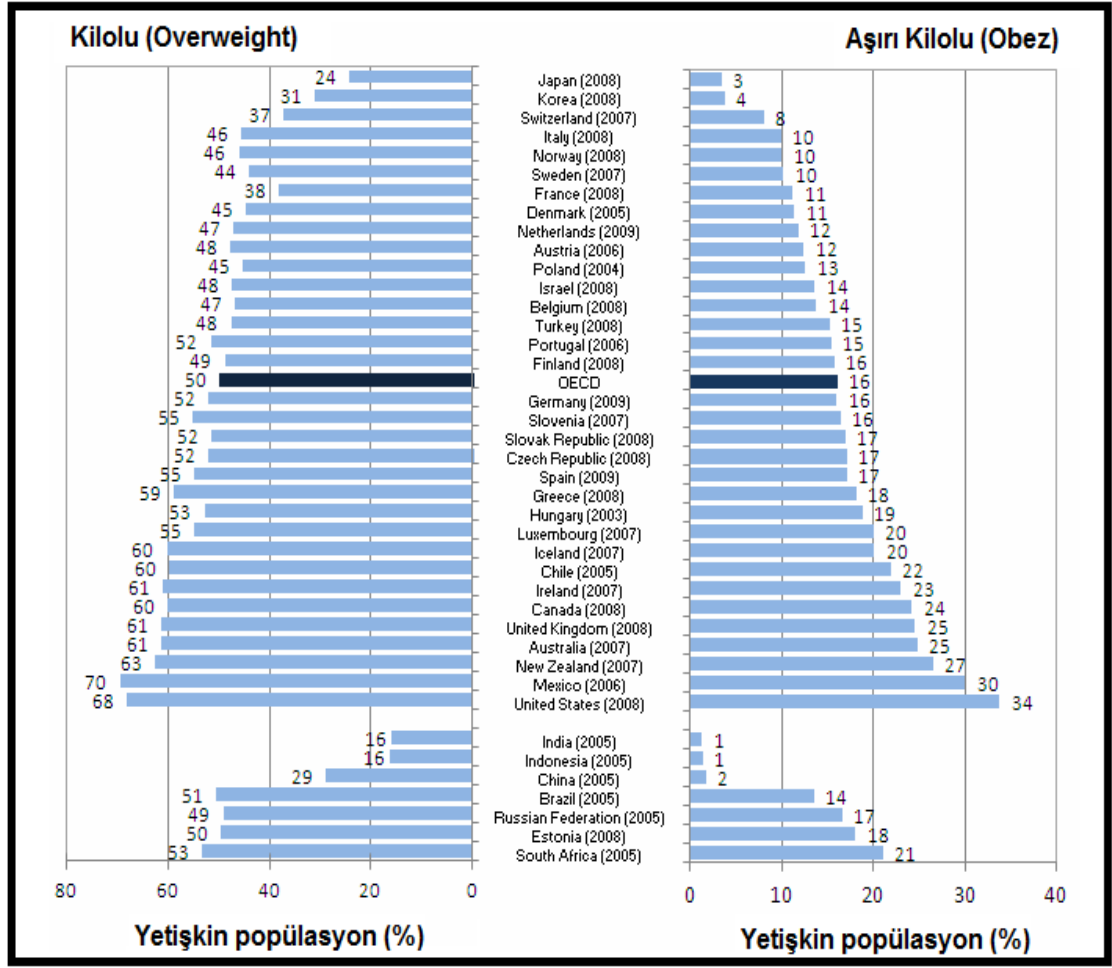
Dünya Sağlık Teşkilatı'nın son yıllar için görüşleri aşağıda ki gibidir.

- 2014 yılında, 1.9 milyar yetişkin, 18 yaş ve üstü kişilerin aşırı kilolu olduğunu bildirmiştir. Bu açıklanan sayının 600 milyon kadarının ise obez olduğu rapor edilmiştir.

- Aynı şekilde 2014 yılında, yetişkin popülasyonda yapılan araştırmalarda, yetişkin popülasyonun %13'ünün (Bu orandan %11'i erkek, %15'i ise kadın olmak üzere) obez olduğu belirtilmiştir.
- 2014 yılında, %39 yetişkin, 18 yaş ve üstü kişilerin aşırı kilolu olduğunu belirtmiştir. Bu açıklanan sayının %38'inin erkek, %40'nın ise kadın olduğunu rapor etmiştir.
- Tüm dünyada obezite prevalansının 1980 ile 2014 yılları arasında ikiye katlandığı rapor edilmiştir (23).

Kronik bir hastalık olarak kabul edilen obezitenin, çocuklardaki prevalansı gittikçe artmaktadır. Kentlerde yapılan taramalarda, 7 ile 17 yaş çocuklarda obez veya aşırı kilolu olma oranı %20 olarak rapor edilmiştir. Daha sonraları bu riskin insanlardakı kabul edilemez sayıda hastalıklara neden olacağı unutulmamalıdır. Gereksiz sağlık harcamaları, erken ölümler kaçınılmaz olacaktır. Bunlardan en az %80 kadarının önlenemeyen felç, diyabet ve kalp damar hastalıkları ile mücadele edecekleri belirtilmiştir (24).

Çocuklar arasında obezite oranları gelişmiş toplumlarda olduğu kadar gelişmekte olan toplumlarda da artmaktadır. Yapılan bir çalışmada gelişmiş toplumlarda çocuklardaki obezite oranı %12 den %30' artmış olduğu bildirilmiştir. Gelişmekte olan toplumlarda ise, bu oran %2 den %12'ye yükseldiği rapor edilmiştir (25). Dünya ülkelerinde yetişkin popülasyonun kilolu ve aşırı kilolu oranlarının dağılımı Şekil 2.1'de verilmiştir.



Şekil 2.1. Dünya ülkelerinde yetişkin popülasyonun kilolu ve aşırı kilolu oranlarının dağılımı (26)

Şekil 2.1 incelendiğinde, yetişkin popülasyonda kilolu (overweight) olan ülkeler; %16'dan (Hindistan-India) ve %70'e (Meksika-Mexico) kadar bir dağılım göstermektedir. Aynı şekilde yetişkin popülasyonda aşırı kilolu (obes) olan ülkeler; %3'ten (Japonya-Japan) ve %34'e (Amerika Birleşik Devletleri-USA) kadar bir dağılım göstermektedir (26).

2.2.2 Türkiye'de Obezite

Sağlık Bakanlığınca yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" raporuna göre Türkiye'de obezite oranları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

- Erkekler obezite oranı: %20,5
- Kadınlarda obezite oranı: % 41,0

•Ülke toplamın da obezite oranı: % 30,3

Toplamda ise; fazla kilolu olanlar (Overweight olanlar): %34.6, fazla kilolu ve şişman olanlar (Overweight ve Obese): %64.9, çok şişman olanlar (Morbid Obez) oranı ise: %2,9 olarak bulunmuştur (27). Obezite oranının Türkiye’de değişik bölgelerine göre dağılımı Tablo 2.4’de verilmiştir.

Tablo 2.4. Türkiye’nin değişik bölgelerinde obezite oranları (27)

Bölge	Obezite Oranı (%)
İstanbul	33.0
Batı Marmara	30.7
Doğu Marmara	30.6
Ege	28.0
Akdeniz	30.1
Batı Anadolu	33.0
Orta Anadolu	32.9
Batı Karadeniz	31.3
Doğu Karadeniz	33.1
Kuzeydoğu Anadolu	23.5
Ortadoğu Anadolu	20.5
Güneydoğu Anadolu	22.9

Tablo 2.4 incelendiğinde, obezitenin en yüksek olduğu bölgeler; Doğu Karadeniz %33.1, Batı Anadolu %33.0, İstanbul %33.0 gibi bölgeler iken, obezite oranının en düşük %20.5 ile Ortadoğu Anadolu bölgesi olduğu bulunmuştur (27).

Türkiyenin genelinde seçilen 140 ilköğretim okulunda 6-10yaşında 6382 (%51.9) erkek ve 5919 (%48.1) kız toplam 12301 çocuk üzerinde yapılan çalışmada; Türkiye genelinde çocukların %6.5' inin obez olduğu belirlenmiştir. Bu orankentte %8.5 iken, kırsal alanda ise: %4.0, %14.3' ünün ise hafif şişman/kilolu olduğu belirlenmiştir. Obezitenin en çok görüldüğü bölgeler İstanbul ve Batı Marmara iken en düşük olduğu bölgeler Kuzeydoğu Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olarak belirtilmiştir (28).

2.2 Obezitenin Etiyolojisi

Obezite, genetik ve çevresel etkileşimleri olan; ciddi, kronik çok sayıda faktöre bağlı olan bir hastalıktır. Obezitenin en önemli risk faktörleri arasında fiziksel aktivitede azalma, beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evlilik, doğum sayısı yanı sıra genetik özellikte yer almaktadır (29).

2.3.1 Genetik

Ailesel kalıtımın, obeziteyi yakından etkileyen bir faktör olduğu kanıtlanmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen bulgular aşağıda ki gibi sıralanabilmektedir;

- Metabolik anormallikler; beslenme merkezinin enerji deposunundüzenlenmesindeki bozukluklar,
- Kişiyeye zevk veren ve iştahı açan yada kişiyeye yemeye teşvik eden normal olmayan ve kalıtsalpsikolojik özellikler,
- Vücudun karbonhidrat ve yağ depolanması mekanizması ile ilgili genetik olarak tanımlanan bozukluklar (29).

Araştırmacılar şişmanlama eğilimine neden olduğu düşünülen (OB geni) bir geni tanımlamışlardır.Yapılan çalışmada (OB geni) geni bulunan farelerin,şişmanlıkla ve yüksek yağ içerikli diyetle ilişkili tip 2 diyabetin belirtilerini

gösterdiği ve şişmanladıkları, ayrıca ne kadar yerse yesinler doymadıkları bulunmuştur (29).

Obezitenin etyolojisi incelendiğinde genel olarak,

Genetik (Dismorfik) obezitetler:

- Otosomal resesif
- X'e bağlı kromozomal

şeklinde sınıflandırılmıştır (30). Obezite etyolojisinde tek gen defektli etyolojiler oldukça nadirdir ancak oluşabilmektedir. Genetik etmenlerle ilişkili olan obezlerin çoğu çoklu gen defektleri veya farklılıkları sonucu olduğu gösterilmiştir. Obezitesi olan ve çok hızlı kilo alan çocuklarda doktorun genetik defektlerden şüphelenmesi yerinde olur. Prader –Willi, Bardet-Biedl, Carpenter sendromları ve lipodistrofi gibi dismorfik şişmanlık tiplerinde genetik özellikler öncülük yapmaktadır. Prader-Willi sendromunun bunlar arasında en sık görüleni olduğu rapor edilmiştir. Bu tür hastalıklardan görülmekle beraber, görülen kişilerde şişmanlık ciddi derecede olabilmektedir (30).

2.3.2 Sosyo-Ekonomik Seviye

Erkek ve kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda, sosyo-ekonomik düzey ile obezite arasında yüksek korelasyon olduğu bulunmuştur. Sosyo-ekonomik düzey ile obezite arasında yüksek korelasyon olmasının birkaç nedeni olduğu belirtilmiştir. Bunlardan en önemlisi obezitenin tüm dünyada artması ve bu artışında gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olduğuna ilişkin olmasıdır. Yapılan bazı çalışmalarda, obezitenin özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınlardaki obezitenin sosyo-ekonomik düzeyle olan ilişkisi erkeklere göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (31-34).

Avrupa'da obezite birçok ülkede yükselmekte ve bu yükselişin düşük sosyoekonomik gruplarda daha hızlı olduğu görülmektedir. Düşük sosyoekonomik gruplardaki kişilerin obez olma olasılığının iki kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Aynı şekilde Avrupa ülkelerindeki çocukların obez olması onların düşük sosyoekonomik statü ile ilgili olduğu, düşük sosyo ekonomik statülü ebeveynlerin çocuklarında obezitenin daha yüksek olduğu şeklindedir. Ayrıca, gelir eşitsizliğinin üst düzeyde olduğu Avrupa ülkelerinde, daha kilolu çocukların olduğu bildirilmektedir. Düşük sosyoekonomik gruplardaki anneler daha çok kiloludur ve anne sütü daha az olduğundan emzirme de daha az olmaktadır. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük obez annelerden doğmuş ve anne sütü olmayan bebeklerin kötü yeme alışkanlığına sahip olacağı vurgulanmaktadır. Bu nedenle çocuğun obez olacağı açıktır. Bu kötü beslenme alışkanlığının, bilişsel gelişimin 3 yaşından önce yaşanmış olması, tekrar düzelmesinin oldukça zor olacağı anlamına gelmektedir. Bu nedenle, obezitenin yoksullukla yüksek korelasyonu bulunmaktadır ve sonraki nesillere aktarılması olasılığı oldukça yüksektir (35).

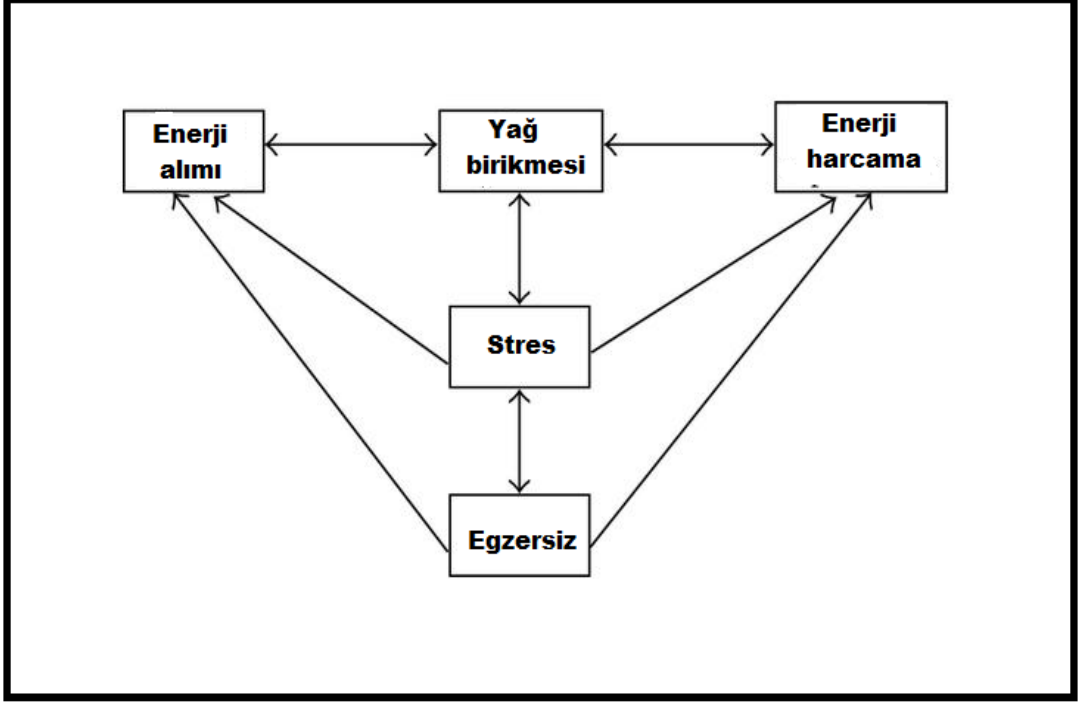
2.3.3 Fiziksel Aktivite ve Çevresel Faktörler

Fiziksel aktivite yetersizliği, dünyada mortalite olarak risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (dünya genelindeki ölümlerin % 6'sı). Fiziksel aktivite yetersizliği nedeniyle her yıl 3,2 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Sedanter yaşamı olanlar, tüm nedenlere dayalı mortalite açısından %20 ile %30 arası daha yüksek risk altındadır. Fiziksel aktivite düzenli olarak yapılacak olursa; yüksek tansiyon gibi kardiyovasküler hastalık risk etmenleri, diyabet, meme ve kolon kanseri ile depresyon riskini azaltmaktadır (36).

Egzersiz, çeşitli hastalıkları önleyici iyi bir faktör olduğu bilinmektedir. Egzersiz, diyabet veya kronik hastalıklar için tedavinin bir parçası olarak kabul

edilmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz plazmadakilipid profilinin düzenlenmesine yardımcı olmaktadır. Obezitedeki başka önemli bir katkısı ise, enerji tüketimini artırır. Vücut ağırlığının azalmasına dolayısıyla obezitenin ortaya çıkmasına engel olmaktadır (37).

Literatür bilgileri incelendiğinde, artan kilo alımını önlemek için, aynı zamanda kilo kaybını korumak amacıyla, yapılan her tür stratejide fiziksel aktiviteyi dahil etmek gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, fiziksel aktivite kilo için yapılacak olan herhangi bir planın önemli bir parçası olmalıdır. Egzersiz, enerji ve makrobesin dengesi düzenlemesinde önemli bir görev üstlenmektedir. Enerji alımı ve enerji harcaması arasındaki sıkı ilişkinin kontrolünde fiziksel egzersizin önemli bir denge oluşturduğu rapor edilmiştir. Fiziksel aktivitenin önemli bir faktör olduğu ve aynı zamanda stres ile indüklenen kilo riskini azalttığı bildirilmiştir. Bu nedenle, fiziksel aktivite, Şekil 2.2'de gösterildiği gibi, doğrudan stres yanıtını azaltma görevi yapmaktadır. Bu durumun obezitenin oluşmasında dengeli bir rol oynadığı bir gerçektir. Ayrıca dolaylı stresin zararlı etkisini bir tampon görevi yaparak, stres-kaynaklı obezite riskini azalttığı gösterilmektedir. Bu nedenle stres ve obezite arasındaki ilişki üzerinde egzersizin potansiyel etkisi Şekil 2.2'de verilmiştir (38).



Şekil 2.2. Stres ve obezite arasındaki ilişki üzerinde egzersizin potansiyel etkisi (38).

Monasta ve arkadaşlarının 0-5 yaş arasındaki çocuklarda fiziksel aktivite ve obezite arasındaki ilişkinin varlığını ortaya koymak amacıyla yaptıkları çalışmada, 0-5 yaş arası çocukların az seviyede yapılan fiziksel aktivitenin obezite ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Çoğu kez düzgün olarak verilen bir fiziksel aktivite programları, düzenli bir şekilde yapıldığında, gerçek bir kilo azalışı sağladığı görülmüş ve rapor edilmiştir (39).

2.3.4 Psikolojik Faktörler

Obezite ile psikolojik faktörler arasında ki ilişkinin önemli olduğu özellikle en önemli psikolojik sorunun depresyon olduğu belirtilmiştir. Depresyon hastalığı olan kişilerde aşırı yemenin başladığı ve hastalık derinleştikçe daha çok kilo alındığı ve daha sonra da obezite oluştuğu ifade edilmektedir. Obezite ile depresyon arasında %50'lere yaklaşan bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir. Depresyon tedavisine başladıktan sonra, hastada kilo artışının genellikle ortadan kalktığı görülmektedir. Obezite durumunda tedavi aşamasında sadece diyet programının yeterli

olmadığı,kişinin kendi yeme alışkanlıklarına uygun olabilecek bir diyet programı yanında psikolojik destek almasının da zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Psikolojik destek aşamasında, kişinin stresle baş etme becerisinin geliştirilmesi, kişilik özelliklerinin yeme alışkanlığı-davranışını etkilediği, iş ve yaşam koşulları, çevresel-sosyal desteklerinin geliştirilmesi gibi birçok alanda eğitim sağlanması gerekliliği vurgulanmaktadır (40).

Obezite ve psikopatoloji riski arasında önemli ilişkiler bulunmaktadır. Bulunan bu ilişkinin doğrusal olarak ilerlediği belirtilmiştir. Obezite, psikopatoloji riskini, psikopatoloji de obezite riskini arttırmaktadır. Obez sıçanlarda yapılan bir çalışmada, obez sıçanlarda hafıza ve öğrenmede normal ağırlıkta olanlara göre daha düşük performans görüldüğü saptanmıştır (41).

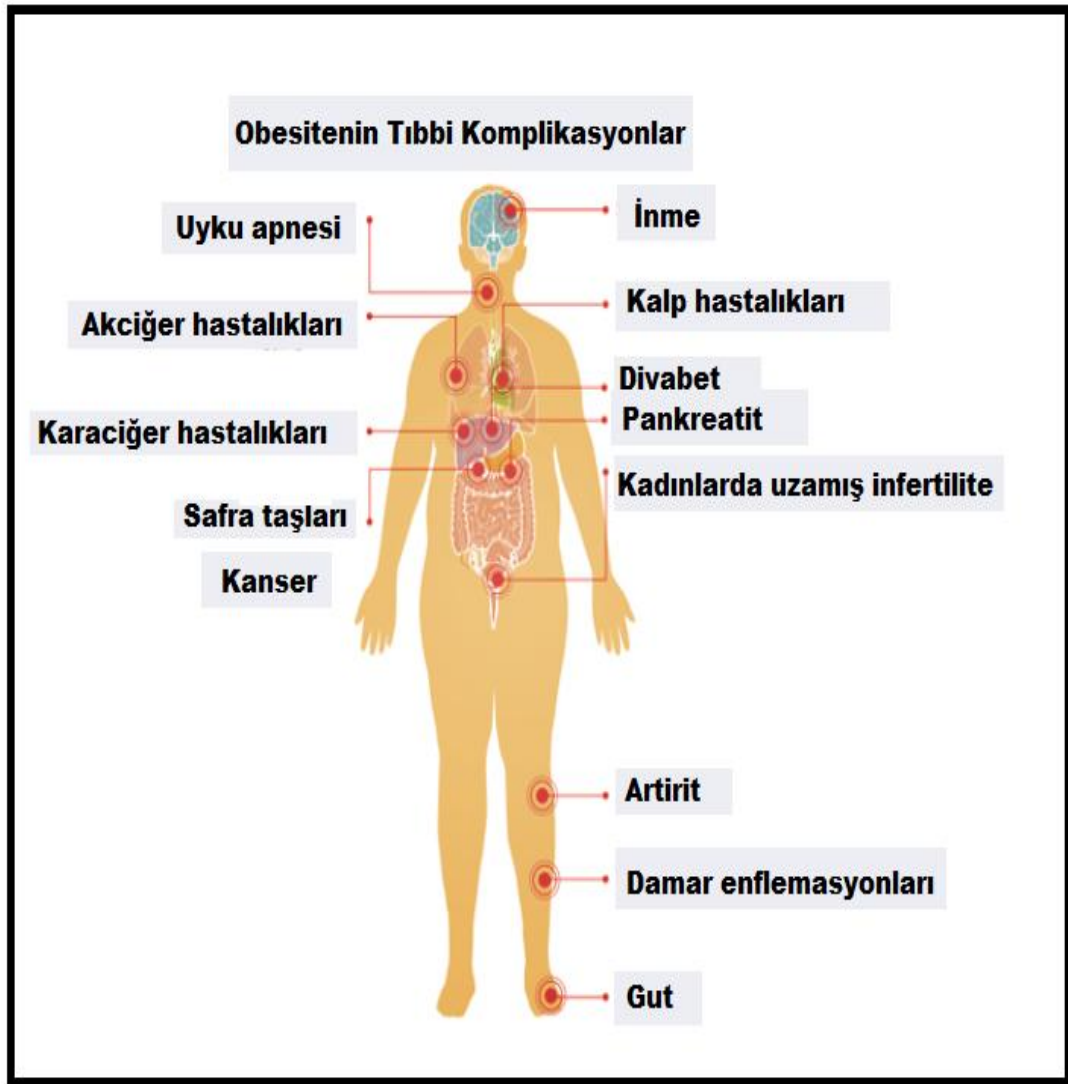
Metabolik hastalıklardan diyabet, şizofreni, anksiyete, otizm, depresyon gibi nöropsikiyatrik bozukluklarla bağırsak mikrobiyotası arasında bağlantı olduğu da belirtilmiştir.İnsan gastrointestinal sistemde yaşayan dost, zararlı ve probiyotik mikroorganizmaların bağışıklık sistemini, nöral yolları ve daha sonra merkezi sinir sistemini uyardığı görülmüştür. Bu mikroorganizmalar bağırsak beyin ekseninde görev alan gama-aminobutirik asit ve serotonin gibi nöroaktif maddeleri üretmektedir. Hayvan deneyleri bazı probiyotik bakterilerin anksiyolitik ve antidepresan etkiye sahip olduğunu göstermektedir (42).

Yapılan çalışmalarda obezitenin psikosomatik bir hastalık olup olmadığı ile yapılan çalışmalar, obezitenin psikosomatik bir hastalık olduğuna ilişkin bulgularla sonuçlandırıldığı rapor edilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda, obezitenin tedavisinde çok boyutlu bir terapi yaklaşımının gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili, erişkinlerde yapılmış çalışmalarda hızlı bir artış sözkonusudur (43).

2.4 Obezitenin Komplikasyonları

2.4.1 Tıbbi Komplikasyonlar

Obezitenin Amerika’ da ölüme neden olan ve önde gelen; kalp hastalığı, tip 2 diyabet, felç, birçok kanser ve böbrek hastalığına önemli negatif bir katkı sağladığı bildirilmiştir. Obezitenin klinik olarak insanda oluşturabileceği riskler Şekil 2.3’te verilmiştir(44).



Şekil 2.3. Obezitenin tıbbi komplikasyonları(44)

Şekil 2.3 incelendiğinde, obezitenin ciddi tıbbi komplikasyonları olduğu görülmektedir. Obezite ile beraber görülen komplikasyonlar ciddi bir sağlık sorunu yaşama riskini fazlasıyla arttırmaktadır (45):

Ayrıca obezite, toplam hayat kalitesini çok düşürmekte, istenilen şekilde işlerin yapılamadığı, günlük görevlerini yerine getirilemediği, aile etkinliklerine katılamamak, gibi zorlukların yaşandığı belirtilmektedir.

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek diğer sorunlar şunlardır:

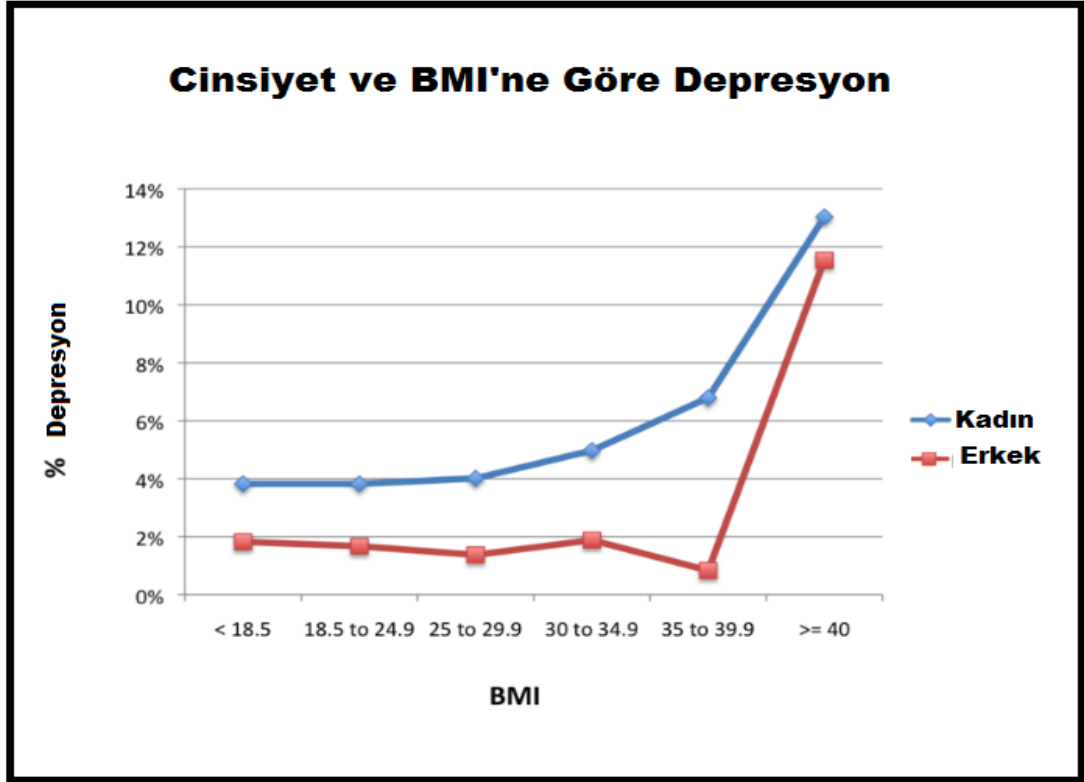
- Depresyon
- Sakatlık
- Fiziksel rahatsızlık
- Cinsel sorunlar
- Utanç
- Toplumsal olarak yalıtılma gibi

Beden kütle indeksi ≥ 25 kg/m² olan veya bel çevresi (BÇ) kadınlarda 80 cm, erkeklerde 94 cm veya daha fazla olanlarda kilo fazlalığının ilerlemesini engellemek ve eşlik eden diğer faktörleri tespit etmek gerekmektedir (45).

2.4.2 Psikolojik Komplikasyonlar

Obezite ve psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkilerin karmaşık olduğu bildirilmektedir. Obezite ve psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkiler konusunda çeşitli teoriler bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar ilişki olduğunu belirtmelerine rağmen, bazıları da bu durumu reddetmektedirler. Ruh sağlığı bozuk olan insanların obeziteye daha çok yatkın oldukları gözlemlenmiştir. Yapılmış olan sistematik çalışmalar ve izleme çalışmalarına göre depresyon ve obezite arasında çift yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Önemli bir bulgu olarak, obez kişilerde zamanla depresyon gelişme riski % 55 iken, depresif kişilerde ise obezite gelişme riskinin %

58 oranında olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde sistematik çalışmalar ve izleme çalışmalarına göre obezite ve anksiyete arasında pozitif ancak daha düşük bir ilişki bulunmaktadır (46,47). Chiadi ve arkadaşlarının obezite ve majör depresyon arasında ilişki araştırarak bulmuş oldukları ilişkiyi Grafik 2.1’de açıklamışlardır (48).



Grafik 2.1. Obezite ve majör depresyon arasında ilişki (48)

Yapılan çalışmada erkek ve kadınlar için son bir ay içinde depresyon oranları bulunmuş, BKİ'in bir fonksiyonu olarak Grafik 2.1’de sunulmuştur. İlgili çalışmaya ABD popülasyonundan anket aracılığıyla 9997 kişi katılmıştır. Depresif olan veya ağır depresif olanlar ankete katılarak soruları yanıtlamışlardır. Depresyon DSM-III'te belirtilen majör depresyon kriterlerine dayalı olarak belirlenmiştir. Tanı kriterleri; "zayıf" (BKİ < 18.5 kg/m²), "normal kilolu" (BKİ 18,5-24,9 kg/m²), "fazla kilolu" (BKİ 25,0-29,9 kg/m²), "obezite sınıfı 1" (BKİ 30,0-34,9 kg/m²), "obezite sınıfı 2" (BKİ 35,0-39,9 kg/m²) ve "obezite sınıfı 3" (BKİ ≥ 40 kg/m²) olarak

sınıflanmıştır. Son olarak belirlenen üç sınıf yazarlar tarafından oluşturulmuştur.Önemli olarak bulunan sonuç; obezitenin depresyon oranlarındaki artış ile ilişkili olmasıdır. Ancak, aşırı kilolu olmak ya da hafif obez olmak depresyon ile önemli ölçüde ilişkilendirilemezken, ciddi obez ($BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$) olanların depresyonla ilişkisi yüksek bulunmuştur (48).

2.4.2.1 Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Olumsuz Etkiler

Obez bireylerde psikolojik sorunlar olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır. Bu tür hastalara psikolojik destek verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Psikolojik desteğin temelinde obezitenin geriletmesi ve benlik saygısının geliştirilmesi yer almaktadır. Benlik saygısı kişinin psikolojisinin düzeltilmesiyle beraber, kişinin kendini tanıması ve kabul etmesi anlamına gelmektedir. Kişinin kendine saygı duyması ve bu davranışı kazanması gerekmektedir. Sonuç olarak kişi kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul etmelidir (49).

Beden algısı olarak zihnimizde yer alan; bedenimizin kendimizce nasıl olduğudur ve benlik saygısı ile yakından ilişkili olmasıdır. Yapılan çalışmaların sonucuna göre, obez olan kişilerde, beden hoşnutsuzluğu olduğu gösterilmektedir. Bunun bir sonucu olarak, obezlerin büyük çoğunluğu kilo vermeyi istemektedirler. Obez bireylerdeki beden hoşnutsuzluğunun beden ağırlığıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre, obezite ve beden algısı sorunları çalışıldığında, beden algısı üzerinde odaklanmanın daha önemli olacağı açıktır (50).

Hamurcu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, kadınlarda, bekarlarda, çalışmayanlarda, daha az eğitilmiş olanlarda, obez ve morbid obezlerde düşük benlik saygısı olduğunu açıklamışlardır. Kadınlarda, sosyo kültürel ve gelir durumu düşük olanlarda ve morbid obezlerde düşük beden algısının daha çok olduğunu belirtmişlerdir. Bu hastaların yaşı arttıkça düşük beden algısı artmaktadır. Ama

tersinedüşük benlik saygısınınise azalış gösterdiği rapor edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlardan çıkarılacak olan önemli bir yorum ise; obezitenin sadece diyet tedavisi değil bunun yanı sıra, psikososyal açıdan da değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerekliliğidir (51).

2.4.2.2 Sosyal İlişkilerde Yaşanan Sorunlar ve Uyum Problemleri

Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda obezite tedavisi için başvuranların psikososyal tedaviye ve desteğe gereksinimi olduğu bildirilmektedir. Kişilerin sosyal ilişkilerde çektiği zorluğun ve yaşadığı sorunların veya uyum problemlerinin ancak psikolojik destek ve tedaviyle düzelterceği belirtilmiştir (52).

Obeziteye yönelik olumsuz tutumlar obez olan bireylerde olumsuz psikolojik hastalıkların gelişimine zemin hazırlamaktadır.Kişi eğitim ortamında, iş hayatında ve sağlık hizmeti ortamı gibi ortamlarda çalıştığı sürece, bireyin hayatının farklı dönemlerinde mutlaka bulunması gerektiği ortamlarda, obezitenin sosyal endikasyonları veönyargısıyla sıklıkla karşılaşmaktadır. Öğrencilerin obez olması okullarda diğer öğrenciler ve öğretmenler tarafından obezite önyargısıyla karşı karşıya kalır. Çocuk ve gençlerin özgüvensiz ve depresif bireyler olmalarına neden olur. Sonuç olarak çocuk ve gençlerin okuldan uzaklaşarak okul başarılarının da düşmesine sebep olmaktadır. İş hayatında da durum aynıdır. Bireye vücut ağırlığından dolayı yapılan haksız uygulamalar bulunmaktadır. Bu nedenle, obez bireyleri zamanla iş hayatından uzaklaştırıp içine kapanmalarına neden olmaktadır. Bu durum ise obezitenin devam ederek artmasına sebebiyet vermektedir (53,54).

Benlik saygısının duygusal olduğu kadar zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak dadedensel öğelerinin oduğu bilinmektedir.Her insan, kendini değerli hisseder. Yeteneklerini ortaya koyabilmek, başarmak, toplum içinde beğenilir olmak,

kabulgörmek, sevilme, kendi bedenselözelliklerini kabul etmek ve benimsemek, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenler arasındadır (54).

2.4.2.3 Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, beden üzerinde önemli derecede sorunlar oluşturabilen bir hastalık gurubudur. Yemede bozulma, kiloyu kontrol etmede ısrarlı gidiş, fiziksel ve psikososyal işlevselliğinbozulması ile tanımlanırlar.

Yeme bozuklukları:

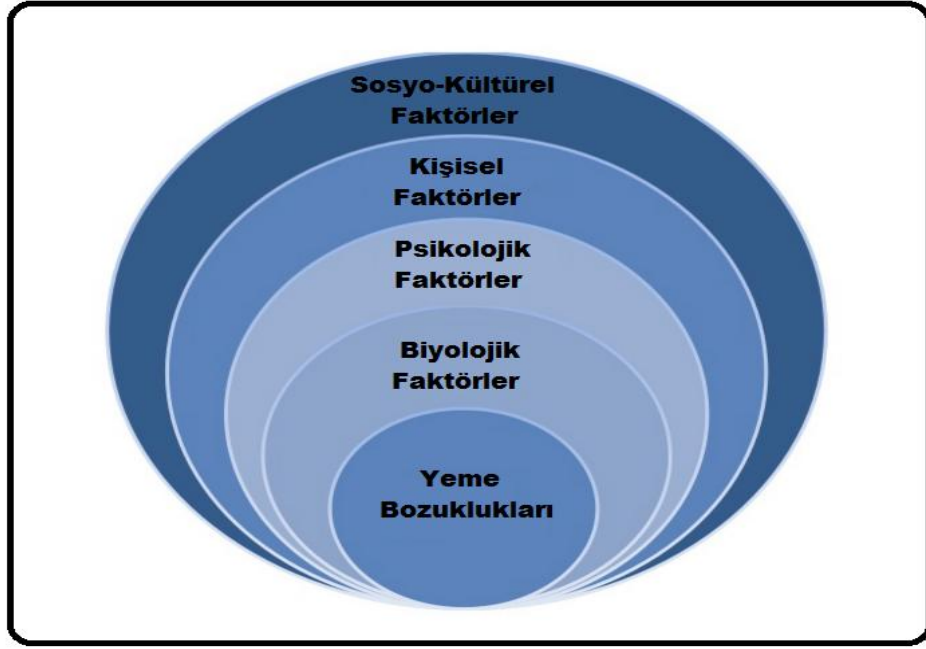
Anoreksiya Nervoza (AN)

Bulimiya Nervoza (BN)

Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) Yeme Bozukluğu olmak üzere üç başlığa ayrılmaktadır (55).

Tıbbi bir hastalık olan obezite psikiyatrik değerlendirmeye alınması gereken bir tanı gurubudur. Tıkınırcasınayeme bozukluğu gurubu, obezitenin bir alt gurubunu oluşturmaktadır. Epidemiyolojik araştırmalar, yeme bozukluklarının giderek arttığını ortaya koymaktadır (55).

Yeme bozuklukları, davranışsal, duygusal, psikolojik, kişilerarası, çevresel ve sosyal faktörlerin çok sayıda değişkenin bir arada olduğu karmaşık durumlardır. Yeme bozuklukları olumsuz hayatın tüm yönlerini etkiler. Yeme bozukluklarına ilişkin faktörler, Şekil 2.4 ile verilmiştir (56).



Şekil 2.4. Yeme bozukluklarına ilişkin faktörler (56)

Genellikle komorbid koşullar yeme bozuklukları ile ilişkilidir. Bu durum bir çok hastalık için de zemin hazırlamaktadır. Bu tıbbi hastalıklar şunlardır: majör depresyon, anksiyete bozuklukları, yorgunluk, osteoporoz, mide-bağırsak problemleri, metabolik asidoz, anemi ve diş minesinin aşınması gibi (56).

Anoreksiya nervoza vücut yapısında ağır bir bozuklukla açıklanan bir hastalıktır. Zayıf olmak için ölesiye açlık sınırına gelinir. Bulimiya nervoza ise, istemsiz yani kişi kontrolü dışında çok fazla miktarlarda yeme atakları ile karakterize bir durumdur. Bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza'ya oranla daha sık ve daha erken yaşlarda görülmektedir. Bulimiya nervoza ilk olarak direkt beden imgesi ile ilgili olsa da, Anoreksiya diyabette şekeri düşürmek, insulin dozlarını atlamak ya da kilo vermek veya mevcut ağırlığı korumak amacıyla ortaya çıkan bir davranış bozukluğudur(57).

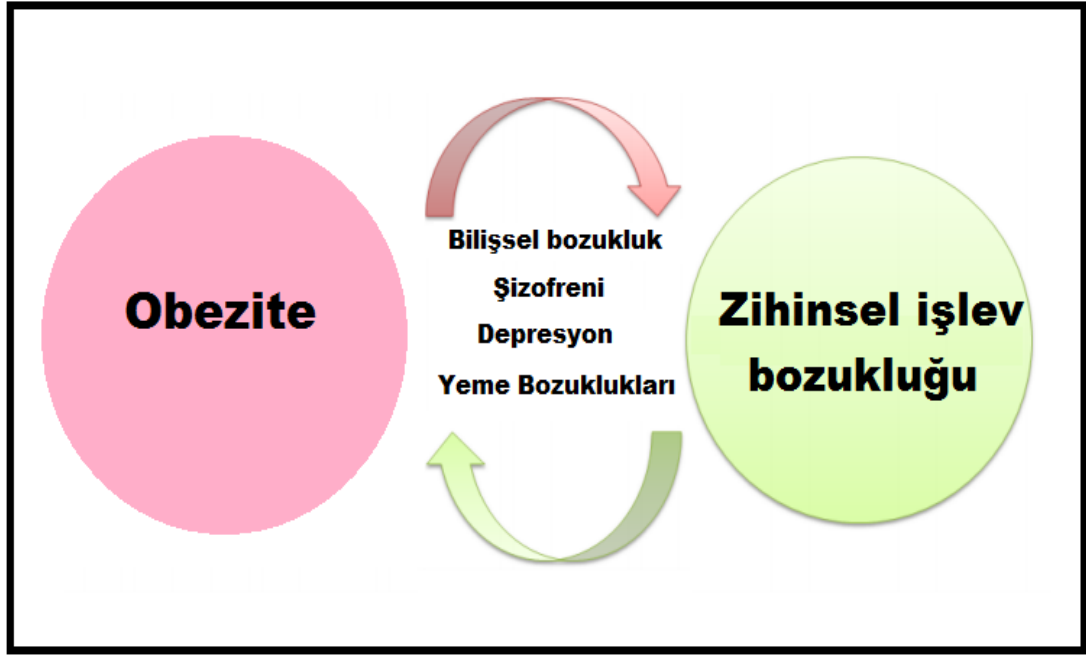
2.5 Obezite ve Psikopatoloji

2.5.1 Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları

Obezite ve psikopatoloji ilişkisi çok araştırılmış bir konudur. Ancak sonuçlarda açıklık yoktur. Orta yaş grubu obez kadınlarda anksiyetenin, erkeklerde ise hem anksiyetenin hem de depresyonun düşük olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada daha çok obezlerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (58). Obez olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldıkları bir çalışmada iki grup arasında psikolojik rahatsızlıkların farklı olmadığı fakat cinsiyet dikkate alındığında obez olan kadınlarda olmayanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (59).

Scott ve arkadaşlarının obezite ve psikopatoloji ilişkisinin araştırılması ile yapmış oldukları çalışmada, obez bireylerde depresif bozuklukların yüksek oranda olduğunu, anksiyete bozuklukları özellikle posttravmatik stress bozukluğu, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarının sık görüldüğünü rapor etmişlerdir (60).

Ruhsal bozukluk, obezitenin önemli bir boyutudur. Bu durum, obezitenin gelişimini etkiler ve daha ileriye gitmesine neden olur. Bu durum bireyler arasında değişiklik gösterir. Obezite ve ruhsal bozukluk arasındaki patofizyolojik ilişkinin olduğu gösterilmiştir. Obezite ve ruhsal bozukluk şematik olarak etkileşim içindedir. Bu durum Şekil 2.5 ile verilmiştir (61).



Şekil 2.5. Obezite ve zihinsel işlev bozuklukları (61)

Şekil 2.5 incelendiğinde; obezite ve zihinsel işlev bozuklukları arasında ciddi hastalıkların varlığından sözedilebilir. Obezitede şizofreni, depresyon ve yeme bozukluğu yaygınlığı artar.

2.5.2 Tıkanırçasına Yeme Bozuklukları

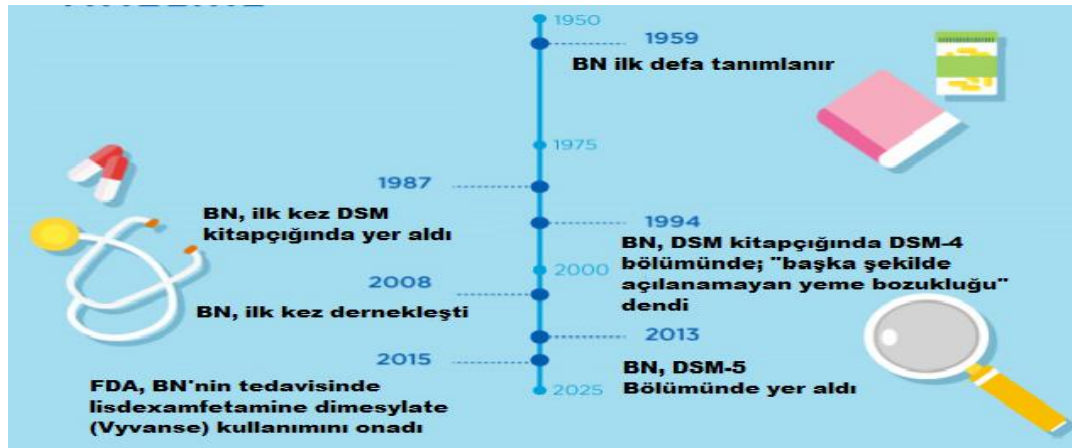
Amerikan Psikiyatrik Birliği iki tür yeme bozukluğu olduğunu rapor etmektedir. Bunlardan birincisi Anoreksiya Nervoza, ikincisi ise Bulimia Nervoza'dır. Yeme bozukluklarında en sık görülen üçüncü kronik hastalık olduğudur. Cinsiyet olarak dikkate alındığında hastaların %95'ini bayanların oluşturduğu belirtilmektedir. Bulimia Nervoza bir bireyin aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla tüketmesi, yemek yeme düşüncesini durduramadığı ve aşırı miktarlarda yemek yemeyi tekrar tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur. Bulimia nervozanın (BN) ayırt edici özelliği yemenin yol açabileceği etkileri giderebilmek için, hastanın kendini kusturması, ishal yapıcı, idrar söktürücü ilaçlar kullanmasıdır. BN'nin yaşam boyu yaygınlığının %1.4 olduğu, başlangıç yaşının

yirmili yaşlar olduğu, kadınların yaşamları boyunca bu hastalığa yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (62).

Araştırmacılar bulimia nervoza (BN) ile mücadele eden insanların %60'nın kadın olduğunu tahmin etmektedir. Bozukluk nedeni bilinmemektedir, ancak büyük olasılıkla, kökeninde sosyal, biyolojik ve psikolojik faktörler olduğu belirtilmektedir. Tıkınırcasına yemek yemenin uzun vadeli sonuçları şunlardır (63):

- Kilo almak
- Yüksek kan basıncı
- Kalp hastalığı
- Diyabet
- Diğer obezite ile ilişkili hastalıklar

Bulimia nervozanın (BN) zaman içindeki tarihsel gelişimi Şekil 2.6'da gösterilmiştir.



Şekil 2.6. Bulimia nervozanın (BN) zaman içindeki tarihsel gelişimi (63)

DSM: Mental Hastalıklarda Tanı ve İstatistik Manueli (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM))

FDA: İlaç ve Besin Tüketimi Kuruluşu (Food Drugs Administration)

Şekil 2.6'ı incelendiğinde, BN 'ye uzun süre herhangi bir tedavi verilmediği ve tanımlanmadığı anlaşılmaktadır. Ancak 2015 yılında FDA tarafından ilaç onayı verilerek tedaviye başlanmıştır.

2.5.3 Gece Yeme Sendromu

Uyku döneminde anormal yeme davranışının farklı nedenleri vardır. Bunlardan, gece yeme sendromu ve uyku süresinde yeme bozukluğu en çok ilgi çeken bozukluklar olarak bilinmektedir. Uykudan uyanmalar ve yemek yemeden tekrar uyuyamama ile karakterizedir. Uluslararası Uyku Bozuklukları 1990 yılındaki ICSD sınıflandırmasın da Ekstrinsik Dissomni adı ile, bir uyku bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Uykuyla ilişkili yeme bozukluklarının obeziteye yol açtığı ve korelasyonunun yüksek olduğu bildirilmiştir (64).

Aşırı yeme hemen hemen her zaman gizli oluşmaktadır. Başkalarının önünde bu özellik görünmeyecek şekilde tutulur. Yenilen gıda genellikle dolgu niteliğinde ve yüksekkalorilidir.

Genellikle, gıda çok hızlı bir şekilde tüketilmektedir. Tadı veya zevk verme işi ikinci adımdadır. Aşırı yeme bozukluğu olan bir kişi kendisinin bir döngü içinde sıkışıp kaldığını bilir. Kendini suçlama ve kendinden nefret etmeye başlar. Yeme bozuklukları genellikle psikolojik, fiziksel, sosyo-kültürel ve ailesel faktörlerden etkilenir. Yeme bozukluklarının nedenleri çoktur ve değişebilir olduğunu hatırlatmak gerekir (65).

Hastalıkla ilgili predispozan faktörler şunlardır.

Psikolojik faktörler:

- Düşük benlik saygısı, kötü beden imajı
- Depresyon, anksiyete, öfke, yalnızlık
- Etkisiz duyguları ve / veya yaşam üzerinde kontrol eksikliği

- Mükemmeliyetçi eğilimler ve düşünce kalıpları
- Günlük yaşamda duyguları ve hisleri ifade zorluğu

Sosyo-kültürel faktörler

- Kadın ve belirli erkelerin güzellik nedeniyle vücut ile ilgili aşırı bir şekilde ilgilenmeleri ağırlıklarını sürekli sorun yapmaları ve şekilleri üzerinde çok zaman harcamaları
- Kültürel normların fiziksel görünüm için kalıpların benimsenmiş olması

Ailesel faktörler:

- Genetik faktörler
- Ailesel uyumsuzluk, güvensizlik ve duygusal sıkıntı
- Ailesel çatışmadan kaynaklanan sorunlar
- Cinsel, fiziksel ve / veya duygusal istismar gibi travmatik deneyimler
- Bir aile üyesini ölüm, ayrılık, hastalık veya alkolizmden kaybetme (66).

2.6 Obezite ve Beden İmgesi

2.6.1 Beden İmgesine Teorik Bakış

Beden imgesi, vücut şekline, görünüşüne dayandırılrsa bile kişinin kendi varlığını hissetmesi ve bu durumu dışa vurur olmasıdır. Bu durumda kişinin bedeni için algıladığı tüm duygulardır. Bu durum fiziksel olarak algılansa da sosyal, kültürel ve ekonomik yönüde mevcuttur. Çağlar boyunca kadın ve erkeğe farklı beden imgeleri atfedilmiş kadının zayıf ve bakımlı ayrıca zarif; erkeğin ise uzun boylu ve güçlü bir yapıya sahip olması olarak belirlenmiştir. Moda ve medyada zayıf, pürüzsüz, bakımlı kadın bedeni ideal olarak sunulmaktadır. Erkek bedeni de uzun boylu, kaslı, geniş omuzlu olarak tanımlanmıştır (67).

Bireyler iletişime geçmeden önce ilk etapta dış görünüşleri ile fikir sahibi olmaktadır. Beden imajı ise benliğin fiziksel boyutu; fiziksel görünüm, sağlık

durumu, fiziksel beceriler ile cinsel tutum ve algılarıdır. Bedenin ve bedene dair tüm duyular beden imgesine göstermektedir. Beden imgesi fizyolojik, kültürel bir özellik olup, bedenin görsel bir nitelik sergilemesidir. Sözün sessiz hali, farklı düşüncelerin insan tasarımı ve dünya görüşlerinin görünür durumlarını belirtir (68).

Benlik saygısı bireyin kendini değerlendirmesi, benliğini kabul etmesi ve tüm bu uyumun getirdiği beğeni hali olarak açıklanmaktadır. Bireyin kendi gücünün farkında olması ve bu durumu bir üstünlük olarak görmemesi, kendini kıymetli, olumlu, beğenilmeye, ilgiye ve sevilmeye değer bulma, kendini olduğu gibi kabullenme durumu olarak ifade edilmektedir (69).

2.6.2 Beden İmgesi ve Medya Etkileri

Yeme bozuklukları sosyokültürel etkenlerin önemli derecede etki ettiği söylenmektedir. Bu sosyokültürel etkiler, kadının fiziksel görünümüne odaklanması, kadınlara aşırı zayıflığı ve kadının toplumsal başarısında fiziksel görünümünün öneminin vurgulanması olarak ifade edilebilir. Bu sosyokültürel baskılarda etkin rolü oynayan medyadır. Medyada zayıflık önemli bir amaç olarak gösterilmekte, zayıf ve ince olmak kadında çekiciliği ifade ettiğini işlemektedir. Zayıflık için aşırı baskılar ve pekiştirmeler kadınlarda sürekli diyet yapma, kusma, diüretik ya da laksatif kullanma gibi bozuklukları ortaya çıkarmaktadır (70).

Medya toplumsal değerlerle iletişim kurmak için çok etkili bir yoldur. Kültürel mesajlardır sadece çekiciliği ve sevilmezliği değil, aynı zamanda ilgili örnek görüşleri hakkında görüşler sunar. Medya araçları sosyo-kültürel bağlantıları sunmada önemli iletişim araçlarıdır. Medya ortak sosyo-kültürel standartların adaptasyonu konusunda katkıda bulunur. Fiziksel görünüm ve çekiciliği ile ilgili belirli vücut tipleri, sosyal normları bir rol model olarak sağlar. Kitle iletişim araçları, televizyon ve diğer kitle iletişim formları kişileri ruhsal olarak

etkileyen önemli kaynaklardır. İdeal bedeninin sunumu reklamlar veya programlarda olsun bu tür konuların işlenmesi ve geliştirilmesi için sosyal işaretler içermektedir. Beden imajı ile ilgili memnuniyetsizlik ve yeme bozuklukları ile ilgili sunumlar için katkıda bulunabilir. Gerçek dışı incelik ve güzellik görüntüleri sunulmaktadır. Popüler programlar arzu edilen çekici ünlüler ile doludur. Bazı durumlarda, gençler, kendilerini bu ünlülerle karşılaştırarak öz değerlendirme yapmaktadır (71). Amerika’da yapılan bir çalışmanın sonuçları bu durumu özetlemektedir.

Yapılan çalışmada bulunan sonuçlar şu şekildedir;

- ABD’de kadınların % 80’i nasıl göründüklerini sevmiyor.
- Erkeklerin % 34’ü kendi vücudunda memnun.
- Amerikalıların % 50’si ağırlıklarından memnun değiller.
- Normal ağırlıklı kadınların % 70’i daha ince olmak istiyor.
- Vücut görüntüsü toplumumuzda büyük bir sorun oluşturmaktadır. Sonuçta depresyon, sosyal anksiyete ve yeme bozuklukları ortaya çıkmaktadır (72).

Yetişkinlerde ise;

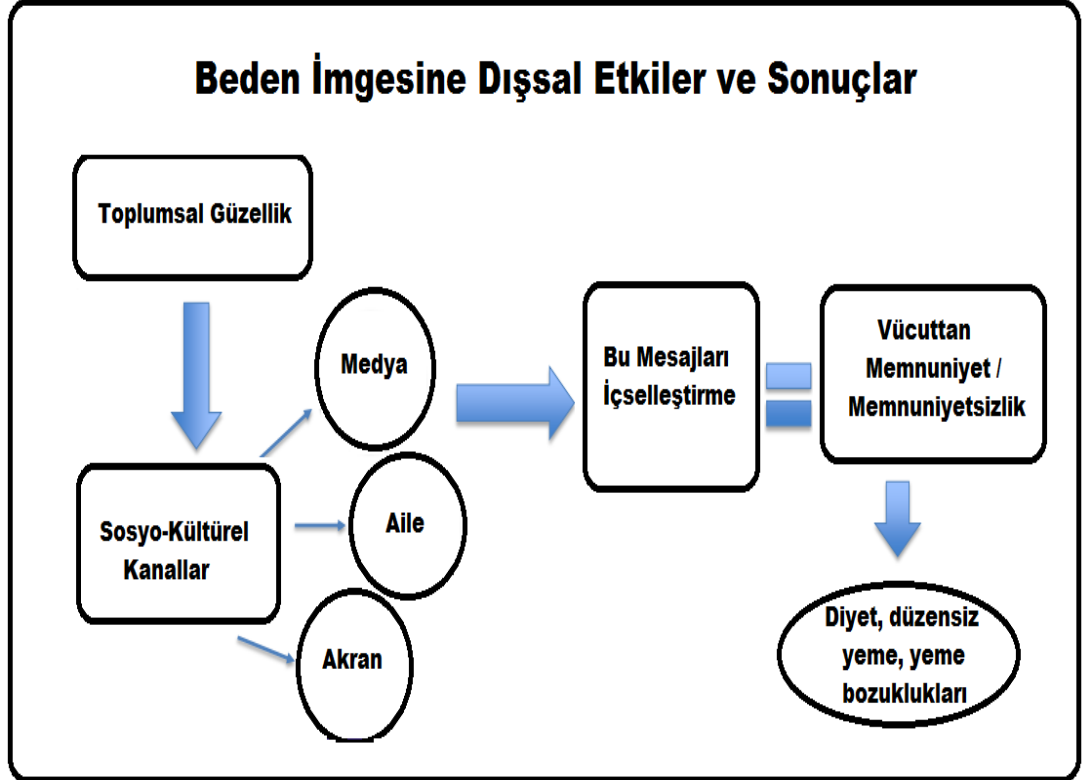
- 10 yaş ve üstü çocuklar % 80’i obez olmaktan korkuyorlar.
- 13 yaşındaki Amerikalı kızların % 53’ü vücutlarından mutsuzdur. Bu sayı zamanla kızlar 17 yaşına ulaşırken % 78 yükselir.
- Ortaokul kızların % 40-70’i vücutlarının 2 veya daha fazla bölümünden memnun değildir.
- 10-14 yaşındakilerin % 30’u aktif olarak diyet yapmakta, aileleri ise % 82’i oranında diyet yapmaktadır.

Medyanın etkilerinden uzak kalmak için;

- TV çocuklarını yatak odasından dışarı tutulmalıdır.
- Yemek sırasında TV seyretmemek gerekmektedir.

- Eğer izlenmiyorsa TV kapalı tutulmalıdır.
- Çocuğun, abone olduğu dergi kontrol edilmelidir.
- Gençlerin izlediği internet siteleri kontrol edilmelidir.

Beden imgesine etki eden dışsal etkiler Şekil 2.7' de sunulmuştur (72).



Şekil 2.7. Beden imgesine etki eden dışsal etkiler (72).

2.6.3 Obezite ve Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk

Beden bölgelerinden hoşnutsuzluk kişinin psikolojisini önemli derecede etkileyen önemli faktörlerden biridir. Beden algısı küçük yaşlarda başlamaktadır. Çocuk bir yaşından başlayarak beden algısını anlamaya başlar ve bu durum büyüdükçe devam eder. Çocuklara okunan öyküler okulda okuduğu hikâyeler ve masalarda kahramanların güçlü ve gösterişli bir vücut yapısına sahip olmaları anlatılmaktadır. Bu anlatımlar çocuğu küçük yaştan itibaren etkisi altına almaktadır (73).

Obezlerde beden algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda; beden hoşnutsuzluğu önemli düzeyde etkili bulunmuş, araştırma sonuçları obez grubun, obez olmayan grupla karşılaştırmasında, obezlerin istatistiksel olarak önemli derecede beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları bulunmuştur. Özellikle kadınlarla beden algısının ve beden şeklinin % 80'den daha fazlasında olumsuz sonuçlar bulunmuştur. Birçok obez birey görüntülerinden memnun olmadıklarını ve bu durumdan hoşlanmadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle çoğu kişinin zayıflamak amacıyla diyet uzmanlarına koştukları gözlemlenmiştir. Zayıflığın onlar için güzel görünmenin güçlü bir aracı olduğu ve sonuç olarak kendilerini iyi hissedeceklerine inanmaktadırlar (74).

Obezitede bedenın değişik bölgelerinden hoşnutsuzluk, stigmatizasyonun gelişmesine neden olmaktadır. Stigma ruhsal durumun bozukluğu anlamındadır. Diğer insanlar tarafından dışlandığı zannedilir. Kişinin bir utanç kaynağı olarak görülmenin; diğer kişiler tarafından beğenilmeme anlamına gelmektedir. Obez bireylerde fobik kaçınma oluşur. İnsanların uzun ve dalgın bakışları ve birbirlerine fısıldamaları, yorum yapmaları gibi sosyal etkenlerin etkili olmaktadır. Bu hastaların yaşadıkları toplum dışına itilme davranışı depresyon, anksiyete ve diğer bozuklukların gelişmesine neden olmaktadır. Araştırmalar, beden ağırlığının ve bozulmuş beden imajının obez hastaların en önemli özelliklerini oluşturdukları sonuçlarını rapor etmektedirler. Yapılan çalışmada, çok düşük kalorili bir diyet sonucunda kilolarını %24 azaltan obez bireylerin beden algısının tümünde önemli iyileşmeler olduğunu belirlemişlerdir. Ancak, tek başına kilo kaybı bütün beden algısı sorunlarını çözmemektedir. Bu tür bireylerde “beden algısı terapisi” nin önemli bir yer aldığı vurgulanmıştır (75).

2.6.4 Obezite Cerrahisi Hastalarında Beden İmgesinin Araştırıldığı Çalışmalar

Beden imgesi, benlik kavramının temel bir ögesi olarak tanımlanabilir. Benlik kavramı bireyin kendisiyle ilgili tüm algılarını, inanışlarını, düşünce ve duygularını kapsayan bir durumdur. Bireyin bu duyguları fiziksel, ruhsal ve sosyal etkileşimleri ile bireyin dış dünya ile etkileşimini oluşturmaktadır. Beden imgesi, benliğimizin fiziksel 31 boyutunu açıklar. Aynı zamanda, fiziksel görünüşü, sağlık durumunu, fiziksel becerileri ve cinselliğiyle ilgili tüm tutum ve algıları içine alır (76).

Bireyler öncelikle sözden önce dış görünüşebakarlar. Bedenin ve bedene ilişkin tüm duygular beden imgesini gösterir. Beden imgesi fizyolojik olduğu kadar, kültürel bir kendiliktir. Söylemin sessiz halidir. Beden şekli bedenin tüm duyularıyla ilişkili bir sentez anlamına gelmektedir. Beden imgesi için deneyimin ya da duyuların varlığı zorunludur. Bunlar ise kültür ile ilişkilidir. Bireyin görünüşü, sosyal kabulünü ve statüsünü sağlamaktadır. Bu nedenle o bireyin karakterini yansıtır. Bu durum güzellik ve iyi duruş halidir. Bu nedenle tüketim kültürü bedenin yeniden yapılandırılması için gerekli kozmetik sağlar. Toplum, bireyin şişman, uyuşuk, modası geçmiş, kendine bakmayan bir görünüm yerine onun sürekli çekici bir güzellik içinde olmasını arzular. İnsanın bedeni ve yüzü gerçeğinden daha güzel olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak ilişkiler artacak, tüm yaşamında yeni fırsatlar doğacaktır. Beden imgesi sadece bireyin aynadaki görüntüsü değil, aynı zamanda onun karizmasını oluşturur. Bu nedenle bireyin yaşamını değiştirecek bir güce sahiptir. Bu nedenle beden imgesi bireyin sosyal ilişkilerini etkilemektedir (77).

Araştırma sonuçlarına göre, bariatrik cerrahi sonrası hastaların psikolojik sağlığının iyileştirilmesinin gerekli olduğuna ilişkin raporlar vardır. Hastanın duyguları dikkate alınarak verdiği kiloların bir boşluğunu yaşamaması için sağlık uzmanlarından destek alması gerekir. Hastanın ameliyat öncesi psikolojik sağlığı da

önemli bir rol oynamaktadır. Tüm hastalar bariatrik cerrahi sonrası psikolojik yararlar sağladığı ve vücut imajı için pozitif algı içinde olduğu söylenemez. Bazı hastalarda kilo kaybı isteği, cerrahiden sonrada devam etmektedir (78).

2.7 Obezitenin Tedavisi

2.7.1 Geleneksel Yöntemler

2.7.1.1 Diyet

Obezitenin geleneksel tedavisinde beslenme tedavisi önemli bir yer tutar.

Obezitede beslenme tedavisi ile:

- Vücut ağırlığı, boya göre olması gereken ($BKİ= 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) düzeyine gelmesi gerekir.
- Beslenme (diyet) tedavisi bireyin özelliklerine uygun olacak şekilde düzenlenir.
- Bireyin özelliklerine uygun olacak şekilde düzenlenen zayıflama diyetleri yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri ile uyumlu olmalıdır. Amaç, bireye sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması ve bu alışkanlığını sürdürülebilir hale getirmesinin sağlanmasıdır.

Vücut ağırlığı boya göre olması gereken ($BKİ= 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) düzeye geldiğinde tekrar ağırlık kazanımı önlenmeli ve kaybedilen ağırlık korunmalıdır. Kiloyu ideal seviyeye çekmek genellikle gerçek sağlık sonuçlarının yakalanmasında yeterli olmayabilir. Amaç, ağırlık kaybının sağlık üzerinde olumlu sonuçlar elde etmesiyle ölçülmelidir (79).

Obezite ile ilgili sağlıklı diyet tedavisinin kriterleri Tablo 2.5 ile verilmiştir (80).

Tablo2.5. Obezite ile ilgili sağlıklı diyet tedavisinin kriterleri

Kriter	Tedavi başarısı
Kilo azalması	5- 6 kg ya da %10'luk ağırlık kaybı
BKI	< 23kg/m ²
Kan basıncı	Azalma
Kan şekeri	Azalma
Glisemik kontrol (HbA1c)	İyileşme
Diğer risk faktörleri	Azalma

Diyette enerji alımı kişinin harcadığı enerjiden düşük olmalıdır. Negatif bir enerji dengesi sağlanmalıdır. Enerji gereksinmesi kişinin gerçek ağırlığı dikkate alındığında kilogram başına 22 kalori ile hesaplanabilir. Ancak verilen enerji bazal metabolik hızın altında olmamalıdır(79).

Yaş dikkate alındığında günlük alınması gereken makro besin ögesi düzeyleri Tablo 2.6'da olduğu gibi verilmiştir (80).

Tablo 2.6. Yaş dikkate alındığında günlük alınması gereken makro besin ögesi düzeyleri

	Karbonhidrat	Protein	Yağ
Küçük çocuklar	%45- 65	%5- 20	%30- 40
Büyük çocuklar ve adölesanlar(4- 18 yaş)	%45- 65	%10- 30	%25- 35
Yetişkinler(19 yaş ve üstü)	%45- 65	%10- 35	%20- 30

Obez bireyin şişmanlık derecesi, bireyin yaşam biçimi ve yaşına göre gerçekçi ağırlığın ne olması gerektiği belirlenmelidir.Kişiyi zayıflatmak amaç değildir. Amaç sağlıklı bir durum ortaya çıkarmaktır. Bireyin yaşamına uygun hale

getirilmiş diyet programlarının ağırlık koruma sürecinde daha etkili olduğu bilinmektedir (81).

Makro besin öğelerini oranlamak önemli bir denge sağlar. Bu nedenle yetişkinler için enerji oranları; karbonhidrat %55-60, protein %12-15, yağ %25-30 şeklinde olmalıdır. Tabloda belirtilen protein miktarlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Diyetin protein miktarının yüksek olması diyetin glisemik indeksini düşürmekte, insülin duyarlılığını arttırarak kan şekerinin dengede olmasını sağlamaktadır. Ayrıca tokluk hissi arttırılmış olur. Diyetin protein içeriği RDA (Recommended Dietary Allowances)'nın önerilerine göre enerjinin %15- 20 oranında olmalıdır. Doymuş yağ oranı düşük protein kaynakları seçilmelidir. Verilen diyetle B12 vitamin gereksinmesi sağlanmalıdır. Bu da ancak toplam proteinin % 30-40 kadarı hayvansal besinlerden olmalıdır. Toplam proteinin kalan % 25 kısmı kuru baklagiller, sebze ve yağlı tohumlardan gelmesi gerekmektedir (82).

Obezite diyetlerinde basit karbonhidrat kaynakları yerine posası yüksek kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir. Besin seçiminde besin kaynaklarının glisemik indeksi düşük olanları tercih edilmelidir. Karbonhidratlar diyetle önemli bir yer kaplamaktadır. İki tür karbonhidrat vardır. Bunlar; basit karbonhidratlar ve kompleks karbonhidratlardır (79).

Karbonhidratların moleküler yapıları dikkate alındığında, kısaca şu şekilde açıklanabilir (83):

Basit karbonhidratlar:

Yüksek oranda glikoz içeren, işlenmiş saflaştırılmış besinler, tüketildiğinde kan şekerinde ani dalgalanmalar oluşturan besinler basit karbonhidratlı besinler olarak ifade edilir. Fruktoz ve glikozu yüksek oranlarda içeren bazı yiyecekler; bal, pekmez, reçel, şekerli meyve suları örnek verilebilir. Ayrıca disakkarit yapıda bulunan

sakkaroz ve laktozu içeren besinler basit karbonhidrat sınıfına girerler.Obez bireylerde bunların verilmesi sınırlandırılmıştır.

Kompleks karbonhidratlar, uzun moleküler yapılıdır ve posa içeriği yüksektir. Glikozun dolaşıma daha geç girmesini sağlayarak uzun süre tokluk hissi verir (83).

Diyetin yağ miktarı azaltılmalı ve protein miktarı arttırılmalıdır fakat protein miktarı arttırılırken yağ miktarının artmamasına dikkat edilmelidir. Yağ miktarı azaltılırken yağlarında tokluk hissi verdiği unutulmamalı ve lezzetin bozulmamasına dikkat edilmelidir. Farklı yağ asitlerinin farklı faydalarından dolayı kullanılan yağlar karışım olarak tüketilmelidir (zeytin yağı- ayçiçek ayğı gibi). Diyetle alınan yağın $\leq 10\%$unun doymuş, % 7-10 çoklu doymamış, geri kalanının tekli doymamış yağlardan sağlanması gerekir (79).

Diyette posa tüketimi; fiziksel ve fizyolojik fonksiyonları, gastrointestinal yoldaki farklı lokal ve sistemik etkileri nedeni ile beslenmede ve diyet tedavisinde özel bir yer tutmaktadır. Posa; besinlerin bir bileşeni olarak insan vücudunun sindiremediği veya kan dolaşımına emilimini yapamadığı kompleks karbonhidratlara verilen isim olarak tanımlanmaktadır. Posa, diğer karbonhidratlar gibi enerjiye dönüşmemesi önemli bir özelliğini oluşturur. Posa hiç kullanılmadan vücuttan atılmaktadır. Fiziksel ve fizyolojik fonksiyonları nedeni ile posanın iki önemli özelliği bulunmaktadır. Bunlar (84):

1- Yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde posanın önemli bir yeri vardır. Posa kişiyi bazı hastalıklardan korur.

2- Bazı hastalıkların tedavisinde kullanılarak önemli bir başarı sağlamaktadır.

Diyetin yenilebilir lif içeriği yüksek olmalıdır (25 gr/gün). Bunun için sebze, meyve, kurubaklagil ve tam tahıl ürünleri tercih edilmelidir. Saflaştırma işlemi arttıkça kepek ve özünün ayrılması ile posa içeriği büyük ölçüde azalmaktadır. Lifli

besinler çiğneme süresini uzatmakta ve besinlerin mideden daha geç boşalmasını sağlamaktadır. Bu nedenle lifli gıdalar tokluk hissini arttırmırlar. Lifli gıdalar bağırsak hareketlerini ve dışkı dolgusunu (hacmini) arttırmaktadır. İçerdiği laksatif bileşikler ve bazı gastro intestinal hormonların salınımına olan etkileri ile ağırlık kontrolüne yardımcı olmaktadır. Ayrıca posanın açlık mekanizmasını düzenlemede büyük öneme sahip olan hipotalamik merkezi etkileyen insulin düzeyini düşürdüğü de belirtilmektedir (84).

Vitamin ve Mineraller: Diyet bütün vitamin ve minerallerle kişinin gereksinimini karşılar nitelikte olmalıdır. Diyet çeşitlendirme kritik besin alımını artırmak için önemlidir (85).

Özellikle C vitamininin obez bireylerde koruyucu etki sağladığı rapor edilmiştir. Fazla kilolu ve obez erişkinlerde damar daralmalarını önleyerek kardiyovasküler hastalıklardan koruduğu bulunmuştur. C vitamini, obez bireylerde egzersiz yapar gibi bir koruma sağlamaktadır. Kilo veremeyen kişilerde yağ dokusunu azaltma özelliğini gösterdiği belirlenmiştir (86).

2.7.1.2 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite ve / veya egzersiz yaşamın en önemli bileşenleri olarak tedaviye dahil edilmelidir. Fiziksel aktivite herhangi bir vücut hareketi ya da daha büyük kas gruplarını çalıştırarak kalp hızının artırılması anlamına gelmektedir. Egzersiz, fiziksel aktivitenin bir türüdür. Egzersizin planlı olması sürekli olması önemlidir. Aktivite sıklığı, şiddeti ve süresi önemlidir. Yaşam tarzı, kilo kaybı ve kan basıncı arasında yüksek bir ilişki vardır. Diyet ve egzersiz / fiziksel aktivite daha fazla ağırlık azalması demektir. Tek başına egzersiz / fiziksel aktivite sistolik kan basıncında düşüş sağlamakta, bu düşüş kg ağırlığı başına 1.3mmHg kadar

olabilmektedir. Yüksek yoğunluklu egzersizise sistolik ve diyastolik kan basıncında bir değişiklik yapmadığı bulunmuştur (87).

Fiziksel aktivitenin türü ve yapılması gereken miktar Fiziksel Aktivite Piramidi olarak Şekil 2.8 ile verilmiştir (88).



Şekil 2.8. Fiziksel aktivite piramidi (88)

2.7.1.3 Davranışçı Yöntemler ve Bilişsel Davranışçı Terapiler

Kronikleşmiş obez bireyde verilen diyetler ve yapılan fiziksel aktivite yeterli olmamaktadır. Maalesef obezite; tekrarlayan uzun süreli bir kontrol ve tedaviye gereksinim duyan kronik bir durumdur. Bu nedenle davranış değişikliği tedavisi (davranış modifikasyonu), obezitenin önemli bir yöntemi haline gelmiştir. Davranış değişikliği tedavisi tek başına değil ancak, diyet ve egzersizle beraber yapıldığında obez bireylerde başarılı sonuçlar vermektedir (89).

Davranışsal tedavi, obezite ve yeme davranışı bozukluğunun tedavisinde son yıllarda oldukça önem kazanmıştır. Obez bireylerde, davranış değişikliği tedavisi ile birey haftada 0.5-1 kg kadar zayıfladığı ve bu durumun bir yıl kadar korunabildiği görülmüştür. Dört ay ile bir yıl boyunca bazal ağırlığın yüzde 10 kadarının kaybedilmesi beklenmektedir. Yapılan çalışmalarda davranış değişikliği tedavisinin süresinin en az 16 hafta, tedavi sonrasında ağırlığın korunma süresinin ise en az 1 yıl olması gerektiği belirtilmektedir. Aynı zamanda değiştirilen davranışların "yaşam tarzı" haline dönüşmesi istendiğinden kilo kaybının mümkün olduğunca yavaş olması istenmektedir. Bu nedenle tedavi süresince 0.5 kg/hafta ağırlık kaybı önerilmektedir. Obezitenin davranış değişikliği ile tedavisine ilişkin araştırma sonuçlarının incelenmesiyle, tedavi süresi, tedavide ayrılan süre, terapistin deneyimi, izlenen sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması programına kişinin sosyal çevresinin katılması ile ağırlık kayıplarının pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Özellikle tedavi süresi ve görüşme saatleri en önemli faktörler olarak belirlenmiştir (90).

Davranış tedavisinin amacı obez hastanın yeme ve aktivite alışkanlıklarını değiştirmektir. Davranışsaldiyet ve fiziksel aktivite değişiklikleri güçlendirmek için stratejiler obez erişkinlerde bir kilo kaybı yapabilmektedir. Uzun vadeli ağırlığın korunması için, yeni alışkanlıkların bireye kazandırılması gerekmektedir. Bunlar sırasıyla aşağıdaki şekilde sunulmuştur (91):

□ **Öz-izleme:** Kişinin kendi davranışlarını aktivitesini-nesneleştiricigözlem ve kayıt yoluyla belirlenmesi davranış terapisinin önemli bir adımdır.

□ **Stres yönetimi:** Başa çıkma stratejileri, meditasyon, gevşeme teknikleri başarıyla stresi azaltabilmektedir.

□ **Uyaran kontrolü:** Ev dışına yüksek kalorili gıdalarından uzak kalma, sağlıklı gıdalar için alışveriş öğrenme gibi.

□ **Problem çözme:** Ağrlık ile ilgili sorunların tespiti ve konuyla ilgili sorunların çözümü önem taşımaktadır.

□ **Yönetim:** Davranışların pozitif bir katkı nedeniyle ödüllendirilmesinin sağlanması gerekmektedir. Belirli eylemler için ödül kullanımı ile davranışlar yönetilebilir. Örneğin uzun yürüyüşlerden sonra sağlıklı gıdaların tüketimi gibi...

□ **Bilişsel yeniden yapılandırma:** Kilo kaybı ve gerçekçi olmayan vücut hakkında yanlış inanışların yeniden yapılandırılması gerekir. Olumsuz düşünceleri değiştirmek için tasarlanmış akılcı tepkiler teşvik edilmektedir.

□ **Sosyal destek:** Kilo kaybını kolaylaştırabilmek için, sosyal destek sağlanmalıdır. Aile üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları veya motivasyon sağlayan bir birey pozitif katkı sağlayarak destek olabilir (91).

2.7.1.4 Farmakolojik (İlaç) Tedavi

Beden Kütle indeksi (BKİ) ≥ 30 kg / m² olduğu durumda, aşırı vücut yağının varlığından veya obeziteden söz edilebilir. Bu önemli faktör, esas olarak insülin direnci patogenezi ve tip 2 diyabet riskini arttırmaktadır. Ağrlık azalışı prediyabetli obez yetişkinler arasında diyabet önleme olarak alınacak en önemli bir önlemdir. Tip 2 diyabet için mevcut olan birçok ilaç, kilo kaybını sağlamaktadır. Diyabetli obez hastalarda %5 ve %10 arasındaki kilo düşüşü glükoz kontrolünü sağladığı gibi kolesterol ve kan basıncını da kontrol altında tutmaktadır. Son 10 yıl içinde, diyabet ve obezite tedavisi diyabet patofizyolojisinde yeni yolların bulunması ile daha da gelişmiştir. Buna ek olarak, obezite tedavisinde yeni onaylanmış ilaçların glüköz kontrolü sağladığı bilinmektedir (92,93).

Pratisyenler için Amerika Koleji (American College of Physicians - ACP) birinci basamakta obezite için farmakolojik ve cerrahi tedavisinde klinik uygulama kılavuzları yayınlamıştır. Bu kılavuzlar iki meta-analizi sonuçlarına dayanmaktadır. Söz konusu klavuzda yer alan öneriler aşağıdaki şekilde özetlenmektedir (94,95):

(1) Tüm obez hastalara diyet, yaşam tarzı ve kilo kaybı önerilmektedir.

(2) Farmakolojik tedavi diyetle birlikte, egzersiz yoluyla kilo kaybı için başarısız olanlara sunulabilir.

(3) Farmakolojik seçenekler sibutramin, orlistat, fentermin, diethylpropion ve obezite tedavisinde halen izin alamayan fluoksetin ve bupropion ilaçları bulunmaktadır.

(4) Bariatrik cerrahi, diyet(ilaç tedavisi ile veya olmadan) ve egzersizin başarısız olduğu durumlarda, BKİ ≥ 40 kg / m² olan hastalarda ve aynı zamanda, obezite ile ilişkili komorbidite (hipertansiyon, bozulmuş glukoz toleransı, diyabetes mellitus, dislipidemi, uyku apne olmalıdır) durumlarında kabul edilmektedir.

(5) Bariatrik cerrahi deneyimli cerrahlar ile yüksek hacimli merkezlerinde yapılmalıdır.

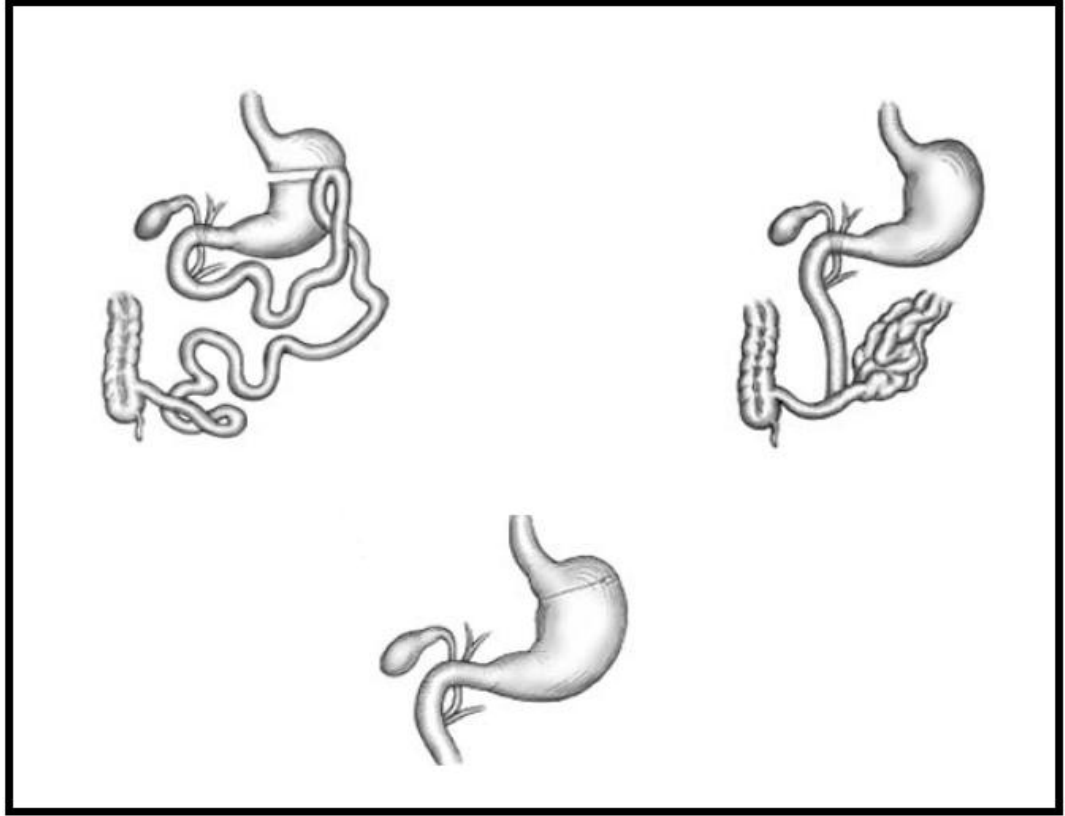
Obezitede en sık kullanılan ilaçları iştah baskılayıcı ajanlar oluşturmaktadır. Serotonin agonistleri, sempatomimetikler ve leptin gibi çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçları kullanan çalışmalar ilaç bırakıldıktan sonra başarısızlık belirtmektedirler. Serotonin gerialım inhibitörü olan sibutramin günümüzde uzun vadede kullanımı onaylanmış tek ilaç idi. Başarılı sonuçlar sağlamış olmasına rağmen, 2010 yılının başından itibaren kardiyovasküler yan etkilerinden dolayı yasaklanmıştır. 1990'ların ortasında ise fenfluramin ve fentermin kombinasyonu olan 'Fen-Phen' isimli ilaç gündeme gelmiştir. Fenfluraminin kalp kapakçığında kalınlaşma gibi ciddi yan etkilerinin bildirilmesi bu ilacın ABD piyasasından

çekilmesine yol açmıştır. Bu dönemden sonra anoreksik ilaçların kullanımı konusundaki çekimserlik tekrar başlamıştır. Yiyecek alımının kontrolünü sağlayan nöral bir düzenleyici sistem olan endokannabinoid sistemi son zamanlarda oldukça ilgi çekmektedir. Endokannabinoidlerin iştaha olan etkilerine ek olarak hepatik yağ asidi sentezinin değişimi gibi çok sayıda farklı etkileri bulunmaktadır. Marihuananın psikoaktif bileşeni olan tetrahidrokannabinolün spesifik olarak bağlandığı kannabinoid reseptörü CB1'in keşfedilmesiyle bu reseptörü bloke eden ajanlar geliştirilmiştir. Erken klinik deneylerde yiyecek alımında azalma ve vücut ağırlığında %5-8 kayıp bildirmiştir (94).

2.7.2 Cerrahi Tedavi

2.7.2.1 Obezite Cerrahisinin Tarihçesi

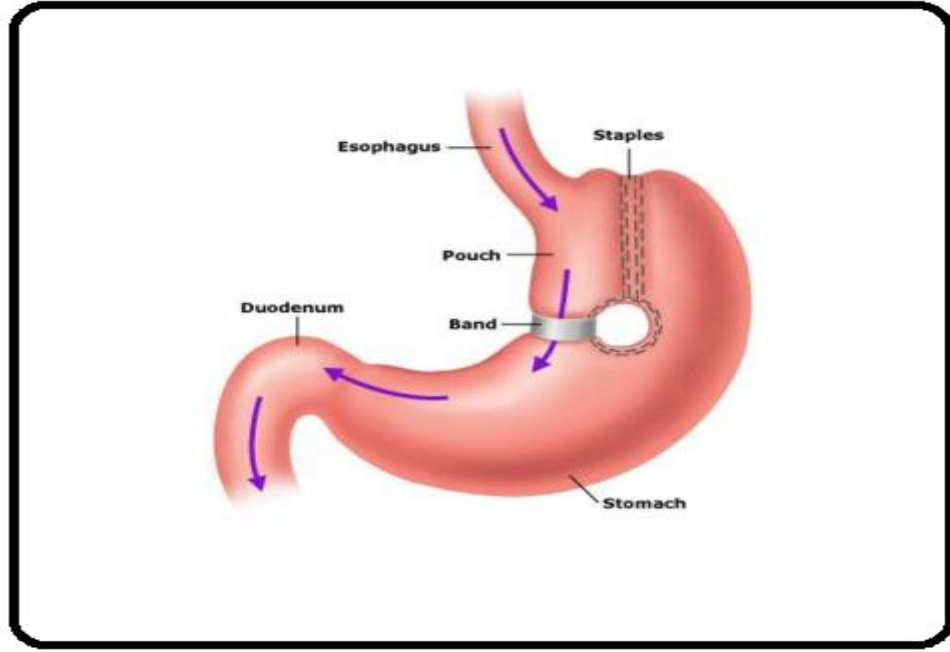
Morbid obezite için yapılan cerrahi tedaviye bariatrik cerrahi denilmektedir. Bariatrik cerrahi ile uzun süren kalıcı kilo kaybı sağlanmaktadır. Amaç obezitenin metabolik etkilerini azaltmaktır. Hastanın sağkalımı artmaktadır. Bariatrik cerrahi fazla kilolarda % 50'den fazla azalma sağlayabilir. Morbid obezite için cerrahi yöntemlerin 1950'li yıllarda başladığı söylenebilir. Bu yıllarda jejunum ve ileumun bir kısmını fonksiyon dışı bırakan by-pass ameliyatları yapılmaktaydı. Bunlar Şekil 2.9'da gösterilmiştir (95).



Şekil 2.9. Jejenum ve ileumun bir kısmını fonksiyon dışı bırakan by-pass ameliyatları

Yapılan bu tarz by-pass ameliyatları, ciddiishal, elektrolit dengesizliği, karaciğer yetmezliği geliştirmiş ve hastayı metabolik olarak bayağı rahatsız ettiği için cerrahiler olarak geri döndürülmek durumunda kalmıştır. Bu nedenle bu tür ameliyatlar, uzun süre, yaygın olmayan bir şekilde yapılmıştır (95).

Dikey (vertical) bantlı gastroplasti 1980'li yıllarda yapılmaya başlanmıştır. Bu ameliyat türü daha düşük morbidite ve mortaliteye sahip olmuştur. Dikey bantlı gastroplasti, yemek borusu (daha az eğrilik) boyunca mide üst kısmında küçük bir mide kesesi oluşturmak için yaklaşık 2.5 inç için dikey zımbalanmış olan kısıtlayıcı bir dizi işlemlerden oluşmaktadır. Çıkış kanalı gıda boşaltılmasını yavaşlatarak sınırlandırılmaktadır. Ne yazık ki, bu operasyon kilo kaybında %20 oranından çok başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Dikey (vertical) bantlı gastroplasti Şekil 2.10 ile verilmiştir (96).



Şekil 2.10. Dikey (vertical) bantlı gastroplasti

Morbid obezite cerrahisinde önemli bir tarih 25-27Mart 1991 yılında yapılan “National Institutes of Health”in “Şiddetli Obezite için Gastrointestinal Cerrahi Sağlık Konsensüs Geliştirme Konferansın” da morbid obez hastalar için cerrahi tedaviyi önermiş olmasıdır. Bu toplantıya cerrahlar, gastroenterolog, endokrinolog, psikiyatristler, beslenme ve diğer sağlık profesyonelleri katılmış, şiddetli obezitenin cerrahi dışı tedavi seçenekleri iki gün ele alınarak mutabakat sağlanan bir konsensus raporu hazırlanmıştır. Rapor aşağıda verildiği gibi şu şekilde hazırlanmıştır (97):

(1) İlk kez ciddi obezite için tedavi arayan hastalar, diyet rejim entegre bileşenleri, uygun egzersiz ve davranış değişikliği ve desteği ile cerrahi olmayan programları seçerek tedavi olmaları gerektiği tavsiye edilmektedir.

(2) Gastrik bypass prosedürleri, operatif risklerle iyi bilgilendirilmiş hastalarda düşünülebilir.

(3) Hastalar cerrahi prosedürler için cerrahi, psikiyatri ve beslenme uzmanlığı ile multidisipliner bir ekip tarafından özenle değerlendirilerek seçilmelidir.

(4) Tüm yönleriyle yeterli bir destek sağlayan cerrah ile operasyon uygun bir ortamda yapılabilir.

(5) Cerrahi tedavi sonrası yaşam boyu tıbbi gözetim bir zorunluluktur.

1990'lı yıllar obezite cerrahisi için bir patlama yılı olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, Avustralya'da ve ardından Avrupa'da çok sayıda hasta bu ameliyatla tedavi edilmiştir.

Obezite cerrahisi kronolojisi incelendiğinde, ulusal ve uluslararası deklare edilmiş raporlarda (NIH,1999, NIHBI,2000, Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Treatment of obesity in patients with type 2 diabetes, 2012) $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ve üstü veya $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ üstü ve ciddi komorbidite durumlarında tavsiye edilmektedir (98-101).

2.7.2.2 Obezite Cerrahisinde Hasta Seçimi

Obezite tedavisinde nedene bağlı bir tedavi uygulanmaktadır. Obeziteye neden olan metabolik bir neden varsa bu tedavi edilmelidir. Hastaya uygun diyet tedavisi, egzersiz, ilaç tedavisi, psikolojik destek ve diğer tedavi yöntemleri planlanmalıdır. Hasta detaylı analizlerden geçirilmeli, obezitenin herhangi bir genetik, endokrin, nörolojik patolojiden veya ilaç kullanımından kaynaklanıp kaynaklanmadığı ortaya konmalıdır. Daha sonra, obezite cerrahisine karar verilmektedir. Obezite cerrahisinde hasta seçimi kriterleri şu şekilde belirlenmiştir (102):

1. Beden Kütle İndeksi (BKİ) 40 kg/m^2 nin üzerinde olan veya $35-40 \text{ kg/m}^2$ arasında olup eşlik eden hastalık bulunması durumlarında. (hipertansiyon, diyabet, uyku apne sendromu, artrit, gibi..),
2. Tüm uygun cerrahi olmayan tedbirler denenmiş ancak başarısız olunmuş olması,

3. Hastanın 18-65 yaş aralığında olması,
2. Obezitenin en az üç yıldan bu yana var olması gerekmektedir,
3. Hormonal hastalıkların bulunmaması,
4. İlaç ve diyet tedavisine rağmen, en az bir yıldan bu yana kilo veremiyenler,
5. Hastanın alkol ve ilaç bağımlısı olmaması gerekmektedir,
6. Hastanın uygulanacak yöntemi anlaması ve ameliyattan sonra uyum sağlayabilecek durumda olması,
7. Kabul edilebilir ameliyat riski,
8. Kontrolsüz psikotik ve depresif bozukluğun olmaması,
9. Aile ve sosyal çevre desteğinin tam olması gerekmektedir.

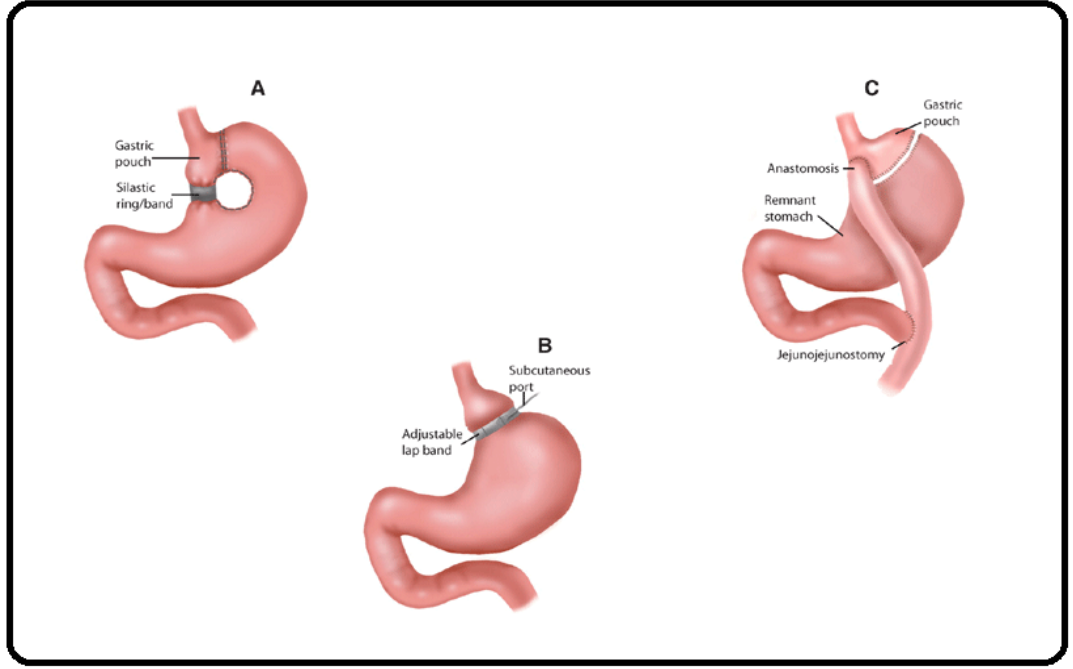
2.7.2.3 Obezite Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler

En sık uygulanan bariyatrik cerrahi yöntemler Tablo 2.7’de verilmiştir (103).

Tablo 2.7. En sık uygulanan bariyatrik cerrahi yöntemler

Kısıtlayıcı (restriktif)
Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB)
Sleeve gastrektomi (SG)
Vertikal band gastroplastisi (VBG)
Emilim bozucu
Biliopankreatik diversiyon (BPD)
Jejunoleal bypass (JIB)
Kombine kısıtlayıcı ve emilim bozucu
Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB)
BPD ile beraber duodenal switch (DS)

Bariyatrik cerrahi yöntemleri Şekil 2.11’de verilmiştir (104).



Şekil 2.11. Bariatrik cerrahi yöntemleri (104).

Bariatrik cerrahi yöntemlerini gösteren Şekil 2.11 incelendiğinde;

Bariatrik cerrahi yöntemleri;

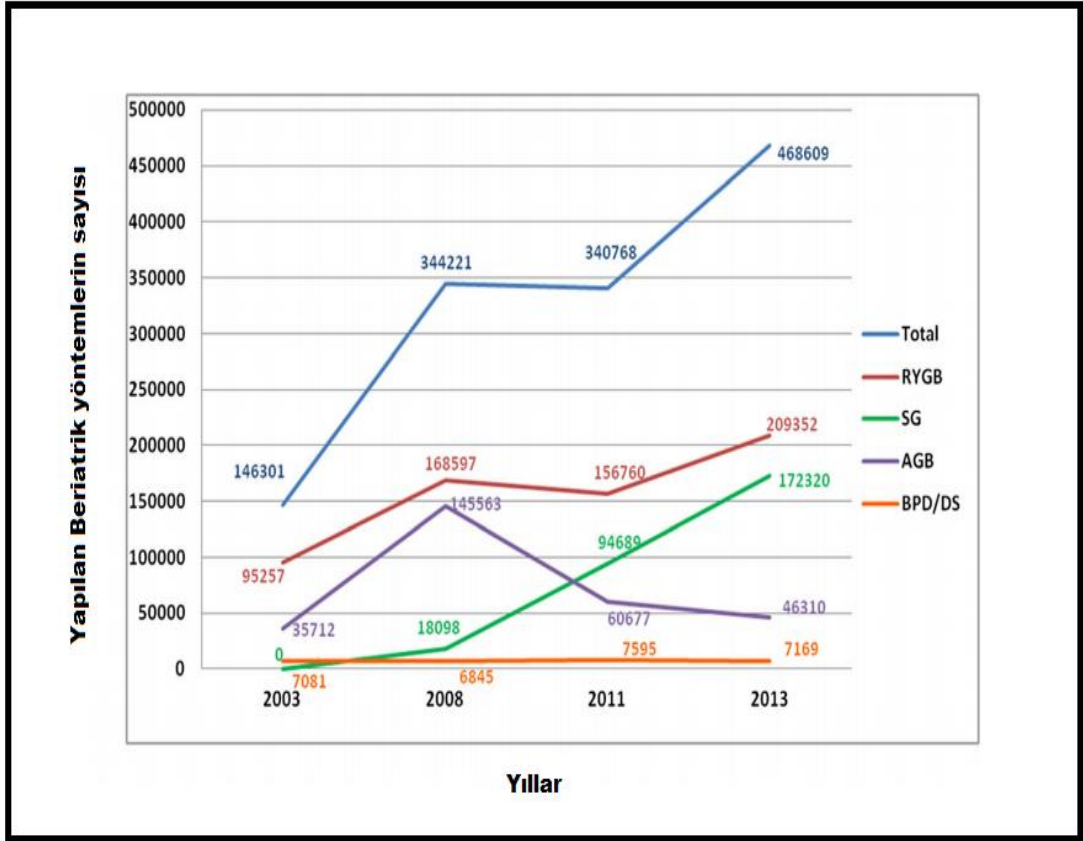
Kısıtlayıcı yöntem veya Kısıtlayıcı ve malabsorbtif yöntemlerin bir kombinasyonu olarak sınıflandırılır.

Kısıtlayıcı yöntemler sırasında, küçük bir kese midenin üst kısmında oluşturulur. Gıda alt ve mide-bağırsak sistemine oluşturulan küçük bir delik (≈ 1 cm) içinden geçer. Daha küçük kese hastaların gıda miktarını sınırlar. Uzun süreli tokluk hissi oluşturulur ve boşaltma yavaşlatılır. Kısıtlayıcı yöntemler gastroplasti ve ayarlanabilir gastrik bantlama verticalband içerir. Dikey bantlı gastroplasti ile üst mide düşey bir kesit yardımıyla, bir torba oluşturmak üzere birleştirilebilir zımbalanır. Polipropilen bant torbanın alt kısmında küçük bir mide oluşturulur. Bu yöntem (Şekil 2.11-A) ile gösterilmiştir. Ayarlanabilir mide bandı midenin üst kısmının etrafında bir silikon halka yerleştirilmesini içerir. Çap mideyi kapalı

bölümlemek ve küçük bir açıklık oluşturmak için ayarlanır. Bu yöntem (Şekil 2.11-B) ile gösterilmiştir.

Ayarlanabilir mide bandı Avustralya'da yaygın gerçekleştirilen bir yöntemdir. Kısıtlayıcı ve malabsorbif yöntemlerine göre daha az sıklıkla yapılmaktadır ve bu yöntem daha az dramatik kilo kaybı sağlar. Bu yöntem (Şekil 2.11-C) ile gösterilmiştir (104).

Angrisani L. Ve arkadaşlarının, bulunduğumuz yıl olarak yaptıkları çalışmada, Obezite / metabolik cerrahinin geçmiş ilk küresel araştırma ülkelerinden gelen verileri birleştirerek önemli sonuçları yayınlamışlardır. Sonuçlar, obezite Cerrahisi Uluslararası Federasyonu ve Metabolik Hastalıklar (IFSO), sonuçlarını kapsamaktadır. Araştırmada, 2003, 2009, 2011, ve 2012 yılına ilişkin dünya çapında obezite raporlarını içermektedir. Bariatrik işlemlerin toplam sayısı 2013 yılında dünya çapında gerçekleştirilen 468.609, % 95.7 laparoskopik olarak gerçekleştirilmiştir (105). Yıllara göre yapılan bariatrik yöntemlerin sayılarının dağılımı Grafik 2.2'de verilmiştir (105).



Grafik 2.2. Yıllara göre yapılan bariatrik yöntemlerin sayılarının dağılımı (105).

Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB), sleeve gastrektomi (SG), ayarlanabilir mide bandı (AGB), biliopankreatik diversiyon / duodenal switch (BPD / DS)

Yıllara göre yapılan bariatrik yöntemlerin sayılarının dağılımını gösteren Grafik 2.2'nin sonuçları incelendiğinde, dünyada 2003, 2008, 2011 ve 2013 yıllarında ve toplamalarında yapılan bariatrik cerrahi sonuçları görülmektedir.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem Seçimi

Çalışmaya İstanbul Avrupa yakasında bulunan özel bir kliniğe obezite cerrahisi talebi ile başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü 60 yetişkin birey dahil edilmiştir. Obezite cerrahisine karar veren 60 bireye ameliyat öncesi ve sonrasında olacak şekilde üç farklı ölçek uygulanmıştır. Ayrıca hastaların demografik özellikleri sorgulanmıştır. Bireylere onam formu okutulup imzalatılmıştır. Bu çalışma 20.06.2016 tarihli ve 2016/29-05 sayılı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bireylerin vücut ağırlığı TANİTA BC 418 markalı BIA ile yapılmıştır. Boy ölçümleri duvara sabitlenmiş boy ölçer (Mesitaş MST-B01 Duvar Tipi Boy Ölçer), ile gerçekleştirilmiştir. Ameliyat öncesi alınan ölçeklere ilişkin veriler, 75 gün sonra kontrole gelen hastalardan tekrar alınmıştır. Hastalara ilişkin ameliyat öncesi ve sonrası veriler karşılaştırılmıştır. Bu çalışma Ekim 2015 – Ocak 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2 Kullanılan Ölçekler

Çalışmada verilerin elde edilmesi için üç çeşit ölçek kullanılmıştır. Bunlar sırasıyla;

- 1) Beck Depresyon Envanteri
- 2) Yeme Tutumu Testi
- 3) Çok Yönlü Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeğidir.

3.2.1 Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDI) Dr. Aaron T. Beck' in oluşturduğu, çoktan seçmeli 21 soruluk, depresyonun şiddetini ölçmekte kullanılan bir ölçektir. Beck depresyon envanterinin geliştirilmesi, hastanın kendi düşünceleri üzerine kurulmaya başlamış olmasından dolayı, çok önemli bazı psikolojik oluşumları ortaya çıkarmıştır. Beck Depresyon Envanteri sağlık alanında yapılan çalışmalara pratik bir araç sunmaktadır. Beck Depresyon Envanteri 'nin 3 versiyonu vardır. İlki 1961'de yayınlanmış, daha sonra 1978'de tekrar gözden geçirilerek BDI-1A (Beck Depression Inventory 1A) adı verilmiş, 1996'da ise BDI-2 yayınlanmıştır (106).

Beck Depresyon Envanteri ayrıca Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğinin hazırlanmasına da kaynaklık etmiştir. Bu ölçek de ilk kez 1979 yılında klinik psikolog Maria Kovacs'ın yayınladığı bir ölçektir (107).

Depresyonda iki faktörlü yaklaşım Beck Depresyon Ölçeğinin en önemli özelliğidir. Depresyonun belirtileri duygularımızda ve bedenimizde ortaya çıkar. Beck Depresyon Envanteri bu iki faktörü de ölçer, böylece daha kapsamlı ve doğru bir teşhis konulması sağlanır (108).

Beck Depresyon Envanteri'nde 21 soru vardır, her soruda en düşük puan 0, en yüksek puan 3'tür. Tüm cevapların toplam puanı şu şekilde değerlendirilir:

0 - 9 puan arası: Minimal düzeyde depresif belirtiler

10 - 16 puan arası: Hafif düzeyde depresif belirtiler

17 - 29 puan arası: Orta düzeyde depresif belirtiler

30 - 63 puan arası: Şiddetli düzeyde depresif belirtiler

Beck Depresyon Envanteri pek çok dilde çevrilerek tüm dünyada kullanılmaktadır. Ülkemizde de Envanter üzerinde ilk güvenilirlik ve geçerlilik

çalışmalarını Seber gerçekleştirmiştir. Beck Depresyon Envanteri'nin yanı sıra psikoloji alanında kullanılan araçlar arasında Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği de bulunmaktadır (106). Beck Depresyon Envanteri soruları EK-1'de verilmiştir.

3.2.2 Yeme Tutumu Testi

Yeme Tutumu Testi (YTT); Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında anoreksiya nervoza belirtilerinin objektif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 40 maddeden oluşan bir kendi-kendine bildirim ölçeğidir (108).

Yeme Tutumu Testi ülkemizde ölçeğin Türkçe uyarlaması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır. YTT, 40 maddeden oluşan, altı noktalı çoktan seçmeli bir ölçektir ve ölçeğin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Savaşır ve Erol tarafından gerçekleştirilmiştir (109).

Ülkemizde, YTT'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bazı çalışmalar yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği $r = .65$, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.70 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları kız öğrencilerde 0.47 ile 0.90 arasında, erkek öğrencilerde ise 0.34 ile 0.80 arasında bulunmuştur. YTT'nin geçerliğine ilişkin yapılan analizlerde ise YTT toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri (BDE) arasında pozitif ve anlamlı korelasyon ($r = .42$, $p < .01$) olarak belirlenmiştir (110). Yeme Tutumu Testi EK-2'de verilmiştir.

3.2.3 Çok Yönlü Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeği (MBSRQ-The Multidimensional Body- Self Relations Questionnaire)

Çok Boyutlu Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeği (MBSRQ) beden imajının değerlendirilmesi validasyonu olan bir ölçektir. Beden imajı, fiziksel benlik, doğru tutum olarak tasarlanmıştır. Bilişsel, davranışsal bileşenleri içerir. Ayrıca, fiziksel

benlik, fiziksel görünüm değil, aynı zamanda vücudun biyolojik olarak "sağlık / hastalık" bütünlüğünü kapsamaktadır. MBSRQ, 15 yaş ve üzeri yetişkin ve ergenlerle kullanılmak üzere tasarlanmıştır (111)

Ölçekteki soru şekli beş seçenek olup, bilindiği üzere beş seçenek Likert tipi anket özelliğini taşımaktadır. Likert tipi anket sorularının geçerlilik ve güvenilirliğinin diğer anket sorularına göre daha güçlü olduğu rapor edilmiştir. Ölçeğin ülkemizde madde analizi, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Doğan ve Doğan tarafından yapılmıştır. Geçerlilik çalışmasında Hovardaoğlu tarafından kapsam geçerliliği yapılmış olan Beden Algısı Ölçeği ile karşılaştırılmış olup korelasyon katsayısı 0,58 ile anlamlı bulunmuştur (112).

3.3 Verilerin Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenlerin Ortalama ve Standart sapma değerleri hesaplandı. Kategorik değişkenler tablolar halinde gözlemlenebilir sayısal verilere ilişkin oranlar verildi.

BKİ ve kullanılan ölçeklerin operasyon öncesi ve sonrası ortalama değerleri arasında fark olup olmadığı iki bağımlı grupta ortalama değerlerini test eden "Eşleştirilmiş Student's t Testi" ile analiz edildi. Verilerin analizinde çift yönlü hipotezler dikkate alınarak, $p \leq 0.05$ ise farklılık önemli olduğu yorumu yapıldı.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanıldı.

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Çalışmaya alınan bireylere ait değişkenlerin dağılımı

Çalışmaya alınan yaşları (ortalama ve standart sapma değeri) $35,76 \pm 9,33$ olan bireylerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Birey sayısı	Oran (%)
Erkek	11	18,3
Kadın	49	81,7
Toplam	60	100,0

Tablo 4.1’deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan 60 bireyin %18.3’ü erkek, %81.7’si ise kadın olduğu görülmektedir.

Çalışmaya alınan bireylerin mesleklere göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışmaya alınan bireylerin mesleklere göre dağılımı

Meslekler	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Memur	1	9,1	4	8,2	5	8,3
Sigortalı İşçi	6	54,5	26	53,1	32	53,3
Esnaf, Zanaatkâr	1	9,1	2	4,1	3	5,0
Serbest Meslek	1	9,1	1	2	2	3,3
Emekli	1	9,1	-	-	1	1,7
Ücretli çalışan	-	-	1	2	1	1,7
Öğrenci	-	-	1	2	1	1,7
Diğer...	1	9,1	14	28,6	15	25,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.2'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan 60 bireyin en çok %53.3'ü ile sigortalı işçi olduğu görülmektedir.

Çalışmaya alınan bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımı

Eğitim Durumu	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Okuryazar	-	-	1	2,0	1	1,7
İlköğretim	2	18,2	7	14,3	9	15,0
Lise ve dengi	5	45,5	17	34,2	22	36,7
Yüksek okul	1	9,1	12	24,5	13	21,7
Yüksek lisans/ Doktora	3	27,3	12	24,5	15	25,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.3'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan bireylerin eğitim durumu en çok %36.7 oranı ile lise ve dengi okul mezunu ve ikinci sırada ise Yüksek lisans/ Doktora mezunu oldukları görülmektedir.

Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı

Medeni Durum	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Bekar	2	18,2	19	38,8	21	35,0
Evli	8	72,7	26	53,1	34	56,7
Dul	1	9,1	4	8,2	5	8,3
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.4'deki sonuçlar incelendiğinde, bireylerin medeni durumlarına göre dağılımında birinci sırayı %56.7 ile evli bireylerin yer aldığı görülmektedir.

Çalışmaya alınan bireylerin sosyal güvence durumlarına göre dağılımı Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin sosyal güvence durumlarına göre dağılımı

Sosyal Güvence	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Emekli sandığı	1	9,1	6	12,2	7	11,7
SSK	8	72,7	40	81,6	48	80,0
Bağ kur	1	9,1	2	4,1	3	5,0
Sosyal güvencesi yok	1	9,1	-	-	1	1,7
Diğer	-	-	1	2,0	1	1,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.5'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan bireylerin sosyal güvence durumlarına göre dağılımında birinci sırayı %80.0 ile SSK aldığı görülmektedir. Sosyal güvencesi olmayanların oranı ise %1.7 dir.

Bireylerin çocuk sayısı durumlarına göre dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Bireylerin çocuk sayısı durumlarına göre dağılımı

Çocuk Sayısı	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	S	%	S
Çocuğu yok	4	36,4	23	46,9	27	45,0
1-3	7	63,6	23	46,9	30	50,0
3'ten fazla	-	-	3	6,1	3	5,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.6'daki sonuçlar incelendiğinde, bireylerin çocuk sayısı durumlarına göre dağılımında birinci sırayı %50.0 ile 1-3 arası çocuğa sahip olduğu ve başka dikkat çekici durum ise %45'inin çocuğu olmadığı görülmektedir.

Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı

Sigara Kullanma Durumu	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet (...adet/gün)	3	27,3	29	59,2	32	53,3
Hayır	8	72,7	18	36,7	26	43,3
Bıraktım	-	-	2	4,1	2	3,3
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0
Alkol Kullanma Durumu						
Evet	4	36,4	17	34,7	21	35,0
Hayır	7	63,6	32	65,3	39	65,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.7'deki sonuçlar incelendiğinde, katılımcıların sigara içme durumu, %53.3 oranında içtikleri görülmektedir. Bireylerin alkol alım durumuna göre, %65 oranında kullanmadıkları diğer %35'i ise alkolü aldıkları görülmektedir.

Katılımcıların obezite başlangıç yaşı durumlarına göre dağılımı Tablo 4.8'da verilmiştir.

Tablo 4.8. Obezite başlangıç yaşı durumlarına göre dağılımı

	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
0-5yaş	-	-	14	28,6	14	23,3
6-15 yaş	2	18,2	10	20,4	12	20,0
16-20 yaş	3	27,3	10	20,4	13	21,7
21-30 yaş	6	54,5	13	26,5	19	31,7
31 ve üstü	-	-	2	4,1	2	3,3
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.8'deki sonuçlar incelendiğinde, bireylerin kendi beyanlarına göre obezite başlangıç yaşı 0-5 yaş grubunda %23,3 iken 21-30 yaş grubunda %31,7 olarak bulunmuştur. Bireylerin obezite başlangıç yaşı 31 ve üstünden sonra %3,3'e düşmektedir.

Bireylerin Diyetisyene başvurmuş olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.9'de verilmiştir.

Tablo 4.9. Bireylerin diyetisyene başvurma durumlarına göre dağılımı.

	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet	9	81,8	44	89,8	53	88,3
Hayır	2	18,2	5	10,2	7	11,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.9'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan bireylerin Diyetisyene başvurma durumlarına göre %88,3'ü başvurduğu, %11,7'nin ise başvurmadığı anlaşılmaktadır.

Bireylerin Psikiyatriye başvurmuş olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.10'de verilmiştir.

Tablo 4.10. Çalışmaya alınan bireylerin Psikiyatriye başvurma durumlarına göre dağılımı

	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet	4	36,4	20	40,8	24	40,0
Hayır	7	63,6	29	59,2	36	60,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.10'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan 60 bireyin Psikiyatriye başvurma durumlarına göre %40'ının başvurduğu, %60'nın ise başvurmadığı anlaşılmaktadır.

Bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı

	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet	6	54,5	35	71,4	41	68,3
Hayır	5	45,5	14	28,6	19	31,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.11'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre %68.3'nün kullandığı, %31.7'nin ise kullanmadığı anlaşılmaktadır.

Bireylerin obeziteye ilişkin görüşlerine göre dağılımı Tablo 4.12'te verilmiştir.

Tablo 4.12. Bireylerin obeziteye ilişkin görüşlerine göre dağılımı

	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Önemsemiyorum	-	-	1	2,0	1	1,7
Önemli bir sağlık sorunu olarak görüyorum	11	100,0	47	95,9	58	96,7
Dış görünüşüm ile ilgili kaygılarım ön planda	-	-	1	2,0	1	1,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.12'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya dâhil edilen bireylerin obeziteye ilişkin görüşlerine göre %96,7'nin önemli bir sağlık sorunu olarak gördüğünü ifade ettiği anlaşılmaktadır.

Bireylerin yeme davranışı ile ilişkilendirdikleri duygu halinin olup olmadığının ilişkin dağılımı Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13. Bireylerin yeme davranışı ile ilişkilendirdikleri duygu halinin olup olmadığına ilişkin dağılım

	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Var	9	81,8	38	77,6	47	78,3
Yok	2	18,2	11	22,4	13	21,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.13'deki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya dâhil edilen bireylerin yeme davranışı ile ilişkilendirdikleri duygu halinin olup olmadığına ilişkin dağılıma göre %78.3' ünün "duygu halinin olduğu" bulunmuştur.

Değişik duygu hallerine göre bireylerin yemek yeme oranlarının dağılımı Tablo 4.14'da verilmiştir.

Tablo 4.14. Değişik duygu halinin yemek yeme oranlarının dağılımı

Neşeli olduğumda yemek yerim kendimi durduramam	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Evet	4	36,4	11	22,4	15	25,0
Hayır	7	63,6	38	77,6	45	75,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0
Üzüntülü olduğumda yemek yerim						
Evet	6	54,5	35	71,4	41	68,3
Hayır	5	45,5	14	28,6	19	31,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0
Endişeli olduğumda yemek yerim						
Evet	2	18,2	27	55,1	29	48,3
Hayır	9	81,8	22	44,9	31	51,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0
Öfkeli olduğumda yemek yerim						
Evet	6	54,5	38	77,6	44	73,3
Hayır	5	45,5	11	22,4	6	26,7
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.14'daki sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya alınan 60 bireyin yeme davranışı ile ilişkilendirdikleri duygu hallerine göre en çok “Öfkeli olduğumda yemek yerim” oranı %73,3 olarak bulunmuştur. Bu durumu “Üzüntülü olduğumda yemek yerim” oranı ise %68,3 oranı ile izlemektedir.

Bireyin obezitenin sosyal yaşamı etkileme biçimi açısından incelenerek ilgili yanıtlar Tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4.15. Çalışmaya alınan bireylerin obezitenin sosyal yaşamı etkileme açısından hastalardan alınan yanıtların dağılımı

	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sosyal yaşamı etkilenmeyen	3	27,3	9	18,4	12	20,0
Zorunlu olanlar dışında sosyal aktivitelere katılmak istemeyen	5	45,5	14	28,6	19	31,7
Zorunlu durumlar dahil sosyal aktivitelere hiç katılmayan	3	27,3	26	53,1	29	48,3
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.15'deki sonuçlar incelendiğinde, obezitenin sosyal yaşamı etkileme açısından hastalardan alınan yanıtların dağılımı çok dikkat çekici sonuçların elde edilmesi ile sonuçlanmıştır. Zorunlu durumlar dahil sosyal aktivitelere hiç katılmayanların oranı %48,3 ile yüksek bulunmuştur. Ailede Anne, Baba ve kardeşte obezite var mı? sorusu sorulmuş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Yanıtların dağılımı Tablo 4.16'de verilmiştir.

Tablo 4.16. Anne, baba ve kardeşlerde obzitenin varlığının dağılımı

Annede obezitenin varlığı	Erkek (n:11)		Kadın (n:49)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Var	2	18,2	17	34,7	19	31,7
Yok	9	81,8	32	65,3	41	68,3
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0
Babada obezitenin varlığı						
Var	3	27,3	15	30,6	18	30,0
Yok	8	72,7	34	69,4	42	70,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0
Kardeşlerde obezitenin varlığı						
Var	1	9,1	17	34,7	18	30,0
Yok	10	90,9	32	65,3	42	70,0
Toplam	11	100,0	49	100,0	60	100,0

Tablo 4.16'deki sonuçlar incelendiğinde, Anne, Baba ve kardeşte obezite oranları birbirine yakın olarak %30,00 kadar olduğu bulunmuştur.

4.2. Çalışmaya alınan bireylere ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları

Çalışmada incelenen 60 obez bireye ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları Tablo 4.17'da verilmiştir.

Tablo 4.17. Çalışmada incelenen bireylere ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerinin istatistiksel test sonuçları

	Operasyon		T	P
	Oncesi	Sonrası		
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
BKİ	44,42 ± 5,27	31,03 ± 3,848	27,39	<0.001
BECK Depresyon Envanteri	28,15 ± 8,745	9,450 ± 5,779	16,70	<0.001
Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Toplam Puan	149,8 ± 28,15	225,3 ± 28,79	15,90	<0.001
Yeme Tutumu Testi Toplam Puan	47,96 ± 15,71	29,26 ± 8,386	8,661	<0.001

$\bar{X} \pm SD$: Ortalama ± Standart Sapma değeri

t: Student's t test, p: Önemlilik düzeyi,

Tablo 4.17'deki sonuçlar incelendiğinde, BKİ, BECK Depresyon Envanteri, Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Toplam Puan, Yeme Tutumu Testi Toplam Puan operasyon öncesi ve sonrası ortalama değerleri arasında fark olup olmadığı iki bağımlı grupta ortalama değerlerini test eden "Eşleştirilmiş Student's t Testi" ile analiz edildi. Her dört değişkene ilişkin operasyon öncesi ve sonrası ortalama değerler arasında önemli düzeyde farklılıklar olduğu bulundu ($p < 0.001$)

Çalışmada incelenen 11 erkek obez bireye ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Çalışmada erkek bireylere ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları

	Operasyon Öncesi $\bar{X} \pm SD$	Operasyon Sonrası $\bar{X} \pm SD$	t	P
BKİ	45,84±6,53	32,08±4,84	11,924	<0.001
BECK Depresyon Envanteri	25,27±10,21	8,727±4,00	5,646	<0.001
Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği	170,8±22,15	230,1±24,65	5,395	<0.001
Toplam Puan				
Yeme Tutumu Testi				0.004
Toplam Puan	49,72±13,89	28,091±8,68	3,712	

$\bar{X} \pm SD$: Ortalama \pm Standart Sapma değeri
t: Student's t test, p: Önemlilik düzeyi,

Tablo 4.18'deki sonuçlar incelendiğinde, BKİ, BECK Depresyon Envanteri, Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Toplam Puan, Yeme Tutumu Testi Toplam Puan operasyon öncesi ve sonrası ortalama değerleri arasında fark olup olmadığı iki bağımlı grupta ortalama değerlerini test eden "Eşleştirilmiş Student's t Testi" ile analiz edildi. Her dört değişkene ilişkin operasyon öncesi ve sonrası ortalama değerler arasında önemli düzeyde farklılıklar olduğu bulundu ($p < 0.01$).

Çalışmada incelenen 49 obez kadın bireye ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları Tablo 4.19'de verilmiştir.

Tablo 4.19. Çalışmada kadın bireylere ait amaliyat öncesi ve sonrası değişkenlerin istatistiksel test sonuçları

	Operasyon		T	P
	Operasyon Öncesi	Sonrası		
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
BKİ	44,10± 4,98	30,80±3,61	24,434	<0.001
BECK Depresyon Envanteri	28,79±8,36	9,612±6,13	15,89	<0.001
Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği	145,14±27,36	224,2±29,76	15,29	<0.001
Toplam Puan Yeme Tutumu Testi	47,57±16,19	29,53±8,38	7,779	<0.001
Toplam Puan				

Tablo 4.19'deki sonuçlar incelendiğinde, BKİ, BECK Depresyon Envanteri, Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Toplam Puan, Yeme Tutumu Testi Toplam Puan operasyon öncesi ve sonrası ortalama değerleri arasında fark olup olmadığı iki bağımlı grupta ortalama değerlerini test eden “Eşleştirilmiş Student’s t Testi” ile analiz edildi. Her dört değişkene ilişkin operasyon öncesi ve sonrası ortalama değerler arasında önemli düzeyde farklılıklar olduğu bulundu ($p<0.001$).

4.3 Çalışmaya Alınan Bireylere Ait BKİ ve Ölçeklere İlişkin Korelasyon

Katsayıları ve Test Sonuçları

Bireylere ait değişkenlerin korelasyon matrisi Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20. Bireylere ait değişkenlerin korelasyon matrisi

	YTT SON	YTT ON	Çok Yönlü BB/Öz ON	Çok Yönlü BB/Öz SON	BECK D Ölçeği ON	BECK D Ölçeği SO	BKİ ON	BKİ SON
YTT SON	R 1							
	P							
YTT ON	R ,142	1						
	P ,278							
Çok Yönlü BB/Öz ON	R -,074	-,023	1					
	P ,572	,864						
Çok Yönlü BB/Öz SON	R ,053	,014	,167	1				
	P ,689	,914	,203					
BECK D Ölçeği ON	R ,313*	,307*	-,350**	,083	1			
	P ,015	,017	,006	,527				
BECK D Ölçeği SON	R ,268*	-,065	-,186	-,310*	,343**	1		
	P ,038	,621	,154	,016	,007			
BKİON	R ,316*	,173	-,011	-,133	,234	,171	1	
	P ,014	,186	,936	,312	,072	,192		
BKİSON	R ,275*	,305*	,084	-,080	,161	,008	,698	1
	p ,033	,018	,522	,544	,219	,954	,000	

*. P<0.05’te önemli korelasyon

** P<0.01’de önemli korelasyon

YTT SON: Yeme Tutum Testi Ameliyat Sonrası

YTT ON: Yeme Tutum Testi Ameliyat Öncesi

Çok Yönlü BB/Öz ON: Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Ameliyat Öncesi

Çok Yönlü BB/Öz SON: Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Ameliyat Sonrası

BECK D Ölçeği ON: BECK Depresyon Envanteri Ameliyat Öncesi

BECK D Ölçeği SON: BECK Depresyon Envanteri Ameliyat Sonrası

BKİON: BKİ Ameliyat Öncesi

BKİSON: BKİ Ameliyat Sonrası

Tablo 4.20’de verilen simetrik korelasyon matrisi incelendiğinde; bazı değişkenler arasındaki korelasyon değerlerinin $p<0.05$ ve bazı değişkenler arasındaki korelasyon değerlerinin ise, $p<0.01$ düzeyinde önemli oldukları bulunmuştur.

Bunlar arasında Beck depresyon ölçeği ameliyat öncesi ve diğer değişkenler arasında önemli korelasyonlar olduğu görülmektedir. Beck Depresyon ölçeği ameliyat öncesi ve Yeme Testi Ameliyat Sonrası, Yeme Testi Ameliyat Öncesi, Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Ameliyat Öncesi korelasyon katsayıları sırasıyla; ,313* , ,307* , -,350** şeklinde önemli bulunmuştur. Bulunan bu korelasyon katsayıları şu şekilde yorumlanabilir;

Beck Depresyon Envanteri ameliyat sonrası ve Yeme Testi Ameliyat Sonrası değişkeni arasında pozitif 0,313 oranında önemli bir korelasyon olduğu şeklindedir (p=0.313). Beck Depresyon Envanteri ameliyat öncesi değişkeni bir birim arttığında, Yeme Testi Ameliyat Sonrası değişkeninde 0,313 oranında artacağı şeklinde açıklanabilir.

Beck Depresyon Envanteri ameliyat öncesi ile Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Ameliyat Öncesi değişkeni arasında bulunan -0,350 korelasyonu negative değerli olduğu için, Beck Depresyon Envanteri ameliyat öncesi değişkeni bir birim arttığında, Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Ameliyat Öncesi değişkeninde

-0,350 oranında azaldığı söylenebilir.

Bunlar arasında Beck Depresyon Envanteri ameliyat sonrası ve diğer değişkenler arasında önemli korelasyonlar olduğu görülmektedir. Beck Depresyon Envanteri ameliyat öncesi ve Yeme Testi Ameliyat Sonrası, Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği Ameliyat Sonrası korelasyon katsayıları sırasıyla; ,268* , -,310* şeklinde önemli bulunmuştur.

Bireylerin Ameliyat Öncesi BKİ değerleri ile Yeme Tutum Testi Ameliyat Sonrası değerleri arasında pozitif 0,305 oranında korelasyon olduğu hesaplanmıştır (p=0.014).

Bireylerin Ameliyat SonrasıBKİ değerleri ile Yeme Tutum Testi Ameliyat Sonrası değerleri arasında pozitif 0,275 oranında korelasyon olduğu hesaplanmıştır ($p=0.033$). Yine aynı şekilde Bireylerin Ameliyat Sonrası BKİ değerleri ile Yeme Tutum Testi Ameliyat Öncesi değerleri arasında pozitif 0,275 oranında korelasyon olduğu hesaplanmıştır ($p=0.018$).

Bölüm 5

TARTIŞMA

5.1. Obezite Cerrahisinin Bireylerin BKİ Değerleri Üzerine Etkisi

Çalışmada elde edilen bulgulardan anlaşılacağı üzere, obezite cerrahisi olan hastalarda operasyon sonrası dönemde hastanın BKİ' inde adaptasyon sürecinde, beslenme sorunları ve psikolojik değişiminde önemli derecede iyileşmenin gerçekleştiği belirlenmiştir. Hastaların ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $44,42 \pm 5,27$ iken ameliyat sonrasında $31,03 \pm 3,848$ 'e kadar düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

Erkek ve kadın bireyler ayrı ayrı incelendiğinde; Erkek hastaların ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $45,84 \pm 6,531$ iken ameliyat sonrasında $32,08 \pm 4,839$ 'a kadar düştüğü ve bunun da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Kadın hastaların ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $44,10 \pm 4,977$ iken ameliyat sonrasında $30,80 \pm 3,608$ 'a kadar düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak önemli düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

BKİ değeri 40 kg/m^2 veya BKİ değeri 35 kg/m^2 ise birey ko-morbid obez olarak tanımlanır. Bu durumda birey bariatrik cerrahiye aday olarak tanımlanabilir (113). Çalışmamızda erkek hastaların ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $45,84 \pm 6,531$ şeklindeydi. Kadın hastaların ise ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $44,10 \pm 4,977$ şeklindeydi. Çalışmaya alınan hastaların ko-morbid obez olarak tanımlanabileceği söylenebilir.

Erkek hastalar ameliyat sonrasında $32,08 \pm 4,839$ 'e kadar düştüğü ve bu ölçüm değeri hastaların ko-morbid obez sınırının altına düştüğü şeklinde yorumlanabilir. Kadın hastalarda da durum benzer olarak düştüğü ($44,10 \pm 4,977$ değerinden $30,80 \pm 3,608$ 'değerine) söylenebilir. Kadın hastalarda da bu ölçüm değeri hastaların ko-morbid obez sınırının altına düştüğü şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, bariatrik cerrahi medikal tedaviden çok daha fazla kilo kaybına neden olur. Ancak hastalar şunu bilmelidirler ki bariatrik cerrahi hızlı kilo verdiren bir araç değildir. Bariatrik cerrahi sonrası hasta yemek seçimi, fiziksel aktivite gibi durumları sağladıkça komorbid obez sınırı altına düşerek, sağlıklı bir yaşam çizgisine ulaşabilecektir. Tüm bariatrik cerrahilerde obezlerin kilo kaybı genelde %61 kadar olduğu bildirilmiştir (114).

Çalışmamızda erkek hastaların ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $45,84 \pm 6,531$ iken ameliyat sonrasında $32,08 \pm 4,839$ 'a kadar düşmüş olması, bu düşüşün %30.01 oranı kadar olduğu söylenebilir. Kadın hastaların ise ameliyat öncesi BKİ değişkeninin ortalama ve standart sapma değeri; $44,10 \pm 4,977$ iken ameliyat sonrasında $30,80 \pm 3,608$ 'e kadar düşmüş olması, bu düşüşün %30.02 oranı kadar olduğu söylenebilir. Her iki grupta düşüş oranları benzer olarak bulunmuştur.

Ancak belirtildiği gibi bariatrik cerrahi hızlı kilo verdiren bir araç değildir. Bariatrik cerrahi sonrası hasta yemek seçimi, fiziksel aktivite gibi durumları sağladıkça daha çok ideal düşüş sağlayabilecektir. Ameliyat olan hastalarımızdaki yaklaşık %30 oranındaki düşüş miktarının hemen ameliyat sonrası bir ölçüm olduğu ve bu düşüşün yemek seçimi ve fiziksel aktivite ile zaman içinde daha çok artacağı tahmin edilmektedir.

Chikunguwo S ve arkadaşlarının toplam 86 hastada yaptıkları araştırma sonuçlarına göre; bariatrik cerrahi sonrası obez hastalarda BKİ değerinin önemli derecede düştüğü ve bu hastalarda bu düşüşün hasta sağlığına pozitif düzeyde fayda sağladığını bulmuşlardır. BKİ değişkeninin ortalamasındaki değişim 49 değerinden 32 kg/m² kadar düştüğünü bulmuşlardır (115). BKİ ortalamasındaki bu sonuç, çalışmamızda ameliyat öncesi BKİ 44.42 kg/m² değerinin 31.03 kg/m² değerine düşmüş olması durumu, Chikunguwo S ve arkadaşlarının bulmuş olduğu (49 değerinden 32 kg/m²) değerlerine benzer olduğu görülmektedir.

5.2. Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmada, depresyonun şiddetini ölçmekte kullanılan ve hastanın kendi düşünceleri üzerine kurgulanmış olan BECK Depresyon Envanteri uygulanarak bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası değerler karşılaştırılmıştır. Hastaların ameliyat öncesi BECK Depresyon Envanteri ortalama ve standart sapma değeri; $28,15 \pm 8,745$ iken ameliyat sonrası bu değer; $9,450 \pm 5,779$ kadar düşmüştür. Beck Depresyon Envanteri'nde tüm cevapların toplam puanı aralığı ölçeğine bakıldığında hastaların ameliyat öncesi $28,15 \pm 8,745$ puanı "Orta düzeyde depresif belirtiler" in olduğu aralığa düştüğü, ameliyat sonrası $9,450 \pm 5,779$ kadar düşen puanlar ise Beck Depresyon Envanteri'nde "Minimal düzeyde depresif belirtiler" kategorisinde yer aldığı söylenebilir.

Çalışmada, depresyonun şiddetini ölçmekte kullanılan ve hastanın kendi düşünceleri üzerine kurgulanmış olan BECK Depresyon Envanteri uygulanarak bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası değerler karşılaştırılmıştır.

Erkek hastaların ameliyat öncesi BECK Depresyon Envanteri ortalama ve standart sapma değeri; $25,27 \pm 10,218$ iken ameliyat sonrası bu değer; $8,727 \pm 4,002$ kadar düşmüştür. Kadın hastaların ameliyat öncesi BECK Depresyon Envanteri

ortalama ve standart sapma değeri; $28,79 \pm 8,361$ iken ameliyat sonrası bu değer; $9,612 \pm 6,129$ kadar düşmüştür.

Beck Depresyon Envanteri'nde tüm cevapların toplam puan aralığı ölçeğine bakıldığında erkek ve kadın hastaların ameliyat öncesi puanları “Orta düzeyde depresif belirtiler”in aralığına düştüğü, ameliyat sonrası düşen puanlar ise Beck Depresyon Envanteri'nde “Minimal düzeyde depresif belirtiler” kategorisinde yer aldığı söylenebilir.

Çalışmada, yapılan korelasyon hesaplamalarında, Beck depresyon envanteri ameliyat öncesi ve diğer değişkenler arasında önemli korelasyonlar bulunmuştur. Beck Depresyon envanteri ameliyat öncesi ve sonrası değerler ile, Yeme Testi Ameliyat Öncesi Sonrası değerler arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Yani, Depresyon skalasındaki bir artışın yeme testinde pozitif bir artış sağlamaktadır.

Ancak Beck Depresyon Envanteri ile Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği arasında ise negative bir korelasyon bulunmuştur. Bu durumda, Beck depresyon envanterindeki bir birimlik düşüş ise Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeğini pozitif ölçüde arttırmaktadır. Bu sonuç beklenen bir durumu ifade eder.

Yapılan değişik araştırma sonuçları incelendiğinde; Pataky Z ve arkadaşlarının bariatrik hastalarda yaptıkları çalışmada sonuç olarak bariatrik cerrahi sonrası hastalarda hastaların psikolojik sağlık ve yaşam kalitesinin önemli derecede iyileştirme gösterdiği rapor edilmiştir (116).

Tae ve arkadaşlarının aynı şekilde 32 bariatrik hastalarda yaptıkları çalışmada BMI ameliyat öncesi $45.7 \pm 6.7 \text{ kg/m}^2$ den ameliyat sonrasında bu değer $33.6 \pm 7.0 \text{ kg/m}^2$ kadar düştüğünü, hastaların ameliyat öncesi %52.2'si antidepresan kullanırken bu oran ameliyat sonrasında, %13.0 oranına düştüğü bulunmuştur. Aynı

şekilde bariatric hastalarda psikiyatrik semptomların (depressif, ankiyite ve bulumik) önemli derecede azaldığı rapor etmişlerdir (117).

Mitchell JE ve arkadaşları,2006–2009 yılları arasında 2458 bariatric hastayı izleyerek kohort bir çalışma yapmışlardır. Kohort çalışmaları hastaları uzun süre izleme olanağı sunduğu için araştırma sonuçlarının önemli derecede dikkate alınması gerekmektedir. Kohort çalışma sonuçlarına göre; başlangıçta, hastaların %40.4'ü depresyon tedavisi görmekteydiler. Depresyonun şiddetine göre dağılımı; ılımlı depresyon; (Beck Depresyon Skor \geq 10 puan)% 28,3 oranında gözlemlendiği ile bildirilmiştir. Ameliyat sonrası bir yıl içinde Beck depresyon skorları önemli derecede düştüğü görülmüş olduğu rapor edilmiştir. Belirtiler 6 ay içinde % 8.9, bir yıl içinde % 8.4 oranına düştüğü ancak ikinci yılda bu oran % 12.2 oranına, üçüncü yılda ise % 15.6 oranına yükseldiği görüldüğü bildirilmiştir. İlk yıldan sonraki yıllarda beck depresyon skorunun yükselmesi iyi bir sonuç değildi. Çalışmada bunun nedenleri olarak; (1) ameliyat hakkında gerçekçi olmayan beklentilerin hayal kırıklığı yaptığı 2) ağırlık artışının tekrar etmesinin oluşturduğu psikolojik sorunların tekrar etmesi, (3) beslenme çeşitliliğinin sınırlandırılması ile ortaya çıkan ruhsal sıkıntı, (4) antidepressanların sınırlı sayıda kullanımının ve etki düzeylerinin düşük olabileceği şeklinde sıralanmıştır (118).

Ayloo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, bariatric cerrahi uygulanan 137 hastada ameliyat sonrası Beck depresyon ölçeğinde önemli derecede düşüş olduğu bildirilmiştir (119).

Dixon JB ve arkadaşlarının 487 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada morbid obezite ve depresyon arasında ki ilişki araştırılmış ve depresyon belirtilerinin daha çok düşük beden imgesine sahip genç obez kadınlarda görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmaya kısıtlayıcı bariatric yöntemlerle ağırlık kaybı gerçekleştiren bireyler dahil

edilmiş ve cerrahi sonrasında tıpkı bizim çalışmamızda olduğu gibi depresyon skalasının ciddi bir şekilde düşüş gösterdiği rapor edilmiştir (120).

Nikel C ve arkadaşları toplam 50 kadın üzerinde mide bandı operasyonunun yeme tutumu ve depresyon üzerindeki etkisinin kalıcı olup olmadığını araştırmış ve önemli düzeyde anlamlılığın ilk 12 ay içerisinde gerçekleştiğini bunu takip eden 3 yıl süresince hastalarda beden imaj algılarında ve depresif belirtilerinde önemli düzeyde pozitif gelişmeler olduğunu belirtmişlerdir (121).

5.3. Çok Boyutlu Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeği Değerleri

Çok Boyutlu Beden-Self İlişkileri Ölçeği (MBSRQ) beden imajının değerlendirilmesi, beden imajı, fiziksel benlik, doğru tutum olarak tasarlanmış olması ve bilişsel, davranışsal bileşenleri içermekte olması sonuçları önemli olarak değerlendirilmektedir (112).

Çalışmaya alınan 60 hastaya ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası “Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği” uygulanmıştır. Uygulanan Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği sonuçları; hastaların ameliyat öncesi ortalama ve standart sapma değerleri; $149,8 \pm 28,15$ iken bu değer ameliyat sonrası $225,3 \pm 28,79$ değer kadar yükseldiği bulunmuştur. Bu yükselmenin istatistiksel test sonucu olarak önemli düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Uygulanan Çok Yönlü Beden Benlik/Öz İlişki Ölçeği sonuçları; erkek hastaların ameliyat öncesi ortalama ve standart sapma değerleri; $170,8 \pm 22,15$ iken bu değer ameliyat sonrası $230,1 \pm 24,65$ değer kadar yükseldiği bulunmuştur. Bu yükselmenin istatistiksel test sonucu olarak önemli düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Kadın hastaların aynı ölçek için değerleri ameliyat öncesi ortalama ve standart sapma değerleri; $145,14 \pm 27,36$ iken bu değer ameliyat sonrası $224,2 \pm 29,76$ değer kadar yükseldiği bulunmuştur. Bu yükselmenin istatistiksel test sonucu olarak önemli düzeyde farklı olduğu

bulunmuştur ($p<0.001$). Yükselen puanların sağlıklı bir beden ve yüksek kendilik imgesini göstermesi sonucu olarak, erkek ve kadın hastanın ameliyat sonrası sağlıklı bir beden ve yüksek kendilik imgesini gösterdiği söylenebilir.

Patel ve arkadaşları kohort düzeninde bir araştırmada, bariatrik cerrahi yapan 121 hastayı izleyerek “Çok Boyutlu Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeği (MBSRQ)” ölçeğini ilk 6, 12 ve 24 aylarında uygulamışlardır. Çalışmanın önemli sonuçlarından biri, Çok Boyutlu Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeği değerlerinin yükseldiği, yükselen puanların sağlıklı bir beden ve yüksek kendilik imgesini göstermesi sonucu olarak, Beck depresyon ölçeğininde düştüğü şeklinde sonuçlar bulmuşlardır (122).

Konuyla ilgili olarak “Çok Boyutlu Beden-Benlik/Öz İlişki Ölçeği (MBSRQ)” ölçeğinin bariatrik cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası uygulayan ve artan puanların sağlıklı bir beden imgesini gösterdiğini kanıtlayan başka bir çalışmada 51 kadın 13 erkek dahil edilmiş ve bariatrik cerrahi sonrası azalan vücut ağırlıklarıyla beden memnuniyetlerinin arttığı ayrıca çalışmada operasyon sonrası dönemde vücutta bulunan sarkmaları önlemek amacıyla estetik cerrahi uygulamanın daha da beden memnuniyetini arttıracığı ve bu işlemin bariatrik cerrahiye eklenmesi gerektiğini vurgulamışlardır (123).

Benzer olarak Giordana S. ve arkadaşları obezite cerrahisi geçirmiş 360 hasta üzerinde bir yıl süre ile izlemde bulunmuş ve düşen BKİ ile Beden Benlik /Öz İlişki ölçeği skalasında ciddi boyutta artış olduğunu rapor etmişlerdir (124).

Obezlerin yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıklarını ve lezzetli ve yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Obezitedeki yeme dürtüselliği tedaviyi yarıda bırakma için öngörücü bir faktör olarak da gösterilmiştir. Araştırmalarda “Yeme tutum testi” kesim noktası puanı kabul edilen 30 puan üstü “Bozulmuş Yeme Davranışı (BYD)” olarak

değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda Yeme tutum testi ölçek puanları obez grupta kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (125).

5.4. Yeme Tutumu Testi Değerleri

Çalışmaya alınan 60 hastaya ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası “Yeme tutum testi” uygulanmıştır. Uygulanan Yeme tutum testi sonuçları; hastaların ameliyat öncesi ortalama ve standart sapma değerleri; $47,96 \pm 15,71$ iken bu değer ameliyat sonrası $29,26 \pm 8,38$ değer kadar düştüğü bulunmuştur. Bu düşüşün istatistiksel test sonucu olarak önemli düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Yeme tutum testinde düşen puanların ameliyat sonrası yeme tutumunda sağlıklı bir değişimin olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya alınan erkek ve kadın hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası “Yeme tutum testi” uygulanmıştır. Uygulanan Yeme tutum testi sonuçları; erkek hastaların ameliyat öncesi ortalama ve standart sapma değerleri; $49,72 \pm 13,89$ iken bu değer ameliyat sonrası $28,091 \pm 8,68$ değer kadar düştüğü bulunmuştur. Bu düşüşün istatistiksel test sonucu olarak önemli düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kadın hastaların aynı ölçek için ameliyat öncesi ortalama ve standart sapma değerleri; $47,57 \pm 16,19$ iken bu değer ameliyat sonrası $29,53 \pm 8,38$ değer kadar düştüğü bulunmuştur. Bu düşüşün istatistiksel test sonucu olarak önemli düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Yeme tutum testinde düşen puanların ameliyat sonrası yeme tutumunda sağlıklı bir değişimin olduğunu göstermektedir.

Watowicz ve arkadaşları ortalama yaşları 12.8 olan 90 çocuk üzerinde bariatric cerrahi geçirmiş olan ebeveynlerinin çocuklar üzerinde ki yeme tutumlarına müdahalelerini incelemiş ve yaşları ile demografik özellikleri eşitlenen kontrol grubuna göre çocukları için daha sağlıklı tercihler uyguladıkları sonucuna

varmışlardır. Ayrıca kontrol grubunda ki çocuklarda bozulmuş yeme tutumu sonucu obezite geliştiğini rapor etmişlerdir (126).

Neumark- Sztainer ve arkadaşları yaşları ortalama 15.8 olan 356 genç kız üzerinde depresyon ve yeme tutumu arasında ki ilişkiyi araştırmış ve sonuç olarak pozitif korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Depresyon belirtilerinde ki azalma yeme tutumu puanlarını da düşürmüştür. Genç kızlarda özellikle dış görünüşleri ile dalga geçilmesi ve çevre özellikle aile içinde sürekli fazla kilolarından bahsedilmesinin depresyon belirtilerini arttırarak binge eating gibi bozulmuş yeme tutumuna neden olduğunu belirtmişlerdir (127).

Benzer başka bir çalışmada, Yeme tutum testinin ameliyat sonrasında düşmüş olduğu bulunmuştur (128).

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda bariatrik cerrahi bütün dünyada obezite tedavisinde giderek artan bir sayıda ve yüksek başarıyla uygulanmaktadır. Ancak bu operasyonlar deneyimli cerrahi ekip gerektiren son derece zor işlemler olup komplikasyon riski söz konusudur. Başarılı operasyonlar ile, obezite tedavisinde hastaların etkin kilo vermeleri yanında, hipertansiyon ve diabet gibi kronik hastalıkların da düzeldiği gözlenmektedir.

Yapılan çalışmada bariatrik cerrahinin kilo vermede başarılı olduğu, BKİ'ni düşürdüğü ve yaşam kalitesini pozitif anlamda yükselttiği görülmüştür. Ameliyatın sağlıklı bir beden ve yüksek kendilik imgesini arttırdığı fiziksel olarak hasta kendisini daha sağlıklı hissedebildiği bulunmuştur.

Unutmamak gerekirkı ilk altı ay başta olmak üzere ilk iki yıl balayı dönemidir ve kilo vermenin sürekli olamayacağı bilinmelidir. Bu durum ameliyat sonrası düşen depresyon şiddeti tekrar güçlenmeye başlayabilir. Önemli olanın yaşam tarzı ve beslenme değişikliğinin kalıcı olarak yapabilmektir.

Sonuç olarak hastaların cerrahi sonrasında psikolojik, fiziksel ve metabolik olarak kendilerini daha sağlıklı hissettikleri bulunmuştur.

Öneriler

İlk olarak yaşam tarzı değişikliği oluşturulmaya çalışılmalı ve bu sürdürülebilir hale getirilmelidir.

Obezite tedavisi multidisipliner bir yaklaşım ile düzeltilmeye çalışılmalıdır.

Fiziksel aktivitenin arttırılmasına yönelik çeşitli kamu spotları oluşturularak halk hareketli yaşama teşvik edilmelidir.

Obezite oluşmadan önlemeye yönelik yaklaşımlar geliştirilmeli ana okulu ve ilk okullarda gerek yeterli ve dengeli beslenme gerek hareketli yaşam konusunda eğitimler verilmelidir.

Cerrahi işlem uygulanacak bireylerde öncesi ve sonrası dönemde psikolojik destek verilmeli ve hasta aydınlatılmalıdır.

Yazılı ve görsel kitle iletişim araçları bu konuda halkı doğru bilgilendirmeye yöneltilmelidir.

Medyada sağlıklı olmak ile zayıflık bağdaştırılmamalı ve bu konuda çeşitli devlet politikaları geliştirilmelidir.

Hasta cerrahi işlem ve olası komplikasyonları hakkında bilgilendirilmelidir.

KAYNAKÇA

- [1] Tekin,K., Toydemir T. (2013). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 86-90.
- [2] Aydın, E.,& Bulut, H. (2014). Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(1), 77-82.
- [3] Tam, A. A.,& Çakır, B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1).
- [4] T.C. Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). 2013.
- [5] T.C. Kamu Hastaneleri Kurumu. Obezite Sleeve (Laparoskopik) Maliyet Analizi Çalışması. 2013.
- [6] Bagriacik N, Onat H, Ilhan B, Tarakci T, Oşar Z, OzyazarM, Hatemi H et al. Obesity profile in Turkey. *International Journal of Diabetes & Metabolism* 2009; 17:5-8.
- [7] Sağlık Bakanlığı. "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.

- [8] SZARKA, L. A.,& FOXX-ORENSTEIN, A. E. (2006). Obezitenin Değerlendirmesi ve Tedavi. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 1(3), 117-124.
- [9] Woodward BG, A Complete Guide to Obesity Surgery. Victoria-CANADA:Trraford;2003.
- [10] Khwaja HA, Bonanomi G. Bariatric Surgery: Techniques, Outcome and Complications.*Current Anaesthesia&Critical Care*2010;21:31-38.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cacc.2009.10.005>
- [11] Harrington L. Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. *Medsurg Nursing* 2006;15(6):357-363.
- [12] Ramirez A, Lalor PF, Szomstein S, et al. Continuous positive airway pressure in immediate postoperative period after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: Is it safe? *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:544-546.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2009.05.007>
- [13] Tweddle EA, Woods S, Blamey S. Laparoscopic gastric banding: safe and modestly A *NZ J Surg*, 2004;74:191-194.
- [14] Coşkun, H., Bostancı, Ö., Dilege, E., Demir, U., Yüksel, E., & Mihmanlı, M. (2006). Morbid obezite tedavisinde gastrik bypass uygulamasının erken postoperatif dönem sonuçları. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 22(2), 059-062.

- [15] Anderson MA, Gan S. Lan, Fanelli Robert D et al. The bariatric surgery patient. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) 2008;68(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2008.01.028>
- [16] McMahon MM, Sarr MG, Clark MM, Gall MM, Knoetgen J, Service FJ, et al. Clinical Management After Bariatric Surgery: Value of a Multidisciplinary Approach. Mayo Clin Proc 2006;81(10):34-45. 12
- [17] Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N., & Bozkurt, S. (2014). Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1).
- [18] Balcıoğlu, İ.,& Başer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 62, 341-348.
- [19] The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes Health, National Heart Lung and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity, 2000
- [20] Katz DL, O'Connell M, Yeh MC, Nawaz H, Njike V, Anderson LM, Cory S and Dietz W. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR Recomm Rep. 2005; 54:1-12.

- [21] Luepker RV. WHO MONICA Project: What Have We Learned and Where to Go from Here? Public Health Reviews, Vol. 33, No 2, 373-396, 2012
- [22] World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, Geneva, WHO.
<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs3117en/print.html>.
- [23] WHO. Obesity and overweight. Updated January 2015
- [24] WHO. Preventing Chronic Disease: A Vital Investment. Geneva: World Health Organisation, 2005.
- [25] Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C and Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev. 2006; 7 Suppl 1:7-66.
- [26] Robb D. World Obesity Stats – 2010 and Beyond, HIVE health Media.
<http://www.hivehealthmedia.com/world-obesity-stats-2010/>
- [27] Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 931, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No : SB-SAG-2014/0
- [28] Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011). Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin

İzlenmesi Projesi Araştırma Raporu (TOÇBİ). Kuban Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 834, Ankara.

- [29] Bouchard, C. (2000). The genetics of human obesity: recent progress. *Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 156(10-12), 455-62.
- [30] Atar A. Obezlerde plazma lipid düzeyleri ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2005.
- [31] Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am J Clin Nutr* 2005;82(suppl):265S–73S.
- [32] Power EM. Determinants of healthy eating among low-income Canadians. *Can J Public Health* 2005;96(suppl 3):S37–8.
- [33] World Health Organization, Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health. Obesity and overweight: fact sheet, 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
- [34] National Obesity Observatory. Adult Obesity and Socioeconomic Status. www.noo.org.uk September 2012
- [35] Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. 2010

- [36] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. (Accessed 06.12.2015 at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf) Türkiye Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf
- [37] Pillard F, Moro C, Harant I, Garrigue E, Lafontan M, Berlan M, et al. Lipid oxidation according to intensity and exercise duration in overweight men and women. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:2256-62.
- [38] Chaput J, Klingenberg L, Rosenkilde M, Gilbert J, Tremblay A, Sjodin A. Physical activity plays an important role in body weight regulation. *J Obes.* 2011;2011(360257).
- [39] Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L, van Lenthe FJ, et al. Early-life determinants of overweight and obesity: A review of systematic reviews. *Obes Rev.* 2010;11(10):695-708.
- [40] Scott KM, McGee MA, Wells JE, Browne MAO. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res.* 2008; 64: 97-105.
- [41] Macit S, Karadağ MG. Obezitede Bilişsel Fonksiyon Bozukluğu ve Beslenme İlişkisi: Güncel Bakış *MÜSBED* 2014;4(4):241-247

- [42] Evrensel A, Ceylan ME. Bağırsak Beyin Eksenini: Psikiyatrik Bozukluklarda Bağırsak Mikrobiyotasının Rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(4):461-472
- [43] Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 84-91.
- [44] Obesity Help. Risks and Related Conditions. <http://www.obesityhelp.com/articles/risks-and-related-conditions>
- [45] Kopelman PG. Obesity as a medical problem. Nature 2000; 404: 635-43
- [46] Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Archives of General Psychiatry 2010;67(3):220-9.
- [47] Garipey G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Obesity 2010;34:407-19.
- [48] Chiadi U. Onyike, Rosa M. Crum, Hochang B. Lee, Constantine G. Lyketsos, and William W. Eaton. (2003). Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. American Journal of Epidemiology, 158, 1139-1147.

- [49] Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns* 2006; 62: 126-31.
- [50] Karakaya K, Baran E, Tüzün H, ve ark. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Ankara; Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2012.
- [51] Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türk Aile Hek Derg* 2015;19 (3): 122 – 128
- [52] Deveci A, Demet M, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 84-91.
- [53] Welborn S. Comparison of obesity bias, attitudes, and beliefs among undergraduate dietetic students, dietetic interns, and practicing registered dietitians. Yüksek Lisans Tezi, East Tennessee State University, Department of Allied Health Sciences, East Tennessee, 2013.
- [54] Hansson L.M., Naslund E., Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A Population-Based Study From Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38: 587–596, 2010.

- [55] Herzog D, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. In: Yager J, Powers PS; eds. *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2007: 1-29.
- [56] Eating Disorders - An Overview. <http://www.dasmaninstitute.org/mental-health/eating-disorder/eating-disorders-an-overview>
- [57] NIH, National Institute of Health Eating Disorders. National Institute of Mental Health, p. 1-26. 2007
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/complete-index.shtml>
- [58] Simon GE, Ludman EJ, Linde JA ve ark. Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, 30: 32-39. 2008
- [59] Keddie AM. Associations between severe obesity and depression: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Prev Chronic Dis*, 8:57. 2011
- [60] Scott KM, Mc Gee Magnus A, Wells J ve ark. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res*, 64: 97-105. 2008
- [61] Yamada-Goto N et al.; licensee InTech. *Mental Function and Obesity 2013* (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>)

- [62] Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V et al. (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*, 73:904-914.
- [63] Marcin A. Binge eating disorder history: A timeline <http://www.healthline.com/health/eating-disorders/binge-eating-disorder-history>
- [64] Orhan FÖ. Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*2009; 1:132-154
- [65] Tanofsky-Kraff, M., et al. Binge eating disorder: The next generation of research. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 193-207. 2013
- [66] Striegel, R.H. et al. Why men should be included in research on binge eating: Results from a comparison of psychosocial impairment in men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 233-240.2012
- [67] Öngören B. Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2015-Sayı: 34
- [68] Yılmaz, H.Ö., Obez Bireylere Verilen Beslenme Eğitiminin Beden İmgesiyle Uğraşıya, Beslenme Davranışına Ve Kilo Vermeye Etkisi, *Marmara Üniversitesi, Sağ.Bil. Ens. Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi*, 2009

- [69] Tözün, M. Benlik saygısı. *Actual Medicine*. 52-57. 2010.
- [70] Krmar, M., Giles, S., Helme, D. Understanding the process: How mediated and peer norms affect young women's body esteem. *Communication Quarterly*, 56(2), 111-130. 2008.
- [71] Levine, M.P., & Murnen, S.K. Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders: A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42. 2009.
- [72] Gallivan HR. Teens, Social Media And Body Image: LP Park Nicollet Melrose Center. [Gallivan_Teens-social-media-body-image-presentation-H-Gallivan-Spring-2014.pdf](#)
- [73] Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- [74] Rosen JC. Obesity and Body Image. In: *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Ed: CG. Fairburn and KD. Brownell. Newyork, Guilford, 2002:399-402.
- [75] Cooper Z, Fairburn CG, Hawker D. (Çev: Çetin M, Sabancıoğlu F). *Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi*. İstanbul, Yıltm Matbaası, 2007.

- [76] Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce, 2007.
- [77] Featherstone, M. Body, Image and Affect in Consumer Culture , Body&Society, <http://bod.sagepub.com/content/16/1/193>, 15.12.2015
- [78] KubikJF., Gill RS., Laffin M. and Karmali S. The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. Review Article Journal of Obesity Volume (2013), 5 pages, 2013.
- [79] Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioglu S, Merdol T, Pekcan G, Mercanlıgil S, Yıldız E. Diyet el kitabı. Beden ağırlığının denetimi(Baysal A).Yenilenmiş 5. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi. 975-7527- 97- 1: 48- 49, 2008
- [80] World Health Organization. The asia- pacific perspective: redefining obesity and its treatment, 2000 (sf 34).
- [81] Gürhan N. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. (Baysal A. Baş M.) 1' inci baskı. İstanbul, Seyrantepe. TDD. 152- 157, 2008.
- [82] Tudor M, Havranek J, Serafini M. Dairy foods and body weight management. Mljekarstvo 59:88- 95, 2009.

- [83] D'Anci KE., Watts KL., KanarekRB, Taylor HA. Research report, low-carbohydrate weight-loss diets. Effects on cognition and mood. *Appetite* 52 (2009) 96–103
- [84] Gülhan Samur G, Mercanlıgil SM. Diyet posası ve beslenme, Hacettepe Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Şubat - 2008 Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 727
- [85] Food and Agriculture Organization (FAO) of the United Nations, World Health Organization (WHO). Report of a joint FAO/WHO expert consultation Bangkok, Thailand. Human Vitamin and Mineral Requirements. FAO 2001
- [86] Johnston CS, Corte C and Swan PD. Brief communication Open Access Marginal vitamin C status is associated with reduced fat oxidation during submaximal exercise in young adults. *Nutrition & Metabolism*. 3:35, 2006
- [87] Wu, T., X. Gao, et al. "Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis." *Obes Rev* 10(3): 313-323. 2009 Physical activity. <http://www.cuore.iss.it/eng/prevention/activity.asp> 18.12.2015
- [88] Miller WC. Effective Diet and Exercise Treatments for Overweight and Recommendations for Intervention. *Sports Med* 31(10): 717, 2001.

- [89] Cournot,M.,Marquie,J.C.,Ansiu,D.,Martinaud,C.,Fonds,H.,Ferrieres, J.,etal. Relation between body mass index and cognitive function inhealthymiddle agedmenandwomen. *Neurology* 67, 1208–1214. 2006.
- [90] Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults Clinical Practice Guideline MedStar Health Ambulatory Best Practice Committee May 2012
- [91] Goswami G., Shinkazh N. and Davis N. Optimal Pharmacologic Treatment Strategies in Obesity and Type 2 Diabetes Review. *J. Clin. Med.* 3(2), 595-613, 2014.
- [92] Snow V, Barry P, Fitterman N. et al., “Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians,” *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, no. 7, pp. 525–531, 2005.
- [93] Yetkin İ ve Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri Fazla, *mised* • sayı 23–24 • mayıs 2010
- [94] Kaya Yorgancı K, Tırnaksız MB. Morbid obezitenin cerrahi tedavisi, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007; 38:218-222
- [95] Vertical Banded Gastroplasty (VBG), <http://foxbariatrics.com/weight-loss-surgery/dallas-weight-loss-surgery-options/vertical-banded-gastroplasty-vbg/> 22.12.2015

- [96] Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Am J Clin Nutr 1992; 55(2 Suppl):615-9.
- [97] Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults NIH Publication No. 98-4083, National Institutes Of Health, 1999.
- [98] The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults U.S. Department of Health and Human Service Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH Publication No. 00-4084 October 2000.
- [99] Türkiye Obezite Araştırma Derneği. Ulusal Obezite Önleme ve Tedavi Kılavuzu. Ağustos 2009, ISBN NO: 978-9944-5800-6-9.
- [100] Kaya A., Obezite Tedavi Kılavuzu Ve Yaşam Tarzı Önerileri, Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2009.
- [101] Treatment of obesity in patients with type 2 diabetes mellitus - Guideline synopsis and supplementary search for and assessment of systematic reviews, Treatment of obesity in patients with type 2 diabetes, Executive summary of final report V09-02 Version 1.0, IQWiG Reports - Commission No. V09-02, 2012.

- [102] Flum DR, Belle SH, King WC et al. Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. N Engl J Med 2009; 361/5: 445–54.
- [103] Sağlam F, Güven H. Obezitenin Cerrahi Tedavisi. Okmeydanı Tıp Dergisi 30(Ek sayı 1):60-65, 2014
- [104] Types of Bariatric Surgery.
<http://backacrossthehline.blogspot.com.tr/2007/07/vitamins-medications-and-malabsorption.html>, 22.12.2015
- [105] Angrisani L., Santonicola A., Iovino P. et al. Bariatric surgery worldwide 2013. Springer Science+Business Media New York 2015, file:///C:/Users/OEM/Downloads/Obesity%20Surgery%203.pdf
- [106] Beck AT and Steer RA. Beck Depression Inventory: Manual. The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanich Inc., San Diego. 1986.
- [107] Kovacs, M. "The Children's Depression Inventory." *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998. 1985
- [108] Garner DM and Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, 9, 273-279.
- [109] Savaşır I, Erol N. Yeme tutumu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 1989;7(23):19-25.

- [110] Batur, SYeme tutum bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004.
- [111] Cash, TF. The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. Old Dominion University, 1990.
- [112] Doğan O., Doğan S. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, 1992.
- [113] Hamad GG, Choban PS. Enoxaparin for thromboprophylaxis in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery: findings of the prophylaxis against VTE outcomes in bariatric surgery patients receiving enoxaparin (PROBE) study. *Obes Surg* 2005; 15:1368–1374)
- [114] Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292:1724–1737
- [115] [Chikunguwo](#), S., [Brethauer](#), S., [Nirujogi](#) V et all. Influence of obesity and surgical weight loss on thyroid hormone levels. *Surgery for Obesity and related diseases*. [2007](#), Volume 3, Issue 6, Pages 631–635
- [116] Pataky Z, Carrard I and Golay A. Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Current Opinion in Gastroenterology* 2011, 27:167–173

- [117] Tea B., Rosa E., Pelaggy ER et al. Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symptoms, bulimic behaviors and quality of life. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2014; 41(3): 155-160
- [118] [Mitchell JE](#)¹, [King WC](#), [Chen JY](#) et al. Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. [Obesity \(Silver Spring\)](#). 2014 Aug;22(8):1799-806.
- [119] [Ayloo S.](#), [Thompson K.](#), [Choudhury N.](#), [Sheriffdeen R.](#), Correlation between the Beck Depression Inventory and bariatric surgical procedures. *American Society for Bariatric Surgery*, Volume 11, Issue 3, Pages 637–642, 2015
- [120] Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med.* 2003 Sep 22;163(17):2058-65.
- [121] Nickel C, Widermann C, Harms D, Leiberich PL, Tritt K, Kettler C, et al. Patients with extreme obesity: change in mental symptoms three years after gastric banding. *International journal of psychiatry in medicine.* 2005;35(2):109-22
- [122] Patel NB, Gunther S, Song P et al. Body Image and Quality of Life: Changes with Gastric Bypass Surgery and Body Contouring. *Plastic & Reconstructive Surgery*: Volume 135 - Issue 5S - p 40–41, May 2015

- [123] Aldaqal S. M., Makhdoum A. M., Turki A. M., Awan B. A., Samargandi O. A., Jamjom H. (2013). Post-bariatric surgery satisfaction and body-contouring consideration after massive weight loss. *N. Am. J. Med. Sci.* 5, 301–305.
- [124] Giordano S., Victorzon M., Stormi T., Suominen E. (2014). Desire for body contouring surgery after bariatric surgery: do body mass index and weight loss matter? *Aesthet. Surg. J.* 34, 96–105.
- [125] Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A ve ark. Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma, *Nörop si ki yat ri Ar fli vi* 2012; 49: 14-9
- [126] Watowicz RP, Taylor CA, Eneli IU. Lifestyle behaviors of obese children following parental weight loss surgery. *Obes Surg* 2013; 23: 173–178.
- [127] Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S et al. Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *J Adolesc Health* 2010; 47: 270–276.
- [128] Rossini R, Moscatiello S, Tarrini G et al. Effects of cognitive-behavioral treatment for weight loss in family members. *J Am Diet Assoc* 2011; 111: 1712–1719.

EKLER

EK 1: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.

- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

REVİZYON KAPSAMI:

- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 2: YEME TUTUMU TESTİ

		Tarih:
Hastanın Yaşı:	Değerlendirici:	
Hastanın Cinsiyeti: <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	Eğitim:	
Boy:	Kilo:	

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucuğunu X ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucuğunu X ile işaretleyiniz.

a: Daima d: Bazen b: Çok sık e: Nadiren c: Sık sık f: Hiçbir zaman

- | | a | b | c | d | e | f |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aklım fikrim yemektedir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.
12. Ailem fazla yememi bekler.
13. Yemek yedikten sona kusarım.
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.
17. Günde birkaç kere tartılırım.
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.
19. Et yemekten hoşlanırım.
20. Sabahları erken uyanırım.

Yeme Tutumu Testi

a b c d e f

21. Günlerce aynı yemeği yerim.
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.
23. Adetlerim düzenlidir.
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi
zihnimi meşgul eder.
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.
27. Lokantada yemek yemeyi severim.
28. Müshil kullanırım.
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.

32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.
35. Kabızlıktan yakınırım.
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.
37. Perhiz yaparım.
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

EK 3: ÇOK YÖNLÜ BEDEN-BENLİK/ÖZ İLİŞKİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bireylerin duygu, düşünce ve davranışları ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir. Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği, ilgili harfin altındaki boşluğa (X) biçiminde işaretleyerek belirtiniz.

A) Kesinlikle katılmıyorum. B) Çoğunlukla katılmıyorum. C) Kararsızım D) Çoğunlukla katılıyorum

E) Tamamen katılıyorum

	A	B	C	D	E
1. Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bedenim cinsel yönden çekicidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel çaba harcamıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir
18. Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir
19. Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.
20. Fiziksel gücümü artıracak şeyler yaparım
21. Nadiren hastalanırım
22. Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum
23. Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.
24. Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum
25. Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim
26. Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim
27. Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem
28. Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışırım
29. Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum
30. Hasta olduğumda hastalık belirtilerine fazla dikkat etmem.
31. Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam
32. Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.
33. İnsanların görünüşümle ilgili düşüncelerine aldırım
34. Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım
35. Fizik yapımı beğenmiyorum.
36. Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.
37. Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm
38. Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim

39. Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.
40. Fiziksel yönden çekici değilim
41. Nasıl göründüğümü hiç düşünmem.
42. Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.
43. Fiziksel görünüşüm uyumludur
44. Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.
45. Yıl boyunca düzenli spor yaparım
46. Fiziksel yönden sağlıklı bir kişiyim.
47. Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile fark ederim.
48. Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim
49. Yüzümden hoşnutum (yüz şekli, görünüşü, cilt)
50. Saçımdan hoşnutum (rengi, sıklığı, yapısı)
51. Alt gövdemden hoşnutum (kalçalar, bacak, uyluk)
52. Orta gövdemden hoşnutum (mide, bel)
53. Üst gövdemden hoşnutum (göğüsler, omuz, kollar)
54. Kas yapısından hoşnutum (tonusu)
55. Ağırlığımdan hoşnutum (kilo)
56. Boyumdan hoşnutum
57. Tüm görünüşümden hoşnutum

EK 4: BILGILENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi **Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü** tarafından yürütülen “ **Obezite Cerrahisi (Bariatrik Cerrahi) Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Depresyon, Beden Memnuniyeti ve Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi** ” başlıklı yüksek lisans tez çalışması olan ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası fayda ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sizden para talep edilmeyecek, size para verilmeyecektir. Ayrıca herhangi bir tıbbi müdahalede bulunulmayacak, sadece anket formlarında bulunan sorulara cevap vermeniz istenecektir.

Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. **Her iki durumda da** bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Yukarıda ki bilgiler doğrultusunda tez öğrencisi olan Neşe Tuna eşliğinde operasyon öncesi ve sonrası dönemde boy uzunluğum ve vücut ağırlığımla belirlendikten sonra gerekli olan tüm anketleri, kendi iradem dahilinde bilgilerim yalnızca belirtilen yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere cevaplamayı kabul ediyorum.

Gönüllü imza:
Anketör imza:

Tanık imza:

EK 5: SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

Anket No:

1. Cinsiyetiniz: a-Erkek b-Kadın

2. Yaş:

3. Boy:

4. Kilo:

5. Mesleğiniz: a)Memur b)Sigortalı işçi c)Sigortasız işçi d)Esnaf, zanaatkâr e)Serbest meslek f)Tüccar g)Emekli h) Ücretli çalışan k) Öğrenci l)Diğer...

6. Eğitim durumunuz: 1.Okuryazar değil 2.Okur yazar 3. İlköğretim 4. Lise ve dengi

5.Yüksek okul 6. Yüksek lisans/ doktora 6-Diğer

7. Medeni durumunuz: 1-Bekar 2-Evli 3-Dul 4.Diğer

8. Sosyal güvenceniz: 1-Emekli sandığı 2-SSK 3-Bağ kur 4-Sosyal güvencesi yok 5-Diğer.....

9. Çocuk Sayısı: a) Çocuğu yok b) 1-3 c) 3'ten fazla

10. Gelir durum: a) düzenli geliri yok b)düzenli geliri var

11. Sigara içiyor musunuz? 1-Evet (.....adet/gün) 2-Hayır 3-Bıraktım

12.-13.sorular Sigara içenlere sorulacak

12. Kaç yaşında içmeye başladınız?.....

13. Sigaraya başlama nedeniniz nedir?

a)Üzüntü b)Aileden etkilenme c)Çevreden etkilenme d) Diğer.....

14. Alkol kullanıyor musunuz? a) Hayır b)Evet

15. Doktor tarafından tanısı konulmuş bir sağlık probleminiz var mı? 1- Evet 2- Hayır

16. Cevabınız evet ise;

1- Hipertansiyon 2- Sindirim Sistemi Hastalıkları 3- Kalp ve Damar Hastalıkları 4- Solunum Sistemi Hastalıkları 5-Romatizmal Hastalıklar 6- Böbrek Hastalıkları 7- Diyabet

8- Osteoporoz 9-Sinir Sistemi Hastalıkları 10- Kanser 11- Diğer

17. Hastalığa göre ilaç kullanma durumu? 1- Kullanıyor 2- Kullanmıyor

18.ve 19 SORULARA YALNIZ KADINLAR CEVAP VERECEK

18. Menapozu girdiniz mi? a) Evet..... ay/ yıl b)Hayır

19. Adetleriniz Düzenli mi?

a) Evet b) Hayır

20. Adetleriniz genellikle kaç gün sürer?

a) 3 günden az b) 4-6 gün c) 7-10 gün d) Diğer gün

21. Obezite Başlangıç Yaşı: a) 0-5yaş b) 6-15 yaş c)16-20 yaş d)21-30 yaş e)31 ve üstü

22. Obeziteyi Başlatıcı Etmen:

a) Fast food tarzı beslenme b) Sporu bırakma veya aktivitede azalma c)Ameliyat veya hastalık geçirme d) Gebelik e) Sigarayı bırakma f) Ergenlik dönemine girme e) Menapozu girme f) Yeni bir iş veya arkadaş ortamına girme g) Evlenme, boşanma, yakınından ayrılma h)şok diyetler, akapunktur gibi kilo verdirici yöntemleri sürekli uygulayıp bırakma

i)Diğer.....

23. Obezite nedeniyle diyetisyene başvurduunuz mu? a) Evet b) Hayır

24. Obezite nedeniyle psikiyatriye başvurduunuz mu? a) Evet b) Hayır

25. Obeziteyi önlemeye yönelik ilaç kullanımı: a) Var b) Yok

26. Obeziteye ilişkin görüşleriniz: a) Önemsemiyorum b) Önemli bir sağlık sorunu olarak görüyorum c) Dış görünüşüm ile ilgili kaygılarım ön planda

27. Yeme davranışınız ile ilişkilendirdiğiniz duygu haliniz: a) Var b) Yok

28. Varsa: Neşeli olduğumda yemek yerim kendimi durduramam: a) Evet b) Hayır

29. Üzüntülü olduğumda yemek yerim: a) Evet b) Hayır

30. Endişeli olduğumda yemek yerim: a) Evet b) Hayır

31. Öfkeli olduğumda yemek yerim: a) Evet b) Hayır

32. Obezitenin sosyal yaşamı etkileme biçimi: a) Sosyal yaşamı etkilenmeyen b)Zorunlu olanlar dışında sosyal aktivitelere katılmak istemeyen c) Zorunlu durumlar dahil sosyal aktivitelere hiç katılmayan

33. Annede obezite: 1. Var 2. Yok

34. Babada obezite: 1. Var 2. Yok

35. Kardeş(ler)de obezite: 1. Var 2. Yok

36. Ameliyat Olmaya Nasıl Karar Verdiniz? a) Sağlık Sorunlarım Yüzünden b) Dış Görünüşümü beğenmediğim için c) Aile/çevre baskısı ile d) Sosyal medyadan etkilendim e) Diğer

EK 6: ETİK KURUL ONAY FORMU

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Nispetenâsı Kâriyeri İstis"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>PK: 09020 Gazimağusa, KUZLEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TÜRKİYE Tel: (+90) 392 030 1993 Faks/Fax: (+90) 392 030 2919 bayek@emu.edu.tr</p>
--	--	---

Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2016-0139

18.07.2016

Sayın Neşe Tuna
Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **20.06.2016** tarih ve **2016/29-05** sayılı karar doğrultusunda "**Obezite Cerrahisi (Bariatrik Cerrahi) Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Depresyon, Beden Memnuniyeti ve Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi**" konulu çalışmanızı Prof. Dr. Murat Baş'ın danışmanlığında araştırmanız Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.



Doç. Dr. Şükrü Tüzmen
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky.

www.emu.edu.tr