

T. C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**OBEZİTE CERRAHİSİ (BARIATRİK) ADAYI
OLAN VE OLMAYAN OBEZ BİREYLERDE
YEME ÖZELLİKLERİ, BEDEN
BÖLGELERİNDEN HOŞNUTSUZLUK, TEDAVİ
MOTİVASYONU VE PSİKOPATOLOJİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ezgi DEVECİ

2501101073

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK

İstanbul, 2013



Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ezgi DEVECİ

Numarası : 2501101073

Anabilim/Bilim Dalı : Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman Öğretim Üyesi : Doç. Dr. Özlem SERTEL
BERK

Tez Savunma Tarihi : 18.07.2013

Tez Savunma Saati : 11:00

Tez Başlığı : Obezite Cerrahisi (Bariatriz) Adayı Olan ve Olmayan Obez Bireylerde Yeme Özellikleri, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu ve Psikopatolojinin Değerlendirilmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'NE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Başak YÜCEL		
2- Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK		Kabul
3- Doç. Dr. İlknur ÖZALP TÜRETGEN		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Doç. Dr. Sevim CESUR		Kabul
2- Yrd. Doç. Dr. Müjde PEZER BOOTH		

ÖZ

Obezite Cerrahisi (Bariatrik) Adayı Olan ve Olmayan Obez Bireylerde Psikopatoloji, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu Ve Yeme Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Ezgi DEVECİ

Obez bireylerde kilo verme yöntemlerinden biri olarak kullanılan obezite cerrahisi son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek daha yaygın bir şekilde uygulanmaktadır.

Bu tanımsal özellikli araştırmanın amacı kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi seçen morbid obez adayların (Cerrahi aday grubu-CAG) yeme bozukluğu semptom düzeyleri, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, tedavi motivasyonları, yeme özellikleri, diyet-egzersiz davranış ve tutumları, kilo alma ve verme nedenleri ve fiziksel hastalık sayılarının kilo verme yöntemi olarak morbid obez olup obezite cerrahisi istemeyen veya morbid obez olmayan bireylere (Kontrol grubu-KG) göre farklılıklarının ve CAG'ın I. ve II. Eksendeki psikopatoloji sıklıklarının incelenmesidir.

Araştırmada, CAG'da 25 katılımcı ve CAG ile yaş, eğitim, çalışma durumu, medeni durum ve ekonomik düzey açısından eşlenmiş 25 KG katılımcısı yer almıştır. Çalışmada katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Beden Bölge ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi, Obezite Değişim Evreleri Ölçeği, SCID-I ve SCID-II uygulanmıştır.

Sonuçlar CAG'ın yeme bozukluğu semptom düzeyi, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyi ve fiziksel hastalık sayısının KG'den anlamlı olarak farklılaştığını ancak tedavi motivasyonları açısından iki grup arasında bir farklılık olmadığını göstermektedir. Ayrıca CAG'da kadınların erkeklerden DSM-IV-TR'ye göre daha fazla sayıda tanı aldığı bulgulanmıştır. Bu bulgular literatür verileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Sonuç olarak morbid obez olup obezite cerrahisi olmak isteyen bireyler obezite cerrahisi olmak istemeyen obez bireylerden farklı bir yeme örüntüsüne, fiziksel hastalık sayısına sahip ve beden bölgelerinden daha hoşnutsuzdur. Bu nedenle obezite cerrahisi olmak isteyen bu vakaların hem operasyon öncesi hem de süreç içerisinde dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi tedavi uyumunun arttırılması ve tedaviden alınacak başarı için önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obezite Cerrahisi (Bariatrik), Psikopatoloji, Tedavi Motivasyonu, Transteorik Model ve Değişim Evreleri, Yeme zellikleri, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk

ABSTRACT

The Evaluation of Psychopathology, Body Dissatisfaction, Treatment Motivation and Eating Characteristics in Obesity Surgery (Bariatric) Candidates and Non-Candidates

Ezgi Deveci

Obesity surgery-bariatric which is a way for obese individuals to lose weight is recently becoming to be commonly practiced in our country just as commonly as in the World.

This descriptive study aims to investigate eating disorder symptom levels, levels of body dissatisfaction, treatment motivation, eating properties, diet- physical exercise behaviours and attitudes, reasons of weight gain and loss of the individuals who are morbid obese and are willing to undergo obesity surgery (Surgical Candidate Group-CAG) and the differences of total number of physical illnesses of these individuals in relation to the individuals who are either morbid obese but are not willing to undergo obesity surgery or non-morbid obese (Control Group-KG). Additionally to further evaluate psychopathological frequencies in CAG.

In this research, Participants are 25 individuals in CAG and 25 in KG who are matched with CAG according to age, education, employment status, marital status, economical level and presence of chronic illnesses. The Demographic Information Form, Eating Disorders Examination Questionnaire, Body Image Satisfaction Questionnaire, Obesity Stages of Change Questionnaire, SCID-I, SCID-II and Symptom Checklist-90-Revised are administered to all participants.

Results indicate that CAG's level of eating disorder symptoms, level of body dissatisfaction and total number of physical illness differ significantly from KG but there is no significant difference between the groups in terms of treatment motivations. However, in CAG, women are diagnosed more frequently than men according to DSM-IV-TR. The results are discussed according to related literature.

In conclusion the individuals who are morbid obese and are willing to undergo obesity surgery have different eating patterns, experience more physical illness and are more dissatisfied with their bodies than those who are not willing to undergo obesity surgery. Therefore, a careful evaluation of these individuals who are willing to undergo obesity surgery both before and after surgery is crucial for improving their adaptation to and thus the success of their treatment.

Keywords: Obesity surgery (Bariatric), Psychopathology, Treatment Motivation, Transtheoretical Model and Stages of Change, Eating Properties, Body Dissatisfaction

ÖNSÖZ

Kilo verme yöntemlerinden biri olan *obezite cerrahisi* son yıllarda dünya ile paralel bir şekilde ülkemizde de etkin olarak ve artan bir sıklıkta kullanılmaya başlanmıştır. Yurtdışında yoğun olarak çalışılan obezite cerrahisi ve obezite cerrahisi için başvuran morbid obez bireylerin özellikleri konusu ile ilgili olarak Türkiye’de yapılan çalışma sayısı azdır ve kapsamlı bir tanımlayıcı çalışma da bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmada obezite cerrahisi ile kilo vermek isteyen adayların başta yeme bozukluğu semptom düzeyleri olmak üzere, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, tedavi motivasyonları, yeme özellikleri, diyet-egzersiz davranış ve tutumları, kilo alma ve verme nedenleri ve fiziksel sağlık durumları ele alınacaktır.

Akademi yoluna çıktığım ilk andan itibaren her yaptığım çalışmada desteğini benden esirgemeyen, emeğe değer veren, özgür düşünmem için yol gösteren, kendisini tanıdığım ilk günden beri sonsuz yapıcı, anlayışlı ve sakin yaklaşımı ile beni anlayan, kendisinden lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca çok şey öğrendiğim, öğrencisi olduğum için kendimi hep şanslı saydığım ve onur duyduğum, kıymetli tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. H. Özlem Sertel-Berk’e;

Lisans öğrencisi iken İstanbul Tıp Fakültesi Yeme Bozukluğu Polikliniği’nde bir proje çalışması için tanıştığım ve birlikte çalışma fırsatı yakaladığım, kendisi ile tanışabildiğim ve çalışabildiğim için kendimi her zaman şanslı saydığım, onur duyduğum; gülen yüzü, destekleyici tavrı ile beni her zaman motive eden, bana klinik anlamda gelişme fırsatı tanıyan, tez vakalarımı toplamam konusunda benden yardımlarını esirgemeyen, varlığı ile kendimi hep güçlü hissettiğim, eşsiz, çok değerli ve kıymetli hocam Prof. Dr. Başak Yücel’e;

Yürütmüş olduğu ‘İş Stresi’ ile ilgili araştırmasına beni kabul etmesiyle akademik becerilerimin gelişmesine olanak sağlayan ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum, kıymetli ve değerli hocam Doç. Dr. İlknur Özalp Türetgen’e;

Yeme Bozuklukları ve obezite cerrahisi ve yeme bozuklukları alanında edindiği tecrübelerini benimle her zaman paylaşan, bana fikir veren, tez çalışmamı ve beni hep destekleyen, önerilerini can kulağı ile dinlediğim, kendisini tanımaktan

büyük mutluluk ve onur duyduğum çok sevgili ve değerli hocam Yard. Doç. Dr. Gülin Güneri'ye;

Kendileri ile birlikte çalışmaya başladığım ilk günden beri akademik becerilerimi geliştirmeme olanak sağlayan, anlayışlı tavırları ile desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen başta bölüm başkanımız sayın Prof. Dr. Gülden Güvenç olmak üzere değerli Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyelerine;

Hayatıma büyük anlamlar katan, beni her zaman dinleyen, sabır gösteren, şaşırdığımda ve yorulduğumda beni tutup kaldıran, değerli fikirlerini benimle paylaşan, onlarsız her zaman bir şeylerin eksik olduğunu ve olacağını düşündüğüm, çok sevdiğim değerli dostlarım Fatma Sevgili ve İpek Turgut'a;

Değerli emeği ile onca yoğunluğunun içinde vakit ayırıp tezimde kullanacağım cerrahi yöntemlerin görsellerini elleriyle çizen, ortak hayallerimizi gerçekleştirmek üzere beraberce hareket ettiğim, bana her zaman destek olan ve sevgisini esirgemeyen kıymetli yol arkadaşım Erhan Bayram'a;

Yaşamıma girişi ile hayatıma neşe ve renk katan, tezin yazılması aşamasında geceler boyu beraberce uykusuz kaldığım ve çalıştığım, bana bu süreçte yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, değerli ve eğlenceli iş arkadaşım Araş. Gör. Burcu Tekeş'e;

İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden bu tezin oluşması için katkı sağlayan sevgili arkadaşlarıma;

Kendileri ile çalışmaktan keyif aldığım ve bana yeni şeyler öğreten araştırmanın tüm katılımcılarına;

Ve son olarak, her zaman sevgilerini yanı başımda ve içimde hissettiğim, yüzümü gülümseten anlayışlı tavırları ile benim bugüne gelmemi mümkün kılan, bana inanan, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, en büyük motivasyon kaynaklarım ve destekçilerim canım annem, babam, ağabeyim ve kardeşime içtenlikle teşekkür ederim.

Ezgi Deveci - Haziran, 2013

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vii
TABLolarIN LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xvii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xviii
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1. LİTERATÜR TARAMASI.....	5
I.OBEZİTE.....	5
A. Obezitenin Tanımı.....	5
B. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	9
1. Dünya’da Obezite.....	10
2. Türkiye’de Obezite.....	11
C. Obezitenin Etiyolojisi.....	12
1. Genetik.....	13
2. Beslenme Alışkanlıkları	14
3. Fiziksel Aktivite.....	15
4. Sosyo-Ekonomik Seviye.....	16
5. Psikolojik Faktörler.....	17

D. Obezitenin Sonuçları.....	18
1. Sağlık sorunları.....	19
2. Sosyal Problemler.....	22
3. Ekonomik Sonuçları.....	23
E. Obezitenin Tedavisi.....	24
1. Geleneksel Yöntemler.....	27
a. Diyet.....	27
b. Egzersiz.....	28
c. Davranışçı yöntemler ve Bilişsel Davranışçı Terapiler.....	28
d. Farmakolojik (İlaç) Tedavisi.....	31
2. Cerrahi Müdahaleler.....	32
a. Obezite Cerrahisi Tarihi.....	33
b. Hasta Seçimi.....	35
c. Obezite Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler.....	36
(1) Mide Hacmini Küçültücü (Restrüktif) Uygulamalar.....	36
i. Mide Balonu.....	36
ii. Mide Bandı.....	37
iii. Tüp Mide.....	37
iv. Vertical Band Gastroplasti.....	38
(2) Emilimi Engelleyici (Malabsorbti) Uygulamalar.....	39
i. Biliopankreatik Diversiyon.....	39
ii. Duedonal Switch.....	39
(3) Kombine (Restrüktif ve Malabsorbti) Uygulamalar: Roux-en-Y Gastrik Bypass.....	40
II. OBEZİTE VE PSİKOPATALOJİ.....	42

A. I. Eksen Bozuklukları.....	44
1. Depresyon.....	44
2. Anksiyete Bozuklukları.....	45
3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	47
4. Gece Yeme Bozukluğu.....	48
B. II. Eksen / Kişilik Bozuklukları.....	50
III. OBEZİTE ve BEDEN İMGESİ.....	54
A. Beden İmgesine Teorik Bakış	56
B. Beden İmgesi ve Medya Etkileri.....	58
C. Obezite ve Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk.....	59
1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	61
2. Obezite Başlangıç Yaşı.....	61
3. Cinsiyet.....	62
4. Etiketleme ve Ayrımcılık.....	63
5. Çocukken Alaya Maruz Kalma ve Kilo ile ilgili Aile Eleştirisi.....	63
D. Obezite Cerrahisi Hastalarında Beden İmgesi ve Beden İmgesinin Araştırıldığı Çalışmalar.....	64
IV. OBEZİTE VE TEDAVİ MOTİVASYONU.....	67
A. Transteorik (Teoriler arası) Model ve Değişim Evreleri.....	68
1. Transteorik Modelin Yapıları.....	69
a. Değişimin Evreleri.....	69
b. Değişimin Yöntemleri.....	71
c. Değişimin İşaretleri.....	73
d. Değişimin İçeriği.....	74

2. Transteorik Modelin Farklı Sağlık Davranışlarındaki Uygulamaları ve Ülkemizdeki Uygulamalar.....	74
B. Obezitede Tedaviye Hazır Oluş ve Değişimin Motivasyonel Evreleri.....	77
1. Obezite Tedavisinde Transteorik Model'in Kullanımı....	77
2. Obezitede Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonunun Araştırıldığı Çalışmalar.....	80
3. Obezite Cerrahisi Hastalarında Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonunun Araştırıldığı Çalışmalar.....	81
V. OBEZİTE CERRAHİSİ (BARIATRİK CERRAHİ) ADAYLARININ OPERASYON (AMELİYAT) ÖNCESİ PSİKOLOJİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	84
A. Klinik Görüşme.....	86
1. Cerrahi Yöntemi İsteğinin Nedenleri.....	86
2. Diyet Ve Egzersiz Öyküsü, Beslenme İnanç ve Tutumları İle Kilo ve Yaşam Olayları.....	86
3. Şimdiki - Geçmiş Yeme Örüntüsü ve Yeme Bozuklukları Öyküsü.....	88
4. Tıbbi Öyküsü.....	89
5. Alkol ve Madde Kullanım Öyküsü.....	89
6. Motivasyonu ve Operasyon Sonuçları ile İlgili Beklentileri.....	89
7. Cerrahi Yöntem ve Yaşam Tarzına Etkisi Hakkındaki Bilgi Düzeyi.....	90
8. Sosyal Destek Öyküsü.....	90
9. Şimdiki ve Geçmiş Psikiyatrik İşlevselliği.....	91
B. Psikolojik Testler.....	92

C. Obezite Cerrahisi için Kontraendikasyonlar.....	92
D. Psikolojik Değerlendirme Raporu.....	94
Amaç ve Hipotezler.....	95
BÖLÜM 2: YÖNTEM.....	98
I.KATILIMCILAR.....	98
A. Araştırma (Cerrahi Aday) Grubu.....	98
B. Kontrol Grubu.....	99
II. ARAŞTIRMA MATERYALLERİ VE ÖLÇEKLER.....	111
III. UYGULAMA.....	117
IV. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	118
BÖLÜM 3. BULGULAR.....	119
SONUÇ VE TARTIŞMA.....	136
KAYNAKÇA.....	159
EKLER.....	226
EK 1. Cerrahi Aday Grubu (CAG) için Bilgilendirilmiş Onay Formu.....	227
EK 2. Kontrol Grubu (KG) için Bilgilendirilmiş Onay Formu.....	228
EK 3. Demografik Bilgi Formu	229
EK 4. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	233
EK 5. DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II).....	234
EK 6. Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) Örnek Soruları.....	235
EK 7. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) Örnek Soruları.....	236
EK 8. Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA) Örnek Soruları	237

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Yetişkin bireyler için BKİ sınıflandırması.....	7
Tablo 2. Yetişkin bireylerde aşırı kiloya bağlı metabolik sendrom oluşma riskini gösteren bel çevresi ölçümleri.....	8
Tablo 3. Obezitenin neden olduğu tıbbi komplikasyonlar.....	21
Tablo 4. Değişim evrelerinde ilerlemeye aracılık eden değişim yöntemleri.....	73
Tablo 5. CAG ve KG’de yer alan tüm katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir seviyesi ve kronik/fiziksel hastalık varlığına göre ham ve yüzde sıklık dağılımları.....	101
Tablo 6. Katılımcıların BKİ’ye göre yüzdeleri ile BKİ seviyelerinin ortalama, standart sapma ve ranj değerleri	102
Tablo 7. CAG ve KG’nin beslenme alışkanlıkları (Tüketilen öğün miktarı, ara öğün tüketimi, öğün atlama, fast-food tüketimi, tüketilen besinlerin kalori türü, günlük tüketilen su miktarı) sıklık dağılımı.....	104
Tablo 8. CAG ve KG’de metabolik hastalık, önceki psikiyatrik tedavi varlığı, şu an ilaç kullanımı, ailede fiziksel hastalık varlığı, şu an psikiyatrik tedavi varlığı ve ailede psikiyatrik hastalık varlığının sıklık dağılımları ile şu an ilaç kullanım süresi ortalama ve standart sapma değerleri.....	106
Tablo 9. CAG’a eşlik eden ve en çok görülen I. Eksen bozukluklarının sıklık dağılımı.....	107
Tablo 10. CAG’a eşlik eden II. Eksen bozukluklarının sıklık dağılımı.....	110
Tablo 11. CAG ve KG’nin YBDÖ toplam ve kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden ile ilgili endişeler alt test puanlarına ait ortalama, standart sapma ve test istatistiği.....	120
Tablo 12. CAG ve KG’nin BBÖHOA toplam puan, yüz, beden üyeleri ve gövde alt testleri puanlarının ortalama, standart sapma ve test istatistiği.....	121

Tablo 13. CAG ve KG'nin tedavi motivasyonu ortalama puanları, standart sapmaları ve değişimin motivasyonel evrelerindeki sıklık dağılımları.....	122
Tablo 14. CAG ve KG'nin Şimdiki diyet egzersiz davranışları sıklık dağılımı.....	124
Tablo 15. Cinsiyete göre SCID-I. Eksen'den alınan tanı sayılarının ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri.....	126
Tablo 17. CAG'da yordayıcı ve yordanan değişkenler (BKİ, YBDÖ-T, K, YE, BE alt test puanları; BBÖHOA-T, Y, B, G alt test puanları; ODE puanları, SCID-I, SCID-II'den alınan toplam tanı sayısı) arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu.....	128
Tablo 18. CAG'da yeme bozukluğu semptom düzeyi-beden ile ilgili endişeler alt testi ve çalışma durumunun BKİ üzerindeki yordayıcı etkilerine dair adımsal doğrusal çoklu regresyon analizi sonuçları.....	132
Tablo 19. CAG'da yordayıcı ve yordanan değişkenler (BKİ, FH, Ő, ŞDV, DOKZY, Aktivite, KVD) arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu.....	130
Tablo 20. CAG'ın yordayıcı ve yordanan değişkenler (BKİ, yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim seviyesi, SES ve medeni durum) arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu.....	131

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Obezite Tipleri.....	8
Şekil 2. 1960-2008 yılları arasında ABD’de yaşayan ve 20-74 yaş aralığında yer alan I., II. ve III. derece obezlerin yüzde sıklık dağılımları.....	10
Şekil 3. 1999-2010 yılları arasında ABD’de yaşayan 20 yaş üstü obezlerin yüzde sıklık dağılımları.....	11
Şekil 4. Obezite Tedavisi İçin Kanıta Dayalı Algoritma.....	26
Şekil 5. Mide Balonu.....	36
Şekil 6. Ayarlanabilir Mide Bandı.....	37
Şekil 7. Tüp Mide.....	38
Şekil 8. Vertikal Bant Gastroplasti.....	38
Şekil 9. Biliopankreatik Diversiyon.....	39
Şekil 10. Duedonal Switch.....	40
Şekil 11. Gastrik Bypass.....	41
Şekil 12. Beden İmgesinin Teorik Açıklaması.....	56
Şekil 13. Aşırı Kilolu ve Obez Hastalarda Değişim Evrelerinin Değerlendirilmesi..	79

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. CAG'a eşlik eden ve en çok görülen I. Eksen bozukluklarının sıklık dağılımı.....	108
Grafik 2. CAG'a eşlik eden II. Eksen kişilik bozukluklarının sıklık dağılımı.....	109
Grafik 3. CAG'a eşlik eden II. Eksen kişilik bozuklukları kümelerine göre sıklık dağılımı.....	109
Grafik 4. CAG ve KG vakalarının tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerine göre yüzde sıklık dağılımları.....	122
Grafik 5. CAG ve KG'ye göre kilo verme yöntemleri sıklık dağılımları.....	124
Grafik 6. CAG ve KG'nin diyet ve egzersize yönelik tutumlarının sıklık dağılımları.....	125
Grafik 7. CAG'ın operasyon olmak isteme nedenleri.....	133
Grafik 8. CAG ve KG'nin kilo verme amaçlarına göre sıklık dağılımları.....	134
Grafik 9. CAG ve KG'ye göre kilo alma nedenlerinin sıklık dağılımları.....	135

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AN: Anoreksiya Nervosa

ANDEÖ: Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BBH: Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk

BBÖHOA: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi

BBÖHOA-BÜ: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi Beden Üyeleri Alt Ölçeği

BBÖHOA-G: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi Gövde Alt Ölçeği

BBÖHOA-Y: Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi Yüz Alt Ölçeği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

Bİ: Beden İmgesi

BİB: Beden İmgesi Bozuklukları

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BN: Bulimiya Nervosa

BNDEÖ: Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği

CAG: Cerrahi Aday Grubu

ÇDKD: Çok Düşük Kalorili Diyetler

DKD: Düşük Kalorili Diyetler

D-S: Sadece Diyet veya Sadece Spor veya Diyet ve Spor Yöntemini Birlikte Yapanlar

D-S-D: Diyet, Spor ve/veya Diğer Yöntemleri Yapanlar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DY: Duygusal Yeme

GYS: Gece Yeme Sendromu

İTF: İstanbul Tıp Fakültesi

İÜ: İstanbul Üniversitesi

JIB: İntestinal– Jejun-İleal (Bağırsak ile ilgili)

KG: Kontrol Grubu

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

MD: Majör Depresyon

MMPI-II: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-II

NIH: Ulusal Sağlık Enstitüleri

ODEÖ: Obezite Değişim Evreleri Ölçeği

Panik B.: Panik Bozukluk

SCID-I: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SCID-II: DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu

SES: Sosyo-ekonomik Seviye

SVH: Serebrovasküler Hastalıklar

TEKHARF: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri

TTM: Transteorik Model

TURDEP I-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

v.d.: ve diğerleri

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

YBDÖ-BE: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Beden ile ilgili Endişeler Alt Ölçeği

YBDÖ-K: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Yeme Kısıtlama Alt Ölçeği

YBDÖ-YE: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Yeme ile ilgili Endişeler Alt Ölçeği

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, Beden Kitle İndeksi'ne (BKİ) göre belirlenmekte (BKİ 30 ve üstü) ve sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1997; WHO, 1998). Obezite, genetik, çevresel ve psikolojik etkileşimleri olan, birçok tıbbi problemi beraberinde getiren, erken ölümlere neden olan, ciddi ve tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır (Klein, v.d., 2004; Söderlund, Fisher ve Johansson, 2009). Obezitenin bu kadar ciddi bir problem olması ve yüksek oranda yaygınlık göstermesi hem obez bireyleri hem de uzmanları tedavi arayışına itmektedir.

Obezite tedavisinde diyet, egzersiz, ilaç ve davranışçı tekniklerin oluşturduğu geleneksel yöntemlerin yanı sıra yeni tekniklerin kullanıldığı cerrahi yöntemler de giderek yaygınlaşmaktadır (Avşar, 2008). Bu yöntemlerin uygulama koşulları ise birbirinden farklılık göstermektedir. Özellikle cerrahi yöntemlerin kullanımı bir dizi kurala bağlanmıştır (NIH, 1991; NIH, 1998). Bu kurallardan en önemlileri ise Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) 40 ve üstü olması ile obez bireylerin daha önce diyet ve egzersiz gibi geleneksel yöntemleri denemiş ve başarısız olmuş olmasıdır.

Obez bireyleri cerrahiye yönlendiren bu temel sebep incelendiğinde aşırı kilolu ve obez bireylerin çok büyük bir kısmının kilolarını kontrol altına alabilecek ve diyetlerine devamlılığı sağlayabilecek tedavi programlarına "hazır" olmadığı ya da başladıkları tedaviyi sürdüremediği görülmektedir (Logue, Sutton, Jarjoura ve Smucker, 2000). Obez bireylerin tedavilerini neden sürdüremediği ve hızlı bir şekilde kilo almaya devam ettiği ile ilgili literatüre bakıldığında ise uygulanan diyet programlarının birçoğunun diyetle birlikte yürütülen egzersiz programları ve davranış değişimi terapilerinden yoksun olduğu (Söderlund, Fischer ve Johansson, 2009), yeme örüntülerinin bozulmuş olduğu, bireyin tedaviye hazır oluşunun belirlenmediği ve yeme davranışları üzerinde büyük etkisi olan psikolojik sorunlarının tedavi edilmediği görülmektedir (Kaukua, Pekkarinen, Sane ve Mustajoki, 2003).

Aşırı kilo öncelikle kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet gibi fiziksel hastalıklar ile birlikte morbidite ve mortalitenin artış nedenlerinin başında gelmektedir (Bray, 1992; Brown, v.d., 2000; Stevens, Cai, Pamuk, Williamson, Thun ve Wood, 1998; Yetkin ve Çimen, 2010). Stewart ve Brook (1983) ise kilo artışına bağlı olarak bireylerin fiziksel aktivitelerinin kısıtlandığını söylemektedir. Bununla birlikte değişen dünya düzeni de bireylerin besinleri daha büyük porsiyonlarda tüketmesine ve sedanter bir yaşam tarzı içine girmesine neden olmakta ve bu durum BKİ'nin artış nedenleri arasında ele alınmaktadır (Pekcan, 2008a).

Obez bireylerde kilo kaybının sağlanabilmesi için temel olarak gün içinde tüketilen enerji miktarından daha düşük miktarda enerji içeren bir beslenme listesinin uygulanması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Ancak obez bireyler düşük kalorili diyetlere uzun süre devam edememekte ve tedavilerini sürdürememektedir (Pekkarinen ve Mustajoki, 1997). Bunun için de bu bireylerin kilo vermesi güçleşmekte, kilo alımı ise hızlı bir şekilde devam etmektedir. Ek olarak, morbid obez (BKİ'si 40 ve üstü) bireyler, obez bireylere göre daha fazla atıştırma (grazing) yapmakta, yüksek kalorili sıvı içecek tüketmekte ve bu bireylerin yeme örüntüleri daha bozuk olmaktadır (Engel, Mitchell, de Zwaan ve Steffen, 2012; Hsu, Betancourt ve Sullivan, 1996).

Aşırı kilonun oluşma nedenlerinin bir diğeri de fiziksel aktivitenin azalması olarak gösterilmektedir (WHO, 2000). Obez bireylerde kilo artışı ile birlikte egzersiz davranışları da değişmektedir. Yapılan çalışmalar BKİ artışıyla birlikte fiziksel hareketlilikte bir azalma meydana geldiğini ve fiziksel egzersiz bırakıldıktan sonra kilo artışının hızlı bir şekilde gerçekleştiğini göstermektedir (Hasbay, 2008).

Obez bireylerde BKİ'nin artması beraberinde yeme bozukluğu semptom düzeylerinde de artışı getirmekte ve obezite cerrahisi adaylarında yeme ile ilgili endişelerle birlikte özellikle tıknırcasına yeme bozukluğuna yüksek oranda rastlanmaktadır (Yanovski, 2003).

Obezite ve beden imgesi konusu ise 1990'lı yıllardan sonra ele alınmaya başlanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar beden imgesinin sadece yeme bozukluğu

hastalarında değil obez bireylerde de bozulmaya başladığını (kilo artışına bağlı olarak) ve bu bireylerin beden bölgelerinden hoşnutsuzluk duyduğunu göstermektedir (Sarwer ve Thompson, 2003; Schwartz ve Brownell, 2002).

Tüm bunların yanı sıra, obezite cerrahisi adaylarının psikososyal işlevselliklerinde de bazı bozulmalar yaşandığı ve bu bireylerin normal kilolu ve obez bireylere oranla daha fazla psikiyatrik belirti gösterdiği bilinmektedir (Friedman ve Brownell, 1995; Kalarchian, v.d., 2007). Yapılan çalışmalar bu grupta özellikle depresyon seviyesinin ve DSM-IV-TR I. Eksen tanı sayılarının yüksek olduğunu göstermektedir (Burgmer, Petersen, Burgmer, de Zwaan, Wolf ve Herpertz, 2007; Kalarchian, v.d., 2007).

Dolayısıyla obezitede kilo kaybı ya da alımını tek bir faktör belirlememekte, özellikle kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisini seçen grubun yeme ile ilgili tutum ve davranışlar, yeme bozukluğu semptomlarının varlığı, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, diyet ve egzersize devamlılık, fiziksel sağlık durumları, tedavi motivasyonu ve psikopatolojik durumları nedeniyle daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle obez grubun hem geleneksel hem de cerrahi tedavi yöntemleri uygulanma sürecinde dikkatli bir şekilde ele alınması gerekmektedir.

Türkiye’de ise obezite cerrahisi adaylarının yeme bozukluğu semptom düzeyleri, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, yeme özellikleri, fiziksel sağlık durumları, tedavi motivasyonu ve psikopatoloji gibi değişkenlerle ilişkilerini inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır. Ülkemizde bu alandaki çalışmalar daha çok ‘genel bir başlık olarak obezite’ üzerine yapılmakta ve obez grubun BKİ seviyelerine göre incelemeler yapılmamaktadır.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmada kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi seçen morbid obez adayların, morbid obez olup kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi istemeyen veya morbid obez olmayan bireylere göre, başta yeme bozukluğu semptom düzeyleri olmak üzere, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, tedavi motivasyonları, yeme özellikleri ile beraber diyet-egzersiz davranış ve tutumları, kilo alma ve verme nedenleri ve fiziksel hastalık sayısı açısından

herhangi bir farklılık gösterip göstermediği ve cerrahi aday grubunun I. Eksendeki psikopatoloji sıklıklarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenecektir. Bu çalışma obezite cerrahisi adaylarının cerrahi operasyon olmak istemeyen obez bireylerden farklılıklarının ortaya konması açısından ülkemizde bir ilk niteliğindedir. Araştırma sonuçlarının obez bireylerin yukarıda sözü geçen özelliklerinin tanınmasına katkı sağlayacağı ve bu bağlamda etkin tedavi yöntemleri geliştirmek açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada öncelikle obezitenin tanısal, epidemiyolojik, etiyolojik özelliklerinden ve tedavide kullanılan yöntemlerden bahsedilecektir. Sonrasında ise obez bireylerin psikopatolojik durumları, beden bölgelerinden hoşnutsuzlukları ve tedavi motivasyonu ile obezite cerrahisi olmak isteyen adayların operasyon öncesi psikolojik değerlendirme kriterleri ele alınacaktır.

BÖLÜM 1

GENEL BİLGİLER

I. OBEZİTE

A. Obezitenin Tanımı

Tarihte şişmanlık ile ilgili birden fazla tanımlama yapılmıştır. Şişmanlık bazen güç, kudret, hükümlan, heybetli gibi terimlere benzer şekilde ifade edilirken; bazen de doğurganlık, bereket ve bolluk ile tanımlanmıştır. İlk çağ tanrılarında şişmanlık - şişman kadın - ana tanrıça, gücü ve hayatı anlatırken Orta Çağ ve Rönesans döneminde zenginliğin simgesi olmuştur. Ancak şişmanlığa atfedilen bu değerler sanayi devrimi ile beraber değişmiş ve şişman kişilerin toplumdaki konumu farklılaşmıştır. Hareketli ve hızlı çalışma temposuna uyum sağlayabilecek fiziksel özelliklere sahip insanların talep edilmesi, kilolu kişilerin sağlıksız, problemlili ve yavaş olarak anılmalarına neden olmuştur (Çen, 2006). Günümüzde ise şişmanlık, kişilerin kilo artışı ile birlikte toplumsal sorunlar yaşamasına ve ek hastalıklar oluşmasına neden olan kronik, ilerleyen, morbidite (hastalığa tutulan kişilerin sayısı) ve mortalitesi (hastalık nedeniyle ölüm) yüksek bir hastalık olarak tarif edilmektedir (Field, Barnoya ve Colditz, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (WHO, 1998). Obezite, psikolojik ve çevresel etkileşimleri olan, genetik ve bazı kronik hastalıkların oluşmasına ve ilerlemesine sebep olan bir hastalıktır (Collins ve Bentz, 2009; Speakman, 2004). Obezitenin yaşam kalitesini düşürmesi ve ölüm oranlarında etkili olması nedeniyle mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir (Klein, v.d., 2004; Söderlund, Fisher ve Johansson, 2009).

Vücutta ihtiyacı olan enerjiden fazlasının alınması sonucu, enerji alımı ve harcaması arasındaki dengenin bozulması nedeniyle vücutta aşırı yağ toplanması obezite oluşumuna neden olan en temel nedenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Speakman, 2004). Pekcan'a (2008a) göre de obezite; vücudun yağ kitlesinin yağsız

kitleye oranının aşırı artması sonucu boya göre ağırlığın arzu edilen düzeyin üstüne çıkması olarak tanımlanmaktadır.

Klinik olarak obezitenin tespit edilebilmesi için Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılır. 1997 yılında DSÖ, BKİ 25 üzerinde olan kişileri aşırı kilolu, 30'un üzerinde olanları ise obez olarak tanımlamıştır (WHO, 1997). Kilolu olmakla şişman olmaya genellikle benzer anlamlar atfedilse de birbirinden farklı kavramlardır. Kilo, vücutta kas, kemik ve yağ dokusunu içine alarak toplam vücut ağırlığını ifade ederken, şişmanlık vücutta yağ dokusu artışı olarak tanımlanmaktadır (Yücel, 2008).

Obezite Ölçüm Yöntemleri

Bir bireyin zayıf, normal, hafif şişman veya şişman olarak tanımlanabilmesi için “vücut ağırlığının”, “vücut bileşiminin” (kas - yağ oranı) ve “vücutta yağ dağılımının” değerlendirilmesi gerekir (Uzun, 2011). Bu amaçla alanda ve klinikte antropometrik (vücut boyutlarının ve bileşiminin saptanması) ve laboratuvar yöntemler kullanılmaktadır. Şişmanlığın saptanabilmesi için ise kullanılan en geçerli yöntem vücuttaki yağ miktarının belirlenmesidir (Pekcan, 2008b).

Vücuttaki yağ miktarı çeşitli yöntemlerle saptanabilmektedir. Aşağıda sıralanan yöntemler vücuttaki yağ miktarını belirleyen yöntemler içinden hem klinik hem de bilimsel açıdan en yaygın olarak kullanılan ve bilinenlerdir.

- 1- Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) Belirlenmesi: Vücuttaki yağ oranını saptamada en yaygın olarak kullanılan yöntem, kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile elde edilen BKİ'dir. Epidemiyolojik çalışmalar ve klinik araştırmalarda kullanım açısından kolay olması nedeniyle bu yöntem tercih edilmektedir. Buna göre BKİ hesaplanırken kilogram cinsinden vücut ağırlığı metre cinsinden boyun karesine bölünür ($BKİ = \text{vücut ağırlığı [kg]} / \text{boy [m}^2\text{]}$). Dünya sağlık örgütünün belirlediği BKİ'ye göre sınıflandırma sistemi Tablo 1'de gösterilmektedir (Köksal ve Küçükerdönmez, 2008; WHO, 1997) (Tablo 1).

Tablo 1. Yetişkin bireyler için BKİ sınıflandırması (WHO, 2013a)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²) Kesişim Değeri
Zayıf	<18.50
Şiddetli/Çok Zayıf	<16.00
Orta Zayıf	16.00-16.99
Hafif Zayıf	17.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Hafif Şişman	≥25.00
Pre-obez (fazla kilolu)	25.00-29.99
Şişman (Obez)	≥30.00
I. Derece	30.00-34.99
II. Derece	35.00-39.99
III. Derece (morbid)	≥40.00

- 2- Bel/Kalça Oranı ve Bel Çevresi Kalınlığı: Son yıllarda vücuttaki toplam yağ miktarından daha çok yağın vücutta hangi bölgelerde toplandığı ve yayıldığı ile ilgili araştırmalar yürütülmektedir. Çünkü vücutta bulunan yağın bölgesi ve dağılımı kronik hastalıkların görülmesi ve hastalıkların morbidite (hastalığa tutulan kişilerin sayısı) ve mortalite (hastalık nedeniyle ölüm) oranları ile ilişkilendirilmektedir (Pi-Sunyer, 1993). Bel/kalça oranı ve bel çevresi ölçümleri android (elma-erkek tip) ve jinoid (armut kadın tip) şişmanlığı tanımlamaktadır. DSÖ'ye göre bel/kalça oranında bel çevresi değeri, iç organlar ve karın bölgesi yağ dokusunu yansıtmaktadır. Bu oran kadınlarda 0.85'den, erkeklerde ise 1.0'den büyük çıkmamalıdır (Köksal ve Küçükerdönmez, 2008). Bel çevresi ölçümü ise abdominal (karın bölgesi) yağ dağılımı ve sağlığın bozulmasında önemli ve pratik bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Han, Leer, Seidell ve Lean (1995), sadece bel çevresi ölçümüne dayanan ve abdominal yağ miktarı bakımından risk taşıyan hastaları belirleyecek iki kriter tanımlamışlardır: uyarı sınırı (action level I, alerting zone) ve eylem sınırı (action level II, action zone). Buna göre bel çevresi kadınlarda 88 cm ve üzerinde, erkeklerde ise 102 cm üzerinde

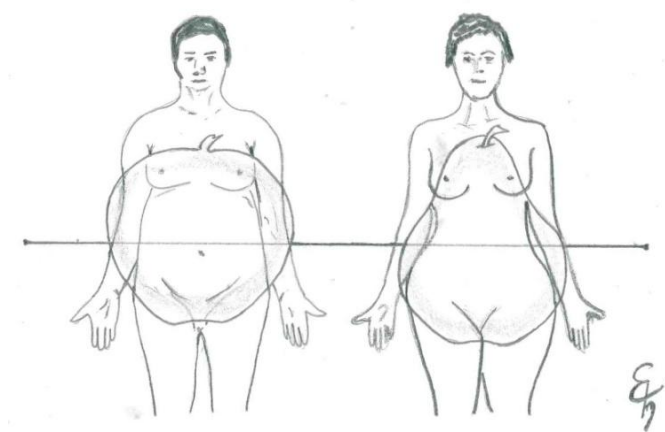
olduğunda koroner kalp hastalığı ve metabolik komplikasyonlar için önemli risk artışlarını gösterir (James, Leach, Kalamara ve Shayeghi, 2001) (Tablo 2). Bel çevre oranı BKİ'den bağımsız olarak koroner kalp hastalığı ve tip 2 diyabet sonucu oluşan mortalite ile de ilişkilidir (Parmaksız, 2007).

Tablo 2. Yetişkin bireylerde aşırı kiloya bağlı metabolik sendrom¹ oluşma riskini gösteren bel çevresi ölçümleri

	Uyarı Sınırı (=BKİ >25)	Eylem Sınırı (=BKİ >30)
Erkek	≥94	≥102
Kadın	≥80	≥88

Aşırı kilolu bireylerde vücutta toplanan yağ miktarı genetik olarak kadın ve erkekte değişiklik göstermektedir. İlk defa 1947 yılında Fransız araştırmacı Jean Vague şişmanlığı android (erkek tipi) ve jinoid (kadın tipi) olarak ikiye ayırmıştır. Android tip şişmanlıkta yağ başlıca abdominaller-karın bölgesi-iç organların etrafında ve cilt altında, jinoid tip şişmanlıkta ise basen-kalça bölgelerinde, bacaklarda ve cilt altında toplanmaktadır. Android tip şişmanlığa 'Elma Tip', jinoid tip şişmanlığa ise 'Armut Tip' şişmanlık da denilmektedir (Şekil 1).

Şekil 1. Obezite Tipleri



¹Bir kişide kardiyovasküler hastalıklara (Kalp ve damar hastalıkları) neden olan seker hastalığı, hipertansiyon, obezite ve hiperlipidemi (kan yağlarında yükseklik) gibi hastalıkların hepsinin görülmesine metabolik sendrom denir (İslamoğlu, Koplay, Sunay ve Açikel, 2008; NCEP, 2002).

Android tip şişmanlık erkeklerde daha sık görülürken, kalp damar hastalıkları, diyabet gibi birçok sağlık problemini de beraberinde getirmektedir. Jinoid tip ise kadınlarda daha sık görülmekte ve kan dolaşımı bozukluğu, polikistik over sendromu gibi hastalıklara yol açabilmektedir (Bhardwaj, v.d., 2011; Köksal ve Küçükerdönmez, 2008).

B. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite her yaşta insanı etkileyen kronik bir hastalıktır. Tüm ülkelerde sağlık sorunlarının başında yer almaktadır (WHO, 2000). Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalar çocukluk çağı obezitesi prevalansının artmış olduğunu gösterse de çocuklarda vücut yağı düzeylerinin kesin olarak belirlenmesi güç olduğu için net veriler elde edebilmek adına bu konuda yapılacak boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Takahashi, v.d., 1999). Ancak yapılan araştırmalar yaşla birlikte obezitenin arttığını ve kadınlarda erkeklere oranla daha çok görüldüğünü göstermektedir (Flegal, Carroll, Ogden ve Curtin, 2010; Ogden, Carroll, Curtin, Mcdowell, Tabak ve Flegal, 2006; Rennie ve Jebb, 2005; Visscher, Kromhout ve Seidell, 2002; WHO, 2000).

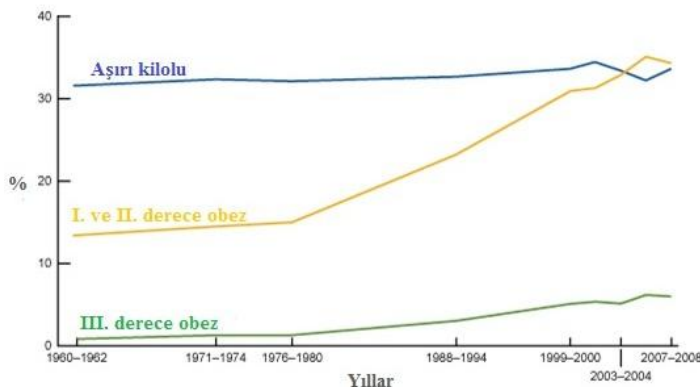
Obezite her toplumda farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Toplumların bireyleri de kapsayacak şekilde beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, içinde buldukları ve yaşadıkları ortam, çalışma koşulları ya da genetik faktörler gibi değişkenler epidemiyolojiye etki eden faktörler olduğu gibi her toplumda obezite oluşumuna neden olan faktörler birbirinden farklı olabilmektedir (Hill ve Peters, 1998; Speakman, 2004; Yang, Kelly ve He, 2007). Diğer taraftan üçüncü bölümde de ele alınacağı üzere medya ve batılı tutum ve inançlar beden imgesi, beden görünümüne ilişkin uğraşlar ve yeme bozuklukları üzerinde etkili olduğu kadar obezitenin oluşumu ve epidemiyolojisinde de rol oynamaktadır (Aslan, 2001; Stice ve Shaw, 1994).

1. Dünyada Obezite

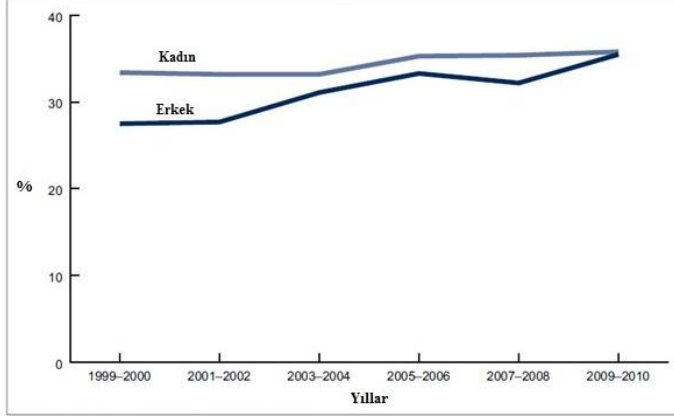
Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan araştırmalara göre obezitenin görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. DSÖ'nün 2008 yılında 194 ülkeden topladığı verilere dayanan istatistik raporlarına göre obezitenin en yüksek oranda görüldüğü ülkeler sırasıyla Suudi Arabistan (% 35.2), Mısır (% 34.6), Meksika (% 32.8), Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (% 31.8) ve Libya (% 30.8) iken Güneydoğu Asya Ülkeleri ise %3 görülme sıklığı ile son sıralarda yer almakta olup prevalansın 1980 ve 2008 yılları arasında 2 katına çıktığı ve kadınlar arasında daha yaygın görüldüğü bulgulanmıştır (WHO, 2008).

Obezite özellikle ABD'de son yirmi yılda hızlı bir artış göstermektedir. Amerika'da Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezinin (Center for Disease Control and Prevention-CDC) 'Davranış Risk Etmeni Sürveyans Sistemi (Behavioral Risk Factor Surveillance System-BRFSS)' çalışması 1990'lı yıllarda obezite prevalansının % 15-19 arasında olduğunu; 2000'li yıllardan sonra ise bu oranın % 30'lara çıktığını ortaya koymuştur. Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey-NHANES) sonuçları ise 1990'lı yıllarda % 21 olan obezite prevalansının 2000'li yıllardan sonra % 32'nin üstüne çıktığını göstermiştir (Pekcan, 2008a). Şekil 2 ve Şekil 3'te ABD'de 1960 ile 2008 arasındaki genel obezite oranları ile 1999 ve 2010 yılları arasındaki kadın ve erkek obezite prevalansı verilmiştir.

Şekil 2. 1960-2008 yılları arasında ABD'de yaşayan ve 20-74 yaş aralığında yer alan I., II. ve III. derece obezlerin yüzde sıklık dağılımları (Fryar, Carol ve Ogden, 2012'den alıntılanmıştır)



Şekil 3. 1999-2010 yılları arasında ABD’de yaşayan 20 yaş üstü obezlerin yüzde sıklık dağılımları² (Ogden, Carroll, Kit ve Flegal, 2012’den alıntılanmıştır)



²1999-2000’den 2009-2010 yılına doğru anlamlı bir değişim vardır.

Avrupa’da da obezitenin görülme sıklığı her geçen yıl artmaktadır. DSÖ Avrupa 2007 verilerine göre obezite prevalansı kadınlar arasında % 7.1 – % 35.6 arasında iken, bu oran erkeklerde % 5.6 - % 22.8 arasında seyretmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda obezitenin en sık görüldüğü ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek, İngiltere ve Türkiye iken en az görülen ülkelerin Özbekistan, Norveç ve Türkmenistan olduğu bulgulanmıştır (WHO-Europe, 2007).

2. Türkiye’de Obezite

Türkiye’de geçmiş yıllarda doğrudan obezite yaygınlığını ölçmek için yapılmış bir çalışma yoktur. Ancak 1990 yılında yapılan “Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri” (TEKHARF) çalışmasında şişmanlık yaygınlığı da belirlenmiştir. Buna göre kadınlarda % 32 oranında görülen şişmanlık erkeklerde % 12,5 oranında görülmektedir (Onat ve Sansoy, 2009). On yıl sonra yapılan 2001 yılı takip çalışmasında ise şişmanlığın görülme oranı kadınlarda % 43 erkeklerde ise % 21.1 olarak bulunmuştur (Onat, v.d., 2001). Bu bulgular obezitenin yıllara göre arttığının bir göstergesi olmuştur. 2001 yılında Hatemi tarafından yürütülen “Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması” (TOHTA) sonuçları da TEKHFARF

çalışmasından farklı sonuçlar göstermemektedir. Buna göre obezitenin toplam yaygınlığı % 44.4 iken bu oran kadınlarda % 50, erkeklerde ise % 40 olarak gözlenmiştir (Polat ve Turan, 2013).

Türkiye’de yürütülen çalışmalardan bir diğeri de “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması (TURDEP I-II)”dır (Satman ve TURDEP-II Çalışma Grubu, 2011). Bu çalışmalar kesitsel ve topluma dayalı olarak yürütülmüştür. 1997-1998 yıllarında yürütülen TURDEP-I’e 20 yaş ve üzerinde toplam 24.788 kişi (13.708 kadın, 11.080 erkek), 2010 yılında yürütülen TURDEP-II’ye ise 20 yaş ve üstü 26.499 kişi (16.696 kadın, 9.327 erkek) katılmıştır. TURDEP-I’e göre Türk toplumunun % 22’sinin BKİ’si 30 ve üstü bulunmuştur. Bu oran TURDEP-II bulgularına göre 2010 yılına gelindiğinde % 35.9’a yükselmiştir. TURDEP I ve II bulguları cinsiyete göre de farklılığı ortaya koymuştur. Buna göre TURDEP-I verilerinde obezitenin kadınlarda görülme sıklığı % 32.9 iken TURDEP-II verilerinde sıklık % 44.2’ye yükselmiştir. Obezitenin erkeklerde görülme sıklığı ise TURDEP-I’de % 13.2 iken TURDEP-II’de % 27.3’e çıkmıştır.

Özetle, yukarıdaki verilerden görüldüğü üzere Türkiye’de obezite görülme sıklığı her iki cinsiyette her geçen yıl biraz daha artmaktadır. Bununla birlikte dünya verileri ile orantılı olarak obezite görülme sıklığı özellikle kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir.

C. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite çok boyutlu, karmaşık bir hastalıktır ve kısaca alınan enerji miktarı ile tüketilen enerji miktarı arasındaki dengesizlik olarak tanımlanabilir (Kopelman ve Grace, 2004).

Bireylerin neden obez olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel faktörlerin obezite oluşumunda büyük etkisi olduğu düşünülmektedir (Stunkard, v.d., 1986). Bununla birlikte beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite,

düşük sosyo-ekonomik seviye, psikolojik problemler gibi etkenler de obeziteye neden olan faktörler arasında sayılabilir (Alphan, 2008). Aşağıda bu etiyolojik faktörlerin her biri detaylı olarak ele alınacaktır.

1. Genetik

Obezite oluşumunda genetik faktörlerin diğer faktörlere kıyasla etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte, yapılan aile ve ikiz çalışmaları genetik faktörlerin etkisine dair bazı bulgular sunmaktadır. Obezite oluşumuna neden olan genetik faktörlerin incelendiği bu çalışmalarda aşırı kilolu ebeveynlere sahip olan ve/veya biyolojik ebeveynlerinden ayrı olarak yetiştirilen çocukların aşırı kilolu olma eğiliminde oldukları bulgulanmaktadır (Stunkard, v.d., 1986; Alphan, 2008). Özellikle evlat edinilen çocuklarla yürütülen çalışmalarda çocukların BKİ'lerinin biyolojik ebeveynine daha çok benzediği görülmüştür (Stunkard, v.d., 1986).

Yapılan ikiz çalışmaları ile elde edilen sonuçlar çeşitli yollarla vücut ağırlığını kontrol edebilen bazı genlerin varlığı ile ilgili araştırmalar yapılmasına neden olmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda obezitenin genetik kökeni ile ilgili bazı genler (ob geni, db geni, fat geni, tub geni, agoti geni) öne sürülmüştür (Alphan, 2008). Rankinen ve arkadaşlarına (2006) göre de çocukluk çağı morbid obezitesi olan kişilerin Melanokortin-4-reseptörü (MC4R) geninde hasar tespit edilmiştir.

Obezite oluşumuna neden olan genetik faktörler enerji dengesinin düzenlenmesinde de önemli yer tutmaktadır. Enerji dengesinin düzenlenmesinde ise glikoz, yağlar, protein, gastrik düzenleyiciler gibi kısa süreli metabolik düzenleyiciler; kolesistokinin (doygunluk hissi vererek yemek yemeyi sonlandırmamızı sağlar), ghrelin (büyüme hormonudur, iştah açıcı özelliği vardır) ve Peptit (yemek yemeyi baskılar) gibi ağırlığın kısa süreli düzenleyicileri ile insülin (iştahı ve metabolizmayı düzenler), leptin ve leptin reseptörü (iştahın baskılanmasını sağlar ve enerji kullanımının artmasına yol açar) gibi ağırlığın uzun süreli düzenleyicileri vardır (Alphan, 2008; Rankinen, v.d., 2006).

Genetik çalışmalarla birlikte obezite ve nörofizyolojik sistem arasında da ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yapılan hayvan çalışmalarında hipotalamusun

beslenme ve metabolizma üzerinde etkisi olduğu, ayrıca son araştırmalarda amigdala ve prefrontal korteksin de beslenme ile ilişkisi olduğu bulgulanmıştır (Berthoud, 2004). Araştırmalara göre, serotonerjik ve dopaminerjik nörotransmitter sistemler santral enerji dengesinde yer almakta ve serotonerjik sinyaller yiyecek alımını baskımlarken, dopamin reseptörlerindeki ve dopamin salınımındaki değişimin de aşırı yemeye ve obeziteye etkisi olmaktadır (Winchester ve Collier, 2003; Volkow, v.d., 2008). Yukarıda bahsi geçen araştırmalardan elde edilen tüm bu bulgulara rağmen, obezitenin oluşumunun sadece genetik faktörlere indirgenmesinin mümkün olmadığı söylenebilir.

2. Beslenme Alışkanlıkları

Obezite oluşumuna neden olan en önemli faktörlerden biri de beslenme şekilleri/alışkanlıklarıdır. Obeziteye yatkın olma durumu bir ölüye kadar genetik faktörler tarafından belirlense de obezite varlığı için obezojenik (obeziteye neden olan, şişmanlatan) bir çevreye de ihtiyaç vardır.

Bireyin bebeklikten itibaren ogrendiği beslenme şekli yaşamının ilerleyen yıllarında kilo alma biçimini de etkilemekte ve yanlış beslenme alışkanlıkları obezite riskini arttırmaktadır (Evers, 1997). Yapılan alışmalar günde u ana ogun ve ara ogun tüketen bireylerde günde bir veya iki ana ogun tüketen kişilere göre daha az sıklıkta obeziteye rastlandığını göstermektedir (Yunsheng Ma, v.d., 2003; Keast, Nicklas ve O’Neil, 2010).

Bugün evremizde sınırsız olarak kolayca elde edilebilen, ucuz, lezzetli ve yüksek enerjili/kalorili yiyecekler mevcuttur. Bireylerin yaşam tarzının değişmeye başlaması ile birlikte yeni dünya düzeni içinde bu yiyeceklerin tüketimi daha hızlı olmaya başlamış, ana ogun tüketimlerinin yerlerini hızlı atıştırmalık yiyecekler almış ve buna duşuk fiziksel aktivite/hareketsizlik de eklenmiştir. Artık bireyler tüketime hazır veya yarı hazır halde bulunan gıdaları geleneksel yöntemlerle pişirilen yiyeceklerle tercih etmektedir (Alphan, 2008). Bu durum obezitenin yaygınlığının her geçen yıl artmasının nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (Keast, Niclas ve O’Neil, 2010).

Porsiyonların büyük olması ve alınan gıdaların, tüketilen yiyeceklerin çokluğu, şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketimi de obeziteyi arttıran çevresel etkenler arasında gösterilebilir (Gedik, 2003; Pekcan, 2008a). Özellikle ABD gibi öğün olarak yoğunlukla fast-food tüketilen ülkelerde büyüyen porsiyonlar, karbonhidrat ve şeker ağırlıklı besinleri bireylerin ‘büyük’, ‘ultra boy’ olarak tüketmesine ve günlük alması gerekenin üzerinde enerji almasına neden olmaktadır (Alphan, 2008; Rolls, Morris ve Roe, 2002).

Toplumda obezite sıklığının artma nedenlerinden biri de hatalı ve aşırı yeme davranışıdır. Bununla birlikte hatalı yeme davranışları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzey, sağlık durumu ve fizyolojik yapı gibi faktörlere göre değişiklik göstermektedir (Kılıç ve Şanlıer, 2007). Bu konu ile ilişkili olarak 142 kız öğrenci, anne ve anneanne olmak üzere 3 kuşak kadının yeme ile ilişkili alışkanlıklarını inceleyen bir çalışmada öğün sayısı, öğün atlama nedenleri ve sıklığı, evde pişirdikleri yemek çeşitleri, evin dışında yemek yeme çeşidi ve sıklığı, evin dışında tüketilen besinler ile beslenme bilgilerinin öğrenildiği yerler konusunda üç kuşak kadın arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Buna göre, örneğin kızların bir günde üç öğün yeme oranı anne ve anneannesine göre daha düşüktür; kızlar anne ve anneanneyle oranla daha fazla öğün atlamaktadır; kızların öğün atlama nedenleri ve sıklıkları anne ve anneannelerinden daha farklıdır (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Obez bireylerde şekerli içecek-meşrubat tüketimi obez olmayan bireylere göre daha fazladır. Yapılan araştırmalar şekerli meşrubatların içerdiği yüksek kalori nedeniyle meşrubatların kilo artışında etkisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle obezitenin önüne geçilebilmesi için yapılması gerekenlerden biri de tüketilen şekerli içecek miktarının düşürülmesidir (Apovian, 2004; Wolff ve Dansinger, 2008). Şekerli meşrubat tüketimi aynı zamanda tip 2 diyabet nedeni olarak da bilinmektedir (Schulze, v.d., 2004).

3. Fiziksel Aktivite

Sedanter (hareketsiz) yaşam biçimi obezitenin oluşmasına neden olan faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (DHHS, 2008). Bireylerin fiziksel aktivite azlığı, enerji kullanımını ve enerji gereksinimini azaltır. Hareketsizliğin artışı

ile birlikte yağ depolanması daha hızlı bir şekilde başlar ve kilo artışı gerçekleşir (Alphan, 2008).

DSÖ, sağlıklı bir yaşam için yetişkinlerde haftanın 5 günü en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012). 2008 Amerikalılar için Fiziksel Aktivite Rehberi (2008 Physical Activity Guidelines for Americans) yetişkin bir kişinin haftada orta şiddette 150 dakika ya da yoğun şiddette 75 dakika fiziksel aktivite yapması ve bütün kas gruplarını germe aktivitesi ile haftada en az 2 defa çalıştırması gerektiğini yayınlamıştır (DHHS, 2008).

Literatürde sedanter yaşam tarzının sağlık problemlerine yol açtığı rapor edilmektedir. Yapılan çalışmalara göre fiziksel aktivite azlığı obeziteyi de kapsayan bir çok sağlık probleminin oluşması ve artması ile ilişkili bulunmuştur (Caspersen, Powell ve Christenson, 1985; Warburton, Nicol ve Bredin, 2006; Haskell, v.d., 2007).

Türkiye’de de durum yurt dışında yapılan çalışmalardan farklı değildir. Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilen “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması” sonuçlarına göre ülkemizdeki bireylerin % 71.9’u sedanter yaşamakta ve yine Bakanlıkça 2011’de yapılan ‘Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması’na göre kadınların % 87’si, erkeklerin ise % 77’si yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

4. Sosyo - Ekonomik Seviye

Obezite ile ilişkili olan bir diğer faktör de sosyo-ekonomik seviyedir. Sosyo-ekonomik seviye genellikle eğitim ve gelir seviyesine göre belirlenir. Yapılan birçok çalışma obezite ile sosyo-ekonomik seviye arasında ilişki olduğunu göstermekle birlikte bazı araştırmalar bu bulguların değişken olduğunu söylemektedir (Klish, 1995; Kromeyer, Hauspie ve Susanne, 1997; Öztora, 2005). Araştırmalar ebeveynlerin eğitim ve gelir durumu ile obezite arasında tam bir kanıt bulamamakla birlikte zor yaşam koşullarında ve kötü ortamlarda büyüyen çocukların obezite risklerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Gnavi, Spagnoli, Galotto, Pugliese, Carta ve Cesari, 2000). Düşük sosyo-ekonomik seviyenin bireylerin

sağlıklı yiyeceklere ulaşmasını engelleyebildiği için obezite üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Swinburg ve Egger, 2004). Bununla birlikte NHLBI'a (Ulusal Kalp Ciğer ve Kan Enstitüsü-National Heart Lung and Blood Institute) göre (1998) 12 yıl ve altında eğitim alan kişilerin 12 yıl ve üstünde eğitim alan kişilerden daha fazla obez olduğu bulgulanmıştır.

Türkiye'de ise bireylerin beslenme biçimleri buldukları bölgeye, sosyo-ekonomik duruma ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Obezite oranları açısından sosyo-ekonomik gruplar ve bölgeler arasında da farklılık vardır. Yapılan çalışmalar kırsal kesimlerde ve düşük sosyo-ekonomik seviyede yaşayan kişilerde obeziteye daha sık rastlandığını göstermektedir (Beyaz ve Koç, 2009).

5. Psikolojik Faktörler

Bireylerin psikolojik durumunun yeme davranışı ve harcadığı enerji miktarı üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalar stres, depresyon ve ruhsal problemler ile gündelik hayatta yaşanan gerginliklerin yemek yeme alışkanlıklarını olumsuz etkilediğini ve bazı bireyleri 'emosyonel yeme' olarak da tanımlanan negatif duygular nedeniyle fazla yemeye ittiğini söylemektedir (Ganley, 1989). Canetti, Bachar ve Berry (2002) yapmış oldukları çalışmada obez olmayan bireylere göre obez bireylerde sıkıntı, depresyon gibi durumlar yaşandığında yeme miktarında bir artış olduğunu, korku, gerilim ve ağrı gibi durumlar yaşandığında ise bu miktarda azalma olduğunu bulgulanmıştır. Bununla birlikte obez bireylerde görülen psikolojik problemlerin oranları ve sıklık dağılımı ikinci bölümde detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

Obezite üzerinde psikolojik faktörlerin etkileri daha çok kuramsal açıklamalarla ele alınmıştır. Bu bölümde obezite ve aşırı yeme Psikanalitik, Davranışçı ve Bilişsel-Davranışçı model önermeleri dahilinde kısaca ele alınacaktır.

Obezite'de aşırı yeme üzerine yapılan ilk kuramsal çalışmalar psikanalitik model ele alınarak yapılmış ve 1950'lerde ortaya çıkmıştır (Hamburg, 1951; akt: Babayiğit, 2007). Psikanalitik kuram aşırı yemenin psikoseksüel gelişimin oral

döneminde takılı kalınmasından yani gelişimin oral aşamasında bebeğin ihtiyaçlarının yeterince karşılanmamasından kaynaklandığını öne sürmektedir (Bychowski, 1950).

1960 ve 70'lere gelindiğinde dönemin akımları burada da kendisini göstermiş ve davranışçı akımı benimseyen kuramcılar psikanalitik kuramın tersine obezitede hatalı yeme davranışlarının koşullanma ilkeleri nedeniyle oluştuğunu ve obezitenin öğrenilmiş bir bozukluk olduğunu söylemişlerdir (Foster, Wadden, Kendall, Stunkard ve Vogt, 1994). Davranışçı kuram ışığında oluşturulan yöntemlerle obez bireylerin başarılı bir şekilde tedavi edilmesi de davranışçı kuramın obezite tedavisindeki değerini arttırmıştır. Bu durum davranışçı tedavinin hem hatalı yeme davranışları olan bireylerin alışkanlıklarını değiştirmelerine yardımcı olmuş hem de kilo vermek isteyen obez bireylerin tedavi programlarında geniş bir şekilde yer bulmasını sağlamıştır (Wadden, Foster ve Letizia, 1992). Özetle, davranışçı modele göre obezite, pekiştirici özelliği olan egzersiz davranışının olmamasından ve aşırı yemeye iten hatalı yeme davranışlarının pekiştirilmesinden kaynaklanmaktadır (Shafran ve de Silva, 2003).

Bilişsel-Davranışçı model ise obezitenin oluşma nedenlerini hem Beck'in bilişsel modeli hem de davranışçı kuramın önermeleri doğrultusunda açıklamakta ve tedavi etmektedir. Buna göre obez bireylerin hatalı yeme davranışları bilişsel olarak hatalı düşüncelerle pekişmektedir (Babayiğit, 2007). Friedman ve Brownell de (1995) obez bireylerin bilişsel açıdan obez olmayan bireylerden farklılaştığını savunmakta ve obez bireylerin bilişsel süreçlerinin benlik kavramı, beden imgesi ve psikopatoloji açısından önemli olduğunu söylemektedir.

D. Obezitenin Sonuçları

Prevalansı giderek artan ve beraberinde sağlık sorunları, psikolojik ve sosyal problemler ile ekonomik sorunlar getiren kronik ve çok faktörlü bir hastalık olan obezite, tedavi edilememesi ve tekrarlaması durumunda birey ve toplum sağlığı açısından tehlike oluşturmaktadır. Bu bölümde obezitenin sonuçları ve etkileri

üzerinde durulacak, obezitenin beraberinde getirdiği problemler kendi içlerinde ele alınacaktır.

1. Sağlık Sorunları

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar kilo artışının pek çok komplikasyona neden olduğunu, obezitenin özellikle morbidite ve mortalitenin artış nedenlerinin başında geldiğini ve yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermiştir (Bray, 1992). Stewart ve Brook (1983) yaşları 14 ile 61 arasında değişen 5817 kişi ile yapmış olduğu çalışmada katılımcıların % 22'nin aşırı kilolu ve obez olduğunu, % 13'ünün kilo ile bağlantılı olarak bazı fiziksel kısıtlılıklar yaşadığını, % 88'inin de yaşadığı ağrı ve aktivite sınırlılıklarının kilosuna ile ilgili olduğunu düşündüğünü bulgulamıştır.

Mortalite ve Morbidite

Aşırı kilo ve obezite özellikle kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak mortaliteyi (belirli bir bölgede, belirli bir nüfus ve zaman süresiyle ilişkili olarak ölüm yüzdesini) ve morbiditeyi (belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa tutulanların sayısı) arttırmaktadır. Araştırmalar BKİ'si 30 üstü olan kişilerin ölüm riskinin düşük olanlara oranla daha fazla olduğunu göstermektedir (Gonzalez, v.d., 2010; Stevens, Cai, Pamuk, Williamson, Thun ve Wood, 1998).

Obezite ve Kardiyovasküler Sistem

Obezite koroner kalp hastalığı (KKH), serebrovasküler hastalıklar (felç/inme) (SVH) ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıkların (KVH) bir ya da birkaç tipinin oluşması riskini arttırmaktadır. DSÖ tarafından yapılan araştırmaya göre (2013), KKH ve hipertansiyonun dünyada en yaygın görülen ölüm nedenlerinden olduğu ve dünyada 17 milyon kişinin KVH nedeniyle öldüğü, bu ölümlerin de % 80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği görülmektedir. (WHO, 2013c). Türkiye'de de bu durum değişmemektedir. 2010 yılı verilerine göre 205.457 ölüm vakasında, ölüm nedenleri içinde ilk sırayı kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin % 47.73'ü) almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Obezite ve Hipertansiyon

Kan basıncı değerlerinin (sistolik ve diyastolik) normal değerler olan 140/90'ı aşması olarak tanımlanan hipertansiyon (yüksek tansiyon) KVH ve SVH için önemli bir risk faktörüdür (Kızıltan, 2008).

Yapılan çalışmalarla hipertansiyon ve obezite arasındaki anlamlı bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır (Brown, v.d., 2000; Hu, Barengo, Tuomilehto, Lakka, Nissinen ve Jousilahti, 2004). Brown ve arkadaşları (2000) kan basıncı ve kilo arasındaki ilişkinin boyutunu cinsiyete ve yaşa göre ortaya koymuştur. Buna göre hipertansiyon, BKİ'si 30 ve üstü olan kadınlarda % 37.8, erkeklerde % 41.9 oranında görülürken BKİ'si 25 ve altında olan kadınlarda %15.2, erkeklerde ise % 14.9 oranında görülmektedir. Yaşa göre incelendiğinde ise, hipertansiyonun BKİ'si 30 ve üstü olan kişiler ile BKİ'si 25 ve altı olan kişilerde; 20-39 yaş aralığında sırasıyla % 24.6 - % 3.5, 40-59 yaş aralığında sırasıyla % 46.2 - % 16.3, 60 ve üstü yaş aralığında da % 61.6 - % 51.7 oranında seyrettiği gözlenmiştir.

Obezite ve Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet oluşumu obezite kadar vücut yağ dağılımı ile de ilişkili olup elma tip/android/abdominal obezitesi (karın bölgesi yağlanması) olan kişilerde diyabet geliştirme riski armut tip/jinoid obezitesi olan kişilere oranla daha fazladır. Dolayısıyla obezite tip 2 diyabet oluşumunu ortaya çıkarıcı ve tetikleyici faktörlerden biridir (Kızıltan, 2008).

Yapılan araştırmalar BKİ'nin artmasıyla tip 2 diyabet oranının da arttığını göstermektedir (Bays, Chapman ve Grandy, 2007; Yetkin ve Çimen, 2010). BKİ'si 40 ve üstü olan kişiler ile normal kilolu bireylerin karşılaştırıldığı Yetkin ve Çimen'in çalışmasında (2010) tip 2 diyabet riskinin erkeklerde 18.1 kat, kadınlarda ise 12.9 kat arttığı bildirilmiştir.

Obezite ve Diğer Sağlık Sorunları

Yukarıda bahsedilen durumların dışında obezitenin başka hastalıklarla da ilişkili olduğu pek çok çalışmanın bulguları arasındadır. Örneğin, obezite uykuda

solunum bozukluğu ve uyku apnesi gibi hastalıkların temel risk faktörlerinden biridir. Bu hastalıkların tedavisinde öncelikle obezite tedavisine yönelik (diyet, egzersiz, obezite cerrahisi) adımlar atılmaktadır (Leinum, Dopp ve Morgan, 2009). Bununla birlikte metabolik sendrom, kanserler, solunum sistemi, üreme fonksiyonları sorunları, osteoartritler, karaciğer ve safra kesesi hastalık riski BKİ'deki artışla birlikte artmaktadır (Kopelman, 2007). Obezitenin neden olduğu tıbbi komplikasyonlar Tablo 5'de gruplandırılmıştır (Kalan ve Yeşil, 2010).

Tablo 3. Obezitenin neden olduğu tıbbi komplikasyonlar

1. Metabolik-Hormonal Komplikasyonlar <ul style="list-style-type: none">• Metabolik Sendrom• Tip 2 Diyabet• İnsülin Direnci, Hiperinsülinemi• Dislipidemi• HHT	5. Polikistik Over Sendromu
2. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları <ul style="list-style-type: none">• Serebrovasküler Hastalık• Konjestif Kalp Yetersizliği• Koroner Kalp Hastalığı• HHT • Tromboembolik Hastalık	6. İmmün Sistem Disfonksiyonu
3. Solunum Sistemi Hastalıkları <ul style="list-style-type: none">• Obezite-Hipoventilasyon Sendromu• Uyku Apnesi	7. Cilt Hastalıkları
4. Sindirim Sistemi Hastalıkları <ul style="list-style-type: none">• Safra Kesesi Hastalığı• Karaciğer Hastalığı• Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı	8. Cerrahi Komplikasyonlar
	9. Kanser <ul style="list-style-type: none">• Meme• Kolon• Dişi Üreme: Serviks, Endometrium, Over• Safra Kesesi• Prostat
	10. Obezitenin Mekanik Komplikasyonları <ul style="list-style-type: none">• Osteoartrit• Artmış Karın İçi Basıncı, Herni
	11. Psiko-Sosyal Komplikasyonlar

2. Sosyal Problemler

Obezite ve obez bireyler ile ilgili bilinen ve artık klişeleşmiş birçok görüş vardır. Aşırı kilolu insanlar genelde neşeli olarak görülürken yapılan çalışmalar bu öngörüyü doğrulamamakta, aşırı kilolu ve obez kişilerde depresyon oranlarının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Medya da obezite ile ilgili görüşleri çelişkili kılmaktadır. Örneğin reklamlarda diyet yapan kişiler irade sahibi, çekici, enerjik olarak gösterilirken araştırmalar bu kişilerin sinirlenmeye ve duygusal problemler geliştirmeye daha yatkın olduğunu ortaya koymaktadır (Wadden, Womble, Stunkard ve Anderson, 2003).

Aslında obez bireyler kilonun getirdiği fiziksel sorunlar nedeni ile hem bedenleri ve hem de benlik algıları ile ilgili zorluklar yaşamaktadır. Bununla birlikte sosyal çevre de obez bireyler üzerinde baskı yaratarak sosyal problemlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu başlıkta obez bireylerin yaşadığı sosyal problemler ele alınacaktır.

Önyargı ve Ayrımcılık

Obez bireylere karşı önyargı sanayi devriminin ardından değişen ve kiloyla ilişkilendirilen güzellik anlayışı ile oluşmamıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar sanayi devriminden önceki yüzyıllarda da obez bireylerin damgalandığını ve ön yargıya maruz kaldığını göstermektedir. Örneğin, 12. yüzyılda Budistler obeziteyi ahlaki zaafın bir sonucu olarak görmüşlerdir; Hıristiyan kültüründe oburluk 7 günahın biri sayılmıştır (Stunkard, LaFleur ve Wadden, 1998).

Yapılan çalışmalar aşırı kilo ve obezitede önyargının çocuklarda da görüldüğünü ortaya koymaktadır. Araştırmalarda normal kilolu çocukların kendilerine arkadaş olarak obez çocukları seçmek istemediği, aşırı kilolu çocukların yaşlıları tarafından tembel, aptal, aşağı görüldükleri bulgulanmıştır (Staffieri, 1967; Kraig ve Keel, 2001; Su ve Aurelia, 2012).

Obez olarak etiketlenen aşırı kilolu bireyler iş, eğitim, sağlık, sosyal çevre gibi yaşamlarının birçok alanında ayrımcılığa maruz kaldığını bildirmekte ve yapılan çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir. Örneğin, Gortmaker, Must, Perrin, Sobel

ve Dietz (1993) tarafından 10.039 kişi ile y¼r¼t¼len geniş kapsamlı bir çalışmada aşırı kilolu ve normal kilolu ergen bireyler (16-24 yaş arası) takip edilmiş ve 7 yılın sonunda aşırı kilolu kadın ve erkeklerin benzer entelekt¼el kapasitelerine rağmen normal kilolu kadın ve erkeklere g¼re daha az evlendiği, aşırı kilolu kadınların daha az para kazanabildiği ve eğitime daha az s¼re devam ettikleri bulgulanmıştır. Roe ve Eichworth (1976) işverenlerle yaptıkları çalışmalarında işverenlerin % 16'sının obezleri hiçbir şartla işe almayacaklarını, % 44'¼n¼n de ¼zel şartlar dahilinde işe alacağını bildirdiğini rapor etmişlerdir (Akt., Wadden, Womble, Stunkard ve Anderson, 2003). Puhl ve Brownell de (2001) ¼ėretmenlerin % 28'inin obez olmanın bir insanın başına gelebilecek en k¼t¼ şey olduğunu s¼ylediėini, Maroney ve Golub (1992) hemşirelerin % 24'¼n¼n obez bireyleri başarısız, % 22'sinin tembel, % 43'¼n¼n aşırı hořg¼r¼l¼ g¼rd¼ė¼n¼, % 31'inin obez bireylerin tedavisini tercih etmediklerini, % 48'inin ise obez bireylerin tedavisinde kendilerini rahat hissetmediklerini ifade ettiklerini bulgulanmıştır. Myers ve Rosen (1999) ise obez bireylere uygulanan etiketlemenin cinsiyete g¼re farklılık g¼stermediėini bulgulanmıştır.

3. Ekonomik Sonuçlar

Obezite aynı zamanda bireysel ve halk sağlığı ¼zerinde geniş bir etkisi olan, ekonomik ve sosyal kalkınmayı etkileyen, sağlık-bakım arz ve talebini arttıran ciddi bir sağlık problemidir (Beyaz ve Koç, 2009). Bu nedenle obezitenin sonuçları sadece mortalite oranları ile ¼l¼lmemeli, morbidite de hesaba katılarak ekonomik ¼l¼mler de yapılmalıdır.

Sağlık harcamalarında ekonomik maliyetler doğrudan ve dolaylı olarak ikiye ayrılabilir. Hastanede yatma, ilaçlar, doktor muayene ¼creti gibi hastalığın tanı ve tedavisinde kullanılan harcamalara 'doğrudan harcamalar', erken ¼l¼m ve hastalık sebebiyle çalışamayan insanlara verilen ¼cretleri kapsayan harcamalara da 'dolaylı harcamalar' denilmektedir (Field, Barnoya ve Colditz, 2003).

Obezitenin doğrudan maliyetinin ABD'de 70 milyar dolar civarında olduğu, bunun sağlık harcamalarının % 7'sini, Avrupa da ise % 6'sını kapsadığı d¼ř¼n¼lmektedir. Bu duruma dolaylı maliyet eklendiğinde ise yapılan harcamalar

daha da yükselmektedir (Field, Barnoya ve Colditz, 2003). Öte yandan obezitenin Türkiye'deki ekonomik sonuçlarını ele alan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Ekonomik maliyet çalışmalarında batılı ülkelerde obezite artışı; ekonomik büyüme, gıda arzındaki artış ve teknolojik gelişme nedeni ile oluşan daha fazla gıda tüketmek isteği ele alınarak açıklanır (Mavromaras, 2008). Daha fazla ve sağlıksız olarak tüketilen gıda da sağlık ile doğrudan negatif bir ilişki halindedir.

Obezite getirmiş olduğu fiziksel zorluklar ve obez bireylerin ayrımcılığa maruz kalması nedeni ile iş gücünü de etkilemektedir. Yapılan çalışmalar aşırı kilolu ve obez kadınların ücret seviyelerinin farklı olduğunu ve eve getirdikleri gelirin daha düşük olduğunu göstermektedir (Gortmarker, Must, Perrin, Sobel ve Dietz, 1993).

Sonuç olarak, obezitenin tedavi edilmesi hem bireysel sağlık problemlerinin çözümünü hem de ülke ekonomisinin kalkınmasını sağlayacaktır. Bu nedenle obeziteye yönelik tedavilerde hareketsiz yaşam tarzının değişmesini sağlamak en önemli hedeflerden olarak kabul edilmektedir. Nitekim, fiziksel aktivitesi artmış bir toplumda sağlık harcamalarının azalacağı düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

E. Obezitenin Tedavisi

Obezite çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik döneminde oluşan, dikkat edilmesi ve tedavisine çocukluk çağında başlanması gereken bir hastalıktır. Obezite tedavisi süreklilik ve bireylerin aktif katılımını gerektirir. Obezitenin etiyolojisi bölümünde ele alınan faktörler düşünüldüğünde obezite tedavisi uzun sürmekle birlikte güç ve karmaşık olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

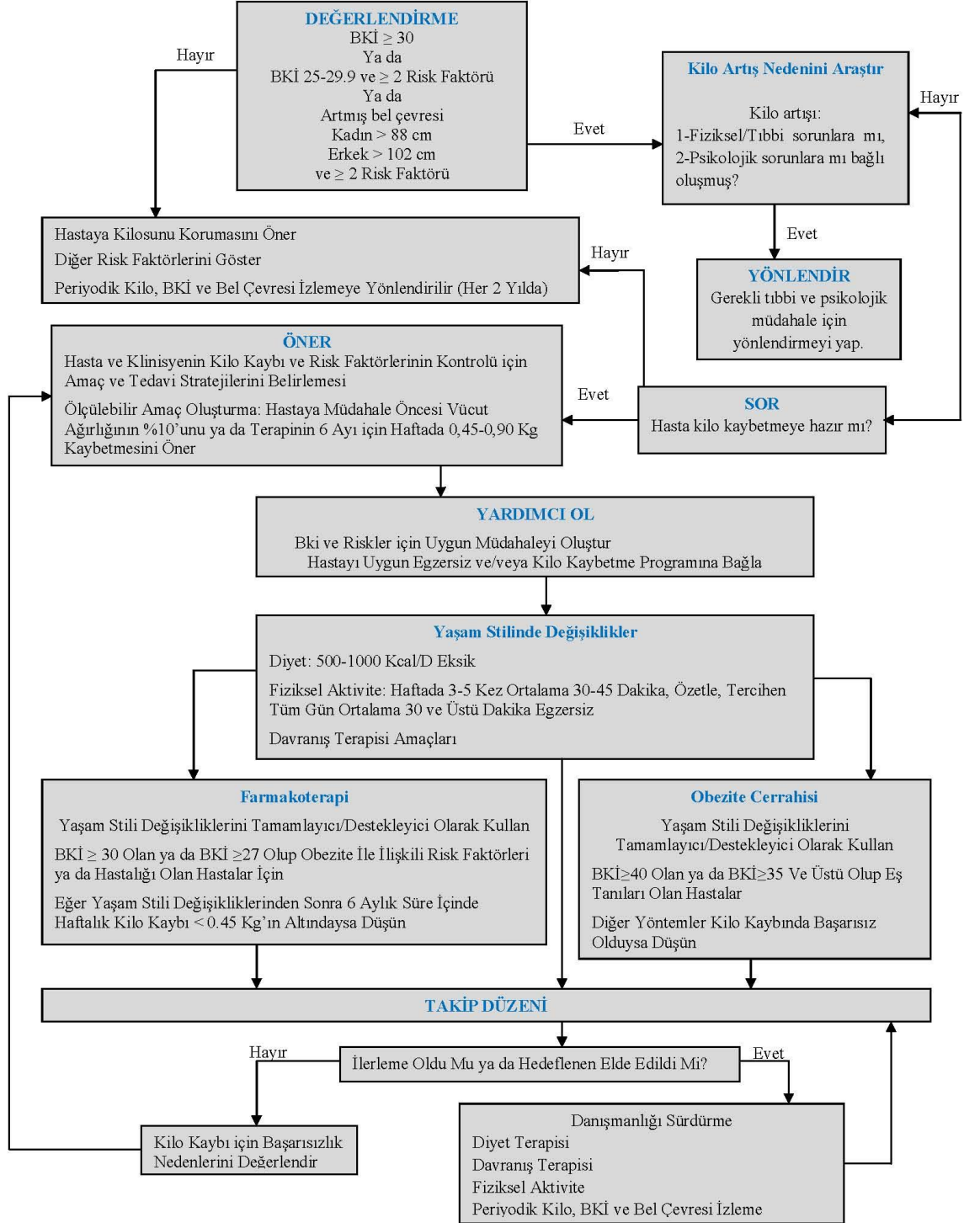
Obezite tedavisinde amaç, olması gereken/ideal kiloya ulaşmaktan ziyade ilk önce bireye yeterli ve dengeli bir şekilde sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve kilo hedefini bireysel özelliklere uygun bir şekilde düzenleyerek bireyin gerçekçi bir vücut ağırlığına ulaşmasını ve en önemlisi de verilen kilonun korunmasını sağlamaktır (Yücel, 2008).

Araştırmalar obezite tedavisinde % 5 - % 10'luk bir ağırlık kaybının dahi obeziteye komorbid gelişen (hipertansiyon, diyabet, uyku apnesi gibi) hastalıkların seyrinde önemli oranda düzelme sağladığını göstermektedir (Wilding, 2007). Ancak obezitenin tedavi edilebilmesi için uzmanların yardım ve desteğine ihtiyaç vardır. Yapılan araştırmalar aşırı kilolu ve obez bireylerin çoğunun diyet, egzersiz veya her iki yöntemi kendi başlarına kullanarak kilo vermeye çalıştıklarını, piyasada kilo verme ile ilgili olarak yayımlanan kitap ve videoları aldıklarını ancak çoğu zaman başarısız olduklarını ve tedaviyi yarım bıraktıklarını göstermektedir (Serdula, Collins, Williamson, Anda, Pamuk ve Byers, 1993).

Obezite tedavisinde ele alınması gereken konulardan biri de hastanın tedaviye uyumu ve motivasyonudur. Tedaviye başvuran kişilere tedavi sürecinin rasyoneli açık bir şekilde anlatılmalı, destekleyici ve empatik olunmalıdır (Wadden ve Osei, 2003). Obez bireylerde tedavi motivasyonun önemi dördüncü bölümde detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler geleneksel ve cerrahi yöntemler olmak üzere 2 başlık altında toplanabilir. Geleneksel yöntemler diyet, egzersiz, davranış ve ilaç tedavisini kapsar; cerrahi yöntemler mide hacmini küçültücü ve emilimli engelleyici girişimlerden oluşur (Şekil 4). Bu bölümde öncelikle geleneksel yöntemler ele alınacak ardından cerrahi yöntemler açıklanacaktır.

Şekil 4. Obezite Tedavisi için Kanıta Dayalı Algoritma



1. Geleneksel yöntemler

a. Diyet

Obez bir bireyde sağlıklı kilo kaybının sağlanabilmesi için bireysel özelliklere (yaş, cinsiyet, vb. gibi) göre belirlenen günlük kalori gereksiniminden daha düşük kalorili bir beslenme/diyet listesinin uygulanması ve bireyin kas dokusunun değil yağ dokusunun kaybedilmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Obez bireylere uygulanan diyet listeleri BKİ'ye göre farklılık göstermektedir. Ancak kilo kaybedilmesi için oluşturulan diyet listeleri temelde 'düşük kalorili diyetler' (DKD) (günlük ortalama kadınlar için 1000-1200, erkekler için 1200-1500 kalori) ve 'çok düşük kalorili diyetler' (ÇDKD) (günlük 800'den az kalori) olarak 2'ye ayrılır. Bu diyetlerin yapısına bazı durumlarda eş kalori değeri olan katı gıdalar yerine yoğun sıvı tüketimi eklenebilmektedir (Johnson, 2010; Wadden ve Osei, 2003). DKD ve ÇDKD'ler mutlaka bir uzman eşliğinde uygulanmalıdır.

ÇDKD'ler hızlı kilo kaybının sağlanması için ilk defa 1970'lerde uygulanmıştır. Ancak kontrolsüz ve hızlı kilo kaybıyla gelişen komplikasyonlar (vitamin-mineral eksikliği, baş ağrısı, kas krampı, kardiyak komplikasyonlar) nedeni ile birçok ölüm meydana gelmiştir. Günümüzde ÇDKD uygulanmasına uzman denetiminde devam edilmektedir (Johnson, 2010). Tsai ve Wadden'in (2006) DKD ve ÇDKD'in uzun dönemdeki etkilerini karşılaştırdıkları meta-analitik çalışmaları ÇDKD'in kısa sürede DKD'e göre anlamlı bir kilo kaybına neden olduğunu ancak uzun sürede iki grup arasında farklılık olmadığını göstermiştir.

Kilo vermek için diyet uygulanırken beslenme kurallarında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Buna göre, bireyin günlük enerji alımı haftada ortalama 0.5-1.0 kg ağırlık kaybını sağlayacak şekilde azaltılmalı ve günlük enerjinin yaklaşık % 12-15'i protein, % 25-30'u yağlar, % 55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Bununla birlikte bireylerin tükettiği vitamin, mineral, tuz ve lif miktarı dengeli olmalı ve sıvı tüketimi günde en az 2-3 litre olmalıdır (Melanson ve Dwyer, 2003).

b. Egzersiz

Aşırı kilo'nun oluşma nedenlerinden birisi de alınan enerji miktarı ile harcanan arasındaki dengesizlik olmasıdır. Bu nedenle obezite tedavisinde alınan enerji miktarının kısıtlanması kadar harcanan enerji miktarının artırılması da önem taşımaktadır (WHO, 2000).

Birçok çalışma obezite etiyolojisinde fiziksel aktivitenin rolünü vurgulamaktadır. Fiziksel aktivite bireyleri sadece kilo alımına karşı korumaz, aynı zamanda kilo artışı ile birlikte oluşan ikincil/komorbid hastalıkların oluşmasını ve ilerlemesini engeller (Hill ve Wyatt, 2005; Rippe ve Hess, 1998).

Obez bireylerin kilo verme hızlarının artırılması için diyetle birlikte egzersiz yapması gerekmektedir. Diyetle yapılan egzersiz vücudun yağ dokusundaki kayıpları artırırken kas kitlesini korumaktadır. Bu nedenle obezite tedavisinde diyet yapan kişilerin fiziksel aktivitelerinin artırılması kilo kaybının hızlanması açısından önemlidir (Çıtak Akbulut, Özmen ve Besler, 2007).

Yapılan çalışmalar yağ dokusunda kayıp olabilmesi için egzersiz süresinin en az 2 ay olması ve haftada 3-5 defa yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Ayrıca aşırı kilolu ve obez hastalar egzersiz yapmakta güçlük çektikleri için öncelikle tedavi süreci kısa süreli egzersiz ile başlamalı, daha sonra süre uzamalıdır. Bu şekilde aşırı kilonun verilmesi ve durumun korunması daha mümkün olabilmektedir (Çıtak Akbulut, Özmen ve Besler, 2007; Serdula, Khan ve Dietz, 2003).

c. Davranışçı Yöntemler ve Bilişsel Davranışçı Terapiler

Kilo kaybının sağlanmasında diyet ve egzersiz ile birlikte kullanılan diğer bir yöntem davranış modifikasyonuna yönelik davranışçı yöntem ve tedavilerdir. Davranış modifikasyonu kilo alımına neden olan yeme ve fiziksel aktivite ilgili olumsuz davranışları azaltarak ya da değiştirerek olumlu hale getirmeyi, olumlu davranışları ise pekiştirerek sürdürülmesini sağlayan bir tedavi biçimidir (Akgün, 2008). Yapılan çalışmalar diyet, egzersiz ve davranış modifikasyonunun birlikte

kullanıldığı programların kilo kaybını hızlandırdığını ve daha etkili olduğunu göstermektedir (Avenell, v.d., 2004; NHLBI, 2000; Wilding, 2007).

Obezite tedavi sürecine davranışçı teknikler dahil edilmeden önce vaka dikkatlice değerlendirilmeli ve ayrıntılı öykü alınmalıdır. Ne tür yiyeceklerin yendiği, aşırı yeme nöbetlerinin ne zaman ortaya çıktığı, stres nedenleri, eşlik eden ruhsal sıkıntının olup olmadığı, gece atıştırmaları, sosyal ve çevresel koşullar ile ilgili bilgi alınmalıdır. Önemli olan aşırı yeme davranışını tetikleyen çevresel etkenleri kontrol edebilmektir (Yücel, 2008).

Davranış terapisi bazı stratejilerden oluşur. Bunlar kendini izleme, hedef oluşturma, uyarı kontrolü, kendi kendini ödüllendirme ve sosyal destekten meydana gelmektedir (Kopelman ve Grace, 2004; NHLBI, 2000). Bu teknikler uzman kişiler tarafından uygulanır ve bireyin becerilerini geliştirmelerini sağlar.

Kendini İzleme: Tedavinin başlangıç aşaması olarak kabul edilir. Hastadan o anki yemek yeme biçimi ve egzersiz davranışları ile ilgili kayıt tutması istenir. Amaç şişmanlığa neden olan davranışların farkına varılmasını sağlamaktır. Kayıt formunda ana öğünler, ara öğünler, yemek yenilen yerler, yemek miktarı, yemek zamanı, yemeğin kimle yendiği, yemek sırasındaki aktiviteler, fiziksel aktivite türü, süresi, ruh hali ile ilgili sorular sorulur (Akgün, 2008).

Hedef oluşturma: Tedavinin başında kilo kaybı miktarı için gerçekçi hedefler belirlenir ve bu doğrultuda hareket edilir.

Uyarı Kontrolü: Bireyi yemek yemeye ve aşırı tüketime iten sosyal ve çevresel ipuçları (içsel ve dışsal uyarılar) duyguları uyararak açlık için yanlış sinyal meydana getirir. Örneğin bir hasta televizyon izlerken fazla yemek yiyebilir. Bu nedenle uyarılar kontrol altına alınarak bireyin aşırı yemeğe maruz kalması önlenmeye veya azaltılmaya çalışılır (Akgün, 2008; NHLBI, 2000).

Kendi Kendini Ödüllendirme: Birey ulaşılması zor olan davranışsal amaçları gerçekleştirdiğinde yani kilo kaybının sürdürülmesi ve korunmasına yardımcı olan davranışları gerçekleştirdiğinde bunların pekiştirilmesi için kullanılır. Verilecek

ödüle birey diyetisyeni/doktoru ile birlikte karar vermelidir (Akgün, 2008; NHLBI, 2000).

Sosyal Destek: Obez bireyler için obezite tedavisinde aile bireylerinin ve yakın çevredeki insanların destek olması önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar diyet ve egzersiz programına aile ve arkadaş desteği ile giren bireylerin girmeyen gruba göre uzun sürede kilo kaybetmeye devam ettiklerini ve kilolarını uzun süre koruduklarını göstermektedir (Wing, 2003).

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemlerin en büyük sorunu kaybedilen kilonun kısa bir süre içinde geri alınmasıdır. Yapılan çalışmalar geleneksel yöntemlerle bireylerin neden kilolarını koruyamadığı üzerine odaklanmış ve geleneksel yöntemlerin çoğunlukla davranışçı tekniklere (yeme ve egzersiz alışkanlıklarının değişimine) odaklandığını ve bilişsel süreçleri ihmal ettiğini göstermiştir (Cooper ve Fairburn, 2001). Buna göre obez bireyler kilo kaybetme amaçlarına ve kilo kaybının kendilerine ne tür avantajlar sağladığına bilişsel olarak odaklanamamakta ve uzun süreli tedavi programının hedefleri hakkında karmaşa yaşamaktadırlar.

Kilo kaybetme ile ilgili bilişsel yaklaşımlar diyet, kilo, egzersiz gibi kilo verme ile ilişkili ve yeme davranışını etkileyen davranışsal ve düşünsel patenleri belirlemeye odaklanır. Ayrıca uyumsuz diyet davranışları, egzersiz patenleri, nöksler ya da önceki başarısız tedaviler ile ilişkili kendilik algısını tanımlayarak ve modifiye ederek kilo kaybetme tedavisinin yararlı olmasına da katkı sağlarlar (Akgün, 2008; Dorsten ve Lindley, 2008; Fabricatore, 2007).

Aşırı kilolu bireyler genelde kendileri ve bedenleri hakkında olumsuz düşünce ve inançlara sahiptirler. Geçmişte yapmış oldukları diyet ve egzersiz deneyimleri sonucunda başarısız olmaları da bu yanlış düşünce ve inançları pekiştirmiştir. Birçok araştırma kilo kaybı için bedenle ya da kilo verme ile ilgili düşünce ve inançlarla bilişsel yeniden yapılandırma gibi bilişsel yöntemler aracılığıyla çalışmanın etkilerinin altını çizmektedir. Obez bireylerin yanlış inanç ve düşüncelerinin değişebilmesi için uzman bir terapist eşliğinde bilişsel stratejiler kullanılmalıdır (Akgün, 2008; NHLBI, 2000).

d. Farmakolojik (İlaç) Tedavi

BKİ'si 27 ve üstü olup obeziteyle birlikte gelişen ikincil hastalıkları olan bireylerde farmakolojik tedavi kilo vermek için kullanılan diğer bir seçenektir (NHLBI, 2000).

Obezite tedavisinde diyet ve egzersiz yöntemi ile kilo kaybı sağlansa bile bazı durumlarda kilo kaybını sürdürmek ve kaybedilen kilonun geri alımını önlemek zor olmaktadır. Bu nedenle kilo kaybının devamını sağlayabilmek ve kaybedilen kilonun geri alımını engellemek için farmakolojik tedavinin yardımına başvurulmaktadır. Ancak farmakolojik tedavi, uzun süre kullanılabilirlik için güvenli olmalı, hastada bağımlılık ya da tolerans yaratmamalıdır (Türker, 2013).

Londra Hekimler Kraliyet Üniversitesi Beslenme Komitesi (2003) Anti-Obezite ilaçları ile ilişkili bir rehber yayınlamış ve obezite tedavisinde ilaç kullanımını bazı koşullara bağlamıştır. Buna göre;

- 1- Tıbbi riski olan, diyet ve egzersiz yöntemi ile kilo vermede başarılı olamayan kişilerde,
- 2- BKİ'si 30 ve üstü olan ya da BKİ'si 27 ve üstü olup saptanmış komorbiditeleri olan kişilerde,
- 3- Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi eş tanıları olan kişilerde,
- 4- Kiloları nedeniyle oluşmuş nefes darlığı ya da artrit gibi fiziksel kısıtlılıkları olan kişilerde,
- 5- Aile öykülerinde aşırı kilo ya da kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve komplikasyonları nedeni ile erken ölüm olan kişilerde doktor kontrolünde ilaç kullanımının kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir.

Amerikan Hekimler Birliği (ACP – The American College of Physicians) ise obezitenin farmakolojik ve cerrahi tedavisine başvurmadan önce klinisyenlere obezitesi olan bütün hastaların kilo kaybını sürdürmelerini sağlamak için davranışsal müdahale sürecini de kapsayan yoğun bir tedavi sürecine girmelerini önermiştir. Bununla birlikte obezitenin farmakolojik ve cerrahi tedavisi için de yönlendirici bir

kılavuz hazırlamışlar ve bazı tavsiyelerde bulunmuşlardır (1996, Akt., Snow, Barry, Fitterman, Qaseem ve Weiss, 2005). Buna göre;

- 1- Klinisyenler bütün obez bireylere öncelikle uygun diyet ve egzersiz yöntemi ile yaşam stili ve davranışsal değişim önerisinde bulunmalıdır.
- 2- Farmakolojik tedavi sadece diyet ve egzersiz yolu ile kilo vermede başarısız olan obez hastalara önerilmelidir.
- 3- Hangi ilacın seçileceğine hastanın ilacın yan etkilerine karşı tolerans düzeyine bağlı olarak karar verilmelidir.
- 4- Cerrahi yöntem BKİ'si 40 ve üstünde olan hastalarda ya da yeterli egzersiz ve diyet denemesi yapmış ancak kilo vermede başarısız ve obezite ile ilişkili komorbid hastalıkları olan bireylerde düşünülmelidir.
- 5- Cerrahi yöntem için hastalar bu alanda deneyimli bir cerrahi merkeze yönlendirilmelidir.

Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi (U.S Food and Drug Administration-FDA) tarafından obezite tedavisi için onaylanan 'Sibutramine' ve 'Orlistat' adlı 2 çeşit ilaç vardır (Orzano ve Scott, 2004). Yapılan çalışmalar düzenli olarak Sibutramine (yiyecek alımının azaltılmasını sağlar) ve Orlistat (Yiyecekten alınan yağın yaklaşık % 30'unun emilimini azaltır) kullanan obez bireylerin 2 yıl sonra başlangıçtaki kilolarının % 8-10'unu verdiğini göstermektedir (Davidson, v.d., 1999; James, v.d., 2000).

2. Cerrahi Müdahaleler

Obezitenin psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçları olan, dünyada bir milyondan fazla insanı etkisi altına almış kronik bir hastalık olduğunu bir önceki bölümde detaylı olarak ele almıştık. Yapılan araştırmalara göre dünyada beden kitle indeksi (BKİ) 30 üstü olan ortalama 400 milyon kişi vardır. Şişman kişi sayısının 2015 yılında 700 milyon olması beklenmektedir (WHO, 2000).

Obezite ile ilişkili ölüm oranları da her geçen yıl biraz daha artmaktadır. Dünya üzerinde yaklaşık 2.8 milyon kişinin obezite ve obezite ile ilişkili sağlık sorunları nedeniyle öldüğü bilinmektedir (WHO, 2013b). Özellikle ABD'de her yıl

önlenebilir sorunlar nedeniyle yaklaşık olarak 400 bin kişinin öldüğü ve bu ölümlerin nedeninin çoğunlukla sigaradan sonra obezite ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Mokdad, Marks, Stroup ve Gerberding, 2005). Obezite ile ilişkili ölümlerin engellenebilmesi için de hasta bireylerin kilo kaybetmesi birincil önem taşımaktadır (WHO, 2000).

Obezite tedavisinde kullanılan geleneksel yöntemler ile hastaların kilo vermeleri sağlanmaktadır. Ancak hastaların belli bir süre sonrasında kilo vermeye devam edemedikleri ve kilolarını korumak konusunda başarısızlık yaşadığı bilinen bir gerçekliktir. Yapılan araştırmalar obez bireylerin geleneksel yöntemlerle kilolarının yaklaşık olarak % 10'u kadarını kaybettiğini, fakat 3 yıl sonra kaybedilen kilonun tekrar geri kazanıldığını göstermektedir (Jeffery, Drewnowski, Epstein, Stunkard, Wilson ve Wing, 2000). Geleneksel yöntemlerle kaybedilemeyen ya da geri kazanılan büyük miktarda kilolar obez bireyleri hayal kırıklığına uğratmakta ve kilo vermek için yeni yöntemler aramaya itmektedir. Yeni yöntemler içinden son yıllarda kullanımı daha da artan ve güvenilir bir yöntem olduğu düşünülenlerden birisi de obezite cerrahisidir (Sjöström ve ark, 2004). Bu kısımda obezite cerrahisinin tarihine kısa bir bakış ile birlikte obezite cerrahisi için hasta seçim kriterleri ve cerrahi yöntem çeşitleri ele alınacaktır.

a. Obezite Cerrahisi Tarihi

Obezite cerrahisi (bariatric surgery) ismi orijinal olarak yunanca *barys* (ağır) ve Latince *iatria* (tedavi ile ilgili) kelimelerinden türetilmiş ve son zamanların en hızlı büyüyen ve genişleyen cerrahi alt alanlarından biri olmuştur (Stanczyk, Martindale ve Deveney, 2007). Obezite cerrahisi, obezitenin ciddi bir hastalık olduğunun kabul edilmesiyle birlikte 1950'li yıllardan itibaren ciddi bir şekilde gelişmeye ve büyümeye başlamıştır.

İlk defa 1954 yılında Kremen ve Linner tarafından obezite ve kilo kontrolü için yapılan bir operasyon olan intestinal-ince bağırsak operasyonu (intestinal-jejuno-ileal [bağırsak ile ilgili] [JIB]) vaka raporu olarak yayınlanmıştır. Bu yöntem ile özetle ince bağırsağın (intestine) boyu kısaltılmış ve obez bireylerin hızlı bir şekilde kilo vermesi sağlanmıştır ancak JIB morbidite ve mortalite ile yüksek oranda

ilişkili olduğu için 1970'lere doğru kullanımı bırakılmıştır. 1960'ların ortasında Mason ve Ito JIB'e göre uzun dönemde daha anlamlı kilo kaybı sonuçları veren ve yeni bir obezite cerrahisi yöntemi olan dikey bantlı mide operasyonu-dikey gastroplastiyi-vertical banded gastroplasty (VGB) ve halkalı mide bypass operasyonunu-loop gastric bypass (loop GBP)'kullanmışlardır. İki yöntem de obez bireylerin yiyecek alımının kısıtlanması (restrictive) için yapılmıştır ancak loop GBP kısıtlamanın yanı sıra bazı emilim bozukluklarının (malabsorbition) oluşmasına neden olmuştur. Mason ve Ito'nun tanıttığı bu yöntemler obezite cerrahisine yeni standartlar getirmişlerdir (Stanczyk, Martindale ve Deveney, 2007). 1980'lerde ise Avrupa'da (İtalya) Scopinaro ve arkadaşları hem emici olmayan (malabsorbitive) hem de kısıtlayıcı (restrictive) yöntemleri bir araya getirerek yeni bir yaklaşım oluşturmuştur. Bu yaklaşım şu an kullanılan duodenal switch yönteminin temelini oluşturmaktadır (Lambert, Sudan ve Forse, 2006).

1990'lara doğru obezite cerrahisinde yeni yöntemler gelişmeye, her yeni yöntemle bir önceki yöntemin eksiklikleri giderilmeye ve daha iyi sonuçlar alınmaya başlamıştır. Bunlardan bir tanesi de ilk olarak ABD'de kullanılmaya başlanan ayarlanabilir gastrik bant'tır (Adjustable gastric banding) (AGB). Daha sonra Chelala ve arkadaşları (1997) ve Belachew ve arkadaşları (1998) tarafından Laparoskopik³ ayarlanabilir gastrik bant, Wittgrove ve Lonroth (1998) tarafından ise farklı merkezlerde Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (Laparoskopik gastrik bypass) ve laparoskopik dikey bantlı gastroplasti (laparoscopic verticalbandedgastroplasty) kullanımı rapor edilmeye başlanmıştır (Akt., McMahon, 2005).

Özetle 20. yüzyılın ikinci yarısı ile birlikte obezite cerrahisi gelişmeye başlamış ve gelişimini hala en iyi yöntemi bulabilmek için sürdürmeye devam etmektedir. Özellikle son yıllarda geleneksel yöntemlerin işe yaramadığı kişilere önerilen obezite cerrahisi yöntemini kullanan adaylarda anlamlı kilo kayıpları yaşanmaktadır.

³ Karın içine küçük bir delik açıp kameralarla karın içerisini gözlemlemek

b. Hasta Seçimi

Geleneksel yöntemlerle kilo veremeyen ve sık sık başarısızlık yaşayan obez bireylerin kilo vermek için başvurdukları cerrahi yöntemin başarılı olabilmesi için en az kullanılan yöntem kadar önemli olan bir diğer faktör de hasta seçiminin doğru yapılmasıdır (NIH, 1991). Obezite cerrahisine başvuran adayların içinden uygun adayın seçilebilmesi için operasyon öncesi, içinde endokrinoloji, psikoloji, psikiyatri, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji-reanimasyon, genel cerrahi ve beslenme bölümlerinden uzmanların yer aldığı multidisipliner bir ekip tarafından detaylı bir değerlendirme yapılması gerekmektedir (Barbaros, 2013).

Obezite cerrahisi öncesi yapılan, adayın sürece uygunluğunun belirlenmesinde ve multidisipliner ekibin karar mekanizmasında önemli bir yere sahip olan psikolojik değerlendirmenin nasıl yapılacağı beşinci bölümde (Obezite Cerrahisi [Bariatrik Cerrahi] Adaylarının Operasyon [Ameliyat] Öncesi Psikolojik Değerlendirilmesi) detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu nedenle yazının bu kısmında hasta seçim kriterlerine yönelik genel kurallar üzerinde durulacaktır.

1991 yılında ABD’de Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes Health-NIH) (USE) bariatrik cerrahi adaylarının seçimi için öncelikle BKİ’yi işaret eden öneriler ve kurallar açıklamıştır (Barbaros, 2013; NIH, 1991). BKİ’nin hesaplanması ile ilgili detaylı bilgi I. Bölümde yer almaktadır.

NIH’e göre (1991) aşağıdaki kriterleri sağlayan adaylar bariatrik cerrahi için uygundur:

- 1- BKİ’nin 40 ve üstünde olması
- 2- BKİ’nin 35 ve üstünde olması ancak buna hipertansiyon, tip 2 diyabet, eklem rahatsızlıkları, koroner arter hastalığı veya uyku apnesi gibi hastalıkların eşlik etmesi
- 3- Adayın ruhsal durumunda denge olması/kontrol edilemeyen psikiyatrik bir komorbiditenin olmaması
- 4- Adayın genel anestezi alabilmesi için ciddi bir kontraendikasyonu bulunmaması

5- Geleneksel yöntemler dahilinde denenmiş olan düzenli diyet ve egzersiz programlarının başarısızlıkla sonuçlanmış olması gerekmektedir.

c. Obezite Cerrahisinde Kullanılan Yöntemler

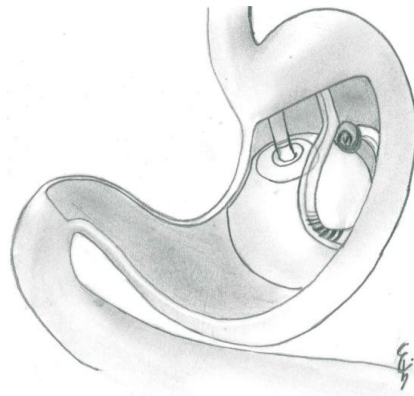
Obezite cerrahisinde kullanılan yöntemler ve cerrahi teknikler iki temel esas üzerinden yürütülür. Birincisi gıda alımının kısıtlandığı/mide rezervuarının küçültüldüğü kısıtlayıcı-restriktif girişimler, ikincisi ise alınan gıda miktarının kısıtlanmasının dışında emilimin de bozularak (ince bağırsağın uzunluğunun azaltılmasıyla) kalorinin kısıtlanmasını sağlayan emilim bozucu-malbasorbif girişimlerdir. Bunun dışında bazı girişimler iki temel esası da barındırır ve bunlara 'kombine' ya da 'hibrid' girişimler denmektedir (Barbaros, 2013; Korenkov, Sauerland ve Junginger, 2005).

(1) Mide Hacmini Küçültücü-Kısıtlayıcı (Restriktif) Uygulamalar

i. Mide Balonu (Intragastric Balloon)

Mide balonu genel anestezi gerektirmeden endoskopik olarak gerçekleştirilebilir ve tam bir cerrahi girişim değildir. Bu yöntemde tıbbi uygulama için belli özelliklere sahip olan bir balon endoskopik olarak mideye yerleştirilir ve daha sonra şişirilir. Bu yöntem sayesinde midede bir daralma sağlanmakta ve böylece mide küçüldüğü için fazla gıda alımı engellenmektedir. Mide balonunun vücutta kalış süresi maksimum 6 aydır. 6 ay sonrasında balonun çıkartılması gerekmektedir (Bor, Turan ve Özütemiz, 2007) (Şekil 5).

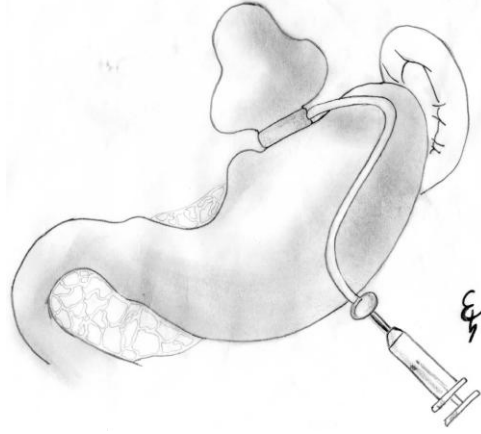
Şekil 5. Mide Balonu



ii. Mide Bandı (Adjustable Gastric Banding)

Mide Bandı kısıtlayıcı tipte bir cerrahi girişimdir. Ayarlanabilir mide bandı ise en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Temel olarak mideyi bir bantla kum saati gibi ikiye ayırarak yukarıda kalan küçük kısimsayesinde (yaklaşık 20-30 cc) daha az besin ile doyumunu sağlamayı amaçlar. Mide bandı ayarlanabilir bir özellik taşımaktadır, istenildiği zaman şişirilerek mide üzerindeki kemer daha da sıkılabilir. (Barbaros, 2013; Stanczyk, Martindale ve Deveney, 2007) (Şekil 6).

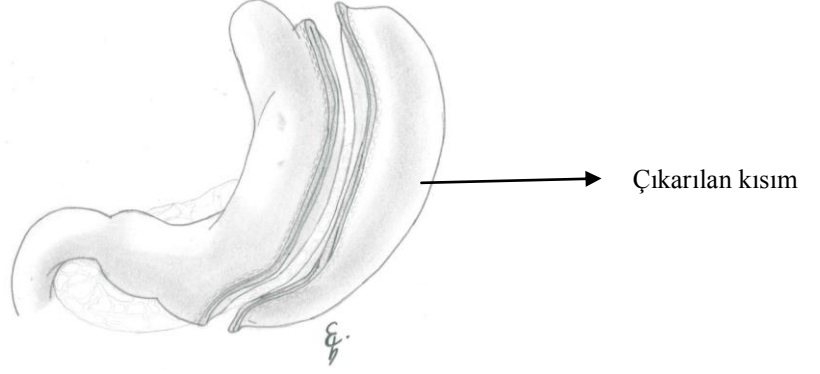
Şekil 6. Ayarlanabilir Mide Bandı



iii. Tüp Mide (Sleeve Gastrectomy)

Bu yöntem ile mide vertikal (dikey) olarak kesilir, büyük kısmı çıkartılır ve mide, çapı yaklaşık 2 cm olan dar ve uzun bir hale getirilir. Bu yöntemin kullanımının ardından erken dönemde opere olan bireylerin katı gıda almasına izin verilmez. Mide hacmi küçüldüğü için gıda alımı azalır ve iştah hormonu olarak da bilinen Ghrelin midenin çıkarılan kısmında kaldığı için doyma hissi hızlı olur (Barbaros, 2013) (Şekil 7).

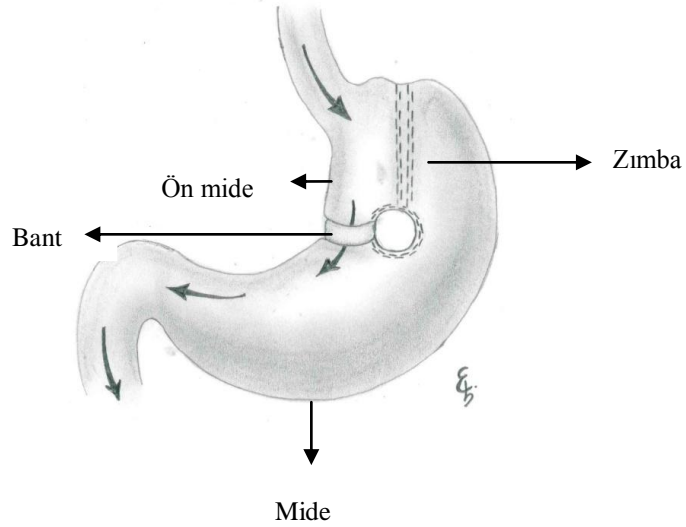
Şekil 7. Tüp Mide



iv. Vertikal Bant Gastroplasti

Bu yöntem ile midenin ön ve arka kısmı zımba ile birbirine tutturulur. Bu bağlantının ucuna ise midenin genişlemesini engellemek için bir yüzük takılır. Böylece mideye herhangi bir kesme işlemi yapılmadan küçük bir ön mide/kese oluşturulur. Alınan gıda öncelikle ön mide/keseye gelir ve tokluk hissi az gıda ile burada oluşur (Stanczyk, Martindale ve Deveney, 2007) (Şekil 8).

Şekil 8: Vertikal Bant Gastroplasti

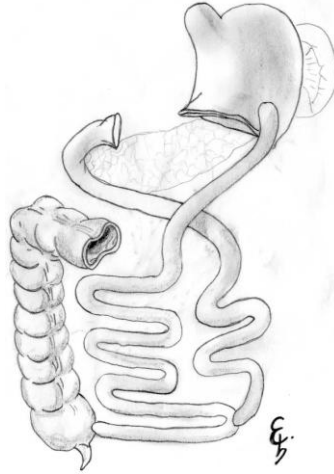


(2) Emilimi Engelleyici (Malabsorbantif) Uygulamalar

i. Biliopankreatik Diversiyon

Biliopankreatik Diversiyon yöntemi ile yağ ve nişasta emiliminin bozulması hedeflenir. Midenin 2/3'ü alınır ve kalan mide barsağın ortasına bağlanır. Bu şekilde vücutta ciddi bir emilim bozukluğu oluşur ve sadece yağ ve nişasta değil mineraller, demir ve kalsiyum gibi temel besin öğelerinin emilimi de bozulur. Bu nedenle operasyon olan kişilerin ciddi protein, demir, mineral, vitamin, folik asit ve kalsiyum desteğine ihtiyaç vardır (Lambert, Sudan ve Forse, 2006) (Şekil 9).

Şekil 9. Biliopankreatik Diversiyon

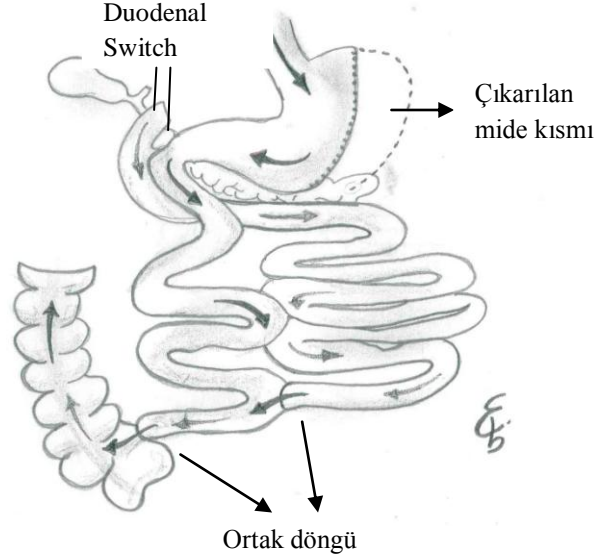


ii. Duedonal Switch

Biliopankreatik Diversiyon yöntemine alternatif olarak ortaya atılan bir diğer yöntem de Duedonal Switch yöntemidir. Duedonal switch ile distal gastrektomi (mide alınması operasyonu) yerine vertikal gastrektomi yapılmaktadır. Midenin büyük kısmı çıkartılır, ince barsak bölünür ve bir ucu mideye birleştirilir. Mideden geçen gıda doğrudan barsağa gider. Diğer taraftan da mideden ve pankreastan gelen sindirim enzimleri ile emilim gerçekleşir. Biliopankreatik diversiyondan farklı olarak bu yöntemde emilim daha çok sağlanır ancak Biliopankreatik diversiyon yönteminin

temel sorunları burada da görülebilir (Barbaros, 2013; Lambert, Sudan ve Forse, 2006) (Şekil 10).

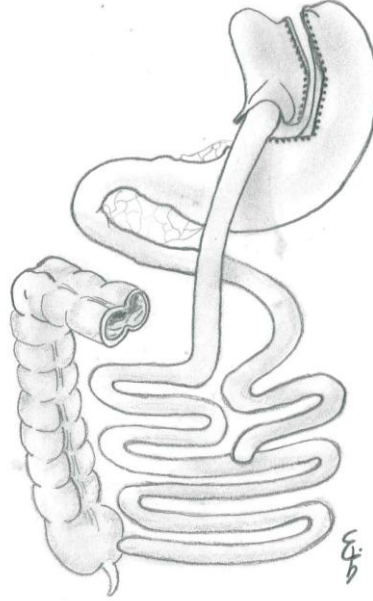
Şekil 10. Duodenal Switch



(3) Kombine (Restriktif ve Malabsorbif) Uygulamalar: Roux-en-Y Gastrik Bypass

Özellikle ABD’de en sık uygulanan cerrahi yöntem olarak bilinmektedir. Gastrik bypass’ta kısıtlayıcı ve emilim bozucu teknikler bir arada uygulanır. Midenin bir kısmı çıkartıldığı bu yöntemle hem yenilen gıda miktarı azaltıldığı ve hemen doyma hissi sağlandığı hem de ince barsağın giriş kısmı alındığı için tüketilen besinlerin bir kısmının emilmeden atılmasının sağlanması hedeflenir. Bu yöntem ile emilim bozulduğu için operasyon geçiren kişilerde özellikle demir ve B vitamini eksiklikleri oluşur. Bu nedenle ömür boyu demir, kalsiyum ve mineral desteği alınması gerekir. Başarı oranı en yüksek tekniklerden birisidir (Barbaros, 2013; Mc Mahon, 2005; Stanczyk, Martindale ve Deveney, 2007) (Şekil 11).

Şekil 11. Gastrik Bypass



Obezite cerrahisinde hasta seçimi kadar önemli olan bir diğer faktörün kullanılan cerrahi yöntem olduğu daha önce belirtilmiştir. Kullanılan yöntemin cerrahi için başvuran adayın klinik özelliklerine göre belirlenmesi ve seçilen yöntemin adayın beklentilerini karşılaması, operasyon sonrası uyulması gereken kurallara vakanın uyum gösterebilmesi açısından çok önemlidir. Bu nedenle başvuran adayların operasyon için seçim süreci hem de aday için kullanılacak olan cerrahi yöntem önem taşımaktadır. Uygun olmayan aday ve yöntem operasyon sonrası süreçte tedavi uyumu açısından sorun yaratmaktadır (Neff, Olbers ve le Roux, 2013).

II. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİ

Obezitenin tedavi yöntemlerinden biri olan cerrahi müdahale obezite ile savaşta etkili bir yöntem olmasına rağmen psikososyal ve davranışsal faktörlerin operasyon sonrası süreçte adayın tedaviye uyum sürecine etkisi ve bu faktörlerin operasyon sürecinde oynadığı önemli rol bir önceki bölümde detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu iki faktörün önemi ile birlikte bazı araştırmacılara göre operasyon sonrası süreci olumsuz etkileyebilecek bir diğer faktör de psikopatolojinin varlığıdır (Van Hout, Verschure ve Van Heck, 2005).

Bariatrik cerrahi adaylarının psikososyal işlevlerindeki bozulmalara dair araştırmalar yapılırken depresyon, anksiyete ve tıkmırcasına yeme bozukluğu dışında operasyon sonrası süreci etkileme olasılığı olan psikiyatrik semptom ya da bozukluklarla ve bu bozuklukların klinik görünümü ile prevalansının ne kadar olduğu ile ilgili yeterli bilgi yoktur. Yapılan bir çok çalışmada DSM-IV kriterlerine göre ayrılmış Eksen I ve Eksen II'de yer alan bozukluklar yerine sadece depresyon ya da anksiyete bozukluklarına odaklanılmaktadır (Kalarchian, v.d., 2007).

Literatüre bakıldığında obezite tedavisi için cerrahi yöntem arayan adaylarla ilgili yapılan önceki çalışmalarda daha çok bariatrik cerrahinin kısıtlılıklarına odaklanılırken son dönemlerde bariatrik cerrahi adaylarının yüksek oranda psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu gösteren yeni çalışmaların da yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalara göre: ilk olarak, cerrahi tedaviyi arayan obez bireylerin toplumda yer alan diğer obez bireylerden daha fazla psikopatolojiye sahip olduğu söylenmektedir (Friedman ve Brownell, 1995; Kalarchian, v.d., 2007; Jones-Corneille, v.d., 2012; Stunkard ve Wadden, 1992). Ayrıca BKİ'nin kontrol edildiği bazı çalışmalarda medikal ya da cerrahi tedavi arayan obez bireylerin aramayanlara göre daha fazla depresyon ve anksiyete yüküsü olduğu bulgulanmıştır (Higgs, v.d., 1997). İkinci olarak, cerrahi müdahale için yeterli şartlara sahip olan morbid obez adaylarda obezitenin şiddeti ile özellikle depresyon ve tıkmırcasına yeme arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Onyike, Crum, Lee, Lyketsos ve Eaton, 2003). Son olarak ise obezite Tip 2 diyabet, kalp damar hastalıkları gibi önemli fiziksel hastalıklarla ilişkili olarak tanımlanmaktadır. Tüm bu bulgularla birlikte

yapılan araştırmalarda psikolojik bozuklukların şiddeti ile obezite şiddeti arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu da bulgulanmıştır (Kalarchian, 2007).

Obezite tedavisi için cerrahi yöntem arayan kişiler ile yapılan son araştırmalar bu kişilerde görülen kişilik bozukluklarının da obezite tedavisi için cerrahi yöntem aramayan bireylere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Faith, Matz ve Jorge'a (2002) göre obezite tedavisi arayışında olan bireylerde yeme bozukluğu ve depresyon kadar borderline kişilik bozukluğu da tedavi arayışında olmayan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Sansone, Schumacher, Wiederman ve Routsong-Weichers'in (2008) obezite cerrahisi geçiren kişiler ile yapmış olduğu çalışma da bu bulguları desteklemekte ve araştırmaya katılan kişilerin % 24.8'inin borderline kişilik bozukluğu tarama testlerinin kesme puanlarından daha yüksek puan aldığını göstermektedir. Bununla birlikte cerrahi adaylarında görülen kişilik bozukluklarının tespiti çalışmalarında adayların A, B ve C küme'den en az birinden tanı aldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Kalarchian, 2007; Pontiroli, v.d., 2007; Sansone, Wiederman ve Sansone, 2000). Obezite tedavisi için cerrahi yöntem arayan kişilerde görülen kişilik bozuklukları bir sonraki bölümde detaylı olarak ele alınacaktır.

Obezite cerrahisi adaylarının psikopatolojilerini belirleyebilmek için yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış klinik görüşme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler içinden duygudurum, anksiyete, madde kullanımı ve yeme bozukluklarını da içine alan patolojileri detaylı bir şekilde değerlendirmek için kullanılan 'DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme' soruları (SCID) bariatrik cerrahi adaylarına bazı çalışmalarda yöneltilmiş ve bu çalışmalarda da obezite cerrahisi adaylarının SCID ile yüksek oranda psikiyatrik tanı aldığı kanıtlanmıştır (Kalarchian, v.d., 2007; Mühlhans, Horbach ve de Zwaan, 2009). SCID görüşmeciye hastanın ilgili bozukluğun tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığını ve bozukluğun hangi dönemde olduğunu (şimdi, geçmiş, yaşam boyu) değerlendirme fırsatı sağlamaktadır. Birçok çalışma SCID'in geçerli ve güvenilir kanıtlar sunduğunu göstermektedir. Özellikle SCID-I, I. Eksen tanılarını yapılandırılmamış görüşmelerden daha iyi bir şekilde ortaya koymaktadır (Zanarini, v.d. 2000).

Bundan sonraki bölümde bariatrik cerrahi adaylarında DSM IV'tanı kriterlerini değerlendiren DSM IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme kapsamında taranan I. Eksen psikopatolojileri içinden, obez ve morbid obez bireylerde en sık görülen psikopatolojiler (Depresyon ve Anksiyete [Kaygı Bozukluğu]) ile II. Eksen Kişilik Bozuklukları ele alınacaktır. Bununla birlikte Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Gece Yeme Sendromu'da DSM IV içinde Yeme Bozuklukları başlığı altında yer aldığı için I. Eksen psikopatolojileri içinde yer alacaktır.

A. I. Eksen Bozuklukları

1. Depresyon

Obezite cerrahisi adaylarının depresif semptomlarının ve duygudurum bozukluklarının belirlenmesinde birçok yöntem kullanılabilir. Bu yöntemlerden ölçekler ve yapılandırılmış görüşmeler adayın belli bir tanı kriteri çerçevesinde tanı alıp almayacağını belirler. Ölçekler içinden bu araştırmada da kullanılan ve ölçekler bölümünde detaylı bir şekilde açıklanacak olan SCID'e ek olarak Beck Depresyon Envanteri de (BDE) duygudurum, intihar düşüncesi, bilişsel ve fiziksel semptomları sorgulayan sorular içerir.

Yapılan bazı çalışmalar depresyon ve duygudurum bozukluklarının bariatrik cerrahi adaylarında yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir (Abiles, v.d., 2010; Dixon, Dixon, O'Brien, 2003; Mühlhans, v.d., 2009; Kalarchian, v.d., 2007). Duygudurum bozuklukları içinde majör depresif bozukluk ise en büyük kısmı oluşturmaktadır (Özdel, v.d., 2011). Buna göre; obez bireylerle yapılan bir çalışmada erkeklerin % 8.6'sı; kadınların % 11'i depresyon belirtileri göstermektedir (Sullivan, Karlsson, Sjöström, Backman, Bengtsson, Bouchard, v.d., 1993). Simon ve arkadaşları (2008) da orta yaşlı kadınların depresyonlarının obezite, düşük fiziksel aktivite ve yüksek kalori alımı ile güçlü bir ilişki içinde olduğunu bulgulamıştır. Bununla birlikte 149 bariatrik cerrahi aday ile yapılan başka bir çalışmada ise

bariatrik cerrahi adaylarının depresyon skorlarının normal popülasyona göre %40 daha fazla olduğu görülmüştür (Burgmer, v.d., 2007).

Ülkemizde yapılan çalışmalar da bu verileri desteklemektedir. Özdel ve arkadaşları (2011) obez bireylerin psikiyatrik tanı sıklıklarının normal kilolu bireylere göre yüksek olduğunu (% 60) bulgularken; Ünsal, Ayrancı ve Tozun (2008) kadınlarda depresyon görülme sıklığını araştırdığı 40 yaş üstü 691 kadın ile yapmış olduğu çalışmada depresyon yaygınlığını obez olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur.

Jorm, Korten, Christensen, Jacomb, Rodgers ve Parslow (2003) yapmış olduğu çalışmada obez kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini normal kilolu kadınlardan daha yüksek olarak bulgulamışlardır. Birçok analiz obezitenin I. basamak obez kişilerde depresyonla sıkı bir ilişkisi olduğunu söylemektedir. Ancak bazı çalışmalar bu konuda cinsiyet farklılıkları olduğunu bildirmektedir (Mühlhans, v.d., 2009). Kalarchian ve Marcus'a (2005) göre de kadınlarda bulgularan şimdiki dönem depresyonu obezite ile ilişkilidir fakat erkeklerde bu ilişki yüksek değildir.

Obezite cerrahisi adaylarının depresif septomlarının yaş, cinsiyet, düşük beden imgesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki bozulmayla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Dixon, Dixon, O'Brien, 2003). Kalarchian ve arkadaşları da (2007) tedavi edilmeyen depresyonun operasyon ve operasyon sonrası süreçte uyum sorunlarına yol açabileceğini söylemektedir. Bu açıdan depresyon bariatrik cerrahi vaklarında çok önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır.

2. Anksiyete (Kaygı Bozukluğu)

Obezite cerrahisi adaylarında en sık görülen psikopatolojilerden bir diğeri de anksiyete bozukluklarıdır. Adaylarda var olan anksiyete sorunlarını öğrenebilmek için anksiyete belirtilerini genel olarak değerlendiren ölçekler ile anksiyete bozukluğu varlığını örneğin sosyal fobi gibi özel bir alt alanda değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır. Ölçüm araçları içinden bu araştırmada da kullanılan ve ölçekler bölümünde detaylı bir şekilde açıklanacak olan SCID'e ek olarak Beck Anksiyete Envanteri (BAE) (Beck, Epstein, Brown ve Steer, 1988) ve Hamilton Anksiyete

Ölçeği (HAÖ) (Hamilton, 1959) anksiyete bozukluğunu belirlemek için en sık kullanılan ölçeklerdendir (Akt., Peterson, Berg ve Mitchell, 2012). BAE 21 sorudan oluşan ve anksiyete semptom varlığını sorgulayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. HAÖ ise hem ruhsal hemde bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşmaktadır. HAÖ'de BAE'den farklı olarak ölçekteki maddelerin varlığı ve semptomların ne şiddette yaşandığı görüşmeci tarafından değerlendirilir.

Obez bireylerde görülen anksiyete bozukluklarının sıklıklarına dair literatürde birbirinden farklı bulgular yer almaktadır. Bir grup çalışma obez bireylerde anksiyete bozukluklarının DSM IV I. Eksen psikopatolojileri içinde tanı alacak biçimde görüldüğünü söylerken bazı çalışmalar obez bireylerde sadece anksiyete belirtilerinin görüldüğünü söylemektedir. Örneğin Türkiyede bir devlet hastanesi cerrahi servisinde yapılan çalışmaya göre morbid obezite cerrahisi nedeniyle yatan hastaların %31'inde anksiyete semptomları görülmüştür. Bu hastaların % 26'sına ise kaygı bozukluğu teşhisi konmuştur (Karayağız, Altuntaş, Güçlü, Yılmaz ve Öngel, 2011). Oyekcin, Yıldız, Şahin ve Gür'e (2011) göre ise herhangi bir tanı almayan obez hastaların yarısından fazlasının endişeli ruh hali (% 65.5), gerginlik (% 62,5), bilişsel zorluklar (% 78.1), uykusuzluk (% 46.9), depresif ruh hali (% 56.2), somatik anksiyete (% 62,5) gibi belirtileri vardır. Yurt dışında yapılan başka bir araştırmada kesme puanı 10 olan bir ölçekten (HADS) erkeklerin beşte biri (% 19.9), kadınların ise dörtte biri (% 27.7) 10'un üzerinde anksiyete puanı almışlardır. Bu grubun % 34'ünü ise bariatrik cerrahi adayları oluşturmaktadır (Karlsson, Sjöström ve Sullivian, 1998). Burgmer ve arkadaşları (2007) da bu verilere benzer bir bulgu rapor ederek bariatrik cerrahi adaylarının % 34'ünün kaygı bozuklukları tanı kriterlerini karşıladıklarını söylemişlerdir. Kalarchian ve arkadaşları (2007) yapmış oldukları çalışmada obezite cerrahisi adaylarında görülen anksiyete bozukluklarını detaylandırmış ve panik bozukluğun yaşam boyu görülme oranının % 19.4, şimdiki dönem görülme oranının % 5.9; sosyal fobinin yaşam boyu görülme oranının % 9.4, şimdiki dönem görülme oranının % 9.0; travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu görülme oranının % 11.8, şimdiki dönem görülme oranının % 2.8 olduğunu bulgulamıştır.

Özet olarak, morbid obez hastalara kendini değerlendirme ölçümleri uygulandığında adayların depresyon ve anksiyete ile klinik anlamda ilişkisi olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır (Abiles, v.d., 2010; Harvard Mental Health Letter, 2008; Jones-Corneille, v.d., 2012; Kalarchian, v.d., 2007).

3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkide önemli bir yere sahip olan ve risk faktörü oluşturan bir diğer konu da tıkınırcasına yeme bozukluğudur (TYB). TYB bireylerin belirli bir zaman diliminde (örn; herhangi bir 2 saat içinde) ve benzer koşullarda birçok insanın yiyebileceğinden daha fazla miktarda yiyeceği yemesi, bu sırada yeme üzerinde kontrolünün olmadığı duygumunu yaşamaması (örn; yemeği durduramama ya da neyi ve ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu), huzursuzluk hissetmesi, normalden daha hızlı ve aç değilken yemesi, ayrıca aşırı yemekten çekindikleri için yalnız başlarına iken yemek yemeleri ile karakterizedir (Gordon, Denoma ve Joiner, 2005; Yücel, 2009). DSM-IV-TR kriterlerine göre bir kişinin TYB tanısını alabilmesi için tıkınırcasına yemenin haftada en az 2 defa olması, özellikle yemek yerken 'kontrol kaybının' yaşanması ve yukarıda sayılan klinik özelliklerin en az üçünün gerçekleşmesi gerekmektedir. Birçok çalışma tıkınırcasına yemenin kilo alımı, obezitenin başlangıcı ve aşırı (3. basamak) obezite ile ilişkili olduğunu söylemektedir (Yanovski, 2003). Tıkınırcasına yeme aynı zamanda psikiyatrik eş tanı (komorbidite) ile de ilişkilidir. Tıkınırcasına yiyen obez bireylerde yapılan ilk çalışmalardan birinde TYB tanısı alan ve almayan obez kişiler karşılaştırılmış ve tıkınırcasına yiyen obezlerin % 60'ının, TYB tanısı almayanların ise % 28'inin bir ya da birden fazla psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu bulgulanmıştır (Marcus, Wing, Ewing ve Kern, 1990). Obezite cerrahisi grubunda ise Jones-Corneille ve arkadaşları (2012), TYB'si olan adayların TYB'si olmayan adaylara göre anlamlı olarak farklı, şimdiki dönem duygudurum bozukluğu (% 27.3'e % 4.9); şimdiki dönem anksiyete bozukluğu (% 27.3'e %8.2) ve geçmiş dönem anksiyete bozukluğu (%36.4'e %16.4) tanısı aldığını söylemektedir.

Obezite cerrahisi adayları ile yürütülen çalışmalarda TYB'si tedavi edilmeden opere edilen vakalarda bozulmuş yeme paternlerinin operasyon sonrası süreçte de

patolojik bir şekilde devam ettiği ortaya çıkmıştır (Colles, Dixon ve O'Brien, 2008; de Zwaan, v.d., 2010).

Tıkınırcasına yiyen bireyler üzerinde yapılan çalışmalar günlük kalori alımını kısıtlama sonucu tıkınırcasına yeme atakları geçiren kişiler ile duygu durum bozuklukları sonucu tıkınırcasına yiyen kişiler arasında klinik anlamda farklılıklar olduğunu söylemektedir. Bazı hastalarda tıkınırcasına yeme epizodları uzun süreli açlıklarla tetiklenirken bazı hastalarda stres ve depresyon gibi olumsuz duygular ile de tetiklenir (Grilo, Masheb ve Wilson, 2001). TYB'si olan obezite cerrahisi adaylarında tıkınırcasına yeme atakları olumsuz duygularla baş etmek için ortaya çıkıyorsa bu durum operasyon sonrası süreci önemli şekilde etkilemektedir. TYB'si tedavi edilmeden obezite cerrahisi geçiren kişiler operasyon sonrasında belli bir süre yemekten uzak kalmaları gerektiği için negatif duygularla baş edebilmek adına ortoreksiya (sağlıklı beslenme takıntısı) gibi yeni patolojik yeme biçimleri oluşturabilir ya da bir süre sonra tıkınırcasına yemeye geri dönebilir (Niego, Kofman, Weiss ve Geliebter, 2007).

Yapılan birçok çalışmayla TYB ve obezite cerrahisi sonuçları arasındaki ilişki doğrulanmıştır (Adami, Gandolfo, Bauer ve Scorpinaro, 1995; Kalarchian, Wilson, Brolin ve Bradley, 1998; Saunder 1999). Wadden ve Sarwer (2006), TYB'nin operasyon sonrasında kısa dönemde kilo kaybı miktarını ve kilo geri alımını yordadığını söylemektedir. Kalarchian ve arkadaşlarının (1998) araştırmasına göre obezite cerrahisi için başvuran adayların % 39'unun; Saunder'in (1999) araştırmasına göre % 33.3'ünün TYB tanısı aldığı; Adami ve arkadaşlarının (1995) araştırma sonucuna göre de operasyon için başvuran 92 kişiden 63'ünün tıkınırcasına yemeleri olduğu, 43'ünün de TYB tanısı aldığı bulgulanmıştır.

4. Gece Yeme Sendromu

Gece yeme sendromu (GYS) sistematik olarak ilk defa 1995'te Stunkard, Grace ve Wolff tarafından tedaviye direnç gösteren obez hastalarda, sabahları anoreksi (kahvaltının atlanması veya çok az miktarda yenmesi; örneğin, sadece kahve veya meyve suyu içilmesi), akşam hiperfaji (günlük alınması gereken toplam kalorinin en

az % 25'inin akşam yemeğinden sonra alınması) ve insomnia (uykusuzluk) ile karakterize olarak tanımlanmıştır. 1999 yılında Birketvedt ve arkadaşları yapmış olduğu araştırmada tanı kriterlerinden biri olan 'günlük alınması gereken toplam kalorinin en az % 25'inin akşam yemeğinden sonra alınması' oranını % 50 olarak belirlemiştir.

GYS'nin görülme sıklıkları farklı popülasyonlar üzerinde çalışılmıştır. GYS ilk başlarda obezite literatürü içinde tanımlansa da (Stunkard, v.d., 1955) yapılan ileriki çalışmalarda sadece bu gruba özgü olmadığı görülmüş ve genel yetişkin popülasyonda görülme sıklığının % 1,5 oranında olduğu bulgulanmıştır (Rand, Macgregor ve Stunkard, 1997). Yapılan diğer çalışmalarda ise GYS görülen aşırı kilolu ve obez ayaktan tedavi hastalarında günlük alınan toplam kalori miktarında sağlıklı kontrol gruplarına göre farklılık bulunmazken, gece alınan kalori miktarında anlamlı bir farklılık olduğu ve kalori alımında gecikme yaşandığı bulgulanmıştır (O'Reardon, v.d., 2004). GYS görülen bireylerin gece yedikleri yiyeceklerin % 70'ini karbonhidratlar oluşturmakta ve bu oran gündüz sadece % 47 civarında kalmaktadır. Akşam atıştırmalarının karbonhidrat/protein oranı oldukça yüksektir (Birketvedt, v.d., 1999).

GYS obez olmayan bireylerde de görülmesine rağmen, özellikle kilo verme arayışında olan obez kişilerde daha yaygın olarak görülmektedir. Stunkard, Berkowitz, Wadden, Tanrikut, Reiss ve Young (1996) yapmış olduğu çalışmada bu oranın % 8.9 ile % 15 arasında değiştiğini söylemektedir. Obezite cerrahisi adaylarında ise bu oran artış göstermektedir. Rand ve arkadaşlarına göre (1997) obezite cerrahisi operasyonu geçiren kişilerin operasyon sonrasında % 27'si GYS tanısı alırken, % 30.6'sı operasyon öncesi GYS yaşadığını bildirilmiştir. Fakat daha önce de belirtildiği gibi genel popülasyon içinden sadece % 1.5'i GYS bildirmiştir.

GYS çoğu zaman diğer patolojiler ile birlikte, eş tanı olarak da görülen bir bozukluktur. Yapılan çalışmalar GYS'nin özellikle TYB ve depresyon ile anlamlı bir ilişki içinde olduğunu söylemektedir (Allison, v.d., 2005; Gluck, Geliebter ve Satov, 2001). Bu konu ile ilgili obezite cerrahisi operasyonu geçiren kişiler ile yapılan bir çalışmada GYS'li kişilerin % 10'unun TYB atağı yaşadığı bulgulanmıştır (Powers,

v.d., 1999). Obezite cerrahisi adayları ile yapılan bir başka çalışmada da TYB ve GYS özellikleri birlikte görülen kişilerin oranı % 7 olarak bildirilmiş, aynı zamanda bozulmuş yeme biçimi olan bu kişilerde depresyon ve kaygı bozukluğunun da bozulmuş yeme biçimi olmayan kişilere göre anlamlı olarak görüldüğü bulgulanmıştır (Allison, v.d. 2006).

B. II. Eksen/Kişilik Bozuklukları

Obezite tedavisi için cerrahi yöntem arayan kişilerin operasyon öncesinde yüksek oranda görülen özellikle depresyon, TYB ve anksiyete gibi psikopatolojileri olduğu rapor edilmektedir. Cerrahi yöntem, obezite tedavisinde kişinin psikososyal işlevselliğine kısa sürede etki etmesine rağmen bazı hastalar hızlı kilo verme sürecini tamamlayamamakta ve dağılmalar yaşamaktadır. Üst bölümde anlatıldığı üzere obezite cerrahisi adaylarında görülen bazı psikopatolojilere eşlik eden kişilik bozuklukları ve kişilik bozukluklarının bazı özellikleri cerrahi operasyon sonrası süreçte hastanın tedavi uyumunu bozabilmektedir (Glinski, Wetzler, Goodman; 2001; Kalarchian ve Marcus, 2005).

DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu 'bireyin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, her alanda görülen, esnemeyen, uyum bozukluklarına, düşünce ve duygulanım farklılıklarına yol açan, sürekliliği olan bir iç yaşantılar ve davranışlar örüntüsüdür. Bu örüntüler ve davranışlar ergenlik ya da erken çocukluk döneminde başlar, zaman içinde kalıcı bir hal alır, sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar ve insan ilişkilerinde zorluklar oluşmasına neden olur (Köroğlu, 1998). DSM-IV-TR kişilik bozukluklarını A, B ve C küme olmak üzere üç ana grupta sınıflandırır. A ve B kümesi daha çok sınırda kişilik örgütlenmesi gösterirken, C kümesi daha çok nevrotik örgütlenme gösteren bireyleri içerir. Bunlardan A kümesi paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu; B kümesi antisosyal, borderline (sınırda), histrionik ve narsisistik kişilik bozukluğu; C kümesi çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozukluğundan oluşur (Köroğlu, 1998; Şahin, 2009). A kümesi kişilik bozukluklarından paranoid kişilik bozukluğunun

temel özelliği bireylerin başkalarının davranışlarını olumsuz ve kötü olarak yorumlaması, devamlı güvensizlik ve kuşkuçuluk içinde olması; şizoid kişilik bozukluğunun temel özelliği sosyal ilişkilerde kısıtlılık, duygulanımda küntlük ve kendilerine bakım ve ilgide düşüklük; şizotipal kişilik bozukluğunun temel özelliği yakın ilişkilere girme konusunda ve toplumsal becerilerde yetersizlik, bilişsel ve algısal çarpıklıktır. B kümesi kişilik bozukluklarından antisosyal kişilik bozukluğunun temel özelliği ergenlikten beridir devam etmesi, başkalarının haklarına saygı duymaması, saldırganlık davranışı göstermesi ve suça eğilimin olması; borderline kişilik bozukluğunun temel özelliği kişiler arası ilişkilerde, duygulanımda ve kimlik duygusunda tutarsızlık olması ve manüpülatif davranışların görülmesi; histrionik kişilik bozukluğunun temel özelliği bireylerin aşırı duygusal olmaları ve her alanda aşırı ilgi beklemeleri; narsisistik kişilik bozukluğunun temel özelliği davranışta büyükenmecilik, başkalarının duygularını anlayamama ve kendisine hayran olunması isteğidir. C kümesi kişilik bozukluklarından çekingen kişilik bozukluğunun temel özelliği yoğun yetersizlik duygularının olması, eleştirilmeye ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı hassasiyet; bağımlı kişilik bozukluğunun temel özelliği aşırı bir kendisine bakılma ihtiyacının, ayrılık korkusunun olması; obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun temel özelliği ise mükemmeliyetçi olma, aşırı düzenlilik ve ilişkilerde kontrollü olmadır (Doksat, 2008; Şahin, 2009; Perry, Presniak ve Olson, 2013).

DSM-IV-TR kriterlerine göre kişilik bozuklukları güvenilir ölçüm yöntemleri ile belirlenebilir. Bu yöntemlerden en sık kullanılanlardan ilki SCID-II, diğeri ise Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-II (MMPI-II)' dir. SCID-II bireysel uygulamalı bir formdur ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hasta 120 adet soruyu kendisi doldurmakta, ikinci bölümde ise hastanın verdiği 'evet' yanıtları dikkate alınarak klinisyen tarafından görüşme sırasındaki klinik yargıya göre değerlendirme yapılmaktadır. SCID-II DSM-III-R'de bulunan A, B, ve C kümesindekilerle beraber başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu da olmak üzere on iki kişilik bozukluğu belirtilerini sorgulayan soruları kapsamaktadır (Sorias, Saygılı ve Elbi, 1990). MMPI-II ise 567 kendini değerlendirme sorusundan oluşmaktadır ve kişilik boyutları ile psikopatoloji semptomlarını değerlendirir.

MMPI-2 yurt dışında en çok kullanılan kişilik bozukluğu belirleme aracıdır (Peterson, v.d., 2012) ancak ülkemizde standardizasyonu henüz tamamlanmamıştır. Bu sebeple bu çalışmada kişilik bozukluklarını değerlendirmek için DSM-III-R'den uyarlanan ve Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği sınanmış olan (Sorias, v.d., 1990) SCID-II kullanılmıştır.

Obez ve morbid obez bireylerin diğer bireylerden farklı olarak özel bir kişilik bozukluğu olup olmadığı sorusu merak konusu olmuştur ve birçok çalışma bu soruya cevap bulmaya çalışmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda B kümesi kişilik bozukluklarının (özellikle borderline kişilik bozukluğu) yeme bozuklukları ve diğer ruhsal hastalıkları olan obez bireylerde yüksek oranlarda görüldüğü (Sansone, v.d., 2000) ve 3. basamakta yer alan obez kişilerin belli kişilik alt tiplerine sahip olduğu ve pasif bağımlı ile pasif-agresif kişilik özellikleri gösterdiği bulgulanmıştır (Maddi, Fox, Hoshaba, Harvey, Lu ve Persico, 2001; van Hout, van Oudheusden, van Heck, 2004). DSM-IV kriterleri içinde obezite cerrahisi için başvuran adayların % 36'sının kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı, % 32'sinin de tanı kriterlerini tam karşılamamakla birlikte kişilik bozukluklarının belli özelliklerine sahip olduğu bulunmuştur (Glinski, v.d., 2001). Cerrahi adaylarının operasyon öncesi psikiyatrik durumlarının değerlendirildiği başka bir çalışma ise 131 obezite cerrahisi adayının % 44'ünün I. Eksen, % 22'sinin II. Eksen tanısı aldığını bulgulanmıştır (Powers, Rosemurgy, Boyd ve Perez, 1997). Guisado ve Vaz (2003) obezite cerrahisi operasyonu geçiren 100 morbid obez ile yürüttükleri çalışmalarında DSM-III-R'ye göre I. Eksen/psikiyatrik bozukluk tanısı alan 40 morbid obez ile tanı almayan 60 morbid obezin kişilik bozuklukları tanı oranlarını karşılaştırmış ve psikiyatrik tanısı olan grubun tanısı olmayan gruptan ileri derecede farklılaştığını (Borderline, histrionik, kompulsif, şizoid, paranoid) bildirmişlerdir.

Literatür verilerinden de anlaşıldığı üzere obez bireylerde BKi seviyesi ve psikiyatrik tanı durumu arttıkça kişilik bozukluklarının görülme sıklığı da artmaktadır. Bu nedenle obez bireylerde kilo alımına neden olabilecek faktörler değerlendirilirken psikopatolojik durumun ele alınması büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte obez bireylerde beden imgesi ve beden bölgelerinden hoşnutsuzluk

psikopatoloji dışında tedavi s¼recini etkileyen bir diğer etken olarak kabul edilmektedir. Aşağıdaki b¼l¼mde beden b¼lgelerinden hoşnutsuzluk beden imgesi kavramı ¼zerinden ele alınacaktır.

III. OBEZİTE ve BEDEN İMGESİ

Literatüre bakıldığında Beden İmgesi'nin (Bİ) ne olduğu ile ilgili net bir tanım olmadığı görülmektedir. Bİ ilk olarak Schilder (1935) tarafından 'bedenimizin zihnimizde şekillendirdiğimiz resmi, bedenimizin kendimize nasıl görüldüğü' şeklinde tanımlanmıştır ve literatürde genel olarak bu kavram kullanılmaktadır (Akt., Reas, 2002).

Geçtiğimiz yüzyılın sonlarına baktığımızda Bİ'nin zengin bir tarihi olduğunu görürüz. Davranışçı bilim insanları, fizik bilimcileri ve filozoflar çeşitli perspektiflerden yola çıkmış, beden imgesinin doğası ile ilgili teoriler geliştirmiş, araştırmacılar sistematik bir gözlem kullanmış ve beden imgesini anlamaya çalışmışlardır. Klinik araştırmacılar daha çok beden imgesindeki bozulmanın gündelik hayata olan etkisi ve insanları bu etkiden nasıl koruyacakları üzerine araştırmalar yaparken diğer uygulamalı bilimler özellikle gençler arasında beden imgesi bozukluğunu önlemek için müdahale programları geliştirmişlerdir (Cash ve Smolack, 2011).

Yukarıda da sözü edildiği gibi ilk defa 1935 yılında Schilder, Bİ'ni biyopsikosozyal yaklaşım çerçevesinde ele almış, Bİ'nin nörolojik, psikolojik ve sosyokültürel elementlerine vurgu yapmıştır. Daha sonra 1958 yılında Seymour Fisher ve Sidney Clevende Bİ'sini psikodinamik yaklaşım dahilinde değerlendirmiş ve çalışmalarında beden imgesi sınırlılıklarına (body image boundaries) odaklanmışlardır. 1969'a gelindiğinde ise Franklin Shontz, Fisher'ın psikodinamik kuramını eleştirmiş, kognitif psikoloji ve gestalt psikoloji teorilerini entegre ederek Bİ değerlendirmelerinde bilimsel metot çeşitliliğine vurgu yapmıştır (Akt., Pruzinsky ve Cash, 2002).

1990'lı yıllara doğru beden imgesi ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı artmış, algısal, psikometrik ve psikoterapi alanındaki araştırmalar, beden imgesindeki bozulmalar üzerinde yürütülmüştür. Günümüzde ise beden imgesi ile ilgili daha çok çocukluk ve ergenlik dönemi; yeme bozuklukları ve obezite üzerine çalışmalar yürütülmekte ve Beden İmgesi Bozuklukları'nın (BİB) klinik tedavisi ön plana çıkartılmaktadır (Cash ve Smolack, 2011; Pruzinsky ve Cash, 2002).

Sonuç olarak, beden imgesinin tarihsel süreç içinde ele alınış biçimi değişmiş, birden fazla tanımlama getirilmiştir. Ancak beden imgesi birçok araştırmacı tarafından bireyin kilosu, beden şekli ve görünümünün içsel temsili olarak tariflenmektedir (Thompson, Roehrig, Cafri ve Heinberg, 2005). Beden imgesi üzerine özellikle son 20 yılda yapılan çalışmalar beden imgesindeki bozulmaya odaklanmış ve beden imgesi'nin algısal, tutumsal ve davranışsal özellikleri olan çok boyutlu bir yapısının olduğunu ortaya çıkarmıştır (Striegel- Moore ve Franko, 2002; Thompson ve Heinberg, 1999).

Thomson (1995), beden imgesini, beden biçimi ile ilgili endişelerle doğrudan ilişkili olan afektif/kognitif, algısal ya da davranışsal bozulmanın herhangi bir formu olarak tanımlamaktadır (Akt., Reas, 2002). Rucker ve Cash de (1992), Bİ'nin 2 bileşeni olduğunu söylemiştir: 1) algısal beden imgesi (kişinin bedensel büyüklüğüne ilişkin tahmini), 2) tutumsal beden imgesi (kişinin bedensel büyüklüğü ile ilgili genel memnuniyetsizliği, bilişsel değerlendirmesi). Genel olarak literatürde beden imgesi bozukluğu (BİB) beden imgesinin algısal komponenti içinde ele alınırken, beden memnuniyetsizliği olarak da bilinen beden bölgelerinden hoşnutsuzluk (BBH) ise beden imgesinin tutumsal komponenti kapsamında kavramsallaştırılmaktadır (Cash, 2002).

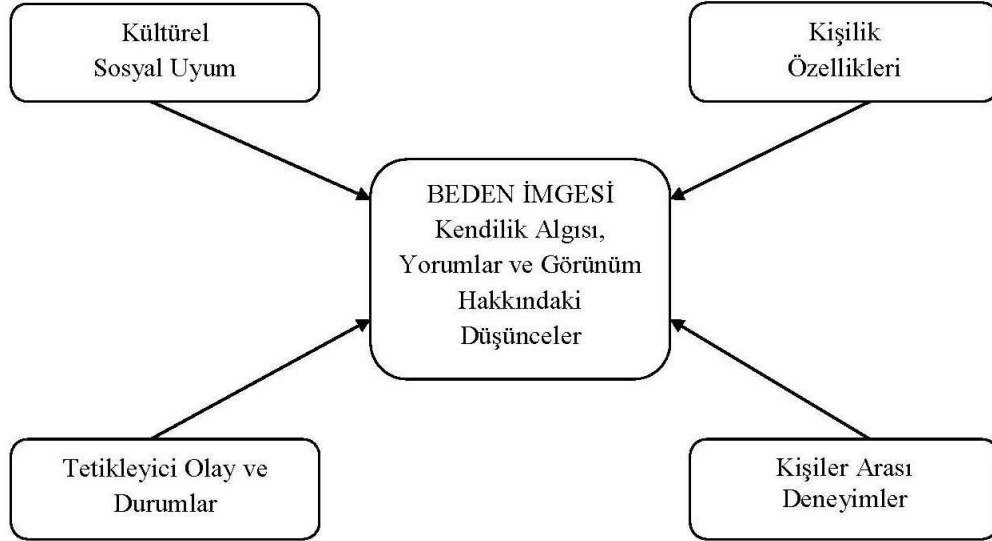
Obezitede beden imgesi problemleri anoreksiya nervroza (AN) ve bulimiya nervroza'da (BN) görülen beden imgesi bozukluklarından farklılık göstermektedir. Psikiyatrik bir hastalık olan AN ve BN'de gerçek olmayan bir beden algısı nedeniyle beden imgesi sorunları ortaya çıkarken obezitede toplum tarafından kilolu görüntüsü kabul görmeyen bireyin duymuş olduğu rahatsızlıktan dolayı beden imgesi sorunları oluşmaktadır (Bayraktar, 2008). Bu nedenle beden imgesi bozukluğu daha çok yeme bozuklukları özellikle de anoreksiya nervroza ve bulimiya nervroza açısından büyük önem taşırken hatta DSM-IV-TR'ye göre bir tanı kriteri iken (Köroğlu, 2007), genel olarak obezite ve/veya yeme tutum ve davranışları ile ilgili çalışmalarda beden bölgelerinden hoşnutsuzluk kavramına daha fazla rastlanmaktadır (Cromley, Knatz, Rockwell, Neumark-Sztainer, Story ve Boutelle, 2012; Çatıkkaş, 2011; Ozmen, v.d., 2007).

Bu çalışmada da beden imgesinin obezite açısından önemli etkilerinin olduğu bilinen tutumsal komponenti ile ilişkili olan Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk (BBH) üzerinde durulacaktır.

A. Beden İmgesine Teorik Bakış

Beden imgesi ile ilgili yapılan teorik açıklamalar anlaşılması güç olan bu yapının kavramsallaştırılmasını ve anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu teorik açıklamalar içinden beden imgesi gelişimini en geniş biçimde tanımlayanlardan biri de Cash'dir (2002). Thompson ve arkadaşları (2005) Cash'in modelini sadeleştirmiş ve tekrar düzenlemişlerdir (Şekil 12).

Şekil 12. Beden İmgesi'nin teorik açıklaması (Thompsen, v.d., 2005).



Beden bölgelerinden hoşnutsuzluğa endüstrileşmiş toplumlarda daha sık rastlanılmaktadır. Batı kültürü içinde kendine daha iyi yer bulan 'ideal olan zayıf kadın' düşüncesi ise genç kızlar ve kadınlar arasında diyet davranışının yaygın bir şekilde görülmesine ve beden imgesi bozukluğu seviyesinin artmasına neden olmaktadır (Heinberg, 1996). Yapılan birçok araştırma sosyokültürel faktörlerin beden imgesinin gelişimi üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda sosyokültürel teorik modeller de güzellik ile ilgili günümüz toplumsal standartların

gerçekçi olmadığını ve yine bu ölçütler doğrultusunda güzel olmak için zayıflığın öneminin artırılmasının da aşırı strese neden olduğunu ileri sürer. Sosyokültürel teoriler kadınların zayıf olması için toplumsal ölçütlerin çok fazla olduğunu birçok kadının bu ölçütleri sağlamakta başarısız olduğunu vurgular (Akt: Thompson, v.d., 2005).

Feminist teoriler de beden bölgelerinden hoşnutsuzluğu sosyokültürel perspektiften ele alır ve kadınların yaşamlarını kontrol altına alabilmek adına beden şekillerini ve görünümelerini kullandıklarını ileri sürer (Akt.,Heinberg, 1996).

Bireylerin büyük çoğunluğunun toplum tarafından belirlenen ideal zayıflığa ve kadın görünümüne maruz bırakılması ile birlikte araştırmacılar neden bazı insanların bu kültürel baskıdan daha fazla etkilenmeye başladığını araştırmışlar ve ideal zayıflığı içselleştirme eğilimi (Durkin ve Paxton, 2002) ile bireylerin kendisini çekicilik ve zayıflık açısından artan bir karşılaştırmaya girdiğini (sosyal karşılaştırma eğilimi) bulgulamışlar ve kişilik özelliklerinin önemine vurgu yapmışlardır (Heinberg ve Thompson, 1992).

Bireylerin görüntüleri ile ilgili olarak aldıkları geri bildirimlerin ve alaya maruz kalmalarının uzun dönemde beden imgesini etkilediği bilinmektedir (Rieves ve Cash, 1996). Özellikle alaya maruz kalmanın diyet yapma - kilo verme denemeleri ile ilişkili olduğunu ve aşırı kilolu bireylerde beden imgesini daha çok etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Thompson, Covert, Richards, Cattarin ve Johnson, 1995).

Bazı araştırmalar, fiziksel olarak yaşlarına göre daha erken olgunlaşan kişilerde beden imgesi memnuniyetsizliğinin daha fazla görüldüğünü (Thompson, Covert ve Stormer, 1999); BKİ’de olan artışın beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ile ilişkili olduğunu (Sarwer, Wadden ve Foster, 1998); cinsel taciz öyküsü (Polce-Lynch, Myers, Kliewer ve Kilmartin, 2001), kaza veya yaralanma (Taleporos ve McCabe, 2002), hastalık (örneğin; meme kanseri) (Accad, 2002-2003), hamilelik (Fuller-Tyszkiewicz, Skouteris, Watson ve Hill, 2012), doğum sonrası dönem (Erbil, Şenkul, Başara, Sağlam ve Gezer, 2012), menapoz (Jafary, Farahbakhsh, Shafiabadi ve

Delavar, 2011) ve yaşılanmanın (Clarke ve Korotchenko, 2011) beden imgesini etkilediğini göstermektedir.

B. Beden İmgesi ve Medya Etkileri

Günümüzde kadınların güzel olabilmesi için daha zayıf olması gerektiği vurgusu batı medyası tarafından sıklıkla yapılmakta, bu durum toplumsal bakış açısı olarak yansıtılmakta ve kadınların sağlıklarını bozmak pahasına zayıf ve ‘güzel’ olmak adına birçok yöntem kullandığı bilinmektedir. Globalleşen dünyada ise artık pek çok ülke güzellik ideali farklı olsa bile batının güzellik idealleri olan dolgun göğüsler, düz karın, dar kalça ve uzun bacaklar olarak benimsemektedir (Striegel-Moore ve Franko, 2002).

Zayıf olmanın güzel olmakla eşdeğer tutulduğu günümüzde zayıflık medya tarafından ‘ideal’ beden imgesi olarak sunulmakta ve sosyokültürel bir baskı aracı olarak kullanılmaktadır. Magazin dergileri genç, uzun bacaklı ve özellikle zayıf kadınları ön plana çıkartmakta; görsel medya, film ve televizyon programları ile de ‘ideal-zayıf kadın’ imajı beslenmektedir (Tiggemann, 2002).

Erkeklerde ise beden imgesi değişimi daha çok 1990’lı yıllardan sonra yaşanmaya başlanmıştır. Medya tarafından ideal erkek bedeni olarak kaslı vücutlar ön plana alınmış, genç, zayıf ve daha kaslı-yapılı erkek bedenleri magazin dergileri ve görsel medya tarafından sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır (Tiggemann, 2002).

Medyanın zayıflığı ‘ideal kadın’, kaslı, zayıf ve gelişmiş vücutları da ‘ideal erkek’ imajı olarak bu kadar ön plana çıkartmasının günümüzde beden memnuniyetsizliğinin ve yeme bozukluklarının görülme oranlarının artış nedeni olup olmadığı hala tartışma konusudur. Ancak yapılan çalışmalar özellikle kadınların medyanın etkisi altında kaldığını (Grabe, Ward ve Hyde, 2008) göstermekle birlikte erkeklerde beden idealleri değişiminin bigoreksiya (bigoraxia/muscle dsymorphia: kas geliştirmeye ilgili zihni sürekli meşgul etmek) ve anabolik steroid kötüye kullanımına yol açtığı belirtilmektedir (Pope, v.d., 2000).

Medyanın ‘ideal’ kadın ve erkek imajından sadece yetişkin bireyler değil aynı zamanda çocuklar ve ergenler de ciddi biçimde etkilenmektedir. Yazılı ve görsel basında yer alan özellikle ünlü kişilerin kilo alıp vermesi haberlerine ve bu durumun ‘kilolu kötü, zayıf iyi’ mesajı ile sunulmasına ve aynı zamanda yüksek kalorili yiyecek ve fast food restoranları reklamlarına maruz kalan çocuk ve ergenlerin video ve bilgisayar oyunları nedeniyle de daha az hareket edip, hareketsiz yaşam tarzına geçmeleriyle birlikte beden memnuniyetsizlikleri, bozulmuş yeme davranışları ve kilo sorunları oluşmaya başlamaktadır (Franko ve George, 2009).

Medyada sunulan ‘ideal’ beden imajı kadınlarda yeme davranışı problemleri ve beden imgesi bozukluklarının yanı sıra kendine güvensizlik, suçluluk, utanma, mutsuzluk, kaygı gibi duygularla depresyon gibi psikolojik problemlere yol açabilmektedir. Bu olumsuz duyguların ise özellikle aşırı kilo ve bulimik belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Aslan, 2001; Stice ve Shaw, 1994).

“İdeal olan ‘zayıf’ bedendir” anlayışı her geçen gün daha fazla yayılmakta ve özellikle aşırı kilolu ve obez bireyler üzerinde ciddi bir baskı unsuru olmaktadır. Bununla birlikte yapılan araştırmalar zayıf olmak gerekliliği üzerine yapılan toplumsal baskıların aşırı kilolu ve obez bireylerde etiketlenme ve ayrımcılığa neden olduğunu ve obezite oranlarını arttırdığını göstermektedir (Crandall ve Schiffhauer, 1998).

Beden imgesi faktörleri obez bireyleri obez olmayan bireylerden ayırmaktadır. Obes bireylerin normal kilolu bireyler ile karşılaştırıldığı çalışmalarda obez bireylerin beden biçimlerinin daha çok bozulduğu, görünüşlerinden daha çok kaygı duyduğu ve memnun olmadığını düşündükleri, bu nedenle de sosyal ilişkiden kaçtıkları bulgulanmıştır (Tiggeman ve Rothblum, 1988).

C. Obezite ve Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk

Obezite ve BBH konusu 1990’lardan sonra ilgi çekmeye ve popüler olmaya başlamış olmakla birlikte obez bireylerin beden bölgelerinden hoşnutsuz olduğu ile

ilgili ilk detaylı bilgiyi Stunkard ve Mendelson (1967) vermiştir. Buna göre obezitesi çocukluk döneminde başlayan, duygusal bir rahatsızlığı olan ve yakın çevresindeki kişilerin (anne-baba-kardeşler) olumsuz değerlendirmelerine maruz kalan kişilerde, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk maruz kalmayan obez bireylere göre daha yaygın bir biçimde görülmektedir (Akt., Sarwer ve Thompson, 2003).

Obezite ile yapılan çalışmalarda da beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ele alınmakta ve bu bilgiler literatürde geniş yer tutmaktadır. Özellikle Batı toplumunda yürütülen bu çalışmaların beden bölgelerinden hoşnutsuzluk konusuna neden bu kadar çok odaklandığı sorusu ele alınırken üst bölümde de anlatıldığı üzere güzellik kavramının bireyin ağırlığı ve vücut şekline indirgendiği gerçeği göz ardı edilmemelidir. Yapılan çalışmalar batı toplumu ile birlikte diğer ülkelerde de artan bir hızla bireylerin yazılı-görsel basın tarafından daha zayıf ve ince olmaya özendirildiği ve bu durumun da bireylerin beslenme alışkanlıklarında değişimler ve yeme davranışlarında bozulmalar yarattığını göstermektedir (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson ve Rodin, 2001; Thomsen, 2002).

Obezite ve zayıf beden imgesi arasında bağlantı vardır ancak bütün obez kişiler bundan etkilenmezler. Yapılan çalışmalar morbid seviyede (severely) obez olan kişilerin beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeylerinin obez olan bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Akt., Sarwer ve Thompson, 2003). Obez bireylerde beden bölgelerinden hoşnutsuzluğun artması sadece psikososyal sorunların oluşmasına neden olmamakta aynı zamanda tedavi sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle obez bireylerin beden bölgelerinden hoşnutsuzluk nedenini anlamak önemlidir (Schwartz ve Brownell, 2002).

Friedman ve Brownell (1995), obezite ve psikososyal ilişkiler üzerine yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında obez kişilerin normal kiloda olan kişilerden farklı psikososyal yapıya sahip olduklarını bulgulamıştır. Bunun üzerine yapılan ileri çalışmalarda da beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ile ilişkili risk faktörleri belirlenmiştir. Aşağıda bu risk faktörleri ele alınacaktır.

1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) önceki bölümde daha detaylı ele alındığı üzere Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-IV'te tanısıl bir kategori içine alınmıştır. Yapılan araştırmalar TYB'si olan obez bireylerin TYB'si olmayan obez bireylerden daha fazla psikosoyal sorun (depresyon, anksiyete, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu) yaşadığını göstermektedir (Grilo, v.d., 2001; Marcus, v.d., 1990).

TYB'nin tanı kriterlerinde yeme davranışı ve tıkınırcasına yeme ile ilişkili duygulara odaklanılırken, beden imgesi bozukluğuna ya da beden görünümünde duyulan memnuniyetsizliğe odaklanılmamaktadır. Oysa TYB'si olan obez bireylerin TYB'si olmayan obez bireylerden beden şekli ve kilo ile ilgili daha fazla endişe ve daha çok BBH gösterdiğini kanıtlayan araştırmalar mevcuttur (Matosa, Aranhaa, Fariaa, Ferreirab, Bacaltchuckc ve Zanella, 2002). Wilfley, Schwatz, Spurrell ve Fairburn (2000) TYB'li hastaların Anorexia Nervosa ve Bulimia Nervosa hastaları ile benzer, TYB'si olmayan obezlerden ise daha yüksek seviyede beden şekli ve kilo endişesi gösterdiğini bulgulamıştır. Milkewitz ve Cash'ın (2000) yapmış olduğu bir başka çalışmada ise aşırı kilolu kadınlarda yüksek seviyede görülen TYB'nin olumsuz beden imgesi ile daha fazla ve psikosoyal uyum ile daha az ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Akt., Schwatz ve Brownell, 2002).

2. Obezite Başlangıç Yaşı

Klinisyenler, çocukluk döneminde kilo alan kişiler ile erişkin dönemde kilo alan kişiler arasında önemli farklılıklar olduğunu söylemekte ve bu klinik bulgu çeşitli araştırmalar ile desteklenmektedir. Grilo ve arkadaşları (1994) eşit kiloda olan ve obezite tedavisi arayan kadın hastaları çocukluk çağı ve yetişkin kilo alma öyküsüne göre iki gruba ayırmış ve çocukluk çağından beri kilo sorunu olan kadınların daha fazla beden bölgelerinden hoşnutsuzluk bildirdiğini bulgulanmışlardır.

3. Cinsiyet

Yapılan araştırmalar, yetişkin kadınların bedenlerinden yetişkin erkeklere göre daha fazla sıkıntı duyduğunu ve memnun olmadığını göstermektedir (Forrester-Knauss ve Zemp Stutz, 2012; von Lengerke, Mielck ve KORA Study Grp, 2012).

Obez bireylerde beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların erkeklerden daha fazla beden bölgelerinden hoşnutsuzluk yaşadığı, aşırı kilolu olan erkeklerin normal ve dūřük kiloda olan erkeklere göre daha zayıf olmak istedikleri, kadınların ise kiloları normal ya da normal altı olsa bile kilo vermek istedikleri görölmektedir (Phillips ve de Man, 2010; Smith, Thompson, Raczynski ve Hilner, 1999). Garner (1997) yapmış olduğu çalışmasında Amerika'daki erkeklerin % 52'sinin, kadınların ise % 66'sının kilolarından memnun olmadığını bulgulamıştır. Obez bireyler obez olmayanlara göre bedenlerini olduğundan daha büyük algılamakta ve bu durum da sosyal ilişkilerden ve ortamlardan kaçınmalarına yol açmaktadır (Gordon-Lersen, 2001; Miller, Rothblum, Brand ve Felicio, 1995).

Ancak kadın ve erkeklerde görölen beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ve BKİ'nin araştırıldığı çalışmalarda çelişkili bulgular elde edilmiştir. Bazı alışmalar BKİ arttıa kadın ve erkek arasındaki BBH düzeyi farkının azaldığını, fakat kadın ve erkeğin bedenleri ile ilgili farklı dūřüncelere sahip olduğunu söylemektedir. Buna göre, de Souto Barreto, Ferrandez ve Guihard-Costa (2011) BKİ arttıa kadın ve erkekte beden bölgelerinden hoşnutsuzluğun arttığını ancak beden bölgelerinden hoşnutsuzluğun kadınlarda beden işlevselliği (body functioning), erkeklerde ise beden görünümleri ile ilişkili olduğunu; Phillips ve de Man (2010) ise aşırı kilolu erkeklerin daha zayıf olmayı istemelerine karşın normal kilolu ya da zayıf erkeklerin daha güçlü bir vücuda sahip olmayı istediklerini, kilolu kadınların dūřük kilolu kadınlara göre ideal görüntülerinin daha önemli olduğunu vurguladıklarını bulgulamıştır. Ek olarak beden bölgelerinden hoşnutsuzluğun obez kadınlarda daha fazla arttığını ve obez kadınların normal kilolu yaşıtlarına göre bedenlerinden memnun olmadıklarını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Brytek-Matera, 2010; Schwartz ve Brownell, 2002).

4. Etiketleme ve Ayrımcılık

Obez bireyler özellikle de morbid obez bireyler, evde, sosyal ortamlarda ve iş yerlerinde istismar edilmekte ve ciddi bir ayrımcılığa uğramaktadırlar. Yapılan araştırmalar bireylerin kendi kilolarını kontrol edebileceğine inandığını göstermekte ve bu inanç obez bireylere karşı yapılan etiketleme ve ayrımcılığın nedeni olarak görülmektedir (Neumark-Sztainer, Story ve Harris, 1999). Obez bireyler de diğerlerinin negatif tepkileri nedeniyle bu durumu içselleştirmekte ve kiloları nedeniyle kendilerini suçlamaktadırlar (Klaczynski, Goold, Mudry, 2004). Puhl ve Brownell (2001) ise obeziteye karşı yapılan etiketleme nedenlerinden birinin ‘obez bireylerin kendilerine dikkat etmediği ve iradesini kullanamadığı için bunu hakettikleri’ düşüncesi olduğunu söylemektedir.

Milkewicz ve Cash (2000) aşırı kilolu kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında kilo ile ilişkili olarak etiketlenme deneyimleri, beden imgesi, psikososyal uyum ve etiketlenme tarihinin (çocukluk, ergenlik, yetişkinlik dönemi) beden imgesi ile negatif bir ilişkisi olduğunu; artan etiketlemenin sosyal anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı ve düşük yaşam doyumu ile de pozitif bir ilişkisi olduğunu bulgulamıştır (Akt., Schwartz ve Brownell, 2002).

Myers ve Rosen (1999) ise etiketlenme ile karşı karşıya kalan obez bireylerin etiketlenmeye karşı ne tür baş etme mekanizmaları kullandığını ve ne tür etiketleme ve baş etme mekanizmalarının psikolojik sorunlar (psychological distress) ile ilişkili olduğunu araştırmıştır. Buna göre ‘kendi ile olumsuz konuşma’, ‘ağlama’, ‘kendini izole etme’, ‘kaçma ya da ayrılma’ gibi uyumsuz baş etme stratejileri kullanan bireylerin bedenlerinden duydukları hoşnutsuzluğun arttığı, ‘kendini sev’, ‘kendini kabul et’ gibi olumlu baş etme tarzlarını kullanan bireylerin ise benlik saygılarının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

5. Çocukken Alaya Maruz Kalma ve Kilo ile ilgili Aile Eleştirisi

Kilo problemi olan çocuklara yapılan etiketleme türlerinden biri de görünüş nedeni ile alaya maruz kalmadır (Puhl ve Latner, 2007). Yapılan çalışmalar çocukken kilo ve görünüş nedeni ile alaya maruz kalmanın beden memnuniyetsizliği, düşük

benlik saygısı ve depresyon ile ilişkisi olduğunu göstermektedir (Jackson, Grilo ve Masheb, 2000; Roth, Coles ve Heimberg, 2002; Wardle, Waller ve Fox, 2002).

Kilo sorunu yaşayan çocuklara ailesi tarafından evde yapılan etiketleme de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Görünüş ile ilgili olarak ailelerin çocukları üzerinde yaptıkları eleştirileri ve alaycı tutumu araştıran çalışmalar alay etmenin BBH, kısıtlama, bulimik davranışlar, düşük benlik saygısı ve depresyon ile ilişkisi olduğunu göstermektedir (Keery, Boutelle, van den Berg ve Thompson, 2005).

D. Obezite Cerrahisi Hastalarında Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk Düzeyinin Araştırıldığı Çalışmalar

Son yıllarda kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisinin neden diğer yöntemlerin önüne geçtiği ve bu denli ön plana çıktığı ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmaya başlanmış ve buna göre, obez bireylerin hızlı bir şekilde kilo vermelerini sağlayan cerrahi yöntemi seçme nedenlerinden birinin beden görünümünden duydukları memnuniyetsizlik olduğu bulgulanmıştır (Libeton, Dixon, Laurie ve O'Brien, 2004).

Bu alanda yapılan ilk çalışmalara bakıldığında da elde edilen bilginin farklılaşmadığı görülmektedir. Halmi, Stunkard ve Mason (1980) operasyon öncesi değerlendirmede hastaların % 70'inin, Gentry, Halverson ve Heisler (1984) ise %76'sının beden bölgelerinden hoşnutsuz olduğunu bulgulanmıştır.

Operasyon sonrası hastaların beden imgesinin önemli ölçüde geliştiğini gösteren birçok çalışma yapılmıştır. Halmi ve arkadaşları (1980) ile Gentry ve arkadaşları (1984) hastaların operasyon sonrası ölçümlerini de almış ve beden görünümünden duydukları hoşnutsuzluk oranlarının operasyondan sonraki 6 ay içinde değiştiğini bulgulanmıştır. Bazı araştırmalar, cerrahi yöntem kullanarak kilo veren obez bireylerin operasyon sonrası beden imgelerindeki gelişimin katlanarak arttığını söylerken (Leon, Eckert, Tedd ve Buchwald, 1979), bazı araştırmalar beden imgesinin

gelişmesiyle birlikte tekrar kilo alma korkusu gibi sorunların kalıcı olduğunu söylemektedir (Kinzl, Traweger, Trefalt ve Biebl, 2003).

Öte yandan bazı çalışmalar ise operasyon sonrası BBH’de herhangi bir değişim gözlenmediğini de ortaya koymaktadır. Örneğin Adami, Meneghelli, Bressani ve Scopinaro (1999)’nun kilo kaybının beden imgesine etkisini araştırdığı bir başka çalışmada obez bireylerde görülen BBH, kilo alma korkusu ve fiziksel çekicilik duygusunun normal kilodaki kontrollerle karşılaştırıldığında benzer olduğu, fakat cerrahi hastalarının kilo ve beden şekli ile ilgili daha çok endişeye, kilo alma korkusuna sahip olduğu ve beden bölgelerinden hoşnutsuz olduğu bulgulanmıştır.

Operasyon sonrası anlamlı miktarda kilo kaybı olmasına rağmen beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyinin neden bazı vakalarda daha yüksek olduğu ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Adami, Gandolfo, Campostano, Meneghelli, Ravera, ve Scopinaro (1998) 3. basamak obez hastalar ile operasyon sonrası normal kiloya ulaşan hastaların beden imgesini değerlendirmiş ve hastaları çocukluktan itibaren obez ve yetişkinlikten itibaren obez olarak karşılaştırmıştır. Sonuçlar obezite cerrahisi sonrası beden imgesi üzerinde çocukluktan itibaren olan kilo öyküsünün önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

BBH’nin operasyondan ne kadar zaman sonra değerlendirildiği de önem taşımaktadır. Nitekim, operasyon sonrası obez bireylerde kilo verdikçe beden memnuniyetsizliği azalmasına rağmen, bir süre sonra birçok kişide aşırı kilo kaybının ardından yeniden beden memnuniyetsizliği oluşmaktadır. Aşırı miktarda kilo kaybı cerrahi operasyon geçirmiş bireylerin karın, yüz, bacak ve kollarında deri sarkmaları meydana getirmektedir. Sarkan deri bazı durumlarda tahriş, kızarıklık veya ağrıya yol açabilmektedir. Bu durum bazı bireylerde psikolojik problemlerin oluşmasına ve tekrar şişman olma duygusuna yol açmaktadır. Ayrıca bedenlerinde oluşan bu değişiklikler nedeniyle bireyler bedenlerindeki sarkmaları önleyecek egzersizlerden (yüzme gibi) uzaklaşmaktadır (Swan-Kremeier, 2005).

Obezite cerrahisi sonrası bireylerde oluşan deri sarkmalarının etkisi üzerine ne yazık ki çok fazla çalışma yapılmamıştır. Kinz ve arkadaşları (2003) kilo vermek için cerrahi operasyon geçiren kişilerin % 70’inin oluşan deri sarkmalarını cerrahinin

olumsuz sonucu olarak bildirdiğini bulgulamıştır. Cerrahi operasyon geçiren bireylerin hızlı kilo vermesine rağmen beden imgelerinde düzelme olmaması deri sarkmalarının yaşanması ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu nedenle de uzmanlar operasyon sonrasındaki süreçte hastaların hızlı bir şekilde kilo vermek yerine zaman içinde yavaş yavaş kilo vermelerinin daha uygun olacağını söylemektedir (Swan-Kremeier, 2005). Ancak bariatrik cerrahi sonrası beden kitle indeksinin neredeyse yarısını kaybeden morbid obez bireylerin vücutlarında sarkma olması kaçınılmazdır.

IV. OBEZİTE VE TEDAVİ MOTİVASYONU

Bu bölüme kadar temel olarak obezite ele alınıp, obez bireylerde görülen (artan BKİ'ye göre) birincil psikopatolojilerden depresyon, tıknırcasına yeme bozukluğu, anksiyete bozukluğu, gece yeme bozukluğu ve kişilik bozuklukları ile beden imgesi-beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ele alınmıştır. Diğer yandan obezitenin tedavi edilmesine yönelik kullanılan geleneksel yöntemler kısa süre için işe yaramakta ve yapılan çalışmalar geri kilo alımının ortalama 3 yıl süre ile gerçekleştiğini (Grodstein, Levine, Troy, Spencer, Colditz ve Stampfer, 1996) ve obez bireylerin kısa sürede etkili ve hızlı bir şekilde kilo verebilmeleri için obezite cerrahisine yönlendiklerini göstermektedir. Cerrahi yöntemlerin riskleri, cerrahi yöntemlere uygun hasta grubunun seçim kriterleri ve operasyon sonrası beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ile ilgili bulgular dikkate alındığında, obezitenin geleneksel yöntemlerle tedavisinde ve tedavi etkinliğinin artırılmasında son yıllarda tedavi motivasyonu ile ilgili çalışmalar dikkat çekmektedir.

Tedavi motivasyonu tedavi için yönlendirilen veya tedaviye başvuran kişinin tedavi için uygunluğu, tedaviye uyumu ve tedavi gerekliliklerinin yerine getirilmesi gibi davranışlarını temel alır (Drieschner, Lammers ve Staak, 2004). Bu nedenle tedavi motivasyonu, yani kişinin tedavi olma isteği, tedavi ile uyum içinde olması açısından önem taşımaktadır. Ryan, Plant ve O'Malley (1995) tedavi motivasyonu eksikliğinin hastanın tedaviyi bırakması, tedavide başarısız olması, nüks ve tedavinin diğer negatif sonuçları ile ilişkili olduğunu söyler. Literatürde tedavi motivasyonunun tanımı ile ilgili değişik ifadeler bulunmaktadır. Ancak güncel olarak bilinen yaklaşım, kişinin tedavi motivasyonunun tedavi süreci boyunca değişime uğrayabilen ve etkilenebilen bir durum olduğudur (Drieschner, v.d., 2004). Tüm bunlarla birlikte tedavi motivasyonu Prochaska ve Diclemente'in (1982) geliştirdiği Transteorik Model kapsamında tedaviye hazır oluşun motivasyonel evreleri açısından da değerlendirilebilmektedir.

Obez bireyler kilo verebilmek ve kilonun neden olduğu ikincil hastalıklardan kurtulabilmek için tedaviye başvurumaktadırlar. Ancak uygulanan geleneksel yöntemler sonucunda aşırı kilolu ve obez bireylerin çok büyük bir kısmı kilolarını

kontrol altına alabilecek ve diyetlerine devamlılığı sağlayabilecek tedavi programlarına “hazır” olamamakta ya da başladıkları tedaviyi sürdürememektedirler. Obez bireylerin tedavilerini neden sürdüremediği ve hızlı bir şekilde kilo almaya devam ettiği ile ilgili literatüre bakıldığında ise uygulanan diyet programlarının birçoğunda egzersiz programlarının ve davranış değişimi terapilerinin kapsamadığı (Söderlund, v.d., 2009); yeme davranışları üzerinde büyük etkisi olan psikolojik sorunların tedavi edilmediği ve bireyin tedaviye hazır oluşunun belirlenmediği görülür (Kaukua, v.d., 2003). Bu kapsamda tedaviye hazır oluş ve tedavi motivasyonu Transteorik Model ve Değişim Evreleri bağlamında ele alınabilmektedir.

A. TRANSTEORİK MODEL VE DEĞİŞİM EVRELERİ

Prochaska ve Diclemente (1982) tarafından oluşturulan Transteorik Model (TTM) en popüler psikoterapi ve davranış değişimi teorilerinden meydana gelmiş ve karşılaştırmalı analizlerden üretilmiş bütünleştirici bir teoridir. Transteorik yaklaşımda odak noktası değişim üzerinedir. Modelin oluşması Prochaska ve arkadaşlarının sigarayı bırakan kişilerin bırakma işlemini nasıl gerçekleştirdiklerini incelemeleri ve bu yöntemleri analiz etmeleriyle gerçekleşmiştir (Akt., Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Sigara ile ilgili ilk çalışmalardan bu yana evre modeli (stage model) alkol ve madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve obezite, HIV / AIDS önleme, meme röntgeni çekirme ve diğer kanser türlerini tarama davranışı gibi geniş bir aralıkta sağlık ve ruhsal sağlık davranışlarını araştırmak ve tedavisini planlamak için her geçen gün daha aktif ve hızlı bir şekilde kullanılmaktadır (Prochaska ve Velicer, 1997).

TTM'nin temel bileşen ve önermeleri ortaya konduğu günden bugüne tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda değişime uğramıştır. Günümüzde bu modele dayanarak yapılan çalışmalar modelin son halinde yer alan “değişimin yöntemleri”, “değişimin evreleri”, “değişimin içeriği” ve “değişimin işaretleri (yarar ve zararları, kararsal denge ve öz-etkinlik)” olarak tanımlanan öğeler üzerinden yürütülmektedir (Hall ve Rossi, 2008; Noar, Benac ve Harris, 2007; Prochaska, v.d.,

2008). Bir sonraki bölümde TTM'nin güncel yapılarından kapsamlı bir şekilde bahsedilecektir.

1. Transteorik Model'in Yapıları

a. Değişimin Evreleri (Stages of Change)

Transteorik Model (TTM), evre yapısı ile değişime zamansal bir boyut katmakta ve geçmiş çalışmalardan farklı olarak bireylerin sağlıksız davranışının değişmesi için kesintili ve aralıklı bir yapıdan (sigarayı bırakma-bırakmama, aşırı yeme-yememe gibi) ziyade değişimin aşama aşama, zamana yayılan bir biçim gösterip bir dizi motivasyonel evreyi takip ederek gerçekleştiğini varsaymaktadır (Prochaska, v.d., 2008). Buna göre bireyler sağlıksız davranışlarını değiştirebilmek için 5 evreden geçerler. Değişimin evreleri olarak genel bir başlık altında toplanan bu evreler; tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eylem ve sürdürme evrelerinden oluşmaktadır. TTM'de evreler genelde birbirini izlemektedir ancak bazen bireyler bazı durumlarda önceki evrelere geri dönebilmektedirler (Grimley, Prochaska ve Prochaska, 1997).

Her evre aşılması gereken belli görevleri ve belli bir zamanı içermektedir. Değişimin tamamlanabilmesi için ise evrelerin tamamlanıp durağan hale gelmesi gerekmektedir. Evrelerde kullanılan değişim yöntemleri sabit değildir ve kişiden kişiye değişim gösterebilmektedir.

Değişimin motivasyonel evreleri kısaca şu şekilde açıklanabilir:

Tasarlama Öncesi (Precontemplation): Bu evrede bireyler yakın zaman içinde eyleme yönelik bir niyet içinde değildirler. Bu dönem yaklaşık olarak 6 ay sürer. Bu evrede kişilerin davranışlarının sonuçlarına yönelik farkındalıkları çok azdır ya da yoktur. Bu nedenle bu bireylerde içgörü çok zayıftır. Bireylerin içgörü azlığı ya da davranış değişimine yönelik daha önce olumsuz sonuçlanan çabaları olduğu için bu evrede oldukları düşünülür. Her iki grupta da kişiler yüksek risk taşıyan davranışlarına yönelik konuşmayı veya düşünmeyi reddederler. Bu kişiler tedaviye

karşı dirençli hastalardır ve terapi ya da sağlığın geliştirilmesi programlarına hazır değillerdir (Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1992).

Tasarlama (Contemplation): Bu evrede bireyler tasarlama öncesinde olan kişilere göre davranış değişiminin faydalarının daha farkında olmalarına rağmen davranışın olumsuz yönlerini tam olarak kavrayamamıştır. Ancak bu kişiler gelecek 6 ay içinde davranışlarını değiştirmeyi hedefler. Bazı durumlarda bireyler değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık ve çelişkili duygular nedeniyle uzun yıllar bu aşamada kalabilirler. Bu dönem davranışı geciktirme, ağırdan alma olarak nitelendirilebilir (Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1992; Prochaska ve Norcross, 2010).

Hazırlanma (Preparation): Bu evrede kişiler yakın bir zamanda (genellikle bir sonraki ay içinde) eyleme geçmeye niyetlidirler. Bu evrede davranış değişimine ait birkaç önemli adım atılmıştır; örneğin, bireylerin sağlık eğitimine katılmak, danışmanlık almak, sağlık çalışanları ile konuşmak, problem konu ile ilgili kitap okumak ya da değişimi denemek gibi eylem planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir (Prochaska, v.d., 1992).

Eylem (Action): Bu evre değişimin en net görüldüğü evredir. Bireylerin bu evrede olduğunun kabul edilmesi için sorunlarının çözümüne yönelik son 6 ay içinde kendi yaşam tarzları üzerinde özel ve net değişimler yapmış olmaları gerekir. Bu evrede önemli olan nokta eylemin gerçekleşmiş olmasının davranışın tamamen değiştiğinin ve sorunun çözüldüğünün net bir göstergesi olmadığı anlamına geldiğinin bilinmesidir. Eylem TTM'de beş aşamadan sadece biridir ve tek başına davranış değişimi anlamına gelmez (Prochaska, v.d., 1992; Miller ve Rollnick, 2009).

Sürdürme (Maintenance): Sürdürme evresinde bulunan kişiler sorunlu davranışlarının tekrarlanmasını önlemek ve eylem evresindeki kazanımlarını sürdürmek için çaba harcarlar, değişimi devam ettirebileceklerine yönelik kendilerine olan güvenleri diğer evrelere göre daha yüksektir. Ancak bazı durumlarda bireyler bu evreden gerileyebilirler. Evrelerin sabit bir yapısının olmadığı ve süreçten oluştuğu unutulmamalıdır (Prochaska, v.d., 1992; Miller ve Rollnick, 2009).

TTM'ye göre bireylere içinde buldukları evreye göre müdahale edildiğinde tedavinin etkinliğinin artması beklenmektedir (Prochaska ve Norcross, 2010).

b. Değişimin Yöntemleri

Değişimin yöntemleri bireylerin evreler boyunca sorun ya da yaşam tarzlarıyla ilgili düşünce, duygu ve davranışları değiştirmek için başvurdukları aktiviteleri göstermektedir. Değişim yöntemleri müdahale programları için de önemli bir rehber niteliği taşır (Prochaska, v.d., 2008). Araştırmalarla da en çok desteklenen değişim yöntemleri şunlardır: bilinçlenme, katarsis/duygusal boşalım, kendini yeniden değerlendirme, çevreyi yeniden değerlendirme, kendini özgürleştirme, sosyal özgürleşme, karşıt koşullama, uyarın kontrolü, edimsel yöntem ve yardımcı ilişkiler (Prochaska ve Norcross, 2010).

Değişimin yöntemleri kısaca şu şekilde açıklanabilir (Prochaska, v.d., 2008; Prochaska ve Velicer, 1997; Velicer, v.d., 2000):

Bilinçlenme: Davranış problemlerinin nedenleri, sonuçları ve tedavileri ile ilgili farkındalığın artması demektir. Farkındalığı arttıran girişimlere örnek olarak geri bildirim, açıklama, biblioterapi ve medya kampanyaları gösterilebilir.

Katarsis/Duygusal Boşalım: Sorunlu davranışın bireyde uyandırdığı olumsuz duyguların deneyimlenmesidir. Bu evrede birey sağlık riski geri bildirim, medya kampanyaları, kişisel olarak tanık gibi durumlar yaşayarak duygusal anlamda harekete geçebilir.

Kendini Yeniden Değerlendirme: Bireyin kendilik imajını sağlıksız ve sağlıklı davranışlarla ilişkilendirerek hem bilişsel hem de duygusal değerlendirmelerini içerir. Birey davranış değişiminin kimliğinin önemli bir parçası olduğunu fark eder.

Çevreyi Yeniden Değerlendirme: Bireyin kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğinin farkına varmasıdır. Örneğin, birinin sigara içmesinin diğerlerindeki etkisi.

Kendini Özgürleştirme: Bireyin değişime olan inancını harekete geçirmesi ve uyum sağlamasıdır (sorumluluk göstermesi).

Sosyal Özgürleşme: Bireylerin değişen sağlık davranışlarının sosyal normlar tarafından desteklendiğinin farkına varmasıdır. Örneğin, sigara içmenin yasak olduğu alanların olması, okulda öğle yemeklerinde salata büfelerinin kullanılması gibi...

Karşıt Koşullama: Sorunlu davranışın yerine konulabilen sağlıklı davranışların öğrenilmesidir. Örneğin, gevşeme egzersizlerinin sigara içmek yerine kullanılması...

Uyaran Kontrolü: Sorunlu davranışın ipuçlarının ortadan kalkması ve yerine sağlıklı alternatif davranışların seçilmesidir. Örneğin, sağlıksız davranışa yeniden başlama riskini azaltmak için çevrenin yeniden düzenlenmesi yapılabilir veya kişi kendi kendine yardım gruplarına katılabilir.

Edimsel Yöntem: Değişmeye çalışan bireyler için olumlu davranışların ödüllendirilmesi demektir. Bireylerin olumlu davranışlarının ödüllendirilmesi artırılırken olumsuz davranışlarının ödüllendirilmesi azaltılmalıdır.

Yardımcı İlişkiler: Davranış değişiminin olumlu yönde sürmesi için güven sağlayan, destekleyen ve kabul gören ilişkilerin geliştirilmesidir. Örneğin, danışman desteği, arkadaşlık ilişkileri veya sosyal destek grupları etkili olabilir.

Bireylerin kullandıkları değişim yöntemleri buldukları evrelere göre değişim göstermektedir. Tablo 4'te değişim evrelerinde ilerlemeye aracılık eden değişim yöntemleri verilmiştir. Evrelerle net bir ilişkisi ortaya konamadığı için sosyal özgürleşme yöntemi dahil edilmemiştir (Prochaska, v.d., 2008).

Tablo 4. Değişim evrelerinde ilerlemeye aracılık eden değişim yöntemleri

Evreler	Tasarlama Öncesi	Tasarlama	Hazırlık	Eylem	Sürdürme
Değişim Yöntemleri	Bilinçlenme Katarsis/Duygusal Boşalım Çevreyi Yeniden Değerlendirme Kendini Yeniden Değerlendirme Kendini Özgürleştirme Karşıt Koşullama Yardımcı İlişkiler Edimsel Yöntem Uyarıcı Kontrolü				

c. Değişimin İşaretleri

TTM, kararsal denge ve öz-etkinliği değişimin işaretleri olarak ele almaktadır. Buna göre; karar vermede kişiler davranış değişimini gerçekleştirebilmek için değişimin yararlarını ve zararlarını değerlendirip bu doğrultuda bir karar verirler. Bu da kararsal dengeye işaret etmektedir. Kararsal denge ile ilgili olarak Hall ve Rossi (2008) 48 farklı sağlık davranışını incelemiş ve tasarlama öncesinden eylem evresine geçen bireylerin artılarında (yarar) bir standart sapma artış görülürken eksilerinde (zarar) ise 0.5 standart sapma düşüş gösterdiğini bulgulamıştır.

Öz-etkinlik ise TTM'ye Bandura'nın (1982) öz etkinlik modelinden entegre edilmiştir. Öz-etkinlik bireyin riskli bir durumla karşılaştığında problemleri davranışlarına yeniden başlamamak için sahip olduğu güveni yani kişinin belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine dair kendisi hakkındaki düşünceleri ve inancını anlatır (Akt., Prochaska, v.d., 2008). Bireylerde sorunlu davranışı değiştirmek üzere değişim motivasyonu yükseldikçe, sorumluluk artmakta ve bireyler sorunlarından kurtulmak için daha etkin bir hale gelebilmektedir. Motivasyon bu şekilde arttıkça bireyler riskli ve çeldirici durumlarla karşılaştıklarında eski davranışlarına geri dönmeden bu durumlarla baş edebilmektedir (Prochaska, Norcross ve Diclemente, 2006).

d. Değişimin İçeriği

Değişimin içeriği psikoterapide ele alınan ve değişmesi hedeflenen problem alanlarına işaret etmektedir. Bunlar; semptom/durumsal problemler, uyumsuz inançlar ve tutumlar, güncel kişilerarası ilişkiler, aile/sosyal sistemle ilgili çatışmalar ve kalıcı kişisel özellikler/içsel çatışmalardır (Ergüney, 2012).

2. Transteorik Modelin Farklı Sağlık Davranışlarındaki Uygulamaları ve Ülkemizdeki Uygulamalar

TTM ve değişim evreleri yukarıdaki bölümde de kısaca ele alındığı üzere sigarayı bıraktırma çalışmaları ile ortaya çıkmış olmakla birlikte birçok sağlık davranışı uygulamasında kullanılmıştır. Bu uygulamalara alkol ve madde kötüye kullanımı (Carbonari ve DiClemente, 2000; DiClemente, 1999; Migneault, Adams ve Read, 2005; Sutton, 2001); anksiyete ve panik bozukluk (Beitman, Beck, Deuser, Carter, Davidson ve Maddock, 1994; Dozois, Westra, Collins, Fung ve Garry, 2004); akran zorbalığı (Evers, Prochaska, Van Marter, Johnson, Prochaska, 2007); AIDS önleme (Cabral, Cotton, Semaan ve Gielen, 2004; Prochaska, Redding, Harlow, Rossi ve Velicer, 1994); mamografi çekirme/meme kanseri tarama davranışı (Ashing-Giwa, 1999; Prochaska, v.d., 2005; Rakowski, Dude ve Goldstein, 1996; Rakowski, v.d., 1996); kanseri önleme davranışı (Kelaher ve ark, 1999; Spencer, Pagell ve Adams, 2005; Vernon, 1999); gebelik (Kloebler, Thompson ve Miner, 1999), ilaca uyum (Johnson, Driskell, Johnsen, Prochaska, Zwick ve Prochaska, 2006); organ bağıışı (Robbins, v.d., 2001); kumar (Hodgins, 2001); yeme bozuklukları (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg ve Schnyder, 2004; Rieger, v.d., 2000; Wilson ve Schlam, 2004); egzersiz davranışı ve fiziksel aktivite (Hutchison, Breckon ve Johnston, 2009; Nigg ve Courneya, 1998; Plotnikoff, Hotz, Birkett ve Courneya, 2001); kilo kontrolü (Johnson, v.d., 2008); sağlıklı beslenme ve diyet (De Vet, De Nooijer, De Vries ve Brug, 2006; Frenn, Malin ve Bansal, 2003; Siero, Broer, Bemelmans ve Meyboom-de Jong, 2000; Van Duyn, v.d., 1998;); obezite (Macqueen, Brynes ve Frost, 1999; Mauriello, v.d., 2010; Sarkin, Johnson,

Prochaska ve Prochaska, 2001; Suris, Carmen Trapp, DiClemente ve Cousins, 1998) gibi pek çok örnek verilebilir.

Ülkemizde de TTM temel alınarak bazı çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalardan özellikle yurt dışında aktif olarak kullanılan alkol bağımlılığını ölçen iki, yeme bozukluğu alanında anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza için değişime hazır oluşu ölçen iki, obez bireylerde tedavi motivasyonunu ölçen bir ve egzersiz davranışının değişim basamakları ve fiziksel aktivite tercihlerini belirleyen bir adet önemli ölçeğin Türkçeye çevrilmesi TTM kapsamında tedavi motivasyonunun güvenilir bir şekilde değerlendirilebilmesi için önemlidir.

Yukarıda sözü geçen ve alkol bağımlılığını ölçen ölçeklerden bir tanesi Miller ve Tonigan (1996) yılında geliştirilen alkol kullanım bozukluğu olan vakalarda değişim için hazır olmayı ve motivasyonu değerlendirmek için düzenlenmiş ve Türkçe psikometrik özelliklerinin sınanması çalışması Evren, Dalbudak ve Çakmak (2008) tarafından yapılmış olan ‘Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES)’dir. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin sınanması çalışması DSM-IV tanı kriterlerine göre alkol bağımlılığı tanısı alan 171 hasta ile yürütülmüştür. Ölçeğin Türkçe versiyonunun 3 alt faktörden (Adım atma, İkilem ve Farkına varma) oluştuğu belirlenmiştir. Alkol bağımlılığını ölçen ölçeklerden bir diğeri ise Ryan ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen, vakaların alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedaviyi sürdürme nedenlerini değerlendirmek için düzenlenmiş ve Türkçe psikometrik özelliklerinin sınanması çalışması Evren, Saatçioğlu, Dalbudak, Danışmant, Çakmak ve Ryan (2006) tarafından yapılmış olan ‘Tedavi Motivasyonu Anketi’dir (TMA). Çalışma DSM-IV tanı kriterlerine göre alkol bağımlılığı tanısı alan 191 hasta ile yürütülmüştür. Ölçeğin Türkçe versiyonunun orijinali ile uyumlu şekilde 4 alt faktörden (içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arama, tedaviye güvensizlik) oluştuğu belirlenmiştir.

Yeme bozukluğu alanında orijinali Rieger ve arkadaşları (Rieger, Touyz ve Beaumont, 2002; Rieger, v.d., 2000) tarafından anorektik hastaların içerisinde bulunduğu motivasyonel değişim evresini belirlemek için geliştirilen ve Türkiye’de psikometrik özelliklerinin sınanması çalışması Ergüney ve Sertel-Berk (2012)

tarafından yapılmış olan ‘Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği-ANDEÖ’, Martinez ve arkadaşları (2007) tarafından Bulimik hastaların içerisinde bulunduğu motivasyonel değişim evresi ANDEÖ’den adapte edilerek oluşturulan ve Türkçe psikometrik özelliklerinin sınanması çalışması yine Ergüney ve Sertel-Berk (2012) tarafından yapılan ‘Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği-BNDEÖ’ ile birlikte kilo problemi olan bireylerde “değişim motivasyonu”nu değerlendirmek için ANDEÖ ile BNDEÖ temel alınarak Deveci, Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk (2012) tarafından geliştirilen ‘Obezite Değişim Evreleri Ölçeği-ODEÖ’ isimli ölçekler vardır.

Alkol ve madde bağımlılığı, yeme bozuklukları ve obezite’nin yanı sıra egzersiz davranışı ve sağlığı koruyucu davranışlar da TTM açısından ele alınmıştır. Orjinali Marcus, Selby, Niaura ve Rossi (1992) tarafından bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi için geliştirilen ‘Egzersiz Davranışının Değişim Basamakları ve Fiziksel Aktivite Tercihleri Ölçeği’nin Türkçe Uyarlaması Cengiz (2007) tarafından yapılmıştır.

Ülkemizde TTM ile ilgili ölçek geçerliği ve güvenilirliği çalışmaları dışında bağımlılığı olan vakalar, aile içi şiddete uğrayan kadınlar ve meme kanserinin erken tanı ve teşhis alanlarında da araştırmalar yürütülmüştür.

Akgün (2010) alkol bağımlısı olan 21 erkek hastanın tedavi motivasyonu ve nöropsikolojik test performanslarını değerlendirdiği çalışmada hastaların motivasyon puanlarının artışı ile nöropsikolojik testlerdeki performanslarının artışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulgulamıştır. Bu bulgular değişime hazır olma ve tedavi motivasyonu ile yürütücü işlevler arasında ilişki olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Savaşan’ın (2010) bağımlılığı olan vakalarda servis ortamı ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada servis ortamının kişisel sorun yönelimi ve otonominin gelişimine izin verici olmasının tedavi motivasyonunu arttırdığı bulgulanmıştır.

Şahin ve Tunç (2008) öğretmenlerin sigara içme ve bırakma davranışlarının, bu davranışları hakkındaki bilgi ve tutumlarıyla ilişkisini TTM'ye göre incelemiştir. Buna göre, sigarayı bırakmayı düşünmeyen kişilerin yani tedavi motivasyonları düşük olanların bu konu hakkındaki bilgilerinin de düşük olduğu bulgulanmıştır.

Yaman Efe (2009) hemşirelerin aile içi şiddete maruz kalan kadınlara nasıl müdahale etmeleri gerektiği konusunda TTM'yi temel alarak bir model oluşturmuştur. Ersin ve Bahar (2012) ile Kıssal ve Beşer (2011) ise meme kanserinin erken tanı davranışları ile ilgili literatür bilgilerinin yer aldığı derleme bir çalışma yürütmüşlerdir.

B. OBEZİTEDE TEDAVİYE HAZIR OLUŞ VE DEĞİŞİMİN MOTİVASYONEL EVRELERİ

Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), obezite üzerine çıkardığı klinik yönetmelikte obez bireylerin tedavisinde kalori alımını azaltma ve fiziksel aktiviteyi artırma yöntemleri ile davranış terapisinin birlikte kullanıldığı tedavi yöntemlerinin bireylerin kilo kaybını sağlama ve sürdürme konusunda başarılı olduğu ile ilgili güçlü kanıtlar göstermiş ve insanların yeme ve egzersiz alışkanlıklarının değişebilmesi, kilolarını yönetebilmeleri ve sağlıklarını geliştirebilmeleri için klinik temelli multidisipliner ekiple çalışılan kilo yönetim programlarının kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (NIH, 1998). Bu programların özellikle, bireylerin karbonhidrat alımının azaltılması, sebze ve meyve tüketimi ile egzersiz alışkanlıklarının artırılması gibi yaşam stillerinin değişimi konusuna odaklanması gerektiği belirtilmiştir (Riebe, v.d., 2003).

1. Obezite Tedavisinde Transteorik Model'in Kullanımı

Obezite tedavisinde en etkin klinik temelli programlar TTM stratejileri temel alınarak oluşturulmaktadır. Oluşturulan programlar uzmanlara hastanın tedaviye hazır oluşunun değerlendirilmesi ve diyet ve egzersizin artırılmasında hangi teknik

ya da müdahalenin en uygun ve etkili olabileceği ile ilgili rehberlik eder (Glasgow, Goldstein, Ockene ve Pronk, 2004).

Tedavinin etkili olabilmesi için uzman kişi tarafından hastanın içinde bulunduğu evre izlenmelidir. Değişim evreleri dinamik olduğu için öncelikle uzman hastanın hangi evrede olduğunu değerlendirmeli ve ihtiyaç halinde önceki başarısız müdahaleleri olası nüksü azaltabilmek için modifiye etmelidir (Prochaska, v.d. 2005; Seals, 2007).

TTM'ye göre evrelere özel muameleler uzman tarafından hastanın bulunduğu evreden sürdürme evresine kadar olan süreç düşünülerek geliştirilmelidir. Tasarlama öncesindeki adaylar eylem için hazır olmayabilir, bu nedenle bu evredeki bir hastadan eyleme geçmesi ve tedavi ile uyum içinde olması beklenmemelidir. Bu evrede obez bireyler motivasyonel görüşmeden fayda görürler ve kesin yaşam değişimi yapmak için diyet ve egzersiz programının artı ve eksilerinin belirlenmesi gibi ihtiyacı olan pekiştireçleri değerlendirirler. Tasarlama evresindeki adaylar sağlıklı olan egzersiz ve diyetin pozitif yönlerinin negatif yönlerinden daha önemli olduğunu tartışma ve yazılı materyaller ile anlayabilirler (Seals, 2007).

Uzmanlar hastalara yaşam değişimi modifikasyonu yaparlarken engeller hissedebileceklerini açıklamalı, engelleri aşabilmeleri için hastaları desteklemeli ve onlara yol göstermelidirler (Seals, 2007).

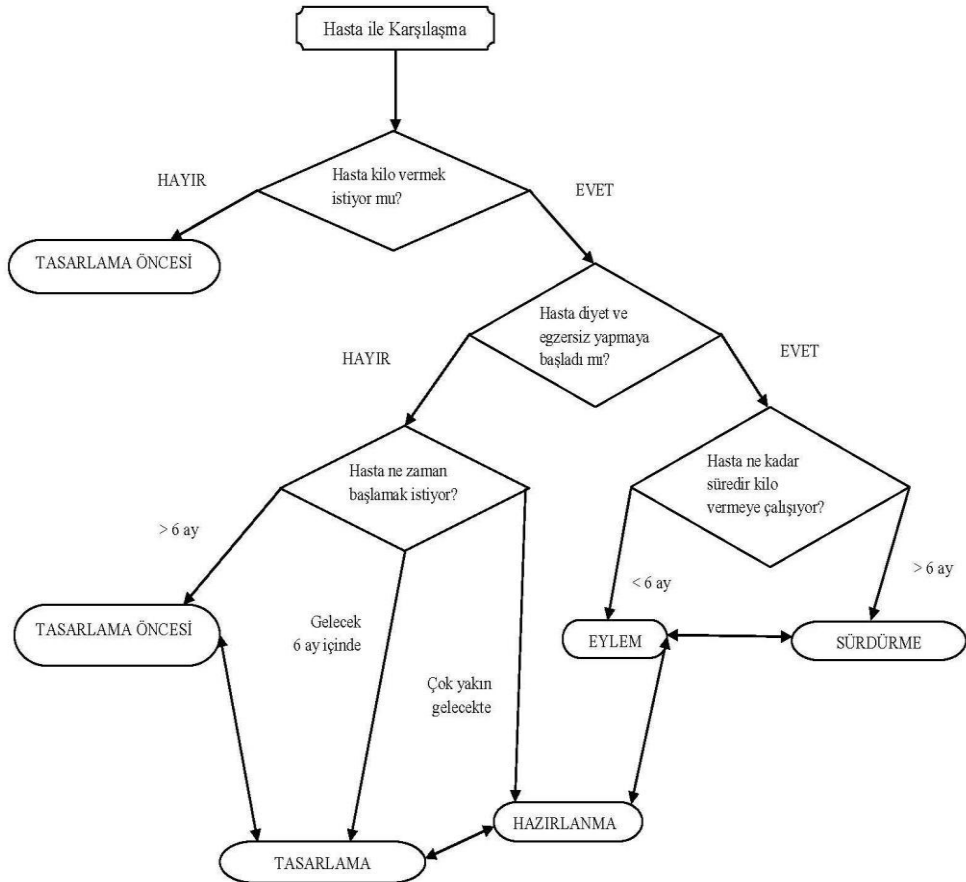
Tasarlama evresi uzman için hastayı bir sonraki evreye hazırlamak ve daha sağlıklı yemek ve davranış biçimine yönlendirmek için bir fırsattır. Uzman hazırlık evresindeki hastanın tasarlanan plana uymasını ve bir önceki evreye geri dönmemesini garanti altına almalıdır. Bu noktada sosyal destek ön plana çıkmaktadır. Özellikle obez bireye yapılan müdahalenin gelişmesi ve etki göstermesi için uzman hastanın ailesini ve yakın çevresini de bilgilendirmeli ve plana uyum sağlanması için hasta, yakın çevresi tarafından desteklenmelidir. Bir hasta eyleme ve sürdürme evresine geçtiğinde müdahale bitmemeli, bir süre daha hasta kontrol altında tutulmalı ve hastanın motivasyonu korunmalıdır (Seals, 2007).

Obez hastalar davranışlarının sonuçlarının tam olarak farkında olmadıkları için tasarlama öncesi, tasarlama ve hazırlık evresinde diğer evrelerden ayrı olarak çoklu müdahale ihtiyacı duymaktadır. TTM bu noktada bireylerin tedaviye hazır oluşlarını değerlendirdiği, değişimin farklı evrelerindeki bireyleri tanımladığı ve uzmana adayı değerlendirmede yardım ettiği için çok önemli bir modeldir. (Şekil 13) Bu nedenle TTM aracılığı ile uygun tedavi modelleri geliştirilebilir (Prochaska, v.d. 2005; Seals, 2007).

Tüm bunlarla birlikte TTM'nin kısıtlılıkları da mevcuttur. TTM bireylerin davranışlarını etkileyen dışsal faktörleri belirleyemez. Bu nedenle uzmanların hastanın yeterli sosyal desteğinin olup olmadığını belirlemesi ve tedavi sürecindeki engelleri nasıl aşacağını öngörmesi önemlidir (Seals, 2007).

Şekil 13. Aşırı kilolu ve obez hastalarda değişim evrelerinin değerlendirilmesi

Aşırı Kilolu ve Obez Hastalarda Değişim Evresi Değerlendirmesi



2. Obezitede Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonunun Araştırıldığı Çalışmalar

Obezitede TTM temel alınarak yürütülen çalışmalar özellikle son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. Andres, Gomez ve Saldana'nın (2007) yürüttüğü bibliyometrik çalışmada 1995 yılı itibariyle aşırı kilo ve obezite ile ilgili TTM kapsamlı daha çok araştırma yapıldığı ve yayın çıkarıldığı bulgulanmıştır. Öne çıkan çalışmalarda obez bireylerin kilo kaybı, kilo kaybının sürdürülmesi, yaşam stili değişiminin nasıl gerçekleştiği ve kilo kontrollerinin nasıl sağlandığı TTM'nin temel birimlerinden olan değişimin evreleri, kararsal denge, öz-etkinlik ve değişim yöntemleri yapısı ele alınarak araştırılmaktadır.

Tkalcic ve Pokrajan-Bulian (2006) tarafından yapılan bir çalışmada obez bireylerin içinde bulunduğu evrelere göre kararsal denge, öz-etkinlik ve değişim yöntemlerinin farklılık gösterdiği bulgulanmıştır. Buna göre davranış değişiminin olumlu yanları bütün evreler için yordayıcı bir değişken iken olumsuz yönleri sadece tasarlama öncesi ve tasarlama evresi için yordayıcı bir değişken olarak belirlenmiştir. Tasarlama öncesi evresindeki bireyler davranış değişiminin olumsuz yanlarını dile getirirken eylem ve sürdürme evresindeki bireyler daha çok olumlu yanlarını belirtmişlerdir.

Obez bireylerin tedavileri boyunca değişim evreleri arasında hangi davranışlarında değişiklik olduğunun araştırıldığı bir çalışmada yağ tüketiminin tasarlama öncesinden eylem evresine çıkıldıkça azaldığı (% 43-%17) bulgulanmıştır (Lamb ve Joshi, 1996). Tedavi devamlılığının araştırıldığı bir başka çalışmada ise eylem ve sürdürme evresinde olan kişilerin tedavilerine diğer evrelerde bulunanlara göre daha fazla katıldığı ve tedaviyi sürdüreceklerine dair kendilerine güven duydukları (öz-etkinlik) bulgulanmıştır (Macqueen, v.d., 1999).

Johnson ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan kontrollü bir başka çalışmada tedavi gören ve görmeyen olarak ayrılan 2 grup 24 ay sonra değerlendirildiğinde aşırı yeme, egzersiz, duygusal stresi yönetme ve düşük kalorili

sebze-meyve tüketiminin tedavi gören grup içinde eylem ve sürdürme evresinde olan kişilerde diğer evrelerde olanlara göre farklılık gösterdiği bulgulanmıştır.

Ergenlerle yapılan obeziteyi önlemek için çoklu davranış değişimi programı sonuçlarına göre ise ele alınan davranışların birinin değişimin eylem evresinde aktif olarak gerçekleşmesi, başka bir davranışın da eylem evresine geçmesine olanak sağlamaktadır (Mauriello, v.d., 2010).

Ayrıca Dirosa'nın (2009) yürüttüğü bir başka çalışmada cinsiyet, sosyo-ekonomik seviye ve uzman yardımının kilo verme üzerinde moderatör bir etkisi olduğu ve motivasyonel görüşmenin kadınlarda, orta seviye sosyo-ekonomik düzeyde ve eğitilmiş kişilerde daha etkili olduğu bulgulanmıştır. Bir başka çalışmada ise evlilik durumu, beslenme biçimi değişikliği ve öz etkinliğin tedavinin diyet davranışı üzerindeki nedensel etkisini biçimlendirdiği bulgulanmıştır (Hagler, 2006).

3. Obezite Cerrahisi Hastalarında Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonunun Araştırıldığı Çalışmalar

Obezite cerrahisi sonrası obez bireylerin tedaviye uyum gösterebilmesi, kilo yönetimi programlarını başarı ile sürdürebilmesi ve bu programların uzun dönemde başarılı sayılabilmesi için obez bireylerin değişime hazır olması ve değişime hazır oluş seviyelerinin düşmemesi gerekmektedir (Zijlstra, Boeije, Larsen, van Ramshorst ve Geenen, 2009). Obez bireylerin tedavilerini sürdürebilmesi ve kilo verme sürecinin başarılı bir şekilde devam edebilmesi için 'Obezite Cerrahisi (Bariatrik Cerrahi) Adaylarının Operasyon (Ameliyat) Öncesi Psikolojik Açıdan Değerlendirilmesi' bölümünde de detaylı bir şekilde ele alınacağı üzere (Bölüm V) cerrahi adaylarının operasyon öncesi tıbbi ve psikolojik değerlendirmelerinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir (van Hout., v.d., 2005). Ancak obezite cerrahisi geçiren bireylerin değişime hazır oluşu ve tedavi motivasyonunu etkileyen faktörlerin ne olduğu ile ilgili yapılmış kapsamlı ve yeterli çalışma olmadığı gibi araştırmalar sonucu elde edilen bulgular da tutarlılık göstermemektedir (Vallis ve Ross, 1993; Libeton, v.d., 2004). Operasyon sonrası süreçte obez bireylerden belli bir miktar kilo vermesi beklenmektedir. Ancak bazı durumlarda verilmesi beklenen kilo

miktarında sapmalar yaşanabilmekte ve operasyon geçiren bireylerin beklenen kiloyu veremediği görülmektedir. Bunun üzerine bazı bireylerin beklenen kiloyu verirken, bazı bireylerin neden veremediği sorusunun araştırıldığı çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalarda bireylerin tedaviden sapma ihtimallerinin tedavi motivasyonu ve değişime hazır oluş ile ilişkili olarak operasyon öncesi değerlendirme ile belirlenen fizyolojik ve psikolojik faktörler dikkate alındığında tahmin edilebildiği bulgulanmıştır (Dixon, Laurie, Anderson, Hayden, Dixon ve O'Brien, 2009).

Obezite cerrahisi adaylarında kilo kaybı için geleneksel kilo verme yöntemlerinde de olduğu gibi motivasyon önemli bir yer tutmaktadır (Wadden, Erkowitz, Womble, Sarwer, Phelan ve Cato, 2005). Bununla birlikte, yapılan kısıtlı çalışmalar motivasyon ya da değişime hazır oluşun kilo verme üzerinde büyük bir etkisi olduğunu, özellikle öz motivasyon (self-motivation), kendi kaderini belirleme (self-determination), değişime hazır oluş ve öz-etkinliğin kısa dönemde kilo sonuçlarını yordadığını göstermektedir (Teixeira, Going, Houtkooper, Cussler, Martin ve Metcalfe, 2002; Williams, Grow, Freedman, Ryan ve Deci, 1996). Öte yandan kilo vermek için gerekli olan motivasyon seviyesi ya da değişime hazır oluşun yiyecek seçimi ya da diyetle uyum ile ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Glanz, v.d., 1994). Ancak bazı çalışmalar bu bulguları desteklememekte ve obezite cerrahisi adaylarının operasyon sonrası süreçte kilo verme miktarlarıyla değişime hazır oluş arasında ilişki olmadığını da söylemektedir (Dixon, v.d., 2009).

Obezite cerrahisi geçiren bireylerde kilo verme konusunda yaşanan başarısızlığın nedenlerini sorgulayan çalışmalardan birini yürüten Zijlstra, Larsen, van Ramshorst ve Geenen'e göre (2006) cerrahi operasyon geçiren bireylerin başarılı bir şekilde kilo vermeyi sürdürebilmeleri için sağlıklı yeme biçimine adapte olması ve kişinin bunu yapabileceğine dair inancının olması gerekmektedir. Ayrıca Zijlstra, ve arkadaşları (2009) cerrahi sonrası kilo verme konusunda bireylerin motivasyonlarını değişim evrelerine göre değerlendirmiş ve 11 hastanın 4'ünün tasarlama öncesi evrede 'başarılı olmadı', 'artık umursamıyorum' düşüncesinde; 4'ünün tasarlama evresinde 'bunu yapmak zorunda olduğumu biliyorum'

düşüncesinde; 3'ünün sıklıkla hazırlık evresine gerilemekle birlikte eylem evresinde 'bunu yapabileceğimi biliyorum' düşüncesinde olduğunu bulgulamıştır.

Obezite cerrahisi ve etkileri daha çok son yıllarda ele alınan bir konu olduğundan dolayı bu konuda net bilgi verebilmek için yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

V. OBEZİTE CERRAHİSİ (BARIATRİK CERRAHİ) ADAYLARININ OPERASYON (AMELİYAT) ÖNCESİ PSİKOLOJİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kilo artışı birçok tıbbi problemi beraberinde getirmekte ve fiziksel açıdan sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Kilo verme ile ilgili yöntemler genellikle kilo sorunu yaşayan bireylerde etkili kilo kaybı sağlayamamakta ve verilen kiloların kısa bir süre içinde hızla geri alımını engelleyememektedir. Bariatrik cerrahi ise hastalara etkili ve hızlı bir kilo kaybı ile bu kiloların tekrar geri alımını engellemeyi teklif etmektedir. Bariatrik cerrahinin bu cezbedici tarafı kilo sorununa çözüm bulmak için bu yöntemi seçen bireylerin sayısının her geçen gün artmasına neden olmaktadır (Bauchowitz, v.d., 2005; Harvard Mental Health Letter, 2008).

Riskleri düşük olan ve istenildiği zaman bırakılabilen geleneksel yöntemlerin aksine cerrahi yöntem daha fazla risk taşır, yüksek oranda bir kısıtlamayı getirir ve ardından uzun dönemde davranışsal değişimin gerçekleşmesini zorunlu kılar. Bu nedenle operasyon için başvuran adayların endokrinoloji, psikiyatri, psikoloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji-reanimasyon (ayılma), genel cerrahi ve beslenme bölümleri olan multidisipliner bir ekip tarafından detaylı bir değerlendirmeden geçirilmesi gerekmekte ve kilo vermek için kullanılacak olan cerrahi yönteme uygunluğu belirlenmelidir (Eldar, v.d., 2011; Harvard Mental Health Letter, 2008).

Obezite cerrahisi adaylarının ne tür bir ekip tarafından değerlendirilmesi gerektiği ilk defa 1991 yılında Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health) tarafından yapılan “ ‘Aşırı Obezite için Gastrointestinal Cerrahi’ Üzerine Ulusal Sağlık Enstitüleri Bildirimi”nde (“NIH Consensus Statement on ‘Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity’”) beyan edilmiş ve karara bağlanmıştır (Collazo-Clavell, 2006; Hubbard ve Hall, 1991; Snyder, 2009). Bu karara göre obezite cerrahisi adaylarının kilo sorununa neden olan psikolojik ve davranışsal faktörlerin belirlenebilmesi için psikolojik değerlendirme yapılması kesin bir kural

niteliğinde olmalı ve sağlık profesyonelleri adayı bu kapsamda değerlendirmeyi kabul etmelidir (Bauchowitz, v.d., 2005).

Düzenlenen bildiri metninde adayların değerlendirilmesi ile ilgili net bir karara varılmıştır ancak adayların değerlendirilme yöntemi ile ilgili netlik oluşturulamamıştır. Bildiri metninde yer alan aday seçim kriterleri ise bu çalışmada ‘Obezitenin Tedavisi – Cerrahi Müdahaleler’ bölümde ele alınacaktır.

Obezite cerrahisi adaylarını değerlendirmede operasyon sürecini ve sonrasını etkileyen bazı kritik alanlar ile ilgili bilgi alınması gerekmektedir. Bu bilgilerin nasıl alınacağı ile ilgili ise henüz net ve standart bir psikolojik değerlendirme envanteri yoktur (Fabricatore, v.d., 2006; Sogg ve Mori, 2004; Walfish, Vance ve Fabricatore, 2007). Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde birçok klinikte adayların psikolojik değerlendirmelerinin klinik mülakat-görüşme ve psikolojik testler olmak üzere iki bölümden oluştuğu ve bu değerlendirmelerin psikologlar ve/veya psikiyatristler tarafından yapıldığı görülmektedir (Fabricatore, v.d., 2006; Snyder, 2009; Walfish, v.d., 2007).

Klinik görüşmede aday ile karşılaşan psikolog/uzman, adayın davranışları, psikiyatrik semptomları, tedavi sürecine psikolojik uyum sağlaması (psychological adjustment) ve operasyona hazır oluşuna odaklanır, daha sonra da süreç klinik görüşmede elde edilen bilgilere objektif bir değer sağlamak için psikolojik testler uygulanarak tamamlanır. Klinik görüşme boyunca elde edilen bilgi adayın cerrahiye uygunluğunu belirlemede kritik önem taşımakla birlikte operasyon sonrası hastanın sürece uyumunun ne şekilde olacağı ile ilgili de bir ön bilgi vermektedir (Corsica, Corsica, Azarbad, McGill, Wool ve Hood, 2010; Sogg ve Mori, 2004; Synder, 2009).

Klinik görüşmenin en temel kısımlarını şunlar oluşturur. Adayın;

- 1) Cerrahi yöntem isteme nedenleri
- 2) Diyet ve egzersiz öyküsü, beslenme inanç ve tutumları ile kilo ve yaşam olayları
- 3) Şimdiki - geçmiş yeme örüntüsü ve yeme bozuklukları öyküsü
- 4) Tıbbi öyküsü

- 5) Alkol ve madde kullanım öyküsü
- 6) Motivasyonu ve operasyon sonuçları ile ilgili beklentileri
- 7) Cerrahi yöntem ve yaşam tarzına etkisi hakkındaki bilgi düzeyi
- 8) Sosyal destek öyküsü
- 9) Şimdiki ve geçmiş psikolojik/psikiyatrik işlevselliği

A. Klinik Görüşme

1) Cerrahi Yöntem İsteme Nedenleri

Adaya neden cerrahi yöntem istediği ve bu kararı aldığı; kilo hedefleri ve ne kadar zamanda bu kiloya ulaşmayı hedeflediği sorulur. Bu seçiminin ne kadar ciddi olduğu, neyi başarmayı beklediği ve beklentilerinin ne düzeyde gerçekçi olduğu ele alınır. Birçok aday son zamanlarda artan tıbbi problemlerinden kurtulmak, enerjisini ve hareket etme oranını arttırmak, sağlığını korumak ve daha uzun yaşayabilmek için opere olmak istediğini söyler. Adaylar operasyona girebilmek için genelde dışsal etkenlerden söz eder ve fiziksel dış görünümüne aşırı vurgu yaparlar. Kilo kaybetme ile yaşamlarında değişecek olan noktalar ile ilgili gerçekçi olmayan bir beklenti içine girerler. Adayların opere olma isteği eğer gerçekçi değilse ve ameliyatın getirileri ile eşlenmiyorsa adaylar operasyon sonrası tedavi uyumsuzluğu ve duygudurum bozuklukları açısından risk altında olabilirler (Snyder, 2009).

2) Diyet ve Egzersiz Öyküsü, Beslenme İnanç ve Tutumları ile Kilo ve Yaşam Olayları

Klinik görüşmenin ikinci önemli elementi adayın diyet ve egzersiz geçmişi, beslenmeye ilişkin inanç ve tutumları ile kilo değişiminin yaşam olaylarıyla olan ilişkisinin incelenmesidir (Sogg, 2012).

Adaya operasyon öncesi yapılan değerlendirmede kilo ve diyet geçmişi ile ilgili kilonun ilk ne zaman problem olduğu (BKİ'sinin 30 üstüne çıktığı dönem), denediği diyet biçimleri (uzman kontrolü altında denediği diyetler ve pazartesi diyeti olarak da bilinen uzman desteksiz başlanan diyetler), diyetlerini ne kadar sürdürebildiği,

önceki kilo verme çabalarının sonuçları, tekrar geri kilo alımına neden olan faktörlerin ne olduğu, fiziksel aktivitesi (daha önce egzersiz yapıp yapmadığı, yaşam biçimi, ne kadar hareket ettiği), ailesindeki obezite öyküsü ve bu değişkenlerin yaşam olayları ile (evlilik, hamilelik, iş değişikliği, göç gibi) ilişkisi sorulur. (Sogg, 2012).

Alınan bu bilgiler aynı zamanda adayların yemek ile ilgili olan inançlarını da ortaya çıkarmaktadır (Sogg ve Mori, 2004; Wadden ve Sarwer, 2006; Snyder, 2009). Örneğin, adaylar yeme alışkanlıklarından söz ederken ‘tüm aile sofraya aynı anda oturmalı, tok olsan dahi tabağındaki yemeği bitirmek gerekli’ gibi yanlış inançlarından da söz edebilmektedir. Ortaya çıkan bu durum adayların operasyon sonrasında yaşanacak süreçte zorlanabileceğini gösterebilir.

Yaşam boyu diyet ve egzersiz öyküsü alınırken birçok aday yoğun bir kilo verme ve az egzersiz yapma öyküsü olduğu bilgisini verebilir. Vakanın kilo, diyet ve egzersiz öyküsü alındıktan sonra eğer adayın yeterli diyet ve egzersiz deneyimi yoksa operasyon süreci içinde neyi başarabileceğini planlayabilmek için aday operasyon öncesi diyet ve egzersiz programına yönlendirilir. Değerlendirilen hastanın genç olması bazen yaşamında yeteri kadar egzersiz ve diyet denemesi yapmamış olduğunun göstergesi olabileceğinden, adayın diyet ve egzersiz çabasını operasyon olmadan önce arttırması önerilir (Snyder, 2009; Wadden ve Sarwer, 2006).

Bazı adaylar solunum problemleri ya da eklem ağrıları nedeniyle fiziksel aktivite yapamadıklarını söylemektedir. Bu durumda adaylara uzun dönemde kilo kaybını sürdürebilmek için günlük yaşamda egzersizin gerekli olduğuna vurgu yapılarak gelecek egzersiz planları ile ilgili düşünce ve duyguları, bilgisi, tutum ve davranışları sorulmalıdır. Bariatrik cerrahi sonrası uyum göstermeyen adaylarla yapılan bir çalışmada egzersiz eksikliğinin bu alanda görülen en önemli uyumsuzluk olduğu bulunmuştur (Elkins, Whitfield, Marcus, Symmonds, Rodriguez ve Cook, 2005).

3) Şimdiki - Geçmiş Yeme Örüntüsü ve Yeme Bozuklukları Öyküsü

Beslenme uzmanları tarafından detaylı bir 'yeme davranışı' değerlendirmesi yapılarak cerrahi yöntemi seçmek için yönlendirilmesi gereken adayların psikologlar/uzmanlar tarafından da yeme davranışlarının incelenmesi ve adayların beslenme biçimi ile ilgili motivasyonları hakkında bilgi alınması olası yeme bozukluklarını belirleyebilmek ve davranış değişimine ihtiyaç olup olmadığını saptayabilmek adına çok önemlidir. Hastanın opere olmaya yönelik motivasyonu ve yaşam biçimini değiştirme çabası operasyon öncesi yeme ve egzersiz davranışlarına önemli bir katkı sağlar. Adayların operasyon öncesi düzenli olarak uyguladığı diyet programı operasyon sonrası sürece daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olur (Snyder, 2009). Bu bölümde adayın beslenme alışkanlıkları, yeme sıklığı, günlük atıştırma miktarı ve yapılandırılmış bir yeme planı olup olmadığı, en çok ne tür yiyecekleri sevdiği ve en sevdiği yiyeceğin ne olduğu gibi sorular sorulur (Sogg ve Mori, 2004; Wadden ve Sarwer, 2006). Adayın yeme davranışında herhangi bir sorun olduğu düşünüldüğü takdirde adaydan günlük yediği miktarın ayrıntılı bir şekilde yer aldığı bir yeme kaydı tutması istenebilir. Yeme kaydı adayın sağlıklı yeme alışkanlıkları, porsiyon miktarı, besin seçimleri, yüksek kalorili besinleri ne oranda tükettiği ve tıknırcasına yeme özellikleri gösterip göstermediği ile ilgili bilgi sağlar (Sogg, 2012).

Yapılan görüşme sonunda bazı adayların yeme bozukluğu semptomları sergilediği görülebilir (Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Bulimiya Nervoza (BN), Gece Yeme Sendromu (GYB) gibi). Adayda görülen yeme bozukluğu klinisyen tarafından DSM-IV-TR (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) tanı kriterleri doğrultusunda ya da yapılandırılmış ve standardize edilmiş ölçekler yardımıyla belirlenir. Yeme bozuklukları hastanın operasyon sonrası sağlığını da etkileyeceği için bu bölümde dikkatli olmak ve adayı ihtiyaç halinde tedavi için operasyon öncesi süreçte ilgili birime yönlendirmek gerekmektedir (Allison, v.d., 2006). Bu araştırmada yeme bozukluğu semptomlarından en sık görülenleri 'Obezite ve Psikopatoloji' bölümünde detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

4) Tıbbi Öykü

Adayın detaylı olarak tıbbi değerlendirmesi obezite cerrahisi ekibinin ilgili uzmanları tarafından yapılır. Bununla birlikte psikolojik değerlendirme içinde de adayın ve adayın ailesinin kısa bir tıbbi öyküsünü almak önemlidir. Adaya ne tür sağlık sorunları olduğu, bunları ne kadar süredir yaşadığı ve tedavisi için neler yaptığı ve hangi ilaçları kullandığı kısaca sorulur. Bu bölümde adayın tıbbi sorunlarının sayısına odaklanmak kadar hastalıkları ile ilgili yeterli bilgisi olup olmadığına da dikkat edilir.

5) Alkol ve Madde Kullanım Öyküsü

Adaylardan sigara, alkol ve madde kullanım öyküleri alınır. Bağımlılık düzeyinde sigara, alkol ve madde kullanımı operasyon için kontraendikasyona neden olabileceğinden operasyon süreci başlamadan önce aday mutlaka ilgili uzamana yönlendirilip tedavi edilmelidir (Norris, 2007).

6) Motivasyonu ve Operasyon Sonuçları ile İlgili Beklentileri

Adaylara operasyon sonrası süreçte kaç kilo vermeyi beklediği ve operasyondan sonra sağlığında ne tür iyileşmeler beklediği ile ilgili sorular sorulur. Bu sorunun amacı adayın operasyondan neler beklediğini ve bu beklentilerinin ne düzeyde gerçekçi olduğunu belirleyebilmektir. Örneğin bazı adaylar operasyona girmeden önce toplam kilolarının % 60 - % 70 kadarının gideceğini düşünebilirler ve bu durum adayların gerçekçi olmayan bir beklenti içine girmesine neden olabilir. Çünkü morbid obezitesi (BKİ \geq 40) olan bireyler operasyondan sonra yavaş kilo vererek aşırı kilolu (overweight) olarak kalabilir. Bu nedenle adayların beklentilerinin düzeyinin ve gerçekçiliğinin belirlenmesi çok önemlidir. Eğer adayın gerçekçi olmayan bir beklentisi varsa aday operasyon sonrası sürece büyük önem atfedebilir ve değişiklik beklentisi yüksek olabilir. Örneğin sosyal olarak izole olmuş bir aday operasyon sonrası sosyal hayatının çok yoğun olacağını düşünebilir. Bu nedenle gerçekçi olmayan beklentileri tespit edilen adayların operasyon sonrası sürece uyumunu kolaylaştırmak ve artırmak için ilgili uzmana ye da tedavi/terapi

programına yönlendirilmesi önem taşımaktadır (Sogg ve Mori, 2004; Wadden ve Sarwer, 2006).

7) Cerrahi Yöntem ve Yaşam Tarzına Etkisi Hakkındaki Bilgi Düzeyi

Psikolojik değerlendirilmenin önemli bölümlerinden bir diğerini oluşturan bu kısımda adaya operasyonla ilgili detaylı olarak ne bildiği; operasyonla ilişkili olarak oluşabilecek risklerin ve operasyonun olası sonuçlarının ne olduğunu bilip bilmediği; operasyon sonrası başarı için yaşam biçiminde neleri değiştirmesi gerektiğini bilip bilmediği sorulur. Adayın ne tür bir operasyon geçireceği konuşulan konunun detaylarını belirler. Eğer adaylar bu faktörler ile ilgili olarak detaylı ve net bir açıklama yapamıyorlarsa ilgili uzmana (cerrah ya da beslenme uzmanı) tekrar yönlendirilir.

Bazen nadir de olsa adayların soruları anlaması için entellektüel seviyelerinin yeterli olmadığı görülebilir. Böyle bir durumda aday gerekli ölçümler yapılabilmesi için ilgili birime yönlendirilmelidir (Snyder, 2009).

8) Sosyal Destek Öyküsü

Bariatric cerrahi sonrası hızlı kilo kaybı ile birlikte bireylerin aile üyeleri, iş arkadaşları ve sosyal ilişkilerinde sıklıkla değişimler oluşur. Bu değişimler genelde olumlu olmasının yanı sıra bazen operasyon geçiren kişinin yaşamına olumsuz olarak da etki edebilir. Bu nedenle değerlendirme görüşmesinde adaylara kiminle yaşadığı, birlikte yaşadığı kişilerin operasyona nasıl tepki verdiği, ailede başka kilo sorunu yaşayan kişilerin olup olmadığı ve operasyon sonrasında kendisine kimin yardımcı olacağı sorulur. Bununla birlikte adaylardan kilo verme sürecinde kendisini sabote edebilecek biri olup olmadığı, kilo vermesi durumunda ilişki içinde bulunduğu kişi tarafından engellenme ihtimalinin olup olmadığı konusunda da bilgi alınır. Adayın sosyal ağı ve ilişki öyküsü hastanın bu tür sosyal zorluklarla nasıl başedeceği konusunda bilgi verir (Snyder, 2009; Sogg ve Mori, 2004; Wadden ve Sarwer, 2006).

9) Şimdiki ve Geçmiş Psikolojik/Psikiyatrik İşlevselliği.

Bu bölümde psikiyatrik değerlendirmenin en temel amacı hastanın operasyonun üstesinden gelebilme becerisini bozabilecek herhangi bir psikiyatrik durumun var olup olmadığını belirleyebilmektir. Adayın depresyon, anksiyete, mani, psikoz, intihar düşüncesi, madde kötüye kullanımı, istismar öyküsü, dürtüsel ya da kendine zarar verici davranışlarının olup olmadığı, zihinsel sağlık öyküsü ve geçmiş tedavi deneyimlerine ilişkin semptomları taranır. Ek olarak 'Mini Mental Durum Değerlendirmesi' yapılır (Snyder, 2009; Sogg ve Mori, 2004).

Adayın psikolojik durumu görüşme esnasında sorulara ne şekilde cevap verdiği, görünümü, konuşması, düşüncesi, duygulanım (mood) ve duygu durumlarının (affect) uygunluğu açısından değerlendirilir (Wadden ve Sarwer, 2006).

Yapılan son çalışmalar morbid obezitesi olan kişilerde depresyonun yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Yapılan çalışmalar BKİ'si 40 üstü olan kişilerin geçmiş yıllarda en az bir defa depresif epizod içine girmiş olduklarını göstermektedir (Harvard Mental Health Letter, 2008). Operasyon öncesi değerlendirmelerle ilgili yapılan çalışmalarda ise % 23 ile % 47 arasında adayın psikotrop ilaç kullandığını görülmektedir (Akt., Wadden ve Sarwer, 2006). Eğer adayın depresyon düzeyi, tedavi ekibinin önerilerine uyum yeteneğini bozacak ölçüde şiddetliyse, intihar düşüncesi varsa veya bipolar bozukluk ya da psikotik bozukluktan şüpheleniliyorsa müdahale gerekebilir.

Depresyona ek olarak anksiyete de hastanın operasyon süreci ile ilgili baş etme becerilerini bozabilir. Anksiyete bozukluğu olan adaylar operasyon öncesi ve sonrasında beklenmedik tıbbi bir gelişme yaşandığında ya da tedavi planında bir değişiklik yapıldığında endişelerini kontrol etmekte zorlanabilirler (Snyder, 2009; Sogg ve Mori, 2004).

Adayların fiziksel ya da cinsel istismara uğrayıp uğramadıkları ile ilgili de bilgi alınması gerekmektedir. Eğer adayların travmatik yaşantıları varsa ve adaylar duygusal sıkıntıları ile başedebilmek için yemek yiyorsa bu noktada adayın anlamlı bir miktarda kilo kaybetmesi sonucu oluşabilecek duygusal reaksiyonlar da dikkate

alınmalıdır. Adaylar bu konuda bilgilendirilmeli ve karşılaşılabilecekleri güçlükler ile ilgili yardım alması için cesaretlendirilmelidir (Snyder, 2009).

Psikolog tarafından ayrıntılı bir şekilde taranan bu alanlar ve cevaplanan sorular sonrasında değerlendirmenin ikinci kısmı olan psikolojik testlere geçilebilir.

B. Psikolojik Testler

Bariatrik cerrahi adayları ile yapılan subjektif verilere dayalı klinik görüşme için objektif ölçüm araçları görüşmeyi tamamlamak için kritik bir bilgi sağlar. Bariatrik cerrahi adaylarının ne tür bir psikolojik değerlendirmeden geçtiği ile ilgili olarak yapılmış bir çalışma araştırmacıların/uzmanların % 98.5'inin klinik görüşmeyi, % 63.4'ünün de klinik görüşmeyle birlikte kişilik testlerini kullandığını göstermektedir (Fabricatore, v.d., 2006).

Cerrahi öncesi bir psikolog/uzman tarafından değerlendirilecek olma fikri adaylarda rahatsızlık, kararsızlık yaratabilmekte ve adaylar klinik görüşme yapılırken operasyon sürecine psikolojik olarak uygun gözükme için büyük bir baskı hissedebilmektedir. Bu baskı aday tarafından verilen bilginin kasıtlı ya da kasıtsız olarak çarpıtılmasına neden olabilir. Objektif testler ile adayın verdiği bilginin doğruluğunun belirlenmesine çalışılır (Snyder, 2009).

Testler doldurulmadan önce adaylar testleri dürüst ve doğru olarak doldurmaları için cesaretlendirilmelidir. Adayların endişelerini azaltmak için testlerin geçme veya kalma testleri olmadığı ve herhangi birinin operasyon olmaya engel oluşturmayacağı söylenmelidir.

Objektif testlerden elde edilen veriler adayların psikopatoloji, kişilik bozuklukları, psikososyal stresörler ve operasyon sürecine uyum ve uyumsuzluk konularında olası zorluk alanlarını değerlendirmek için kullanılır. Kullanılan testlerden bazıları şunlardır: Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), DSM-III-R İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II), Yeme Tutum Testi, Yeme Bozukluklarını

Değerlendirme Ölçeği, ...vb. Ölçüm araçlarından elde edilen bu veriler hastanın operasyon süreci ve sonrası ile ilgili ameliyat ekibine bilgi vermektedir. Yöntem ve uygulama bölümünde bu araştırmada kullanılan ölçekler detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

C. Obezite Cerrahisi İçin Kontraendikasyonlar

Obezite cerrahisi adaylarının ne şekilde psikolojik değerlendirmelerinin yapılacağı ile ilgili net bir karar olmadığı gibi adayların opere olmasına engel olabilecek kontraendikasyonlar konusunda da verilmiş ortak bir karar yoktur. Bu konuda yurt dışında yapılmış çalışmalarda % 51.5 uzman operasyon için engel oluşturabilecek net bir psikiyatrik durum bildirmemişken, % 44.3'ü madde kullanım bozukluğu, % 41.8 yeme bozukluğu; % 30.9 psikotik bozukluk; % 25.8 majör depresif bozukluk ve % 25.8'i intihar eğilimi gibi durumları kontraendikasyon nedeni olarak bildirmişlerdir.

Psikiyatrik olmayan kontraendikasyon nedeni olarak ise sıklıkla tedavi uyumsuzluğu (non-adherence) (%43.2), cerrahi yöntem ile ilgili bilgi eksikliği (% 35.6), cerrahi ile ilgili rasyonel olmayan beklentiler (%24.2) ve sosyal destek azlığı gösterilmiştir (Wadden ve Sarwer, 2006).

Bauchowitz ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre (2005) birçok cerrahi program tarafından kesin kontraendikasyon olarak tanımlanabilecek alanlar: yasa dışı-reçetesiz ilaç kullanımı (illicit drug use) % 89, psikoz (%86), ileri derecede mental retardasyon (% 82), şimdiki içicilik-içki alışkanlığı (current heavy drinking) % 78, birden fazla kez (%62) ve son kez yapılan intihar teşebbüsü (%61); bipolar bozukluğun aktif semptomları, şimdiki depresif semptomlar (% 53) ve obsesif kompulsif bozukluk semptomlarıdır (% 52). Cerrahi ile ilgili bilgi azlığı ve anlamlı tıbbi uyumsuzluk % 69 ile % 78 uzman tarafından kontraendikasyon nedeni olarak ele alınmıştır.

D. Psikolojik Değerlendirme Raporu

Psikolojik değerlendirme sonucunda elde edilen bu bilgiler cerrahi ekibe kısa bir raporla özetlenir. Bu rapor, adayın Şimdiki ve geçmiş psikiyatrik durumu, test sonuçları, genel sonuçlar ve öneriler kısımlarının özetlerini içerir.

Kilo vermek için uygulanan cerrahi yöntem ancak geniş çaplı tıbbi ve psikolojik değerlendirme bilgileri ışığında yapılabilir. Adayı değerlendiren uzmanlar dikkatli olmalıdır. Adayı cerrahiye eriŐimde sınırlandırmamakla birlikte operasyonun olası zorluklarını çok iyi bir Şekilde anlatmalı ve gerekiyorsa hasta geleneksel yöntemlere ve değerlendirmede sorun tespit edilen alanın ilgili uzmanına yönlendirilmelidir.

AMAÇ VE HİPOTEZLER

Literatürde sözü geçen bulgular ışığında kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi seçen grubun yeme ile ilgili tutum ve davranışlar, yeme bozukluğu semptomlarının varlığı, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, diyet ve egzersize devamlılık, fiziksel sağlık ve tedavi motivasyonu açısından daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. Bu dezavantajlı durum obez bireylerin daha fazla kilo almasına neden olup bu kişileri cerrahi sürece götüren nedenler olmasının yanı sıra cerrahi adaylarının operasyon sonrası süreçte tedaviye uyumunu güçleştiren faktörler olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Öte yandan Türkiye’de obezite cerrahisi adaylarının yeme bozukluğu semptom düzeylerini, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeylerini, psikopatoloji düzeylerini, yeme tutum ve davranışları gibi yeme özelliklerini ve tedavi motivasyonlarını -tedavi motivasyonunu ölçmeyi sağlayacak bir ölçek geliştirme çalışması dışında (Deveci, v.d., 2012)- bir arada değerlendiren ve karşılaştıran herhangi bir kontrollü çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu verilerden yola çıkarak bu tanımsal özellikli çalışmanın temel amacı, kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi seçen morbid obez adayların (Cerrahi Adayı Grup-CAG), kilo verme yöntemi olarak morbid obez olup obezite cerrahisi istemeyen veya morbid obez olmayan bireylere göre (Kontrol Grubu-KG), başta yeme bozukluğu semptom düzeyleri olmak üzere, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, tedavi motivasyonları, yeme özellikleri ile beraber diyet-egzersiz davranış ve tutumları, kilo alma ve verme nedenleri ve fiziksel hastalık sayısı açısından herhangi bir farklılık gösterip göstermediklerini araştırmaktır. Bunun yanı sıra CAG’ın kendi içinde literatürde bildirilenler doğrultusunda I. Eksendeki psikopatoloji sıklıklarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenecektir.

Çalışmada ayrıca yan amaç olarak cerrahi operasyon adayı morbid obez vakalarda risk faktörleri arasında sıralanmış olan başta yeme bozukluğu semptom düzeyi ve beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyi olmak üzere, tedavi motivasyonu, DSM-IV I. Eksen ve II. Eksen psikopatoloji tanı sıklığının; çocukluk

çağı obezite öyküsünün, yeme özelliklerinin, fiziksel egzersiz davranışının ve fiziksel hastalık sayısının ve yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyodemografik faktörlerin BKİ düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkileri sorgulanacaktır. Bununla birlikte CAG'ın cerrahi operasyon gerekçeleri ve kilo verme ve alma nedenleri de ayrıca değerlendirilecektir.

Bu doğrultuda araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Hipotez 1. CAG'ın Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)-Yeme Kısıtlama (K) alt test puanı (kısıtlama açısından yeme bozukluğu semptomları), Yeme ile ilgili Endişeler (YE) alt test puanı (yeme ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları), Beden ile ilgili Endişeler (BE) alt test puanı (beden ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları) ve YBDÖ toplam puanı (yeme bozukluğu bütün semptomları) ile ölçülen yeme bozukluğu semptom düzeyi puanları KG'den yüksek olacaktır.

Hipotez 2. CAG'ın Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA) toplam puanı (beden bölgelerinden hoşnutsuzluk) ve yüz (Y) (yüzden hoşnutsuzluk), beden üyeleri (BÜ) (beden üyelerinden hoşnutsuzluk) ve gövde (G) (gövdeden hoşnutsuzluk) alt testleri ile ölçülen beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri KG'den düşük olacaktır.

Hipotez 3. CAG ile KG, Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) ile belirlenen tedavi motivasyonu (değişim evreleri) kategorilerindeki sıklık dağılımı açısından farklılaşacaktır.

Hipotez 4. CAG'ın şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışları ile diyet ve egzersiz tutumları KG'den anlamlı olarak farklı olacaktır.

Hipotez 5. CAG'ın fiziksel hastalık sayı ortalaması KG'den yüksek olacaktır.

Hipotez 6. CAG'ın kendi içinde, kadınların SCID-I ile değerlendirilen I. Eksen toplam tanı sayısı erkeklerden anlamlı derecede yüksek olacaktır.

Araştırmada yan amaçlar doğrultusunda ise aşağıdaki soruların cevapları da ayrıca sorgulanacaktır:

Soru 1. CAG'ın kendi içinde, YBDÖ-K, YE, BE alt test puanları (kısıtlama açısından yeme bozukluğu semptomları, yeme ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları, beden ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları) ile YBDÖ toplam puanı (yeme bozukluğu bütün semptomları); BBÖHOA-Y, BÜ, G alt test puanları (yüzden hoşnutsuzluk, beden üyelerinden hoşnutsuzluk ve gövdeden hoşnutsuzluk) ile BBÖHOA toplam puanı (beden bölgelerinden hoşnutsuzluk); ODEÖ puanı (tedavi motivasyonu), SCID-I ve SCID-II ile ölçülen I. ve II. Eksen tanı sayısı BKİ'yi anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

Soru 2. CAG'ın kendi içinde, çocukluk çağı obezite öyküsünün varlığı, şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışları ile diyet ve egzersiz tutumları, ve fiziksel hastalık sayısı BKİ'yi anlamlı derecede yordamakta mıdır?

Soru 3. CAG'ın kendi içinde, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve sosyo-ekonomik seviye (SES) BKİ'yi anlamlı derecede yordamakta mıdır?

Soru 4. CAG'ın kendi içinde, cerrahi operasyon gerekçeleri ile CAG ve KG'nin kilo verme ve alma nedenlerinin yüzde sıklık dağılımları nasıldır?

BÖLÜM 2

YÖNTEM

I. KATILIMCILAR

Araştırmada obezite tedavisi için cerrahi operasyon geçirmek isteyen ‘Cerrahi Adayı Grubu’ (CAG) ve ‘Kontrol Grubu’ (KG) olmak üzere her biri 25 kişiden oluşan iki grupta toplam 50 katılımcı yer almıştır.

A. Araştırma (Cerrahi Aday) Grubu (CAG)

İstanbul Üniversitesi (İÜ) İstanbul Tıp Fakültesi (İTF), Psikiyatri Anabilim Dalı, Yeme Bozuklukları Birimi’ne İÜ İTF İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı tarafından psikolojik ve psikiyatrik ön değerlendirmesi yapılması için yönlendirilen obezite tedavisi için cerrahi operasyon olmak isteyen adaylardan aşağıda belirtilen işleme kriterlerine uyan araştırmaya katılmaya gönüllü 25 kişi bu gruba dahil edilmiştir:

İşleme Kriterleri;

- BKİ’si 40 ve üstü olan (morbid obez),
- Gerekli fiziksel ve labarotuvuar tetkikleri sonucunda obezite tedavisi için cerrahi operasyon geçirmesi uygun görülen,
- 17-65 yaş arası,
- Sorulan soruları anlayabilecek, verilen ölçek ve formları okuyup algılayabilecek miktarda mental beceriye sahip 25 kişi bu gruba dahil edilmiştir.

Dışlama Kriterleri;

- Okur – yazar olmayan,
- BKİ 40 altı olan (morbid obez olmayan) kişiler bu gruba dahil edilmemiştir.

B. Kontrol Grubu (KG)

İçleme Kriterleri;

- CAG ile cinsiyet açısından yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve ekonomik düzey açısından eşlenmiş,
- BKİ 30 ve üstü olan,
- Kilo vermek için cerrahi yöntemi kullanmayı düşünmeyen,
- Sorulan soruları anlayabilecek, verilen ölçek ve formları okuyup algılayabilecek miktarda mental beceriye sahip 25 kişi bu gruba dahil edilmiştir.

Dışlama Kriterleri;

- BKİ 30 ve altı olan (obez olmayan),
- Gebe olan,
- Sorulan soruları, verilen ölçek ve formları okuyup algılayabilecek miktarda mental beceriye sahip olmayan,
- Daha önce obezite tedavisi için cerrahi operasyon geçirmiş kişiler bu gruba dahil edilmemiştir.

CAG ve KG'de Demografik Değişkenler

Bu içleme ve dışlama kriterleri doğrultusunda araştırmada yer almış olan CAG ve KG katılımcılarının cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir seviyesi ve kronik/fiziksel hastalık varlığı kategorilerindeki sıklık dağılımları ile yaş ortalamaları tablo 5'de görülebilir.

CAG'dakiler 17-63 yaş arasında olup, yaş ortalaması 38.64 ve standart sapması 13.19'dur. KG ise 19-60 yaş arasındadır ve yaş ortalamaları 35.96, standart sapması da 12.22'dir. Yapılan bağımsız örneklemelerde ortalamaların farkı testi sonucuna göre iki grup arasında yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t_{(48)} = -.745, p > .05$) (Tablo 5).

CAG'ın %56'sı kadın (n=14) ve %44'ü erkektir (n=11). KG ise cinsiyet açısından CAG ile birebir eşleşmiştir. İki grubun cinsiyet dağılımları arasında anlamlı bir fark yoktur ($X^2_{(1)}=0,612$, $p>.05$) (Tablo 5).

CAG'da katılımcıların % 4'ü okuryazar (n=1), % 16'sı ilkokulu mezunu (n=4), % 36'sı ortaokul mezunu (n=9), % 24'ü lise mezunu (n=6), % 20'si üniversite ve üstü eğitime (n=5) sahiptir. KG'nin ise %19.7'si ilkokul (n=4), %8.3'ü ortaokul (n=2), %20.8'i lise mezunu (n=5), %54.2'si de üniversite ve üstü eğitime (n=13) sahiptir. CAG ve KG'nin eğitim durumu dağılımları ilkokul ve altı eğitim ile ortaokul ve üstü eğitim olarak 2 kategoride karşılaştırılmış, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2_{(1)}=0.527$, $p>.05$) (Tablo 5).

Bu çalışmada yer alan CAG'ın % 40'ı bekar (n=10), %60'ı evli (n=15) iken KG'nin %44'ü bekar (n=11), %56'sı evlidir (n=14). Medeni durum açısından karşılaştırılan iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2_{(1)}=0.5$, $p>.05$) (Tablo 5).

Düşük ve orta, orta ve üstü olarak iki kategori halinde karşılaştırılan CAG ve KG'nin gelir düzeyi dağılımlarının da benzer olduğu ki kare testinde tespit edilmiştir ($X^2_{(1)}=0.385$, $p>.05$). Buna göre daha detaylı olarak ele alındığında, CAG'ın %16.7'si düşük (n=4), %37.5'i orta (n=9), %25'i orta üstü (n=6), %20.8'i yüksek gelir düzeyinde (n=5) olduklarını bildirmişlerdir. KG'nin ise %25'i düşük (n=6), %37.5'i orta (n=9), %16.7'si orta üstü (n=4), %20.8'i de yüksek gelir düzeyinde (n=5) olduklarını bildirmişlerdir (Tablo 5).

Fiziksel hastalık varlığı açısından da karşılaştırılan CAG ve KG'nin fiziksel hastalık dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2_{(1)}=0.016$, $p<.05$). Buna göre CAG'ın %84'ünün en az bir fiziksel hastalığı varken (n=21) bu oran KG'de % 52 olarak görülmektedir (n=13) (Tablo 5).

Tablo 5. CAG ve KG’de yer alan tüm katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir seviyesi ve kronik/fiziksel hastalık varlığına göre ham ve yüzde sıklık dağılımları

		CAG % (N)	KG % (N)	Toplam % (N)	Test İstatistiği
Cinsiyet	Kadın	56 (14)	56 (14)	56 (28)	$X^2_{(1)}=0.612$
	Erkek	44 (11)	44 (11)	44 (22)	
Eğitim	İlkokul ve altı	20 (5)	16,7 (4)	18,4 (9)	$X^2_{(1)}=0.527$
	Ortaokul ve üstü	80 (20)	83,3 (20)	81,6 (40)	
Medeni Durum	Bekar	40 (10)	44 (11)	42 (21)	$X^2_{(1)}=0.500$
	Evli	60 (15)	56 (14)	58 (29)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	40 (10)	52 (13)	46 (23)	$X^2_{(1)}=0.285$
	Çalışmıyor	60 (15)	48 (12)	54 (27)	
Gelir Seviyesi	Düşük ve orta	54,2 (13)	62,5 (15)	58,3 (28)	$X^2_{(1)}=0.385$
	Üst orta ve yüksek	45,8 (11)	37,5 (9)	41,7 (20)	
Fiziksel Hastalık Varlığı	Var	84 (21)	52 (13)	68 (34)	$X^2_{(1)}=0.016^*$
	Yok	16 (4)	48 (12)	32 (16)	
Yaş	X	38,64	35,96	37,30	$t_{(48)}=-0.745$
	SS	13,19	12,22	12,65	

* $p < .05$

CAG ve KG’nin BKİ seviyelerinin yüzde sıklık dağılımı ile BKİ seviyelerinin ortalama, standart sapma ve ranj değerleri ise Tablo 6’de özetlenmektedir. CAG grubunun % 28’i morbid obez (BKİ 40 – 49.5), % 72’si ise süper obezdir (BKİ 50 ve üstü). KG grubunun ise % 36’sı hafif obez/şişman (BKİ 30 – 34.9), % 56’sı şiddetli obez/şişman (BKİ 35 – 39.9), % 4’ü morbid obez (BKİ 40 – 49.9), % 4’ü süper obezdir (BKİ 50 ve üstü).

Tablo 6. Katılımcıların BKİ'ye göre yüzdeleri ile BKİ seviyelerinin ortalama, standart sapma ve ranj değerleri

	CAG % (N)	KG % (N)
Hafif Obez/Şişman (30 – 34.9)	% 0 (0)	% 36 (9)
Şiddetli Obez/Şişman (35 – 39.9)	% 0 (0)	% 56 (14)
Morbid Obez (40 – 49.9)	% 28 (7)	% 4 (1)
Süper Obez (50 ve üstü)	% 72 (18)	% 4 (1)
BKİ		
Ortalama	53.09	36.5
SS	6.92	6.11
Ranj	40.00-69.09	30.87-61.90

CAG ve KG'de Beslenme Alışkanlıkları

CAG'ın ve KG'de yer alan katılımcıların beslenme alışkanlıkları Tablo 7'da özetlenmiştir. Kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olduğu durumlarda CAG ve KG arasındaki farklar X^2 (Ki-kare) bağımsızlık testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 7). Analizlere göre bir gün içinde tüketilen ana öğün sayısından CAG'ın % 36'sının 2 büyük ana öğün, % 64'ünün 3 büyük ana öğün yediği; % 56'sının hiç ara öğün yemediği; % 24'ünün 1 ara öğün, % 12'sinin 2 ara öğün, % 8'inin ise 3 ara öğün yediği, KG'nin % 56'sının en az 2 ana öğün, % 44'ünün ise 3 ana öğün yediği; % 32'sinin hiç ara öğün yemediği, % 20'sinin 1 ara öğün, % 40'ının 2 ara öğün, % 4'ünün ise en az 3 ara öğün yediği bulgulanmıştır.

Katılımcılardan CAG'ın % 68'i gün içinde ana öğünlerini atladığını, % 8'i atlamadığını, % 24'ü bazen atladığını; KG'nin ise % 80'i gün içinde ana öğünlerini atladığını, % 8'i atlamadığını, %12'si ise bazen atladığını bildirmiştir (Tablo 7).

CAG'ın % 32'si fast food (hızlı hazır yiyecek) türü yiyeceklerle beslenmediğini, % 28'i haftada 1 defa yediğini, % 40'ı haftada en az 2 defa yediğini; KG'nin ise % 24'ü fast food (hızlı hazır yiyecek) türü yiyeceklerle beslenmediğini, % 12'si haftada 1 defa yediğini, % 64'ü de haftada en az 2 defa yediğini söylemiştir (Tablo 7).

CAG ve KG öğün aralarında tükettikleri besin çeşidine göre de incelenmiştir (Tablo 7). Besinler yüksek (hamur işi, tatlı, bisküvi, çikolata ve cips), orta (kuruyemiş, kuru meyve, şekerli içecekler) ve düşük kalori (meyve, süt, yoğurt, peynir ve sandviç) olmak üzere 3 ana gruba ayrılmıştır. Buna göre CAG'ın % 32'si gün içinde yoğunlukla yüksek kalorili yiyeceklerle beslenirken, %44'ünün yüksek, orta ve düşük kalorili yiyeceklerin hepsinden benzer miktarda tükettiği, % 24'ünün ise daha çok orta ve düşük kalorili yiyeceklerle beslendiği bulgulanmıştır. Kontrol grubu ise öğün aralarında tüketilen besin çeşidine göre CAG'dan anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($X^2_{(2)}=.928$, $p>.05$). Bulgulara göre, KG'nin %36'sı gün içinde yoğunlukla yüksek kalorili yiyeceklerle beslenirken, % 44'ü yüksek, orta ve düşük kalorili yiyeceklerin hepsinden benzer miktarda tüketmekte, % 20'si ise daha çok orta ve düşük kalorili yiyeceklerle beslenmektedir.

CAG ve KG, bir gün içinde tükettikleri su miktarı açısından da karşılaştırılmıştır (Tablo 7). Buna göre CAG'ın % 20'si bir gün içinde 1 litreden az su içmekte, %68'i 1 ile 2 litre arasında su içmekte, % 12'si 2 litreden fazla su içmektedir. KG'nin ise % 52'si bir gün içinde 1 litreden az su içmekte, % 40'ı 1 ile 2 litre arasında su içmekte, % 8'inin de 2 litreden fazla su içmekte olduğu bulgulanmıştır.

Tablo 7. CAG ve KG'nin beslenme alışkanlıkları (Tüketilen öğün miktarı, ara öğün tüketimi, öğün atlama, fast-food tüketimi, tüketilen besinlerin kalori türü, günlük tüketilen su miktarı) sıklık dağılımı

	CAG % (N)	KG % (N)	Toplam % (N)	Test İstatistiği
Tüketilen öğün miktarı				
1 Ana öğün	0 (0)	4 (1)	2 (1)	
2 Ana öğün	36 (9)	52 (13)	44 (22)	
3 Ana öğün	64 (16)	44 (11)	54 (27)	
Ara öğün yok				
En az 1 ara öğün	56 (14)	32 (8)	44 (22)	
En az 2 ara öğün	24 (6)	20 (5)	22 (11)	
En az 3 ara öğün	12 (3)	40 (10)	26 (13)	
	8 (2)	8 (2)	8 (4)	
Ana öğün atlama				
Var	68 (17)	80 (20)	74 (37)	
Yok	8 (2)	8 (2)	8 (4)	
Bazen	24 (6)	12 (3)	18 (9)	
Fast-food tüketimi				
Haftada 1	28 (7)	12 (3)	20 (10)	
Haftada en az 2	40 (10)	64 (16)	52 (26)	
Yok	32 (8)	24 (6)	28 (14)	
Tüketilen besin kalorisi				
Yüksek	32 (8)	36 (9)	34 (17)	$X^2_{(2)}=0.928$
Yüksek, düşük, orta	44 (11)	44 (11)	44 (22)	
Orta ve düşük	24 (6)	20 (5)	22 (11)	
Tüketilen su miktarı				
1 litreden az	20 (5)	52 (13)	36 (18)	
1-2 litre arasında	68 (17)	40 (10)	54 (17)	
2 litreden fazla	12 (3)	8 (2)	10 (5)	
Toplam	100 (25)	100 (25)	100 (25)	

CAG ve KG'de Klinik Özellikler ve CAG'da Psikiyatrik Eş Tanı

CAG ve KG'de Klinik Özellikler

CAG ve KG'nin klinik özellikleri vaka sayısının yeterli olduğu durumlarda karşılaştırmalı, yetersiz olduğu durumlarda ise her biri kendi içlerinde ele alınarak değerlendirilmiştir.

Yapılan karşılaştırmalı analizlerde Tablo 8'da belirtildiği gibi CAG'ın % 72'sinin metabolik herhangi bir hastalığı (insülin direnci, diyabet, hipotiroid ve hiperlipidemi gibi) varken KG'de bu oran % 28'dir. İki grup arasında metabolik hastalık varlığı yüzde sıklık dağılımları açısından anlamlı bir farklılık vardır ($X^2_{(1)}=9,68$, $p<.01$). Daha önce görülen psikiyatrik tedavi açısından karşılaştırılan CAG ve KG grubu arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2_{(1)}=0.10$, $p>.05$). CAG'ın % 32'si, KG'nin ise % 33,3'ü daha önce psikiyatrik bir tedavi görmüş olduğunu söylemektedir. İki grup şu anda fiziksel ya da psikiyatrik bir sorun nedeniyle doktor kontrollü ilaç kullanımı açısından da karşılaştırılmıştır. Buna göre CAG'ın % 80, KG'nin de % 40'ının şu an ilaç kullanımı vardır. İki grup arasında ilaç kullanımı yüzde sıklık dağılımları açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($X^2_{(1)}=8,33$, $p<.01$). Şu an kullanılan ilaçların ortalama süresi ele alındığında ise CAG ve KG arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($Z=-0.882$, $p>.05$).

CAG ve KG ailede (anne ve baba) fiziksel hastalık varlığı açısından ele alındığında CAG'ın % 96'sının, KG'nin ise % 62,5'inin ailesinde fiziksel bir rahatsızlığı olduğu görülmektedir. CAG'ın % 20'si, KG'nin % 4,2'si şu anda psikiyatrik bir tedavi içinde olduğunu; CAG'ın % 25'i KG'nin ise % 13,6'sı ailesinde psikiyatrik rahatsızlığın olduğunu söylemiştir. CAG ve KG arasındaki farklar ailede fiziksel hastalık varlığı, şu anki psikiyatrik tedavi varlığı ve ailedeki psikiyatrik rahatsızlık varlığı incelenirken kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olmadığı için istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır.

Tablo 8. CAG ve KG’de metabolik hastalık, önceki psikiyatrik tedavi varlığı, şu an ilaç kullanımı, ailede fiziksel hastalık varlığı, şu an psikiyatrik tedavi varlığı ve ailede psikiyatrik hastalık varlığının sıklık dağılımları ile şu an ilaç kullanım süresi ortalama ve standart sapma değerleri

		CAG	KG	Toplam	Test
		% (N)	% (N)	% (N)	İstatistiği
Metabolik Hastalık	Var	72 (18)	28 (7)	50 (25)	$X^2=9.68^*$
	Yok	28 (7)	72 (18)	50 (25)	
	Toplam	100 (25)	100 (25)	100 (50)	
Önceki Psikiyatrik Tedavi	Var	32 (8)	33,3 (8)	32,7 (16)	$X^2=0.10$
	Yok	68 (17)	66,7 (16)	67,3 (33)	
	Toplam	100 (25)	100 (24)	100 (49)	
Şu an İlaç Kullanımı	Var	80 (20)	40 (10)	60 (30)	$X^2=8.333^{**}$
	Yok	20 (5)	60 (15)	40 (20)	
	Toplam	100 (25)	100 (25)	100 (50)	
Ailede Fiziksel Hastalık	Var	96 (24)	62,5 (15)	79,6 (39)	
	Yok	4 (1)	37,5 (9)	20,4 (10)	
	Toplam	100 (25)	100 (24)	100 (49)	
Şu anki Psikiyatrik Tedavi	Var	20 (5)	4,2 (1)	12,2 (6)	
	Yok	80 (20)	95,8 (23)	87,8 (43)	
	Toplam	100 (25)	100 (24)	100 (49)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	25 (6)	13,6 (3)	19,6 (9)	
	Yok	75 (18)	86,4 (19)	80,4 (37)	
	Toplam	100 (24)	100 (22)	100 (46)	
Şu an ilaç kullanım ortalama Süresi	N	19	8		$Z=-0.882$
	Ort	22,26	32,06		
	SS	30,78	46,95		

*p<.05, **p<.01

CAG’da Psikiyatrik Eş Tanı

Obeziteye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sıklığı da ayrıca incelenmiştir. Psikiyatrik bozuklukların belirlenebilmesi için CAG’a SCID I ve II uygulanmıştır.

CAG ve KG'nin psikiyatrik bozukluk tanı ölçümleri birbirinden farklı olduğu için her iki grup da kendi içinde ele alınacaktır.

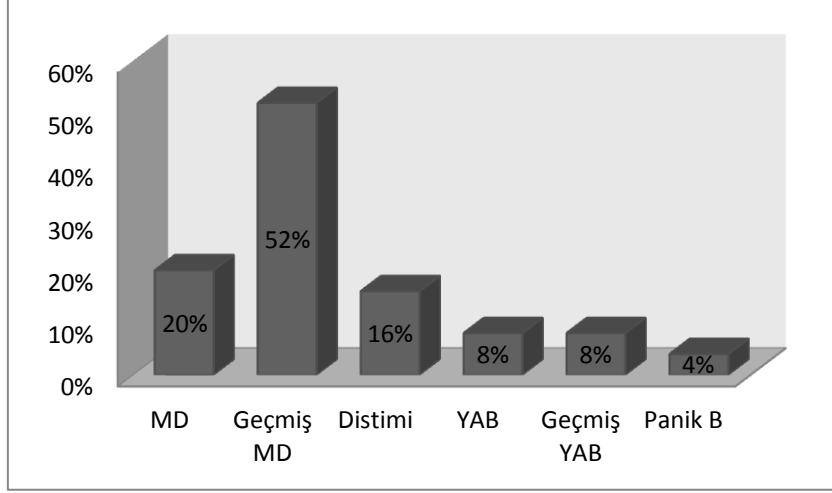
Tablo 9 ve Grafik 1'de görüldüğü gibi CAG'da I. Eksen'de en yaygın görülen psikiyatrik tanı % 52 ile Geçmiş Dönem Majör Depresyon (Geçmiş MD) olup diğer bozuklukların görülme oranları şu şekildedir; Majör Depresyon (MD) % 20, Distimi % 16, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) % 8, Geçmiş Dönem Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Geçmiş YAB) % 8, Panik Bozukluk (Panik B) % 4'tür. CAG'ın % 64'ü SCID-I'den tanı almıştır.

Tablo 9. CAG'a eşlik eden ve en çok görülen I. Eksen bozukluklarının sıklık dağılımı

		CAG
		% (N)
MD	Var	20 (5)
	Yok	80 (20)
Geçmiş MD	Var	52 (13)
	Yok	48 (12)
Disitimi	Var	16 (4)
	Yok	84 (21)
YAB	Var	8 (2)
	Yok	92 (23)
Geçmiş YAB	Var	8 (2)
	Yok	92 (23)
Panik B	Var	4 (1)
	Yok	96 (24)
Toplam SCID-I Tanı	Var	64 (16)
	Yok	36 (9)
Toplam		100 (25)

MD: Majör Depresyon, Geçmiş MD: Geçmiş Dönem Majör Depresyon, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Geçmiş YAB: Geçmiş Dönem Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik B: Panik Bozukluk

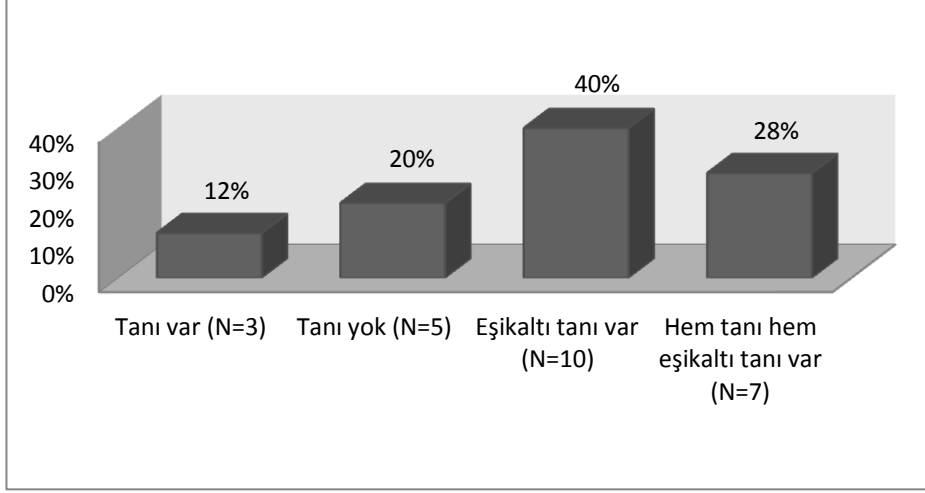
Grafik 1. CAG'a eşlik eden ve en çok görülen I. Eksen bozukluklarının sıklık dağılımı



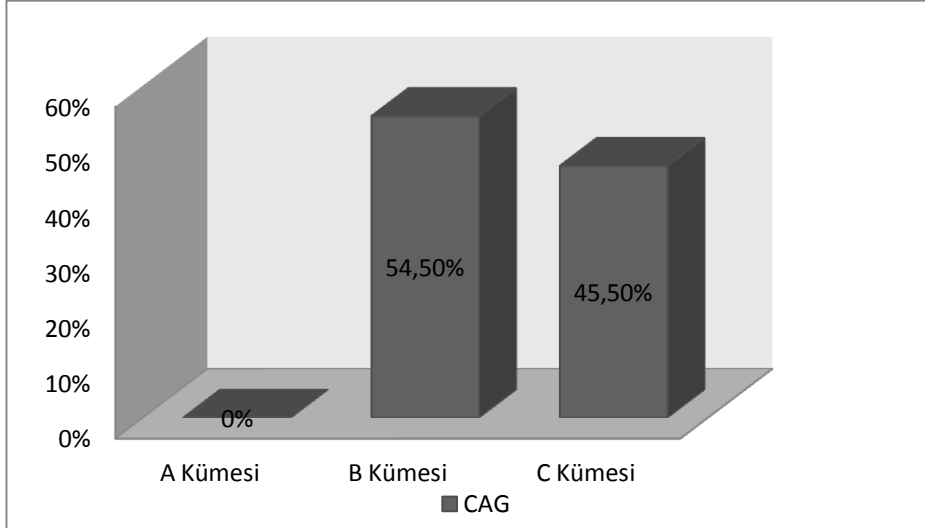
MD: Majör Depresyon, Geçmiş MD: Geçmiş Dönem Majör Depresyon, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Geçmiş YAB: Geçmiş Dönem Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik B: Panik Bozukluk

Yapılan analiz sonucunda CAG'ın % 12'sinin II. Eksen KB'den en az 1 tanı, % 28'inin hem en az 1 tanı hem de eşik altı tanı, % 40'ının sadece eşik altı tanı, % 20'sinin ise tanı almadığı bulgulanmıştır (Grafik 2). II. Eksen'de görülen kişilik bozukluklarından (KB) CAG'da en yaygın görülenleri ise şu şu şekildedir: B Kümesi KB % 54,5, C Kümesi KB % 45,5, A kümesi ise % 0'dır (Grafik 3). Kümeler kendi içinde incelendiğinde ise B Kümesi KB: Borderline KB % 12, Histrionik KB % 8, Narsisistik KB % 4, Antisosyal KB % 4; C Kümesi KB: AVOIDANT KB % 8, Bağımlı KB % 8, Obsesif Kompulsif KB % 4 olarak bulgulanmıştır. En yaygın görülen eşik altı tanı sıklığı ise B Kümesinde: Histrionik KB % 36, Borderline KB % 28, Narsisistik KB % 16, Antisosyal KB % 8; C Kümesinde: Obsesif Kompulsif KB % 12, AVOIDANT KB % 8, Bağımlı KB % 4; A Kümesinde: Şizoid KB % 4; Başka türlü adlandırılmayan kümesinde: Pasif Agresif KB % 16, Self defeating KB % 4'tür (Tablo 10).

Grafik 2. CAG'a eşlik eden II. Eksen kişilik bozukluklarının sıklık dağılımı



Grafik 3. CAG'a eşlik eden II. Eksen kişilik bozuklukları kümelerine göre sıklık dağılımı



Tablo 10. CAG'a eşlik eden II. Eksen bozukluklarının sıklık dağılımı

		CAG
		% (N)
Bordeline KB	Tanı alır	12 (3)
	Eşik altı	28 (7)
	Tanı almaz	60 (15)
Histrionik KB	Tanı alır	8 (2)
	Eşik altı	36 (9)
	Tanı almaz	56 (14)
Çekingen KB	Tanı alır	8 (2)
	Eşik altı	8 (2)
	Tanı almaz	84 (21)
Bağımlı KB	Tanı alır	8 (2)
	Eşik altı	4 (1)
	Tanı almaz	88 (22)
Narsisistik KB	Tanı alır	4 (1)
	Eşik altı	16 (4)
	Tanı almaz	80 (20)
Obsesif Kompulsif KB	Tanı alır	4 (1)
	Eşik altı	12 (3)
	Tanı almaz	84 (21)
Antisosyal KB	Tanı alır	4 (1)
	Eşik altı	8 (2)
	Tanı almaz	88 (22)
Pasif Agresif KB	Tanı alır	0 (0)
	Eşik altı	16 (4)
	Tanı almaz	84 (21)
Self defeating KB	Tanı alır	0 (0)
	Eşik altı	4 (1)
	Tanı almaz	96 (24)
Şizoid KB	Tanı alır	0 (0)
	Eşik altı	4 (1)
	Tanı almaz	96 (24)
Paranoid KB	Tanı alır	0 (0)
	Eşik altı	0 (0)
	Tanı almaz	100 (25)
Şizotipal KB	Tanı alır	0 (0)
	Eşik altı	0 (0)
	Tanı almaz	100 (25)
Toplam		100 (25)

II. Araştırma Materyalleri ve Ölçekleri

Bilgilendirilmiş Onay Formu: Araştırmaya katılan her katılımcının bilgilendirilmiş onayı alınmıştır. Araştırma amacı ve verilen bilgilerin gizliliği ile ilgili açıklamaların yer aldığı Bilgilendirilmiş Onam Formu CAG için Ek 1, KG için EK 2’de görülebilir.

Demografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen formda CAG ve KG katılımcılarının demografik bilgileri (yaş, çalışma durumu, medeni durum, eğitim, sosyo-ekonomik düzey, boy, kilo, BKİ, ideal kilo, şimdiki ve geçmiş psikiyatrik durum öyküsü, ilaç kullanımı, ilaç kullanım süresi, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü.), obezite başlangıç yaşı, çocukken şişman olup olmadığı (şişman çocukluk) fiziksel hastalık varlığı, toplam fiziksel hastalık sayısı, ailede fiziksel hastalık olup olmadığı katılımcılara sorulmuştur.

Ayrıca katılımcıların şimdiki diyet ve egzersiz davranışları için ‘Şu an doktor kontrolünde diyet yapıyor musunuz?, Haftada en az 3 gün yarım saatten fazla fiziksel aktivite yapar mısınız?’; geçmiş diyet ve egzersiz davranışları için ‘Daha önce kilo vermek için hangi yöntemleri denediniz?’; diyet ve egzersiz tutumları için ise ‘Diyet ve egzersiz yaparak kilo verebileceğinizi düşünüyor musunuz/inanıyor musunuz?’ soruları sorulmuştur.

Ek olarak demografik bilgi formunda vakalara cerrahi operasyon olma gerekçeleri (‘Bariatrik cerrahi olmak istiyor musunuz? Neden?’ sorusu ile), kilo alma nedenleri (‘Kilo almanızdaki en büyük etkenin ne olduğunu düşünüyorsunuz?’ sorusu ile), kilo verme nedenleri (‘Kilo verme amacınız nedir?’ sorusu ile) ve beslenme biçimleri (tüketilen ana ve ara öğün sayısı, öğüt atlama varlığı, fast food tüketim sıklığı, tüketilen besin çeşidi [Yüksek, orta ve düşük kalorili], 1 gün içinde tüketilen su miktarı) ile ilgili de sorular da sorulmuştur. Formdaki sorular araştırmacı tarafından katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda işaretleme yapılarak doldurulmuştur. CAG ve KG için kullanılan Demografik Bilgi Formu Ek 3’de görülebilir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Vücuttaki yağ oranını saptamada yaygın olarak kullanılan yöntemlerdendir. Kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile elde edilir ($BKİ = \frac{\text{vücut ağırlığı [kg]}}{\text{boy [m}^2\text{]}}$). Dünya sağlık örgütüne göre BKİ'si 18,5'in altındakiler zayıf, 18,5-24.9 arasındakiler normal, 25.5-29.9 arasındakiler hafif şişman, 30 üzerindeki ise şişman/obez (30 – 34.9 I. derece obez, 35 – 39.9 II. derece obez, 40 ve üstü morbid obez) olarak kabul edilmektedir (WHO, 1997). BKİ ile ilgili detaylı bilgi birinci bölümünde ele alınmıştır.

Bu araştırmada BKİ hesaplanırken boy ve kilo bilgisi katılımcının kendisine sorulmuştur. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda boy ve kilo bilgisinin katılımcıya sorulmasıyla araştırmacı tarafından ölçülmesi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (Spencer, Appleby, Davey ve Key, 2001).

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): SCID-I DSM-IV'e göre I. Eksende yer alan psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi amacıyla First, Spitzer, Gibbon ve Williams (1997) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu, Aydemir, Yıldız, Esen ve Köroğlu'ndan oluşan bir kurul tarafından (1999) yapılmıştır. Katılımcıların majör depresyon tanısı alıp almadıkları ve bu tanıya başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik edip etmediğinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Sorulan sorular toplam yedi tanı grubunu belirlemek üzere oluşturulmuştur. Bu tanı grupları; duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır. SCID-I hem psikiyatrik çalışmalarda hastayı değerlendirme aracı hem de psikiyatri kliniğine başvuran hastaların sistemli değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bu araştırmada ise SCID-I DSM-IV tanı sistemine göre yapılandırılmış en yaygın kullanılan klinik görüşme formu olması nedeniyle kullanılmıştır (Ek 4).

DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II): DSM-III-R sınıflandırma sistemi II. Eksen’de yer alan kişilik bozuklukları tanısı için Spitzer, Williams ve Gibbon (1990) tarafından geliştirilmiştir. SCID-II bireysel uygulamalı bir formdur ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde toplam 120 soru hastaya kendisi doldurması için yöneltilmektedir. İkinci bölümde ise hastanın verdiği ‘evet’ yanıtları dikkate alınarak görüşme sırasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmekte ve tanı konulmaktadır. SCID-II’de DSM-III-R’de bulunan A kümesi kişilik bozuklukları (paranoid, şizoid, şizotipal), B kümesi kişilik bozuklukları (histriyonik, sınırda [borderline], narsisistik, antisosyal), C kümesi kişilik bozuklukları (çekingen [avoidant], bağımlı, obsesif-kompulsif) ve başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu (pasif-agresif, self-defeating) olmak üzere on iki kişilik bozukluğu belirtilerini sorgulayan soruları kapsamaktadır. SCID-II’nin Türkçe uyarlaması Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından yapılmıştır (Ek 5).

Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ): ODEÖ kilo problemi olan bireylerde “değişim motivasyonu”nu değerlendirmek için ‘Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği’ ile (Rieger, v.d., 2002; Rieger, v.d., 2000) ‘Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği’nin (Martinez, v.d., 2007) Türkçe adaptasyonları (Ergüney ve Sertel-Berk, 2012) temel alınarak Devci ve arkadaşları (2012) tarafından hazırlanmıştır. Madde sayısı 20 olup içeriğinde kilo kontrolü, beden memnuniyeti, diyet uygulama, egzersiz alışkanlıkları, yeme davranışları, duygusal ve kişilerarası problemleri içeren ifadeler yer almaktadır. ODEÖ’nün 2 alt ölçeği vardır. Bunlardan ilki ‘Yeme, Kilo ve Diyet Boyutu’ alt ölçeğidir. Bu boyut kilo alımı, vücut ağırlığı, beslenme biçimi, diyet listesine uyum, egzersiz, sağlık ve beden bölgelerinden duyulan endişe ile ilgili maddelerden oluşmaktadır (örneğin; vücut ağırlığını değiştirmeye hazır olmak) ve madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10’u içermektedir. Diğer alt ölçek ise ‘Kişisel ve duygusal boyut’ alt ölçeğidir. Bu boyut yeme, biçim ve kilonun duygusal ve kişisel yönleriyle ilgili maddelerden oluşmaktadır (örneğin, duygusal problemlerin çözümüne hazır olmak) ve madde 11, 12 ve 13’ü içermektedir.

Ölçeğin her bir maddesinin altında değişimin 5 motivasyonel evresine uygun olarak yazılmış 5 ifade yer almakta ve katılımcıdan şu anki tutum ve davranışlarına uygun olan bir veya birden çok ifadeyi seçmesi istenmektedir. Her bir soruya verilen cevap puanı toplanıp, madde sayısına bölünerek katılımcının içinde bulunduğu değişim evresi hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanların ortalaması 1 (tasarlama öncesi) ve 5 (sürdürme) arasında değişmekte olup toplam puanlar 0 ile 100 arasında olmaktadır. Artan puanlar motivasyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Her evrenin ortalama puanlara göre kesme noktaları vardır ($< 1.5 =$ tasarlama, $1.5 - 2.4 =$ tasarlama, $2.5 - 3.4 =$ hazırlık, $3.5 - 4.4 =$ eylem, $\geq 4.5 =$ sürdürme [Rieger, v.d., 2000]). Böylece ölçekten alınan sonuçlar kategorik olarak da değerlendirilebilmektedir.

BKİ'si 30 ve üstü olan 100 kişide yürütülen psikometrik özelliklerinin sınanması çalışmasına göre, ODEÖ'nün Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .80'dir. Ölçeğin ayırt edici geçerlik sınavında tedavi için başvuran obez bireylerin ODEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tedavi için başvurmayan obez bireylerin ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla, $t_{(77,4)}=6.953$, $p<.001$; $t_{(81,6)}=8.025$, $p<.001$; $t_{(77,9)}=1.968$, $p<.05$). ODEÖ'nün yapı geçerliliği için uygulanan 'Ana Eksen Boyutlandırma Yöntemi ve Oblik Rotasyonla Faktör Analizi' (K.M.O=.80, Bartlett=370,483, $p<.001$), öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %45,61'ini açıklayan iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur: Yeme-Kilo-Diyet Boyutu (açıklanan varyans %32,17), ve Kişisel-Duygusal Boyut (açıklanan varyans %13,44) (Deveci, v.d., 2012).

ODEÖ'nün bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayıları tüm grupta .75, CAG için .73, KG için .78 olarak bulgulanmıştır.

ODEÖ'nün bu çalışmada kullanılma amacı tedavi motivasyonunu ölçmek için kilo sorunu yaşayan bireylere özel olarak geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri açısından kabul edilebilir sonuçlar vermiş Türkiye'deki tek ölçek olmasıdır (Ek 6).

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ): Orijinal adı Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) olan YBDÖ, Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Görüşmesi'nin (EDE) (Fairburn ve Cooper, 1993) kendini bildirim ölçeği biçiminde geliştirilen formudur. Ölçek 33 sorudan oluşmaktadır ve ölçeğin kısıtlama (K) (1., 2., 3., 4. ve 5. madde) , tıknırcasına yeme (TY) (13., 14., 15., 16., 17. ve 18. Madde), beden şekliyle ilgili endişeler (BE) (6., 8., 10., 11., 23., 26., 27. ve 28. madde), yemeye ilgili endişeler (YE) (7., 9., 19., 20. ve 21. madde) ve kiloyla ilgili endişeler (KE) (8., 12., 22., 24. ve 25. madde) olmak üzere 5 alt testi vardır. Alt test ve toplam puan 0 ile 6 arasında değişmekte ve yükselen puanlar patoloji artışına işaret etmektedir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk (2011) tarafından yapılan ölçeğin test tekrar test güvenilirliği .91, bütün olarak iç tutarlılık katsayısı ise .93 olarak bulgulanmıştır. Bu çalışmada YBDÖ'nün Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayıları tüm grupta .78, CAG'da .64, KG'de .81'dir. YBDÖ'nün alt testlerinin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayıları CAG için K'da .66, BE'de .84 ve YE'de .61; KG için ise K'da .78, BE'de .82 ve YE'de .72'dir (Ek 7).

Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA): BBÖHOA, Berscheid, Walster ve Bohrnstedt'in beden imajı doyumunun ölçülmesinde kullandıkları "Beden İmajı Anketi" (Body Image Questionnaire) temel alınarak, Gökdoğan (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ancak maddelerin seçimi sırasında, toplumumuzun bazı özellikleri dikkate alınarak özgün araç üzerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Örneğin, cinsel organlara ilişkin olarak, Berscheid, Walster ve Bohrnstedt'in anketinde, cinsel organların ölçüsü ve görünümü olmak üzere iki ayrı maddeye yer verilmiştir. Gökdoğan tarafından geliştirilen anket formunda ise, "cinsel organlar" tek bir madde olarak alınmıştır. Berscheid, Walster ve Bohrnstedt, kalçalar konusunda da kalçanın üst ve alt bölgesi olmak üzere iki ayrı maddeye yer vermişlerdir fakat Gökdoğan, geliştirdiği ankette kalçaları da tek bir madde olarak almıştır. Sonuç olarak Gökdoğan'ın uyarladığı şekliyle, bedenin genel görünümü

başlığı altında 6, yüz genel başlığı altında kızlar için 9, erkekler için “yüzdeki kıl miktarı” maddesi de eklenerek 10, beden üyeleri genel başlığı altında 5, gövde genel başlığı altında 3 maddeye ve ayrıca “göğüsler ve göğüs bölgesi” ile “cinsel organlar” maddelerine de yer verilmiştir. Kızlar için toplam 25, erkekler için 26 madde mevcuttur. Anket 4 farklı alt testten meydana gelmektedir. Beden genel görünümü alt ölçeği beden oranları, beden duruşu, spor yeteneği, ten rengi, kas gücü, boy ve kilo sorularından; yüz (Y) alt testi yüz güzelliği, saçlar, gözler, kulaklar, burun, ağız, dişler, ses, çene ve yüzdeki kıl miktarı sorularından; beden üyeleri (BÜ) alt testi omuzlar, kollar, eller ve ayaklar sorularından; gövde (G) alt testi ise karın, kalçalar, bacak ve bilekler, göğüsler ve üst bölge ve cinsel organ sorularından oluşmaktadır.

Gökdoğan’ın uyarladığı anketin orijinalinden bir farkı da değerlemedir. Orijinal ankette, “son derece doyumluyum” ile “hiç doyumlu değilim” ifadeleri arasında değişen 6 aşamalı ölçek kullanılmıştır. Gökdoğan’ın uyarladığı şekilde ise, benli bir dereceleme mevcuttur. Ölçekte “son derece hoşnutum”, “oldukça hoşnutum”, “kararsızım “pek hoşnut değilim”, “hiç hoşnut değilim” ifadeleri kullanılmış ve puana dönüştürüldüğünde “son derece hoşnutum” 5, “oldukça hoşnutum” 4, “kararsızım” 3, “pek hoşnut değilim” 2, “hiç hoşnut değilim” 1 olarak puanlanmıştır.

Gökdoğan (1988) tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, geliştirilen bu anket formları, 32 erkek, 34 kız olmak üzere toplam 66 kişilik bir örneklem grubuna 3 hafta arayla uygulanmıştır. İlk ve ikinci uygulama arasında toplam puanların korelasyonu, pearson çarpım momentler korelasyon katsayısı ile hesaplanmış ve iki uygulama arasındaki korelasyonun 0.88 olduğu ($p < 0.001$) yani anketin iki uygulama arasında yüksek bir korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur.

Bu çalışmada BBÖHOA Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayıları ise tüm grupta .93, CAG’da .91, KG’de .91 olarak bulgulanmıştır. BBÖHOA alt testlerinin cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı ise CAG içinde Y alt testinde .85, BÜ alt testinde .86, G alt testinde .63; KG içinde ise Y alt testinde .88, BÜ alt testinde .80, G alt testinde ise .69’dur. Ölçeğe ait örnek maddeler Ek 8’da görülebilir.

III. UYGULAMA

Uygulamalar İstanbul Üniversitesi (İÜ) İstanbul Tıp Fakültesi (İTF) Psikiyatri Birimi Yeme Bozuklukları Polikliniği'nde yapılmıştır. Çalışmaya cerrahi aday grubu (CAG) için İÜ İTF Psikiyatri Anabilim Dalı, Yeme Bozuklukları Birimi'ne İÜ İTF İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı tarafından psikolojik ve psikiyatrik ön değerlendirmesi yapılması için yönlendirilen ve obezite tedavisi için cerrahi operasyon olmak isteyen vakalar alınmıştır. Başlangıçta araştırmada CAG'a cerrahi operasyon olmak için hastaneye başvuran adayların tümü (31 kişi) alınmak istenmiştir. Ancak bu adaylardan biri okuma yazma bilmediği, ikisi psikolojik değerlendirmeye gelemeyeceğini bildirdiği, ikisi çalışmaya katılmak istemediği için çalışmaya dahil edilememiştir. Böylece çalışma 25 kişi üzerinden yürütülmüş ve analizler 25 vaka üzerinden yapılmıştır.

KG için öncelikle morbid obez olup cerrahi operasyon düşünmeyen vakalara ulaşılmaya çalışılmış ancak bu durumda olan hiçbir vaka araştırmaya katılmayı kabul etmediği için KG katılımcıları bu araştırmada tedavi motivasyonunu ölçmek amacı ile kullanılan ODEÖ'nün psikometrik özelliklerinin sınanması çalışmasında (Deveci, v.d., 2012) yer almış olan 100 obez vaka arasından CAG ile yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, medeni durum ve ekonomik düzey açısından eşlenecek şekilde seçilmek durumunda kalınmıştır. Bu suretle 25 vaka KG'de yer almıştır. KG'deki bu vakaların uygulaması ise 01 Ekim 2011–28 Şubat 2012 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan çeşitli hastane ve kliniklerin diyet bölümlerinde yapılmıştır.

Tüm katılımcılara önce araştırma konusunda bilgi verilmiş ardından araştırmaya katıldıklarına dair imzalı onamları alınmıştır (Cerrahi aday grubuna verilen onam formu Ek 1'de, kontrol grubuna verilen onam formu ise Ek 2'de görülebilir). Katılımcıların yazılı onamları alındıktan sonra yaklaşık 40 dakikalık yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede önce katılımcı ile yüz yüze görüşme yapılarak demografik bilgileri alınmış ardından obezite başlangıç yaşı, kilo öyküsü, kilo alma nedeni, diyet ve egzersiz geçmişi, kilo verme amacı, beslenme biçimi, cerrahi operasyon olma amacı ile ilgili sorular sorulmuş ve verilen cevaplar görüşmeci tarafından doldurulmuştur. Daha sonra yalnızca CAG'daki katılımcılara

SCID-I ve SCID-II uygulanarak katılımcının psikopatolojik tanı değerlendirilmesi yapılmıştır. Ancak süre kısıtlılığı sebebi ile KG'deki katılımcılara SCID-I ve SCID-II uygulaması yapılamamıştır. Araştırmacı tezin uygulama aşamasına geçmeden önce SCID-I ve II'nin uygulaması ile ilgili sertifikalı eğitim ve uygulama boyunca da süpervizyon desteği almıştır. Sonrasında ise bütün formlar (ODEÖ, YBDÖ ve BBÖHOÖ) katılımcılara yorgunluk (fatigue) etkisini ve ölçeklerin birbiri üzerinde olası etkisini kontrol etmek amacıyla rastgele verilmiştir.

IV. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada SCID I, SCID II ve demografik bilgilerin alındığı klinik görüşmeden elde edilen bulgular betimsel istatistiki yöntemlerle (yüzde sıklık, ortalama, standart sapma, ranj) değerlendirilmiştir. Kontrol grubu (KG) ile cerrahi aday grubunun (CAG) BKİ, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Beden Bölge ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi ve Obezite Değişim Evreleri Ölçeği puanları ile CAG'ın SCID-I puanlarının kendi içinde birbirinden farklı olup olmadığı gruplar arası farklar testi (T-test ve Mann Whitney U) ile, araştırma bataryasında yer alan ölçeklerden alınan puanların birbiriyle ilişkisi ise Pearson Korelasyon Değişmezlik Katsayı Testi veya Spearman Sıralı Korelasyon Analiziyle değerlendirilmiştir.

Yordayıcı ilişkilere dair hipotezler ise yordanan değişkenle yalnızca anlamlı korelasyon gösteren yordayıcı değişkenlerin analize sokulduğu adımsal (stepwise) çoklu doğrusal regresyon analizleri ile sınıanmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alfa değerleri .60'ın altında çıkmış olan hiçbir alt test puanı Evers, Van Vliet-Mulder, ve Groot'un (2000) çalışması (Akt., Evers, Frese ve Cooper, 2000) örnek alınarak analizlere dahil edilmemiştir.

Tüm analizlerde SPSS 21v istatistik paket programı kullanılmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu çalışmada araştırma hipotezleri doğrultusunda öncelikle Cerrahi Adayı Grubu (CAG) ve Kontrol Grubu (KG), başta yeme bozukluğu semptom düzeyleri olmak üzere, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, tedavi motivasyonları, yeme özellikleri ile beraber diyet-egzersiz davranış ve tutumları, kilo alma ve verme nedenleri ve fiziksel hastalık sayıları tanımsal özellikler ve gösterdiği farklılıklar ele alınarak değerlendirilmiş ardından da CAG'ın kendi içinde DSM-IV-TR I. Eksen psikopatoloji sıklıklarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ayrıca bu temel amacın dışında bu çalışmada CAG'ın yeme bozukluğu semptom düzeyleri, DSM-IV I. Eksen ve II. Eksen psikopatoloji tanı sıklığı, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyi ve tedavi motivasyonu, yeme özellikleri, çocukluk çağı obezite öyküsü, fiziksel egzersiz davranışları ve fiziksel hastalık sayısı ile yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyodemografik faktörlerin BKİ düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkileri sorgulanmış ve CAG'ın cerrahi operasyon gerekçeleri ve kilo verme ve alma nedenleri ele alınmıştır.

Hipotez 1. Hipotez 1. CAG'ın Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)- Yeme Kısıtlama (K) alt test puanı (kısıtlama açısından yeme bozukluğu semptomları), Yeme ile ilgili Endişeler (YE) alt test puanı (yeme ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları), Beden ile ilgili Endişeler (BE) alt test puanı (beden ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları) ve YBDÖ toplam puanı (yeme bozukluğu bütün semptomları) ile ölçülen yeme bozukluğu semptom düzeyi puanları KG'den yüksek olacaktır.

CAG'ın araştırma değişkenleri açısından KG'den ne düzeyde farklılaştığını belirlemek amacıyla iki grubun Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) toplam puanı (T) ve YBDÖ'nün kısıtlama (K), yeme ile ilgili endişeler (YE) ve beden ile ilgili endişeler (BE) alt testleri ile ölçülen yeme bozukluğu semptom düzeyi puanları karşılaştırılmış, bağımsız örneklemelerde ortalamaların farkı testi (t test)

yapılmıştır. Tablo 11’de görüldüğü üzere CAG ve KG, YBDÖ K alt ölçeğinden aldıkları puan açısından birbirinden anlamlı derecede farklılık göstermezken ($t_{(36,27)}=0.97$, $p>.05$), YBDÖ T ve YE ve BE alt testleri puanlarının ortalamaları CAG ve KG açısından birbirlerinden anlamlı derecede farklılık göstermiştir (sırasıyla $t_{(46)}=-3.534$, $p<.01$; $t_{(46)}=-2.114$, $p<.05$; $t_{(36,6)}=-4.716$, $p<.000$). İki grup arasındaki en yüksek farklılık YBDÖ-BE’de olmuştur. Sonuç olarak *Hipotez 1*, CAG’da yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği T ve YE ile BE alt ölçeği puanlarının KG’den farklı olması açısından desteklenmiştir.

Tablo 11. CAG ve KG’nin YBDÖ toplam ve kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler ve beden ile ilgili endişeler alt test puanlarına ait ortalama, standart sapma ve test istatistiği

	CAG (N=25)		KG (N=23)		Test İstatistiği
	Ort	SS	Ort	SS	
YBDÖ-T	3,01	0,75	2,08	1,05	$T_{(46)}=-3.534^{**}$
YBDÖ-K	1,63	0,90	1,97	1,45	$t_{(36,27)}=0,97$
YBDÖ-YE	1,79	1,01	1,12	1,18	$t_{(46)}=-2.114^*$
YBDÖ-BE	4,60	0,93	2,92	1,47	$t_{(36,6)}=-4.716^{***}$

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Hipotez 2. Hipotez 2. CAG’ın Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA) toplam puanı (beden bölgelerinden hoşnutsuzluk) ve yüz (Y) (yüzden hoşnutsuzluk), beden üyeleri (BÜ) (beden üyelerinden hoşnutsuzluk) ve gövde (G) (gövdeden hoşnutsuzluk) alt testleri ile ölçülen beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri KG’den düşük olacaktır.

CAG’ın KG’den beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri açısından ne düzeyde farklılaştığını belirlemek amacıyla iki grubun BBÖHOA toplam puanı (T) ve BBÖHOA’nın yüz, beden üyeleri (BÜ) ve gövde alt testleri ile ölçülen beden bölge ve özelliklerinden hoşnut olma puanlarının ortalamaları karşılaştırılmış ve

bağımsız örneklerde ortalamaların farkı testi yapılmıştır. Tablo 12’de görüldüğü üzere CAG ve KG, BBÖHOA yüz ve BÜ alt ölçeğinden aldıkları puan açısından birbirinden anlamlı derecede farklılık göstermezken (sırasıyla $t_{(46)}=1,387$, $p>.05$; $t_{(46)}=1,814$, $p>.05$), BBÖHOA T ve gövde alt ölçeği puan ortalamaları birbirlerinden anlamlı derecede farklılık göstermiştir (sırasıyla $t_{(46)}=3,69$, $p<.01$; $t_{(46)}=4,725$, $p<.000$). CAG’ın BBÖHOA toplam puan ve gövde alt test puanına göre beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyi KG’den anlamlı derecede yüksektir. Bu bulgu, *Hipotez 2*’nin CAG’da BBÖHOA T ve gövde alt ölçeği puan ortalamalarının KG’den farklı olması açısından desteklendiğini göstermektedir.

Tablo 12. CAG ve KG’nin BBÖHOA toplam puan, yüz, beden üyeleri ve gövde alt testleri puanlarının ortalama, standart sapma ve test istatistiği

	CAG (N=25)		KG (N=23)		Test İstatistiği
	Ort	SS	Ort	SS	
BBÖHOA-T	2,94	0,54	3,55	0,59	$t_{(46)}=3,69^*$
BBÖHOA-YUZ	4,19	0,58	4,43	0,62	$t_{(46)}=1,387$
BBÖHOA-BÜ	3,36	1,13	3,91	0,97	$t_{(46)}=1,81$
BBÖHOA-GÖVDE	1,7	0,69	2,77	0,88	$t_{(46)}=4,725^{**}$

* $p<0.01$, ** $p<0.001$

Hipotez 3. CAG ile KG, Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) ile belirlenen tedavi motivasyonu (değişim evreleri) kategorilerindeki sıklık dağılımı açısından farklılaşacaktır.

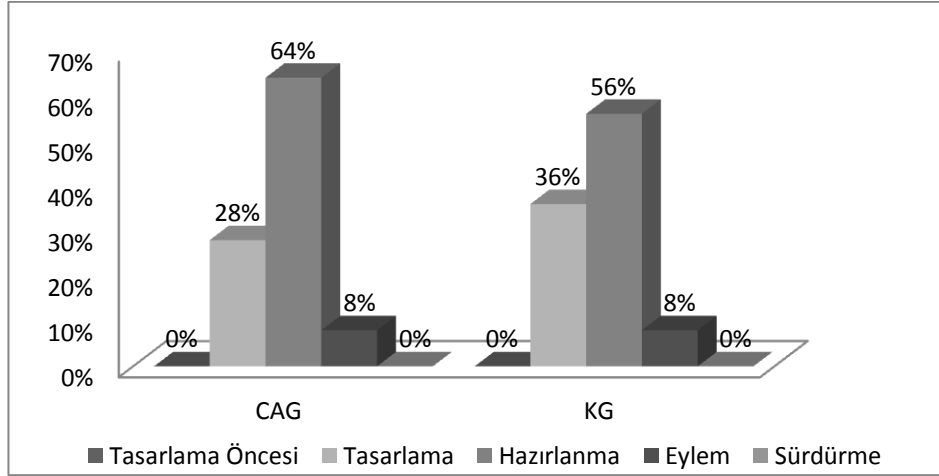
CAG ve KG vakaları tedavi motivasyonu açısından değerlendirilmiş ve CAG’ın % 28’inin tasarlama, % 64’ünün hazırlanma, % 8’inin eylem evresinde; KG’nin % 36’sının tasarlama, % 56’sının hazırlanma, % 8’inin ise eylem evresinde yer aldığı bulgulanmıştır. Her iki grupta da tasarlama öncesi ve sürdürme evresinde olan vaka yoktur. Tablo 13’te ve Grafik 4’te de görüldüğü gibi CAG ve KG’de değişimin motivasyonel evrelerine göre dağılım oranları birbirinden farklı değildir.

İki grubun tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerine göre dağılımları Tablo 13'te ve Grafik 4'te görülebilir.

Tablo 13. CAG ve KG'nin tedavi motivasyonu ortalama puanları, standart sapmaları ve değişimin motivasyonel evrelerindeki sıklık dağılımları

	TM Puan Ort / SS	T. Öncesi % (N)	Tasarlama % (N)	Hazırlanma % (N)	Eylem % (N)	Sürdürme % (N)	Toplam % (N)
CAG	2,68 / 0,41	0 (0)	28 (7)	64 (16)	8 (2)	0 (0)	100 (25)
KG	2,64 / 0,50	0 (0)	36 (9)	56 (14)	8 (2)	0 (0)	100 (25)

Grafik 4. CAG ve KG vakalarının tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerine göre yüzde sıklık dağılımları



Tedavi motivasyonu sürekli değişken olarak alındığında; tedavi motivasyonu ortalama ve standart sapmaları CAG'da 2,68 (SS: 0,41), KG'de 2,64'tür (SS: 0,5). CAG ve KG'nin tedavi motivasyonu açısından farklılık gösterip göstermediği de karşılaştırılmış ve iki grubunda tedavi motivasyonu ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($t_{(48)}=-0.289$, $p>.05$). Sonuç olarak *Hipotez 3*, yapılan analiz sonucunda desteklenmemiştir.

Hipotez 4. CAG'ın şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışları ile diyet ve egzersiz tutumları KG'den anlamlı olarak farklı olacaktır.

CAG ve KG'nin şimdiki diyet davranışları 'şu an doktor kontrolünde diyet yapıyor musunuz?', egzersiz davranışları 'haftada en az 3 gün yarım saatten fazla fiziksel aktivite yapar mısınız?', geçmiş diyet ve egzersiz davranışları 'daha önce kilo vermek için hangi yöntemleri denediniz?', diyet ve egzersiz tutumları 'diyet ve egzersiz yaparak kilo verebileceğinize inanıyor musunuz?' sorusu sorularak ölçülmüştür. 2 grubun sorulan sorulara vermiş olduğu cevaplar aşağıda soru başlıkları altında incelenmiştir.

'Şu an doktor kontrolünde diyet yapıyor musunuz?': CAG ve KG'nin şu anki diyet davranışları değerlendirildiğinde CAG'ın % 83.3'ünün, KG'nin ise %56'sının şu an doktor kontrollü diyetle devam etmediği bulgulanmıştır (Tablo 14). Bununla birlikte 'diyet listesine uyum', 'şu an kullanılan zayıflama yöntemi' şu anda diyetle veya kilo vermek için herhangi bir yöntemi kullanmaya devam eden vaka sayısı yeterli olmadığı için değerlendirmeye alınamamıştır.

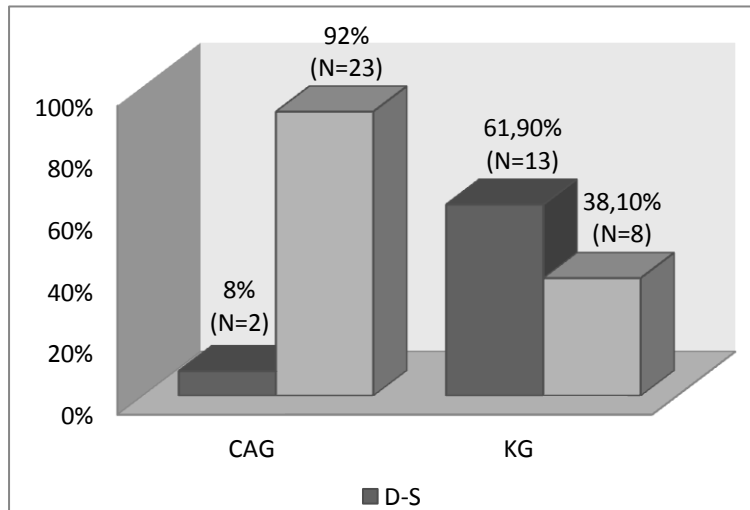
'Haftada en az 3 gün yarım saatten fazla fiziksel aktivite yapar mısınız?': CAG ve KG'nin şu anki egzersiz davranışları değerlendirildiğinde CAG'ın % 84'ünün, KG'nin de % 64'ünün egzersiz yapmadığı bulgulanmıştır (Tablo 14). Kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olmadığı için CAG ve KG arasındaki farklar istatistiksel olarak karşılaştırılamamıştır. Bununla birlikte 'yapılan aktivite türü', 'haftada kaç gün aktivite yapıldığı' ve 'gün içinde yapılan aktivite süresi' şu anda egzersize devam eden vaka sayısı yeterli olmadığı için değerlendirmeye alınamamıştır.

Tablo 14: CAG ve KG'nin şimdiki diyet egzersiz davranışları sıklık dağılımı

		CAG	KG	Toplam
		% (N)	% (N)	% (N)
<i>'Şu an doktor kontrolünde diyet yapıyor musunuz?'</i>	Evet	16,7 (4)	44 (11)	30,6 (15)
	Hayır	83,3 (20)	56 (14)	69,4 (34)
	Toplam	100 (24)	100 (24)	100 (49)
<i>'Haftada en az 3 gün yarım saatten fazla fiziksel aktivite yapar mısınız?'</i>	Evet	16 (4)	36 (9)	26 (13)
	Hayır	84 (21)	64 (16)	74 (37)
	Toplam	100 (25)	100 (25)	100 (50)

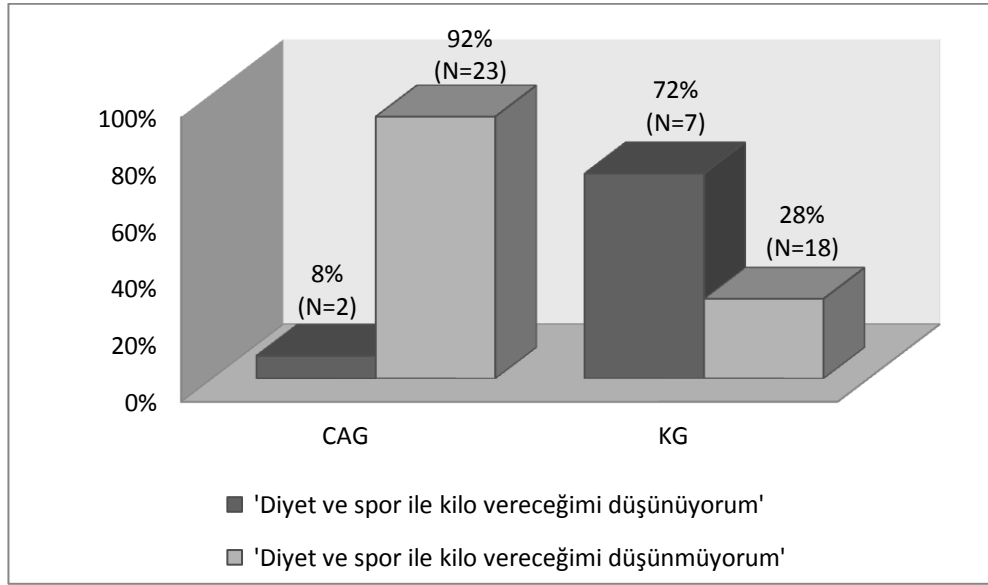
'Daha önce kilo vermek için hangi yöntemleri denediniz?': CAG ve KG'nin geçmiş dönem diyet ve egzersiz davranışları diyet, spor, akupunktur, zayıflama ilacı kullanımı ve obezite cerrahisi olmak üzere 5 kategori temel alınarak sorulmuş ve analizler 'sadece diyet veya sadece spor veya diyet ve spor yöntemini birlikte yapanlar' (D-S) ile 'diyet, spor ve/veya diğer yöntemleri' (D-S-D) birlikte yapanlar olarak 2 kategori üzerinden yürütülmüştür. Buna göre CAG'ın % 92'si D-S-D'yi kullanırken, KG'nin sadece % 61,9'u D-S'yi kullanmaktadır (Grafik 5).

Grafik 5. CAG ve KG'ye göre kilo verme yöntemleri sıklık dağılımları



'Diyet ve spor yöntemini kullanarak kilo verebileceğinizi düşünüyor musunuz?':CAG'ın diyet ve egzersize yönelik tutumlarının cerrahi operasyon olmak istemeyen gruptan ne derece farklı olduğunun belirlenebilmesi için iki gruba da 'diyet ve spor yöntemini kullanarak kilo verebileceğinizi düşünüyor musunuz?' sorusu sorulmuştur. Bulgulara göre CAG'ın % 92'si diyet ve egzersiz yöntemi ile kilo verebileceğini düşünmezken, KG'nin % 72'si diyet ve egzersiz yöntemlerini kullanarak kilo verebileceğini düşünmektedir (Grafik 6). Her iki grupta da kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olmadığı için farklar istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır.

Grafik 6. CAG ve KG'nin diyet ve egzersize yönelik tutumlarının sıklık dağılımları



Yapılan analizler sonucunda *Hipotez 4*, kategori başına düşen vaka sayıları yetersiz olduğu için test edilememiştir. Ancak *Hipotez 4*'ün yukarıdaki grafiklerde de görüldüğü gibi, *CAG ve KG'nin şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışları ile diyet ve egzersiz tutumları* ele alındığında, yüzde sıklık dağılımları açısından değiştiği görülmüştür.

Hipotez 5. CAG'ın fiziksel hastalık sayı ortalaması KG'den yüksek olacaktır.

CAG ve KG'nin fiziksel hastalık sayısı açısından ne düzeyde farklılaştığını belirlemek amacıyla iki grubun fiziksel hastalık sayı ortalamaları karşılaştırılmış ve bağımsız örneklerde ortalamaların farkı testi yapılmıştır. Buna göre CAG'ın fiziksel hastalık sayı ortalaması 2.56, standart sapması 1.87; KG'nin fiziksel hastalık sayısı ortalaması 0.84, standart sapması 1.25'tir. Analiz sonucuna göre CAG ve KG fiziksel hastalık sayıları açısından birbirlerinden anlamlı derecede farklılık göstermektedir ($t_{(41,8)}=-3,822$, $p<.000$). Sonuç olarak *Hipotez 5*, yapılan analiz sonucunda desteklenmiştir.

Hipotez 6. CAG'ın kendi içinde, kadınların SCID-I ile değerlendirilen I.

Eksen toplam tanı sayısı erkeklerden anlamlı derecede yüksek olacaktır.

CAG'da SCID-I. Eksen'den alınan toplam tanı sayısının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacı ile gruplar arası farklar testi (Mann-Whitney U Testi) uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucu kadınların SCID-I. Eksen'den aldıkları toplam tanı sayısının erkeklerden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Tablo 15).

Bu bulgu, *Hipotez 6'nın*, CAG'ın kendi içinde SCID-I'den alınan toplam tanı sayılarının cinsiyete göre farklılık göstermesi açısından desteklendiğini göstermektedir.

Tablo 15. Cinsiyete göre SCID-I. Eksen'den alınan tanı sayılarının ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri

Toplam tanı sayısı	N	Ort	SS	Test İstatistiği
Kadın	14	1,64	1,22	Z=-3.136*
Erkek	11	0,27	0,47	

* $p<.01$

Soru 1. Soru 1. CAG'ın kendi içinde, YBDÖ-K, YE, BE alt test puanları (kısıtlama açısından yeme bozukluğu semptomları, yeme ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları, beden ile ilgili endişeler açısından yeme bozukluğu semptomları) ile YBDÖ toplam puanı (yeme bozukluğu bütün semptomları); BBÖHOA-Y, BÜ, G alt test puanları (yüzden hoşnutsuzluk, beden üyelerinden hoşnutsuzluk ve gövdeden hoşnutsuzluk) ile BBÖHOA toplam puanı (beden bölgelerinden hoşnutsuzluk); ODEÖ puanı (tedavi motivasyonu), SCID-I ve SCID-II ile ölçülen I. ve II. Eksen tanı sayısı BKİ'yi anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

Araştırma değişkenlerinin BKİ üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için öncelikle tüm gruptaki yordayıcı ve yordanan değişkenlerin arasındaki korelasyonlara bakılmıştır.

CAG'da araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacı ile Katsayı Analizi yapılmıştır (Tablo 17). Buna göre beden kitle indeksi (BKİ), Yeme bozukluğu semptom düzeyini ölçen Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) toplam puanı ve YBDÖ'nün beden ile ilgili endişeler alt test puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili (sırasıyla $r=0.418$, $p<0.05$; $r=0.435$, $p<0.05$); Beden Bölge ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA) toplam puanı, beden üyeleri ve gövde alt ölçek puanları, YBDÖ'nün kısıtlama ve yeme ile ilgili endişeler alt ölçek puanları ve Obezite Değişim Evreleri Ölçeği toplam puanı ile ise ilişkili bulunamamıştır (sırasıyla $r=-0.306$, $p>0.05$; $r=-0.358$, $p>0.05$; $r=-0.321$, $p>0.05$; $r=0.309$, $p>0.05$; $r=0.324$, $p>0.05$; $r=0.317$, $p>0.05$).

BBÖHOA-T ve BÜ alt test puanları ile YBDÖ-T ve K alt ölçeği puanları arasındaki ilişki anlamlı düzeyde bulunmuştur (sırasıyla $r=-0.515$, $p<0.01$; $r=-0.449$, $p<0.05$; $r=-0.455$, $p<0.05$; $r=-0.469$, $p<0.05$). Ayrıca SCID-I ile ölçülen tanı sayısı ile ODEÖ puanları arasında da anlamlı ilişki gözlenmiştir ($r=0.414$, $p<0.05$). Sonuçlar Tablo 17'de gösterilmektedir.

Tablo 17. CAG'da yordayıcı ve yordanan değişkenler (BKİ, YBDÖ-T, K, YE, BE alt test puanları; BBÖHOA-T, Y, BÜ, G alt test puanları; ODEÖ puanları, SCID-I, SCID-II'den alınan toplam tanı sayısı) arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu

Değişken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. BKİ	-	-,306	,289	-,358	-,321	,418*	,309	,324	,435*	,190	,193	,317
2. BBÖHOA-T		-	,542*	,863*	,723**	-,515**	-,449*	-,305	-,389	-,334	-,156	-,169
3. BBÖHOA-Y			-	,305	,100	-,146	-,272	-,007	-,024	-,015	-,157	,134
4. BBÖHOA-BÜ				-	,507**	-,455*	-,469*	-,300	-,332	-,319	-,140	-,080
5. BBÖHOA-G					-	-,327	-,197	-,165	-,302	-,190	-,026	-,345
6. YBDÖ-T						-	,583**	,701**	,893**	,172	,148	,108
7. YBDÖ-K							-	,100	,385	,030	-,012	-,047
8. YBDÖ-YE								-	,573**	,141	,175	,151
9. YBDÖ-BE									-	,063	,046	,095
10. SCID-I										-	,278	,414*
11. SCID-II											-	,168
12. ODEÖ												-

*p<0.05; ** p<0.01

CAG'da BKİ'nin yordayıcılarını belirlemek amacıyla BKİ'nin yordanan değişken olarak ele alındığı ve yordayıcı değişken olarak ele alınan yeme bozukluğu semptom düzeyi ve alt testleri, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyi ve alt testleri, tedavi motivasyonu (ODEÖ), DSM-IV-TR I. Eksen ve II. Eksen (SCID-I, SCID-II) tanı sayıları ile yapılan korelasyon analizi sonucunda BKİ ile ilişkili çıkan YBDÖ-T ve BE puanlarının aynı anda modele sokulduğu adımsal (stepwise) doğrusal çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yalnızca YBDÖ-BE alt ölçeğinin BKİ'deki değişimin tek başına % 19'unu anlamlı bir şekilde açıklamakta olduğu görülmektedir ($t=2.315$, $p<0.05$) (Tablo 18). Özetle *Soru 1*, CAG'da sadece YBDÖ-BE alt ölçeği puanlarının BKİ'yi anlamlı derecede yordadığını göstermektedir.

Soru 2. CAG'ın kendi içinde, çocukluk çağı obezite öyküsünün varlığı, şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışları ile diyet ve egzersiz tutumları, fiziksel hastalık sayısı BKİ'yi anlamlı derecede yordamakta mıdır?

Araştırma değişkenlerinin BKİ üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için öncelikle tüm gruptaki yordayıcı ve yordanan değişkenlerin arasındaki korelasyonlara bakılmıştır.

CAG'da araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacı ile yine önce Korelasyon Analizi yapılmıştır (Tablo 19). Buna göre BKİ ile çocukluk çağı obezite öyküsü varlığı, şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışları (şu anda diyet varlığı, daha önce kilo vermek için kullanılan yöntemler, aktivite varlığı), diyet ve egzersiz tutumları (diyet ve egzersiz yaparak kilo verme düşüncesi) ve fiziksel hastalık sayısı arasında ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $r=-0.249$, $p>0.05$; $r=0.355$, $p>0.05$; $r=-0.143$, $p>0.05$; $r=0.098$, $p>0.05$; $r=0.020$, $p>0.05$; $r=-0.069$, $p>0.05$). Sonuç olarak *Soru 2*'de, yapılan korelasyon analizi sonucunda CAG'da BKİ ile araştırma değişkenleri arasında ilişki bulunamadığı için, BKİ'nin yordayıcı değişkenlerine bakılamamıştır.

Tablo 19: CAG’da yordayıcı ve yordanan değişkenler (BKİ, FH, ŞÇ, ŞDV, DÖKZY, Aktivite, KVD) arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu

	FH	1	2	3	4	5	6
1. BKİ	-0,069	-	-,249	,355	-,143	,098	,020
2. ŞÇ			-	-,346	,086	-,127	-,086
3. ŞDV				-	-,270	-,200	,270
4. DÖKZY					-	,129	,087
5. Aktivite						-	-,129
6. KVD							-

BKİ: Beden Kitle İndeksi, ŞÇ: Şişman çocukluk öyküsü, ŞDV: Şu anda diyet varlığı, DÖKZY: Daha önce kullanılan zayıflama yöntemleri, KVD: Kilo verme düşüncesi

Soru 3. CAG’ın kendi içinde, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve sosyo-ekonomik seviye (SES) ve medeni durum BKİ’yi anlamlı derecede yordamakta mıdır?

CAG’da araştırma değişkenleri ile BKİ arasındaki ilişkileri incelemek amacı ile yapılan korelasyon analizinde (Tablo 20) ise BKİ çalışma durumu ve sosyo-ekonomik seviye ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuşken (sırasıyla $r=-0.096$, $p<0.05$; $r=-0.405$, $p<0.05$) yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum ile ilişkili bulunmamıştır (sırasıyla $r=-0.144$, $p>0.05$; $r=0.123$, $p>0.05$; $r=-0.104$, $p>0.05$; $r=0.328$, $p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. CAG'ın yordayıcı ve yordanan değişkenler (BKİ, yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim seviyesi, SES ve medeni durum) arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu

	Yaş	BKİ	Cinsiyet	Çalışma Durumu	Eğitim	SES	Medeni Durum
BKİ	-,144	-	,123	-,396*	-,104	-,405*	,328
Cinsiyet			-	-,428*	-,242	-,329	,263
Çalışma Durumu				-	,204	,410*	-,500*
Eğitim					-	,187	-,408*
SES						-	-,240
Medeni Durum							-

*p<0.05

CAG'da BKİ'nin yordayıcılarını belirlemek amacıyla BKİ'nin yordanan değişken olarak ele alındığı ve yordayıcı değişken olarak ele alınan yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sosyo-ekonomik seviye (SES) ve medeni durum ile yapılan korelasyon analizi sonucunda BKİ ile ilişkili çıkan çalışma durumu ve SES'in aynı anda modele sokulduğu adımsal (stepwise) doğrusal çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yalnızca çalışma durumunun tek başına BKİ'deki değişimin % 18'ini anlamlı bir şekilde açıklamakta olduğu görülmektedir ($t=-2.225$, $p<0.05$) (Tablo 18). Bu bulgu *Soru 3*'ün, CAG'da sadece çalışma durumunun BKİ'yi anlamlı derecede yordadığını göstermektedir.

Tablo 18: CAG’da yeme bozukluğu semptom düzeyi-beden ile ilgili endişeler alt testi ve çalışma durumunun BKİ üzerindeki yordayıcı etkilerine dair adimsal doğrusal çoklu regresyon analizi sonuçları

	ΔR^2	F	B	T
YBDÖ-BE	0.189	5.359*	.435	2.315*
Çalışma Durumu	0.184	4.953*	-.429	-2.225*

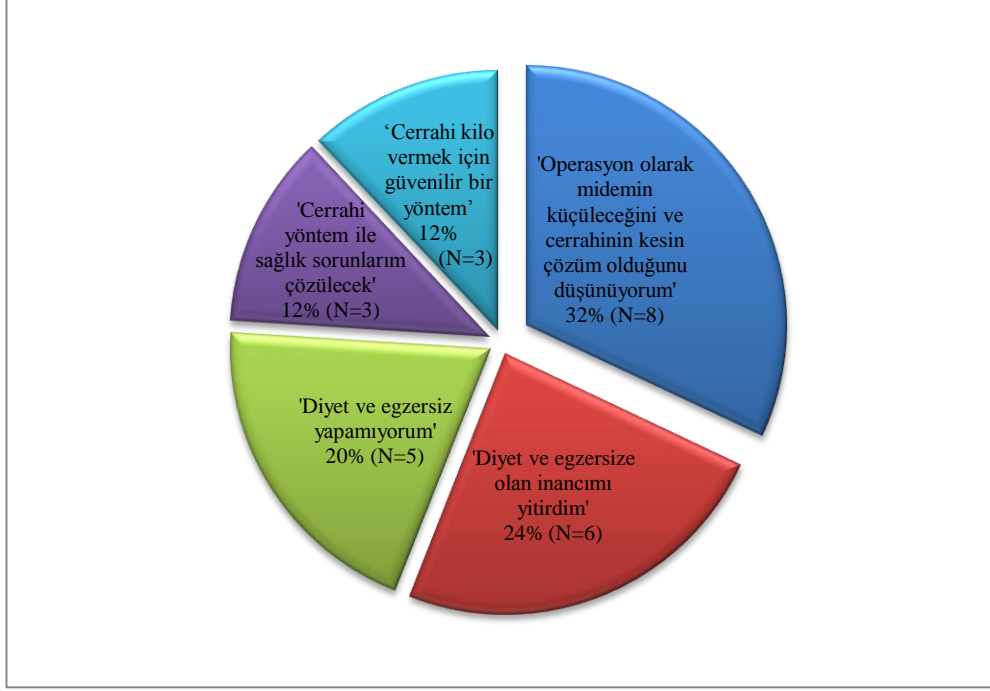
Not: Tablodaki standardize β katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.05$

Soru 4. CAG’ın kendi içinde, cerrahi operasyon gerekçeleri ve kilo verme ve alma nedenlerinin yüzde sıklık dağılımları nasıldır?

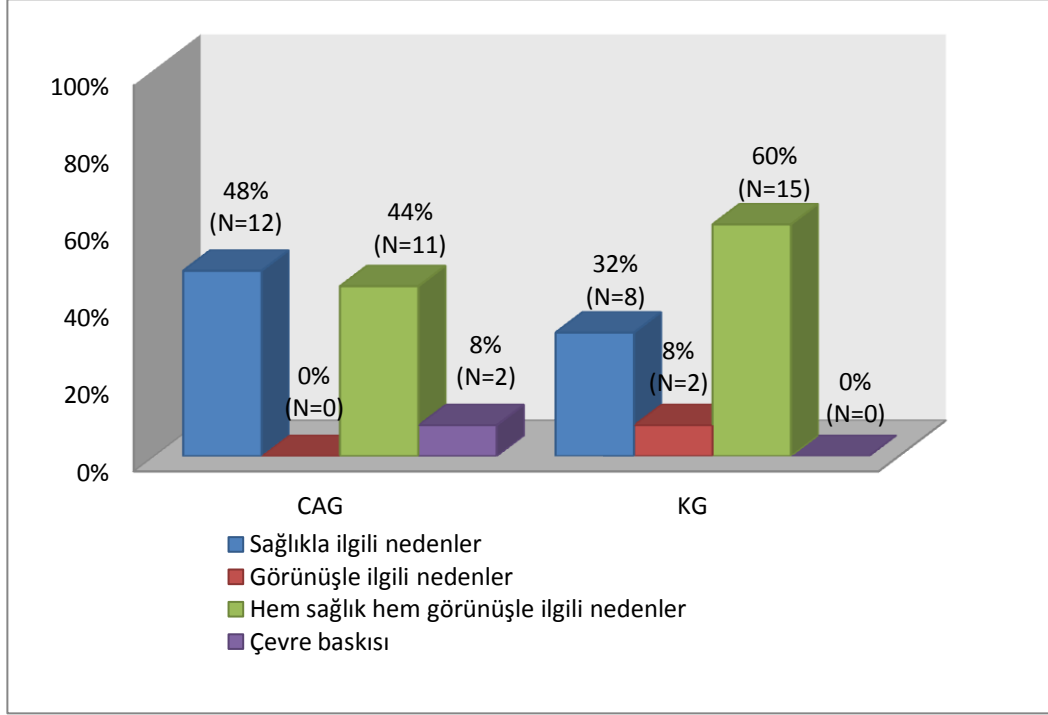
Obezite cerrahisi adaylarının cerrahi operasyon gerekçelerinin belirlenebilmesi için CAG’a neden obezite cerrahisine başvurmak istedikleri sorulmuştur. Sözel olarak verilen cevaplar analiz aşamasında 5 temel kategoride (‘Operasyon olarak midemin küçüleceğini ve cerrahinin kesin çözüm olduğunu düşünüyorum’, ‘Diyet ve egzersize olan inancımı yitirdim’, ‘Diyet ve egzersiz yapamıyorum’, ‘Cerrahi kilo vermek için güvenilir bir yöntem’ ve ‘Cerrahi yöntem ile sağlık sorunlarım çözülecek’) toplanmıştır (Grafik7). Buna göre CAG’ın % 32’si ‘operasyon geçirerek midemin küçüleceğini ve cerrahinin kesin çözüm olduğunu düşünüyorum’, % 24’ü ‘diyet ve egzersize olan inancımı yitirdim’, % 20’si ‘diyet ve egzersiz yapamıyorum’, % 12’si ‘cerrahi yöntem ile sağlık sorunlarım çözülecek’, % 12’si ‘cerrahi kilo vermek için güvenilir bir yöntem’ cevabını vermiştir.

Grafik 7. CAG'ın operasyon olmak isteme nedenleri



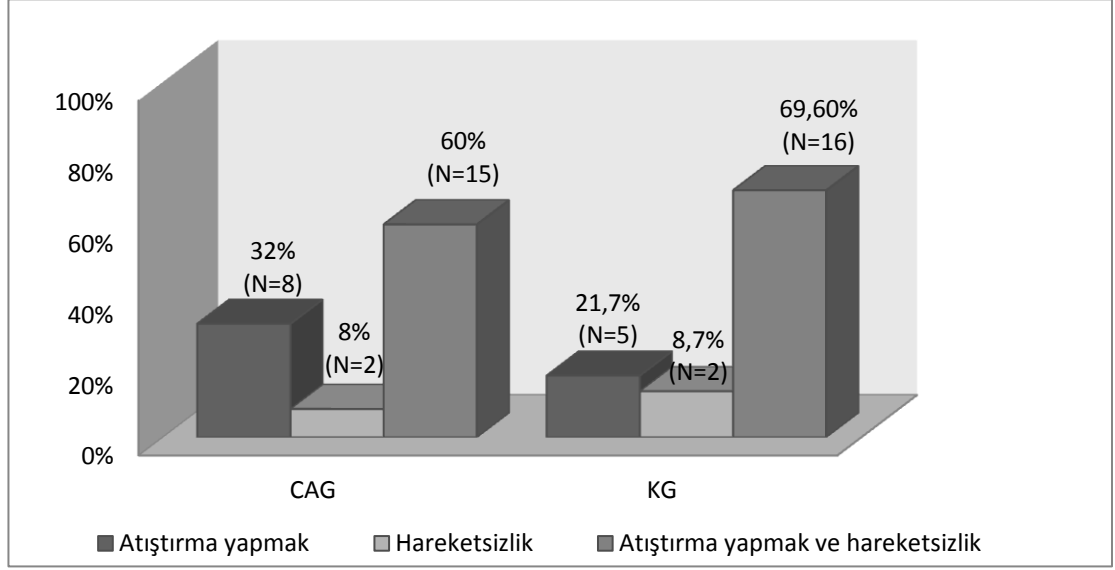
Çalışmada CAG ve KG'nin kilo verme amaçları 'sağlıkla ilgili nedenler', 'görünüşle ilgili nedenler', 'hem sağlık hem görünüşle ilgili nedenler' ve 'çevre baskısı' olmak üzere 4 kategori üzerinden incelenmiştir. Kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olmadığı için CAG ve KG arasındaki farklar istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır ancak iki grubun kilo verme amaçları açısından yüzde sıklık dağılımları şu şekildedir: Katılımcılar içinden kilo verme amacı olarak 'sağlıkla ilgili nedenleri' öne sürenlerin % 60'ı CAG, % 40'ı KG; sadece görünüşle ilgili neden öne sürenleri tamamı KG, hem sağlık hem görünüşle ilgili neden öne sürenlerin % 42,3'ü CAG, % 57,7'si KG; çevre baskısı öne sürenlerin ise tamamını CAG oluşturmaktadır (Grafik 8).

Grafik 8. CAG ve KG'nın kilo verme amaçlarına göre sıklık dağılımları



CAG ve KG'nin kilo alma nedenleri ise 'Kilo almanızdaki en büyük etkenin ne olduğunu düşünüyorsunuz' sorusu sorularak belirlenmiştir. Araştırma katılımcılarının vermiş oldukları cevaplar 'atıştırma yapma', 'hareketsizlik' ve 'atıştırma yapmak ve hareketsizlik' olarak 3 temel kategoride toplanmıştır. Buna göre Tablo 21'de görüldüğü üzere CAG'ın % 32'si sadece atıştırma yaptığı için, % 8'i hareketsiz olduğu için, % 60'ı ise hem atıştırma yaptığı hem de hareketsiz olduğu için kilo aldığını söylemiştir. KG'nin de CAG'a benzer şekilde % 21,7'si sadece atıştırma yapmayı, % 8,7'si hareketsizliği, % 69,60'ı hem atıştırma yapmayı hem de hareketsiz olmayı kilo alma nedeni olarak göstermiştir.

Grafik 9. CAG ve KG'ye göre kilo alma nedenlerinin sıklık dağılımları



Sonuç olarak, yapılan analizler *Soru 4*'te yer alan CAG'ın kendi içinde cerrahi operasyon gerekçeleri ile CAG ve KG'nin kilo verme ve alma nedenlerinin yüzde sıklık dağılımları açısından değiştiğini göstermiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi seçen adayların (morbid obezlerin) yeme bozukluğu semptom düzeyleri, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, tedavi motivasyonları, yeme özellikleri, diyet-egzersiz davranış ve tutumları, kilo alma ve verme nedenleri, fiziksel hastalık sayıları ile bu değişkenlerin, morbid obez olup kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisi istemeyen veya morbid obez olmayan bireylere göre incelenmesi ve CAG içinde I. Eksendeki psikopatoloji sıklıklarının cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığının gösterilmesidir. Araştırmada ayrıca yan amaç olarak CAG'ın kendi içinde YBDÖ-K, YE, BE alt test puanları ile YBDÖ toplam puanının; BBÖHOA-Y, BÜ, G alt test puanları ile BBÖHOA toplam puanının; ODEÖ puanlarının; SCID-I ve SCID-II ile ölçülen tanı sayısının; çocukluk çağı obezite öyküsünün varlığını; şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışlarının, diyet ve egzersiz tutumlarının; fiziksel hastalık sayısının; yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve sosyo-ekonomik seviyenin BKİ'yi yordama düzeyi ile CAG'ın kendi içinde cerrahi operasyon gerekçeleri, CAG ve KG'nin kilo verme ve alma nedenlerinin yüzde sıklık dağılımlarına bakılmıştır.

Araştırmada öncelikle kilo verme yöntemi olarak cerrahi müdahaleyi seçen adaylar yani cerrahi aday grubu (CAG) ve CAG ile yaş, eğitim, çalışma durumu, medeni durum ve ekonomik düzey açısından eşlenen ve kilo vermek için geleneksel yöntemleri kullanan obez bireyler (KG) olarak iki gruba ayrılan katılımcıların demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, klinik özellikleri ve psikiyatrik eş tanıları ele alınmıştır. Ardından, iki grup yeme bozukluğu semptomları, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri, tedavi motivasyonu, yeme özellikleri, diyet-egzersiz davranış ve tutumları, kilo alma ve verme nedenleri ve fiziksel hastalık sayıları açısından karşılaştırılmış; CAG kendi içinde I. Eksen'de görülen psikopatoloji sıklığı açısından incelenmiştir. Son olarak ise yan amaçlar doğrultusunda yordayıcı ilişkileri tespit etmek amacıyla beden kitle indeksinin (BKİ) yordayıcıları sorgulanmış ve CAG ile KG'nin kilo verme ve alma nedenlerine bakılmıştır.

Katılımcıların Demografik/Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırma örneklemini (CAG ve KG) Türkiye’de yaşamakta olan 17-63 yaş arasındaki obez bireyler oluşturmaktadır. Her iki grupta da kadın; ortaokul ve üstü eğitimi olan; evli; düşük ve orta gelir seviyesine sahip katılımcıların sayısı yüksektir. Bununla birlikte CAG’da çalışmayan kişi sayısı ile fiziksel hastalık varlığı KG’den daha yüksek bulunmuştur.

Dünya’da obezitenin artık her yaştan insanı etkisi altına aldığı ve bireylerin her yaşta tedavi arayışı içinde olduğu bilinmektedir (WHO, 1998; WHO, 2000). Ancak tedavi seçenekleri içinden geleneksel tedavi yöntemlerini her yaştan birey uygulayabilirken yapılan araştırmalar obezite cerrahisinin yaygın olarak 18-65 yaş aralığında uygulandığını göstermektedir (Avşar, 2008; Buchwald, v.d., 2004). Obezite cerrahisi uygulaması için yaş aralığı önem taşımaktadır. 18 yaş altı bireylerde operasyon kararı verilmeden önce bu kişilerin anatomik ve fizyolojik gelişiminin tamamlanmış olması, en az bir komorbid hastalığının olması; 60 yaş üstü bireylerde de operasyon öncesi sürecin gözlemlenerek kar zarar hesabının dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir (Avşar, 2008). Bu çalışmada da örneklem 17-63 yaş aralığından seçilmiştir.

Araştırmada obezitenin cinsiyete göre görülme sıklığına bakıldığında iki grupta da (CAG ve KG) kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada, obezitenin iki cinsiyette de yaygın olarak görüldüğü iddia edilse de (Pekcan, 2008a) obezite oranlarının kadınlarda daha yüksek oluşu gebelik, emzirme ve çocuk sahibi olma ile ilişkilendirilebilir (Akt., Polat ve Turan, 2013). Ayrıca çocuklarının kalan yemeğinin anneler tarafından ‘israf olmasın’ gibi nedenlerle tüketilmesi, hamilelik döneminde ‘iki canlısın’ ve emzirme döneminde ‘sütün olmaz’ gibi söylemlerle kadınların daha çok yemek yemeğe itilmesi gibi bazı kültürel etkenler de özellikle ülkemizde kadınlarda kilo artışının yüksek olmasının ve kilolu olma halinin devam etmesinin nedenleri olarak gösterilebilir (Polat ve Turan, 2013). Bu çalışmada da kadın katılımcıların çoğunun (% 67.9) evli olması bu açıklamalara destek niteliği taşıyabilir.

Çalışmada CAG'ın % 80'inin, KG'nin de % 83.3'ünün ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Obezite ve eğitim seviyesi ilişkisini ele alan araştırmalara bakıldığında; bazı çalışmalarda bireylerin 5, 9, 11, 13, 17 yıl okula devam etmesi gibi çoklu değerlendirmelere tabi tutularak bulguların alındığı ve eğitim düştükçe BKİ'nin arttığı, bazı araştırmalarda ise eğitim seviyesi ve BKİ arasında net bir ilişki olmadığı görülmektedir (Cutler ve Lleras-Muney, 2006; Webbink, Martin ve Visscher, 2010). Bu çalışmada ise eğitim seviyesi 'ilkokul, ortaokul, lise, yüksekokul, okur-yazar, okur-yazar değil' olmak üzere 6 kategori üzerinden sorgulanmasına rağmen vaka sayısı kısıtlılığı sebebi ile analiz 'ilkokul ve altı' ile 'ortaokul ve üstü' olmak üzere iki kategori üzerinden gerçekleştirildiği için obezite ve eğitim seviyesine ilişkin net bir tanımlamanın yapılması mümkün olmamaktadır.

Katılımcıların medeni durumu değerlendirildiğinde iki grup arasında medeni durum açısından ise bir farklılık bulunmamakla birlikte CAG'ın % 60'ının, KG'nin ise % 56'sının evli olduğu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı yaş aralığı (17-63) ve kültürel nedenler dikkate alındığında ülkemizdeki evlilik yaşının bu aralığa denk gelmesi ile katılımcıların çoğunluğunun evli olması açıklanabilir (TÜİK, 2010). Araştırmada analizler kısıtlı sayıda katılımcı (25) ile yapıldığı için medeni durum ve obezite görülme sıklığı arasındaki ilişkiye bakılamamıştır.

Çalışmada CAG'ın % 60'ının, KG'nin ise % 48'inin düzenli olarak bir işte çalışmadığı bulgulanmıştır. Obezite ile çalışma durumunun (şu an çalışıp çalışmadığı) araştırıldığı çalışmalarda BKİ seviyesinin artması ile fiziksel hareketliliğin azaldığı ve fiziksel hastalıkların arttığı, bu nedenle de obez bireylerin işlerine devam edemediği görülmektedir (Rodbard, Fox, Grandy ve SHIELD Study Group, 2009). Ayrıca obezitenin sosyal yönleri ile ilgili yapılan çalışmalar obez bireylerin toplumda 'hantal' ve 'yavaş' olarak etiketlenmesi nedeniyle iş bulup çalışmadığını ya da kilo ile ilgili karşılaşacağını düşündüğü olumsuz tepkiler nedeniyle iş aramaktan çekindiğini göstermektedir (Wadden, v.d., 2003). Buna rağmen bu araştırmada obezite ve çalışma durumu arasındaki nedensel ilişkilere dair herhangi bir bilgi olmadığından söz konusu açıklamaların çalışmamızdaki bulgular açısından ne denli geçerli olduğu net değildir.

Katılımcıların gelir seviyeleri değerlendirildiğinde CAG'ın %54.2'sinin KG'nin ise % 62.5'nin düşük ve orta düzeyde geliri olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalar obezite ve sosyo-ekonomik seviye arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu ve gelir seviyesinin azalması ile çocukların ve bireylerin sağlıklı yiyeceklere ulaşma güçlüğü yaşaması nedeniyle kötü beslendiğini, bu durumun da kilo artışına neden olduğunu göstermekle birlikte (Gnavi, v.d., 2000; Swinburn ve Egger, 2004) bu iddiayı desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur (Klish, 1995). Çalışmamızda bu değişkenler arasındaki nedensel yön net olamamakla birlikte, ilişki açısından araştırmanın bu bulgusu obezite ile sosyo-ekonomik seviye arasında negatif ilişki olduğunu söyleyen literatür bulgularını desteklemektedir.

Çalışmada CAG'ın KG'den fiziksel hastalık varlığı açısından anlamlı olarak farklı olduğu bulgulanmıştır. Bu durum BKİ seviyesinin artması ile birlikte fiziksel hastalıkların oluşmaya ve sıklaşmaya başladığının göstergesi olarak kabul edilebilir. Nitekim, yapılan çalışmalar kilo artışının birçok tıbbi hastalığı da beraberinde getirdiğini göstermektedir (Kızıltan, 2008; Kopelman, 2007; Yetkin ve Çimen, 2010).

Bu çalışmada obezite cerrahisine başvuran adayların BKİ değerleri Türkiye'de ilk defa tanımsal içerikli bir çalışma olarak ele alınmaktadır. Buna göre CAG'ın % 72'si süper morbid obez (BKİ 50 ve üstü), KG'nin % 56'sı şiddetli obez (BKİ 35-39.9) ve % 36'sı da hafif obez (30-34.9) olarak görülmektedir. CAG'ın BKİ'si 40-.00-69.09 arasında değişmekte ve ortalama değeri 53.09'dur. KG'nin ise BKİ'si 30.87-61.90 arasında değişmekte ve ortalama değeri 36.5'tir. Buchwald ve arkadaşlarının (2004) yaptığı, obezite cerrahisine başvuran adayların demografik özelliklerinin ve obezite cerrahisinin kilo verme üzerindeki etkilerinin araştırıldığı meta analiz çalışmalarına göre ABD'de 1990-2003 yılları arasında opere olan 16944 hastanın BKİ ortalaması 46.9, ranjı ise 32.3-68.8 arasında değişmektedir. Bu verilere göre ülkemizde obezite cerrahisi ameliyatlarının yeni yapılmaya başlandığı düşünülürse, ABD'den elde edilen verilerin aksine hasta seçiminin BKİ'si daha yüksek olan adaylardan yapıldığı düşünülebilir.

CAG ve KG'de Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Araştırmada CAG ve KG'nin beslenme alışkanlıkları, katılımcıların bir gün içinde tükettikleri ana ve ara öğün sayısı, gün içinde öğün atlayıp atlamadığı, haftalık hazır yemek (fast food) tüketim sıklığı, gün içinde tüketilen besin çeşidinin (Yüksek, orta ve düşük kalorili) ne olduğu ve bir gün içinde tüketilen su miktarı ile ilgili sorular sorularak incelenmiştir.

Araştırma verilerine göre bir gün içinde tüketilen ana öğün sayısından CAG'ın % 36'sının 2 büyük ana öğün, % 64'ünün 3 büyük ana öğün yediği; % 56'sının hiç ara öğün yemediği; KG'nin % 56'sının en az 2 ana öğün, % 44'ünün ise 3 ana öğün yediği; % 32'sinin hiç ara öğün yemediği, % 40'ının 2 ara öğün yediği; CAG'ın % 68'inin, KG'nin ise % 80'inin gün içinde ana öğünlerini atladığı görülmektedir. Gruplar arasında kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olmadığı için CAG ve KG'nin ana ve ara öğün tüketimi arasında farklılık olup olmadığına bakılamamıştır. Ancak iki grubun öğünlerinin yüzde sıklık dağılımları incelendiğinde sonuçlar hem CAG hem de KG'deki bireylerin büyük çoğunluğunun en az 2 ana öğününü tükettiğini göstermektedir. Beslenme/Öğün tüketimi ile ilgili Yunseng Ma ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu çalışmada gün içinde sık yemek yemenin düşük obezite riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Buna karşın kahvaltı, öğle veya akşam yemeği gibi temel öğünleri atlama ise obezite'nin görülme sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Keast, Nicklas ve O'Neil (2010) ise ara öğün tüketiminin aşırı kilolu olma ve obez olma riskini azalttığını söylemektedir. Bu çalışmanın bulguları literatür verileri ile karşılaştırıldığında ana öğün tüketim sıklığı ile ilgili sonuçların literatür ile tutarlılık göstermediği görülmektedir. Bunun nedeni olarak karşılaştırma yapılan iki toplumun sahip olduğu kültürel farklılıklar ve beslenme biçimlerinin farklı olmasının yanı sıra obez bireylerin araştırma verileri toplanırken sorulan soruyu tam olarak anlamaması ve gün içinde yapmış olduğu sağlıksız atıştırmaları ana öğün olarak söylemiş olma ihtimali de gösterilebilir. Ek olarak çalışmada hem CAG hem de KG'deki bireylerin büyük çoğunluğunun ara öğün tüketmediği görülmektedir. Bu durum literatür ile uyumludur ve bireylerin sağlıksız yeme davranışları olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada CAG'ın % 40'ının, KG'nin ise % 64'ünün haftada en az iki defa fast food (hızlı hazır yiyecek) yediği bulgulanmıştır. Kruger, Blank ve Gillespie (2006) yapmış olduğu çalışmada fast food tüketmeyen bireylerin, haftada en az iki defa tüketen bireylere göre kilolarını daha iyi koruduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda fast food porsiyonlarının büyük, tüketilen yiyeceklerin de karbonhidrat ve şeker ağırlıklı olması nedeniyle de bu tür yiyecekler kilo alımında önemli bir rol oynamaktadır (Rolls, v.d., 2002). Öte yandan bu çalışmada KG'lerde fast food tüketenlerin sıklık yüzdesinin CAG'daki katılımcılardan yüksek olması düşündürücüdür. Zira KG grubundaki katılımcılar için bu sonuç obezite tiplerinin morbide evrilmesi açısından bir risk faktörü olabilir. Bu olasılık boylamsal nitelik taşıyan öte çalışmalarda sorgulanmaya açık bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte KG'nin CAG'a göre fast food tüketim sıklık yüzdesinin yüksek çıkmasının bir diğer nedeni de iki grubun tükettiği fast food çeşidi ile ilişkili olabilir (KG daha çok kebab, lahmacun gibi klasik Türk mutfağı yiyecekleri tüketirken CAG hamburger, pizza gibi hazır yiyecekler tüketiyor olabilir). Bu olasılık da ileri çalışmalarda araştırmaya açıktır.

CAG ve KG öğün aralarında tükettikleri besin çeşidine göre de incelenmiştir. Buna göre CAG'ın % 32'sinin gün içinde yoğunlukla yüksek kalorili yiyeceklerle (hamur işi, tatlı, bisküvi, çikolata ve cips) beslenirken, %44'ünün yüksek, orta (kuruyemiş, kuru meyve, şekerli içecekler) ve düşük kalorili (meyve, süt, yoğurt, peynir ve sandviç) yiyeceklerin hepsinden benzer miktarda tükettiği, KG'nin de öğün aralarında tüketilen besin çeşidine göre CAG'dan anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Bu durum obez bireylerin tüm yiyecek çeşitlerinden tükettiğini göstermektedir.

CAG ve KG bir gün içinde tükettikleri su miktarı açısından değerlendirildiğinde CAG'ın % 68'inin 1 ile 2 litre arasında, KG'nin ise % 52'sinin 1 gün içinde 1 litreden az su içmekte olduğu bulgulanmıştır. Gruplar arasında kategori başına düşen vaka sayısı az olduğu için karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak her iki grubun da yüzde sıklık dağılımları yeterli miktarda su içmediklerini göstermektedir. Obez bireylerde su tüketimi ile ilgili yapılan çalışmalar fazla su tüketiminin kilo vermeye yardımcı olduğunu göstermektedir; Stookey, Constant,

Popkin ve Gardner (2008) fazla kilolu kadınlarda diyet ve egzersizden bağımsız bir şekilde su içmenin kilo kaybında etkisi olduğunu bulgulamıştır. Buna paralel olarak ise bu çalışmaya katılan bireylerin % 69.4'ünün (CAG % 83.3; KG %56) şu an doktor kontrolünde diyetle devam etmediği ve ek olarak CAG'ın % 92'sinin 'diyet ve spor yaparak kilo verebileceğini düşünmediği' dikkate alındığında araştırma bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Çalışmaya göre CAG'ın KG'den biraz daha yüksek su tüketme nedeni olarak KG'nin büyük çoğunluğunun (% 72) diyet ve spor yaparak kilo verebileceklerini düşünmeleri gösterilebilir. Bu olasılık da bu alandaki öte çalışmalarda test edilmeye açıktır.

CAG ve KG'de Klinik Özellikler ve CAG'da Psikiyatrik Eş Tanı

CAG ve KG'de Klinik Özellikler

Araştırma katılımcılarının klinik özellikleri: CAG ve KG'de metabolik hastalık varlığı, daha önce görülen psikiyatrik tedavi varlığı, şu an ilaç kullanım varlığı, ailede fiziksel hastalık varlığı, şu anda psikiyatrik tedavi görüp görmediği, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı ve şu an kullanılan ilaçların ortalama kullanım süresi sorularak ölçülmüştür. Daha sonra CAG grubunda SCID-I ve SCID-II verileri doğrultusunda psikiyatrik eş tanı sıklığı incelenmiştir.

Çalışmada CAG'ın % 72'sinin metabolik herhangi bir hastalıktan en az birine (insülin direnci, diyabet, hipotiroid veya hiperlipidemi) sahip olduğu ve % 80'inin şu an ilaç kullandığı gözlenirken, KG'de bu oran metabolik hastalık varlığında % 28, ilaç kullanımında % 60 olarak bulgulanmıştır. İki grup arasında hem metabolik hastalık varlığı hem de şu an ilaç kullanım varlığı yüzde sıklık dağılımları açısından anlamlı bir farklılık vardır. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalar BKİ'nin artmasıyla birlikte birçok komplikasyonun meydana geldiğini, özellikle metabolik hastalıkların oluşma riskinin arttığını ve kilo artışının morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Bray, 1992). Bu çalışmada da metabolik hastalık varlığının ve dolayısıyla ilaç kullanımının BKİ'si yüksek olan bireylerde daha fazla görülüyor oluşu literatür ile uyumlu bir bilgi vermektedir. Bununla birlikte Park, Zhu, Palaniappan, Hershka, Carnethon ve Heymsfield'de (2003) yapmış olduğu

çalışmada BKİ'si 35 ve üstü olan bireylerin BKİ'si 35 altı olan obez bireylere göre daha fazla metabolik hastalığa sahip olduğu bulgulanmıştır.

CAG ve KG, ailede (anne ve baba) fiziksel hastalık varlığı açısından ele alındığında CAG'ın % 96'sının, KG'nin ise % 62.5'inin ailesinde fiziksel bir rahatsızlığı olduğu görülmektedir. CAG'ın % 25'i KG'nin ise % 13.6'sı ailesinde psikiyatrik rahatsızlığın olduğunu söylemiştir. CAG ve KG arasındaki farklar ailede fiziksel hastalık varlığı ve ailedeki psikiyatrik rahatsızlık varlığı incelenirken kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olmadığı için istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır. Ama literatür bilgileri obez bireylerde aileden gelen kalıtsal özelliklerin BKİ artışı ve fiziksel sağlık durumu ile ilişkili olduğunu (Akt., Yang, v.d., 2007) ve aile bireylerinin ruhsal durumlarının obez bireylerin ruhsal durumları üzerinde etkili olduğunu söylemektedir.

CAG'da Psikiyatrik Eş Tanı

Literatürde belirtildiği gibi obeziteye psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir (Oyekcin, v.d., 2011). Yapılan çalışmalar kilo vermek için obezite cerrahisi yöntemini kullanmak isteyen bireylerin toplumda yer alan diğer obez bireylerden daha fazla psikopatolojiye sahip ve daha fazla depresyon ve anksiyete öyküsü olduğunu göstermektedir (Friedman ve Brownell, 1995; Higgs, v.d., 1997; Kalarchian, v.d., 2007; Jones-Corneille, v.d., 2012; Stunkard ve Wadden, 1992).

Çalışmada CAG-I. Eksen'de katılımcıların % 64'ü en az 1 tanı almışlardır. En yaygın görülen psikiyatrik tanı ise % 52 ile Geçmiş Dönem Majör Depresyon (Geçmiş MD), % 20 ile Şimdiki Dönem Majör Depresyon (MD) ve % 16 ile Distimik Bozukluk olarak bulgulanmıştır. Bu bozuklukların ardından sırasıyla Şimdiki Dönem Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) % 8, Geçmiş Dönem Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Geçmiş YAB) % 8 ve Panik Bozukluk (Panik B) % 4 gelmektedir. Bu bulgu literatür verilerini desteklemekte ve yapılan çalışmalarla uyumlu gözükmektedir. Araştırmalar obezite cerrahisi adaylarında yapılan değerlendirmelerde en fazla duygu durum ve anksiyete bozukluklarının görüldüğünü bildirmişlerdir (Burgmer, v.d., 2007; Kalarchian, v.d. 2007).

Obezite ve psikopatoloji ile ilgili olarak yapılan diğer çalışmalarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun (TYB) obeziteye en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluk olduğu, TYB'si olan obez bireylerin DSM-IV-TR I. Eksen ve DSM-III-R II. Eksen'e göre daha fazla tanı aldığı (Jones-Corneille ve arkadaşları (2012); Marcus, v.d., 1990) ve gece yeme sendromunun (GYS) da TYB ile anlamlı bir ilişki halinde olduğu bulgulanmıştır (Gluck, v.d., 2001; Allison, v.d., 2005). Ancak bu çalışmada TYB ve GYS geçerli ve güvenilir bir ölçek kullanılarak ölçülemediği için analizlere dahil edilmemiştir. Bu nedenle veriler sadece I. ve II. Eksen'de görülen psikiyatrik bozukluklar üzerinden tanımlayıcı bir bilgi vermesi için hastalıkların görülme sıklıkları ele alınarak yürütülmüştür.

Araştırmada psikiyatrik bozuklukların görülme sıklıkları açısından elde edilen bir diğer önemli bulgu da CAG'ın % 36'sının I. Eksen'den tanı almamış olmasıdır. Araştırmada psikiyatrik hastalık varlığı hem geçerli ve güvenilir ölçekler yolu ile hem de demografik bilgiler alınırken sözel olarak sorulan sorular yardımı ile ölçülmüştür. Demografik sorulara verilen cevapların analizinde CAG'ın % 68'si daha önce psikiyatrik tedavi görmediğini, % 20'si ise şu anda psikiyatrik tedavi gördüğünü söylemiştir. Bu veriler ölçüm araçlarından elde edilen veriler ile tutarlılık göstermemektedir. Bu tutarsızlığın sebebi olarak ise obezite cerrahisi adaylarının değerlendirmeyi yapan uzman ile birebir gerçekleştirilen psikolojik görüşme sırasında, ameliyat olabilmek için kendilerini olduklarından daha iyi bir şekilde göstermek istemesi söylenebilir. Nitekim Snyder da (2009) obezite cerrahisi adaylarının değerlendirme esnasında operasyon sürecine psikolojik olarak uygun gözükme için kendilerini olduklarından daha iyi bir durumda gösterme çabası içinde olduklarını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte Bariatrik cerrahi hastaları arasında psikiyatrik eş tanının artan sıklığının bugün toplumda obez bireylere uygulanan etiketleme (stigmatizasyon) ve ayrımcılıkla ilişkili olduğu da düşünülebilir. Swan-Kremeier, (2005) depresyon ve anksiyetenin alaya ve eleştiriye maruz kalan bir toplum içinde yaşayan obez bireylerde daha fazla görülmesinin anlaşılabilir bir durum olduğunu söylemektedir. Ayrıca obezite nedeniyle fiziksel hareketliliğin azalması ve hastalıkların artması sonucu obez bireyler daha önce

yapmaktan keyif aldığı aktiviteleri gerçekleştirememekte ve bu durum da özellikle depresif bazı belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Onyike, v.d., 2003).

Çalışmada II. Eksen - Kişilik Bozuklukları (KB) ele alındığında ise CAG'ın % 12'sinin II. Eksen KB'den en az 1 tanı, % 28'inin hem en az 1 tanı hem de eşik altı tanı, % 40'ının sadece eşik altı tanı aldığı bulgulanmıştır. Bu durum obezite cerrahisi yöntemi ile kilo vermek isteyen bireylerin % 80'inin KB tanı kriterlerinin büyük çoğunluğunu karşıladığının göstergesi olarak kabul edilebilir. Bununla birlikte bu çalışmada KB, B ve C kümesinde (% 54.5, % 45.5) toplanmıştır. Katılımcılar B kümesinde ağırlıklı olarak Borderline KB (% 12) ve Histrionik KB (% 8) tanısı alırken, Histrionik KB (% 36), Borderline KB (% 28) ve Narsisistik KB (% 16) eşik altı tanısı almıştır. C kümesinde de Çekingen KB (% 8), Bağımlı KB (% 8) tanısı alırken, Obsesif Kompulsif KB (% 12), Çekingen KB (% 8) eşik altı tanısı almışlardır. Araştırmadan elde edilen bu bulgular da obezite cerrahisi adayları ile KB üzerine yürütülen çalışmalardan elde edilen bulgular ile uyumludur. Glinski ve arkadaşlarının (2001) yürüttükleri çalışmada DSM-IV kriterlerine göre obezite cerrahisi için başvuran adayların % 36'sının kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı, % 32'sinin de tanı kriterlerini tam karşılamamakla birlikte kişilik bozukluklarının belli özelliklerine sahip olduğunu bulgulanmıştır. Sansone ve arkadaşları (2000) ise B kümesi kişilik bozukluklarının (özellikle borderline kişilik bozukluğu) obez bireylerde yüksek oranlarda görüldüğünü söylemiştir. Bunun nedenlerinden biri olarak da morbid obez bireylerin dürtüselliğini göstermiştir ve dürtüselliğe bağlı kilo dalgalanmalarının sert olduğunu söylemiştir (Sansone, v.d., 2008). Bu açıklama tartışmaya açıktır ve ileri çalışmalarda ele alınması gerekmektedir. Bununla birlikte araştırma bulguları obezite cerrahisi için başvuran adayların kilo problemleri ve buna bağlı oluşan fiziksel hastalıklarının dışında ruhsal açıdan da zor durumda olduklarını ve adayların değerlendirilirken psikiyatrik problemlerinin mutlaka ele alınması gerektiğini de göstermektedir.

CAG ve KG'nin Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk, Fiziksel Hastalık Sayısı ve Tedavi Motivasyonu Açısından Karşılaştırması

Araştırmanın temel amaçları doğrultusundaki *Hipotez 1, Hipotez 2, Hipotez 3 ve Hipotez 5* bağlamında yapılan analiz sonuçlarına göre, CAG ve KG karşılaştırıldığında CAG'ın yeme bozukluğu semptomları, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeyleri ve fiziksel hastalık sayısının KG'ye kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu, ancak iki grubun tedavi motivasyonu açısından bir farklılık göstermediği görülmüştür. Özetle, *1, 2 ve 5. Hipotez desteklenirken, 3. Hipotez desteklenmemiştir.*

CAG, YBDÖ-T ile ölçülen yeme bozukluğu semptom düzeyi ile YBDÖ'nün yeme ile ilgili endişeler ve beden ile ilgili endişeler alt testleri incelendiğinde KG'den daha dezavantajlı çıkmıştır. Ancak CAG ve KG arasında YBDÖ'nün kısıtlama alt ölçeğine bakıldığında herhangi bir farklılık bulunamamıştır. CAG ve KG'nin yeme bozukluğu semptom düzeyleri ele alındığında; bu bulgu obezite cerrahisi için başvuran bireylerin yeme bozukluğu belirtilerini daha fazla gösterdiğini, yeme paternlerinin daha bozuk olduğunu ve yanlış yeme davranışını sürdürdüklerini ortaya koymaktadır. Nitekim bu verileri *CAG ve KG'de beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi* bölümünde ele alınan bulguların önemli bir kısmı da desteklemektedir.

Literatüre bakıldığında obezite cerrahisi için başvuran adayların daha fazla atıştırma (grazing) yaptığı, daha kalorili içecek tükettiği ve daha çok şekerli besin ile beslendiği görülmektedir (Engel, v.d., 2012; Hsu, v.d., 1996). Grilo, Reas, Brody, Burke-Martindale, Rothschild ve Masheb (2005) ve Kalarchian, Wilson, Brodin ve Bradley (2000) yapmış oldukları çalışmalarında cerrahi yöntem ile kilo vermek isteyen kişilerin yeme paternlerinin daha bozuk olduğunu ve cerrahi adaylarının YBDÖ'den yüksek puanlar aldıklarını ortaya koymuşlardır. Bu bağlamda bulgunun literatür ile uyumlu çıktığı söylenebilir. Bununla birlikte CAG ve KG'nin YBDÖ-Kısıtlama alt ölçeği ele alındığında katılımcıların bu alt ölçeği içeren soruları (Örnek sorular: *Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı*

kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? [Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.]; Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? [Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.]) ‘diyet devamlılığını’ ölçen sorular olarak görüp yanıtlamış olabileceği düşünülebilir ve iki grup arasında fark görülememesi CAG ve KG’de diyetle devam etmeyen kişi sayısının edenlere oranla daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

CAG ve KG’de, BBÖHOA toplam puan ve gövde alt ölçeği puan ortalamaları birbirlerinden anlamlı derecede farklılık gösterirken yüz ve beden üyeleri alt ölçeğinden aldıkları puan açısından gruplar birbirinden farklı bulunmamıştır. Obez bireylerde beden bölgelerinden duyulan hoşnutsuzluğun gerçek olmayan bir beden algısı üzerinden değil, toplum tarafından onaylanmayan bir beden görüntüsüne sahip olmanın getirdiği rahatsızlıktan kaynaklandığı öne sürülmektedir (Bayraktar, 2008). Bu nedenle obez bireylerde yapılan çalışmalarda beden bölgelerinden duyulan hoşnutsuzluk düzeyi üzerine yoğunlaşmıştır. Yapılan çalışmalar özellikle morbid obezlerde cerrahi yöntemi seçme nedenlerinden birinin beden görünümünden duydukları hoşnutsuzluk olduğunu (Libeton, v.d., 2004), obez bireylerin çocukken aileleri ve yakın çevreleri tarafından maruz kaldıkları eleştirinin ve özgüven eksikliğinin beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeylerinde artmaya neden olduğunu göstermektedir (Bayraktar, 2008). Bu bağlamda, zayıf olmanın ideal ve iyi olduğunun pompalandığı bir psikososyal ortamda, obez bireylerde BKİ obeziteden morbid obeziteye doğru evrildikçe beden bölgelerinden duyulan hoşnutsuzluğun artması beklenen bir bulgu olarak yorumlanabilir. Ancak beden bölgelerinden duyulan hoşnutsuzluğun artması yukarıda da söz edildiği üzere iki grup arasında genel görünüş ve gövde açısından farklılık yaratırken yüz ve beden üyelerinden kaynaklanan hoşnutsuzluk ile ilişkili bulunmamıştır. Bu durum, yüz ve beden üyelerinin morbid obez ve obez bireylere vücudun bütünü/genel görünüşü kadar rahatsız edici gelmemesi ile açıklanabilir. Bu olasılık ileriki çalışmalarda incelenmelidir.

Çalışmada aynı zamanda CAG ve KG’de fiziksel hastalık sayısı, şu an tedavi gördüğü ve tanı almış olduğu hastalık sayıları sorularak ölçülmüş ve CAG’ın KG’ye

göre fazla sayıda hastalığa sahip olduğu bulgulanmıştır. Kilo artışının metabolizma işleyişinde bozulmalara yol açtığı ve birçok tıbbi problemi de beraberinde getirdiği bilinmektedir. Obez bireylerde ise morbid obeziteye doğru BKİ'nin artmasıyla birlikte fiziksel hastalık sayılarında da bir yükselme görüldüğü bilinmektedir (Kızıltan, 2008). Tıbbi problemlerin artması ise yaşam kalitesini de düşürmekte ve obez bireylerin sosyal ortamlardan daha çok izole olmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak araştırmanın bu bulgusunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

CAG ve KG vakaları ODEÖ ölçeği kullanılarak değişime hazır oluş ve tedavi motivasyonu açısından da değerlendirilmiş ve iki grup arasında beklenenin aksine bir farklılık bulunamamıştır. Çalışmada CAG'ın % 64'ünün hazırlanma, % 28'inin tasarlama evresinde, KG'nin ise % 56'sının hazırlanma, % 36'sının tasarlama evresinde yer aldığı bulgulanmıştır. Her iki grupta da hazırlanma evresinde olanların çoğunlukta olduğu görülürken tasarlama öncesi ve sürdürme evresinde olan vaka yoktur. Her ne kadar iki grubun tedavi motivasyon kategorilerindeki sıklık dağılımları benzer bir eğilim gösterse de, iki grubun zayıflamak için kullandıkları yöntemler açısından farklılaştığı düşünüldüğünde, bu bulgu iki grubun da kilo vermek için farklı yöntemleri seçmek konusunda hazırlanma sürecinde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bir başka deyişle, CAG'ın operasyon öncesi değerlendirme sürecinde araştırmaya dahil edildiği için hazırlanma ve tasarlama evresinde çıktığı, KG'nin ise kilo vermek için geleneksel yöntemleri seçmeyi düşündüğü için hazırlanma ve tasarlama evresinde çıktığı düşünülmektedir. Aynı zamanda tasarlama öncesi ve sürdürme evresinde vaka olmaması da bu bireylerin kilo vermek istediğini ancak kilo vermeyi sürdüremediklerini de göstermektedir. Obezite cerrahisi geçiren bireylerin değişime hazır oluşu ve tedavi motivasyonunu etkileyen faktörlerin ne olduğu ile ilgili yapılmış kapsamlı ve yeterli çalışma olmadığı için bu alanda literatür bilgileri kısıtlıdır. Yapılan çalışmalar da daha çok bazı bireylerin kilo verirken bazılarının neden kilo veremediği üzerine odaklanmış ve kilo verme süreçlerinde motivasyonun önemli olduğu bu çalışmalarda bulgulanmıştır (Dixon, v.d., 2009; Teixeira, v.d., 2002; Williams, v.d., 1996).

CAG ve KG'nin Şimdiki - Geçmiş Diyet ve Egzersiz Davranışları ile Diyet ve Egzersiz Tutumları Açısından Karşılaştırılması

Araştırmada *Hipotez 4* bağlamında CAG ve KG'nin diyet ve egzersiz davranışları şimdiki ve geçmiş diyet ve egzersiz davranışlarını ölçen sorular sorularak ('şu an doktor kontrolünde diyet yapıyor musunuz?', 'haftada en az 3 gün, yarım saatten fazla fiziksel aktivite yapar mısınız?', 'daha önce kilo vermek için hangi yöntemleri denediniz?'); diyet ve egzersiz tutumları ise 'diyet ve egzersiz yaparak kilo verebileceğinize inanıyor musunuz?' sorusu sorularak ölçülmüş ve değerlendirilmiştir. Buna göre araştırmanın 4. Hipotez'inde beklediği şekilde CAG ve KG'nin şu anki diyet davranışları değerlendirildiğinde CAG'ın % 83.3'ünün, KG'nin ise %56'sının şu an doktor kontrollü diyete devam etmediği; CAG'ın % 84'ünün, KG'nin % 64'ünün egzersiz yapmadığı; CAG'ın % 92'sinin diyet, spor ve/veya diğer yöntemleri kilo vermek için denediği, KG'nin ise % 61.9'unun sadece diyet, spor ya da iki yöntemi birlikte denediği görülmüştür. Ayrıca CAG'ın % 92'si diyet ve egzersiz yöntemi ile kilo verebileceğini düşünmezken, KG'nin de % 72'si diyet ve egzersiz yöntemlerini kullanarak kilo verebileceğini düşündüğünü söylemiştir. Günümüzde obezitenin artma nedenlerinin en başında beslenme sorunları ve hareketsiz yaşam gelmektedir (Alphan, 2008). Özellikle obezitede artan BKİ yani süper morbid obeziteye doğru ilerleme bireylerin hem fiziksel sağlık sorunları nedeniyle hareketini engellemekte ve yaşam kalitesini düşürmekte hem de diyet ve egzersiz yöntemini kullanarak kilo verebileceğine dair inancını azaltmaktadır. Araştırma bulguları da bu bilgi ile tutarlı çıkmıştır. Özellikle KG'nin büyük çoğunluğunun diyet ve egzersiz yöntemini kullanarak kilo verebileceğini düşünmesine karşın CAG'ın % 92'sinin bunu düşünmemesi ve cerrahi yöntemi seçmek isteyen morbid obez bireylerin büyük çoğunluğunun da daha önce kilo vermek için diyet ve/veya spor yöntemlerinin yanında akupunktur, bölgesel yağ aldırma, zayıflama ilaçları gibi yöntemleri de kullanmış olmaları bu bireylerin cerrahi yöntemi seçme nedenleri olarak gösterilebilir. Bununla birlikte her iki grupta da diyet ve egzersiz yapmayan kişi sayısı daha yüksek olmakla birlikte CAG'ın KG'ye göre daha yüksek oranda diyet ve egzersiz yapmadığı görülmektedir. Araştırmada kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olmadığı için iki grup

arasındaki farklılıklar karşılaştırılmamıştır. Ancak *Hipotez 4*'ün grupların yüzde sıklık dağılımları açısından değiştiği göz önüne alınarak desteklendiği söylenebilir.

CAG'ın Kendi İçinde Psikopatoloji Sıklığının Cinsiyete göre Karşılaştırılması

Araştırmanın 6. sayılı hipotezinde beklendiği şekilde kadınların SCID-I. Eksen'den aldıkları toplam tanı sayısının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Öte yandan, araştırma sonuçlarına göre CAG SCID-I. Eksen'den sadece majör depresyon, geçmiş dönem majör depresyon, distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, geçmiş dönem yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk tanıları almıştır. Bu tanıların her biri için obeziteden bağımsız olarak normal kilolu popülasyonda cinsiyete göre görülme sıklıklarına bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarını içine alan psikiyatrik hastalıkların kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (Bal 2010; Stunkard, Faith ve Allison, 2003). Bununla birlikte Simon ve arkadaşları (2008) orta yaşlı kadınların depresyonlarının obezite, düşük fiziksel aktivite ve yüksek kalori alımı ile ilişkili olduğunu da söylemektedir. Yapılan çalışmalarda depresyon oranlarının cinsiyete göre farklılık göstermesinin nedenleri arasında kadınların belli dönemlerde yaşadığı hormonal ve biyolojik değişimler ile toplumsal rollerin getirdiği zorluklar gösterilmektedir (Polat ve Turan, 2013). Bununla birlikte obez kadınlara karşı yapılan sosyal etiketlenmenin erkeklere oranla daha fazla olması, bu nedenle kadınların beden bölgelerinden daha hoşnutsuz olması ve sosyal değerlerin erkekten daha çok kadınların estetik ve güzelliğine önem vermesi depresyonun görülme nedenleri arasında sayılmaktadır (Bayraktar, 2008).

CAG'ın Kendi İçinde BKİ'nin Yordayıcıları ile İlişkisi

Çalışmada *Soru 1*'de ele alındığı üzere BKİ ile ilişkili olan değişkenlerin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Beden ile ilgili Endişeler alt testi ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-toplam puanı olduğu bulunmuştur. CAG içinde, BKİ arttıkça hem yeme bozukluğu belirtileri hem de yeme bozukluğu belirtilerinin oluşmasına neden olan beden ile ilgili endişeler artmaktadır. Literatüre bakıldığında daha önce de değinildiği gibi bu bulgu obez bireylerde BKİ artışı ile birlikte yeme bozukluğu semptomlarında artış meydana geldiği bulgusu ile tutarlıdır (Grilo, v.d.,

2005; Kalarchian, v.d., 2000). Bununla birlikte BKİ artışı ile birlikte beden görünümünden duyulan hoşnutsuzluk düzeyi ve psikiyatrik tanı sıklığının artmış olması beklenmektedir. Ancak araştırmada bu ilişki bulunamamıştır. Özellikle BKİ ve beden bölgelerinden duyulan hoşnutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin anlamsızlığını vaka sayısının düşüklüğü ile açıklamak mümkün olabilir. Nitekim Tablo 19'da da görüleceği üzere bu iki değişken arasında düşük değil orta güçte bir korelasyon söz konusudur. Zira alandaki çalışmalarda da BKİ ile BBH arasındaki ilişkilere dair korelasyon katsayıları incelendiğinde elde edilen değerlerin çalışmamızdakine benzer büyüklükte olduğu dikkati çekmektedir (Friedman, Reichmann, Costanzo ve Musante, 2002).

Araştırmada BKİ ile ilişkili olarak bulgularan YBDÖ-BE alt testi ve YBDÖ toplam puanı regresyon analizine sokulmuştur. Yapılan analiz sonucunda YBDÖ-BE'nin BKİ'deki değişimin tek başına % 19'unu yordadığı görülmüştür. Yukarıda da ele alındığı üzere beden şekli ile ilgili endişeler yeme bozukluğu semptomlarının oluşmasına neden olmaktadır (Grilo, v.d., 2005). Bu nedenle YBDÖ-T puanından daha çok YBDÖ-BE alt ölçeğinin BKİ'yi yordaması literatür ile tutarlı görünmektedir.

Klinisyenler kilo problemi çocukluk çağında başlayan obez bireylerin, erişkin dönemlerinde kilo alan obez bireylerden farklı özelliklere sahip olduğunu söylemektedir (Schwartz ve Brownell, 2002). Bu konuda yapılan çalışmalar BKİ'si yüksek olan kişilerde çocukluk çağı obezite öyküsünün daha fazla görüldüğünü göstermekte ve çocukluk çağından beri kilo sorunu olan bireylerin (özellikle kadınlar) daha fazla beden bölgelerinden hoşnutsuzluk bildirdiğini söylemektedirler (Grilo, v.d., 1994). Bununla birlikte, obez bireylerde diyet ve egzersiz varlığının azlığı BKİ'yi arttıran bir diğer önemli etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Çıtak, v.d. 2007). BKİ artışı ile birlikte metabolik hastalıkların artması ve fiziksel hastalık sayısında bir yükselme yaşanması da beklenen bir sonuçtur (Kızıltan, 2008). Tüm bu veriler ışığında CAG'da çocukluk çağı obezite öyküsünün varlığı, şimdiki - geçmiş diyet ve egzersiz davranışları ile diyet ve egzersiz tutumları ve fiziksel hastalık sayısının BKİ ile ilişkisine bakılmıştır. Ancak *Soru 2*'de sözü geçen beklenen bulgunun aksine değişkenler arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Literatür

verileri BKİ ile değişkenler arasında bir ilişki olduğunu gösterirken bu çalışmada ilişkinin bulunamaması vaka sayısı azlığı ve ölüm yöntemleri ile açıklanabilir.

Çalışmada yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve sosyo-ekonomik seviye (SES)'nin BKİ ile ilişkisine de bakılmıştır. Yapılan analiz sonucunda *Soru 3*'te beklendiği şekilde BKİ'yi anlamlı derecede yordayan değişkenler bulgulanmıştır. Buna göre SES'in düşmesi ve çalışma durumunun ortadan kalması ile BKİ seviyesinde bir artış meydana gelmektedir. Bunun zerine BKİ ile ilişkili bulunan bu iki değişken regresyon analizine sokulmuş ve çalışma durumunun tek başına BKİ'nin % 18'ini yordadığı görülmüştür. Daha önce de değinildiği üzere BKİ artışı ile birlikte obez bireylerin fiziksel hareketleri sınırlanmakta, hareket zorluğu ve sosyal etiketlenme gibi nedenlerle evden çıkmaları güçleşmektedir (Onyike, v.d., 2003; Swan-Kremeier, 2005). Bu nedenle de obez bireyler ya iş bulamamakta ya da işlerinden ayrılmak veya emekli olmak durumunda kalmaktadırlar. Dolaysıyla obez bireylerin evden çıkamaması ve çalışma hayatına aktif katılamaması hem SES'in düşmesine hem de BKİ'nin artmasında neden olmaktadır. Ancak SES'in düşme sebeplerinden birinin çalışamama yani elde edilen gelir miktarının kaybı olduğu düşünülürse bu araştırmada çalışma durumunun BKİ'yi tek başına yordaması literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Tüm literatür verileri dikkate alındığında fiziksel hareketin sınırlanması, eleştiri ve alaya maruz kalınması, fiziksel ve sosyal nedenlerle evden çıkmanın güçleşmesi, depresyon seviyesinin artması, yeme paternlerinin bozulması gibi nedenler obez bireylerin bir döngüye girmesine neden olmakta bu durum da tedavilerini zorlaştırmaktadır.

CAG'ın Kendi içinde Cerrahi Operasyon Gerekeleri ile CAG ve KG'nin Kilo Verme ve Alma Nedenlerinin İncelenmesi

Daha önce değinildiği üzere, obezite yaşamın tüm alanlarını etkileyen bir sağlık problemi olmakla birlikte, kilo vermek için diyet ve egzersiz yöntemini deneyen ancak başarılı olamayan obez bireyler obezite tedavisinden vazgeçmekte ve bu nedenle de kilo artışları sürmektedir. Obezite seviyesi morbid obezite düzeyine doğru yükseldikçe obez bireylerde diyet ve egzersiz uygulayarak kilo

verebilebileceklerine dair inanç azalmakta ve bireyler geleneksel yöntemlerin dışında kilo problemlerine hızlı ve kesin bir çözüm bulabilecekleri başka bir yöntem arayışı içine girmektedirler. Ancak ne yazık ki hem dünyada hem de ülkemizde bu alanda yapılan çalışma sayısı çok azdır. Yurt dışında yapılan çalışmalar da daha çok bariatrik cerrahi sonrası tedavi uyumunu ve motivasyonunu ölçmek amacı ile yürütülmüştür (Dixon, v.d., 2009; Zijlstra, v.d., 2006).

Bu sebeplerle bu çalışmada, bir yan amaç olarak aynı zamanda *Soru 4*'te belirtildiği üzere CAG'ın operasyon isteme nedenleri ele alınmış ve verilen cevapların “*cerrahinin kilo vermek için kesin çözüm olarak görülmesi*” gerekçesinde yoğunlaştığı dikkati çekmiştir. Adaylar “neden obezite cerrahisine başvurmak istiyorsunuz?” sorusuna ‘operasyon geçirerek midemin küçüleceğini ve cerrahinin kesin çözüm olduğunu düşünüyorum’ (% 32), ‘diyet ve egzersize olan inancımı yitirdim’ (% 24), ‘diyet ve egzersiz yapamıyorum’ (% 20), ‘cerrahi yöntem ile sağlık sorunlarım çözülecek’ (% 12), ‘cerrahi kilo vermek için güvenilir bir yöntem’ (% 12) şeklinde cevaplar vermişlerdir.

Yine *Soru 4*'te sözü edildiği üzere CAG'ın büyük çoğunluğu kilo verme isteklerinin gerekçesi olarak ‘sağlıkla ilgili’ (% 48) ve ‘hem sağlık hem görünüşle ilgili’ (% 44) nedenlerini dile getirmişlerdir. KG'nin büyük çoğunluğu ise ‘hem sağlık hem görünüşle ilgili’ nedenleri daha sıklıkla öne sürmüşlerdir. CAG, KG'den farklı olarak çevre baskısına maruz kaldığını da belirtmiştir. Bu bulguda dikkat çeken nokta CAG'ın görünüşle ilgili nedenleri sağlık sorunlarından sonra söylemesi, KG'nin ise iki nedeni de aynı anda söyleyebilmesidir. Yukarıda da değinildiği üzere BKİ'nin artmasıyla hem fiziksel hastalık sayısı artmakta hem de yaşam kalitesi düşmektedir (Karlsson, v.d., 1998; Kopelman, 2007). Bu bilgiler doğrultusunda morbid obezitede fiziksel sağlık sorunlarının beden görünümünün önüne geçmesi açıklanabilir bir durumdur.

Bununla birlikte CAG'ın KG'den farklı olarak çevre baskısına maruz kaldığı gerekçesini öne sürmesi de morbid obez bireylerin obez bireylere göre daha fazla sosyal etiketlenmeye maruz kaldığının van Hout ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da rapor edildiği üzere göstergesi olabilir.

Çalışmada son olarak CAG ve KG'nin kilo alma nedenleri değerlendirilmiş ve hem CAG'ın (% 60) hem de KG'nin (% 69.9) hem atıştırma yaptığı hem de hareketsiz olduğu için kilo aldığını söylediği görülmüştür (*Soru 4*). Literatüre baktığımızda kilo alma sebeplerinin yapılan bilimsel çalışmalarla genetik faktörlere, beslenme alışkanlıklarına, fiziksel aktivite azlığına, sosyo-ekonomik seviyeye ve bazı psikolojik faktörlere dayandığını görmekteyiz (Canetti, v.d., 2002; Gnavi, v.d., 2000; Pekcan, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012; Stunkard, v.d., 1986). Ancak bu çalışmada obez ve morbid obez bireylerin neden kilo almış olabileceklerine dair kendi düşünceleri öğrenilmeye çalışılmış ve verilen cevapların beslenme alışkanlıkları ile birlikte yetersiz fiziksel aktiviteye dayandırıldığı görülmüştür. Görüşmede katılımcıların hiç birinin kilo almayı etkileyen psikolojik faktörlerden söz etmemiş olması ise, almış oldukları Eksen I ve Eksen II tanı sıklıkları göz önüne alındığında, kayda değerdir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biri örneklemedeki vaka sayısının azlığı ve bu sebeple detaylı karşılaştırmaların yapılamamış olmasıdır. Yurt dışında obezite cerrahisi adaylar ile yapılan çalışmalarda örneklem sayısı en az yüz katılımcının üzerinde olmaktadır. Ülkemizde obezite tedavisi için kurulu klinik sayısı çok azdır. Oysa yurt dışında bu tür çalışmaların birden fazla sayıda kliniğin ortaklığında yürütüldüğü ve vaka sayısı azlığı engelinin bu sayede aşıldığı göze çarpmaktadır. Bu doğrultuda, bu çalışmada sonuçlarının tüm popülasyona genellenmesi zorluğu ortaya çıkmıştır.

Araştırma için yalnızca çalışma grubundaki katılımcılara değil, kontrol grubunu oluşturan obez bireylere ulaşmada da zorluk yaşanmıştır. Özellikle cerrahi aday grubu ile başta BKİ olmak üzere yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik seviye ve çalışma durumu açısından birebir eşlenmiş ancak araştırma grubundan farklı olarak kilo vermek için obezite cerrahisini seçmemiş olan morbid obez kontrol grubu adayları vakaların tamamı çalışmaya katılmak istemediklerini bildirmişlerdir. Bu nedenle hem KG vakalarına ulaşma gücünü yaşadığı hem de zaman kısıtlılığı olduğu için KG bu çalışmada tedavi motivasyonunu ölçmek amacı ile kullanılan ODEÖ'nün psikometrik özelliklerinin sınanması çalışmasında (Deveci, v.d., 2012) yer almış olan 100 obez vaka arasından yine CAG ile yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey ve çalışma durumu açısından eşlenerek seçilmek durumunda kalınmıştır. Ancak, bu grup arasından BKİ'si morbid obez seviyede olan vakalara ise neredeyse hiç rastlanmadığı için grupların BKİ seviyeleri eşlenememiştir. Bu sebeple gruplararası farklılıkları yorumlarken yalnızca obezite cerrahi adayları olup olmamanın değil iki grubun BKİ seviyeleri arasındaki farklılığın da dikkate alınması önem taşımaktadır.

Bunun yanı sıra, iki grupta da psikiyatrik belirtileri tarama dışında aynı ölçüm yöntemleri (Demografik form, YBDÖ, BBÖHOA ve ODEÖ) kullanılmış olmasına rağmen, ruhsal bozuklukları taramak için CAG'a SCID-I ve II uygulanırken, KG'de aynı uygulamayı gerçekleştirmek, KG'deki vakalara CAG'ın aksine klinik ortamda değil, genel popülasyondan ulaşıldığı ve vakalar açısından bu sebeple zaman

kısıtlılığı doğduğu için, mümkün olmamıştır. Bu nedenle obezite cerrahisi olmak isteyen bireyler ile olmak istemeyen bireyler arasında psikiyatrik açıdan ne tür farklılıklar olduğu da incelenememiştir. Bu durum araştırmanın önemli kısıtlılıklarından bir diğerini oluşturmaktadır.

Araştırmada kesitsel desenin kullanılmış olması ise başka bir kısıtlılık olarak ele alınabilir. Hem çalışma örneklemini hem de değişkenlerinin yapısı gereği boylamsal bir çalışma yürütülemediği. Benzer değişkenlerin boylamsal çalışmalarla karşılaştırılması sonuçların yabancı literatür ile daha iyi kıyaslanmasını sağlayabilir.

Tüm bunlara ek olarak, ülkemizde kilo vermek için obezite cerrahisi yöntemini seçen adaylar ile yapılmış başka bir çalışma bulunmamakla birlikte araştırmada kullanılan ölçekler daha çok yeme bozukluklarına ait ölçeklerdir. Tüm ölçekler cerrahi adaylarında ilk defa kullanılmakta olup bu gruba özgü değildirler. Sadece ODEÖ obez bireylerde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Bu durum da çıkan sonuçların karşılaştırılmasında güçlük yaratmıştır. Bunun yanı sıra Türkiye’de buna benzer bir çalışmanın yapılmamış olması da sonuçların kıyaslanması açısından kısıtlılık oluşturmaktadır. Ancak bu araştırmanın sonuçları ileriki çalışmalar için bir temel oluşturabilir.

Literatüre göre obezite cerrahisi adaylarında BKİ’yi ve depresyonu en iyi yordayan değişkenler Duygusal Yeme (DY), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Gece Yeme Sendromu (GYS) iken çalışmada bu değişkenleri ölçebilecek Türkiye’de kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçüm yöntemi olmadığı için katılımcıların DY, TYB ve GYS belirtileri bulgulanamamış ve Türkiye örneklemini literatür ile karşılaştırılamamıştır.

Son olarak da uygulama sırasında, özellikle cerrahi aday grubunun, operasyon olabilmek için yapılan değerlendirmeyi bir basamak olarak görmeleri nedeniyle kendilerini daha iyi gösterme çabası içinde olduğu gözlenmiştir. Bu durum vakaların ölçek puanları ve klinik görünümü arasında tutarsızlığa sebep olmuş olabilir. Bu nedenle obezite cerrahisi adaylarını değerlendirirken yapılan değerlendirme

görüşmesinin operasyon sürecini doğrudan etkilemeyeceği bilgisi verilmeli ve dikkatli olunmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Obezite cerrahisi adayları ile yapılan bu çalışma yukarıda sözü geçen tüm kısıtlılıklara rağmen benzer kapsamda bir çalışmanın daha önce yapılmamış olması ve tanımlayıcı özelliğe sahip olması dikkate alındığında, ileride yapılacak olan çalışmalara temel hazırlaması açısından önem taşımaktadır.

Araştırma sonuçları BKİ'nin artması ile birlikte obez bireylerde yeme paternlerindeki bozulmanın (yeme bozukluğu belirtileri göstermeye başlamaları), sağlıklı beslenme ve egzersiz davranışlarında bozulmanın, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk düzeylerinin, fiziksel hastalık sayılarının ve psikiyatrik eş tanı sayılarının arttığını göstermektedir. Özellikle BKİ'nin artması ile birlikte obez bireyler diyet ve egzersiz kullanarak kilo verebileceklerine dair inançlarını kaybettikleri için bu yöntemleri kullanmamakta ve kilo artışları da devam etmektedir.

Araştırmanın ortaya koyduğu bir diğer önemli bulgu da obezite cerrahisi yöntemi ile kilo vermek isteyen obez bireyler ile geleneksel yöntemleri kullanarak kilo vermek isteyen bireylerin tedavi motivasyonları açısından bir farklılığın bulunamamasıdır. Her iki grup da kilo vermek için seçtiği veya seçmeyi düşündüğü yönteme 'hazır' gözükmekte ancak eyleme geçememektedir.

Bu çalışmanın bulguları kilo vermek için obezite cerrahisi yöntemini kullanmak isteyen morbid obez bireylerin cerrahi yöntemi seçmeyen morbid obez ve/veya obez bireylerden daha farklı fiziksel ve ruhsal özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle özellikle morbid obez bireyler cerrahi operasyon kararı vermeden önce obezite tedavi kliniklerinde dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve uygulanacak kilo verme yöntemi motivasyonel teknikler kullanılarak belirlenmelidir. Bununla birlikte cerrahi aday grubunda psikiyatrik eş tanı oranlarının da yüksek olduğu gözlenmiştir. Tüm bu tanımsal içerikli bulguların özellikle CAG'ın cerrahi yöntem kullanılarak tedavisine karar verilmesi halinde tedavi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi ve aksamaması için adayların öncelikle psikolojik/psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olup olmadığının belirlenmesine ve buna göre daha işlevsel tedavi modaliteleri ve müdahale programları geliştirilmesine ışık tutacağı umulmaktadır.

KAYNAKÇA

- ABILES, V., RODRIGUEZ-RUIZ, S., ABILES, J., MELLADO, C., GARCIA, A., PEREZ DE LA CRUZ, A., v.d.: 2010
- “Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery”, **Obesity Surgery**, 20, s.161-167.
- ACCAD, E.: 2002-2003
- “Body Image and Breast Cancer”, **Al-Raida**, 20, 99, s. 49-54.
- ADAMI, G. F., GANDOLFO, P., CAMPOSTANO, A., MENEGHELLI, A., RAVERA, G., SCOPINARO, N.: 1998
- “Body Image and Body Weight in Obese Patients”, **International Journal of Eating Disorders**, 24, s. 299–306.
- ADAMI, G. F., MENEGHELLI, A., BRESSANI, A., SCOPINARO, N.: 1999
- “Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery”, **Journal of Psychosomatic Research**, 46, s. 275–281
- ADAMI, G.F., GANDOLFO, P., BAUER, B., SCOPINARO, N.: 1995.
- “Binge Eating in Massively Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery”, **Int J Eat Disord.**, 17(1), s. 45-50.
- AKGÜN, B.: 2008
- “Beden Ağırlığı Yönetiminde Davranış Modifikasyonu”, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, **Türkiye Diyetisyenler Derneği**, Ekspres Baskı A.Ş., Ankara, s. 158-170.

AKGÜN, B.: 2010

“Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu Bağlamında Nöropsikolojik Test Performansının İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Klinik Sinirbilimler Anabilim Dalı.

ALLISON, K.C., GRILO, C.M., MASHEB, R.M., STUNKARD, A.J.: 2005

“Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: A Comparative Study of Disordered Eating”, **J Consult Clin Psychol**, 73, s. 1107-1115.

ALLISON, K.C., WADDEN, T.A., SARWER, D.B., FABRICATORE, A.N., CRERAND, C.E., GIBBONS, L.M., v.d.: 2006

“Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among Persons Seeking Bariatric Surgery: Prevalence and Related Features”, **Obesity**, 14, s. 77-82.

ALPHAN, E.T.: 2008

“Obezitenin Etiyolojisi” Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, **Türkiye Diyetisyenler Derneği**, s. 17-34.

ANDRES, A., GOMEZ, J., SALDANA, C.: 2007

“The Transtheoretical Model and Obesity: A Bibliometric Study”, **Scientometrics**, 73:3, s. 289-301.

APOVIAN, C. M.: 2004

“Sugar-Sweetened Soft Drinks, Obesity, and Type 2 Diabetes”, **JAMA: the journal of the American Medical Association**, 292, 8, s. 978-979.

- ASHING-GIWA, K.: 1999 “Health Behavior Change Models and Their Socio-Cultural Relevance for Breast Cancer Screening in African American Women”, **Women & Health**, 28:4, s. 53-71.
- ASLAN, S.H.: 2001 “Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi”, **Düşünen Adam**, 14, 1, s. 41-47.
- AVENELL, A., BROWN, T.J., MCGEE, M.A., CAMPBELL, M.K., GRANT, A.M., BROOM, J., v.d.: 2004 “What Interventions Should We Add to Weight Reducing Diets in Adults With Obesity? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Adding Drug Therapy, Exercise, Behaviour Therapy or Combinations of These Interventions”, **Journal of Human Nutrition and Dietetics.**, 17, 4, s.293-316.
- AVŞAR, F.M.: 2008 “Bir Tedavi Seçeneği Olarak Cerrahi Müdahaleler”, Yetişkinlerde Ağrlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, **Türkiye Diyetisyenler Derneği**, s. 256-291.
- BABAYİĞİT, Z.: 2007 “Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniveristesi, Psikoloji Anabilim Dalı.

BAL, U.: 2010

“Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları”, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

BARBAROS, U.: 2013

“Obezitenin Cerrahi Tedavisi”, Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal Vardar, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, **Çalışma Birimleri Dizisi** 15, Ankara, s. 352-261.

BAUCHOWITZ, A.U.,
GONDER-FREDERICK, L.A.,
OLBRISCH, M.E.,
AZARBAD, L., RYEE, M.Y.,
WOODSON, M., v.d.: 2005

“Psychosocial Evaluation of Bariatric Surgery Candidates: A Survey of Present Practices”, **Psychosomatic Medicine**, 67, s. 825–832.

BAYRAKTAR, F.: 2008

“Obezite Psikolojisi”, **Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi**, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, s. 195-201.

BAYS, H.E., CHAPMAN,
R.H., GRANDY, S.: 2007

“The relationship of body mass index to diabetes mellitus, hypertension and dyslipidaemia: comparison of data from two national surveys”, **International Journal of Clinical Practice**, 61, 5, s. 737–747.

- BEITMAN, B.D., BECK, N.C.,
DEUSER, W.E., CARTER,
C.S., DAVIDSON, J.R.T.,
MADDOCK, R.J.: 1994
- “Patient Stage of Change Predicts Outcome in A Panic Disorder Medication Trial”, **Anxiety**, 1, s. 64–69.
- BELACHEW, M., LEGRAND,
M., VINCENT, V.,
LISMONDE, M., LE DOCTE,
N., DESCHAMPS, V.: 1998
- “Laparoscopic Adjustable Gastric Banding”, **World Journal of Surgery**, 22, s. 955-963.
- BERTHOUD, H.R., 2004
- “Mind Versus Metabolism in the Control of Food Intake and Energy Balance”, **Physiology & Behavior**, 81, s.781– 793.
- BEYAZ, F.B.,
KOÇ, A.A.: 2009
- “Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları ve Ekonomik Analizler”, Bildiri, EconAnadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi, 17-19 Haziran 2009, Eskişehir, Türkiye.
- BHARDWAJ, S.,
MISRA, A., MISRA, R.,
GOEL, K., BHATT, S.P.,
RASTOGI, K., v.d.: 2011
- “High Prevalence of Abdominal, Intra-Abdominal and Subcutaneous Adiposity and Clustering of Risk Factors among Urban Asian Indians in North India”, **Plos One**, 6, 9, s.1-6.
- BIRKETVEDT, G. S.,
FLORHOLMEN, J.,
SUNDSFJORD, J., ØSTERUD,
B., DINGES, D., BILKER, W.,
v.d.: 1999
- “Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome”, **JAMA: the journal of the American Medical Association**, 282, 7, s. 657-663.

- BOR, S.,
TURAN, İ.,
ÖZÜTEMİZ, Ö.: 2007
- “Morbid Obezite Tedavisinde İntragastrik Balon Uygulaması Sırasında Meydana Gelen Balon Ruptürü Vakası”, **Akademik Gastroenteroloji Dergisi**, 6, 2, s. 94-96.
- BRAY, G.A.: 1992
- “Pathophysiology of obesity”. **American Journal of Clinical Nutrition**, 55:2, s. 488-494.
- BROWN, C.D., HIGGINS, M.,
DONATO, K.A., ROHDE, F.C.,
GARRISON, R.,
OBARZANEK, E., v.d.: 2000
- “Body Mass Index and The Prevalence of Hypertension and Dyslipidemia”, **Obesity Research**, 8, s. 605– 619.
- BRYTEK-MATERA, A.: 2010
- “Body Image among Obese Women: Consequences and Degree of Body Dissatisfaction, Relationship with Low Self-Esteem and Coping Strategies”, **Psychiatria Polska** 2010, XLIV, 2, s.267–275.
- BUCHWALD, H.,
AVIDOR, Y., BRAUNWALD,
E., JENSEN, M.D.; PORIES,
W., FAHRBACH, K., v.d.:
2004
- “Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis.”, **The Journal of the American Medical Association (JAMA)**, 292: 14, s.1724-1737.
- BURGMER, R., PETERSEN,
I., BURGMER, M., De
ZWAAN, M., WOLF, A.M.,
HERPERTZ, S.: 2007.
- “Psychological Outcome Two Years after Restrictive Bariatric Surgery”. **Obesity Surgery**, 17, s. 785–791.

- BYCHOWSKI, G.: 1950 "On Neurotic Obesity", **Psychoanalysis Reviews**, 37: s. 301-319.
- CABRAL, R.J., COTTON, D., SEMAAN, S., GIELEN, A.C.: 2004 "Application of the Transtheoretical Model for HIV Prevention in a Facility-Based and a Community-Level Behavioral Intervention Research Study", **Health Promot Pract**, 5, s. 199-207.
- CANETTI, L., BACHAR, E., BERRY, E.M.: 2002 "Food and Emotion", **Behav Process**, 60, s. 157-164.
- CARBONARI, J.P., DICLEMENTE, C.C.: 2000 "Using Transtheoretical Model Profiles to Differentiate Levels of Alcohol Abstinence Success", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68/5, s.810-817.
- CASH, T. F. (2002). A "Negative Body Image": Evaluating Epidemiological Evidence. *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Pruzinsky, New York: **Guilford Press**, s. 269-277
- CASH, T.F., SMOLAK, L.: 2011 "Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives", *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. Ed. Thomas F. Cash ve Linda Smolak, New York: **Guilford Press**, s.3-11.

- CASPERSEN, C.J.,
POWELL, K.E.,
CHRISTENSON, G.M.: 1985
- “Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research”, **Public Health Rep**, March-April, 127, 100, 2, s. 172-180.
- CENGİZ, C.: 2007
- “Physical Activity and Exercise Stages Of Change Levels of Middle East Technical University Students”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, ODTÜ, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.
- CHELALA, E., CADIERE, G.B., FAVRETTI, F., HIMPENS, J., VERTRUYEN, M., RUYNS, J., v.d.: 1997
- “Conversions and Complications in 185 Laparoscopic Adjustable Silicone Gastric Banding Cases”, **Surg. Endosc.**, 11:268.
- CLARKE, L.H.,
KOROTCHENKO, A.: 2011
- “Aging and the Body: A Review”, **Canadian Journal on Aging**, 30: 3, s. 495– 510
- COLLAZO-CLAVELL, M.L.,
CLARK, M.M., MCALPINE, D.E., JENSEN, M.D.: 2006
- “Assessment and Preparation of Patients for Bariatric Surgery”, **Mayo Clinic Proceedings**, 81(10, suppl), s.11-17.
- COLLES, S.L.,
DIXON, J.B.,
O’ BRIEN, P.E.: 2008
- “Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-Risk Factors Following Bariatric Surgery”, **Obesity**, 16, s. 615–622.
- COLLINS, J. C.,
BENTZ, J. E.: 2009
- “Behavioral And Psychological Factors in Obesity”, **J Lancaster Gen Hosp**, 4, 4, s. 124-127.

- COOPER, Z.,
FAIRBURN, C.G.: 2001
- “A New Cognitive Behavioural Approach to the Treatment of Obesity”, **Behaviour Research and Therapy**, 39, s. 499–511.
- CORSICA, J.A.,
CORSICA, L.J.A.,
AZARBAD, L.,
MCGILL, K., WOOL, L.,
HOOD, M.: 2010
- “The Personality Assessment Inventory: Clinical Utility, Psychometric Properties, and Normative Data for Bariatric Surgery Candidates”, **Obesity Surgery**, 20, s. 722–731
- CRANDALL, C.S.,
SCHIFFHAUER, K.L.: 1998
- “Anti-Fat Prejudice: Beliefs, Values, and American Culture”, **Obesity Research**, 6, s. 458–460.
- CROMLEY, T.,
KNATZ, S.K.,
ROCKWELL, R.,
NEUMARK-SZTAÏNER, D.,
STORY, M.,
BOUTELLE, K.: 2012
- “Relationships Between Body Satisfaction and Psychological Functioning and Weight-Related Cognitions and Behaviors in Overweight Adolescents”, **Journal of Adolescent Health**, 50, s. 651–653.
- CUTLER, D. M., LLERAS-
MUNNEY, A.: 2006
- “Education and Health: Evaluating Theories and Evidence”, (No. w12352). National Bureau of Economic Research.
- ÇATIKKAŞ, F.: 2011
- ”Physical Correlates of College Students’ Body Image Satisfaction Levels”, **Social Behaviour and Personality**, 39: 4, s. 497-502.

ÇEN, S.: 2006

“Obez Bireylerde Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sosyal Özelliklerin Değerlendirilmesi” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

ÇITAK AKBULUT, G.,
ÖZMEN, M.M.,
BESLER, H.T.: 2007

“Obezite”, **Bilim ve Teknik Dergisi**,
Mart, s. 1-15.

ÇORAPÇIOĞLU A.,
AYDEMİR Ö., YILDIZ M.,
ESEN A, KÖROĞLU E.: 1999

“DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme”, **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara.

DAVIDSON, M.H.,
HAUPTMAN, J.,
DIGIROLAMO, M., FOREYT,
J.P., HALSTED, C.H.,
HEBER, D., v.d.: 1999

“Weight Control and Risk Factor Reduction in Obese Subjects Treated for 2 Years With OrlistatA Randomized Controlled Trial”, **Journal of the American Medical Association**, 281, 3, s. 235-242.

De SOUTO BARRETO, P.,
FERRANDEZ, A. M.,
GUIHARD COSTA, A.M.:
2011

“Predictors of Body Satisfaction: Differences Between Older Men and Women's Perceptions of Their Body Functioning and Appearance”, **Journal of Aging and Health**, 23, 3, s. 505–528.

DE VET, E., DE NOOIJER, J.,
DE VRIES, N.K., BRUG, J.:
2006

“The Transtheoretical Model for Fruit, Vegetable and Fish Consumption: Associations between Intakes, Stages of Change and Stage Transition Determinants”, **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 3, 13, s.1-11.

DE ZWAAN, M., HILBERT,
A., SWAN-KREMEIER, L.,
SIMONICH, H.,
LANCASTER, K., HOWELL,
L.M., v.d.: 2010

“Comprehensive interview
assessment of eating behavior 18–35
months after gastric bypass surgery
for morbid obesity”, **Surgery for
Obesity and Related Diseases**, 6,
79–85.

FRANKO, D.L.,
GEORGE, E.J.B.: 2009

“Overweight, Eating Behaviors, and
Body Image in Ethnically Diverse
Youth”, **Body Imge, Eating
Disorders, and Obesity in Youth:
Assessment, Prevention, and
Treatment**. Second Edition”, Ed.
Linda Smolak ve J. Kevin Thompson,
American Psychological Association,
Washington, DC, s. 97-112.

DEVECİ, E.,
ERGÜNEY OKUMUŞ, F.E.,
SERTEL-BERK, H.Ö.: 2012

“Obezite Değişim Evreleri Ölçeği
(ODEÖ) Geçerlik ve Güvenirlik
Çalışması”, Poster bildiri, 15. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi, Uludağ
Üniversitesi.

DHHS (Department of Health
and Human Services): 2008

“2008 Physical Activity Guidelines
for Americans: Be active, healthy and
happy!”, Washington: Government
Printing Office.

DICLEMENTE, C.C.: 1999

“Motivation for Change:
Implications for Substance Abuse
Treatment”, **Psychological Science**,
10, 3, s.209-213.

- DIROSA, L.C.: 2009
“Motivational Interviewing to Treat Overweight/Obesity: A Meta-Analysis of Relevant Research, Unpublished Doctorate Thesis, Wilmington. University.
- DIXON, J.B., DIXON, M.E., O’BRIEN, P.E.: 2003
Depression in Association with Severe Obesity: Changes with Weight Loss”, **Archives of Internal Medicine**, 163, s. 2058–2065.
- DIXON, J.B., LAURIE, C.P., ANDERSON, M.L., HAYDEN, M.J., DIXON, M.E., O’BRIEN, P.E.: 2009
“Motivation, Readiness to Change, and Weight Loss Following Adjustable Gastric Band Surgery”, **Obesity**, 17, s. 698–705.
- DOKSAT, M.K.: 2008
“Kişilik Bozuklukları”, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, **İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi**, 62, s. 239-254.
- DORSTEN, V.B., LINDLEY, E., 2008
“Cognitive and Behavioral Approaches in the Treatment of Obesity”, **Endocrinol. Metab. Clin N Am**, 37, s. 905–922.
- DOZOIS, D.J.A., WESTRA, H.A., COLLINS, K.A., FUNG, T.S., GARRY, J.K.F.: 2004
“Stages of Change in Anxiety: Psychometric Properties of the University of Rhode Island Change Assessment (Urica) Scale”, **Behavior Research and Therapy**, 42, 6, s. 711–729

DRIESCHNER, K.H.,
LAMMERS, S.M.,
STAAK, C.P.F.: 2004

“Treatment Motivation: An Attempt for Clarification of An Ambiguous Concept”, **Clinical Psychology Review**, 23, s.1115 – 1137.

DURKIN, S.J.,
PAXTON, S.J.: 2002

“Predictors of Vulnerability to Reduced Body Image Satisfaction and Psychological Wellbeing in Response to Exposure to Idealized Female Media Images in Adolescent Girls”, **Journal of Psychosomatic Research**, 53, s. 995–1005.

ELDAR, S.,
HENEGHAN, H.M.,
BRETHAUER, S.,
SCHAUER, P.R.: 2011

“A Focus on Surgical Preoperative Evaluation of the Bariatric Patient the Cleveland Clinic Protocol and Review of the Literature”, **The Surgeon**, 9, s. 273-277.

ELKINS, G., WHITFIELD,
P.,MARCUS, J., SYMMONDS,
R., RODRIQUEZ, J., COOK,
T.: 2005

“Noncompliance with behavioral recommendations after bariatric surgery”, **Obesity Surgery**, 15, s. 546-551.

ENGEL, S.G., MITCHELL,
J.E., DE ZWAAN, M.,
STEFFEN, K.J.: 2012

“Eating Disorders and Eating Problems Pre-and Postbariatric Surgery”, *Psychosocial Assessment and Treatment of Bariatric Surgery Patients*, Ed. James E. Mitchell ve Martine de Zwaan, Routledge Taylor & Francis Group, New York, s. 87-98.

ERBİL, N., ŞENKUL, A.,
BAŞARA, G.F., SAĞLAM, Y.,
GEZER, M.: 2012

“Body Image Among Turkish Women During the First Year Postpartum”, **Health Care for Women International**, 33, s. 125–137.

ERGÜNEY, F.E.,
SERTEL-BERK, H.Ö.: 2012

“Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ) ve Bulimia Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (BNDEÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, Poster bildiri, 17. Ulusal Psikoloji Kongresi Boğaziçi Üniversitesi.

ERGÜNEY, F.E.: 2012

“Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ERSİN, F.,
BAHAR, Z.: 2012

“Sağlığı Geliştirme Modelleri’nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 5:1, s. 28-38.

EVERS, C.: 1997

“Empower children to develop healthful eating habits”, **Journal of the American Dietetic Association**, 97, 10, s. 116.

EVERS, A., FRESE, M.,
COOPER, C.L.: 2000

"Revision and further developments of the Occupational Stress Indicator: LISREL results from four Dutch studies", **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 73, s. 221-240.

EVERS , K.E., PROCHASKA,
J.O., VAN MARTER, D.F.,
JOHNSON, J.L.,
PROCHASKA, J.M.: 2007

“Transtheoretical-Based Bullying Prevention Effectiveness Trials in Middle Schools and High Schools”, **Educational Research**, 49:4, s. 397-41.

EVREN, C.,
DALBUDAK, E.,
ÇAKMAK, D.: 2008

“Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES) Türkçe Versiyonunun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği ve Güvenirliği”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 18, s. 84-91.

EVREN, C., SAATÇIOĞLU,
Ö., DALBUDAK, E.,
DANIŞMANT, B.S.,
ÇAKMAK, D.,
RYAN, R.M.: 2006

“Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)
Türkçe Versiyonunun Alkol
Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı,
Geçerliliği ve Güvenirliği”,**Bağımlılık
Dergisi**; 7, s. 117-122.

FABRICATORE, A. N.,
CRERAND, C.E., WADDEN,
T.A., SARWER, D.B.,
KRASUCKI, J.L.: 2006

“How Do Mental Health
Professionals Evaluate Candidates for
Bariatric Surgery? Survey Results”,
Obesity Surgery, 16: s. 567-573.

FABRICATORE, A.N.: 2007

“Behavior Therapy and Cognitive-
Behavioral Therapy of Obesity: Is
There a Difference?”, **J Am Diet
Assoc.**, 107, s. 92 – 99.

FAIRBURN C.G.
COOPER, Z.: 1993

“The eating Disorder Examination
Questionnaire (twelfth edition)”,
**Binge Eating: Nature, Assessment
and Treatment**, Ed. C. G. Fairburn
ve G. T. Wilson. New York: Guilford
Press, s. 317-360

FAITH, M. S.,
MATZ, P. E.,
JORGE, M. A.: 2002

“Obesity–Depression Associations in
The Population”, **Journal of
Psychosomatic Research**, 53, s. 935-
942.

FIELD, A.E.,
BARNOYA, J.,
COLDITZ, A.: 2003

“Obezitenin Epidemiyolojisi, Sağlık
ve Ekonomi Üzerindeki Etkileri”,
Obezite Tedavi El Kitabı, 1. Cilt-
1.Baskı, Ed.Thomas A. Wadden,
Albert J. Stunkard, İstanbul: And
yayınları, s. 3-19.

- FIRST M.B.,
SPITZER R.L.,
GIBBON M.,
WILLIAMS, J.B.W.: 1997
- Structured Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-I), Clinical Version, Washington D.C., American Psychiatric Press Inc.
- FLEGAL, K.M.,
CARROLL, M.D.,
OGDEN, C.L.,
CURTIN, L.R.: 2010
- “Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2008”, **Journal of The American Medical Association**, 303, 3, s. 235-241.
- FORRESTER-KNAUSS, C.,
ZEMP STUTZ, E.: 2012
- “Gender Differences in Disordered Eating and Weight Dissatisfaction in Swiss Adults: Which Factors Matter?”, **BMC Public Health**, 12: 809, s. 1-9.
- FOSTER, G.D.,
WADDEN T.A.
KENDALL, P.C.,
STUNKARD, A.J.,
VOGT, R.A.: 1994
- “The Psychology of Obesity, Weight Loss and Regain: Research and Clinical Findings”, **Obesity, Pathophysiology, Psychology and Treatment**, Ed. George L. Blackburn, Beatrice S. Kanders, s. 140-165.
- FRENN, M.,
MALIN, S.,
BANSAL, N.K.: 2003
- “Stage-Based Interventions for Low-Fat Diet With Middle School Students”, **Journal of Pediatric Nursing**, 18, 1, s. 36-45.
- FRIEDMAN, M.A.,
BROWNELL, K.D.: 1995
- “Psychological Correlates of Obesity: Moving to the Next Research Generation”, **Psychol Bull**, 117, s. 3-20

- FRIEDMAN, K. E.,
REICHMANN, S. K.,
COSTANZO, P. R.,
MUSANTE, G. J.: 2002
“Body Image Partially Mediates The
Relationship Between Obesity and
Psychological Distress”, **Obesity
Research**, 10, 1, s. 33-41.
- FRYAR, C.D.,
CARROLL, M.D.,
OGDEN, C.L.: 2012
“Prevalence of Overweight, Obesity,
and Extreme Obesity Among Adults:
United States, Trends 1960–1962
Through 2009–2010”, **National
Center for Health Statistics, Health
E-Stats**, s. 1-8, 30.04.2013,
[http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/
obesity_adult_09_10/obesity_adult_0
9_10.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_09_10/obesity_adult_09_10.pdf).
- FULLER-TYSZKIEWICZ, M.,
SKOUTERIS, H., WATSON,
B., HILL, B.: 2012
“Body Image During Pregnancy: An
Evaluation of the Suitability of the
Body Attitudes Questionnaire”, **BMC
Pregnancy and Childbirth**, 12, 91,
s. 1-11.
- GANLEY, R.M.: 1989
“Emotion and Eating in Obesity: A
Review of the Literature”, **Int J Eat
Disord**, 8, s. 343-361.
- GARNER, D.M.: 1997
“The Body Image Survey Results”,
Psychology Today, 30, s. 75-84.

- GEDİK, O.: 2003
“Obezite ve Çevresel Faktörler”,
**Turkish Journal of Endocrinology
and Metabolism**, Suppl. 2, s. 1-4.
- GENTRY, K., HALVERSON,
J. D., HEISLER, S.: 1984
“Psychologic Assessment of
Morbidly Obese Patients Undergoing
Gastric Bypass: A Comparison of
Preoperative and Postoperative
Adjustment”, **Surgery**, 95, s. 215–
220.
- GLANZ, K., PATTERSON,
R.E., KRISTAL, A.R.,
DICLEMENTE, C.C.,
HEIMENDINGER, J.,
LINNAN, L., v.d.: 1994
“Stages of Change in Adopting
Healthy Diets: Fat, Fiber, and
Correlates of Nutrient Intake”,
Health Educ Q, 21, s. 499–519.
- GLASGOW, R.E.,
GOLDSTEIN, M.G.,
OCKENE, J.K.,
PRONK, N.P.: 2004
“Translating what we have learned
into practice: Principles and
hypotheses for interventions
addressing multiple behaviors in
primary care.” **Am J Prev Med.**,
27,2, s. 88–101.
- GLINSKI, J.,
WETZLER, S.,
GOODMAN, E.: 2001
“The Psychology of Gastric Bypass
Surgery”, **Obesity Surgery**, 11, s.
581-588.
- GLUCK, M.E.,
GELIEBTER, A.,
SATOV, T.: 2001
“Night Eating Syndrome is
Associated with Depression, Low
Self-Esteem, Reduced Daytime
Hunger, and Less Weight Loss in
Obese Outpatients”, **Obes Res**, 9,
s.264–267.

GNAVI, R., SPAGNOLI, T.D.,
GALOTTO, C., PUGLIESE, E.,
CARTA, A., CESARI, L.: 2000

“Socioeconomic Status, Overweight and Obesity in Prepuberal Children: A Study in an Area of Northern Italy”, **Eur J Epidemiol.**, 16(9), s. 797-803.

GONZALEZ, A.,
HARTGE, P., CERHAN, J.R.,
FLINT, A.J., HANNAN, L.,
MACINNIS, R.J., v.d.: 2010

“Body-Mass Index and Mortality Among 1.46 Million White Adults”, **The New England Journal Of Medicine**, 2, 363, 23, s. 2211-2219.

GORDON, K.H.,
DENOMA J.M.,
JOINER, T.E.: 2005

“The Classification of Eating Disorders”, Assessment of Eating Disorders, Ed. James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, **Guilford Press**, New York, s.17-31.

GORDON-LARSEN, P.: 2001

“Obesity-Related Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Obese and Non-obese Urban Philadelphia Female Adolescents”, **Obesity Research**, 9, 2, s. 112-118.

GORTMAKER, S.L., MUST,
A., PERRIN, J.M.,
SOBOL, A.M.,
DIETZ, W.H.: 1993

“Social and Economic Consequences of Overweight in Adolescence and Young Adulthood”, **The New England Journal of Medicine**, 329, 14, s. 1008-1012.

GÖKDOĞAN, F.: 1988

“Ortaöğretim Devam Eden Ergenlerde Beden imajından Hosnut Olma Düzeyi.”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

GRABE, S., WARD, L.M.,
HYDE, J.S.: 2008

“The Role of the Media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlational Studies”, **Psychological Bulletin**, 134, 3, s. 460–476.

GRILO, C.M.,
MASHEB, R.M.,
WILSON, G.T.: 2001

“Subtyping Binge Eating Disorder”, **Journal of Consulting Clinical Psychology**, 69, s. 1066–1072.

GRILO, C. M., REAS, D. L.,
BRODY, M. L., BURKE-
MARTINDALE, C. H.,
ROTHSCHILD, B. S.,
MASHEB, R. M.: 2005

“Body Checking and Avoidance and The Core Features of Eating Disorders among Obese Men and Women Seeking Bariatric Surgery”, **Behaviour research and therapy**, 43, 5, s. 629-637.

GRILO, C.M.,
WILFLEY, D.E.,
BROWNELL, K.D.,
RODIN, J.: 1994

“Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women”, **Addictive Behaviors**, 19, 4, s. 443–450.

GRIMLEY, D.M.,
PROCHASKA, G.E.,
PROCHASKA, J.O.: 1997

“Condom Use Adoption and Continuation: A Transtheoretical Approach”, **Health Education Research: Theory & Practice**, 12, 1, s. 61-75.

GRODSTEIN, F.,
LEVINE, R., TROY, L.,
SPENCER, T., COLDITZ,
G.A., STAMPFER, M.J.: 1996

“Three-Year Follow-up of Participants in a Commercial Weight Loss Program Can You Keep It Off?”, **Arch Intern Med.**, 156, 12, s. 1302-1306.

- GUISADO, J.A.,
VAZ, F.J.: 2003
- “Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty”, **Obesity Surgery**, 13, s. 394-8.
- HAGLER, A.S.: 2006
- “Mediators of Dietary Behaviour Change Among Overweight and Obese Women”, Unpublished Doctorate Thesis, San Diego State University.
- HALL, K. L.,
ROSSI, J. S.: 2008
- “Meta-Analytic Examination of the Strong and Weak Principles across 48 Health Behaviors.” **Preventive Medicine**, 46, s. 266–274.
- HALMI, K. A.,
STUNKARD, A. J.,
MASON, E. E.: 1980
- “Emotional Responses to Weight Reduction by Three Methods: Gastric Bypass, Jejunioileal Bypass, Diet”, **The American Journal of Clinical Nutrition**, 33, s. 446–451.
- HAN, T., LEER, E.,
SEIDELL, J. ve LEAN, M.:
1995
- “Waist Circumference Action Levels in The Identification Of Cardiovascular Risk Factors: Prevalence Study In A Random Sample”, **BMJ**, 311(7017), s. 1401–1405.
- HARVARD MENTAL
HEALTH LETTER.: 2008
- Harvard Medical School (2008), “Psychological Aspects of Bariatric Surgery”, **Harvard Mental Health Letter**, 24(7), s. 1-3.

- HASBAY, A.: 2008
“Ağırlık Yönetiminde Fiziksel Aktivitenin Rolü”, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysal ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, İstanbul, s. 138-151.
- HASKELL, W.L., LEE, I-M., PATE, R.R, POWELL, K.E., BLAIR, S.N., FRANKLIN, B.A., ve ark: 2007
“Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association”, **Med. Sci. Sports Exerc.**, Aug; 39, 8, s. 1423-34.
- HASLER, G., DELSIGNORE, A., MILOS, G., BUDDEBERG, C., SCHNYDER, U.: 2004
“Application of Prochaska’s Transtheoretical Model of Change to Patients with Eating Disorders”, **Journal of Psychosomatic Research**, 57, s.67–72.
- HEINBERG, L. J., THOMPSON, J.K.: 1992
“Social Comparison: Gender, Target Importance Ratings, and Relation to Body Image Disturbance” , **Journal of Social Behavior and Personality**, 7,2, s.335-344.
- HEINBERG, L.J.: 1996
“Theories of Body Images Disturbance: Perceptual, developmental and sociacultural factors”, **Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment**, Ed. J.K. Thompson, Washington, DC: American Psychology Association.

- HIGGS, M.L., WADE, T.,
CESCATO, M., ATCHISON,
M., SLAVOTINEK, A.,
HIGGINS, B.: 1997
“Differences between Treatment
Seekers in An Obese Population:
Medical Intervention vs Dietary
Restriction”, **J Behav Med**, 20, s.
391–405.
- HILL, J.O.,
PETERS, J.C.: 1998
“Environmental Contributions to the
Obesity Epidemic”, **Science**, 280, s.
1371-1374.
- HILL, J.O.,
WYATT, H.R.: 2005
“Role of Physical Activity in
Preventing and Treating Obesity”,
Journal of Applied Physiology, 99,
s. 765-770.
- HODGINGS, D.: 2001
“Processes of Changing Gambling
Behavior”, **Addictive Behaviors**, 26,
s.121-128
- HSU, L., BETANCOURT, S.,
SULLIVAN, S.: 1996
“Eating Disturbances Before and after
Vertical Banded Gastroplasty: A Pilot
Study”, **International Journal of
Eating Disorders**, 19, s. 23–34.
- HU, G., BARENGO, N.C.,
TUOMILEHTO, J.,
LAKKA, T.A., NISSINEN, A.,
JOUSILAHTI, P.: 2004
“Relationship of Physical Activity
and Body Mass Index to the Risk of
Hypertension: A Prospective Study in
Finland” **Hypertension**, 43, s. 25-30
- HUBBARD, V.S.,
HALL W.H.: 1991
“Gastrointestinal Surgery for Severe
Obesity”, **Obesity Surgery**, 1(3): s.
257–265

HUTCHISON, A.J.,
BRECKON, J.D.,
JOHNSTON, L.H.: 2009

“Physical Activity Behavior Change Interventions Based on the Transtheoretical Model: A Systematic Review”, **Health Education and Behavior**, 36, s. 829-845.

İSLAMOĞLU, Y.,
KOPLAY, M., SUNAY, S.,
AÇIKEL, M.: 2008

“Obezite ve Metabolik Sendrom”, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 6, 3, s.168 -174.

JACKSON, T.D.,
GRILO, C.M.,
MASHEB, R.M.: 2000

“Teasing History, Onset of Obesity, Current Eating Disorder Psychopathology, Body Dissatisfaction, and Psychological Functioning In Binge Eating Disorder”, **Obesity Research**, 8, 6, s. 451-458.

JAFARY, F.,
FARAHBAKHS, K.,
SHAFIABADI, A.,
DELAVAR, A.: 2011

“Quality of Life and Menopause: Developing A Theoretical Model Based on Meaning in Life, Self-Efficacy Beliefs, and Body Image”, **Aging & Mental Health**, 15, 5, s. 630–637

JAMES, P.T., LEACH, R.,
KALAMARA, E.,
SHAYEGHİ, M.: 2001

“The Worldwide Obesity Epidemic”, **Obesity Research**, 9 (4), s. 228-233.

JAMES, W.P.T.,
ASTRUP, A., FINER, N.,
HILSTED, J., KOPELMAN, P.,
ROSSNER, S., v.d.: 2000

“Effect of Sibutramine on Weight Maintenance After Weight Loss: A Randomised Trial”, **The Lancet**, 356, 23, 30, s. 2119-2125.

- JEFFERY, R. W.,
DREWNOWSKI, A.,
EPSTEIN, L.H., STUNKARD,
A.J., WILSON, T. G.,
WING, R. R.: 2000
- “Long-Term Maintenance of Weight Loss: Current Status”, **Health Psychology**, Vol. 19, No. 1(Suppl.), s. 5-16.
- JOHNSON, D.: 2010
- “The Relationship Between Binge Eating and Psychopathology in Obese Adults Seeking Bariatric Surgery”, Unpublished Doctorate Thesis, The University of Kansas, ABD,
- JOHNSON, S.S., PAIVA, A.L.,
CUMMINS, C.O., JOHNSON,
J.L., DYMENT, S.J., WRIGHT,
J.A., v.d.: 2008
- “Transtheoretical Model-based Multiple Behavior Intervention for Weight Management: Effectiveness on a Population Basis”, **Preventive Medicine**, 46, s. 238-246.
- JOHNSON, S.S., DRIKSKELL,
M.M., JOHNSEN, J.L.,
PROCHASKA, J.M., ZWICK,
W., PROCHASKA, J.O.: 2006
- “Efficacy of a Transtheoretical Model-Based Expert System For Antihypertensive Adherence”, **Disease Management**, 9/5, s.291-301.
- JONES, J.M., BENNETT, S.,
OLMSTED, M.P., LAWSON,
M.L., RODIN, G.: 2001
- “Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study”, **CMAJ**, 4, 165:5, s. 547–552.
- JONES-CORNEILLE, L.R.,
WADDEN, T.A., SARWER,
D.B., FAULCONBRIDGE,
L.F., FABRICATORE, A.N.,
STACK, R.M., v.d.: 2012
- “Axis I Psychopathology in Bariatric Surgery Candidates with and without Binge Eating Disorder: Results of Structured Clinical Interviews”, **Obes Surg**, 22, s. 389–397.

JORM, A.F., KORTEN, A.E.,
CHRISTENSEN, H.,
JACOMB, P.A., RODGERS,
B., PARSLOW, R.A.: 2003

“Association of Obesity with
Anxiety, Depression and Emotional
Well-Being”, **Australian and New
Zealand Journal of Public Health**,
4, s. 434-440.

KALAN, I.,
YEŞİL, Y.: 2010

“Obezite ile İlişkili Kronik
Hastalıklar”, **Mised**, 23-23, s. 78-81.

KALARCHIAN, M.A.,
MARCUS, M.D., LEVINE,
M.D., COURCOULAS, A.P.,
PILKONIS, P.A., RINGHAM,
R.M., v.d.: 2007

“Psychiatric Disorders Among
Bariatric Surgery Candidates:
Relationship to Obesity and
Functional Health Status”, **The
American Journal of Psychiatry**,
164, s.328-334.

KALARCHIAN, M.A.,
MARCUS, M.D.: 2005

“Bariatric Surgery and
Psychopathology”. **Bariatric
Surgery A Guide for Mental Health
Professionals**, Ed. J.E., Mitchell ve
M. De Zwaan, Routledge Taylor &
Francis Group, New York, s. 59-76,

KALARCHIAN, M.A.,
WILSON, G.T., BROLIN, R.E.,
BRADLEY, L.B.: 1998

“Binge Eating in Bariatric Surgery
Patients”, **Int J Eat Disord**, 23(1), s.
89-92

KALARCHIAN, M.A.,
WILSON, G.T., BROLIN, R.E.,
BRADLEY, L.: 2000

“Assessment of Eating Disorders in
Bariatric Surgery Candidates:
Self-Report Questionnaire versus
Interview”, **International Journal of
Eating Disorders**, 28, 4, s. 465-469.

KARAYAĞIZ, F.,
ALTUNTAŞ, M., GÜÇLÜ,
Y.A., YILMAZER, T.T,
ÖNGEL, K.: 2011

“Cerrahi Servisinde Yatan Hastalarda Görülen Anksiyete Dağılımı”, **Smyrna Tıp Dergisi, (makalenin sayısı yok)**, s. 22-26

KARLSSON, J.,
SJOSTROM, L.,
SULLIVAN, M.: 1998

"Swedish Obese Subjects (SOS)—an Intervention Study of Obesity. Two-Year Follow-Up of Health-Related Quality of Life (Hrql) And Eating Behavior After Gastric Surgery for Severe Obesity", **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, 22, s. 113–126.

KAUKUA, J.,
PEKKARINEN, T.,
SANE, T., MUSTAJOKI, P.:
2003

“Health-Related Quality of Life in Obese Outpatients Losing Weight with Very-Low-Energy Diet and Behaviour Modification- A 2-Y Follow-Up Study”, **International Journal of Obesity**, 27, s. 1233–1241.

KEERY, H.,
BOUTELLE, K.,
VAN DEN BERG, P.,
THOMPSON, J.K.: 2005

“The impact of appearance-related teasing by family members”, **Journal of Adolescent Health**, 37, s. 120–127

KELAHHER, M., GILLESPIE,
A.G., ALLOTEY, P.,
MANDERSON, L., POTTS, H.,
SHELDRAKE, M., v.d.: 1999

“The Transtheoretical Model and Cervical Screening: Its Application Among Culturally Diverse Communities In Queensland, Australia”, **Ethnicity & Health**, 4:4, s. 259-276.

KEAST, D.R., NICKLAS,
T.A., O'NEIL, C.E.: 2010

“Snacking is Associated with Reduced Risk of Overweight and Reduced Abdominal Obesity in Adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999–2004, 1–4”, **Am J Clin Nutr**, 92, s. 428–430.

KILIÇ, E.,
ŞANLIER, N.: 2007

“Üç Kuşak Kadının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, 15, 1, s. 31-44

KINZL, J. F.,
TRAWEGER, C.,
TREFALT, E.,
BIEBL, W.: 2003

“Psychosocial Consequences of Weight Loss Following Gastric Banding for Morbid Obesity”, **Obesity Surgery**, 13, s. 105–110.

KISSAL, A.,
BEŞER, A.: 2011

“Yaşlı Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Arttırılabilir mi? Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 5:3, s. 116-128.

KIZILTAN, G.: 2008

“Obezitenin Medikal Komplikasyonları” **Yetişkinlerde Ağrlık Yönetimi**, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, s. 106-137

- KLACZYNSKI,P.A.,
GOOLD, K.W.,
MUDRY, J.J.: 2004
- “Culture, Obesity Stereotypes, Self-Esteem, and the “Thin Ideal”: A Social Identity Perspective”, **Journal of Youth and Adolescence**, 33,4, s. 307–317
- KLEIN, S.,
BURKE, L.E.,
BRAY, G.A.,
BLAIR, S.,
ALLSON, D. B.,
PI-SUNYER, X., v.d.: 2004
- “Clinical Implications of Obesity With Specific Focus on Cardiovascular Disease A Statement for Professionals From the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism”, **Circulation, Journal of The American Heart Association**, 110, s. 2952-2967.
- KLISH, W.J.: 1995
- “Childhood Obesity: Pathophysiology and Treatment”, **Acta Paediatr Jpn.**, 37(1), s.1-6.
- KLOEBLEN, A.S.,
THOMPSON, N.J.,
MINER, K.R.: 1999
- “Predicting Breast-Feeding Intention among Low-Income Pregnant Women: A Comparison of Two Theoretical Models”, **Health Educ Behav**, 26, s. 675-688.
- KOPELMAN, P.,
GRACE, C.: 2004
- “New Thoughts on Managing Obesity”, **Gut**, 53, s. 1044-1053.
- KOPELMAN, P.: 2007
- “Health Risks Associated with Overweight and Obesity”, **obesity reviews**, 8:1, s.13-17.
- KORENKOV, M.,
SAUERLAND, S.,
JUNGINGER, T.: 2006
- “Obezite Cerrahisi”, **Current Opinion in Gastroenterology Türkçe Baskı**, 1,1, s. 36-41

KÖKSAL, E.,
KÜÇÜKERDÖNMEZ, Ö.:
2008

“Şişmanlığı Saptamada Güncel Yaklaşımlar”, **Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi**, Ed. Ayşe Baysal ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, İstanbul, s. 35-70.

KÖROĞLU, E.: 1998

“Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. (DSM-IV)”, Washington DC: 1994, Köroğlu E. (çeviri ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

KÖROĞLU, E.: 2007

Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu, E. (Çeviri ed.), Cilt:2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.852.

KRAIG, K.A.,
KEEL, P.K.: 2001

“Weight-Based Stigmatization in Children”, **International Journal of Obesity**, 25, s. 1661–1666.

KROMEYER, K.,
HAUSPIE, R.C.,
SUSANNE, C.: 1997

“Socioeconomic Factors and Growth During Childhood and Early Adolescence in Jena Children”, **Ann Hum Biol.** 24(4), s.343-53.

KRUGER, J., BLANCK, H.M.,
GILLESPIE, C.: 2006

“Dietary and Physical Activity Behaviors among Adults Successful at Weight Loss Maintenance”, **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 3, 17. s.1-10.

LAMB, R.,
JOSHI, M.S.: 1996

“The Stage Model and Processes of Change in Dietary Fat Reduction”, **J. Human. Nutr. Diet.**, 9, s. 43-53.

LAMBERT, D.M.,
SUDAN, R.,
FORSE, R.A.: 2006

“Choice of Bariatric Procedures”, **Bariatric Surgery - A Primer for Your Medical Practice**, Ed. Francis A. Farraye, R. Armour Forse, Slack, USA, s. 46-64.

LEINUM, C.J.,
DOPP, J.M.,
MORGAN, B.J.: 2009

“Sleep-Disordered Breathing and Obesity: Pathophysiology, Complications, and Treatment”, **Nutrition in Clinical Practice**, 24, 6, s. 675-687.

LEON, G. R., ECKERT, E. D.,
TEED, D., BUCHWALD, H.:
1979

“Changes in Body Image and Other Psychological Factors after Intestinal Bypass Surgery for Massive Obesity”, **Journal of Behavioral Medicine**, 2, s. 39-55.

LIBETON, M.,
DIXON, J.B.,
LAURIE, C.,
O'BRIEN, P.E.: 2004

“Patient Motivation for Bariatric Surgery: Characteristics and Impact on Outcomes”, **Obesity Surgery**, 14, s. 392-398.

- LOGUE, E.,
SUTTON, K.,
JARJOURA, D.,
SMUCKER, W.: 2000
- “Obesity Management in Primary Care: Assessment of Readiness to Change Among 284 Family Practice Patients”, **J Am Board Fam Med.**, 13,3, s. 164-171.
- MACQUEEN, C.E.,
BRYNES, A.E.,
FROST, G.S.: 1999
- “Treating Obesity: Can the Stages of Change Model Help Predict Outcome Measures?”, **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, 12, s. 229-236.
- MADDI, S.R., FOX, S.R.,
KHOSHABA, D.M,
HARVEY, R.H., LU, J.L.,
PERSICO, M.: 2001
- “Reduction in Psychopathology following Bariatric Surgery for Morbid Obesity”, **Obesity Surgery**, 11, s. 680-685.
- MARCUS, B.H.,
SELBY, V.C.,
NIAURA, R.S.,
ROSSI, J.S.: 1992
- “Self-efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change”, **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 63/1, s.60-66.
- MARCUS, M. D.,
WING, R. R., EWING, L.,
KERN, E.: 1990
- “Psychiatric Disorders among Obese Binge Eaters”, **International Journal of Eating Disorders**, 9, s. 69 –77.
- MARONEY, D.,
GOLUB, S.: 1992
- “Nurses’ Attitudes Toward Obese Persons and Certain Ethnic Groups”, **Percept Mot Skills**, 75, s. 387–391.
- MARTINEZ, E., CASTRO J.,
BIGORRA, A., MORER, A.,
CALVO, R., VILA, M., v.d.:
2007
- “Assessing Motivation to Change in Bulimia Nervosa: The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire”, **European Eating Disorders Review**, 15, s.13–23.

MATOSA, M.I.R.,
ARANHAA, L.S., FARIAA,
A.N., FERREIRAB, S.R.G.,
BACALTCHUCKC, J.,
ZANELLA, M.T.: 2002

“Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients”, **Rev Bras Psiquiatr**, 24: 4, s.165-169.

MAURIELLO, L.M.,
CIAVATTA, M.M.H.,
PAIVA, A.L., SHERMAN,
K.J., CASTLE, P. H.,
JOHNSON, J.L., v.d.: 2010

“Results of a multi-media multiple behavior obesity prevention program for adolescents”, **Preventive Medicine**, 51, s. 451–456.

MAVROMARAS, K.: 2008

“Policy Forum: A Multidisciplinary View of Obesity Economics and Obesity”, **The Australian Economic Review**, 41, 1, s. 78–84

MC MAHON, L.R.: 2005

“Bariatric Surgery for Obesity”, **Nutrition and Diabetes Pathophysiology and Management**, Ed. Emmanuel Opara, CRC Press, J Taylor & Francis Group, Boca Raton London, New York, s. 111-121.

MELANSON, K.,
DWYER, J.: 2003

“Aşırı Kilo ve Obezite Tedavisinde Kullanılan Popüler Diyetler”, **Obezite Tedavi El Kitabı**, 1. Cilt-1.Baskı, Ed.Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, İstanbul: And yayınları, s. 249-275.

MIGNEAULT, J.P.,
ADAMS, T.B.,
READ, J.P.: 2005

“Comprehensive Review-Application of the Transtheoretical Model to Substance Abuse: Historical Development And Future Directions”, **Drug and Alcohol Review**, 24, s. 437 – 448

MILLER, C.T.,
ROTHBLUM, E.D.,
BRAND, P.A.,
FELICIO, D.M.: 1995

“Do Obese Women Have Poorer Social Relationships Than Non-obese Women? Reports by Self, Friends, and Co-workers”, *J Pers.*, 63:1, s. 65-85.

MILLER, W. R.,
ROLLNICK, S.: 2009

“Motivasyonel Görüşme: İnsanları Değişime Hazırlama”, Çev. ed. Figen Karadağ, Kültegin Ögel, Ahmet Ertan Tezcan, **HYB Basım Yayın**, Ankara.

MILLER, W.R.,
TONIGAN, J.S.: 1996

“Assessing Drinkers' Motivation for Change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)”, **Psychology Addict Behav**, 10, s. 81-89.

MOKDAD, A. H., MARKS, J.
S., STROUP, D. F.,
GERBERDING, J. L.: 2005

“Correction: Actual Causes of Death in the United States, 2000”, **JAMA: the journal of the American Medical Association**, 293, 3, s. 293-294.

MUHLHANS, B.,
HORBACH, T.,
De ZWAAN, M.: 2009

“Psychiatric Disorders in Bariatric Surgery Candidates: A Review of the Literature and Results of a German Prebariatric Surgery Sample.” **General Hospital Psychiatry**, 31, s. 414 - 421.

MYERS, A.
ROSEN, J.C.: 1999

“Obesity Stigmatization and Coping: Relation to Mental Health Symptoms, Body Image, and Self-esteem”, **International Journal of Obesity**, 23, s. 221-230.

- NIH (National Institutes of Health): 1991
- “Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity 25-27 March 1991”, **Obesity Surgery**, 1,3, s. 257-265
- NIH (National Institutes of Health): 1998
- “Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report”. **Bethesda, MD: National Institutes of Health**, [NIH Publication No. 98-9043].
- NCEP (National Institutes of Health): 2002
- “Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III): NIH Publication No. 02- 5215.
- NEFF, K.J., OLBERS, T., LE ROUX, C.W.: 2013
- “Bariatric Surgery: The Challenges with Candidate Selection, Individualizing Treatment and Clinical Outcomes”, **BMC Medicine**, 11,8, s. 1-17.

NEUMARK- SZTAINER, D.,
STORY, M., HARRIS, T.: 1999

“Beliefs and Attitudes about Obesity among Teachers and School Health Care Providers Working with Adolescents”, **Journal of Nutrition Education**, 31,1, s. 3-9.

NHLBI (National Heart Lung
and Blood Institute):1998

Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults the evidence report. *Obesity Research*, 5(2S), s. 51-210.

NHLBI (National Heart, Lung,
and Blood Institute): 2000

“The Practical Guide to the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults”, **Bethesda, MD: National Institutes of Health.**

NIEGO, S.H.,
KOFMAN, M.D.,
WEISS, J.J.,
GELIEBTER, A.: 2007

“Binge Eating in the Bariatric Surgery Population: A Review of the Literature”, **International Journal of Eating Disorders**, 40, s. 349–359.

NIGG, C.R.,
COURNEYA, K.S.: 1998

“Transtheoretical Model: Exercise Behavior Examining Adolescent”, **Journal of Adolescent Health**, 22, s. 214-224.

NOAR, S. M.,
BENAC, C.,
HARRIS, M.: 2007

“Does Tailoring Matter? Meta-Analytic Review of Tailored Print Health Behavior Change Interventions.”, **Psychological Bulletin**, 133, s. 673–693.

- NORRIS, L.: 2007
“Psychiatric issues in bariatric surgery”, **Psychiatric Clinics of North America**, 30, 4, s. 717-738.
- O’REARDON, J.P., RINGEL, B.L., DINGES, D.F., ALLISON, K.C., ROGERS, N.L., MARTINO, N.S., v.d.: 2004
“Circadian Eating and Sleeping Patterns in the Night Eating Syndrome”, **Obesity Research**, 12:11, s. 1789-1796.
- OGDEN, C.L., CARROLL, M.D., CURTIN, L.R., MCDOWELL, M.A., TABAK, C.J., FLEGAL, K.M.: 2006
“Prevalence Of Overweight And Obesity In The United States, 1999-2004”, **Journal of The American Medical Association**, 295, 13, s. 1549-1555.
- OGDEN, C.L., CARROLL, M.D., KIT, B.K., FLEGAL, K.M.: 2012
“Prevalence of Obesity in the United States, 2009–2010”, **NCHS Data Brief**, 82, s. 1-8.
- ONAT, A., KELEŞ, İ., SANSOY, V., CEYHAN, K., UYSAL, Ö., ÇETİNKAYA, A., v.d.: 2001
“Yetişkinlerimizin 10-yıllık Takibinde Obezite Göstergeleri Artışta: BKİ Erkeklerde Koroner Olayların Bağımsız Öngördürücüsü”, **Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması**, 29, s. 430-436.
- ONAT, A., SANSOY, V.: 2009
“Türk Erişkinlerde Obezite, Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları”, 20.05.2013, <http://tekharf.org/images/2009/bolum9.pdf>.

ONYIKE, C.U.,
CRUM, R.M.,
LEE, H.B.,
LYKETSOS, C.,
EATON, W.W.: 2003

“Is Obesity Associated With Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, **American Journal of Epidemiology**, 158, s. 1139–1147.

ORZANO, J.
SCOTT, J.: 2004

“Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review”, **Journal of the American Board of Family Practice**, 17, 5, s. 359-369.

OYEKCİN, D.G., YILDIZ, D.,
ŞAHİN, E.M., GÜR, S.: 2011

“Depression and Anxiety in Obese Patients”, **Türk Jem**; 15, s. 121-124.

ÖZDEL, O., SÖZERİ-
VARMA, D., FENKÇİ, S.,
DEĞİRMENCİ, T.,
KARADAĞ, F., KALKAN-
OĞUZHANOĞLU, N., v.d.:
2011

“Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı”, **Klinik Psikiyatri**, 14, s. 210-217.

OZMEN, D., OZMEN, E.,
ERGİN, D., CAKMAKÇI
CETİNKAYA, A., SEN, N.,
ERBAY DUNDAR, P., v.d.:
2007

“The Association of Self-Esteem, Depression and Body Satisfaction with Obesity among Turkish Adolescents”, **BMC Public Health**, 7, 80, s. 1-7.

ÖZTORA, S.: 2005

“İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü.

PARMAKSIZ, H.: 2007

“Yetişkin obezlerde fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir, s. 15-16.

PARK, Y-W., ZHU, S.,
PALANIAPPAN, L.,
HESHKA, S., CARNETHON,
M.R., HEYMSFIELD, S.B.:
2003

“The Metabolic Syndrome Prevalence and Associated Risk Factor Findings in the US Population From the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994”, **Arch Intern Med.**, 163, 4, s. 427-436.

PEKCAN, G.: 2008a

“Şişmanlık Belirleyicileri: Bugün ve Gelecek için Olası Senaryolar”, **Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi**, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, s. 1-16.

PEKCAN, G.: 2008b

“Beslenme Durumunun Saptanması”, **Sağlık Bakanlığı** Yayın No: 726, Klasmat Matbaacılık, Ankara, s. 13-21.

- PEKKARINEN, T.,
MUSTAJOKI, P.: 1997
- “Comparison of Behavior Therapy with and without Very-Low-Energy Diet in the Treatment of Morbid Obesity: A 5-Year Outcome”, **Archives of internal medicine**, 157(14), 1581-1585.
- PERRY, J.C.,
PRESNIAK, M.D;
OLSON, T.R.: 2013
- “Defense Mechanisms in Schizotypal, Borderline, Antisocial, and Narcissistic Personality Disorders”, **Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes**, 76, 1, s. 32 – 52.
- PETERSON, C.B., BERG,
K.C., MITCHELL, J.E.: 2012
- “Assessment of Bariatric Surgery Candidates Structured Interview and Self-Report Measures”, **Psychosocial Assessment and Treatment of Bariatric Surgery Patients**, Ed. James E. Mitchell, Martina de Zwaan, New York, Routledge Taylor & Francis Group, s. 37-60.
- PHILLIPS, N.,
DE MAN, A.F.: 2010
- “Weight Status and Body Image Satisfaction in Adult Men and Women”, **North American Journal of Psychology**, 12, 1, s.171-183.
- Pi-SUNYER, F.X.: 1993
- “Medical Hazards of Obesity.” **Annals of Internal Medicine**, 119, s. 665-660.

PLOTNIKOFF, R.C., HOTZ,
S.B., BIRKETT, N.J.,
COURNEYA, K.S.: 2001

“Exercise and the Transtheoretical Model: A Longitudinal Test of a Population Sample”, **Preventive Medicine** 33, s. 441–452

POLAT, A.,
TURAN, H.S.: 2013

“Obezite, Tanı, Sınıflandırma ve Epidemiyoloji”, **Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı**, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal Vardar, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi 15, Ankara, s. 291-298

POLCE-LYNCH, M.,
MYERS,B.J.,
KLIEWER, W.,
KILMARTIN, C.: 2001

“Adolescent Self-Esteem and Gender: Exploring Relations to Sexual Harassment, Body Image, Media Influence, and Emotional Expression”, **Journal of Youth and Adolescence**, 30, 2, s. 225-244.

PONTIROLI, A.E.,
FOSSATI, A., VEDANI, P.,
FIORILLI, M., FOLLI, F.,
PAGANELLI, M., v.d.: 2007

“Post-surgery Adherence to Scheduled Visits and Compliance, More than Personality Disorders, Predict Outcome of Bariatric Restrictive Surgery in Morbidly Obese Patients”, **Obesity Surgery**, 17, s.1492-1497.

POPE, H.G., GRUBER, A.J.,
MANGWETH, B., BUREAU,
B., DECOL, C., JOUVENT, R.,
HUDSON, J.I.: 2000

“Body Image Perception Among Men in Three Countries”, **Am J Psychiatry**, 157, s. 1297–1301.

- POWERS, P.S.,
PEREZ, A., BOYD, F.,
ROSEMURGY, A.: 1999
- “Eating Pathology Before and After
Bariatric Surgery: A Prospective
Study.” **Int J Eat Disord.**, 25, s.
293–300.
- POWERS, P. S.,
ROSEMURGY, A., BOYD, F.,
PEREZ, A.: 1997
- Outcome of gastric restriction
procedures: weight, psychiatric
diagnoses, and satisfaction”, **Obesity
Surgery**, 7, 6, s. 471-477.
- PROCHASKA J.O.,
DICLEMENTE C.C.: 1982
- “Transtheoretical Therapy: Toward a
more Integrative Model of Change”,
**Psychotherapy: Theory, Research,
and Practice**, 19, s.276–288.
- PROCHASKA, J.O.,
VELICER, W.F.: 1997
- “The Transtheoretical Model of
Health Behavior Change”, **American
Journal of Health Promotion**, 12, 1,
s. 38-48.
- PROCHASKA, J.O.,
NORCROSS, J.C.:2010
- Systems of Psychotherapy: A
Transtheoretical Analysis.** 7. Baski,
ABD, Brooks/Cole, Cengage
Learning.
- PROCHASKA, J.O.,
DICLEMENTE, C.C.,
NORCROSS, J.C.: 1992
- “In Search of How People Change:
Applications to Addictive
Behaviors”, **American Psychologist**,
47/9, s.1102-1114.
- PROCHASKA, J.O.,
NORCROSS, J.C.,
DICLEMENTE, C.C.: 2006
- Changing for Good**, Harper Colins
Publishers, New York

- PROCHASKA, J.O.,
REDDING, C.A.,
EVERS, K.E.: 2008
- “The Transtheoretical Model and Stages of Change”, **Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice**. 4. Baskı, Ed. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath, , San Francisco, Jossey-Boss, s.97-121
- PROCHASKA, J.O.,
REDDING, C.A., HARLOW,
L.L., ROSSI, J.S., VELICER,
W.F.: 1994
- “The Transtheoretical Model of Change and HIV Prevention: A Review”, **Health Educ Behav**, 21, 4, s. 471-486.
- PROCHASKA, J.O.,
VELICER, W.F., REDDING,
C., ROSSI, J.S., GOLDSTEIN,
M., DEPUE, J., v.d.: 2005
- “Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms”, **Preventive Medicine**, 41, s. 406 – 416.
- PRUZINSK, T.,
CASH, T.F.: 2002
- “Understanding Body Images”: Historical and Contemporary Perspectives. **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash veThomas Pruzinsky, New York: Guilford Press, s. 3-13.
- PUHL, R.,
BROWNELL, K.D.: 2001
- “Bias, Discrimination, and Obesity”, **Obesity Research**, 9, s. 788-805.
- PUHL, R.M.,
LATNER, J.D.: 2007
- “Stigma, Obesity, and the Health of the Nation’s Children”, **Psychological Bulletin**, 133, 4, s. 557–580

RAKOWSK, W., EHRICH, B.,
DUBÉ, C.E., PEARLMAN,
D.N., GOLDSTEIN, M.G.,
PETERSON, K.K., v.d.: 1996

“Screening Mammography And
Constructs From The Transtheoretical
Model: Associations Using Two
Definitions of The Stages-Of-
Adoption” **Annals of Behavioral
Medicine**, 18:2, s. 91-100.

RAKOWSKI, W., DUDE C.A.,
GOLDSTEIN, M.G.: 1996

“Considerations for Extending the
Transtheoretical Model of Behavior
Change to Screening
Mammography”, **Health Education
Research**, 11:1, s. 77-96.

RAND, C.S.W.,
MACGREGOR, M.D.,
STUNKARD, A.J.: 1997

“The Night Eating Syndrome in the
General Population and among Post-
Operative Obesity Surgery Patients”,
Int J Eat Disord, 22, s. 65– 69.

RANKINEN, T., ZUBERI A.,
CHAGNON, Y.C.,
WEISNAGEL, S.J.,
ARGYROPOULOS, G.,
WALTS, B., v.d.: 2006

“The Human Obesity Gene Map: The
2005 Update”, **Obesity**, 14, 4, s. 529-
644.

REAS, L.D.: 2002

“Relationship Between Weight Loss
and Body Image in Obese Individuals
Seeking Weight Loss Treatment”,
Unpublished Doctorate Thesis,
Louisiana State University, 2002. ---

RENNIE, K.L.,
JEBB, S.A.: 2005

“National Prevalence of Obesity
Prevalence of obesity in Great
Britain”, **Obesity Reviews**, 6, s. 11–
12.

- RIEBE, D., GREENE, G.W.,
RUGGIERO, L., STILLWELL,
K.M., BLISSMER, B.,
NIGG, C.R., v.d.: 2003
- RIEGER E.,
TOUYZ, S.,
BEAUMONT, P.: 2002
- RIEGER, E., TOUYZ, S.,
SCHOTTE,, D., BEAUMONT,
P., RUSSELL, J., CLARKE, S.,
v.d.: 2000
- RIEVES, L.,
CASH, T.F.: 1996
- RIPPE, J.M.,
HESS, S.: 1998
- ROBBINS, M.L., LEVESQUE,
D.A., REDDING, C.A.,
JOHNSON, J.L., ROCHASKA,
J.O., ROHR, M.S., v.d.: 2001
- “Evaluation of a Healthy-Lifestyle Approach to Weight Management”, **Preventive Medicine** 36, s. 45–54.
- “The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): Information Regarding its Psychometric Properties”, **International Journal of Eating Disorders**, 32, s.24–38.
- “Development of an Instrument to Assess Readiness to Recover in Anorexia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 28, s.387–396.
- “Social Developmental Factors and Women's Body-Image Attitudes”, **Journal of Social Behavior and Personality**, 11,1, s.63 -78
- “The Role of Physical Activity in the Prevention and Management of Obesity”, *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 10, s. 31 – 38.
- “Assessing Family Members’ Motivational Readiness and Decision Making for Consenting to Cadaveric Organ Donation”, **Journal of Health Psychology**, 6, s. 523-536.

RODBARD, H.W.,FOX,
K.M.,GRAUDY, S., THE
SHIELD STUDY GROUP,
2009.

Impact of Obesity on Work Productivity and Role Disability in Individuals With and at Risk for Diabetes Mellitus” **American Journal of Health Promotion**, 23, 5, s. 353-360.

ROLLS, B.J.,
MORRIS, E.L.,
ROE, L.S.: 2002

“Portion Size of Food Affects Energy intake in Normal-Weight and Overweight Men and Women”, **Am J Clin Nutr.** 76, s. 1207-1213.

ROTH, D.A.,
COLES, M.E.,
HEIMBERG, R. G.: 2002

“The Relationship Between Memories for Childhood Teasing and Anxiety and Depression in Adulthood”, **Anxiety Disorders**, 16, s. 149-164.

RUCKER, C.E.,
CASH, T.F.:1992

“Body Images, Body Size Perception and Eating Behaviors Among African-American and White College Women”, **International Journal of Eating Disorders**, 12, 291-299

RYAN, R. M.,
PLANT, R. W.,
O’MALLEY, S.: 1995

“Initial Motivations for Alcohol Treatment: Relations with Patient Characteristics, Treatment Involvement, And Dropout”, **Addictive Behaviors**, 20, s. 279–297.

SAĞLIK BAKANLIĞI, 2012

“Haftada 5 Gün Günde En Az 30 Dk. Yürüyüş”, 21 Mayıs 2013, <http://www.saglik.gov.tr/SGGM/belge/1-16406/haftada-5-gun-gunde-en-az-30-dk-yuruyus.html>.

SAĞLIK BAKANLIĞI: 2010

“Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)”, **Sağlık Bakanlığı Yayınları**, Ankara.

SANSONE, R. A.,
SCHUMACHER, D.,
WIEDERMAN, M. W.,
ROUTSONG-WEICHERS, L.:
2008

“The Prevalence of Binge Eating Disorder and Borderline Personality Symptomatology Among Gastric Surgery Patients”, **Eating Behaviours**, 9, 197-202.

SANSONE, R.A.,
WIEDERMAN, M.W.,
SANSONE, L.A.: 2000

“The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity A critical review of the literature”, **Eating Behaviors** 1, s. 93-104

SARKIN, J.A.,
JOHNSON, S.S.,
PROCHASKA, J.O.,
PROCHASKA, J.M.: 2001

“Applying the Transtheoretical Model to Regular Moderate Exercise in an Overweight Population: Validation of a Stages of Change Measure”, **Preventive Medicine** 33, s. 462–469

SARWER, D.B.,
THOMPSON, J.K.: 2003

“Obezite ve Vücut Görüntüsü Rahatsızlığı”, **Obezite Tedavi El Kitabı**, 1. Baskı, Ed.Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, İstanbul: And yayınları, s. 447-464.

SARWER, D. B., WADDEN,
T. A., FOSTER, G. D.: 1998

“Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 66, 4, s. 651-654.

SATMAN, İ,
TURDEP-II Çalışma Grubu:
2011

“TURDEP-II Sonuçları”, (27 Mayıs 2011), 19 Mayıs 2013, http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.

SAUNDERS, R.: 1999

“Binge Eating in Gastric Bypass Patients Before Surgery”, **Obesity Surgery**, 9(1), s. 72-6.

SAVAŞAN, A.: 2010

“Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi”, **Klinik Psikiyatri**, 13, s.119-126.

SCHULZE, M.B., MANSON,
J.E., LUDWIG, D.S.,
GRAHAM A., COLDITZ, M.
D., STAMPFER, M.J., v.d.:
2004

“Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women”, **JAMA**, 292, s. 927- 934.

SCHWARTZ, M.B.,
BROWNELL, K.D.: 2002

“Obesity and Body Image”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**.Ed. Thomas F. Cash veThomas Pruzinsky, New York: Guilford Press, s. 200-209.

SEALS, J.G.: 2007

“Integrating The Transtheoretical Model into The Management of Overweight and Obese Adults”, **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, 19, s. 63–71.

SERDULA, M.K., COLLINS,
E., WILLIAMSON, D.F.,
ANDA, R.F., PAMUK, E.,
BYERS, T.E.: 1993

“Weight Control Practices of U.S. Adolescents and Adults”, **Annals Of Internal Medicine**, 119, 7:2, s. 667-671.

SERDULA, M.K., KHAN,
L.K., DIETZ, W.H.: 2003

“Weight Loss Counseling Revisited”, **JAMA**, 289, 14, s.1747-1750.

SHAFRAN, R.,
DE SILVA, P.:2003

“Cognitive-Behavioral Models”, **Handbook of Eating Disorders**, Eds. Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Eric van Furth, s. 121-138.

SIERO, F. W., BROER, J.,
BEMELMANS, W. J. E.,
MEYBOOM-DE-JONG, B. M.:
2000

“Impact of group nutrition education and surplus value of Prochaska-based stage-matched information on health-related cognitions and on Mediterranean nutrition behaviour”, **Health Education Research**, 15, s. 635–647.

- SIMON, G.E., LUDMAN, E.J., LINDE, J.A., OPERSKALSKI, B.H., ICHIKAWA, L., ROHDE, P., v.d.: 2008
 “Association between Obesity and Depression in Middle-Aged Women” **Gen Hosp Psychiatry**, 30:1, s. 32–39
- SJÖSTRÖM, L., LINDROOS, A.K., PELTONEN, M., TORGERSON, J., BOUCHARD, C., v.d.: 2004
 “Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years After Bariatric Surgery”, **The New England Journal of Medicine**, 351:26, s. 2683-2693.
- SMITH, D.E, THOMPSON, J.K., RACZYNSKI, J.M., HILNER, J.E.: 1999
 “Body Image among Men and Women in a Biracial Cohort: The CARDIA Study”, **International Journal of Eating Disorders**, 25: 1, s. 71-82.
- SNOW, V., BARRY, P., FITTERMAN, N., QASEEM, A., WEISS, K.: 2005
 “Pharmacologic and Surgical Management of Obesity in Primary Care: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians”, **Ann Intern Med.**, 142, s. 525-531.
- SNYDER, A. G.: 2009
 “Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery”, **The Ochsner Journal**, 9: s. 144-148.
- SOGG, S.: 2012
 “Assessment of Bariatric Surgery Candidates-The Clinical Interview”, Psychological Assessment and Treatment of Bariatric Surgery Patients, Ed. James E. Mitchell ve Martine de Zwaan, Routledge Taaylor & Francis Group, New York-London.

SOGG, S.,
MORİ, D.L.: 2004

“The Boston Interview For Gastric Bypass: Determining The Psychological Suitability Of Surgical Candidates”, **Obesity Surgery**,14(3), s. 370–380.

SORİAS, S.,
SAYGILI, R.,
ELBİ, H.: 1990

“DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II)”. **Ege Üniversitesi Basımevi**, İzmir.

SÖDERLUND, A.,
FISCHER, A.,
JOHANSSON, T.: 2009

“Physical Activity, Diet and Behaviour Modification in The Treatment of Overweight and Obese Adults: A Systematic Review”, **Perspectives in Public Health**, 129, 3, s. 132-142.

SPEAKMAN, J.R.: 2004

“Obesity: The Integrated Roles of Environment and Genetics”, **The Journal of Nutrition**, 134, s. 2072–2080.

SPENCER, E. A.,
APPLEBY, P.N.,
DAVEY, G.K.,
KEY, T.J.: 2001

“Validity of Self-reported Height and Weight in 4808 EPIC-Oxford Participants”, **Public Health Nutrition**, 5, s.561–565.

SPENCER, L., PAGELL, F.,
ADAMS, T.: 2005

“Applying the Transtheoretical Model to Cancer Screening Behavior”, **Am J Health Behav.**, 29:1, s. 36-56.

SPITZER, R.L.,
WILLIAMS, J.B.W.,
GIBBON, M.: 1990

“DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik
50 Görüşmesi Kişilik Bozuklukları
Formu”. Çev. Ed. S Sorias, İzmir,
Ege Üniversitesi Yayınları,

STAFFIERI, J.R.: 1967

“A Study of Social Stereotype of
Body Image in Children”, **Journal of
Personality and Social Psychology,**
7, 1, s. 101-104.

STANCZYK, M.,
MARTINDALE, R. G.,
DEVENEY, C.: 2007

“Bariatric Surgery Overview”,
**Handbook of Nutrition and Food,
Second Edition,** Ed. Carolyn D .
Berdanier ,Elaine B. Feldman ve
Johanna Dwyer, CRC Press, J Taylor
& Francis Group, Boca Raton
London, New York, s. 915-926.

STEVENS, J., CAI, J.,
PAMUK, E.R.,
WILLIAMSON, D.F., THUN,
M.J., WOOD, J.L.: 1998

“The Effect of Age on the
Association between Body-Mass
Index and Mortality”, **The New
England Journal Of Medicine,** 1,
338, 1.

STEWART, A. L.,
BROOK, R. H.: 1983.

“Effects of Being Overweight”,
American Journal of Public Health,
73, s. 171–178.

- STICE, E.,
SHAW, H.E., 1994
- “Adverse Effects of the Media Portrayed Thin-Ideal on Women and Linkages to Bulimic Symptomatology”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 13, 3, s. 288-308.
- STOOKEY, J.D., CONSTANT, F., POPKIN, B.M.,
GARDNER, C.D.: 2008
- “Drinking Water is Associated with Weight Loss in Overweight Dieting Women Independent of Diet and Activity”, **Obesity (Silver Spring)**, 16, 11, s. 2481-2488.
- STRIEGEL-MOORE, R.H.,
FRANKO, D.L.: 2002
- “Body Image Issues among Girls and Women”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**. Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.183-191.
- STUNKARD, A. J.,
GRACE, W. J.,
WOLFF, H. G.: 1955
- “The Night-Eating Syndrome: A Pattern of Food Intake among Certain Obese Patients”, **American Journal of Medicine**, 19, s. 78–86.
- STUNKARD, A. J., FAITH, M. S., ALLISON, K. C.: 2003
- “Depression and obesity”, **Biological psychiatry**, 54, 3, s. 330-337.
- STUNKARD, A. J.,
WADDEN, T. A.: 1992
- “Psychological Aspects of Severe Obesity.” **American Journal of Clinical Nutrition**, 55, s. 524-532.

- STUNKARD, A.,
BERKOWITZ, R., WADDEN,
T., TANRIKUT, C., REISS, E.,
YOUNG, L.: 1996
- “Binge Eating Disorder and the
Night-Eating Syndrome”,
International Journal of Obesity,
20, s. 1-6.
- STUNKARD, A.J., SRENSEN,
T.I.A, HANIS, C.,
TEASDALE, T.W.,
CHAKRABORTY, R.,
SCHULL, W.J.,, v.d.: 1986
- “An Adoption Study of Human
Obesity”, **Nutrition in Clinical
Practice**, 314, s. 193-198.
- STUNKARD, A.J.,
LAFLEUR, W.R.,
WADDEN, T.A.: 1998
- “Stigmatization of Obesity in
Medieval Times: Asia and Europe”,
International Journal of Obesity,
22, s. 1141-1144.
- SULLIVAN, M.,
KARLSSON, J.,
SJÖSTRÖM, L.,
BACKMAN, L.,
BENGTSSON, C.,
BOUCHARD, C. ,
v.d.: 1993
- “Swedish Obese Subjects (SOS)—an
Intervention Study of Obesity.
Baseline Evaluation of Health and
Psychosocial Functioning in the First
1743 Subjects Examined”,
**International Journal of Obesity
and Related Metabolic Disorders**,
17, 503–512.
- SURÍS, A.M., DEL CARMEN
TRAPP, M., DICLEMENTE,
C.C., COUSINS, J.: 1998
- “Application of the Transtheoretical
Model of Behavior Change for
Obesity in Mexican American
Women”, **Addictive Behaviors**, 23,
5, s. 655–668.
- SUTTON, S.: 2001
- “Recovery and Relaps-Back to the
Drawing Board? A Review of
Applications of the Transtheoretical
Model to Substance Use”, **Addiction**,
96, s. 175–186.

SWAN-KREMEIER, L.A.:
2005

“Psychosocial Outcome of Bariatric Surgery”, **Bariatric Surgery: A Guide for Mental Health Professionals**, Ed. James E. Mitchell ve Martina de Zwaan, Routledge, Taylor and Francis Group, New York and Hove, s. 101-118.

SWINBURN, B.,
EGGER, G.: 2004

“The Runaway Weight Gain Train: Too Many Accelerators, Not Enough Brakes”. **BMJ**, 329,s. 736-739.

ŞAHİN, D.: 2009

“Kişilik Bozuklukları” **Klinik Gelişim Psikiyatri Dergisi**, 22, 4, s. 45-55.

ŞAHİN, E.M.,
TUNÇ, Z.: 2008

“Öğretmenlerin Sigara Bırakma Davranışlarının Transteorik Modele Göre İncelenmesi”, **Türk Aile Hek Derg**, 12:3, s. 142-148.

TAKAHASHI, E., YOSHIDA,
K., SUGIMORİ, H.,
MIYAKAWA, M., IZUNO, T.,
YAMAGAMI, T., v.d.: 1999

“Influence Factors on the Development of Obesity in 3-Year-Old Children Based on the Toyama Study”, **Preventive Medicine**, 28, s. 293-296.

TALEPOROS, G.,
MCCABE, M.P.: 2002

“Body Image and Physical Disability - Personal Perspectives”, **Social Science & Medicine** 54, s. 971-980.

TEIXEIRA, P.J., GOING, S.B.,
HOUTKOOPER, L.B.,
CUSSLER, E.C., MARTIN,
C.J., METCALFE, L.L.: 2002

“Weight Loss Readiness In Middle-Aged Women: Psychosocial Predictors Of Success For Behavioral Weight Reduction”, **J Behav Med**, 25, s. 499-523.

THOMPSON, J.K.,
COOVERT, M.D.,
STORMER, S.M.: 1999

“Body Image, Social Comparison,
and Eating Disturbance: A
Covariance Structure Modeling
Investigation”, **International
Journal of Eating Disorders**, 26, 1,
s. 43-51.

THOMPSON, J. K.,
COOVERT, M. D.,
RICHARDS, K. J., JOHNSON,
S., CATTARIN, J.: 1995

“Development of Body Image, Eating
Disturbance, and General
Psychological Functioning in Female
Adolescents: Covariance Structure
Modeling and Longitudinal
Investigations”, **International
Journal of Eating Disorders**, 18(3),
221-236.

THOMPSON, J.K.,
HEINBERG, L.J.: 1999

“The Media's Influence on Body
Image Disturbance and Eating
Disorders: We've Reviled Them, Now
Can We Rehabilitate Them?”,
Journal of Social Issues, 55/2, s.339-
353.

THOMPSON, J.K.,
ROEHRIG, M.,
CAFRI, G.,
HEINBERG, L.J.: 2005

“Assesment of Body Image
Disturbance”, **Assesment of Eating
Disorders**, Ed. by. James E. Mitchell
ve Carol B. Peterson, New York,
Guilford Press, s.175-202.

THOMSEN, S.R.: 2002

“Health and Beauty Magazine
Reading and Body Shape Concerns
among A Group of College Women”,
**Journalism and Mass
Communication Quarterly**; Winter:
79, 4 s. 988-1007.

- TIGGEMAN, M.,
ROTHBLUM, E.D.: 1988
“Gender Differences in Social Consequences of Perceived Overweight in the United States and Australia”, **Sex Roles**, 18, s. 75–86.
- TIGGEMANN, M.: 2002
“Media Influences on Body Image Development”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**.Ed. Thomas F. Cash veThomas Pruzinsky, New York: Guilford Press, s. 91-98.
- TKALČIĆ, M., POKRAJAC-BULIAN, A.: 2006
“Biopsychosocial Aspects of Obesity in Croatia: Transtheoretical Model of Behaviour Change”, *Cognition, Brain, Behavior*, 10, s. 53-67.
- TSAI, A.G.,
WADDEN, T.A.: 2006
“The Evolution of Very-Low-Calorie Diets: An Update and Meta-analysis”, **Obesity**, 14, 8, s. 1283-1294.
- TÜİK: 2010
“Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2010 Yılı II. Dönem”, **TÜİK (T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu) Haber Bülteni**, 171, s.1-2.
- TÜRKER, F.: 2013
“Obezite Tedavisinde Tıbbi Beslenme ve Farmakolojik Yaklaşımlar”, **Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı**, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal Vardar, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi 15, Ankara, s. 337-350.

- UZUN, A.: 2011
“Maternal Obezitenin Prenatal ve Postnatal Gelişim Üzerine Etkileri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi Anabilim Dalı.
- ÜNSAL, A.,
AYRANCI, Ü.,
TOZUN, M.: 2008
“Batı Türkiye’nin Kırsal Bir Kasabasında Kadınlar Arasında Depresyon Sıklığı ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 9, s. 148-155.
- VALLIS, T.M.,
ROSS, M.A.: 1993
“The Role of Psychological Factors in Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Identification of Psychological Predictors of Success”, **Obesity Surgery**, 3,4, s. 346-359.
- VAN DUYN, M.A.S.,
HEIMENDINGER, J.,
RUSSEK-COHEN, E.,
DICLEMENTE, C.C.,
SIMS, L.S., SUBAR, A.F., v.d.:
1998
“Use of the Transtheoretical Model of Change to Successfully Predict Fruit and Vegetable Consumption”, **Journal of Nutrition Education**, 30, 6, s. 371-380.
- VAN HOUT, G.C.M., VAN
OUDHEUSDEN, I., VAN
HECK, G.L.: 2004
“Psychological Profile of the Morbidly Obese”, **Obesity Surgery**, 14, 579-588
- VAN HOUT, G.C.M.,
VERSCHURE, S.K.,
VAN HECK, G.L.: 2005
“Psychological Predictors of Success Following Bariatric Surgery”, **Obesity Surgery**, 15, s. 552-560.

- VELICER W.F.,
PROCHASKA J.O., FAVA
J.L., ROSSI, J.S.,
REDDING, C.A., LAFORGE,
R.G., v.d.: 2000
- “Using the Transtheoretical Model For Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention”, **Homeostasis in Health and Disease**, 40, s. 174-195.
- VERNON, S.W.: 1999
- “Risk Perception and Risk Communication for Cancer Screening Behaviors: a Review”, **Monogr J Natl Cancer Inst**, 25, s. 101–19.
- VISSCHER, T.L.,
KROMHOUT, D.,
SEIDELL, J.C.: 2002
- “Long-Term and Recent Time Trends in The Prevalence of Obesity among Dutch Men and Women”, **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity**, 26, 9, s. 1218-1224.
- VOLKOW, N.D., WANG, G.J.,
TELANG, F., FOWLER, J. S.,
THANOS, P. K., LOGAN, J.:
2008
- "Low Dopamine Striatal D2 Receptors are Associated with Prefrontal Metabolism in Obese Subjects: Possible Contributing Factors”, **NeuroImage** 42, s. 1537–1543.
- VON LENGERKE, T.,
MIELCK, A., KORA STUDY
GROUP: 2012
- “Body Weight Dissatisfaction by Socioeconomic Status among Obese, Preobese and Normal Weight Women and Men: Results of the Cross-Sectional KORA Augsburg S4 Population Survey”, **BMC Public Health**, 12: 342, s.1-11.

- WADDEN, T.A., ERKOWITZ, R.I., WOMBLE, L.G., SARWER, D.B., PHELAN, S.P., CATO, R.K.: 2005
- “Randomized Trial of Lifestyle Modification and Pharmacotherapy for Obesity”, **The New England Journal of Medicine**, 353:20, s. 2111-2120.
- WADDEN, T.A., FOSTER, G.D., LETIZIA, K.A.: 1992
- “Response of Obese Binge Eaters to Treatment by Behavior Therapy Combined with Very Low Calorie Diet”, **Journal of Consulting Clinical Psychology**, 60, s. -811.
- WADDEN, T.A., OSEI, S.: 2003
- “Obezite Tedavisi: Genel Bir Gözden Geçirme”, **Obezite Tedavi El Kitabı**, 2. Cilt-1.Baskı, Ed.Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, İstanbul: And yayınları, s. 229-248.
- WADDEN, T.A., SARWER, D.B.: 2006
- “Behavioral Assessment of Candidates for Bariatric Surgery: A Patient-Oriented Approach”, **Obesity**, 14: 53-62.
- WADDEN, T.A., WOMBLE, L.G., STUNKARD, A.J., ANDERSON, D.A.: 2003
- “Obezite ve Kilo Vermenin Psikosoyal Sonuçları”, **Obezite Tedavi El Kitabı**, 1. Cilt-1.Baskı, Ed.Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, İstanbul: And yayınları, s. 144-169.
- WALFISH, S., VANCE, D., FABRICATORE, A.N.: 2007
- “Psychological Evaluation of Bariatric Surgery Applicants: Procedures and Reasons for Delay or Denial of Surgery”, **Obesity Surgery**, 17, s. 1578–1583.

- WARBURTON, D.E.R.,
NICOL, C.W.,
BREDIN, S.S.D.: 2006
- WARDLE, J.,
WALLER, J.,
FOX, E.: 2002
- WEBBINK, D., MARTIN, N.
G., VISSCHER, P. M.: 2010
- SU, W.,
AURELIA, D.: 2012
- WINCHESTER, E.,
COLLIER, D.: 2003
- WHO: 1995
- “Health Benefits of Physical Activity: The Evidence”, *CMAJ*, 14, 174: 6.
- “Age of Onset and Body Dissatisfaction in Obesity”, ***Addictive Behaviors***, 27, s. 561–573.
- “Does Education Reduce The Probability of Being Overweight”?. ***Journal of Health Economics***, 29, 1, s. 29-38.
- “Preschool Children's Perceptions of Overweight” ***Journal of Early Childhood Research***, 10:19, s. 19-31.
- “Genetic Aetiology of Eating Disorders and Obesity”, ***The Handbook of Eating Disorders***, Ed. Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Eric Van Furth, John Wiley & Sons, s. 35-62.
- “Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry-Report of a WHO Expert Committee”, **Geneva:World Health Organization.**

- WHO: 1997 “Obesity, Preventing and Managing The Global Epidemic - Report of a WHO Conculcation on Obesity”, Geneva, 3-5 June 1997.
- WHO: 1998 “Obesity, Preventing and Managing The Global Epidemic-Report of a WHO Conculcation on Obesity”, Geneva, 3-5 June 1997.
- WHO: 2000 “Obesity Preventing and Managing The Global Epidemic Report of a WHO Conculcation”, WHO Technical Report Series 894, Geneva: World Health Organization.
- WHO: 2008 World Health Organization, (b.t.) Obesity Health Observatory Data Repository, Overweight/Obesity: Obesity (body mass index \geq 30) by country, 05.05.2013, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900>
- WHO: 2013a (23/06/2013), BMI Classification, 21.03.2013, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

- WHO: 2013b WHO, (March 2013), Obesity and Overweight, 10.04.2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO, 2013c “Cardiovaskuler disease” (27.03.2013), 24.05.2013, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/
- WHO-Europe: 2007 “The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response”, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark.
- WILDING, J.P.H.:2007 “Treatment Strategies for Obesity”, **Obesity Reviews**, 8:1, s. 137–144
- WILFLEY, D.E., SCHWARTZ, M.B., SPURRELL, E.B., FAIRBURN, C.G.: 2000. “Using the Eating Disorder Examination to Identify the Specific Psychopathology of Binge Eating Disorder”, **International Journal of Eating Disorders**, 27, 3, s. 259-269.
- WILLIAMS, G.C., GROW, V.M., FREEDMAN, Z.R., RYAN, R.M., DECI, E.L.: 1996 “Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance”, **J Pers Soc Psychol**, 70, s.115–126.
- WILSON, G.T., SCHLAM, T.R.: 2004 “The Transtheoretical Model and Motivational Interviewing in The Treatment of Eating and Weight Disorders”, **Clinical Psychology Review**, 24, s. 361–378.

- WING, R.R.: 2003 “Davranışsal Kilo Kontrolü”, **Obezite Tedavi El Kitabı**, 1. Cilt-1.Baskı, Ed.Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, İstanbul: And yayınları, s. 301-316.
- WOLFF, E.,
DANSINGER, M.L.: 2008 “Soft Drinks and Weight Gain: How Strong Is the Link?”, **Medscape J Med.**, 10, 8, 189.
- YAMAN EFE, Ş.: 2009 “Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Hizmetlerinde ‘Değişim Modelinin’ Kullanılması”, **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, 2: 3, s. 130-135.
- YANG, W.,
KELLY, T.,
HE, J.: 2007 “Genetic Epidemiology of Obesity”, **Epidemiol Rev.**, 29, s. 49–61.
- YANOVSKI, S. Z.: 2003 “Binge Eating Disorder and Obesity in 2003: Could Treating an Eating Disorder Have a Positive Effect on the Obesity Epidemic?”, **International Journal of Eating Disorders**, 34, s. 117–120.
- YETKİN, İ.,
ÇİMEN, A.R.: 2010 “Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri”, **Mised**, 23-23, s. 68-77.

YUNSHENG MA, Y.,
BERTONE, E.R., STANEK,
E.J., REED, G.W., HEBERT,
J.R., COHEN, N.L., v.d.: 2003

“Association between Eating Patterns and Obesity in a Free-living US Adult Population”, **American Journal of Epidemiology**, 158, 1, s. 85–92.

YÜCEL B., POLAT, A.,
İKİZ, T., PİRİM-DÜŞGÖR, B.,
YAVUZ, A.E., SERTEL-
BERK, H.Ö.: 2011

“The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents”, **European Eating Disorders Review**, 19, s. 509-511.

YÜCEL B.: 2009

“Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları”, **Klinik Gelişim Dergisi**, 22, 4, s. 39-44.

YÜCEL, N.: 2008

“Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.

ZANARINI, M.C., SKODOL,
A.E., BENDER, D., DOLAN,
R., SANISLOW, C.,
SCHAEFER, E., v.d.: 2000

“The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II Diagnoses”, **Journal of Personality Disorders**, 14, s.291–299.

ZIJLSTRA, H.,
LARSEN, J.K.,
VAN RAMSHORST, B.,
GEENEN, R.: 2006

“The Association Between weight Loss and Self-Regulation Cognitions before and after Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for Obesity: A Longitudinal Study”, **Surgery**, 139, s. 334–339.

ZIJLSTRA, H.,
BOEIJE, H.R.,
LARSEN, J.K.,
VAN RAMSHORST, B.,
GEENEN, R.: 2009

“Patients’ explanations for unsuccessful weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB)”, **Patient Education and Counseling**, 75, s. 108–113.

EKLER

EK 1. Cerrahi Aday Grubu (CAG) için Bilgilendirilmiş Onay Formu

Değerli Katılımcı,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır. Obezite, genetik, çevresel ve psikolojik etkileşimleri olan; ciddi ve tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır.

Obez bireylerde tedavi motivasyonu ve obezitenin tedavisinde etkisi olduğu bilinen psikososyal etmenler arasındaki ilişkileri öğrenmek obezite tedavisi için hazırlanacak programlara önemli oranda katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Klinik-Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans Programı kapsamında, Yrd.Doç.Dr Özlem Sertel Berk danışmanlığında Ezgi Deveci tarafından bariatrik/obezite cerrahisi operasyonu geçirmek isteyen kişilerin obezite tedavisinde etkisi olduğu bilinen psikososyal öncüllerini ve bu psikososyal öncüllerin tedavi motivasyonu ile arasındaki ilişkilerini inceleyen tez çalışması için yapılmaktadır.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırma için 1 uygulama yapılacaktır. Uygulamada öncelikle yaklaşık 40 dakika sürecek bir görüşme yapılacak ve ardından tamamlanması yaklaşık 50 dakika sürebilecek 6 adet soru formu doldurmanız istenecektir. Katılımcının verdiği bilgiler ve elde edilen tüm veriler çalışmayı yürüten kişi tarafından hiç kimse veya herhangi bir kurum/kuruluşla **paylaşılmayacak** ve katılımcının **gizliliği korunarak saklı tutulacaktır**.

Sorulan sorulara **içtenlikle** ve **eksiksiz cevaplar vermeniz** araştırmamız için son derece değerlidir.

Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

Yukarıda, araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, katılmama hakkım olduğunu ve ayrıca araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu ve eğer geri çekilirim herhangi bir ceza ya da zarara maruz kalmayacağımı, vereceğim bilgilerin de gizli tutulacağını biliyorum. Bu koşullarda, araştırma kapsamında istenilen bilgileri vermeyi kabul ediyorum.

Katılımcı İmzası:

Tarih:

İletişim: Asistan Klinik-Sağlık Psikoloğu Ezgi Deveci

Tel:

E-mail: ezgideveci87@gmail.com

EK 2. Kontrol Grubu (KG) için Bilgilendirilmiş Onay Formu

Değerli Katılımcı,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır. Obezite, genetik, çevresel ve psikolojik etkileşimleri olan; ciddi ve tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır.

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Klinik-Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans Programı kapsamında, Yrd.Doç.Dr Özlem Sertel Berk danışmanlığında Ezgi Deveci tarafından obezitenin tedavisinde etkisi olduğu bilinen psikososyal öncüller ve bu psikososyal öncüllerin tedavi motivasyonu ile arasındaki ilişkileri inceleyen tez çalışmasının ölçek güvenilirliği için yapılmaktadır.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırma için bugün ve 2 hafta sonra olmak üzere 2 uygulama yapılacaktır. İlk uygulamada yaklaşık 40 dakika süren 6 ölçek doldurulması istenecek, ikinci uygulamada ise yaklaşık 20 dakika süren 2 ölçek uygulanacaktır. Bu nedenle çalışmada katılımcının ismi ve kendisine ulaşılabilmesi için telefon numarası alınacaktır. Katılımcının verdiği bilgiler ve elde edilen tüm veriler çalışmayı yürüten kişi tarafından hiç kimse veya herhangi bir kurum/kuruluşla **paylaşılmayacak** ve katılımcının **gizliliği korunarak saklı tutulacaktır**.

Sorulan sorulara **ıçtenlikle** ve **eksiksiz cevaplar vermeniz** araştırmamız için son derece değerlidir.

Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

Yukarıda, araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, katılmama hakkım olduğunu ve ayrıca araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu ve eğer geri çekilirsem herhangi bir ceza ya da zarara maruz kalmayacağımı, vereceğim bilgilerin de gizli tutulacağını biliyorum. Bu koşullarda, araştırma kapsamında istenilen bilgileri vermeyi kabul ediyorum.

Katılımcı İmzası:

Tarih:

Bu araştırmayla ilgili daha ayrıntılı bilgi almak için araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İletişim: Asistan Klinik-Sağlık Psikoloğu Ezgi Deveci

Tel:

E-mail:ezgideveci87@gmail.com

EK 3. Demografik Bilgi Formu

1. Adı Soyadı:
2. Doğum yeri ve tarihi (gün/ay/yıl):;/...../.....
3. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
4. Yaşanılan Yer:
5. Telefon:
6. Boy (cm): cm
7. Kilo (kg): Kg
8. Olmak istediğiniz kilo (kg): Kg
9. Çalışıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
10. Meslek:
11. Öğrenim durumu (bitirilen okul)
1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4)Yüksek okul 5) Okur-yazar 6)Okur-yazar değil
12. Sosyal Güvence: 1) SGK 2) Özel Sağlık Sigortası 3) Sosyal Güvencem yok
13. Medeni Durum: 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Dul 5)Diğer
14. Çocuğunuz var mı? 1)Evet,tane 2)Hayır
Çocuğunuzun/çocuklarınızın yaşlarını yazınız:
15. Aylık gelir düzeyi: 1)Düşük (0-800) 2)Orta (800-1500) 3)Üst-orta(1500-3000)
4) Yüksek (3000 ve üstü)
16. Tanısı konmuş tıbbi bir hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
Evetse; Ne kadar süredir? ay.
17. Hangi hastalık?
1)Hipotiroid (tiroid hormonunun az salgılanması) 2)Hipertiroid (tiroid hormonunun çok salgılanması) 3)Diabet (Şeker hastalığı) (Tip) 4)Akciğer hastalıkları 5)Kanser
6)Romatizma 7)Hipertansiyon (Yüksek tansiyon) 8)Kansızlık 9)Kalp damar hastalıkları
10)Hiperlipidemi (Kolesterol yüksekliği) 11)Diğer.....
18. Ailede tanısı konmuş tıbbi bir hastalık var mı? 1) Evet 2) Hayır

19. Hangi hastalık?

- 1)Hipotiroid 2)Hipertiroid 3)Diabet (Tip) 4)Akciğer hastalıkları 5)CA
6)Romatizma 7)Hipertansiyon 8)Kansızlık 9)Kalp damar hastalıkları 10)Hiperlipidemi
11)Diğer.....

20. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

Varsa belirtiniz:..... **Ne kadar süredir?**..... ay.

21. Ailede psikiyatrik bir rahatsızlığı olan var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

Varsa belirtiniz(kim/hastalığı):

22. Daha önce psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü?

- 1) Evet 2) Hayır

Evetse; Ne kadar süre? Hangi ilacı kullandınız?

.....

23. Şuan herhangi bir tedavi görüyor musunuz(psikiyatrik tedavi dahil)?

- 1) Evet 2) Hayır

Görüyorsanız belirtiniz:

24. Şuan herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz(psikiyatrik ilaçlar dahil)?

- 1) Evet 2) Hayır

Kullanıyorsanız belirtiniz:/.....süredir

25. Adet düzeniniz nasıl (kadınlar için)?

- 1) yıldır menapozdayım 2)Düzenli 3)Düzensiz
4)Menapozda değilim amasüredir olmuyorum.

26. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1)Evet,süredir; 1günde.....adet/.....paket 2)Hayır

27. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1)Evet,süredir; 1 ayda.....kutu/şişe 2)Hayır

28. Obezitenin ilk başlangıç yaşı:

.....

29. Şişman bir çocuk muydunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

30. Ailenizde şişmanlık var mı?

- 1) Evet; Kim?..... 2) Hayır

31. Diyet yapmaya kaç yaşında başladınız?

.....

32. Şu anda doktor kontrolünde diyet yapıyor musunuz? Ne kadar süredir?

- 1) Evet,.....süredir 2) Hayır

33. Diyet listenize uyabiliyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Emin değilim

34. Şuan zayıflamak için hangi yöntemi kullanıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1)Diyet, süredir,kilo verdim.
2)Spor,süredir,kilo verdim.
3)Akupunktur,süredir,kilo verdim.

- 4)Zayıflama ilacı,süredir,kilo verdim.
5) Diğer.....

35. Daha önce kilo vermek için hangi yöntemleri, ne kadar süre ile kullandınız ve kaç kilo verdiniz? (birden fazla seçeneği cevaplayabilirsiniz)

- 1)Diyet, kere, süre,kilo verdim.
2)Spor,kere,.....süre,kilo verdim.
3)Akupunktur,kere,süre,kilo verdim.
4)Zayıflama ilacı,kere,süre,kilo verdim.
5)Bariatrik Cerrahi,süre önce,.....kilo verdim.
6) Diğer.....

36. Kilo verme amacınız nedir?

- 1) Sağlık problemlerinden kurtulmak 2)Çocuk sahibi olabilmek 3)Güzel görünmek
4)Diğer.....

Lütfen aşağıdaki soruları diyet yapıyorsanız DİYET YAPMADAN ÖNCEKİ DURUMUNUZU DÜŞÜNEREK cevaplayınız.

37. Şekerli içecek (meyve suyu, gazlı içecekler; kola,fanta, gazoz) tüketiyor musunuz?

- 1)Evet, 1 günde.....bardak 2)Hayır

38. Günde kaç öğün tüketirsiniz?ana öğün, ara öğün

39. Öğün atlar mısınız? 1) Evet 2) Hayır 3)Bazen

40. Haftada kaç kere hızlı hazır yemek(fast food) tüketirsiniz? öğün

41. Öğün aralarında en çok hangi tür yiyecekleri tüketirsiniz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Bisküvi, çikolata,cips 2)Kuruyemiş, kuru meyve 3)Tatlı 4)Meyve 5)Süt-yoğurt
6)Hamur işi 7)Şekerli içecekler-meyve suyu 8)Peynir-ekmek 9)Diğer.....

42. Günde ortalama kaç bardak su içersiniz? bardak

43. Açlık hissetmediğiniz halde bir şeyler atıştırır mısınız? 1) Evet 2) Hayır 3)Bazen

44. Kilo almanızdaki en büyük etkenin ne olduğunu düşünüyorsunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Can sıkıntısı nedeniyle atıştırmak 2)Düşük fiziksel aktivite 3)TV karşısında atıştırmak
4)Davetler 5)İş yemekleri 6)Diğer.....

45. Sıkıntılı/üzgün/mutsuz hissettiğinizde daha fazla yemek yer misiniz? 1) Evet 2) Hayır

46. Neşeli/mutlu hissettiğinizde daha fazla yemek yer misiniz? 1) Evet 2) Hayır

47. Haftada en az 3 gün yarım saatten fazla fiziksel aktivite yapar mısınız?(yürüyüş, koşu, fitness, yüzme gibi...)

1)Evet,.....aktivitesini haftadagün.....saat yaparım.

2)Hayır hiç fiziksel aktivite yapmam. 3)Daha önce yaptım,bıraktım.

48. Sık kilo alıp verir misiniz? 1) Evet 2) Hayır

49. Şu anki kilonuzu nasıl buluyorsunuz? 1)Az 2) İdeal 3) Fazla 4) Çok fazla

50. Diyet ve spor yaparak kilo verebileceğinizi düşünüyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

3)Emin değilim.

51. Belirli bir sürede (örneğin herhangi bir 2 saat içinde) ve benzer koşullarda yeme kontrolünün kalktığı duygusu ile başka insanların yiyebileceğinden daha fazla (alşılmadık) miktarda yemek yer misiniz? Evetse; Ne sıklıkla ve ne kadar süredir?

1) Evet,sıklıklasüredir. 2) Hayır

52. ‘Bariatrik Cerrahi’ düşünüyor musunuz?

Cevabınız evet ise, NEDEN?

.....
.....

53. ‘Bariatrik Cerrahi’ için herhangi bir girişiminiz oldu mu? 1) Evet 2) Hayır

Evetse;Ne yaptınız?

.....
.....

54. En sevdiğiniz yiyecekler nelerdir?

.....
.....

EK 4. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

GİRİŞ

Elinizde tuttuğunuz bir kitapçık, SCID'in kullanım kılavuzudur. SCID oldukça karmaşık birtakım anlaşma ve kurallara dayanan bir görüşme çizelgesidir. Başarısı kullanıcının bu kural ve anlaşmalara sıkı sıkıya uymasına bağlıdır. Her ne kadar bazı konularda kullanıcıya esneklik tanımaktaysa da çok yerde sıra ve kuralların katı bir biçimde izlenmesi gereklidir. Bu nedenle bu kitapçık SCID'i kullanmak isteyen herkes tarafından öğrenilmeli ve başvurulmalıdır.

SCID NEDİR?

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID), klinik eğitim görmüş bir görüşmecinin DSM-III-R tanıları koyabilmesi için hazırlanmış bir araçtır. I. ve II. Eksen tanıları koyabilmek için standart birkaç versiyonu vardır:

SCID-P (Yatan hastalar için): Hastanede yatan psikiyatrik hastalarda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Ancak psikotik bozuklukların ayırıcı tanısının yapılmak istendiği başka durumlarda da kullanılabilir.

SCID-OP (Yatmayan hastalar için): Psikotik bozuklukların az görüldüğü, bu nedenle de psikotik bulguların ayrıntılı biçimde soruşturulmasının gereksiz olduğu yatmayan psikiyatrik hastalarda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu versiyon kısa bir psikotik tarama modülü içerir. Bu modül, ya psikotik bir bozukluk düşündürecek herhangi bir bulgu olmadığını ya da ileri ayırma gitmeksizin yalnızca bir psikotik bozukluğun olası olduğunu belirtir.

SCID-NP (Sağlıklı kişiler için): Hasta olmayan deneklerin kullanıldığı (alan taramaları, aile çalışmaları gibi) çalışmalar için hazırlanmıştır. SCID-NP'nin tanısal modülleri Genel Giriş bölümü dışında SCID-OP ile aynıdır. SCID-OP'nin Genel Giriş bölümünde hastanın ana yakınması ile ilgili sorular vardır. SCID-NP'de ise deneğin yakınmasının olmadığı varsayılmıştır. Diğer sorular da olası bir hastalık öyküsünü soruşturmak içindir.

SCID-II: DSM-III-R'deki 12 Kişilik Bozukluğunun tanısını koymak içindir. SCID-II, ya bütün olarak ya da seçilmiş bir veya birkaç Kişilik Bozukluğunu araştırmak için kullanılabilir. İstenirse tek başına ya da yukarıda sözü edilmiş diğer SCID versiyonlarından biriyle kullanılabilir.

**EK 5. DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
(SCID-II)**

DSM-III-R YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞMESİ
TÜRKÇE VERSİYONU

SCID - II

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI FORMU

(Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders)

ROBERT L. SPITZER, MD., JANET B.W. WILLIAMS, D.S.W.,
MIRIAM GIBBON, M.S.W.

TÜRKÇE ÇEVİRİ VE UYARLAMA

Prof.Dr. Soli SORİAS, Prof.Dr. Refet SAYGILI, Uz.Dr. Hayriye ELBİ,
Doç.Dr. Simavi VAHİP, Dr. Levent METE, Uz.Dr. Zeki NİFİRNE,
Dr. Işıl ÖRNEK, Prof.Dr. Cahide AYDIN, Dr. Elif AKTENER

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Çeviri Editörü : Prof.Dr. Soli SORİAS

Ege Üniversitesi - Bornova - 1990

EK 6. Obezite Değişim Evreleri Ölçeği (ODEÖ) Örnek Soruları

YÖNERGE: Aşağıdaki her madde beş ifadeden oluşmaktadır. Her madde için, beş ifadeyi de lütfen dikkatlice okuyunuz. Sonra, sizin su anki tutum ya da davranışınızı (geçmişte nasıl olduğunuz ya da nasıl olmak istediğiniz değil) en iyi tanımlayan ifade ya da ifadeleri seçiniz. Eğer sorunuz olursa lütfen yardım isteyiniz. Cevaplarımız tamamıyla gizli tutulacaktır.

Yaş:

Boy:

Kilo:

1. Aşağıdaki ifadeler kilo almayla ilgili:

- Kilomla ilgili bir problemim yok.
- Kilo almayı durdurma vaktinin geldiğini bazen düşünürüm.
- Kilo almayı durdurma vaktinin geldiğine karar verdim.
- Kilo almayı durdurmaya çabalıyorum.
- Kilo almayı durdurmaya başardım ve bunun böyle kalmasını umut ediyorum.

4. Aşağıdaki ifadeler doktor tarafından verilen diyet listesine uyma ile ilgilidir:

- Diyet listesine asla uyamam.
- Diyet listesine uyabileceğimden emin değilim.
- Diyet listesine uymak için çaba göstermeye karar verdim.
- Diyet listesine uymak için çaba gösteriyorum.
- Diyet listesine uymayı başardım ve bunun bu şekilde kalmasını istiyorum.

7. Aşağıdaki ifadeler sizin sağlığınızla ilgilidir:

- Kilomun sağlığım için risk oluşturduğunu düşünmüyorum.
- Kilomun sağlığım için risk oluşturduğunu bazen düşünüyorum.
- Kilomun sağlığım için risk oluşturduğunu düşünüyorum ve bu sebeple kilo vermek için çaba göstermeye karar verdim.
- Kilomun sağlığım için önemli bir risk oluşturduğunu düşünerek kilo vermek için çaba gösteriyorum.
- Kilomun sağlığım için ciddi bir risk oluşturduğunu düşünerek kilo vermeye başladım ve bunu sürdürmek istiyorum.

13. Aşağıdaki ifadeler ilişki problemleriyle (aile veya arkadaşlarla olan ilişkiler gibi) ilgilidir:

- Diğer kişilerle ilişkilerimde halletmem gereken herhangi bir problemim yok.
- Diğer kişilerle ilişkilerimde belirli problemlerim olduğunu ve bunları halletmem gerektiğini bazen düşünüyorum.
- Diğer kişilerle ilişkilerimde belirli problemlerim olduğuna ve bunları halletmeye çalışmaya karar verdim.
- Diğerleriyle ilişkilerimdeki problemleri halletmek için etkin bir şekilde çalışıyorum.
- Diğerleriyle ilişkilerimdeki problemler halloldu ve bunu bu şekilde sürdürmek için çabalıyorum.

EK 7. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) Örnek Soruları

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular:Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (<i>uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için</i>) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular : Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıknırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (<u>Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.</u>)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
19-		0	1	2	3	4	5	6

EK 8. Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA) Örnek Soruları

ACIKLAMA:

Bu araç sizin beden bölgelerinizden ve özelliklerinde hoşnut olup olmadığınızı ve ne derece hoşnut olduğunuzu belirlemeyi amaçlamaktadır. Sıra ile belirtilen beden bölgelerinizden *çok hoşnut iseniz* “son derece hoşnutum”, *hoşnut iseniz* “oldukça hoşnutum”, söz konusu beden bölgenizden hoşnut olup olmama konusunda *bir fikriniz yok ise* “kararsızım”, *hoşnut değilseniz* “pek hoşnut değilim”, *hiç hoşnut değilseniz* “hiç hoşnut değilim” seçeneğinin altındaki boşluğu işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmamaya çalışınız.

AÇIKLAMALAR:

Beden Oranları: Bir insanın bedeninde gövde, kol, bacak ve ayakların birbiri ile oranları.

Beden Duruşu: Bir insanın boyunu belli edecek genel görünümü, endam.Dik yada eğik,kambur vb. duruşlarla ilgilidir.

	Son Derece Hoşnutum (5)	Oldukça Hoşnutum (4)	Kararsızım (3)	Pek Hoşnut Değilim (2)	Hiç Hoşnut Değilim (1)
BEDENİN GENEL GÖRÜNÜMÜ					
Beden Oranları	()	()	()	()	()
Bedenin Duruşu	()	()	()	()	()

<u>YÜZ</u>					
Yüz Güzelliği	()	()	()	()	()
Gözler	()	()	()	()	()
Kulaklar	()	()	()	()	()

<u>BEDEN ÜYELERİ</u>					
Omuzlar	()	()	()	()	()
Kollar	()	()	()	()	()

<u>GÖVDE</u>					
Karın	()	()	()	()	()
Kalçalar	()	()	()	()	()