

Türkiye’de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi

Güzin M. SEVİNÇER¹

ÖZ

Obezite cerrahisi dünyada olduğu gibi Türkiye’de de giderek yaygınlık kazanmaktadır. Obezite cerrahisinde ruhsal-toplumsal değerlendirmenin önemli olduğu her geçen gün artan literatürle de desteklenmektedir. Bu doğrultuda birçok kilo verme cerrahisi merkezi ruhsal-toplumsal değerlendirmeyi de içeren multidisipliner hasta değerlendirme yaklaşımını uygulamaktadır. Ancak bu konuda henüz dünyada kabul görmüş tek bir uzlaşma kılavuzu yoktur. Bu çerçevede farklı merkezler tarafından yayımlanmış farklı uzman uzlaşma metinleri olup sağlık otoriteleri tarafından dikkate alınmaktadır. Türkiye’de ise henüz böyle bir uzman uzlaşması ve kılavuzu yoktur.

Türkiye’de obezite cerrahisinde ruhsal-toplumsal değerlendirmenin önemi obezite cerrahları, hastalar ve hatta ruh sağlığı çalışanları tarafından bile henüz hak ettiği ilgiyi görmemektedir. Ruhsal-toplumsal değerlendirmenin gerekli olup olmadığı, değerlendirme yöntemlerinin nasıl olması gerektiği, değerlendirmeyi yapacak kişilerin niteliği ve yetkinlikleri, yapılan değerlendirmenin kalitesi ve yeterliliği tartışılmaya gerek duyulan konulardan başlıcalarıdır.

Obezite cerrahisi hastalarının gerek cerrahi işlem öncesi, gerekse cerrahi sonrası yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer ruhsal bozukluklar açısından rutin olarak değerlendirilmeleri ve gerekli olguların daha dikkatli tedavi ve izleme sürecine alınması için ruhsal değerlendirmeye sunulması gerekmektedir. Bu hastaların ruhsal-toplumsal yönden dikkatle ele alınması, bireysel olarak yaşam kalitesini artırdığı gibi, ameliyat sonrası kilo verme üzerine olumsuz etkileri engellemesi bakımından da önemli bir konudur.

Bu yazıda ulaşılabilen literatür ve kılavuzlar gözden geçirilip, obezite cerrahisinde ruhsal değerlendirmedeki temel konuların bir derleme biçiminde sunulması ve Türkiye’de yapılacak olan uzman uzlaşma metinleri için rehberlik etmesi amaçlanmıştır. Makalede obezite cerrahisi öncesinde ve sonrasında rastlanan psikiyatrik durumların değerlendirilmesine odaklanılmış olup gerek psikofarmakoloji, gerek psikoterapi, gerekse ruhsal-toplumsal girişimlerin etkinliği, seçimi, avantaj ve dezavantajları bu makalenin kapsamı dışında bırakılmıştır.

Bu konuların ilgili platformlarda tartışılması ve ortak bir yaklaşım ortaya konabilmesi için uzman uzlaşma kılavuzlarının geliştirilmesinin gerekliliği açıktır. (*Anadolu Psikiyatri Derg 2016; 17(Ek sayı.2):5-45*)

Anahtar sözcükler: Obezite, obezite cerrahisi, ruhsal-toplumsal değerlendirme, ruhsal bozukluklar, kılavuz

Psychiatric management of obesity surgery in Turkey: the need for consensus and a guideline

ABSTRACT

Bariatric surgery operations in Turkey increasingly expands as well as in the world. Growing literature supports that psychiatric and psychosocial assessment of obesity surgery patients are crucial. Many of the weight loss surgery

¹ Yrd. Doç. Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, İİSBF, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

Yazışma adresi / Correspondence address:

Yrd. Doç. Dr. Güzin M. SEVİNÇER, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, E-5 Yan Yol, No.259, Avcılar/İstanbul, Türkiye

E-mail: gmsevincer@gelisim.edu.tr

doi: 10.5455/apd.223825

6 Türkiye’de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz ...

centers applies multidisciplinary approach including psychiatric and psychological assessments. However, a worldwide accepted guideline to manage obesity surgery patients regarding psychiatric and psychosocial assessment, is not available. Instead, there are variety of expert consensus texts are used by different centers which taken into account by the health authorities. Unfortunately, neither expert consensus texts nor a guideline are available yet, in Turkey. Patients, bariatric surgeons and even mental health professionals have been underestimated the importance of psychiatric evaluation in bariatric surgery in Turkey. The main themes to be discussed in this context are the necessity of psychiatric evaluation, assessment methods, qualification and competency of the professionals and the quality of the assessments.

Patients should be screened routinely in terms of the presence of eating disorders, mood disorders, substance use disorders and other psychiatric disorders in both pre- and surgical period and those who needed should be follow for further psychiatric evaluation and treatment. Careful psychiatric and psychosocial assessment of the patients is important with regard to the improvement of the quality of life as well as preventing adverse effects on weight loss in the post-operative period.

This article is aimed to review the current literature and guidelines in order to explore the main issues in psychiatric aspects of the assessment of bariatric surgery patients. It is also aimed that this article provide an orientation for the guidelines will be prepared in Turkey.

This article has focused on the assessment of the common psychiatric conditions before and after bariatric surgery. Effectiveness of the treatments, selection of the interventions and advantages/disadvantages of psychopharmacologic, psychotherapeutic or psychosocial interventions are excluded from the scope of this article. It is obvious that to discuss these issues in the relevant platforms and to develop a guideline, are needed in order to reach a common approach. (**Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(Suppl.2):5-45**)

Keywords: obesity, obesity surgery, psychiatric evaluations, psychiatric disorders, guideline

AMAÇ

Obezite cerrahisi dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de giderek yaygınlık kazanmaktadır. Obezite cerrahisinde ruhsal-toplumsal değerlendirme önemli olduğu her geçen gün artan literatürle desteklenmektedir. Bu doğrultuda birçok kilo verme cerrahisi merkezi ruhsal-toplumsal değerlendirmeyi de içeren multidisipliner hasta değerlendirme yaklaşımını uygulamaktadır. Ancak bu konuda henüz dünyada kabul görmüş tek bir uzlaşma kılavuzu yoktur. Bu çerçevede farklı merkezler tarafından yayımlanmış farklı uzman uzlaşma metinleri olup sağlık otoriteleri tarafından dikkate alınmaktadır. Türkiye'de ise, henüz böyle bir uzman uzlaşması yoktur.

Türkiye'de obezite cerrahisinde ruhsal-toplum-

sal değerlendirmenin önemi obezite cerrahları, hastalar ve hatta ruh sağlığı çalışanları tarafından bile henüz hak ettiği ilgiyi görmemektedir. Ruhsal-toplumsal değerlendirmenin gerekli olup olmadığı, değerlendirme yöntemlerinin nasıl olması gerektiği, değerlendirmeyi yapacak kişilerin niteliği ve yetkinlikleri, yapılan değerlendirmenin kalitesi ve yeterliliği tartışılmaya gerek duyulan konulardan başlıcalarıdır.

Bu yazıda var olan literatür ve kılavuzlar gözden geçirilip, obezite cerrahisinde ruhsal-toplumsal değerlendirmedeki temel konuların bir derleme biçiminde sunulması amaçlanmıştır. Bu makalenin, ülkemizde yapılacak olan uzman uzlaşma metinleri için rehberlik edeceğini umuyorum.

GİRİŞ

Obezite, beden yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde fazla ve anormal birikmesi olarak tanımlanmıştır. Daha geniş anlamda, alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizliğe bağlı olarak yağ hücrelerinin sayıca artması ve büyümesidir. Beden yağlanmasını en iyi Beden Kitle İndeksinin (BKİ) yansıttığına ilişkin güçlü kanıtlar vardır. BKİ, kilogram cinsinden beden ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır. BKİ 30 kg/m²'nin üstünde olan bireyler obez olarak tanımlanır.¹ Tablo 1’de BKİ’ye göre kilo sınıflandırılması gösterilmiştir.

Tablo 1. Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre kilo sınıflaması

	BKİ (kg/m ²)
Düşük kilolu	<18.5
Normal kilolu	18.5-24.9
Aşırı kilolu	25.0-29.9
Sınıf I şişmanlık	30.0-34.9
Sınıf II şişmanlık	35.0-35.9
Sınıf III şişmanlık	≥40.0

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tahminlerine göre, obez birey sayısı tüm dünyada 400 milyon civarındadır.¹ Obezite, hem gelişmiş ülkelerde, hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış gösteren küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa’nın altı ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında, 10 yılda obezite yaygınlığında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir.² Obezite oranları daha eski yıllarda ekonomik düzeyi yüksek olan ülkelerde daha yüksekken, günümüzde her ekonomik ve eğitim düzeyinde bu artış gözlenmektedir. Hatta kişi başına düşen ulusal geliri düşük olan ülkelerde obezite artış oranları daha yüksektir. Şeker ve yağca zengin, yüksek kalori içeren besinlerin daha ucuz olması bu artışın başlıca nedenlerindedir. Obezite oranındaki artış özellikle çocuklar ve ergenlerde çarpıcı düzeydedir. Bugün gelinen noktada çocukluk çağı obezitesi yaygınlığının 1970’lerdeki değerinden 10 kat

fazla olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce ‘Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 Çalışması’na göre, obezite görülme oranı erkeklerde %20.5, kadınlarda %41.0, toplumda ise %30.3 olarak bulunmuştur.³

Obezite farklı bireylerde farklı nedenlerle gelişebilir. Aşırı yeme veya kötü beslenme dışında, genetik etki, hareketsizlik, ilaç yan etkileri ve diğer kronik tıbbi durumlar da obezite gelişimine yol açan etkenlerdir.⁴ Epidemiyolojik çalışmalar, obezite ve çeşitli ruhsal bozuklukların bir arada bulunmasının rasgele olmadığını, aralarında nedensel bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Obezitenin tıknırıcısına yeme bozukluğu, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan kişilerde yüksek oranlarda eş tanı göstermesi ile ilgili çok sayıda çalışma vardır. Dahası, bu grupların bazılarında obezite bu bozuklukların gidişini e tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkilemektedir. Obezitenin madde bağımlılığı ve kompulsif davranışlarla benzer yönleri vardır. Bu nedenle kompulsif besin tüketimi ile karakterize bir psikopatoloji formu olarak DSM-V’te yer almasının gerektiği tartışılmıştır.⁵

Obezitenin birçok kişi için zararlı olduğuna ilişkin hiçbir kuşku yoktur. Aşırı kilolu olmanın tıbbi sonuçları osteoartrit gibi ‘ekstra yağın vücut ağırlığına eklenmesine bağlı oluşan etkiler’ ve diyabetes mellitus gibi ‘yağlanmayla ilişkili metabolik değişiklikler’ olarak görülmektedir. Obezite kardiyovasküler hastalık, diyabetes mellitus, hipertansiyon, böbrek hastalıkları, obstructif uyku apnesi, osteoartrit ve kanserin çeşitli formları (kolon, meme, özofagus, over, pankreas ve böbrek kanseri) gibi hastalıklar için bir risk etkenidir. Obez bireylerde zayıf bireylere göre ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.⁶

Obezite aynı zamanda belirgin psikososyal kötüleşmeyle de ilişkilidir. Obez bireyler zayıf bireylerle karşılaştırıldığında, genel olarak yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmiştir. Toplumun ‘Obez bireyler çok yedikleri ve az hareket ettikleri için kiloludurlar, dolayısıyla bu durum obez bireyin kendi suçudur.’ şeklindeki bakışı ‘kiloya bağlı damgalanmanın’ temel nedendir. Oysa obezitenin arka planında yeme davranışını

şekillendiren beynin işlevleri ile ilgili özgül ruhsal düzenekler etkili olabilmektedir.⁷

Obezitenin gerek doğrudan, gerekse dolaylı olarak çok büyük ekonomik etkileri vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da sağlık harcamalarının önemli bir miktarı obezite ile ilişkili hastalıklara harcanmaktadır.⁵ Bu durum olasılıkla Türkiye için de geçerlidir.

Obezitenin nedenlerini açıklamaya yönelik aile ve ikiz çalışmaları, obezitenin %40-70'inin genetik etkenlerle açıklanabileceğini göstermektedir. İnsan genom projesi çalışmasında sıradan obezitenin bazı genlerle ilişkisi saptanmıştır. Beden yağ oranı ve obezite ile ilişkili genlerle BKİ ve bel çevresinin ilişkili olduğu bilgisi de, obezitenin genetik bir kökeni olduğuna gönderme yapmaktadır.⁸ Tüm bu ortak genetik kökene karşın, yapılan diyetin tipi gibi çevresel değişkenlerin yanında **bireysel farklılıkların da** obezite gelişiminde belirleyici olduğu bilinmektedir. Sonuçta yağ depolanmasının biyolojisi, aktivite düzeyi, iştah ve doyma duygusu, genetik temelle çevrenin ilişkisi sonucunda şekillenmektedir. Bu karmaşık sistemin kavramsallaştırılmasında, çevrenin etkisi yanında enerji dengesini düzenleyen içsel sistem hakkında da bilgilerimizde belirgin ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu içsel sistemler **pankreas, karaciğer, yağ dokusu, kas ve barsaktan gelen uyarılarla** etkileşim halinde olan **beyin sapı ve hipotalamustaki homeostatik düzenekleri, limbik ve paralimbik yapılarıdaki ödül döngülerini, prefrontal ve assosiyasyon korteksindeki bilişsel düzenekleri** içerir.⁵ Ayrıca, obezitenin etiolojisi konusunda etkili olan çevresel etkenler de geniş yer tutmaktadır. Bu etkenler **intrauterin gelişim, barsak florası, uyku, virüsler, zehirler, ilaçlar, ucuz ve lezzetli besinlerin kolaylıkla elde edilebilir oluşu ve fiziksel aktivitede azalmayı** içerir.⁵

OBEZİTE VE PSİKİYATRİ İLİŞKİSİ

Yeme bozuklukları ve obezite

Enerji alımını artıran birçok etken bulunmakta olup obezite popülasyonunun bir grubunda kilo alımının potansiyel nedeni tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), gece yeme sendromu (GYS), emosyonel yeme, yeme bağımlılığı gibi yeme bozuklukları ve sorunlu yeme davranışlarıdır.⁹⁻¹² Bu durumlar ayrıntılı biçimde bu yazıda açıklanmıştır.

Psikiyatrik bozukluklar ve obezite

Obezite ile yeme bozuklukları dışındaki psiki-

yatrik bozuklukların ilişkisini irdeleyen çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalar kilolu olma ile psikiyatrik bozukluklar arasında bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir.¹³ Petry ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, BKİ arttıkça duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluğu tanıları konma olasılığının arttığını ortaya konmuştur.¹⁴ Ayrıca çocuklarda obezite ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında pozitif bir ilişkinin varlığı gösterilmiştir.¹⁵

Obezite ile psikiyatrik bozuklukların komorbiditesinin nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Ancak BKİ'nin psikiyatrik bozukluklarda değerlendirilmesini gerekli kılan birkaç gerekçe vardır. Obezite psikiyatrik bozukluklarla iştah artışı, aktivite düzeyinde azalma ve uyku bozuklukları gibi ortak belirtileri paylaşmaktadır. Majör depresyon, distimik bozukluk, sınır kişilik bozukluğu gibi bozukluklarda ise kilonun durumu tanı ölçütleri arasında yer almaktadır. Obezite kişilerin bağımlılığı ve dürtü kontrol bozukluğu olan kişilerle benzer davranışsal özellikler gösterdikleri bilinmektedir. Obezite aynı zamanda ruhsal bozukluklarla biyolojik anormallikler (hipotalamopitüiter adrenal ekseninde düzensizlikler, dopamin işlev bozukluğu) ve çocukluk çağı travması gibi çevresel etkiler bakımından ortaklıklar taşımaktadır. Bu nedenlerden dolayı psikiyatrik bozukluklarda kilo durumunun değerlendirilmesinin gerekliliği açıktır.⁵

Psikotrop ilaçların kilo alma ve yağlanma üzerine etkisi

Psikotrop ilaçların kilo üzerine etkileri, bunun tedaviyi bozucu etkisi ve obeziteyle ilişkili tıbbi eş tanının gelişimine katkısı kilonun psikiyatrik tedavilerde göz önünde bulundurulmasını gerekli kılmaktadır. Başta yeni kuşak antipsikotikler olmak üzere, psikiyatrik ilaçların çoğunun tedavi süresince 2-17 kg arasında kilo artışına yol açtığı ortaya konmuştur. Buna karşılık kiloyu etkilemeyen veya kiloyu azaltan çok az sayıda psikiyatrik ilaç vardır.¹⁶ Psikiyatrik ilaçların nasıl kilo aldırıldığına ilişkin çok sayıda açıklama bulunmakta, tek bir nedene bağlanamamaktadır. Psikiyatrik ilaçlarla kilo alımı kullanılan ilaca, psikiyatrik bozukluğa ve bireysel etkenlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Obezitenin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesini önemli kılan bir diğer konu, obezitede tedavi yaklaşımlarıdır. Gerek uygulanan tedavilerin etkileri, gerek sonuçları, gerekse tedaviye uyum gibi başlıklar obezite tedavisinde psikiyatrik yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Obezite hastaları,

diyet, akapunktur, egzersiz, farmakolojik tedaviler gibi yöntemlerle kilo verme girişimleri sonucunda sadece orta düzeyde kilo verebilmekte ve verdikleri kiloları bu tedavi sonrasında kolayca geri almaktadırlar. Bu olumsuzlukları ve son yıllarda özellikle kilo vermedeki çarpıcı sonuçları

nedeniyle, obezite tedavisinde cerrahi yöntemler ön plana çıkmıştır. Türkiye’de de gözlenen bu artış nedeniyle obezite cerrahisinde psikiyatrinin yeri ve uygulamalarının bilimsel temelde tartışılmasına gerek duyulmaktadır.

OBEZİTE CERRAHİSİNDE RUHSAL-TOPLUMSAL DEĞERLENDİRME HEDEFLERİ

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü, obezite tedavisinde kullanılan diyetle müdahale, çeşitli davranış düzenlemeleri ve ilaçla tedavi gibi konservatif tedavi yöntemlerindeki başarının düşük olmasını göz önüne alarak, BKİ 40 kg/m²'nin üzerinde veya BKİ'si 35-40 kg/m² arasında olup da kiloyla ilişkili ameliyata engel olmayacak hastalığı bulunan hastalara, iyi bilgilendirilmeleri koşuluyla obezite cerrahisinin uygulanabileceğine karar vermiştir.^{17,18} Ancak cerrahi yöntemler diğer konservatif yöntemler gibi istenildiği anda geri dönülebilen bir yöntem olmadığı gibi, kişinin yaşam tarzında önemli değişiklikleri ve hastanın uyumunu gerektirmektedir.¹⁹ Ayrıca psikiyatrik sorunlar obezite cerrahisine aday hastalarda sık görülmekte olup, bazı psikiyatrik bozukluklar cerrahi sonrası sürmekte, bazen de cerrahi sonrası yeni psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir.²⁰ Psikiyatrik sorunların varlığının obezite cerrahisi sonuçlarına etkisi de bir diğer önemli konudur. Bu nedenlerle obezite cerrahisine karar verilen hastaların ruhsal-toplumsal açıdan değerlendirilmeleri gereklidir.

Dünyada obezite cerrahisi öncesinde ruhsal-toplumsal değerlendirmenin yapılması, standart değerlendirmenin bir parçası olarak uygulanma oranı gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü cerrahiye hasta seçiminin, içinde bir ruh hekimine ulaşımın da olduğu multidisipliner bir ekip tarafından yapılmasını önermiştir.²¹ Günümüzde gelişmiş ülkelerde obezite cerrahisi programlarının %80'inden fazlasında bu değerlendirme zorunlu hale getiril-

miştir ve uygulanmaktadır.²²

Obezite cerrahisi öncesinde ruhsal-toplumsal değerlendirme için henüz dünyada kabul edilmiş ortak bir kılavuz yoktur. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda seçilen yöntem ve gereç farklılıkları, cerrahi öncesindeki ruhsal-toplumsal durumların cerrahi sonrası sonuçlara etkisini karşılaştırmayı ve sağlıklı çıkarımlara varmayı güçleştirmektedir.

Obezite cerrahisi öncesinde ruhsal-toplumsal değerlendirme, tanı koyup psikiyatrik açıdan cerrahiye uygun olmayan hastanın belirlenmesi dışında, ruhsal-toplumsal destek verme, ruhsal eğitim ve psikofarmakolojik tedavi gibi önemli amaçlar içermektedir. Bu şekilde doğru bir değerlendirme ve kişiye özel yapılacak girişimler cerrahiden elde edilmesi hedeflenen başarıyı artıracaktır.²³

Bu makale obezite cerrahisine başvuran hastalarda ameliyat öncesinde ve sonrasında ruhsal-toplumsal değerlendirmede dikkat edilecek temel konuları derlemeyi hedeflemektedir. Obezite cerrahisine başvuran hastanın obezite cerrahi tarafından genel tıbbi durumları değerlendirilir ve cerrah hastanın ameliyata uygun olup olmadığına karar verir. Ancak hastanın ruhsal-toplumsal bakımdan riskli durumlarının ve sorun oluşturan alanlarının saptanması, gerekirse tedavi edilip izlemeye alınması, daha sonra hastanın ve cerrahi ekibin bu durumla ilgili aydınlatılması, hastanın cerrahiden daha olumlu sonuçlar elde edebilmesi bakımından gereklidir.

DEĞERLENDİRMEYİ YAPACAK KİŞİNİN YETKİNLİĞİ

Obezite ile ilgili yanlış bilgi, olumsuz algılar ve önyargılar yaygın olup, sağlık profesyonellerinde bile bunlar görülmektedir.²⁴ Obezite cerrahisi görece yeni bir tedavi yöntemi olup bazı çevrelerce, hatta bazı ruh hekimleri tarafından yeterince bilinmemektedir. Bu nedenle obezite cerra-

his öncesi değerlendirmeyi yapacak kişilerin obezite cerrahisi, obezite ve yeme davranışları ile ilgili bilgiye sahip olması, ilgili literatüre ege-men olması, cerrahi öncesi ve sonrası değerlendirme ve tedavi ile ilgili deneyim kazanmasının gerekliliği ileri sürülmüştür.^{22,25}

OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

DAVRANIŞSAL DEĞERLENDİRME

1. Kilonun Ruhsal-Toplumsal Etkileri ve Daha Önceki Kilo Verme Girişimleri

Obezite cerrahisine aday hasta ile görüşmeye, kilonun kişinin yaşamını nasıl etkilediği gibi açık uçlu bir soruyla başlamak hastayı anlamak ve değerlendirmek için birçok bilgi sağlayabilir. Bu önemli bilgi kilonun kişinin yaşamını nasıl etkilediğini anlamanın yanı sıra, kilo vermeyi istemesinde etkili olan etkenleri de beraberinde öğrenmeye katkıda bulunur. Hastanın kilo geçmişi, diyet ile ilgili alışkanlıklarının bilinmesi morbid obeziteye giden yolun anlaşılmasında ruhsal, davranışsal ve fizyolojik değişimlerden hangilerinin katkıda bulunduğunun anlaşılması ile ilgili değerli bilgiler sağlayabilir. Obezite cerrahisi adayı hastaların daha önceki kilo verme girişimlerinde kilo almasını ve vermesini kolaylaştıran/zorlaştıran beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı ile ilgili bilgilerin öğrenilmesi, cerrahi sonrasını da yönetmek bakımından yardımcı olacak değerli bilgiler sağlar.²⁶

2. Fiziksel Aktivite/İnaktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz daha sağlıklı bir yaşamla ve yaşam kalitesinin iyileşmesi ile ilişkilidir. Fiziksel inaktivitenin kardiyovasküler hastalık riskinin artışında ve obezite gelişiminde etkili olduğu kesin olarak kanıtlanmıştır. Obezitenin her türlü tedavisinde fiziksel aktivite hem zayıflamak, hem de ruh sağlığı için olmazsa olmaz bir etkidir. Egzersiz alışkanlığı edinmek kişiyi cerrahiye hazırlamasının yanı sıra, cerrahi sonrası kilo verme sürecinde ve geri kilo alımını önlemede etkilidir. Ameliyat sonrası fiziksel aktivite aşamalı bir şekilde kişinin yaşamına bir yaşam tarzı olarak yerleşmelidir. O nedenle ameliyat öncesi dönemde kişinin fiziksel aktivite ile ilgili bilinçlendirilmesi sağlanıp olası engelleri saptanmalı ve kişi bu yeni duruma hazır duruma getirilmelidir. Obezite cerrahisi sonrası egzersiz alışkanlığı edinmenin birçok faydasının olmasına karşın, etkili olmadığı bir nokta deri sarkmalarıdır. Eğer kaybedilen kilo miktarı çok fazla ise, kaybolan elastikiyetin geri gelmesi egzersizle sağlanamamaktadır. Egzersiz, ancak cilt altı kas dokusunun artışını sağlamaktadır.²⁶

3. Sorunlu Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Obezite cerrahisi öncesinde yapılan psikiyatrik değerlendirmede kişinin zaman içinde geliştirdiği ve çeşitli durumlar karşısında belirginleşen yeme davranışlarının izini sürmek değerli bilgiler sunar. Sorunlu yeme davranışlarının değerlendirilmesi, obezite cerrahisi öncesi psikiyatrik değerlendirmenin ayrılmaz bir parçasıdır.²⁷ Obezitenin varlığı, bedenin gerek duyduğundan daha fazla kalori alındığını ve bu fazla kaloringin bedende yağ olarak depolandığı anlamını taşır. Bu gerektiğinden fazla kalori alınmasına neden olan yeme sorununu saptamak ve buna uygun tedavi yöntemini uygulamak ameliyat öncesi hasta değerlendirmesinde temel hedeflerden biridir. Ayrıca kişinin stresli yaşam olayları veya tatil gibi farklı ortamlarda gösterdiği yeme tutumlarını bilmek, obezite cerrahisi sonrasında gelişebilecek yeme sorunlarını ayırtmak ve bu durumlarla baş edebilmek açısından önemlidir. Sorunlu yeme davranışları, kötü yeme alışkanlıkları ve yeme bozuklukları olmalı üzere iki başlıkta ele alınabilir. Kötü yeme alışkanlıkları kahvaltı atlama veya sıklıkla fast food tüketimi gibi davranışları içerir. Yeme bozuklukları ise, tıknırca yeme gibi davranışları içerir. Tüm bu sorunlu yeme davranışları obezite cerrahisi öncesinde düzeltilmeli veya tedavi edilmelidir. Sorunlu yeme davranışlarını düzeltmenin ilk basamağı bu davranışları saptamakla başlar.

a. Kötü yeme alışkanlıkları

Şeker, yağ ve tuzdan zengin besinleri bolca tüketmek kötü yeme alışkanlıklarının gelişmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca hangi besinler ve nasıl tüketildiği de kötü yeme alışkanlıklarına yol açabilir. En yaygın görülen durumlardan biri olan hızlı yemek yeme buna örnek verilebilir. Başlıca kötü yeme alışkanlıkları da şunlardır:

- Öğünleri atlamak
- Mutfakta oturarak yemek yerine, ayakta yemek
- Gün boyu atıştırarak
- Çoğunlukla dışarda yemek yeme
- Sıklıkla fast food veya abur cubur yemek (haftada iki kezden çok)
- Çok hızlı yemek (sıklıkla yemeği bitiren ilk kişi olmak veya yemeğin tadına varmadan yemek)
- Kalorisi yüksek içecekleri sık tüketmek (günde bir kezden daha çok kez 100 kaloriden daha çok kalori içeren içecek tüketmek; gazlı içecek-

ler, meyve suları veya enerji içecekleri gibi)

- Çoğunlukla televizyon veya bilgisayar karşısında yemek.

b. Yeme bozuklukları

- **Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB, binge eating disorder):** Çalışmalar obezite tedavisine başvuran hastaların yaklaşık olarak üçte birinde TYB’nin olduğunu göstermiştir. Bu oran obezite cerrahisine başvuran hastalarda daha da yüksektir.²⁸

Tıkınırcasına yeme aşırı yeme ile aynı şey değildir. TYB tanısı için kişinin:

- Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örneğin, herhangi bir-iki saatlik süre içinde) yemesi,
- Bu yeme nöbeti sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örneğin, yemeyi durduramayacağı veya ne yediğini veya ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu),
- Ayrıca, bu belirtilere normalden çok daha hızlı yeme, rahatsız edici biçimde doyana kadar yeme, fiziksel olarak açlık hissetmezken çok miktarlarda yemek yeme, kişinin fazla yemekten utanması nedeniyle yalnız başına yemesi, aşırı yeme sonrası kendinden nefret etme, kendini suçlama veya üzüme gibi belirtiler de eşlik edebilir. Kişi bu atak sonrası önce rahatlama, ardından ciddi derecede pişmanlık hisseder. Bu durumun son üç ayda haftada en az bir gün ortaya çıkması gerekir.²⁹

Obezite cerrahisi arayışında olan hastalarda TYB’nin yaygınlık oranı %2-49 arasında bildirilmiştir.^{30,31} TYB değerlendirme yöntemlerindeki farklılıklar bu denli farklı sonuçları açıklayabilir. TYB varlığının obezite cerrahisi için psikiyatrik bir kontrendikasyon oluşturup oluşturmadığı ve ameliyat sonuçlarına olumsuz etkisinin olup olmadığını inceleyen araştırmaların sonuçları çelişkilidir.³² Çeşitli çalışmalar cerrahi öncesi TYB varlığının ameliyat sonrasındaki 6-24 aylık dönemin sonunda kilo kaybı veya ruhsal-toplumsal sonuçlar için öngördürücü olmadığını göstermiş olmasına karşın,^{33,34} bazı uzun süreli izleme çalışmaları cerrahi öncesi dönemde TYB varlığının cerrahi sonrası sorunlu yeme davranışlarının gelişiminde yüksek risk yarattığı ve bu sorunlu yeme davranışlarının cerrahi sonrası dönemde yeniden kilo alımı riskiyle ilişkili olduğunu göstermiştir.³⁵⁻³⁹ Bu bilgiler doğrultusunda hastalar, TYB’nin cerrahi sonrası tekrar ortaya çıkabileceği ve bu durumda tedavi edilmesi gerekliliği konusunda eğitilmelidirler.

- **Gece yeme sendromu (GYS):** Sabahları ortaya çıkan iştahsızlık; kahvaltının atlanması veya ihmal edilebilir miktarda yenmesi (örneğin, kahve veya meyve suyu); akşam aşırı yeme, günlük toplam kalorinin en az %25’inin akşam yemeğinden sonra alınması, bu durumun haftada iki veya daha fazla olması şeklinde tanımlanmıştır. GYS’de, kişide gece uyanıp yemek yeme davranışı gözlenebilir. Kişi bu sırada yediğinin tamamen farkındadır.⁴⁰ Başka bir tanı olan **uykuda yeme bozukluğunda** ise, kişiler gece uykudan kalkıp yemek yediklerinin farkında değildirler, sabah uyaandıklarında da bu durumu anımsamazlar.⁴¹ GYS’nin yaygınlığı ve bu durumun ameliyat öncesinde varlığının cerrahi sonuçlarına etkisi GYS’nin tanımlanmasında kullanılan yöntemlerin farklılığı nedeniyle, yapılan çalışmaların sonuçları net değildir.^{42,43} Ayrıca GYS’nin etkin tedavisi açısından da veriler henüz yetersizdir. Ancak bu durumun varlığının cerrahi öncesinde sorgulanması ve ameliyat sonuçlarına olası etkileri bakımından cerrahi sonrası dönemde izlenmesi önemli bir konudur.

- **Emosyonel yeme:** Emosyonel yeme, açlık hissi nedeniyle veya öğün zamanı geldiği için veya toplumsal gereklilik olduğu için değil, sadece olumsuz duygulara yanıt olarak gelişen sorunlu bir yeme davranışıdır. Emosyonel yeme, kişilerin genellikle olumsuz duygularını giderebilmek için yöneldiği yanlış bir baş etme stratejisidir. Çoğunlukla karbohidrattan zengin, bol şekerli, yağlı veya tuzlu yüksek kalorili besinler yeğlenir. Negatif duygulanımla baş edebilmek için, yanlış bir baş etme stratejisi olarak yeme davranışı geliştiren bir kişi, cerrahi sonrası erken dönemde olumsuz duygulanım yaşadığında, ameliyat bu düzeneği elinden aldığı için kullanamayacaktır. Ancak cerrahi sonrasındaki ilerleyen dönemlerde hasta, iştahı ve yeme kapasitesi arttıkça ve tatlı besinleri tolere edebilmeye başladıkça, olumsuz duygularla baş etmek için doğru stratejiler de geliştirmediyse, yeniden sağlıksız yeme davranışına dönecek ve bu durum yeniden kilo almasına yol açacaktır.²⁶ Dolayısıyla, ameliyat öncesi dönemde emosyonel yeme varlığının sorgulanması ve ameliyat sonrası dönemde izlenmesi, cerrahi girişimden elde edilebilecek sonuçların en iyi düzeye getirilmesi bakımından önemli bir konudur.

- **Oatlanma (çöplenme) (grazing):** Uzun bir zamana yayılmış biçimde, ancak sürekli, genelde gün boyu, küçük miktarlarda azar azar besin tüketimi olarak tanımlanan bir yeme sorunudur. Bu tarz bir yeme davranışı ile gün boyu yenen miktar, bireyler için gerekli olandan daha fazla

besin tüketimi ile sonuçlanır.^{37,44} Birçok çalışma, cerrahi sonrası saptanan grazing davranışının daha az kilo kaybı ve geri kilo alımı ile ilişkili olduğunu saptamasına karşın, bu duruma yeteri kadar dikkat edilmemektedir.⁴⁴⁻⁴⁷ Grazing varlığının sorgulanması ve bu yeme örüntüsü ile ilgili hastaların eğitilmesi önemlidir. Cerrahi sonrası hastalar, ameliyatın zorunlu sonucu olarak her ne kadar bir oturuşta büyük miktarda besin tüketmeseler de, gün boyu küçük miktarlarda ve sürekli yedikleri takdirde, istedikleri kiloya inmeleri zorlaşmaktadır. Grazing saptandığında, yapılacak girişimlerle (dürtü kontrolü gelişmesini sağlamak, öğünleri planlamak, iştah farkındalığı ilkelerini öğretmek gibi) grazing ortadan kaldırmak önemlidir.

MEVCUT YAŞAM KOŞULLARI

1. Ruhsal-Toplumsal Stres Etkenleri

Kişinin yaşamındaki stres etkenleri, karmaşık yaşam tarzı ameliyat sonrası dönemi idare etmenin ve uyum sağlayabilmenin önünde engel oluşturabilir. O nedenle ameliyat öncesi dönemde, kişinin son bir yıl içinde yaşadığı, halen süren veya gelecek yıllardaki olası stresler, krizler, yaşamındaki düzensizlikler sorgulanmalıdır (Örneğin, boşanma, sevilen birinin ölümü, işini kaybetme, taşınma gibi). Kişinin bu durumlarla baş edebilme durumu, ameliyatın bu zaman diliminde uygun olup olmadığı gibi konuların değerlendirilmesi gereklidir. Cerrahi girişiminin olabildiğince kişinin daha rahat olabileceği bir dönemde yapılması ve bunu cerrahi ekiple beraber planması uygun olacaktır (Örneğin, bir öğretmen için yaz tatili daha uygun bir zaman olacaktır).³²

2. Sosyal Destek Sistemi

Obezite cerrahisi sürecine giren kişi için aile veya yakın çevresinin bu konuda desteği başarılı bir sonuç için son derece önemlidir. Yapılan çalışmalar, kişinin sosyal desteğinin olmasının hem daha hızlı iyileşme, hem de ameliyattan başarılı sonuç elde etme ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Kişinin ameliyat sonrası aile üyelerinden veya yakın çevresinden alacağı destek, yaşam tarzı değişikliklerine daha iyi uyum sağlamasında etkili olmaktadır. Hatta kişiye cerrahi sonrası destek olacak kişilerin de cerrahi öncesi eğitimlere katılmasının sağlanması, hastaya ameliyat sonrası doğru destek olunabilmesi bakımından önemlidir.⁴⁸

GELİŞİMSEL ÖYKÜ

Travmatik yaşam olayları, taciz veya ihmal öyküsü, anne-babayla ilişkilerin şekli, ev dışındaki toplumsal ilişkilerin durumu/niteliği, kiloyla ilişkili dışlanma-aşağılanma yaşanıp yaşanmadığı gibi konular hakkında öykü alınması, kişinin daha iyi anlaşılmasını ve olası sorunların öngörülebilmesini sağlar. Gerekli girişimlerin yapılması ile ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi olası olabilir.²⁶

TIBBİ ÖYKÜ

Cerrahiye aday bir hastanın tıbbi öyküsünün irdelenmesi, hastanın tıbbi durumu ve kullandığı ilaçlar gibi konuların yanı sıra, cerrahi sonrası uyması gereken kurallara ve tedavi önerilerine uyumu ile ilgili olası bilgileri de içermelidir. Hastanın şimdiki tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi, uyması gereken kurallara uyup uymadığı, gerekli tetkiklerini zamanında yaptırıp yaptırmadığı, tedavisinin izlenmesini kendisinin mi yaptığı veya bu sorumluluğu bir başkasının mı üstlendiği değerlendirilmesi gereken konulardır.²⁶ Ayrıca hastanın kullanması gereken ilaçların etkinliği (Örneğin, uzun-salınımlı ilaçlar gibi), uygulanacak obezite ameliyatının şekline göre, gastrointestinal sistemde emilim aralığının kısalması, ph düzeyi değişikliği veya kaybedilen beden yağı miktarı gibi nedenlerle değişebilir.⁴⁹ Bu durum ameliyat sonrası da ilaç kullanması gereken hastaların izlenmesi bakımından önemlidir.

BİLİŞSEL-EMOSYONEL DEĞERLENDİRME

1. Obezite Cerrahisi Hakkındaki Bilgi Düzeyi, Anlayış Düzeyi ve Tedaviye Uyum

Obezite cerrahisine karar vermiş olan hastanın ameliyatla ilgili bilgi düzeyi ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalı ve hatalı veya eksik bilgiler varsa, bunlar düzeltilmelidir. Örneğin, hasta cerrahi işlemin olası risklerini ve komplikasyonlarını iyi anlamış mıdır? Kendisini cerrahi sonrası bekleyen diyet, egzersiz kurallarını iyi kavramış mıdır? Hastanın ameliyat sonrası kontrollerine gelmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, diyet ve egzersiz kılavuzunu uygulaması, kısaca yaşam tarzını sağlıklı bir şekilde düzenleyebilmesi ameliyat başarısı için çok önemlidir. Bu durumlar ameliyat öncesinde sorgulanmalı ve gerekli ruhsal eğitim yapılmalı, uyumla ilgili olası engeller ortadan kaldırılmalıdır.³² Kişinin ameliyat sonrası gerekli davranışsal değişikliklere uyum sağlayabilmesi için gerekli anlayış kapasitesi ve yargılama

becerisine sahip olup olmadığı da önemli bir konudur. Örneğin, bunama veya ağır ruhsal bozukluğu olan bir kişinin ameliyat sonrası gereken yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayabilmesi güç olabileceğinden, bu durumların ameliyat öncesinde bir uzman tarafından değerlendirilmesi önemlidir. Hastanın bilişsel işlevselliklerinde ciddi yıkım varsa, ameliyat yapılması için engel oluşturabilir.

2. Bilişsel İşlevsellik

Son yıllarda obezitenin biliş üzerine etkileri de dikkat çeken konulardan biridir. Yapılan çalışmalar BKİ’nin artışının bilişsel kötüleşme ile ilişkili olduğunu göstermiştir.⁵⁰ Çeşitli çalışmalarda obez ve aşırı kilolu yetişkinlerde normal kilolu bireylere göre daha yüksek oranlarda bellek sorunları ve frontal/subkortikal işlev bozukluğu gösterilmiştir. Obezitenin bellek, dikkat, yürütücü işlevleri içeren bilişsel becerilerde azalma ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar her geçen gün artmaktadır. Burada araştırılması gereken konu, bu sorunların obezite ile doğrudan mı, yoksa dolaylı yoldan mı (örneğin, metabolik değişiklikler) ilişkili olduğudur. Yağ artışının bilişsel işlevde bozulmanın bir nedeni mi, yoksa sonucu mu olduğu da bilinmemektedir. Bilişsel becerilerde kötüleşme, dürtüsellik düzeylerinde artış, engelleme kontrolünün azalması durumları aşırı yeme, tıknırcasına yeme ve yeme üzerinde kontrol kaybı için olası açıklamalardır. Hazzı erteleme becerisinin bozulmuş olması, başarılı bir obezite cerrahisi sonrası verilmiş kilonun korunmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Dahası obezite cerrahisi sonrası belirgin oranda kilo vermiş bazı hastalarda, sonradan gelişen veya artan dürtüsellikle ilişkili davranışların (kompulsif satın alma, patolojik deri yolma, egzersiz bağımlılığı gibi) aşırı yeme, tıknırcasına yeme veya kontrol kaybı ile yeme arasındaki ilişkisi henüz net değildir.

Obezitenin nörolojik değişikliklere yol açtığı ile ilgili çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Obes bireylerde hipertansiyon ve tip 2 diyabetes mellitus eş tanısı sık görülmektedir. Bu eşlik eden durumların her biri beyinde patolojik değişikliklerle ve bilişsel işlevlerde bozulma ile ilişkilidir.^{50,51} Obes bireylerde uyku apnesi de sık görülmekte olup bilişsel işlev bozukluğu ile ilişkilidir. Bu durumlarla ilişkili olarak biyokimyasal parametrelerde ortaya çıkan bazı değişiklikler obez bireylerde bilişsel bozulmada rol oynamaktadır. Yağ dokusundan salgılanan adipokin düzeyindeki değişiklikler nörobilişsel işlev bozukluğu ve beyin yapılarında değişikliklerle ilişkilidir.⁵² BKİ artışı ile ilişkili pro-inflamatuar

süreç nörobilişsel işlevlerde kötüleşme ile ilişkilidir.^{53,54} Leptin ve ghrelin gibi yeme ve kilo davranışı ile ilişkili parametreler hala net olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, bilişsel işlevle ilişkilidir.⁵⁵

Obes bireylerde nörogörüntüleme yöntemleri ve patoloji çalışmalarında birtakım beyin anormallikleri gösterilmiştir. Yapısal görüntüleme çalışmalarında obez bireylerde hem frontal, hem de temporal beyin bölgelerinde yaygın beyin atrofisi saptanmıştır.^{52,56,57} Beyaz cevherde hacimde azalma ve yoğunlukta artmayı içeren anomaliler saptanmıştır.⁵⁸ Obes bireylerde frontal, parietal ve temporal beyaz cevherde saptanan nörokimyasal bulgular beyaz cevher hasarına işaret etmektedir.⁵⁹ Patoloji çalışmalarında obez olmayan kontrollerle karşılaştırılan bir çalışmada, aşırı obez bireylerin hipokampusunda Alzheimer ile ilişkili göstergelerde (tau proteini, amiloid prekürsör protein ve amiloid-B peptid) artış saptanmıştır.⁶⁰ Bu çalışma obez bireylerde plazma amiloid öncüllerinin daha yüksek saptandığı çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.⁶¹ Orta yaşta obezite varlığının daha sonrasında bunama gelişimi için (örneğin, Alzheimer hastalığı ve vasküler bunama) bir risk etkeni olduğu ile ilgili kuvvetli kanıtlar vardır.⁶² Kontrollerle karşılaştırıldığında, obez genç ve orta yaş erişkinlerde öğrenme ve belleğin obeziteden olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır.⁶³

Obezite serebral yapıyı da etkilemektedir. Kurth ve arkadaşları sağlıklı erişkinlerde yaptıkları çalışmada BKİ ve bel çevresi yüksekliği ile hipotalamus, prefrontal, anterior temporal ve inferior parietal kortekste, serebellumda gri madde hacmi arasında ters yönde bir ilişki bulmuşlardır.⁶⁴

Obezite cerrahisi, şiddetli obezitenin bilişsel etkilerinin deneysel olarak çalışılmasına olanak sağlamıştır. Hastaların cerrahi öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi şiddetli obezitenin bilişsel işlevler üzerine etkisinin değerlendirilebilmesi yanında, bilişin kilo verme üzerine etkisi ve ilişkili etkenleri de incelemeye olanak sağlamıştır. Obesite cerrahisi öncesinde bilişsel sorunlar yaygın olup cerrahi sonrasında hızlı iyileşme olduğu gösterilmiştir. Ancak cerrahi sonrasındaki bilişsel işlevde iyileşmeler bazı hastalık öncesi etkenlerden etkilenmektedir. Örneğin, depresyon öyküsü, obezite cerrahisi hastalarında oldukça sık görülmekte olup hem cerrahinin sonuçlarıyla, hem de bilişsel kötüleşme ile ilişkilidir ve bilişsel iyileşmeyi olumsuz etkileyeceği beklenebilir.⁶⁵ Cerrahi sonrası bilişsel işlevlerde saptanan iyileşme obezite ile ilişkili tıbbi hasta-

lıkların (hipertansiyon, diyabetes mellitus, uyku apnesi gibi) iyileşmesi ile açıklanabilir. Bu eşlik eden tıbbi hastalıklar nörobilişsel işlev üzerine olumsuz etkilere sahiptir.⁶⁵⁻⁶⁷ Alosco ve arkadaşlarının çalışmasında, cerrahi sonrasında tıbbi eş hastalıkların düzelmesi ile bilişsel işlevlerde iyileşme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu cerrahi sonrasındaki bilişsel iyileşmede başka etkenlerin rol oynayabileceğine işaret etmektedir⁶⁸ (Örneğin, metabolik ve glisemik işlevde iyileşme, inflamasyonda azalma⁵³ ve iştah nörohormonlarındaki değişiklikler⁶⁵). Metabolik disregulasyon (örneğin, artmış sistatin C, artmış alkalın fosfataz-ALP), bozulmuş periferik glikoregülasyon şiddetli obezitesi olan bireylerde yaygındır ve nörobilişsel bozulma ile ilişkili olup cerrahi sonrası iyileşmeler gözlenir.⁶⁵ Leptin ve ghrelin düzeylerinde cerrahi sonrasında gözlenen değişiklikler bilişsel iyileşme ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Leptin düzeyinde azalma ve ghrelin düzeyinde artış cerrahi sonrası birinci yılda daha iyi dikkat ve yürütücü işlevler için öngördürücü bulunmuştur.⁵⁵ Bilişsel iyileşmede etkisi olabilecek diğer etkenler egzersiz düzeyinde artış, vitamin ve mineral desteği uygulaması yapılıyor olması, serebral kan akımında iyileşme, beyinde iştah kontrolünden sorumlu bölgelerdeki değişikliklerdir.⁶⁵

Obezite cerrahisi obezite için en etkili tedavi yöntemi olmakla birlikte, ameliyat olan hastaların %30'u yeterince kilo verememekte veya yeniden kilo alabilmektedir.⁷⁰ Kilo vermeye ilgili birçok etken etkili olup bunlardan biri de bilişsel işlevdir. Bilişsel işlev cerrahi sonrası uyuma etki ederek kilo vermeye etkiler. Obezite cerrahisi hastalarına, cerrahi sonrası yaşam tarzı değişiklikleri (beslenme değişiklikleri ve fiziksel aktivite) ile ilgili eğitim verilmesi önerilmektedir. Hastaların cerrahi sonrası bu beslenme ve egzersiz önerilerine uymaları, tıbbi kontrollerini düzenli izlemeleri ile ilgili gösterdikleri uyum cerrahi sonrası kilo verme için öngördürücüdür.⁷¹ Cerrahi sonrasındaki yaşam değişiklikleri ile ilgili eğitim cerrahi öncesi verilir, yürütücü işlevlerde veya bellek bozukluğu olan hastalarda öğrenme, geri çağırma ve yönergeleri doğru şekilde uygulama becerilerinde sorunlar gözlenebileceğinden, bu durum kilo verme üzerine olumsuz etki edecektir. Çünkü doğal olarak bu hastalar ameliyat sonrası önerilere uyum sağlamakta güçlük çekeceklerdir. Bellek bozukluğu olan hastalar cerrahi sonrasında uygulamaları gereken diyet ve fiziksel egzersizle ilgili yönergeleri untabilecek, kontrol görüşmelerini izlemede sorun yaşayabileceklerdir. Obezite cerrahisi hastaları cerrahi öncesinde verilen cerrahi sonrası gelişebilecek

komplikasyonlarla ilişki verilen bilgileri anımsamada güçlük yaşayabilirler. Benzer olarak organizasyon, planlama, engelleme kontrolü gibi yürütücü işlevlerdeki bozukluklar cerrahi sonrası uyumu olumsuz etkileyebilir. Örneğin, engelleme güçlüğü besin ipuçlarıyla karşılaşan kişinin yeme davranışını kontrol etmesinde güçlükle yaşamasına neden olabilir. Dahası, yürütücü işlevler sedanter davranış ve daha yüksek kalori alımı ile ilişkilidir.⁶⁵ Sonuç olarak obezite cerrahisi öncesinde kişinin bilişsel durumunu değerlendirmek ve yüksek riskli hastaları saptayarak sorunlu durumların göz önüne alındığı kişiye özel tedavi planı, izleme ve önerileri oluşturmak hedefler arasında olmalıdır.

Obezitenin bilişsel etkileri ve obezite cerrahisinin bilişsel işlevler üzerine olumlu etkileri bilinmekte olup, cerrahi öncesi ve sonrasında bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinin klinik önemi açıktır. Ancak hala birçok merkezde nöropsikolojik değerlendirme etkili olarak uygulanmamakta olup hastalar bazı merkezlerde çoğunlukla öz bildirime dayalı yöntemlerle değerlendirilmektedir. Obezite cerrahisi hastalarının öz-bildirime dayalı değerlendirilmesinde saptanan bozukluk bilişsel işlev bozukluğundan çok, depresif belirtiler için belirleyici anlam taşımaktadır.⁶⁵ Obezite cerrahisi hastalarında bilişsel işlevler için en çok uygulanan değerlendirme aracı olan Mini Mental Durum Değerlendirme Testi bilişsel işlevleri belirlemede duyarlı olmayan bir ölçüm aracıdır.⁷¹ Henüz obezite cerrahisi öncesi ve sonrasında nöropsikolojik değerlendirme için uzlaşılmış bir standart değerlendirme kılavuzu yoktur. Gunstad ve arkadaşları, cerrahi öncesi ve sonrasında olumsuz sonuçlar için yüksek riske sahip hastaları belirleyebilmek için birtakım değerlendirme önerilerinde bulunmuşlardır. Bu bilişsel değerlendirme önerisi dikkat, yürütücü işlevler, bellek, dil, görsel-uzamsal ve motor işlev değerlendirmelerini içerir.⁷² Cerrahi sonrası bilişsel değerlendirme bilişsel değişiklikleri izlemeyi amaçlar. Nadiren de olsa, obezite cerrahisi hastaları vitamin eksiklikleri bakımından risk altındadır ve hastalarda daha önce var olan bilişsel sorunlarda kötüleşme veya doğrudan yeni nörolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Bilişsel işlevlerin cerrahi sonrasında izlenmesi olası bu sorunların hızlı tanınmasını sağlar.

3. Başetme Becerileri ve Sınırlılıkları

Özellikle obezitesi olan bireylerde uyumsuz yeme davranışı (tıkınırca yeme, duygusal yeme, gece yeme sendromu gibi) sıklıkla olumlu veya olumsuz duygularla doğru baş edilmemesi ile ilişkili olarak görülmektedir. Eğer kişi baş etme

düzeneği olarak yeme davranışını kullanıyorsa, ameliyat sonrası özellikle ilk başlarda ameliyatın fiziksel etkisine bağlı olarak istediği miktarda yiyemekte ve başka uyumsuz baş etme düzenekleri geliştirebilmektedir (Örneğin, kompulsif alışveriş, alkol kötüye kullanımı). O nedenle ameliyat öncesi kişinin baş etme düzeneklerinin saptanması ve doğru baş etme düzeneklerinin geliştirilmesi hedeflenmelidir.

4. Psikopatoloji ve Tedavi Öyküsü

Obezite ve ruh sağlığı karşılıklı olarak ilişki içindedir. Obezite cerrahisi hastalarında ruhsal bozukluk oranı normal kilolu bireylere göre daha yüksektir. Yapılan muayenede hastanın geçmişte veya şimdi kendini yaralayıcı davranışı olup olmadığı, intihar düşüncesi veya girişimi, psikiyatrik yatış öyküsü, geçirilmiş veya şimdiki psikiyatrik tedavi öyküsü, alkol ve madde kullanım öyküsü sorgulanmalıdır. Obezite cerrahisi öncesinde kişide ruhsal bozukluk varlığının değerlendirilmesi ve şimdi bir bozukluk saptanırsa, tedavisinin düzenlenmesi ve ameliyat sonrasında da bu durumu bakımından izlenmesi gereklidir. Çalışmalarda ruhsal bozukluk ne kadar şiddetli ise, ameliyat sonrası yeniden kilo alma veya kilo verememek gibi kilo ile ilgili sorunların o kadar fazla olduğu gösterilmiştir.⁷³ Kalarchian ve arkadaşları, obezite cerrahisi aday hastalarının yaklaşık %66’sının en az bir yaşam boyu, %38’inin halen bir eksen I tanısının olduğunu, %29’unun ise eksen II tanısının bulunduğunu göstermişlerdir.³⁰ Obezite cerrahisi öncesindeki ruhsal değerlendirmede en sık konulan tanıları sırasıyla, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, TYB ve kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarından en sık saptananı çekingen kişilik bozukluğudur.^{74,75} Ayrıca bu hastalarda beden imgesi bozukluğu ve çocukluk çağında istismar öyküsünün de sık olduğu bildirilmiştir.⁷⁶ Kinzl ve arkadaşları, ruhsal bozukluk ve yeme bozukluklarından bağımsız olarak çocukluk çağında taciz, ihmal veya benzeri sorun öyküsü olan bireylerin diğer hastalara göre ameliyat sonrası kilo kaybı sonuçlarının daha olumsuz olduğunu bildirmişlerdir.⁷⁷ Bazı araştırmacılar kilo fazlalığının cinsel açıdan dikkat çekmeyi engelleyici bir korunma düzeneği olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu açıdan bakıldığında, cinsel travma öyküsü olan bir kişinin hızlı kilo vermenin getireceği olası duygusal sorunlar bakımından cerrahi öncesinde ve sonrasında psikoterapötik destek almasının gerekliliği dikkat edilmesi gereken bir konudur.^{30,78}

Obezite cerrahisi arayışında olan hastalarda ruhsal bozukluk tedavisine yönelik ilaç kullanımı

oranı yüksektir. Friedman ve arkadaşları, obezite cerrahisi hastalarının %16’sının değerlendirme sırasında bir ruh hekimine de muayene olduğunu ve bunların %41’inin psikiyatrik ilaç kullandığını bulmuşlardır. Bu grupta antidepresanlar en sık kullanılan psikiyatrik ilaçlar olup, antianksiyete ve antipsikotik ilaç kullanımına da rastlanmıştır.⁷⁹ Genellikle psikiyatrik ilaç tedavisinin ameliyat sonrası da sürmesi gerekebilmektedir. Ameliyat sonrası ameliyatın etkisine bağlı olarak kullanılan ilaçların emilimleri ve etkinlikleri değişebileceğinden, bu hastaların özellikle psikiyatrik izlemelerinin çok özenli yapılması gerekmektedir.

Alkol ve madde kullanımı: Yaşam boyu alkol ve madde kullanımı bozuklukları da obezite cerrahisine başvuran hastalarda normal kilolu bireylere göre çok daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Yaşam boyu alkol ve madde kullanımı bozuklukları %32.6 oranında olsa da, sadece %1.7’sinde halen alkol ve madde kullanımı bozukluğu saptanmıştır.⁸⁰ Alkol ve madde kullanımı değerlendirmesi standart bir psikiyatri muayenesindeki gibi yapılmaktadır. Bu değerlendirme nikotin, alkol, kafein, tıbbi ilaç gibi bağımlılık yapan her tür maddeyi içerir. Dünyada birçok obezite cerrahisi kliniğinde şimdi var olan alkol ve madde bağımlılığı cerrahi için bir engel kabul edilmektedir. Hatta sigara için ameliyattan altı hafta önce sigara içilmesinin bırakılması koşulu konmaktadır. Çünkü sigara içmenin ameliyatla ilgili riskli durumlara yol açabildiği, yara iyileşmesini geciktirip ülserlere neden olduğu bilinmektedir.⁸¹ Öncelikle obezite cerrahisi adaylarının alkol ve madde kullanımı bozukluklarının yaşam boyu görülme oranları yüksek, fakat cerrahi öncesindeki oranları ise düşüktür. Bu durum, sigorta şirketlerinin alkol ve madde bağımlılığının ameliyat için bir kontrendikasyon kabul edilmesi nedeniyle hastaların durumlarını gizlemeleri ile ilişkilendirilmiştir.⁸² Önemli bir diğer nokta, obezite cerrahisinin tipine bağlı olarak ameliyat sonrasında birçok ilacın ve alkolün emilim hızının ve miktarının değişebilmesidir. Bu durum cerrahi sonrası izlemede ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Bir ruhsal bozukluğun varlığı obezite cerrahisinin yapılmasına engel değildir. Ancak obezite cerrahisi adayının cerrahinin komplikasyonlarıyla baş edebilir olması, ameliyat sonrası uygulamaları gereken ve yaşam boyu sürecek olan diyet, egzersiz ve yaşam tarzı düzenlemesi gibi önerilere uyabilir nitelikte olmasının sağlanması gereklidir.

MOTİVASYON VE BEKLENTİLER

Obezite cerrahisine başvuran kişinin cerrahiye isteme güdüsü ve nedenleri değerlendirilmesi gereken önemli bir diğer konudur. 'Niye şu anda ameliyat olmak istiyorsunuz?' sorusuna verilen yanıt, hastanın ameliyatla neyi amaçladığını ve beklentilerini öğrenmek için yararlı olacaktır. Obezite cerrahisine başvuran bireyler çoğunlukla obezite ile ilgili eş hastalıkların iyileşmesini ve bununla ilişkili beklenen yaşam sürelerini artırmayı hedeflemektedir. Fiziksel görünüm ve beden imgesini iyileştirme isteği de ameliyata karar vermede önemli bir etkidir.⁸³ Bazen hastalar cerrahi sonuçlarından ikincil kazançlar elde etmeyi de hedeflemektedirler. Örneğin, 'Çocuğum için, eşim için, benim kilomla dalga geçenlere kendimi kanıtlamak için, kötü giden evliliğimi kurtarmak için ameliyat olmak istiyorum.' yanıtı verebilir. Beklenen durum, hastanın bunu kendisi için, kendi sağlığı için istemesidir. Obezite cerrahisi 'kişinin kendisinin' ve 'kendisi için' istemesi gereken bir işlemdir.

Obezite cerrahisine karar vermiş olan bireyin ameliyatla ilgili beklentilerini gözden geçirmek hedeflerimizden biridir. ***Eğer kişinin gerçek dışı beklentileri varsa, bunları saptamak ve bunları gerçekçi beklentilere dönüştürmek ameliyat sonrasında yaşanabilecek düş kırıklıklarını engellemek bakımından önem taşır.***

Çoğu insan, obezite cerrahisinin gerçekte sağladığı kilo kaybından daha fazla kilo kaybı yapacağını düşünmektedir.⁸⁴ Cerrahi sonrasındaki kilo kaybı ile ilgili yaşanacak bir düş kırıklığı depresyon ve yeniden kilo alımı gibi riskleri artırır.⁸⁵ Gerçekçi beklentileri oluşturmak için bilmemiz gereken, cerrahi yöntemin türüne göre obezite cerrahisinin **fazla kilonun %50-75'i** arasında bir kilo kaybı sağlayabileceğidir.^{86,87} Cerrahi sonrasında hastaların önemli bir kısmı hala aşırı kilolu ve hatta obez kalabilmektedir.

Hastalara ameliyat sonrasındaki dönemlerde yeniden kilo alma riskinin olduğu ile ilgili hem ameliyat öncesinde, hem de ameliyat sonrası dönemde eğitim verilmesi bir diğer önemli konudur.⁸⁸ Bu konunun hasta ile irdelenmesi ameliyat sonrası yeme davranışı ve yaşam tarzında yapması gereken değişikliklerin gerekliliğini vurgulamak açısından da önemlidir.

Obezite cerrahisi ile kişi normal günlük yaşama ilişkin sorunlarını çözmeyi hedefliyorsa, bu konu iyice irdelenmelidir. Aksi halde ameliyatla tüm sorunların sona ereceği gibi bir beklenti, sonrasında düş kırıklığına yol açabilir. Bu aşırı beklenti, kişiyi ameliyat sonrası moral bozukluğuna veya 'Yine başarısız oldum.' gibi genellemelere götürebilir. Bu durumlar ameliyatın başarısı için ciddi tehlikelerdir.

ERGEN OBEZİTE CERRAHİSİ ADAY HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ergen hastaların obezite cerrahisine uygunluğunun değerlendirilmesinde kemik gelişimini tamamlamış ergenin BKİ’sinin %95 persantilin üzerinde olması ön koşulu vardır. Ayrıca altı ay süreyle cerrahi olmayan kilo verme yöntemleriyle etkin oranda kilo verememiş olması koşulu da aranmaktadır. Bu uygunluğun değerlendirilmesi yeme bozuklukları ve obezite cerrahisi alanında uzmanlaşmış çocuk ve ergen ruh hekimleri tarafından yapılmamıştır. Bu değerlendirmede erişkinden farklı olarak ergenin ailesi de bu değerlendirme ve eğitimin bir parçası olarak görülmelidir. Çünkü burada ‘hasta’ hem ergen, hem de ona bakım veren kişilerdir; hatta bazen okul rehberlik servisinden elde edilecek bilgiler de değerlendirme için gerekli görülebilir.⁸⁹

Ergenin Psikososyal Değerlendirmesinde Temel Noktalar⁸⁹

Obezite cerrahisi için ergenlerin değerlendirilmesinde aşağıdaki özelliklere dikkat edilmesi öne-

rilir:

- Ruhsal işlev,
- Depresyon,
- Beden imgesi,
- Madde kullanımı,
- Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi,
- Gelişimsel/bilişsel işlev,
- Akademik öykü,
- Ailesel işlev (Aile Değerlendirme Ölçeği),⁹⁰
- Sosyal işlev,
- Kilo verme ve cerrahiye özgü etkenler,
- Tıbbi öykü ve tedaviye uyum,
- Obezite cerrahisi ile ilgili bilgi düzeyi ve cerrahiden beklentileri,
- Diyet ve kilo öyküsü,
- Yeme alışkanlıkları (uygunsuz yeme davranışları dahil),
- Aktivite alışkanlıkları,
- Değişim için güdülenme.

PSİKOPATOLOJİK AÇIDAN OBEZİTE CERRAHİSİ KONTRENDİKASYONLARI

Obezite cerrahisi için psikopatolojik kontrendikasyonlar hala tartışmalı bir konudur.²⁷ Çoğu obezite cerrahisi programının uyguladığı olası kontrendikasyon durumları şunlardır:

1. Bunama (demans)

Bunaması olan hastalar genelde yaşlıdırlar ve obezite cerrahisi için bunamanın varlığı bir kontrendikasyondur. Bunun çeşitli nedenleri vardır: Birincisi, bu bireylerin gerekli yönergeler için kendi onaylarının sağlanmasının güç olmasıdır. İkincisi, en az invaziv yöntemlerin bile kişinin ameliyat sonrasında uyması gereken özel diyet uygulamalarını ve dikkat etmesi gereken davranışsal düzenlemeleri gerektirmesidir. Bu nedenlerle bu hastalara obezite cerrahisi yöntemlerini uygulamak etik bir durum olmayacaktır. Bu durum bunamaya neden olan tüm durumlar için, kafa travması sonrası gelişen bunama benzeri durumlar için de geçerlidir.

2. Gelişimsel kusurlar

Özellikle ağır zeka geriliği ve belirgin bilişsel sınırlılığı olan bireyler obezite cerrahisi için uygun değildir. Zeka durumu için gerekli değer tam olarak netleştirilmemiştir. Zeka geriliği obezite cerrahisi için net bir kontrendikasyon değildir, hastanın verilen yönergeleri alıp uygulayabilme becerisinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

3. Psikotik bozukluklar

Ameliyat sonrası gerekli bakım işlemlerini yapamayacağı ve uygulaması gereken yeme davranışlarına uyamayacağı dikkate alınarak, genel olarak psikotik bozukluklar da obezite cerrahisinde kontrendike durumlar olarak kabul edilir. Bununla birlikte antipsikotik uygulamasıyla toplumsallaşma düzeyinde iyileşme olan hastalarda bu durum değerlendirilebilir. Obezite, şizofreni hastalarında sık gözlenmektedir ve bazı hastaların kararlı dozda antipsikotikle işlevsellikleri daha iyi olabilmektedir. Ameliyat sonrasında gerekli bakım koşulları ve yeme davranışlarını uygulayabilecek hastalarda obezite cerrahisi uygulanabilir. Görüldüğü gibi, bu durum görece bir

kontrendikasyondur ve her birey için dikkatle değerlendirilmesi gereklidir. Dalgalı gidiş gösteren ve psikotik özellikleri olan hastalarda (örneğin, psikotik özellikli depresyon, bipolar bozukluk ve diğer periyodik fakat geçici psikozlar) remisyonda oldukları durumlarda cerrahi yöntem uygulanabilir. Ancak, cerrahi sırasında ilaç tedavisinde oluşan değişiklikler cerrahi sonrasında (büyük bir stresin yaşandığı dönem) psikozun ortaya çıkmasını tetikleyebilir. O nedenle bu hastalarda cerrahi öncesinde olduğu kadar, sonrasında da psikiyatrik değerlendirme çok dikkatle yapılmalıdır.

4. Psikoaktif madde kullanımı/bağımlılığı

Çoğu merkez aktif olarak alkol ve madde kullanımı olan kişileri obezite cerrahisi için aday olarak kabul etmez. Bunun nedenlerinden biri, istenmeyen sonuçların ortaya çıkması olasılığıdır. Ameliyat sonrası dönemde alkol kullananlarda deliryum tremens, madde kullananlarda yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkma olasılığıdır. Bu durumlar hem yöntemle ilişkili ölümdedir, hem de hastalıkta belirgin artışa neden olabilir. Bu durumla ilgili gerekli ölçüt, hastanın en az altı ay boyunca madde veya alkol kullanmadığı başarılı bir dönemin olması ve cerrahi sonrası bakım için gerekli koşulları uygulayabilecek durumda olmasıdır.

5. Diğer sorunlar

Temel olarak ameliyat sonrası bakım için gerekenleri yapamayan ve verilen bilgileri almakta güçlük çeken veya koopere olamayan kimseleri içeren bir kategoridir. Dirençli veya yineleyen epilepsi, tedaviye dirençli ciddi düzeyde obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler (bunlar ritüel davranışları ve obsesyonlarından ötürü ameliyat sonrası bakımlarını yapmakta zorlanabilirler), ciddi düzeyde somatoform bozukluğu olan bireyler (ameliyat sonrası ciddi uyum sorunları yaşarlar), kendini yaralama davranışıyla karakterize şiddetli borderline kişilik bozukluğu olanlar gibi hastaları ameliyat etmek öngörülemez ruhsal çözümlere ve ciddi ameliyat sonrası komplikasyonlara yol açabilir.

OBEZİTE CERRAHİSİ SONRASI DEĞERLENDİRME

Obezite cerrahisi, başlangıç beden ağırlığının yaklaşık olarak ortalama %35'inin verilmesini sağlayarak morbid obezitede en etkili tedavi yöntemi olarak son yıllarda dikkat çekmektedir.⁹¹ Obezite cerrahisi hızlı ve dramatik oranda kilo kaybı sağlamanın yanı sıra, obeziteye eşlik eden hastalıklarda düzelme ve bu sonuçların konservatif yöntemlere göre daha kalıcı olması ile daha çok uygulanmaya başlamıştır. Obezite cerrahisi hastasında bu yüz güldürücü sonuçlar görülebilmekle birlikte, sonuçlar çok büyük değişkenlik göstermektedir. Bazı hastalar ameliyatta beklenen oranda kilo verebilmektedirler, ancak bazıları ya beklenen kiloya inememekte, ya da cerrahiye izleyen birkaç yıl içinde yeniden kilo alabilmekte, hatta yeniden alınan kilo miktarına bağlı olarak eş hastalıklar da geri dönebilmektedir. Yeniden kilo almanın nedenleri henüz net olarak anlaşılamamıştır. Çalışmalar yeniden kilo almada metabolik değişiklikler, anatomik ve fizyolojik adaptasyonlar, barsak ve yağ dokusunda hormonal dengede gelişen değişikliklerin etkisinin olabileceğini gösterse de, davranışla ilişkili etkenler, tedavi ve yaşam değişikliklerine uyumda yaşanan sorunlar ve ruhsal-toplumsal etkenlerin daha büyük rolünün olduğunu göstermiştir.⁹²

Cerrahi sonrasında kilo verme başarısı için öngördürücü etkenlerle ilgili olarak yapılmış çalışma sayısı azdır ve çoğunlukla cerrahi öncesi etkenlere odaklanmıştır: Cinsiyet, ırk, cerrahi öncesi BKİ, cerrahi öncesi kilo verme, fiziksel aktivite düzeyi, diyabetes mellitus, pouch genişliği, çeşitli ruhsal özellikler ve çeşitli yeme özellikleri irdelenen özelliklerdir. Cerrahi sonrası erken dönemde kilo verme performansının uzun dönemdeki kilo verme için öngördürücü olduğu gösterilmiştir.⁹³ Wimmelman ve arkadaşları ise, cerrahi sonrası süregelen ruhsal sorunların özellikle yeme patolojilerin, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin daha kötü olması için öngördürücü olduğunu göstermişlerdir.⁹⁴

Obezite cerrahisinin başarısı çoğunlukla verilen kilo kaybı ile değerlendirilmekte, dolayısıyla kilo verme başarısı ve yeniden kilo alımı ile ilişkili etkenleri araştıran çalışmalar giderek artmaktadır. Ancak obezite cerrahisi sadece kilo verme üzerine etki etmemekte, kişinin tüm yaşam alanına etki etmektedir.

Obezite cerrahisi sonrasında ruhsal-toplumsal

durumları değerlendirirken bazı noktaları gözönünde bulundurmak faydalı olacaktır:

- Uygulanan cerrahi yöntemin türü ameliyat sonrası sonuçları etkilemektedir. O nedenle ameliyat sonucunu değerlendirirken yapılan cerrahi yöntemin şeklini göz önüne almak gereklidir.

- Uzun süreli izleme çalışmaları hala yeterli değildir. Yapılmış olan uzun süreli izleme çalışmaları ya olgu serisi, ya da belirli bir coğrafi bölgeyle sınırlı olması nedeni ile genelleme yapabilmeyi engellemektedir. Ameliyat sonrası özellikle ilk bir yıl kilo kaybının en hızlı olduğu dönemdir ve bu nedenle ilk bir yıl balayı dönemi olarak değerlendirilmiştir.⁹⁵ Birinci yıldan sonra kilo kaybının yavaşladığı, hatta ikinci yıldan sonra %20 oranında yeniden kilo almanın olduğu bildirilmiştir.⁹⁶ Bu nedenle, hastanın değerlendirildiği zaman dilimi, dikkate alınması gereken bir etkidir. Uzun süreli izleme çalışmalarında izleme oranı genelde çok düşük olup kayıp olan olguların sonucu bilinmediğinden, çalışma sonuçlarını değerlendirmede ciddi sınırlılığa yol açmaktadır.⁹⁷

- Obezite cerrahisi aday hastalarının cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında izlenmelerinde, değerlendirmede tanılardaki belirsizlikler ve kullanılan ölçüm araçları ile ilgili uzlaşmanın olmaması çalışma sonuçlarını karşılaştırmayı güçleştirmektedir.

- Obezite cerrahisi geçirmiş hastalardaki var olan yeme davranışları hakkında bildiklerimiz henüz çok fazla değildir. Obezite cerrahisi sonrası yeme davranışlarının normal mi, yoksa patolojik mi olduğu net değildir. Temel olarak yeme davranışlarını değerlendirirken, bu davranışın ameliyatın fiziksel etkisine bağlı bir durum mu, yoksa patolojik yeme davranışı mı olduğu ayrıştırılamalıdır. Bu noktada, bu davranışın beden şekli veya kilo ile ilişkili olup olmadığının sorgulanması yardımcı olacaktır.

1. Obezite Cerrahisi Sonrası Yeme Sorunları

Obezite cerrahisi yeme davranışında büyük değişiklikler gerektirir. Gastrik sınırlama herhangi bir öğünde yenebilen besin miktarını büyük ölçüde azaltmayı gerektirir ve bu durum kilo vermenin temelidir. Hastalar az miktarda yeme, bütün besinleri iyi çiğnemeye ve tokluk duy-

gusu oluşur oluşmaz yemeyi durdurmaya yönlendirilirler.

Kusma: Ameliyattan sonraki ilk altı ayda üst gastrointestinal sistemin (GİS) dolgunluğuna yanıt olarak ortaya çıkan kusma sık görülür. Kusmalar istemsiz veya rahatsızlık duygusuna bağlı olarak istemli gerçekleşebilir. Ancak istemli olan kusmalar zayıflama amaçlı olmayıp, rahatsızlık duygusunu gidermeye yöneliktir.⁹⁸

Plugging (Tıkanma): Sınırlayıcı cerrahi işlemin (mide bandı, Roux-Y gastrik by-pass ve Sleeve gastrektomi) fiziksel etkisi, disfaji veya yutma güçlüğü ile tıkanma yakınmalarına yol açabilir. Hızlı, çok miktarda veya yeterince çiğnmeden yutma sonucu, mide kapasitesi küçük olduğu için yiyecek özofagusu geri itilmekte, bu da göğüste baskı ve dolgunluk duygusuna yol açmaktadır.⁹⁹

Açlık duyumunun azalması: GİS ile beyinde açlık merkezi arasındaki ilişkiyi ve nöral uyarılmayı sağlayan çeşitli hormonların düzeylerinin cerrahi işlem sonrası azalması sonucunda açlık duygusunun azaldığı düşünülmektedir.¹⁰⁰

Dumping sendromu: Gastrik sınırlamayla beraber malabsorbsiyonu da kullanan gastrik by-pass gibi yöntemlerin ardından hastaların %85'inde dumping sendromu gelişmektedir. Genellikle rafine şeker veya yüksek glisemik indeksi olan karbohidrat içeren yanlış besin seçimi ile ortaya çıkmaktadır. Bu besinler boş gastrik keseden (pouch) hızla ince barsaklara geçip birtakım fizyolojik olayları tetiklemektedir. *Erken dumping*, yemek yedikten 10-30 dakika sonra ortaya çıkıp yaklaşık 60 dakikada sonlanır. Bu sırada terleme, kızarma, baş dönmesi, taşikardi, uzanma isteği, üst karın bölgesinde doluluk duygusu, bulantı, aktif hale geçmiş barsak sesleri, ishal ve kramplar görülür. Birçok hasta için uygun besinlerin seçimi bu belirtilerin ortaya çıkmasını engeller. *Geç dumping*, yemekten 1-3 saat sonra ortaya çıkar. Belirtiler reaktif hipoglisemiyle ilişkilidir. Terleme, yoğunlaşma güçlüğü, açlık ve bayılma gözlenebilir.¹⁰¹ Eğer diyeteye uymaya karşın geç dumping gözleniyorsa, yemekten yaklaşık 1 saat sonra az miktarda şeker almak (yarım bardak portakal suyu) faydalı olabilir. Dumping sendromunun potansiyel yararı bu olumsuz durumu yaşamamak için kişinin bu tarz besinleri tüketmekten kaçınmasıdır. Ancak bu durumun kilo verme veya verilen kilonun korunması üzerine etkisi net değildir.

Diyete uyum güçlüğü: Diyeteye uyum konusunda sorunlar da sık gözlenmektedir. Bazı hastalar, yeme biçimlerini yüksek kalori içeren sıvıların alımında artış veya atıştırma yoluyla yeme şekli-

ne dönüştürerek ameliyatın ideal sonuçlarını elde etmeyi zorlaştırır. Bazı hastalarda, verilmek istenen kiloya ulaşma sonrasında yeniden kilo alımıyla sonuçlanan kalori alımını zaman içinde yavaş yavaş artıran bir yeme davranışı gösterirler. Bu tarz uyumsuz yeme davranışı gösteren hastalar için davranışsal kilo verme yöntemlerinin uygulanması ve beslenme uzmanına yönlendirilmesi önerilmiştir.^{31,102} Tüm bu durumlar, ameliyat sonrası yeme tutumlarındaki değişiklikleri davranışsal açıdan açıklarken göz önüne alınması gereken konulardır. Çünkü oluşan bu yeme sorunlarının dürtüsel yeme atakları veya kendini kusturma gibi belirtilerle giden özgül yeme bozukluklarından ayırt edilebilmesi gerekmektedir.¹⁰³

2. Obezite Cerrahisi Sonrası Yeme Bozuklukları ve İlişkili Davranışlar

Tıkıncasına yeme bozukluğu (TYB) ve tıkıncasına yeme (TY): Obezite cerrahisi sonrası yeme bozuklukları denilince cerrahi sonuçlarını da doğrudan etkilemesi bakımından ilk akla gelen TYB'dir. TYB, cerrahi sonrası yeme davranışının düzenlenmesini zorlaştıran bir durum olması bakımından önemlidir. Obezite cerrahisi sonrası TYB ve TY görülme oranı cerrahi öncesine göre belirgin olarak düşüktür. Obezite cerrahisi arayışında olan hastalarda TYB yaygınlığı %2-49 arasında bildirilmiştir.^{30,31,104} Obezite cerrahisi sonrasında ise, TYB yaygınlığı %0-21 arasında bildirilmiştir.^{38,105} Ameliyatın yeme bozukluklarına etkisi bakımından birçok çalışma obezite cerrahisinin yeme bozukluklarını düzelttiğini, yeme tutumlarını olumlu yönde değiştirdiğini, kilo ve bedenle ilgili uğraşları azalttığını göstermektedir.¹⁰⁶ Bu, özellikle TY nöbetleri için geçerli olup, obezite cerrahisi sonrası geçici bir süre bile olsa, TYB'nin tamamen düzeldiğini bildiren yazarlar bile olmuştur.¹⁰⁷ TYB'nin cerrahi sonuçları üzerine etkisini araştıran çalışma sonuçları birbirleriyle çelişmektedir. Çünkü farklı değerlendirme yöntemleri (yapılan çalışmalarda TYB ve TY tanımı bazı çalışmalarda DSM-IV-TR ölçütlerine göre yapılırken, bazı çalışmalar modifiye tanımlar kullanmışlardır), farklı cerrahi teknikler, izleme süresi ve araştırmanın hangi zaman diliminde yapıldığı çalışmadan çalışmaya değişmektedir. Cerrahi sonrası TY davranışının değerlendirilmesi ile ilgili önemli bir konu da, DSM-5 TYB tanısının '*normal yenebilecek miktardan daha fazla miktarda besin alımı*' ölçütüne dayalı olmasıdır. Obezite cerrahisi hastalarının ameliyat sonrasında çok fazla miktarda besin tüketebilmeleri fiziksel olarak olası olmaktadır. Aşırı besin tüketimi ya kusma, ya da

dumping sendromu ile sonuçlanmaktadır. Her ne kadar cerrahi sonrası TY fiziksel olarak olası olmasa da, TY patolojisinin farklı formları ya sürmekte, ya da ameliyat öncesinde TYB olmayan hastalarda ameliyat sonrasında ortaya çıkabilmektedir. Ancak cerrahiden hemen sonra başlayan TY’nin daha az kilo verme ve yeniden kilo alımıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Genel olarak cerrahi sonrası yeme davranışlarının kilo verme üzerine cerrahi öncesi yeme davranışlarından daha etkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.^{38,108,109}

Kontrol kaybı ile yeme (KKY) (loss of control eating) (öznel tıknırca yeme): Bulimiya nervoza ve TYB’de gözlenen TY’de kontrol kaybı duygusu nesnel olarak fazla miktarda yemek ile ilişkilendirilmekte olup, cerrahi sonrası nesnel olarak fazla miktarda yemek hastaların çoğu için çok güç, hatta olanaksızdır. Obezite cerrahisi sonrası TY tanımı tüketilen besin miktarı yerine, kontrol kaybı duyumu ile irdelenmesinin gerektiği, tartışılan bir konudur. White ve arkadaşları, cerrahi öncesi kontrol kaybı ile yemenin, cerrahi öncesi yeme bozukluğu patolojisiyle ve ruhsal toplumsal güçlükle ilişkili bulmuşlardır. Cerrahi öncesinde kontrol kaybı ile yeme varlığının cerrahi sonrası kontrol kaybı ile yeme gelişimi için öngördürücü olduğuna işaret etmişlerdir. Cerrahi sonrası KKY varlığı ile daha az kilo verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca cerrahi sonrası KKY varlığı 12. ve 24. aydaki kontrollerde cerrahi sonrası yeme bozukluğu patolojileri, depresyon için öngördürücü bulunmuştur.¹⁰⁸ Cerrahi öncesi yeme bozuklukları cerrahi sonrası maladaptif yeme biçimleri ile ilişkili gözükmektedir.

Grazing: Grazing, ‘uzun bir zaman dilimi içinde sürekli küçük miktarlarda azar azar besin tüketimi ve bu miktar bireyler için yeterli olandan daha fazla gıda tüketimini içerir’ şeklinde tanımlanmıştır. Obezite cerrahisi sonrası kilo verme üzerinde olumsuz yönde yüksek risk etkeni olarak etki etmektedir.²¹ Obezite cerrahisi öncesi TY ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Saunders ve Colles, obezite cerrahisinden önce var olan TY sorununun ameliyat sonrası grazing olarak yer değiştirdiğini ve tıknırca yemeye benzer işlev gördüğünü vurgulamışlardır.^{37,44} Öte yandan, bu yeme davranışı araştırma ve klinik uygulamalarda ihmal edilen bir durum olup, sıklığı ve tedaviye etkisi bakımından daha fazla dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Grazingin kabul görmüş, henüz net bir tanımı olmadığı gibi, ölçmek için standardize edilmiş bir ölçüm aracı da yoktur. Grazing şimdiye kadar yapılan çalış-

malarda planlanmamış, küçük veya orta büyüklükteki miktarlarda yineleyici atıştırma (ikiden fazla) ile karakterize bir yeme davranışı olarak tanımlanmıştır. Kontrol kaybı ile yeme ve grazing sıklıkla karbohidrat ve yağdan zengin besinlerin tüketimi ve günlük gereksinmeden daha fazla kalori alımı ile cerrahi sonrası kilo verme üzerinde olumsuz etki eden ve birbiriyle fazlaca örtüşen etkenler olarak tanımlanmıştır. Cerrahi sonrası kontrol kaybı ile yeme ve grazing varlığı yeniden kilo alma ve yaşam kalitesinin belirgin olarak daha düşük olması ile ilişkili bulunmuştur.¹¹⁰

Kusma davranışı: Obezite cerrahisi sonrası patolojik veya normal yeme davranışının ayrımı tartışmalı bir konudur. Birçok hastada ameliyat sonrası kusma ve rejürjitasyon görülmekte olup, hastalar bunu engellemek için zorunlu olarak küçük miktarlarda yemek ve sık çiğnemek zorunda kalırlar. Bu durum bilinçli yapılan bir yeme davranışı değişikliği değildir.¹⁰⁷ Ancak bazı hastalarda beden şekli ve kilo ile ilişkili istemli kusmalar da gözlenmektedir. De Zwaan ve arkadaşları, obezite cerrahisi sonrası kusmayı %60 oranında saptamışlar ve sadece %12’sini kilo kontrolü ve beden imgesi ile ilişkili kusmalar olarak bildirmişlerdir. Geri kalan kusmalar kendiliğinden veya istemli epigastrik rahatsızlık veya plugginge (tıkanma) bağlı kusmalar olarak saptanmıştır. Plugging ve kiloyla ilişkili olmayan kusmalar cerrahi öncesi yeme bozukluğu olan bireylerde daha sık gözlenmektedir. Bu çalışmada 59 hastanın cerrahi sonrası 18-35 ay izlenmelerinde plugging sorununu %76 oranında bulmuşlardır. Plugging bu kadar sık görülmesine karşın, araştırmalarda yeteri kadar irdelenmeyen bir kavramdır.¹⁰⁹

Yemeden kaçınma bozukluğu: Obezite cerrahisi hastaları kiloları sabit bir düzeye ulaştıktan sonra yeniden kilo almaktan aşırı derecede korkarlar. Bunun sonucunda kasıtlı olarak daha az yemeye başlarlar ve buna bağlı olarak yatkın olan kişilerde TY nöbetleri ortaya çıkabilir. Hatta anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gelişen olgu bildirileri de vardır.¹⁰⁷ Ameliyat sonrası ortaya çıkan yeme bozuklukları her ne kadar DSM-5 yeme bozuklukları ölçütlerini tam olarak karşılamasa da, işlevsellikte bozulma ve belirgin düzeyde sıkıntıya yol açmaktadır. Bu durumun başlı başına bir bozukluk olup olmadığı tartışmalı ise de, Segal ve arkadaşları cerrahiyle ilişkili yeme bozuklukları başlığı altında ‘cerrahi sonrası yemeden kaçınma bozukluğu’ tanısını önermişlerdir.¹¹¹ Buna göre, yemeden kaçınma bozukluğu anksiyete ile beraber laksatif kullanımı,

ilişkili algılama, düşünce ve duyguları kapsamaktadır. Beden imgesi ile ilişkili memnuniyetsizlik sıklıkla kilo ile ilişkilidir. Kadınların beden imgelerinden memnuniyetsizlikleri erkeklere göre daha fazladır.¹²³ Obezite cerrahisinden sonra hızlı kilo verimi ile beden imgesinde belirgin iyileşmeler gözlenmektedir. Yaşam kalitesinde olduğu gibi, beden imgesindeki belirgin iyileşme hızlı kilo verme ile ilk bir yılda gözlenmektedir.¹²¹

Obezite cerrahisinden sonra hastaların 18-24 aya kadar kilo vermesi sürebilmektedir. Bu hızlı ve fazla miktarda kilo kaybı obezite ile ilişkili eş hastalıklarda iyileşme sağlarken, bir yandan da ciddi deri sarkmalarına neden olabilmektedir. Obezite cerrahisinin artmasına paralel olarak beden şekillendirme (body contouring) işlemi oranları da hızla artmaktadır. Deri sarkmaları beden herhangisi bir bölgesinde olabilmekle birlikte, en çok karın, sırt, kolun üst kısmı, memeler, iç ve dış bacaklarda meydana gelmektedir. Deri sarkmaları yüz ve boyun bölgesinde de olabilmekte, erken yaşlanma görüntüsüne yol açmaktadır. Sonuçta deri sarkmaları giysinin içinde düzgün görünmemeye benlik saygısında düşmeye yol açmakta, hatta bazen kişinin egzersiz yapmasına engel oluşturabilmektedir. Fazla deri birtakım tıbbi sorunlara da yol açabilmektedir. Örneğin, deri irritasyonu, deri enfeksiyonu, ülserler, fiziksel işlevle ilgili kısıtlılıklar, idrar yapma ile ilgili veya cinsellikle ilgili sorunlar gözlenebilmektedir. Bu durumlar, kişinin yaşam şeklinde ve yaşam kalitesinde ciddi olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu noktada hastaların obezite cerrahisi öncesinde oluşabilecek bu durumlarla ilgili, vücut şekillendirme gibi bir cerrahi işleme gerek duyabileceğine ilişkin bilgilendirilmesi önemli bir konudur. Hangi hastanın beden şekillendirme işlemine gerek duyacağını önceden belirlemek güçtür. Obezitenin derecesinin fazla olması, verilen kilo miktarı, cerrahi öncesindeki kilo verme ve alma miktarı, yaş, sigara içme, güneşlenme oranı ve genetik yapısı deri elastisitesinde belirleyici etkenlerdir.¹²⁴ Plastik cerrahiyle ilgili önemli bir nokta, çoğu ülkede obezite cerrahisi sonrası beden şekillendirme işlemi sigorta kapsamında yer almaması, hastaların ancak kendi maddi olanakları ile bu işleme ulaşabilmesi, bu nedenle bazı hastaların istemelerine karşın maddi sorunlar nedeniyle beden şekillendirme işlemi yaptıramamasıdır. Beden şekillendirme sonrası yara iyileşmesinde sıkıntı, seroma, selülit, nekroz ve hematoma gibi komplikasyonlar sık görülebilmekle birlikte, hastaların büyük kısmı bu işlemin sonuçlarından memnun olmaktadır. Ancak bazı hastalar beden şekillen-

dirme işlemi sonrası oluşan skar görüntüsünden ciddi derecede memnuniyetsizlik yaşayabilmektedir.¹²⁴ Obezite cerrahisi ve plastik cerrahlar beden şekillendirmenin potansiyel olumsuz sonuçlarını ve gelişebilecek skar ile ilgili bilgilendirmeyi hastalarına obezite cerrahisi öncesinde yapmalı, hatta fotoğraflarla görselleştirmesi gereklidir.

Cinsellik ve partnerlik: Obezite cerrahisi aday hastalarında cinsellik, kişinin kendini hem çıplak olarak partnerinin yanında rahat hissetmemesi, hem de cinsel ilişki sırasında kilo ile ilişkili cinsel işlevselliğin bozulması nedeniyle sorun yaşanan alanlardan biridir. Ayrıca obeziteye eşlik eden hastalıkların varlığı (hipertansiyon, tip 2 diyabetes mellitus gibi) ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar da cinsel aktivite üzerine olumsuz etki yapabileceği gibi, olanaksız duruma da getirebilmektedir. Obezite cerrahisine başvuran hastalarda psikopatoloji görülme olasılığının normal popülasyondan daha fazla olması ve psikopatolojilerin kendisinin (örneğin, depresyon) ve bazen de kullanılan ilaçların cinsel işlev üzerine olumsuz etki yapabilmesi de bir başka boyuttur.¹²⁵ Cerrahi sonrası kilo verme ve eş hastalıklarda düzelme ile birlikte cinsel işlevsellikte de iyileşmeler gözlenmektedir. Buna paralel olarak evlilikle ilişkili memnuniyette de olumlu yönde gelişme saptanmaktadır.³⁶ Bazı çalışmalar cerrahi sonrası yeniden kilo alma sonrası cinsel işlevsellikte yeniden bozulmalar olduğuna işaret etmektedir.¹²⁶ Obezite cerrahisi sonrasında boşanmalarda artış gözlenebilmektedir ki, bu durum evlilikte cerrahi öncesinde var olan sorunlarla ilişkili gibi durmaktadır.

4. Obezite Cerrahisi Sonrası Psikiyatrik Sorunlar ve Bozukluklar

Psikiyatrik sorunlar ve bozukluklar: Obezite cerrahisi hastalarında yaşam boyu ve şimdiki psikopatoloji normal kilolu bireylere göre, hatta tedavi arayışında olan diğer obez bireylere göre daha fazla görülmektedir.^{118,127} En sık gözlenen psikopatolojiler duygudurum ve anksiyete bozukluklarıdır.¹²⁸ Duygudurum bozukluklarından en sık görüleni depresyon olup, depresyonun varlığı morbid obez hastaların stigmaya maruz kalması ile açıklanmakla birlikte, bazı çalışmalar depresyon ve obezitenin birbirini karşılıklı olarak etkilediğini göstermektedir.¹²⁹ Bununla birlikte biyolojik düzeneklerde, örneğin, HPA (hipotalamo-pituiter-adrenal) eksen disregülasyonu, inflamasyon ve diyabetle ilişkili biyolojik değişiklikler depresyonun gelişiminde etkili olan düzeneklerdir. Obezite cerrahisinden sonraki birinci yıl depresyon düzeyinde cerrahi

öncesi duruma göre azalma gözlenebilirken, cerrahiden sonraki ikinci yılda bu fark ortadan kalkabilmektedir. Anksiyete için de benzer şekilde obezite cerrahisi sonrası erken dönemde belirtilerde azalma saptanabilmekte, ancak uzun dönemde bu durum verilen kilo miktarı ile ilişkili gözükmemektedir.¹²⁷

Obezite cerrahisi hastalarında depresyon varlığının cerrahi sonuçları üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar vardır. Bu çalışmaların çoğunda cerrahi öncesi depresif belirtilerin varlığının, cerrahi sonrası kısa dönemdeki sonuçlara etkisi incelenmiştir. Sendromal düzeydeki depresyonun veya diğer ruhsal bozuklukların cerrahi sonrası gidişi değiştirip değiştirmediği ile ilgili veriler tutarsızdır. Kalarchian ve arkadaşları, yaşam boyu duygudurum veya anksiyete bozuklukları varlığının, hastaların cerrahi sonrası kısa dönem izlenmesinde daha az miktarda kilo vermeleri ile ilişkisini ortaya koymuştur.¹³⁰ De Zwaan ve arkadaşları, obezite cerrahisinden sonra 23-36 aylık izleme çalışmalarında cerrahi öncesi depresyonun cerrahi sonrası depresyon için öngördürücü olduğunu ve daha az kilo verme ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir.¹⁰⁹

Bağımlılık ve dürtü kontrol bozuklukları:

Obezite cerrahisi sonrasında bazı hastalarda bağımlılık ve dürtü kontrol bozukluğu gelişebilmektedir.¹³¹⁻¹³⁵ Obezite cerrahisi öncesinde ve sonrasında yıllık izleme çalışmalarında, alkol kullanımı bozukluğu yaygınlığının cerrahi sonrası ikinci yıldan sonra arttığı gösterilmiştir. Cerrahi sonrası alkol kullanımı bozukluğu ile ilişkili cerrahi öncesi etkenler erkek cinsiyeti, daha genç yaş, sigara içme, düzenli alkol kullanma (haftada iki kadeh ve üzeri), kişilerarası desteğin zayıf olması olarak saptanmıştır. Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB) ile laparoskopik adjustable gastrik banding (mide kelepçesi, LAGB) karşılaştırıldığında, RYGB sonrası alkol kullanımı bozukluğu daha fazla saptanmıştır. Bu durum RYGB sonrası alkolün daha hızlı emilmesi ve daha yüksek plazma düzeyine ulaşması ve yarılanma ömrünün daha uzun olması ile açıklanabilir.¹³⁶⁻¹⁴¹ Dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanan diğer durumlar cilt yolma, kompulsif satın alma (alışveriş bağımlılığı), aralıklı patlayıcı bozukluk, kompulsif cinsellik (cinsel bağımlılık), kompulsif kumar oynama (kumar bağımlılığı), kompulsif egzersiz (egzersiz bağımlılığı). Cerrahi sonrasında gelişen bu gibi durumlar çapraz bağımlılık, bağımlılık geçişi (addiction transfer) olarak da adlandırılır. Dürtüsel bir davranışın ortadan kaldırılması durumunda, başka bir dürtüsel davranışın ortaya çıkması durumudur.¹⁴² Obezite cerrahisi öncesinde yeme bağımlılığı olan kişilerin

lerde cerrahi sonrasında arttığı ileri sürülen dürtüsel-bağımlılık türündeki davranışlar şunlardır:

- Sigaraya başlama veya içilen sigara miktarını artırma,
- Kahve tüketiminde artış,
- Alkol tüketiminde artış,
- Ağrı kesici kullanımında artış,
- Kumar, egzersiz, cinsellik ve dinsel uğraşlar gibi davranışsal bağımlılıklarda artış.

Çalışmalar çapraz bağımlılığı olan kişilerin beyin görüntüleme yöntemlerinde beyinin ödül sisteminden sorumlu bölgelerinde dopamin miktarının azaldığını göstermiştir. Bu durum madde bağımlılığı olan bireylerin beyinlerinde olan durumla bire bir örtüşmektedir. Bu benzerlik, aşırı yeme davranışı olan kişilerin lezzetli besinlere yönelmesinin bir tür bağımlılık olarak kavramsallaştırılabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca BKİ ile dopamin düzeyi arasında ters bir ilişkinin varlığı da ortaya konmuştur. BKİ ne kadar yüksekse, dopamin düzeyi o kadar düşüktür. Bu durumda da düşük dopamin düzeyi, kişileri aynı hazzı alabilmeleri için daha fazla yemeye yöneltmektedir. Ameliyat öncesinde bir bağımlılığın varlığı ameliyat sonrasında çapraz bağımlılık açısından ayrıca bir risk oluşturmaktadır.¹⁴²

İntihar: Her ne kadar obezite cerrahisi hastalarının diyabetes mellitus, kalp hastalıkları ve kansere bağlı nedenlerden ölüm oranları düşüktür de, bu gruptaki hastaların diğer ağır obezite hastalarına göre daha yüksek oranda intihar davranışında bulunduğuyla ilgili literatür gün geçtikçe artmaktadır.^{35,143} Obezite cerrahisi sonrasındaki intihar oranı genel topluma ve obezite cerrahisi geçirmeyen obez bireylere göre daha yüksek oranlarda saptanmıştır.¹⁴⁴ İntihar oranlarındaki bu artış, daha önce var olan ruhsal bozuklukların obezite cerrahisine başvuran hastalarda daha yüksek oranda gözükmesiyle açıklanabileceği gibi, obezite cerrahisinin aşırı obez bireylerin yaşamları üzerine etkisiyle de açıklanabilir.¹⁴⁵ Bu durumun açıklanması için, uzun ve kısa dönemli izleme çalışmalarının yapılmasına gereksinim vardır.

5. Obezite Cerrahisi Sonrası Farmakokinetik Değişiklikler

Obezite cerrahisinden sonra, uygulanan cerrahi yöntemin türüne göre değişen malabsorbsiyon veya ilacın hızla ince barsaklara geçmesine bağlı emiliminde değişikliklerin olması beklenen bir sonuçtur. Bu durumun kullanılan ilaçların etkinliği üzerine etkisi yeteri kadar irdelenmemiş-

miştir. Ağızdan alınan ilaçlar çoğunlukla ince barsaktan, özellikle de proksimal kısımdan (duodenum ve jejunum) emilmektedir. RYGB sonrası bu emilim alanının büyük kısmı kaybolmaktadır, bu da ilacın absorpsiyon ve farmokokinetiği üzerinde klinik olarak anlamlı bir etki yaratmaktadır. Örneğin, bu ameliyatlardan sonra demir, folat, vitamin B1 ve B12 gibi elementlerin emilim bozukluğu gösterilmiştir.⁴⁹ Roerig ve arkadaşları,

obezite cerrahisi ile ilişkili olarak sertralinin plazma düzeyini incelemişler, obezite cerrahisi grubunda kontrol grubuna göre maksimum plazma konsantrasyonunun yaklaşık %60 azalmış olduğunu saptamışlardır.¹⁴⁶ Obezite cerrahisi hastalarında kullanılan ilaçların etkinliğinin değişebileceği ve bu açıdan tedavi altında olan hastaları yakından izlemek gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

OBEZİTE CERRAHİSİ HASTALARINDA KULLANILAN PSİKOMETRİK DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

Obezite cerrahisinde yeme bozuklukları ve obezitenin değerlendirilmesine yönelik, sadece bu amaçla geliştirilmiş çeşitli ölçüm araçları vardır. Bu ölçüm araçlarının temel hedefleri, genel psikopatoloji ve özgül psikopatolojilerin değerlendirmesini kapsar. Bu anlamda yapılmakta olan değerlendirme biçimleri arasında yapılandırılmış görüşmeler, öz-bildirim ölçekleri, BKİ ölçümü ve izlenmesi, yeme günlükleri gibi araçlar vardır. Obezite ve yeme bozukluklarının değerlendirilmesi için kabul görmüş tek bir araç yoktur. Hatta birçok merkez hedeflenen davranış veya belirtinin ölçülmesinde ve değerlendirmesinde farklı değerlendirme araçlarının bir arada kullanıldığı test bataryaları uygulamaktadır. Uygulanan testlerin her birinin kendi geçerlilik ve güvenilirlik değerleri vardır. Bazılarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Her ölçeğin kendine göre güçlü ve zayıf yönleri vardır. Değerlendirmenin amacına göre sıklıkla kullanılan testler aşağıda sıralanmıştır:¹⁴⁷⁻¹⁵²

- Üç Faktörlü Beslenme Anketi (The Three-Factor Eating Questionnaire)
- Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ - Dutch Eating Behavior Questionnaire)
- Gece Yeme Anketi
- Yeme Tutumu Testi
- Yeme Bağımlılığı Ölçeği (Yale Food Addiction Scale)
- Beck Depresyon Ölçeği
- Beck Anksiyete Ölçeği
- Barrat Dürtüsellik Ölçeği
- SCL-90 (Symptom Checklist-90)
- Mini Mental Durum Testi (Mini Mental State)
- MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
- Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
- Stres ve Başa Çıkma Ölçekleri (COPE)
- Yaşam Kalitesi Ölçekleri
- Beden İmgesi Ölçekleri (Body Shape Questionnaire)
- Madde Kullanımı Ölçekleri
- Günlük besin alımının kaydı (food log)
- Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği (Questionnaire on Eating and Weight Pattern - QEWP-R)
- Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yukarıda belirtilen bilgilere göre, obezite cerrahisi hastalarının gerek cerrahi işlem öncesinde, gerekse cerrahi sonrasında yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde kullanımı bozuklukları ve diğer ruhsal-toplumsal bozukluklar açısından rutin olarak değerlendirilmeleri ve gerekli olguların daha dikkatli tedavi ve izleme sürecine alınması için ruh hekimlerine yönlendirilmeleri gerekmektedir. Bu hastaların ruhsal-toplumsal yönden dikkatle ele alınması, bireysel olarak yaşam kalitesini artırdığı gibi, ameliyat

sonrasında kilo verme üzerine olumsuz etkileri engellemesi bakımından da önemli bir konudur.

Henüz Türkiye’de obezite cerrahisinde ruhsal-toplumsal yaklaşımın hak ettiği oranda ilgi görmemesi nedeniyle hazırlanan bu makale, sunulan konuların önemine ışık tutmayı amaçlamıştır. Bu konuların ilgili platformlarda tartışılması ve ortak bir yaklaşım ortaya konabilmesi için uzman uzlaşma kılavuzlarının geliştirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Technical Report Series No. 894, Geneva: The World Health Organization, 2000.*
2. Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. *Am J Public Health* 2000; 90:1260-1268.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>
4. Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obes Rev* 2011; 12:e95-e106.
5. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord* 2009; 42:739-753.
6. Bray GA. Medical consequences of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:2583-2589.
7. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 2006; 14:1802-1815.
8. Bergman RN. What for genetics? *Obesity* 2008; 16:507-508.
9. Darby A, Hay P, Mond J, Quirk F, Buttner P, Kennedy L. The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *Int J Eat Disord* 2009; 42:104-108.
10. O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night eating syndrome: diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs* 2005; 19:997-1008.
11. Van Strien T, Rookus MA, Bergers GP, Frijters JE, Defares PB. Life events, emotional eating and change in body mass index. *Int J Obes* 1986; 10:29-35.
12. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food addiction: An examination of the diagnostic criteria for dependence. *J Addict Med* 2009; 3:1-7.
13. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. *Obes Res* 2005; 13:101-109.
14. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med* 2008; 70:288-297.
15. Altfas JR. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment. *BMC Psychiatry* 2002; 2:9-16.
16. Schwartz TL, Nihalani N, Jindal S, Virk S, Jones N. Psychiatric medication-induced obesity: A review. *Obes Rev* 2004; 5:115-121.
17. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA* 2005; 294:1909-1917.
18. Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obes Rev* 2000; 1:113-119.
19. Poole NA, Al Atar A, Kuhanendran D, Bidlake L, Fiennes A, McCluskey S, et al. Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. *Obes Surg* 2005; 15:26.
20. Muller A, Mitchell JE, Sondag C, de Zwaan M. Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15:397-404.
21. NIH Consensus Development Conference Panel. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus development conference panel. *Ann Intern Med* 1991; 115:956-961.
22. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, Azarbad L, Ryee MY, Wodson M, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med* 2005; 67:825-832.
23. Lanyon R, Maxwell B. Predictors of outcome after gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2007; 17:321-328.
24. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res* 2001; 9:788-805.
25. Greenberg I, Sogg S, M Perna F. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17:880-884.
26. Sogg S, Mori DL. Psychosocial evaluation for bariatric surgery: the Boston interview and opportunities for intervention. *Obes Surg* 2009; 19:369-377.
27. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2006; 16:567-573.

28. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 22:87-91.
29. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mood Disorders, fifth ed.*, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
30. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007; 164:328-334.
31. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40:349-359.
32. Wadden TA, Sarwer DB. Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Surg Obes Relat Dis* 2006; 2:171-179.
33. White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. The prognostic significance of regular binge eating in extremely obese gastric bypass patients: 12-month post-operative outcomes. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1928-1935.
34. Bocchieri-Ricciardi LE, Chen EY, Munoz D, Fischer S, Dymek-Valentine M, Alverdy JC, et al. Pre-surgery binge eating status: Effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. *Obes Surg* 2006; 16:1198-1204.
35. Mitchell JE, Lancaster KL, Burgard MA, Howell LM, Krahn DD, Crosby RD, et al. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obes Surg* 2001; 11:464-468.
36. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005; 13:639-648.
37. Saunders R. "Grazing": A high-risk behavior. *Obes Surg* 2004; 14:98-102.
38. Hsu LK, Betancourt S, Sullivan SP. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: A pilot study. *Int J Eat Disord* 1996; 19:23-34.
39. Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R, Brand N, Stroebe W, van Doornen LJ. Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2004; 14:1111-1117.
40. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, et al. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2010; 43:241-247.
41. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders. Third ed.*, Darien: American Academy of Sleep Medicine, 2014, p.240-245.
42. Allison K, Wadden T, Sarwer D, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14(Suppl.2):77-82.
43. Colles S, Dixon J. Night eating syndrome: impact on bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 16:811-820.
44. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: Two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity* 2008; 16:615-622.
45. Burgmer R, Grigutsch K, Zipfel S, Wolf AM. The influence of eating behavior and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. *Obes Surg* 2005; 15:684-691.
46. Scholtz S, Bidlake L, Morgan J. Long-term outcome following laparoscopic adjustable gastric banding: Postoperative psychological sequelae predict outcome at 5-year follow-up. *Obes Surg* 2007; 17:1220-1222.
47. Nicolau J, Ayala L, Rivera R, Speranskaya A, Sanchís P, Julian X, et al. Postoperative grazing as a risk factor for negative outcomes after bariatric surgery. *Eat Behav* 2015; 18:147-150.
48. Heinberg LJ, Ashton K, Windover A. Moving beyond dichotomous psychological evaluation: the Cleveland Clinic Behavioral Rating System for weight loss surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6:185-190.
49. Miller AD, Smith KM. Medication and nutrient administration considerations after bariatric surgery. *Am J Health Syst Pharm* 2006; 63:1852-1857.
50. Elias MF, Elias PK, Sullivan LM, Wolf PA, D'Agostino RB. Obesity, diabetes and cognitive deficit: The Framingham Heart Study. *Neurobiol Aging* 2005; 26(Suppl.1):11-16.
51. Anstey KJ, Cherbuin N, Budge M, Young J. Body mass index in midlife and late-life as a risk factor for dementia: a meta-analysis of prospective studies. *Obes Rev* 2011; 12:426-437.
52. Gunstad J, Paul RH, Cohen RA, Tate DF, Spitznagel MB, Grieve S, et al. Relationship between body mass index and brain volume in healthy adults. *Int J Neurosci* 2008; 118:1582-1593.
53. Sweat V, Starr V, Bruehl H, Arentoft A, Tirsi A, Javier E, et al. C-reactive protein is linked to lower cognitive performance in overweight and obese women. *Inflammation* 2008; 31:198-207.
54. Rosenberg GA. Inflammation and white matter damage in vascular cognitive impairment. *Stroke* 2009; 40(Suppl.3):20-23.

55. Alosco ML, Spitznagel MB, Strain G, Devlin M, Cohen R, Crosby RD, et al. Improved serum leptin and ghrelin following bariatric surgery predict better postoperative cognitive function. *J Clin Neurol* 2015; 11:48-56.
56. Pannacciulli N, Le DS, Chen K, Reiman EM, Krakoff J. Relationships between plasma leptin concentrations and human brain structure: a voxel-based morphometric study. *Neurosci Lett* 2007; 2:248-253.
57. Walther K, Birdsill AC, Glisky EL, Ryan L. Structural brain differences and cognitive functioning related to body mass index in older females. *Hum Brain Mapp* 2010; 31:1052-1064.
58. Stanek KM, Grieve SM, Brickman AM, Korgaonkar MS, Paul RH, Cohen RA, et al. Obesity is associated with reduced white matter integrity in otherwise healthy adults. *Obesity (Silver Spring)* 2011; 19:500-504.
59. Gazdzinski S, Kornak J, Weiner MW, Meyerhoff DJ. Body mass index and magnetic resonance markers of brain integrity in adults. *Ann Neurol* 2008; 63:652-657.
60. Mrak RE. Alzheimer-type neuropathological changes in morbidly obese elderly individuals. *Clin Neuropathol* 2009; 28:40-45.
61. Jahangiri A, Wilson PG, Hou T, Brown A, King VL, Tannock LR. Serum amyloid A is found on ApoB-containing lipoproteins in obese humans with diabetes. *Obesity (Silver Spring)* 2013; 21:993-996.
62. Anstey KJ, Cherbuin N, Budge M, Young J. Body mass index in midlife and late-life as a risk factor for dementia: a meta-analysis of prospective studies. *Obes Rev* 2011; 12:426-437.
63. Gunstad J, Paul RH, Cohen RA, Tate DF, Gordon E. Obesity is associated with memory deficits in young and middle-aged adults. *Eat Weight Disord* 2006; 11:15-19.
64. Kurth F, Levitt JG, Phillips OR, Luders E, Woods RP, Mazziotta JC, et al. Relationships between gray matter, body mass index, and waist circumference in healthy adults. *Human Brain Mapping* 2013; 34:1737-1746.
65. Spitznagel MB, Hawkins M, Alosco M, Galioto R, Garcia S, Miller L, et al. Neurocognitive effects of obesity and bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23:488-495.
66. Awad N, Gagnon M, Messier C. The relationship between impaired glucose tolerance, type 2 diabetes, and cognitive function. *J Clin Exp Neuropsychol* 2004; 26:1044-1080.
67. Elias MF, Goodell AL, Dore GA. Hypertension and cognitive functioning: a perspective in historical context. *Hypertension* 2012; 60:260-268.
68. Alosco ML, Cohen R, Spitznagel MB, Strain G, Devlin M, Crosby RD, et al. Older age does not limit postbariatric surgery cognitive benefits: a preliminary investigation. *Surgery for Obesity and Related Disorders* 2014; 10:1196-1201.
69. Hawkins MA, Alosco ML, Spitznagel MB, Strain G, Devlin MJ, Cohen RA, et al. The association between reduced inflammation and cognitive gains after bariatric surgery. *Psychosom Med* 2015; 77:688-696.
70. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31:1248-1261.
71. Galioto R, King WC, Bond DS, Spitznagel MB, Strain G, Devlin M, et al. Physical activity and cognitive function in bariatric surgery candidates. *Int J Neurosci* 2014; 124:912-918.
72. Gunstad J, Mueller A, Stanek K, Spitznagel M. Cognitive function and impulsivity in bariatric surgery patients. *J Mitchell, M de Zwaan (Eds.), Psychosocial Assessment and Treatment of Individuals Undergoing Bariatric Surgery*, New York: Taylor and Francis, 2011, p.99-114.
73. Herpertz S, Kielmann R, Wolf A, Hebebrand J, Sent W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res* 2004; 12:1554-1569.
74. Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord* 1999; 25:295-300.
75. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001; 81:1001-1024.
76. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2008; 18:306-313.
77. Kinzl JF, Schrattecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 16:1609-1614.
78. Larsen JK, Geenen R. Childhood sexual abuse is not associated with a poor outcome after gastric banding for severe obesity. *Obes Surg* 2005; 15:534-537.
79. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull* 1995; 117:3-20.
80. Ostlund MP, Backman O, Marsk R, Stockeld D, Lagergren J, Rasmussen F, et al. Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *JAMA Surg* 2013; 148:374-377.

81. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al., American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient--2013 Update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Obesity (Silver Spring) 2013; 21(Suppl.1):1-27.*
82. Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP. *Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. Am J Psychiatry 2009; 166:285-291.*
83. Wee CC, Jones DB, Davis RB, Bourland AC, Hamel MB. *Understanding patients' value of weight loss and expectations for bariatric surgery. Obes Surg 2006; 16:496-500.*
84. Kaly P, Orellana S, Torrella T, Takagishi C, Saff-Koche L, Murr MM. *Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis 2008; 4:6-10.*
85. Kral JG. *Selection of patients for anti-obesity surgery. Int J Obes 2001; 25:107-112.*
86. Suter M, Calmes JM, Paroz A, Giusti V. *A 10-year experience with laparoscopic gastric banding for morbid obesity: High long-term complication and failure rates. Obes Surg 2006; 16:829-835.*
87. Elder KA, Wolfe BM. *Bariatric surgery: A review of procedures outcomes. Gastroenterology 2007; 132:2253-2271.*
88. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. *Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med 2004; 351:2683-2693.*
89. Austin H, Smith K, Ward WL. *Psychological assessment of the adolescent bariatric surgery candidate. Surg Obes Relat Dis 2013; 9:474-80.*
90. Bulut I. *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara: Özgüzelifl Matbaası, 1990.*
91. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. *Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2004; 292:1724-1737.*
92. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, Miller WW, Hakmeh B, Zaremba DL, et al. *Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. Obes Surg 2010; 20:349-356.*
93. Mor A, Sharp L, Portenier D, Sudan R, Torquati A. *Weight loss at first postoperative visit predicts long-term outcome of Roux-en-Y gastric bypass using Duke Weight Loss Surgery Chart. Surg Obes Relat Dis 2012; 8:556-560.*
94. Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. *Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: a review of the recent research. Obes Res Clin Pract 2014; 8:314-324.*
95. Courcoulas AP, Christian NJ, Belle SH, Berk PD, Flum DR, Garcia L, et al. *Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. JAMA 2013; 310:2416-2425.*
96. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al., Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. *Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med 2004; 351:2683-2693.*
97. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. *Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27:1300-1314.*
98. Conceição E, Mitchell JE, Vaz A, Bastos AP, Ramalho S, Silva C, et al. *The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: importance of picking or nibbling on weight regain. Eating Behaviors 2014; 15:558-562.*
99. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Public/Professional Education Committee. *Bariatric Surgery: Postoperative Concerns. May 23, 2007, revised Feb 27, 2008. http://www.asbs.org/html/pdf/asbs_bspc.pdf*
100. Pournaras DJ, le Roux CW. *Obesity, gut hormones, and bariatric surgery. World J Surg 2009; 33:1983-1988.*
101. Deitel, M. *The change in the dumping syndrome concept. Obes Surg 2008; 18:1622-1624.*
102. Vella A, Service FJ. *Incretin hypersecretion in post-gastric bypass hypoglycemia: primary problem or red herring? J Clin Endocrinol Metab 2007; 92:4563-4565.*
103. Conceição E, Orcutt M, Mitchell J, Engel S, Lahaise K, Jorgensen M, et al. *Eating disorders after bariatric surgery: a case series. Int J Eat Disord 2013; 46:274-279.*
104. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. *Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. JAMA 2016; 315:150-163.*
105. Dymek MP, le Grange D, Neven K, Alverdy J. *Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. Obes Surg 2001; 11:32-39.*

106. Sandberg RM, Dahl JK, Vedul-Kjelsås E, Engum B, Kulseng B, Mårvik R, et al. Health-related quality of life in obese presurgery patients with and without binge eating disorder, and subdiagnostic binge eating disorders. *J Obes* 2013; 2013:878310.
107. de Zwaan M, Lancaster KL, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Roerig JL, et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2002; 12:773-780.
108. White MA, Kalarchian MA, Masheb RM, Marcus MD, Grilo CM. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:175-184.
109. de Zwaan M, Hilbert A, Swan-Kremeier L, Simonich H, Lancaster K, Howell LM, et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6:79-85.
110. Kofman MD, Lent MR, Swencionis C. Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. *Obesity (Silver Spring)* 2010; 18:1938-1943.
111. Segal A, Kinoshita Kusunoki D, Larino MA. Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obes Surg* 2004; 14:353-360.
112. de Zwaan M, Marschollek M, Allison KC. The night eating syndrome (NES) in bariatric surgery patients. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23:426-434.
113. Busetto L, Segato G, De Luca M, De Marchi F, Foletto M, Vianello M, et al. Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2005; 15:195-201.
114. Busetto L, Segato G, De Marchi F, Foletto M, De Luca M, Caniato D, et al. Outcome predictors in morbidly obese recipients of an adjustable gastric band. *Obes Surg* 2002; 12:83-92.
115. Faria SL, Kelly EDO, Faria OP, Ito MK. Snack eating patients experience lesser weight loss after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2009; 19:1293-1296.
116. Lindroos AK, Lissner L, Sjöström L. Weight change in relation to intake of sugar and sweet foods before and after weight reducing gastric surgery. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20:634-643.
117. Burgmer R, Petersen I, Burgmer M, de Zwaan M, Wolf AM, Herpertz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg* 2007; 17:785-791. Erratum: *Obes Surg* 2007; 17:996.
118. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158:1139-1147.
119. Dong C, Li WD, Li D, Price RA. Extreme obesity is associated with attempted suicides: Results from a family study. *Int J Obes* 2006; 30:388-390.
120. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obes Surg* 2012; 22:668-676.
121. Sarwer DB, Wadden TA, Moore RH, Eisenberg MH, Raper SE, Williams NN. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6:608-614.
122. Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. 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. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22:113-126.
123. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004; 1:43-56.
124. Ellison JM, Steffen KJ, Sarwer DB. Body contouring after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23:479-487.
125. Rizvi SJ, Kennedy SH, Ravindran LN, Giacobbe P, Einfeld BS, Mancini D, et al. The relationship between testosterone and sexual function in depressed and healthy men. *J Sex Med* 2010; 7:816-825.
126. Sarwer DB, Spitzer JC, Wadden TA, Mitchell JE, Lancaster K, Courcoulas A, et al. Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA* 2014; 149:26-33.
127. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry* 2014; 55:248-59.
128. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, et al. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8:533-541.
129. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:220-229.
130. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Soula-kova JN, Courcoulas AP, Wisinski MS. Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2008; 4:544-549.

131. Bu Hington C, Balye D, Warthen M, Marema R. Changes in alcohol sensitivity and effects with gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2006; 2:313.
132. Sogg S. Alcohol misuse after bariatric surgery: epiphenomenon or “Oprah” phenomenon? *Surg Obes Relat Dis* 2007; 3:366-368.
133. Ertelt TW, Mitchell JE, Lancaster K, Crosby RD, Steffen KJ, Marino JM. Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. *Surg Obes Relat Dis* 2008; 4:647-650.
134. Suzuki J, Haimovici F, Chang G. Alcohol use disorders after bariatric surgery. *Obes Surg* 2012; 22:201-207.
135. Fogger SA, McGuinness TM. The relationship between addictions and bariatric surgery for nurses in recovery. *Persp Psychi Care* 2012; 48:10-15.
136. Hagedorn JC, Encarnacion B, Brat GA, Morton JM. Does gastric bypass alter alcohol metabolism? *Surg Obes Relat Dis* 2007; 3:543-548.
137. Klockhoff H, Näslund I, Jones AW. Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery. *Br J Clin Pharmacol* 2002; 54:587-591.
138. Woodard GA, Downey J, Hernandez-Boussard T, Morton JM. Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case crossover trial. *J Am Coll Surg* 2011; 21:209-214.
139. Avena NA, Gold MS. Sensitivity to alcohol in obese patients: a possible role for food addiction. *J Am Coll Surg* 2011; 5:451.
140. Steffen KJ, Engel SG, Pollert GA, Li C, Mitchell JE. Blood alcohol concentrations rise rapidly and dramatically after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2013; 9:470-473.
141. Svensson P, Anveden A, Romeo S, Peltonen M, Ahlin S, Burza MA, et al. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *Obesity* 2013; 21:2444-2451.
142. Mitchell JE, Steffen K, Engel S, King WC, Chen JY, Winters K, et al. Addictive disorders after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2015; 11:897-905.
143. Goldfeder LB, Ren CJ, Gill JR. Fatal complications of bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 16:1050-1056.
144. Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller LH. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *Am J Med* 2010; 123:1036-1042.
145. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; 357:753-761.
146. Roerig JL, Steffen K, Zimmerman C, Mitchell JE, Crosby RD, Cao L. Preliminary comparison of sertraline levels in postbariatric surgery patients versus matched nonsurgical cohort. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8:62-66.
147. Túry F, Güleç H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *J Psychosom Res* 2010; 69:601-611.
148. Fairburn CG, Brownell KD (Eds.). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press, 2002.
149. Atasoy N, Saracli O, Konuk N, Ankarali H, Guriz SO, Akdemir A, et al. The reliability and validity of Turkish version of The Night Eating Questionnaire in psychiatric outpatient population. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15:238-247.
150. Sevincer GM, Konuk N, Bozkurt S, Saracli O, Coskun H. Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16(Suppl.1):44-53.
151. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dusgor, BP, AE Yavuz, Sertel Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19:509-511.
152. Bozan N, Bas M, Asci FH. Psychometric properties of Turkish version of Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). A preliminary results. *Appetite* 2011; 56(3):564-566.

YEME VE KİLO ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
(*Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised, QEWP-R*)

Adı soyadı:

Tarih:

Bu formu doldurduğunuz için teşekkür ederiz. Uygun yanıtları daire içine alınız veya gerektiği yerde yazınız. Anlamadığınızda veya yanıt vermek istemediğinizde soruları atlayabilirsiniz.

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
1 Erkek 2 Kadın
3. Ekonomik durum:
1 Düşük 2 Orta 3 Yüksek
4. Eğitim düzeyi:
1 İlkokul 2 Ortaokul 3 Lise 4 Yüksekokul 5 Üniversite
5. Boy: cm
6. Ağırlık: kg
7. Bugüne kadarki en yüksek kilonuz (hamilelik dönemi dışında): kg
8. Hiç çocukluk döneminde normalden en az 5 kilo veya yetişkinlikte en az 7.5 kg fazla kilonuz oldu mu? (Hamilelik dönemi dışında)
1 Evet 2 Hayır veya emin değilim
Yanıtınız EVET'se, ilk fazla kilolu olduğunuzda kaç yaşındaydınız? (Çocukluk döneminde normalden en az 5 kg veya yetişkinlikte en az 7.5 kg fazla). Eğer emin değilseniz, tahmini olarak yazabilirsiniz. yaşında.
9. Yaklaşık kaç kez hasta olmadığınız halde 9-10 kilo verip sonra da aldınız?
1 Hiç 2 Bir veya iki kez 3 Üç veya dört kez 4 Beş veya daha çok
10. Geçen altı ayda, herhangi bir-iki saatlik sürede, sık sık birçok kişiye göre normalden çok fazla olarak değerlendirilebilecek ölçüde yemek yediniz mi?
1 Evet 2 Hayır
Yanıtınız HAYIR'sa, soru 15'e geçiniz.
11. Bu şekilde yediğiniz zamanlarda sık sık yemek yemeyi durduramayacağınızı, ne veya ne kadar yediğinizi kontrol edemeyeceğinizi hissettiniz mi?
1 Evet 2 Hayır
Yanıtınız HAYIR'sa, soru 15'e geçiniz.
12. Son 6 ayda, ortalama olarak hangi sıklıkta büyük miktarlarda yeme ile beraber yeme kontrolünün kalktığı duygumunu yaşadınız? (Bazı haftalar bu durumun yaşanmadığı dönemler olabilir - ortalama olarak düşünün)
1 Haftada birden az
2 Haftada bir kez
3 Haftada iki veya üç kez
4 Haftada dört veya beş kez
5 Hemen hemen her gün
13. Bu dönemlerde aşağıdaki durumları genellikle yaşadınız mı?
a. Normalden çok daha hızlı yeme
Evet Hayır
b. Rahatsız edici bir biçimde doyana kadar yeme
Evet Hayır
c. Fiziksel olarak açlık hissetmezken büyük miktarlarda yemek yeme
Evet Hayır
d. Ne kadar yediğiniz konusunda utanma nedeniyle yalnız başına yeme
Evet Hayır
e. Aşırı yeme sonrası kendinden nefret etme, kendini suçlu ya da depresif hissetme
Evet Hayır

14. Büyük miktarlarda yeme ile beraber yeme kontrolünün kalktığı duyumu olan tipik bir dönemi düşünün.

A. Bu dönem günün hangi saatinde başladı?

- 1 Sabah (08:00-12:00)
- 2 Öğle (12:00-16:00)
- 3 Akşam üstü (16:00-19:00)
- 4 Akşam (19:00-22:00)
- 5 Gece (22:00 sonrası)

B. Bu dönem, yemenin başladığı zamandan en az iki saat yemenin olmadığı döneme kadar yaklaşık ne kadar sürmüştü?

..... saat, dakika

C. Bu dönemde yiyip içmiş olabileceğinizin hepsinin listesini yapın. Eğer bu iki saatten daha uzun süre yemişseniz, başlıca iki saatlik dönemde yemiş ve içmiş olduklarınızı yazınız. Marka isimlerini ve miktarları olabildiğince yazınız. (Örneğin, 2 orta paket Ruffels patates cipsi, 1 adet çokonat, 2 çay kaşığı çilek reçeli, 2 su bardağı coca-cola, yarım ekmek arası peynir, domates ve sivri biberli sandviç).

D. Bu dönem başladığında son yeme veya atıştırmanın üzerinden ne kadar zaman geçmişti?

..... saat, dakika

15. Genel olarak, son 6 ay içerisinde fazla yemek yemenizden dolayı ne kadar üzgündünüz? (Sizin için en iyisi olabileceğinden daha fazla yeme).

- 1 Hiç
- 2 Hafif
- 3 Orta
- 4 Çok
- 5 Aşırı

16. Genel olarak, son 6 ay içerisinde yemek yemeyi durduramayacağınızı, ne veya ne kadar yediğinizi kontrol edemeyeceğinizi hissetmenizden dolayı ne kadar üzgündünüz?

- 1 Hiç
- 2 Hafif
- 3 Orta
- 4 Çok
- 5 Aşırı

17. Son altı ayda, birey olarak kendinizi hissetme ve değerlendirmede; işte, anne-baba olarak veya diğer insanlarla olan alanlarla karşılaştırıldığında kilonuz veya vücut şekliniz ne kadar önemliydi?

- 1 Kilo ve şekil çok önemli değildi
- 2 Kilo ve şekil kendini değerlendirmede kısmen rol oynamıştı
- 3 Kilo ve şekil kendini değerlendirmede başlıca önemli şeyler arasındaydı
- 4 Kilo ve şekil kendini değerlendirmede en önemli şeyler arasındaydı

18. Son üç ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için kendinizi kusturdunuz mu?

- 1 Evet
- 2 Hayır

Yanıtınız EVET’s e, ortalama ne sıklıkta ydı?

- 1 Haftada birden az
- 2 Haftada bir kez
- 3 Haftada iki veya üç kez
- 4 Haftada dört veya beş kez
- 5 Haftada beş kezden fazla

19. Son üç ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için müshil ve benzeri ilaçları önerilen dozdan iki kat fazla kullandınız mı?

- 1 Evet
- 2 Hayır

Yanıtınız EVET’s e, ortalama ne sıklıkta ydı?

- 1 Haftada birden az
- 2 Haftada bir kez
- 3 Haftada iki veya üç kez
- 4 Haftada dört veya beş kez
- 5 Haftada beş kezden fazla

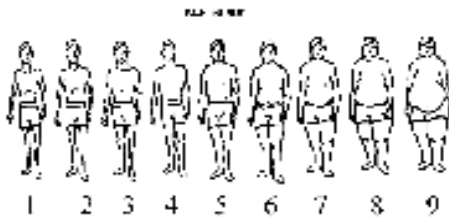
20. Son üç ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için idrar söktürücü ve benzeri ilaçları önerilen dozdan iki kat fazla kullandınız mı?

- 1 Evet
- 2 Hayır

Yanıtınız EVET’s e, ortalama ne sıklıkta ydı?

- 1 Haftada birden az
- 2 Haftada bir kez
- 3 Haftada iki veya üç kez
- 4 Haftada dört veya beş kez
- 5 Haftada beş kezden fazla

21. Son üç ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için 24 saat süresince hiçbir şey yememe şeklinde rejim yaptınız mı?
 1 Evet 2 Hayır
 Yanıtınız EVET'se, ortalama ne sıklıktaydı?
 1 Haftada birden az
 2 Haftada bir kez
 3 Haftada iki veya üç kez
 4 Haftada dört veya beş kez
 5 Hemen hemen her gün
22. Son üç ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için bir saatten uzun süre hiç egzersiz yaptınız mı?
 1 Evet 2 Hayır
 Yanıtınız EVET'se, ortalama ne sıklıktaydı?
 1 Haftada birden az
 2 Haftada bir kez
 3 Haftada iki veya üç kez
 4 Haftada dört veya beş kez
 5 Haftada beş kezden fazla
23. Son üç ay içinde, tıknırcasına yeme sonrası kilo almaktan kaçınma için hiç önerilen dozun iki katı zayıflama ilacı kullandınız mı?
 1 Evet 2 Hayır
 Yanıtınız EVET'se, ortalama ne sıklıktaydı?
 1 Haftada birden az
 2 Haftada bir kez
 3 Haftada iki veya üç kez
 4 Haftada dört veya beş kez
 5 Haftada beş kezden fazla
24. Son altı ay içinde kilo kontrolü ile ilgili bir toplantı veya organizasyona katıldınız mı?
 1 Evet 2 Hayır
 Yanıtınız EVET'se, programın adı:
25. Yetişkinlikten (18 yaşından) bu yana, ne kadar süre ile rejimde, bir diyeti takip ediyor veya kilo verme veya verdiğiniz kiloyu geri almama için ne kadar yediğinizi kontrol ediyorsunuz? Söyleyebilir misiniz?
 1 Hiç
 2 Bu sürenin ¼'ü
 3 Bu sürenin yarısı
 4 Bu sürenin ¾'ü
 5 Hemen hemen sürenin tamamı
26. DİYET YAPARAK 5 KG'DAN FAZLA KİLO VEREMEMİŞSENİZ, BU SORUYU ATLAYIN.
 İlk kez diyet yaparak veya yemenizi kontrol ederek en az 5 kg verdiğinizde kaç yaşındaydınız? Emin değilseniz, tahmini olarak yazabilirsiniz.
 yaşında
27. KONTROL DUYGUSUNUN KALKMASI İLE BERABER NORMALDEN FAZLA MİKTARDA YEME DÖNEMLERİNİZ YOKSA BU SORUYU ATLAYIN.
 İlk kez kontrol duygusunun olmadığını hissettiren aşırı miktarda yeme olduğunda kaç yaşındaydınız? Emin değilseniz, tahmini olarak yazabilirsiniz.
 yaşında
28. Aşağıdaki silüetlere bakınız. En kilolu dönemlerindeki biyolojik anne ve babanızı temsil eden silüetleri daire içine alınız. Eğer biyolojik anne ve/veya babanız hakkında bilginiz yoksa işaretlemeyiniz.



HOLLANDA YEME ÖLÇEĞİ ANKETİ (DEBQ)

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

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

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

R:1-10 - E:11-23 - Ex:24-33

GECE YEME ANKETİ

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı
 2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?
9'dan önce / 9-12 arası / 12-15 arası / 15-18 arası / 18'den sonra
 3. Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
 4. Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
 5. Günlük gıda alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?
%0 / %1-25 / %26-50 / %51-75 / %76-100
 6. Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
 7. Hüzünlü hissettiğiniz zaman, duygudurumunuz _____ daha çökkün oluyor. Gün içinde değişme olmuyorsa, X işareti koyunuz.
___ Sabah erken / Sabah / Öğleden sonra / Akşam üzeri / Akşam / Gece
 8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?
Hiç / Bazen / Zamanın yarısında / Genelde / Her zaman
 9. Tuvalet ihtiyacı dışında gece hangi sıklıkta en az bir kez kalkarsınız?
Hiç / Haftada birden az / Haftada bir / Haftada birden çok / Her gece
- Bu soruya yanıtınız Hiç ise, burada durun.**
10. Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
 11. Gece uyanınca tekrar uyuyabilmek için yeme ihtiyacı duyar mısınız?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
 12. Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?
Hiç / Bazen / Zamanın yarısında / Sıklıkla / Her zaman
- Bu soruya yanıtınız Hiç ise, burada durun.**
13. Gece yarısı atıştırdığınızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
 14. Gece kalktığınızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
- Gece yemeyle ilgili sorunuz ne kadar zamandır sürüyor? ay yıl
15. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?
Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı
 16. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?
Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

YALE YEMEK BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla ilişkin yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır. İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar:

- Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar
- Beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar
- Cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar
- Biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler
- Kola ve şekerli içecekler

Aşağıdaki sorularda ‘BELİRLİ YİYECEKLER’ ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekleri veya benzerlerini veya geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün.

- 0: Hiç
1: Ayda bir kez
2: Ayda 2-4 kez
3: Haftada 2 kez
4: Haftada 4’ten fazla veya her gün

SON 12 AYDIR

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çal ışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı veya fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (Lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (Lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Belirli yiyecekleri azalttığımda veya bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (Günlük yaşam, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

17. Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi nemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.
0 Evet 1 Hayır
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor veya var olan sorunları kötüleştiriyor.
0 Evet 1 Hayır
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.
0 Evet 1 Hayır
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.
0 Evet 1 Hayır
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını veya hazzı artırmadığını fark ettim.
0 Evet 1 Hayır
22. Belirli yiyecekleri azaltmak veya yemeyi bırakmak istiyorum.
0 Evet 1 Hayır
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya veya yemeyi bırakmaya çalıştım.
0 Evet 1 Hayır
24. Bu yiyecekleri azaltmayı veya yemeyi bırakmayı başardım.
0 Evet 1 Hayır
25. Geçen bir yıl içinde belirli yiyecekleri azaltmayı veya bırakmayı kaç kez denediniz?
1 kez, 2 kez, 3 kez, 4 kez, 5 veya daha fazla
26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz.
- Dondurma
 Çikolata/gofret
 Elma
 Karnabahar
 Kurabiye/bisküvi
 Pasta/kek
 Şeker/şekerleme
 Donat/tatlı çörek
 Ekmek
 Poğaça/açma
 Marul
 Makarna
 Çilek/kiraz/üzüm
 Pilav
 Kraker
 Çips
 Simit
 Patates kızartması
 Havuç
 Kırmızı et
 Muz
 Pastırma/sucuk/salam
 Hamburger
 Tost/peynirli sandviç
 Pizza/lahmacun/döner
 Kola/gazoz
 Peynir (beyaz peynir, kaşar, vs.)
 Yukarıdakilerin hiçbiri
27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz:

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YEDÖ)*

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.

- 0: Hiçbirinde
1: 1-5 gün
2: 6-12 gün
3: 13-15 gün
4: 16-22 gün
5: 23-27 gün
6: Her gün

Son 28 günün kaçında ...

1. kilonuzu veya bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (*Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.*) 0 1 2 3 4 5 6
2. bedeninizin şeklini veya kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (*uyanık olduğunuz 8 saat boyunca veya daha fazla bir süre için*) hiçbir şey yemediğiniz oldu? 0 1 2 3 4 5 6
3. bedeninizin şeklini veya kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (*Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.*) 0 1 2 3 4 5 6
4. bedeninizin şeklini veya kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örneğin, kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (*Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.*) 0 1 2 3 4 5 6
5. bedeninizin şeklini veya kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz? 0 1 2 3 4 5 6
6. tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz? 0 1 2 3 4 5 6
7. yiyecek, yemek yeme veya kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örneğin, çalışma, bir konuşmayı takip etme veya okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu? 0 1 2 3 4 5 6
8. bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örneğin, işinize, bir konuşmayı takip etmenize veya okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu? 0 1 2 3 4 5 6
9. yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu? 0 1 2 3 4 5 6
10. Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz? 0 1 2 3 4 5 6
11. Kendinizi şişman hissettiniz? 0 1 2 3 4 5 6
12. Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu? 0 1 2 3 4 5 6

13’ten 18’e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnız son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

13. Son 28 gün içinde, kaç kez, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14. Son 28 gün içinde, kaç kez yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız? (yediğiniz sırada)
15. Son 28 günün kaç **GÜNÜNDE** aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı? (Örneğin, alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız.)
16. Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli veya kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kez kendinizi kusturdunuz?
17. Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli veya kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kez müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18. Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini veya yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kez ‘kendinizi kaybedercesine’ veya ‘saplantılı’ biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için 'tıkınırcasına yeme' teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19. Son 28 gün içinde kaç kez gizlice (örneğin, saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)

0 Hiçbirinde 1 1-5 gün 2 6-12 gün 3 13-15 gün 4 16-22 gün 5 23-27 gün 6 Her gün

20. Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini veya kilonuzu etkilediği için kendinizi hangi oranda suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Yarıdan az 3 Yarı yarıya 4 Yarıdan fazla 5 Çoğu zaman 6 Her zaman

21. Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)

Hiç Biraz Orta Önemli ölçüde
0 1 3 4 5 6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnız son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

Hiç Biraz Orta Önemli ölçüde
0 1 3 4 5 6

22. Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?

Hiç Biraz Orta Önemli ölçüde
0 1 2 3 4 5 6

0 1 2 3 4 5 6

23. Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?

0 1 2 3 4 5 6

24. Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık, ne de daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi?

0 1 2 3 4 5 6

25. Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?

0 1 2 3 4 5 6

26. Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?

0 1 2 3 4 5 6

27. Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz? (Örneğin, aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo veya duş yaparken)

0 1 2 3 4 5 6

28. Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (Örneğin, soyunma odalarında, yüzerken veya dar elbiseler giyerken)

0 1 2 3 4 5 6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara: Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?

Aksama olduysa kaç tane?

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?

* Yuçel B, Polat A, İkiz T, Duşgor BP, Yavuz AE, Sertel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2011, doi:10.1002/erv.1104