



**BARİATRİK CERRAHİ SONRASI HASTALARIN YEME DAVRANIŞLARI  
İLE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİ**

**Mustafa KAVAK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Cerrahi Hastahkları Hemşireliği**

**Tez Danışmanı  
Doç.Dr. Meral ÖZKAN**

**Yüksek Lisans Tezi -2019**

**T.C**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BARIATRİK CERRAHİ SONRASI HASTALARIN YEME DAVRANIŞLARI  
İLE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Mustafa KAVAK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**  
**Doç.Dr. Meral ÖZKAN**

**MALATYA**


**2019**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Mustafa KAVAK**'ın "**Bariatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Yeme Davranışları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03/09/2019

  
Doç. Dr. Meral ÖZKAN  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Jüri Başkanı

  
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ALTINBAŞ  
Adıyaman Üniversitesi  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Runida DOĞAN  
İnönü Üniversitesi  
Üye



### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Obezite .....	3
2.2. Bariatrik Cerrahi .....	4
2.3. Bariatrik Cerrahi Ekibi.....	4
2.4. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri .....	4
2.4.1. Malabsorbsiyona Neden Olan Ameliyatlar.....	4
2.4.1.1. Jejunioileal Bypass.....	4
2.4.1.2. Biliopankreatik Diversiyon.....	5
2.4.1.3. Duodenal Switch.....	5
2.4.2. Sadece Gıda Alımını Kısıtlayan Ameliyatlar .....	5
2.4.2.1. Vertikal Bant Gastroplastisi.....	5
2.4.2.2. Gastrik Bant .....	6
2.4.2.3. Sleeve Gastrektomi .....	6
2.4.3. Hem Malabsorpsiyona Neden Olan Hem de Gıda Alımını Kısıtlayan Ameliyatlar .....	7
2.4.3.1. Roux-en Y Gastrik Bypass .....	7
2.5. Bariatrik Cerrahide Görülen Komplikasyonlar.....	7
2.6. Bariatrik Cerrahi Sonrası Yeme Davranışları .....	7
2.6.1. Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu ve Tıkanırmasına Yeme .....	7
2.6.2. Kontrol Kaybı ile Yeme (KKY) .....	8
2.6.3. Grazing.....	8
2.6.4. Kusma Davranışı.....	8
2.6.6. Yemeden Kaçınma Bozukluğu .....	8
2.6.7. Çiğneme ve Tükürme.....	8
2.6.8. Kahvaltıyı Atlama.....	8
2.6.9. Gece Yeme Sendromu (GYS).....	9

2.7. Bariatrik Cerrahi ve Depresyon .....	9
2.8. Bariatrik Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	10
3. MATERYAL ve METOT.....	13
3.1. Araştırmanın Türü.....	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	13
3.4. Veri Toplama Araçları .....	13
3.5. Verilerin Toplanması .....	15
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	15
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	15
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı .....	15
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA.....	20
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	23
KAYNAKLAR .....	24
EKLER.....	31
EK 1. Özgeçmiş .....	31
EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu .....	32
EK 3. Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği .....	33
EK 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	35
EK 5. Etik Kurul .....	38
EK 6. Hastane İzni .....	39
EK 7. Bilgilendirilmiş Onam .....	40
GÖNÜLLÜ .....	41
İMZASI/TARİH .....	41
VELİ/ VASİ (Varsa).....	41
İMZASI/TARİH .....	41
TANIK (Varsa) .....	41
İMZASI/TARİH .....	41
ARAŞTIRMACI.....	41
İMZASI/TARİH .....	41

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Doç. Dr. Meral ÖZKAN'a, araştırmanın her aşamasında bana destek veren Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK BUDAK'a, manevi desteğinden dolayı aileme, arkadaşım Mehmet Ali Akdemir'e, araştırmanın uygulanmasında sağladıkları yardım ve destek için Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde çalışan tüm sağlık çalışanlarına ve sorularına içtenlikle cevap veren değerli hastalarım,

Sonsuz teşekkür ederim.

Mustafa KAVAK

## ÖZET

### **Bariatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Yeme Davranışları İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

**Amaç:** Bu çalışma bariatrik cerrahi sonrası hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı ve ilişkisel nitelikte olan bu araştırma Temmuz 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'nde yürütüldü. Araştırmanın evrenini 1000 yetişkin hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise yapılan güç analizi ile belirlenen 278 hasta oluşturdu. Araştırmada hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için “Tanıtıcı Özellikler Formu”, yeme davranışlarını belirlemek için “Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği” ve depresyon düzeylerini belirlemek için ise “Beck Depresyon Ölçeği” kullanıldı. Veriler ameliyattan en az bir ay sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların yeme davranışlarının yüksek ( $104.38 \pm 10.29$ ), depresyon düzeylerinin düşük ( $17.87 \pm 7.71$ ) olduğu belirlendi. Hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ( $r=.190$   $p=.002$ ).

**Sonuç:** Bu araştırmanın sonucunda hastaların depresyon düzeyleri arttıkça yeme davranışlarının da arttığı saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik cerrahi, Depresyon, Hemşirelik, Obezite, Yeme davranışı

## ABSTRACT

### **Relationship Between Eating Behaviors and Depression Levels of Patients after Bariatric Surgery**

**Objective:** This study aims to determine the relationship between eating behaviors and depression levels of patients after Bariatric surgery.

**Materials and Methods:** This descriptive and correlational research was conducted between July 2018 and September 2019 at the General Surgical Outpatient Clinic of the Firat University Hospital. The population of the study consisted of 1000 adult patients. The study sample consisted of 278 patients determined by the power analysis. In the study, "Introductory Characteristics Form" was used to determine patients' descriptive characteristics, the "Dutch Eating Behavior Questionnaire" was used to determine eating their behaviors, and the "Beck Depression Inventory" was used to determine their levels of depression. The data were collected by the researcher with the face-to-face interview method at least one month after the surgery. In the evaluation of the data, percentile distribution, arithmetic mean and Pearson correlation analysis was used.

**Results:** Eating behaviors score of the patients included in the study was high ( $104.38 \pm 10.29$ ) and depression level score was low ( $17.87 \pm 7.71$ ). A positive, weak, but statistically significant relationship was found between eating behaviors and depression levels of patients ( $r=.190$   $p=.002$ ).

**Conclusion:** As a result of this study, it was determined that there was an increase in eating behaviors of patients, and their depression levels were found to be low.

**Keywords:** Bariatric surgery, Depression, Nursing, Obesity, Eating behavior



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BPD</b>	: Biliopankreatik Diversiyon
<b>DS</b>	: Duedenal Switch
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GYS</b>	: Gece Yeme Sendromu
<b>KKY</b>	: Kontrol Kaybı ile Yeme
<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>SG</b>	: Sleeve Gastrektomi
<b>TY</b>	: Tıkanırcasına Yeme
<b>TYB</b>	: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
<b>VKİ</b>	: Vücut Kitle İndeksi

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No.</b>	<b>Sayfa No.</b>
<b>Tablo 2.1.</b> Vücut Kitle İndeksi Sınıfları.....	3
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	16
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Bazı Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı .....	17
<b>Tablo 4.3.</b> Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları .....	18
<b>Tablo 4.4.</b> Beck Depresyon Ölçeğinden Alınan Toplam Puan Ortalamaları.....	18
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	19

# 1. GİRİŞ

Son yıllarda Dünya’da ve Türkiye’de obezitenin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 2014 yılı itibariyle 600 milyonun üzerinde obez ve 1.9 milyardan fazla kilolu birey bulunduğunu bildirmiştir (1-3). 2017 yılında yayınlanan Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü -Organisation for Economic Co-operation and Development- (OECD) raporuna göre, OECD ülkelerinde toplam nüfusa oranla ortalama yetişkin obezite oranı %19,5 olarak belirtilmiştir. Türkiye’de ise obezite oranı %22,3 ile OECD ortalamasının üzerindedir (4).

Obezite, bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, bazı kanser türleri, diyabet, hiperlipidemi, anksiyete, stres, depresyon gibi fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca obezitenin kronik bir rahatsızlık olması, hem bireysel hem toplumsal sorunlara, iş gücünde azalmaya ve sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Obezite yol açtığı bu fizyolojik ve psikososyal sorunlar nedeniyle tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (5, 6).

Obez hastalarda tedavi için ilaç tedavisi, diyet, egzersiz ve bariatrik cerrahi seçenekleri bulunmaktadır (7-9). İlaç tedavisi, diyet ve egzersizden yarar göremeyen morbid obez hastalar için bariatrik cerrahi uygulanmaktadır (8). Ancak günümüzde morbid obez hastalar tedavi seçenekleri içerisinde en çok bariatrik cerrahiyi tercih etmektedir (10). Bariatrik cerrahinin en önemli sonuçları enerji alımının azalması ve kilo kaybı olmasına rağmen bu durumlar hastaların yeme davranışlarında sorunlara neden olabilmektedir (11). Nitekim Conceição ve ark. bariatrik cerrahi sonrası hastalarda yeme bozukluklarının ortaya çıktığını bulmuşlardır (12). Bireyin beslenmeyle ilgili tüm bilgi, duygu, düşünce ve davranışlarını oluşturan eğilim yeme davranışı olarak tanımlanmaktadır (13). Bu davranış sosyal, fizyolojik, demografik, coğrafi, ekonomik ve kültürel koşulların yanı sıra bireyin beslenme durumu ve besinlerle ilgili önceki deneyimlerinden de etkilenmektedir (14, 15). Literatürde bariatrik cerrahi sonrası yeme davranışlarının arttığını belirleyen çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Guerdjikova ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmada obez hastalarda bariatrik cerrahi sonrasında yeme davranışlarında artış olduğu saptanmıştır (16). Najim ve ark. bariatrik cerrahi sonrası hastalarda gıda alımının arttığını ve yeme davranışlarının değiştiğini saptamıştır (17).

Obez hastalarda yeme davranışı ve ruhsal durum arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (18-21). Bu bireylerin stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu kişilere göre daha fazla yemek yeme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (19). Örneğin stresli durumların ortaya çıkardığı bir tablo olan depresyon yeme alışkanlıklarını değiştirerek ve fiziksel aktiviteyi azaltarak obeziteye neden olabildiği gibi; obezite de olumsuz beden imajına bağlı olarak depresyona sebep olabilmektedir (19, 20). Obez hastalarda depresyon gelişme riski %55 iken, depresyondaki insanların %58'inin obez olma risklerinin bulunduğu saptanmıştır (20, 21).

Obez hastalar sıklıkla bariatrik cerrahiye başvurmaktadır. Obez hastalarda mevcut olan depresyonun bariatrik cerrahi sonrasında da devam ettiğini hatta arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (20-22). Bu çalışmalardan birinde Zwaan ve ark. bariatrik cerrahiden sonra hastaların depresyon düzeylerinde artış olduğunu belirlemiştir (22).

Bariatrik cerrahi sonrası obez hastaların alışmış oldukları yeme davranışları değişmektedir. Bu süreçte hastaların istedikleri yiyecekleri istedikleri kadar tüketmemesi, az ve sık beslenmesi, anksiyete, stresle başa çıkamama ve depresyon gibi ruhsal sorunlara neden olmaktadır (21). Nitekim, Van Strien ve ark. 'nın yapmış olduğu çalışmada kilolu bireylerde depresyonun artmasıyla yeme davranışlarında artma meydana geldiği belirlenmiştir (20). Zijlstra ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada da depresyonla yeme davranışının ilişkili olduğu, depresyonun yeme davranışlarını arttırdığı saptanmıştır (23).

Bariatrik cerrahi ile ilgili yapılan çalışmalar çoğunlukla bariatrik cerrahinin fizyolojik boyutunu ele almakta, psikolojik etkileri yeterince incelenmemektedir. Dünya'da ve Türkiye'de bariatrik cerrahi sonrası yeme davranışları ile depresyonu birlikte inceleyen çalışmalar az sayıdadır (18, 20, 24). Bariatrik cerrahi hastalarına bakım veren cerrahi hemşirelerinin hastaların fiziksel sağlığını korumanın yanı sıra ruhsal sağlığını koruma sorumluluğu da vardır. Bu nedenle hemşirelerden hastaların yeme davranışlarını düzenleyerek ruhsal ve fiziksel sağlığına olumlu yönde etki etmesi beklenmektedir.

Bu araştırma bariatrik cerrahi sonrası hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı. Bu çalışmanın sonuçlarının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezite

Tarih boyunca obezite veya halk arasında bilinen adıyla şişmanlık çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Latince “obedere”, “aşırı yemek” fiilinden türetilmiş olan obeziteyi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kalıtsal ve çeşitli çevresel faktörlerden doğan, vücutta fazla oranda yağ birikmesi sonucu ortaya çıkan kronik ve ilerleyici bir hastalık olarak tanımlamaktadır (1-3).

Obezitenin değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan ve DSÖ’ nün de önerdiği ölçüm yöntemi Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ve bel çevresinin ölçümüdür. Vücut Kitle İndeksi, vücut ağırlığının (kg), boyun karesine (m<sup>2</sup>) bölünmesiyle hesaplanır (1, 4). Uzmanlar, “VKİ değerlerini, “zayıf, normal kilolu, fazla kilolu, obez ve morbid obez ” şeklinde sınıflandırmışlardır. Örneğin kilosu 105 kg, boyu 1.8 m olan bir kişinin VKİ’si:  $105 / (1,8)^2 = 32,4 \text{kg/m}^2$ ’dir (3, 5). Bu kişi aşağıdaki Tablo 2.1’de görüleceği gibi ‘obez (şişman)’ grubuna girmektedir.

**Tablo 2.1.** Vücut Kitle İndeksi Sınıfları

Vücut Kitle İndeksi (VKİ – kg/m <sup>2</sup> )	Sınıflandırma
<18.5	Zayıf
18.5 - 24.9	Normal Kilolu
25.0 - 29.9	Fazla Kilolu
30.0 - 34.9	Obez (Sınıf I)
35.0 - 39.9	Obez (Sınıf II)
>40	İleri derecede obez (morbid obez )

Obezite kronik ve sağlığı tehdit eden bir hastalıktır. Obez kişilerde hastalıkların azalması için kilo kaybının önemi büyüktür (1). Obezitede birinci basamak tedavi olarak beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, davranışsal tedavi ve farmakolojik tedavi gibi yöntemler kullanılmaktadır (2). Son araştırmalarda, fiziksel aktivite, diyet ve ilaç tedavisi gibi uzun yıllardan beri kilo kaybı için kullanılan geleneksel yöntemlerin genellikle kalıcı

kilo kaybı sağlamakta yeterli olmadığı ortaya çıkmıştır. Geleneksel yöntemlerle kilo kaybının sağlanamadığı durumlarda ise bariatrik cerrahi ön plana çıkmaktadır (1, 2).

## **2.2. Bariatrik Cerrahi**

Bariatrik kelimesinin İngilizcesi “bariatric” şeklindedir. Bu kelime kök ve eklerine bar-iatr-ic şeklinde ayrılmaktadır. Kelimenin kökü olan “bar” Yunanca kilo anlamına gelmektedir. Yapım eklerinden olan “iatr” tedavi, “ic” ise bir şeye dair anlamına gelmektedir. Bu yüzden bariatrik cerrahi, kilo tedavisine dair cerrahi anlamına gelmektedir (25).

## **2.3. Bariatrik Cerrahi Ekibi**

Bariatrik cerrahi, disiplinler arası değerlendirmeyi içeren bir süreçtir (7). Morbid obezite tedavisinde ekip işbirliği ve ekibin tecrübeli olması önemlidir. Ekip; obezite koordinatörü, obezite cerrahı, hemşire, iç hastalıkları uzmanı, kardiyolog, gastroenterolog, anestezi uzmanı, endokrinolog, diyetisyen, psikiyatrist, psikolog, fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist ve ofis çalışanlarından oluşmalıdır (26).

Bariatrik cerrahi ekibinde yer alan hemşirelerin hem tanı hem de ameliyat sürecinde yaşamsal öneme sahip rolleri bulunmaktadır (27).

## **2.4. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri**

Bariatrik cerrahi yöntemleri genel olarak malabsorbtif ve kısıtlayıcı ameliyatlar ya da ikisinin beraber kullanıldığı seçenekleri içermektedir. Kombine ameliyatlar en iyi kilo kaybına neden olan seçenektir (28).

### **2.4.1. Malabsorbsiyona Neden Olan Ameliyatlar**

Bu ameliyatlarla bağırsağın bir bölümü atlanarak alınan besinlerin sindirimi ve emilimi azaltılmaktadır (28). Bu da kilo kaybı, kısa bağırsak sendromu ve negatif enerji dengesine yol açmaktadır. Ayrıca bu ameliyatlar aşırı protein ve vitamin kaybına da sebep olmaktadır (26, 28). Malabsorbsiyona neden olan ameliyatlar aşağıda yer almaktadır.

#### **2.4.1.1. Jejunoleal Bypass**

Bu ameliyatta jejunumun ileoçekal valve'ye yakın kısmından 20-35 cm'lik bölümü ayrılır ve ileumun 10-28 cm'lik bölümü atlanarak geriye kalan kısmına

anastomoz edilir (26). Jejunioileal bypass atlanan bağırsakta bakteri oluşması gibi bazı komplikasyonlara yol açtığından günümüzde uygulanması azalmıştır (32).

#### **2.4.1.2. Biliopankreatik Diversiyon**

Biliopankreatik diversiyon hem asit salgılanmasını azaltmakta hem de yiyecek emilimini kısıtlamaktadır (32). İnce bağırsak ileoçekal kapağı 250 cm proksimalden transekte edilerek subtotal gastrektomi yapılır ve geride kalan distal bölümü mideye ağızlaştırılır. Böylece safra ve pankreatik enzimler bağırsağın son segmentine geçer. Besinler, sindirime uğramadan ve kalorinin büyük bir oranı emilmeden kolon içerisine gönderilir. Dolayısıyla da hastalarda kilo kaybı görülür. Bu ameliyatı olan hastalarda ciddi düzeyde beslenme bozukluğu görülebilmektedir (32, 33).

#### **2.4.1.3. Duodenal Switch**

Esasen biliopankreatik diversiyona benzemektedir ancak midenin büyük bir kısmı bırakılmakta ve duodenumun küçük bir kısmı dahil edilmektedir (32). Bu yöntem ile dumping sendromu önlenmeye çalışılır. Duodenal switch'in (DS) demir, B<sub>12</sub>, ve kalsiyum da dahil pek çok besinde tek başına Biliopankreatik diversiyon'dan daha iyi emilim sağladığı görülmüştür (33). DS'ye özgü yan etkiler, kronik ishal olma ihtimalinin artması, daha fazla kötü kokulu dışkı ve daha çok gaz çıkarma şeklindedir. Bu ameliyat dünyada çok az sayıda hastada kullanılmaktadır (34).

#### **2.4.2. Sadece Gıda Alımını Kısıtlayan Ameliyatlar**

Tüm kısıtlayıcı ameliyatların ortak noktası mide hacminin azaltılmasıdır. Bu ameliyatın uygulandığı hastalarda mide hacminin küçültülmesi, düşük kalorili besin alınması ve doyumun erken sağlanmasıyla kilo kaybı olmaktadır (26). Oral gıda alımından sonra hacmi küçük olan mide, hemen dolarak gerilmektedir. Bu gerilme vagus siniri aracılığıyla hipotalamusun iştah düzenleyici merkezine iletilmekte ve bireyin doyumluk hissetmesine neden olmaktadır (31). Bu yöntemler malabsorbsiyona sebep olan ameliyatlara kıyasla daha basit olmakla beraber ölüm ve komplikasyon oranı da daha düşüktür (34).

#### **2.4.2.1. Vertikal Bant Gastroplastisi**

Zimba makinesi aracılığıyla özofagogastrik bileşkenin 5cm altında küçük kurvaturdan yaklaşık 1-1.5 cm uzaklıkta mideye bir delik açılarak zimba bu delik

içerisine sokulur. Böylelikle mide vertikal olarak ikiye ayrılmış olur. Böylelikle mideye besin geçişi kısıtlanmış olur (26). Üst mide kesesinin doldurulması doyma hissine sebep olur ve böylece katı besin alımının azalması kilo kaybına sebep olur (29). Zımbanın böldüğü kısımda daralma gibi komplikasyonlar görülebilir (26, 30).

#### **2.4.2.2. Gastrik Bant**

Bu yöntemde, midenin fundus bölümü daraltılarak bir engel oluşturulur ve hastanın daha az besin tüketerek doyması amaçlanır. Hasta için hedeflenen kilo kaybına ulaşılmaya başlandığında midenin bant ile sarılan bölümünün boyutu balonun şişliği azaltılarak değiştirilebilir. Bu yöntemde beslenme yetersizlikleri minimal seviyede olur (28). Eğer kullanılan bant bir şekilde genişler veya kayarsa laparoskopik olarak çıkartılıp gerekirse yerine yenisi takılabilir (28-30).

#### **2.4.2.3. Sleeve Gastrektomi**

Obezite cerrahisinde son zamanlarda sıklıkla tercih edilen ve 'tüp mide' olarak da bilinen yöntemde, mide pilorun 5-10 cm gerisinden başlanarak kesilmeye başlanır. Küçük kurvatur boyunca 3 cm genişliğinde, 1 cm kadar yağ yastığı kalacak şekilde bölünür. Ön ve arka vagus sinirinin korunduğu bu yöntemde midenin % 85'i çıkarılmaktadır (26, 32, 35). Böylelikle mideye alınacak besinlerin miktarı kısıtlanmış olur. Ayrıca bu yöntemde, çıkarılan mide kısmından salgılanan ve açlık hormonu olarak da bilinen Ghrelin hormon seviyesinde düşüş elde edilerek hastanın tokluk hissetmesi sağlanır (35). Sleeve gastrektomi (SG) yapılan hastaların ameliyat sonrasında B<sub>12</sub> vitamini ve demir takviyesi almaları gerekir (26, 31, 32).

Uluslararası Obezite ve Metabolik Hastalıklar Cerrahisi Federasyonu (IFSO-the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders) 2013 yılı verileri ile karşılaştırıldığında SG, ortalama % 9'luk bir artış ile en çok artış gösteren prosedür olmuştur. Obezite cerrahisinde en çok tercih edilen prosedür olup 2014 yılı verilerine göre 37.872 SG gerçekleştirilmiştir. (36).



### **2.4.3. Hem Malabsorpsiyona Neden Olan Hem de Gıda Alımını Kısıtlayan Ameliyatlar**

#### **2.4.3.1. Roux-en Y Gastrik Bypass**

Bu uygulamada midenin üst kısmında stapler yardımıyla kesilip dikilerek yaklaşık 30-50 cc hacminde yeni bir mide poşu yaratılır ve bu kısım ile jejunum anastomoz edilir. Oluşturulan küçük mide poşu gıda alımı ile gerilerek beyindeki doyma merkezine sinyal gönderir ve tokluk hissi oluşur. Gıda alır almaz, besinler yemek borusundan geçerek küçük mideye gelir ve direkt ince bağırsağa geçer (26, 32). Duodenum ve proksimal jejunum bypass edildiği için özellikle demir ve B vitamini emilimi önemli seviyede bozulur (30, 32).

### **2.5. Bariatrik Cerrahide Görülen Komplikasyonlar**

Diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi bariatrik cerrahi sonrasında da komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (27). Ameliyat sonrası erken dönemde, solunum güçlüğü, bağırsak hareketlerinde yavaşlama, kanama, anastomoz kaçağı, yüksek ateş, bulantı ve kusma gibi istenmeyen sorunlar ortaya çıkabilmektedir (26, 32, 33). Hemşire erken dönemde çıkabilecek bu sorunların önüne geçmek için hastanın yaşam bulgularını, drenaj miktarını ve idrar çıkışını takip etmeli, hastaya sekresyonlarını atabilmesi için derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretmelidir (26-28, 56, 60).

### **2.6. Bariatrik Cerrahi Sonrası Yeme Davranışları**

#### **2.6.1. Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu ve Tıkanırmasına Yeme**

Tıkanırmasına yeme bozukluğu (TYB), cerrahi sonrası yeme davranışının düzenlenmesini oldukça zorlaştıran bir davranış olması nedeniyle büyük öneme sahiptir (13). Bariatrik cerrahi sonrası tıkanırmasına yeme (TY) ve TYB görülme sıklığı cerrahi öncesine kıyasla belirgin oranda düşüktür. Ancak bariatrik cerrahi sonrası TY patolojisinin farklı halleri devam edebilmekte ya da ameliyat öncesi dönemde TYB olmayan hastalarda ameliyat sonrası dönemde görülebilmektedir. Bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası süreçte çok fazla miktarda besin tüketmeleri fiziksel açıdan mümkün değildir. Aşırı besin tüketimi ya dumping sendromuna ya da kusmaya yol açmaktadır (37).

### **2.6.2. Kontrol Kaybı ile Yeme (KKY)**

Kontrol kaybı ile yeme, cerrahi sonrası hastaların çoğu için baş etmesi zor bir davranıştır. KKY'de hasta fiziksel olarak aç olmamasına rağmen bir şeyler yemek istemektedir ve sonrasında hasta bu davranışından dolayı pişmanlık ve suçluluk hissetmektedir (38).

### **2.6.3. Grazing**

Grazing bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Genellikle küçük veya orta büyüklükteki yağ ve karbonhidrattan zengin gıdaların yineleyici tüketimi (ikiden fazla) şeklinde tanımlanmaktadır (39).

### **2.6.4. Kusma Davranışı**

Ameliyat sonrası dönemde bazı hastalarda beden şeklini korumak ve kilo kontrolünü sağlamak için istemli kusmalar görülmektedir (40). De Zwaan ve ark., bariatrik cerrahi sonrası kusmanın oranının %60 olduğunu ve bunun %12'sinin beden imgesi ve kilo kontrolü ile ilişkili kusmalar olduğunu bulmuşlardır (41).

### **2.6.6. Yemeden Kaçınma Bozukluğu**

Bariatrik cerrahi hastaları kiloları ideal bir seviyeye geldikten sonra tekrar kilo almaktan çok korkarlar. Yemeden kaçınma bozukluğu beden imgesinden hoşnut olabilmek için anksiyetenin eşlik ettiği yeme miktarının azalması, hızlı kilo verme, laksatif kullanma gibi ölçütlerden oluşan yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (40, 41).

### **2.6.7. Çiğneme ve Tükürme**

Çiğneme ve tükürme bariatrik cerrahi sonrasında sıklıkla rastlanılan bir davranıştır. Bu davranış ameliyat sonrası plugging (tıkanma) durumu ile ilişkili gelişebilmektedir (41).

### **2.6.8. Kahvaltıyı Atlama**

Ameliyat sonrası dönemde hastalar tekrar kilo almaktan kaçınmak amacıyla kahvaltı öğününü atlama davranışı gösterebilmektedir (42).

### **2.6.9. Gece Yeme Sendromu (GYS)**

Bu sendrom cerrahi sonrasında öncesine kıyasla daha düşük oranda görülmektedir. Hsu ve ark., bariatrik cerrahi öncesi gece yemesi olan hastaların ameliyat sonrasında da gece yemeye devam ettiğini bulmuşlardır. Ayrıca ameliyat sonrası saptanan gece yeme vakalarının yarısından fazlasının yeni geliştiğini de saptamışlardır (42, 43).

### **2.7. Bariatrik Cerrahi ve Depresyon**

Depresyon günümüzde obezite gibi küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir ve günlük yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir (44, 45).

Depresyona dair ilk bilgiler Karl Abraham'ın iyi-kötü anne tanımlamasından gelmektedir (46). Abraham, çocuğun anneye hissettiği olumsuz duygularını kendisine döndürdüğünü ve bu durumun çocukta suçluluk hissine yol açtığını söylemiştir. Depresyon nefretten kaynaklanır ve nefretin bastırılmaya çalışıldığı noktada suçluluk hissedilir (46, 47). Davranışçı yaklaşıma göre ise depresyon, çevreden gelen uyaranların birey tarafından genellenmesi ve bireyin yeterince olumlu pekiştirece sahip olmaması durumudur (48).

Literatürde, depresif kişilerin stresle baş edebilmek için beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı açısından kilo almaya neden olabilecek tercihlerde buldukları ve bu nedenle obez olmaya yatkın oldukları bildirilmektedir (49). Bu duruma en iyi örnek duygusal yemenin, üzüntü ve tüketilen besin miktarı arasında düzenleyici değişken olmasıdır (20). Kişiler duygularını kontrol etmek için yemeye yönelirler. Depresyonda ve duygusal yemede özellikle yüksek kalorili besinlerin tercih edilmesi kilo alımına ve dolayısıyla obeziteye yol açmaktadır (20, 48).

Bariatrik cerrahi sonrasında ise, belirli bir diyet programına uymak zorunda kalan hastalar, diyetlerinin başarısızlıkla sonuçlanacağına dair endişelerinden dolayı daha yoğun stres ve depresyon yaşama eğilimindedirler (50, 51). Ameliyat sonrası farklı duygu durumlarının yeme davranışı üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, yüksek kısıtlayıcı beslenmede olan hastaların depresif duygu durumunda, nötr ve mutlu duygu durumlarına oranla daha fazla yemek yeme isteğinin olduğu bulunmuştur (52). Van Strien ve ark., tarafından yapılan bir çalışmada; kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışı obeziteyle önemli derecede ilişkili bulunmuştur (20). Kontinen ve ark., tarafından yapılan bir çalışmada ise; enerji oranı yüksek, sağlığa zararlı besinleri tercih etmenin

duygusal yeme davranışının bir sonucu olarak ortaya çıktığını ve bu sonucun depresyonla bağlantılı olduğu belirlenmiştir (53).

## **2.8.Bariatrik Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakımı**

Bariatrik cerrahi uygulanan hastalar büyük bir ameliyat uygulandığı için tecrübeli çalışanlar tarafından üniteye alınmalıdır. Hemşireler hastanın ağrı kontrolünü yapmalı ve hava yolu açıklığını değerlendirmelidir. Hastalar erken dönem ameliyat komplikasyonları (solunum sıkıntısı, şok, kanama vb. gibi) yönünden izlenmelidir. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı aşağıda sıralanmıştır:

**Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi:** Hasta, yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettirmek için güvenli bir çevreye ihtiyaç duymaktadır (54). Hastanın sağlık kurumuna başvurusuyla beraber güvenli çevrenin sağlanmasına yönelik uygulamalar gözden geçirilmelidir. Obez hastalarda yara iyileşmesi önemlidir. Hemşire yara çevresindeki kanama, renk değişimi ve şişliği takip etmeli ve yarayı enfeksiyonlara karşı temiz ve kuru tutmalıdır (54-56). Obez hastalara uygulanan ameliyat süresinin uzun olması, ameliyat sonrası hareket kısıtlılığı, solunum güclüğü, insizyon bölgesindeki kasların refleks olarak kasılması ve uygun olmayan pozisyon, ağrının algılanmasıyla ilgili hastada anksiyete ve korkuya neden olur ve daha ileri düzeyde kas spazmına neden olarak ameliyat sonrası ağrının oluşmasında rol oynar (57-61). Hemşire ağrıya yol açabilecek sorunu incelemeli ve bu sorunu ortadan kaldırmaya yönelik önlemler almalıdır. Bunların dışında hastalarda düşme riski, enfeksiyonlar, oral mukoz membranda kuruluk ve bası yarası gibi sorunlar görülebilmektedir. Bu süreçte hemşire gerekli güvenlik önlemlerini kontrol etmeli ve hastayı desteklemelidir (54, 55).

**Solunum Aktivitesi:** Hastalar ameliyat sonrası dönemde anestezi sırasında, uzun süre hareketsiz kalmaya ve akciğerlerin kollabe olmasına bağlı öksürük, balgam, nefes darlığı ve taşikardi gibi sorunlar yaşayabilmektedir (56). Hemşire, hastanın rahat solunumu sağlamak için yatak başını yükseltmeli, hastaya solunum ve öksürük egzersizlerini öğretmeli, öksürme esnasında ağrıyı hafifletmek ve ameliyat yerinin açılmasını önlemek için ameliyat yerini desteklemesi gerektiğini vurgulamalıdır. Hastanın pozisyonunu sık sık değiştirmeli ve erken mobilizasyon için desteklemelidir (55-57).

**Beslenme Aktivitesi:** Ameliyattan sonra anastomoz kaçağı olup olmadığı anlaşılana kadar hastalara ağızdan su ve besin verilmez. Anastomoz kaçağı olmayan hastaya su ve şekersiz sıvılar verilir (58). Hemşire, ameliyat sonrası gelişebilecek dumping sendromu

belirtilerini bilmeli ve buna yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Hastaya taburcu olduktan sonra sık sık az miktarda yemesi, iyice çiğnemesi, öğün aralarında ve yemeklerden önce yeterince sıvı alması, yemekten sonra yaklaşık 30 dk oturması söylenmelidir (55, 56).

**Hareket Aktivitesi:** Ameliyat sonrasında hastaların hareketsiz kalması emboli riskini arttırmaktadır. Hemşire emboli ve tromboz riskine karşı hastayı takip etmelidir. Hareket kısıtlılığı bası yarası, eklem kontraktürleri, pnömoni, atelektazi ve konstipasyon gibi komplikasyonlara da neden olabilmektedir (27, 56). Hemşire bu komplikasyonları önlemeye yönelik yatak içinde pozisyonunu değiştirirken hastaya yardım etmeli, yeterince yürümesi için hastayı teşvik etmeli, nefes ve öksürük egzersizlerini öğreterek uygulanması sırasında hastayı izlemeli, yeterli sıvı aldığından emin olmak için aldığı ve çıkardığı sıvı takibini dikkatli yapmalıdır (27).

**Boşaltım Aktivitesi:** Ameliyat sonrası yatak istirahati, analjezik ilaç kullanma, oral almaya başladıktan sonra erken dönemde sadece sıvı besin diyetinin uygulanması konstipasyona neden olabilmektedir. Hemşire hastaların boşaltım aktivitesini düzenlemeye yönelik diyet listesine uyması, yeterince sıvı tüketmesi ve hareket etmesi ile ilgili eğitim vermelidir (59).

**Kişisel Temizliği Sağlama:** Ameliyat sonrası yatak istirahatinde olan hastanın, tuvaletini yapması ve lokal/genel banyolar gibi işlemler akut ağrıyı arttırabilir (56). Bu hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde ortaya çıkan akut ağrı, hastanın bağımsız gerçekleştirebileceği aktivitelerini ve kişisel temizlik yapmasını zorlaştırmaktadır. Bu yüzden hemşire ağrıyı gidermeye yönelik önlemler almalıdır. Bu hastalarda fazla kiloya bağlı katlanmış karın görülebilmektedir. Bu da enfeksiyon riski taşıdığı için hemşire bu bölgelerin temizlenmesinde hastayı teşvik etmeli ve desteklemelidir (27, 56, 60).

**Beden Isısının Kontrolü:** Hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde solunum komplikasyonlarına bağlı olarak yüksek ateş görülebilir (60). Hemşire ortaya çıkabilecek komplikasyonlar nedeniyle hastaların vücut ısısını sıkı takip etmelidir. Hastaya sık sık derin solunum egzersizleri yaptırılmalıdır. Derin solunum egzersizlerinde hastaların triflo kullanması, fizyolojik olarak doğru solunum yapmasını sağlar. Hasta mümkün olduğunca hareket etmeye teşvik edilmelidir (56).

**Uyku Aktivitesi:** Bariatrik cerrahi sonrası ağrı varlığı, hastane ortamının strese sebep olması ve yatak istirahatinden dolayı hareketin kısıtlanması gibi olumsuz psikolojik ve fizyolojik nedenler hastaların uyku düzenini olumsuz etkilemektedir (27). Obez

hastalarda gündüz uyku hali, uyku apnesi ve horlama sık görülmektedir (55). Bu durum kilo kaybıyla doğru orantılı olarak azalabilmektedir. Uyku problemlerinin en önemli sebebi ağrıdır. Hemşire ağrıyı gidermeye yönelik önlemler almalıdır. Hastalara taburcu olurken kullanabilecekleri ağrı kesici ilaç ve dozu konusunda bilgi vermelidir (55, 56).

**İletişim:** Hastaların psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmeleri zaman gerektiren bir süreçtir.Çoğu hasta, öz güven duygularını ve enerjilerini artırma ve sağlık durumlarını geliştirme açısından olumlu düşüncelere sahiptirler. Ancak yeni görünümüne uyum sağlamada psikolojik ve sosyal olarak endişelenmektedir. Bariatrik cerrahiden sonra taburculuk sırasında hastaların uyum sürecini kolaylaştırmak için birbirlerini destekleyebilecekleri gruplar oluşturulabilir (60, 61).

**Çalışma Aktivitesi:** Büyük bir cerrahi girişim geçiren hasta geçici bir süre çalışma aktivitesinden geri kalabilir. Bu süreçte sağlık giderlerinin yanı sıra temel gereksinimlerin karşılanmasına dair endişeler ve sorunlar ortaya çıkabilir (55, 59). Hemşire hastanın iş hayatına dönememe nedenlerini araştırıp bu sorunlarla baş edebilmesi için yardım etmeli ve ameliyattan yaklaşık bir hafta sonra iş hayatına dönerek kendini yormadan çalışması için teşvik etmelidir (60).

**Cinsellik Aktivitesi:** Hastalar ameliyat sonrası ilk 6 saat kıyafet giyememektedirler. Hemşire hasta gizliliğine saygı duymalı ve onu desteklemelidir. Hastalar taburcu olduktan sonra cinsel hayatlarının olumsuz etkileneceğinden endişelenmektedirler. Hemşire hastaların bu endişelerini gidermeli ve bariatrik cerrahinin cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemeyeceği ile ilgili açıklayıcı bilgi vermelidir. Bariatrik cerrahi geçiren kadınlara en az bir yıl hamile kalmamaları önerilmektedir (6,62,63).

**Ölüm:** Hastalar ameliyatın kendileri için faydalı olduğunu kabul etseler de ameliyatın risklerinden korkmaktadırlar (56). Anksiyetenin sebebi bilinmeyen korkusudur ve bu da hastalara ölümü hatırlatmaktadır. Hastalar bu endişelerini çeşitli şekilde ifade ederler. Bazıları sakin ve içine kapalıyken bazıları ise çocuk gibi bağımlı davranmaktadırlar. Hemşire hastayı izlemeli ve bu endişelerini gidermeye yardım etmelidir (57, 58).

### **3. MATERYAL ve METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma bariatrik cerrahi sonrası hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'nde Temmuz 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında yürütüldü.

Fırat Üniversitesi Hastanesi genel cerrahi klinik ve polikliniği 1985 yılından itibaren 3.derece üst sağlık merkezi olarak bölgeye hizmet vermektedir. Klinik 70 yatak kapasitesine sahip olup 3 ayrı bölümden oluşmaktadır. Polikliniğe gün içerisinde muayene için yaklaşık 120 hasta başvurmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini genel cerrahi kliniğinde bir yıllık süreçte ameliyat olan 1000 yetişkin hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini belirlemek için yapılan güç analizinde 0.05 yanılma düzeyi, 0.95 güven aralığında 0.6 etki büyüklüğü ve 0.95 evreni temsil gücü ile örneklem büyüklüğü 278 hasta olarak belirlendi. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm hastalar örneklem seçim yöntemine gidilmeden araştırmaya dahil edildi.

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- Ameliyatının üzerinden en az bir ay geçmiş olan
- İletişime ve iş birliğine açık olan
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan hastalar araştırmaya dahil edildi.

#### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (EK-3) ve Beck Depresyon Ölçeği (EK-4)” kullanıldı.

**Tanıtcı Özellikler Formu (EK-2):** Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 10 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, herhangi bir kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma durumu, bariatrik cerrahi türü, bariatrik cerrahi uygulanma zamanı) oluşmaktadır.

**Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) (DEBQ) (EK-3):** Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ) Van Strien ve ark. tarafından geliştirilmiştir (64). Ölçek 33 sorudan oluşmaktadır ve 3 alt faktörü bulunmaktadır. Ölçek sonucunda bireylerdeki “Duygusal Yeme Davranışı”, “Kısıtlayıcı Yeme Davranışı” ve “Dışsal Yeme Davranışlarının” değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bozan tarafından yapılmış (2009), tüm ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir (65). Bu araştırmada ölçek al boyutlarının cronbach alpha kat sayıları duygusal yeme için 0.94, kısıtlayıcı yeme için 0.92, dışsal yeme için 0.86, ölçek toplam puanı için ise 0.83 olarak belirlendi. Ölçek 5’li likert skalası ile değerlendirilmektedir (1- hiçbir zaman, 2- nadiren, 3-bazen, 4- sık, 5- çok sık). Ölçeğin;

- 1-10 arası soruları “kısıtlayıcı yeme davranışlarını”
- 11-23 arası soruları “duygusal yeme davranışlarını”
- 24-33 arası soruları “dışsal yeme davranışlarını” değerlendirmektedir (65).

Ölçek alt boyutlarından alınabilecek puan duygusal yeme için 13 ile 65, kısıtlayıcı yeme için 10 ile 50, dışsal yeme için 10 ile 50 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 33 ile 165 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yeme davranışının fazla olduğunu göstermektedir.

**Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-4):** Ölçek Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’deki geçerlilik-güvenirliği Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır (66). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.81 olarak saptandı. Ölçek toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0–63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıka depresyon düzeyi de artmaktadır (66).



### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler Temmuz 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde hafta içi hergün araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların bilgilerine kayıtlardan ulaşıldı. Ameliyattan sonra kontrol için polikliniğe gelen hastalara araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar doğrultusunda formlar dolduruldu. Bir görüşme ortalama 15-20 dakika sürdü.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde; sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ölçek ortalamalarının hesaplanmasında aritmetik ortalama kullanıldı. İki ölçeğin karşılaştırılmasında ise Pearson Korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmada  $p < .05$  önemli olarak kabul edildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-5) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yasal izin (EK-6) alındı. Araştırmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı açıklanıp, hastalardan yazılı (EK-7) ve sözel izinler alındı.

Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklandı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi”, “İnsan Onuruna Saygı İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirildi.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılığı**

Veriler hastalar poliklinik kontrolüne geldikleri zaman toplandığından, tekrarlı ve uzun süreli değerlendirmelerin yapılamaması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde bariatrik cerrahi sonrası hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri verildi.

**Tablo 4.1.** Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (s=278)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
18-28	79	28.4
29-39	151	54.3
40-50	48	17.3
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	128	46.0
Kadın	150	54.0
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur yazar değil	7	2.5
Okur-yazar	9	3.2
İlköğretim	20	7.2
Ortaöğretim	95	34.2
Yüksekokul ve üzeri	147	52.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	124	44.6
Bekar	154	55.4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	150	54.0
Çalışmıyor	128	46.0
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Kötü	19	6.8
Orta	145	52.2
İyi	114	41.0
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100.0</b>

Araştırmada hastaların % 54.3'ünün 29 - 39 yaş aralığında, % 54.0'ünün kadın, % 52.9'unun yüksekokul ve üzeri mezunu, % 55.4'ünün bekar olduğu, % 54.0'ünün çalıştığı, % 52.2'sinin gelir düzeyinin orta olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2'de araştırmaya katılan hastaların bazı tıbbi özellikleri verildi.

**Tablo 4.2.** Hastaların Bazı Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (s=278)

<b>Tıbbi Özellikler</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	36	12.9
Yok	242	87.1
<b>Daha önce ameliyat olma durumu</b>		
Evet	74	26.6
Hayır	204	73.4
<b>Geçmiş ameliyat türü</b>		
Abdominal	22	7.9
Beyin	8	2.9
Kalp-damar	3	1.1
Kas-iskelet	17	6.1
Diğer (Estetik, KBB)	24	8.6
<b>Bariatrik cerrahi türü</b>		
Sleeve Gastrektomi	278	100.0
<b>Bariatrik ameliyat olma zamanı</b>		
1-3 ay önce	260	93.5
4-6 ay önce	18	6.5
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100.0</b>

Araştırmada hastaların tamamına sleeve gastrektomi uygulandığı, % 87.1’inde kronik hastalık öyküsünün olmadığı, % 73.4’ünün daha önce ameliyat olmadığı, %7.9’una daha önce abdominal cerrahi uygulandığı, %93.5’inin 1-3 ay içerisinde bariatrik ameliyat olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Hastaların Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Tablo 4. 3’te verildi.

**Tablo 4.3.** Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları

<b>Toplam Ölçek ve Alt Boyutlar</b>	<b>En Düşük-En Yüksek Puan</b>	<b>Ort. ± SS</b>
Duygusal Yeme	19-55	36.34±7.19
Kısıtlayıcı Yeme	10-50	27.91±6.85
Dışsal Yeme	28-50	40.11±5.03
<b>Toplam Puan</b>	<b>68-139</b>	<b>104.38± 10.29</b>

Hastaların Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; Duygusal Yeme için 36.34±7.19, Kısıtlayıcı Yeme için 27.91±6.85, Dışsal Yeme için 40.11±5.03 olduğu, ölçek toplam puan ortalamasının ise 104.38±10.29 olduğu görüldü (Tablo 4.3).

Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları Tablo 4. 4’te verildi.

**Tablo 4.4.** Beck Depresyon Ölçeğinden Alınan Toplam Puan Ortalamaları

<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	<b>En Düşük-En Yüksek Puan</b>	<b>Ort. ± SS</b>
<b>Toplam Puan</b>	<b>1-42</b>	<b>17.87± 7.71</b>

Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 17.87± 7.71 olduğu görüldü (Tablo 4.4).

Hastaların Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 4.5'te verildi.

**Tablo 4.5.** Hastaların Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		<b>Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan</b>	
<b>Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği</b>	<b>Duygusal Yeme</b>	r	0.152
		p	<b>.012*</b>
	<b>Kısıtlayıcı Yeme</b>	r	-0.043
		p	.477
	<b>Dışsal Yeme</b>	r	0.230
		p	<b>.000*</b>
	<b>Toplam Puan</b>	r	0.190
		p	<b>.002*</b>

\*p<.05

Araştırmada yeme davranışları ölçeği toplam ve alt boyutlarından duygusal ve dışsal yeme puan ortalamaları ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<.05). Araştırmada hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları toplam puan arttıkça yeme davranışı ölçeğinden aldıkları toplam puanın da arttığı görüldü (Tablo 4.5).

## 5. TARTIŞMA

Obezite günümüzde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Obez bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıkların yanı sıra psikiyatrik rahatsızlıklar da normal bireylere oranla artış göstermektedir (67, 68). Eren ve Erdi obez hastaların %81'inde depresyon görüldüğünü saptamıştır (68).

Obez bireyler için çeşitli tedavi yöntemleri bulunmakla birlikte hastaların sıklıkla tercih ettikleri yöntemlerin başında bariatrik cerrahi gelmektedir. Bariatrik cerrahi dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek artmaktadır (26, 28). Bariatrik cerrahi sonrası hastaların yaşam düzenleri değişmekte, kendilerine yeni yeme alışkanlıkları geliştirmektedirler. Hastaların değişen yeme davranışları ise ruhsal durumlarını etkilemektedir (69). Bariatrik cerrahi sonrası depresyon hastalarda sık görülen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir (70).

Bu bağlamda bariatrik cerrahi sonrası hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan hastaların toplam, duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal yeme davranışının fazla olduğu saptandı (Tablo 4.3). Literatürde obez hastaların yeme davranışlarının arttığını gösteren çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Öyle ki Seven tarafından ve Köse tarafından yapılan araştırmalarda obez bireylerde yeme davranışında artış olduğu belirlenmiştir (69, 71). Dakanalis ve ark. obez bireylerde normal bireylere oranla duygusal ve dışsal yemede artış olduğunu saptamıştır (15). Manzoi ve ark. obez kadınlarda yapmış olduğu çalışmada duygusal yemenin yüksek olduğunu tespit etmiştir (Manzoi ve ark.). Obez hastalarda yeme davranışının arttığını gösteren çalışmaların yanı sıra bariatrik cerrahi sonrası yeme davranışlarının arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmaların birinde Guerdjikova ve ark. bariatrik cerrahi sonrası duygusal yemenin arttığını tespit etmiştir (16). Eddins yapmış olduğu çalışmada bariatrik cerrahi sonrası duygusal yemenin arttığını ve duygusal yemenin kilo artışını yordadığını belirlemiştir (72). Bariatrik cerrahi sonrası hastaların deneyimleri, stres, mide hacmindeki küçülmeye bağlı bir gündeki gerekli kaloriyi karşılamaya yönelik öğün sayılarının artması, yeme konusunda kendi denetimlerini sağlayamama, sosyal destek yetersizliği

gibi faktörler hastalarda yeme davranışını arttırmakta ve kilo geri alımına neden olmaktadır (73, 74). Araştırma bulguları literatürle benzerdir.

Araştırmaya katılan hastaların depresyon ölçeği toplam puan ortalaması  $17.87 \pm 7.71$  olarak bulundu (Tablo 4.4). Bu sonuca göre hastaların depresyon düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Bu sonucun aksine literatürde obez bireylerde depresyonun yüksek olduğu bildirilmektedir. Eryılmaz yaptığı araştırmada obez bireylerde depresyon düzeyinin yüksek olduğunu tespit etmiştir (1). Bhattarai ve ark. obezitenin depresyon görülme sıklığını arttırdığını belirlemiştir (19). Literatürde bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası depresyon düzeylerini inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Dawes ve ark.; White ve ark. bariatrik cerrahi öncesi ve sonrasında hastalarda depresyon görülme sıklığının yüksek olduğunu tespit etmiştir (48, 49). Osterhues ve ark.; Hall ve ark. bariatrik cerrahi sonrası hastaların depresyon düzeylerinin arttığını saptamıştır (50, 51). Çalışır, bariatrik cerrahi ameliyatı olan hastalarda ameliyat sonrası depresyon düzeylerinin öncesine göre arttığını belirlemiştir (46). Bariatrik cerrahi sonrası hastaların beden imajında ve yeme davranışlarında değişiklik meydana gelmesi, deri sarkmaları hastaların ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar bu nedenle genellikle psikiyatrik destek almak zorunda kalmakta ve sıklıkla antidepresan ilaç kullanmaktadırlar (75, 76). Sözü edilen bu çalışmalarda ameliyat sonrası depresyon düzeyi genellikle bir yıl sonra değerlendirilmiştir. Bu araştırmada ise ameliyat öncesi depresyon düzeyi değerlendirilmemekle birlikte ameliyat sonrası hastaların çoğunun erken dönemde değerlendirilmesi, uzun süreçte izlenememesi araştırma sonuçlarındaki farklılığın nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmada yeme davranışları ölçeği alt boyutlarından duygusal yeme, dışsal yeme ve toplam puan ortalamaları ile depresyon ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.5). Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça yeme davranışlarının arttığı saptandı. Literatürde obez bireylerde depresyon ile yeme davranışlarının ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Vidal ve ark. obez bireylerde yeme davranışları ile depresyon arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu saptamıştır (77). Obez hastalar kendilerini ruhsal olarak iyi hissetmek için genellikle karbonhidrattan zengin, bol şekerli, yüksek kalorili yiyecekler yemeyi tercih etmektedir (78). Duygusal yemede ise hastalar açlık hissettikleri için değil, olumsuz duygularına yanıt olarak yemeyi tercih etmektedirler. Örneğin duygusal yemede hastalar kendilerini ruhsal olarak ne kadar kötü hissederse o kadar yeme öğünlerini

arttırmakta ve yüksek kalorili besinler tüketmektedirler (79, 80). Literatürde obez bireylerde özellikle ruhsal sorunlarla başa çıkmada duygusal yemenin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Van Strien ve ark. obez bireylerde duygusal yeme ile depresyon arasında pozitif yönde ilişki olduğunu belirlemiştir (20).

Ruhsal olarak rahatlamada dışsal yeme de artmaktadır. Fizyolojik olarak açlığı olmayan birey olumsuz duygularıyla başa çıkabilmek için ortamda bulunan yiyeceğin kokusundan, görünüşünden, lezzetinden etkilenerek fazla tüketmektedir. Literatürde dışsal yeme ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Güzey'in yapmış olduğu çalışmada ruhsal olarak kendini kötü hisseden obez bireylerde dışsal yemenin arttığı belirlenmiştir (81).

Literatürde bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası depresyon düzeyleri ile yeme davranışlarını inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Odom ve ark. yapmış olduğu çalışmada bariatrik cerrahi sonrası depresyonun arttığı ve bu durumun da yeme davranışını arttırarak kilo alımını etkilediğini tespit etmiştir (24) Sevinçer ve ark. obez bireylerde yapmış olduğu çalışmada bariatrik cerrahi sonrası duygusal yeme ile depresyon arasında pozitif korelasyon olduğunu saptamıştır (18). Zijlstra ve ark. bariatrik cerrahi sonrası hastalardaki dışsal yeme artışının depresyonla ilişkili olduğunu belirlemiştir (23). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Obezite, hastaların beden imajını olumsuz yönde etkilemektedir. Obezite tanısı alan bireyler aynanın karşısına geçtiğinde kendilerini beğenmemekte, toplum içine çıkmaktan endişe duymaktadırlar. Bu durum hastaların olumsuz duygularını arttırmakta ve anksiyete, stres, depresyon gibi ruhsal sorunların görülme oranını arttırmaktadır (76, 77). Bu nedenle hastalar bu durumlarla baş edebilmek, ruhsal olarak rahatlamayı sağlamak ve olumsuz duyguları azaltmak amacıyla yeme davranışlarını arttırabilmektedirler.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bariatric cerrahi sonrası hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda:

- Hastaların yeme davranışları ölçeği alt boyutlarından duygusal yeme, dışsal yeme ve toplam puan ortalamalarının yüksek, yeme davranışları ölçeği alt boyutlarından kısıtlayıcı yeme puan ortalamasının orta düzey olduğu,
- Hastaların depresyon düzeylerinin düşük olduğu,
- Hastaların yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu,
- Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça yeme davranışlarının arttığı,

belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler tarafından;

- Bariatric cerrahi sonrası hastaların ruhsal sağlığını korumaya yönelik eğitimler planlanması,
- Ameliyat sonrası yeme davranışlarının düzenlenmesi doğrultusunda beslenme programlarının düzenlenmesi,
- Hastaların depresyon düzeylerini azaltmak ve kilo kontrollerini sağlamak amacıyla egzersizlerin öğretilmesi, beslenme programlarına uyması, birbirlerini destekleyebilecekleri gruplara dahil olmaları

önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Eryılmaz ZS. Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
2. Çalışır S. Obezite Nedeniyle Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Cerrahi Öncesi Ve Sonrası Psikiyatrik Değerlendirme. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi, Konya, 2018.
3. World Heart Federation Obesity: A growing danger. [http://www.worldobesity.org/site\\_media/uploads/Factsheet\\_Obesity.Pdf](http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/Factsheet_Obesity.Pdf). Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2019.
4. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Obezite Hakkında OECD Raporu. <http://www.tuseb.gov.tr/akademik/obezite-hakkinda-oecd-raporu>. Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2019.
5. Dixon J, Dixon M, O'brien P. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. *Obes Surg* 2002, 2(12): 65-71.
6. Jans G, Matthys C, Bogaerts A, Amaye L, Deleare F, Roelens K, et al. Depression and anxiety: lack of associations with an inadequate diet in a sample of pregnant women with a history of bariatric surgery—a multicenter prospective controlled cohort study. *Obes Surg* 2018, 28: 1629-35.
7. Freeman RA, Overs SE, Zarshenas N, Walton KL, Jorgensen JO. Food tolerance and diet quality following adjustable gastric banding, sleeve gastrectomy and roux-y gastric bypass. *Obesity Research and Clinical Practice* 2014, 8: 183-191.
8. Heo M, Allison DV, Faith MS, Zhu S, Fontaine KR. Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. *Obesity Research* 2003, 11(2): 209-16.
9. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of Applied Physiology* 2005, 99: 765-70.
10. Kiewieta R, Duriana MF, Cuijpersb L, Hespce F, Vliet A. Quality of life after gastric banding in morbidly obese dutch patients: long- term follow-up. *Obesity Research and Clinical Practice* 2013, 2: 151-58.

11. Loux TJ, Haricharan RN, Clements RH, Kolotkin RL, Bledsoe SE, Haynes B, Leath T, Harmon CM. Health-related quality of life before and after bariatric surgery in adolescents. *Journal of Pediatric Surgery* 2008, 43: 1275–79.
12. Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, 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. *Eat Behav* 2014, 15(4):558–62.
13. Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkanırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2015, 7 (4): 419-35.
14. Babayiğit Z, Alçalar N, Bahadır G. Obez kadınlarda tıkanırcasına yeme bozukluğunun psikopatoloji ve bilişsel açıdan incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013, 33:1077-87.
15. Dakanalis A, Zanetti MA, Clerici M, Madeddu F, Riva G, Caccialanza R. Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement in variance across sex, BMI-status and age. *Appetite* 2013, (71):187-95.
16. Guerdjikova A I, West-Smith L, McElroy SL, Sonnanstine T, Stanford K, Keck PE. Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery* 2007, 17(8): 1091–1096.
17. Najim WA-N, Docherty NG, Roux CW le. Food intake and eating behavior after bariatric surgery. *Physiol Rev J* 2018, 98(3):1113–1141.
18. Sevinçer GM, Konuk N, İpekçioğlu D, Crosby RD, Cao L, Coşkun H, Mitchell JE. Association between depression and eating behaviors among bariatric surgery candidates in a Turkish sample. *Eat Weight Disord* 2017, 22:117–23.
19. Bhattarai N, Charlton J, Rudisill C, Gulliford MC. Prevalence of depression and utilization of health care insingle and multiple morbidity: apopulation- based cohort study. *Psychol.Med* 2013,43: 1423–31.
20. Van Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels RC, Winkens LH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite* 2016, 100: 216-24.
21. Lin HY, Huang CK, Tai CM, Lin HY, Kao YH, Tsai CC et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry* 2013, 13:1-5.

22. Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Mühlhas B, Ditsen B, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of Affective Disorders* 2011, 133: 61-68.
23. Zijlstra H, van Middendorp H, Devaere L, Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R. Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychol Health* 2012, 27(12):1375–87.
24. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg* 2010, 20: 349–56.
25. Kırkıl C. Bariyatrik cerrahi nedir? <https://www.cuneytkirkil.com/kopyasi-alt-sayfa>. Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2019.
26. Bozboru A. Obezitenin cerrahi tedavisi. *ANKEM Derg* 2002, 16(3):337-39.
27. Usta E, Akyolcu N. Cerrahi hemşirelerinin Fazla Kilolu/ Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014, 12:23-28.
28. Banlı O, Altun H, Karakoyun R, Özdoğan H, Kahveci K, Çakmak B. Obezite tedavisinde laparoskopik gastrik bant yerleştirilmesi sonuçları: İlk 100 olgu. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2009, 25 (1): 11-14.
29. O'Brien PE. Bariatric surgery: mechanisms, indications and outcomes. *J Gastroenterol Hepatol* 2010, 25 (8): 1358- 65.
30. Tüfekçi Alphan ME. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. İstanbul, Hatipoğlu Matbaacılık 1.baskı; s 277-304, 2013.
31. Barbaros U. Metabolik cerrahi: Metabolik sendroma ne kadar yararlı? 9. Metabolik Sendrom Sempozyumu, Antalya, 2012, s 61.
32. Homan J, Betzel B, Aarts EO, Laarhoven KJ, Janssen IM, Berends FJ. Secondary surgery after sleeve gastrectomy: Roux-en-Y gastric bypass or biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Surg Obes Rel Dis* 2015, 11 (4): 771–77.
33. Rezvani M, Sucandy I, Klar A, Bonanni F, Antanavicius G. Is laparoscopic singlestage biliopancreatic diversion with duodenal switch safe in super morbidly obese patients? *Surg Obes Relat Dis* 2014, 10 (3): 427-30.
34. Pata G, Crea N, Di Betta E, Bruni O, Vassallo C, Mittempergher F. Biliopancreatic diversion with transient gastroplasty and duodenal switch: long-term results of a multicentric study. *Obes Surg* 2013, 153 (3): 413-22.

35. Barrett A, Burch M. Sleeve Gastrectomy: Procedure and Outcomes. In: The Clinician's Guide to the Treatment of Obesity. Eds. A Youdim. 1st. New York: Springer; 2015, p: 125-39.
36. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Vitiello A, Zundel N, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obes Surg* 2017, 27 (9): 2279-89.
37. 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.
38. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mood Disorders, fifth ed., Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
39. 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, 18:147-50.
40. 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, 12:773-80.
41. 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.
42. 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, 14:353-60.
43. de Zwaan M, Marschollek M, Allison KC. The night eating syndrome (NES) in bariatric surgery patients. *Eur Eat Disord Rev* 2015, 23:426-34.
44. 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.
45. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchain 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, 8:533-41.

46. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü- türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum dizisi 2008, 62:3441-78.
47. Alaçam H, Karadağ RF, ve Şengül AC. Obezite ve psikiyatri. turkiye klinikleri *Journal of Endocrinology Special Topics* 2013, 6(1): 18-25.
48. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery. *Jama* 2016. 315 (2): 150.
49. White MA, Kalarchian MA, Levine MD, Masheb RM, Marcus MD, Grilo CM. Prognostic significance of depressive symptoms on weight loss and psychosocial outcomes following gastric bypass surgery: a prospective 24-month follow-up study. *Obesity Surg* 2015. 25 (10): 1909–16.
50. Hall BJ, Hood MM, Nackers LM, Azarbad L, Ivan I, Corsica J. Confirmatory factor analysis of the beck depression inventory-ii in bariatric surgery candidates. *Psychological Assessment* 2012, 25(1): 294–99.
51. Osterhues A, von Lengerke T. Health-related quality of life, anxiety and depression in bariatric surgery candidates compared to patients from a psychosomatic inpatient hospital . *Obes Surg* 2015, 2629-2.
52. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: the mediating role of emotional eating. *Int J Eat Disord* 2009, 42:109–17.
53. Konttinen H, Mannistö S, Sarlio-Lahteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite* 2010, 54(3):473-79
54. Bilgiç Ş, Çelikkalp Ü, Sarıkaya N. Nekrotizan fasiitli bir olgunun yaşam modeli doğrultusunda tanınması. *GÜSBD* 2017, 6: 320-5
55. Ozkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3(7): 90-105.
56. Barth MM, Jenson CE, et al. Postoperative nursing care of gastric bypass patients. *Am J Crit Care* 2006, 15:378-87.
57. Burke KM, LeMone P, Mohn-Brown E. Medical-Surgical Nursing Care. 2. Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2007, 22(1): 1-7.

58. Dziurowicz-Kozłowska A, Lisik W, Wierzbicki Z, Kosieradzki M. Health-related quality of life after the surgical treatment of obesity. *Journal Of Physiology And Pharmacology* 2005, 6: 127-34.
59. Fujioka K. Follow-up of nutritional and metabolic problems after bariatric surgery. *Diabetes Care* 2005; 28: 481-84.
60. Grindel ME, Grindel CG. Nursing care of the person having bariatric surgery. *MEDSURG Nursing* 2006, 15:129-45.
61. Harrington L. Postoperative of patients undergoing bariatric surgery. *Medsurg Nurs* 2006, 15(6):357-63.
62. Rizvi SJ, Kennedy SH, Ravindran LN, Giacobbe P, Eisfeld BS, Mancini D, et al. The relationship between testosterone and sexual function in depressed and healthy men. *J Sex Med* 2010, 7:816-25.
63. 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.
64. Van Strein T, Frijters J, Bergers G, Defares P. The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorder* 1986 Vol. 5: 295-315.
65. Bozan, N. Hollanda Yeme Davranışı (DEPQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Sınanması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
66. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989, 7(23): (3-13).
67. Diri H, Şimşek Y, Bayram F. Obezite ve metabolik sendrom. *Türkiye Klinikleri. Journal of Endocrinology Special Topics* 2013, 6(1): 37-39.
68. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003, 6:152-57.
69. Seven H. Yetişkinlerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
70. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK ve ark. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı, sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011, 14:210-17.

71. Köse G. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara, 2017.
72. Eddins G. The relationship between emotional eating and long-term weight loss following gastric bypass surgery. Doctoral dissertation, Walden University, 2009.
73. Bastos ECL, Barbosa EMWG, Soriano GMS ve ark. Determinants of weight regain after bariatric surgery. *arquivos brasileiros de cirurgia digestiva: ABCD = Brazilian. Archives of Digestive Surgery* 2013, 26(1): 26–32.
74. Lauti M, Kularatna M, Hill AG ve ark. Weight Regain Following Sleeve Gastrectomy - a Systematic Review. *Obes Surg* 2016, 26: 1–9.
75. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2008, 18:306-13.
76. Zuckoff A. Why won't my patients do what's good for them? Motivational interviewing and treatment adherence. *Surg Obes Relat Dis* 2012, 8:514-521.
77. Vidal PMI. Eating behaviour in a sample of Portuguese health science students; relationships with obesity, dieting, and self-esteem. *Alimentação Humana* 2006, 12(3):120- 7.
78. Greenberg I, Sogg S, M Perna F. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. *Obesity (Silver Spring)* 2009, 17:880-84.
79. Sogg S, Mori DL. Psychosocial evaluation for bariatric surgery: the Boston interview and opportunities for intervention. *Obes Surg* 2009, 19:369-377.
80. 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, 16:567-73.
81. Güzey M. Kadınlarda Ağırılık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.



## **EKLER**

### **EK 1. Özgeçmiş**

1994 yılında Elazığ'da doğdu. İlk ve ortaöğretimini Elazığ'da tamamladı. 2016 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2017 Eylül ayından bu yana Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde çalışmaktadır.



## **EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu**

Bu araştırma bariatrik cerrahi sonrası hastaların değişen yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırmanın amacına ulaşması açısından sorulara vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma sizin tedavi ve bakımınızı etkilemeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Mustafa KAVAK

### **Bariatrik cerrahi türü:**

#### **1. Kaç yaşındasınız?**

- a) 18-28                      b) 29-39                      c) 40-50

#### **2. Cinsiyetiniz nedir?**

- a) Erkek                      b) Kadın

#### **3. Medeni durumunuz nedir?**

- a) Evli                      b) Bekâr

#### **4. Eğitim düzeyiniz nedir?**

- a) Okur-yazar değil    b) Okur-yazar    c) İlköğretim    d) Ortaöğretim    e) Yüksek okul ve üzeri

#### **5. Gelir Durumunuz Nedir?**

- a) Kötü                      b) Orta                      c) İyi

#### **6. Çalışıyor musunuz?**

- a) Evet                      b) Hayır

#### **7. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

- a) Evet                      b) Hayır

#### **8. Daha önce ameliyat oldunuz mu?**

- a) Evet                      b) Hayır

#### **9. Cevabınız Evet ise ne tür bir ameliyat?.....**

#### **10. Bariatrik cerrahi ameliyatı sonrası geçen süreniz nedir?**

- a) 1-3 ay                      b) 4-6 ay

### EK 3. Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği (DEBQ)

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1	Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2	Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3	Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4	Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5	Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?					
6	Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7	Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10	Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11	Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12	Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13	Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14	Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15	Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16	Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17	İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18	Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19	Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20	Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21	Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22	Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					

23	Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24	Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25	Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26	Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığımızda onu yemek ister misiniz?					
27	Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28	Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29	Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30	Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
31	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32	Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33	Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

#### **EK 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın üzerine (x) işareti koyunuz. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (x) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 1-** (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
  - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  - (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2-** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
  - (1) Gelecek hakkında karamsarım.
  - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  - (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3-** (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
  - (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  - (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4-** (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  - (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5-** (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
  - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6-** (0) Kendimden memnunum.
  - (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
  - (2) Kendime çok kızıyorum.
  - (3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7-** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
  - (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  - (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  - (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 8-** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
- 9-** (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10-** (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
(1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
(2) Şimdi hep sinirliyim.  
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11-** (0) Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
(1) Başkaları ile eskisinden daha az görüşmek konuşmak istiyorum.  
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.  
(3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12-** (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 13-** (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.  
(1) Daha yaşlanmışım çirkinleşmişim gibi geliyor.  
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14-** (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.  
(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15-** (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.  
(1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16-** (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**17-** (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

**18-** (0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

(4) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.

**19-** (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

**20-**(0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde değişme fark etmedim.

(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgileniyorum.

(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

**21-** (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1) Cezalandırılabileceğimi seziyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

## EK 5. Etik Kurul

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
10.07.2018	14	2018/14-22	
<p><b>Karar No: 2018/14-22:</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 10.07.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doç Dr. Meral ÖZKAN'ın, sorumlu araştırmacı olduğu, Hemşire Mustafa KAVAK'ın, yardımcı araştırmacı olduğu; <b>“Bariatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Yeme Davranışları İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”</b> başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin teklifin değerlendirilmesi, Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI



## EK 6. Hastane İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/08/2018-80763



T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/663.09/  
Konu :Tez Çalışması İzni Hk (Mustafa KAVAK)

Mustafa KAVAK  
İnönü Üniversitesi

İlgi :27/07/2018 tarihli, 1 sayılı ve "Bilgi(Tez Çalışması İzni Hk)" konulu yazı

İlgi dilekçeniz ve eki incelenmiş olup tez çalışmanız ile ilgili veri toplama talebiniz hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından uygun görülmüştür. Bilgilerinizi rica ederim.

e-izmalıdır  
Prof. Dr. Refik AYTEN  
Üniversite Hastanesi Başhekimisi

Evrakı Doğrulamak İçin : [https://ebys.firat.edu.tr/enVision/Validate\\_Doc.aspx?V=BE8449LF5](https://ebys.firat.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE8449LF5)

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Tel: 0 (424) 233 35 55

E-Posta:

Faks: 0 (424) 0

Elektronik ağı:<http://ftm.firat.edu.tr/>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Gülsün Katılmış



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 7. Bilgilendirilmiş Onam

Sizi Meral ÖZKAN tarafından yürütülen “ Bariatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Yeme Davranışları İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi biranda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onayverdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.**

**ARAŞTIRMANIN ADI:** “ Bariatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Yeme Davranışları İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”  
**ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER**

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

**ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU**

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ**

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

*İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:*

*İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

**Cep: 05335698034**

### ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VELİ/ VASI (Varsa)		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

TANIK (Varsa)		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		