

Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kilolu veya Obez Ayaktan Hasta Grubunda Gece Yeme Sendromu Yaygınlığı



Dr. Filiz CİVİL ARSLAN¹, Dr. Ahmet TİRYAKİ², Dr. Demet SAĞLAM AYKUT³,
Dr. Evrim ÖZKORUMAK⁴, Dr. Zeynep ÇALIŞKAN İLTER⁵, Dr. Dilek GÜNAYDIN⁶

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı ağır ruhsal bozukluğu olan kilolu veya obezitesi olan hastalarda Gece Yeme Sendromunun (GYS) yaygınlığını; uykusuzluk, yaşam kalitesi ve beden kitle indeksi (BKİ) ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV'e göre şizofreni, şizoafektif ve bipolar bozukluk tanısı konulan klinik olarak aktif hastalık döneminde olmayan kilolu ya da obezitesi olan 158 hasta alınmıştır. Hastalarda GYS sıklığını taramak için hem klinik görüşme hem de öz bildirim ölçeği olan Gece Yeme Anketi (GYA) kullanılmıştır. Ayrıca hastaların BKİ, uyku ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %7.6'sı (n=12) klinik görüşme ile GYS tanısı alırken %16.5'i (n=26) GYA'ya göre 25 ve üzeri puan almıştır. GYS tanısı konan ve konmayan grup arasında yaş, cinsiyet, eğitim, BKİ açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. GYS tanısı konan grubun tanı konmayan gruba göre yaşam kalitesi ölçek puanı anlamlı düzeyde düşük iken uykusuzluk şiddeti anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada, literatürdeki genel popülasyona dair çalışmalara göre ağır ruhsal bozukluğa sahip obezitesi olan ya da kilolu hasta grubunda GYS yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Gece yeme davranışı uykusuzluk ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olabilir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip hastalarda GYS'nin tespit edilmesi, bu hastalarda obezitenin ve gece yeme davranışına bağlı olarak gelişen uykusuzluğun önlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Yeme bozuklukları; uyku; obezite

SUMMARY

The Prevalence of Night Eating Syndrome among Outpatient Overweight or Obese Individuals with Serious Mental Illness

Objective: This study aimed to determine the prevalence of Night Eating Syndrome (NES) among overweight or obese patients with serious mental illness and its relationship with insomnia and quality of life.

Methods: This study included 158 overweight or obese patients diagnosed with schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder (according to DSM-IV criteria) that were not in the active disease period. A clinical interview and Night Eating Questionnaire (NEQ) were used to assess the prevalence of NES among those in the study group. Body mass index (BMI), sleep quality, and quality of life measures were also evaluated for each patient.

Results: Twelve patients (7.6%) were diagnosed with NES via clinical interview while 26 (16.5%) were diagnosed by having ≥ 25 points in the NEQ. There were no statistically significant differences between the NES and non-NES groups with respect to age, gender, education and body mass index. However, quality of life scores were lower while the severity of insomnia scores were higher in patients with NES.

Conclusion: The prevalence of NES is higher among overweight or obese patients with serious mental illness when compared to prevalence data in a general population, as demonstrated by previously published studies. Night eating behavior may be related to insomnia and poor quality of life measures. The recognition of NES among patients with severe mental disease is essential to promote prevention of obesity and insomnia as related to night eating behavior.

Keywords: Eating disorders; sleep; obesity

Geliş Tarihi: 09.05.2015 - **Kabul Tarihi:** 08.07.2015

^{1,3}Yrd. Doç., ^{2,4}Doç., ⁵Uzm., ⁶Asis., Psikiyatri AD., KTÜ Tıp Fak., Trabzon.

Dr. Filiz Civil Arslan, e-posta: filiz_civil@yahoo.com

GİRİŞ

Ağır ruhsal bozukluk, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'ne göre en az iki yıl süreyle işlevsellikte bozulmaya yol açan şizofreni spektrum bozuklukları ve duygudurum bozuklukları olarak tanımlanmıştır (Lundgren ve ark. 2010). Ağır ruhsal bozukluğu olan kişiler genel popülasyon ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranda kilolu olma riskine sahiptir (Dickerson ve ark. 2006). Aşırı kilonun bu popülasyonda toplanmasının nedeni tam olarak anlaşılmasına rağmen açlık ve tokluktaki fizyolojik değişiklikler, kullanılan ilaca bağlı metabolizma değişiklikleri, hareketsiz yaşam tarzı gibi etmenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Lundgren ve ark. 2010). Gece yeme ve obezite arasında ağır ruhsal bozukluğu olanlarda ruhsal bozukluğu olmayan kişilere göre daha sıkı bir ilişkinin varlığı olasıdır. Bu yeme davranışı sıklıkla ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin aşırı kilolu olmasına katkıda bulunabilir (Lundgren ve ark. 2010).

Gece yeme sendromu (GYS) İlk olarak 1955'te Stunkard tarafından tedaviye dirençli obezitesi olan hastalarda tanımlanmıştır (Stunkard ve ark. 1955). Günlük alınması gereken kalorinin çoğunun akşam ve gece uyanıp yemek yiyerek alınması şeklinde görülen gecikmiş yeme örüntüsü ile belirli bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Palmese ve ark. 2013). GYS'nin ilk tanımından sonra, günümüze kadar farklı tanı ölçütleri kullanılmış olmakla birlikte çalışmalarda Stunkard'ın 1955 ve Birkedvedt'in 1999 yılında kullandığı tanı ölçütleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Tanı tutarlılığını sağlamak amacıyla Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubu tarafından GYS için tanı ölçütleri önerilmiştir (Atasoy ve ark. 2014). İlk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının beşinci baskısında (DSM-5) başka yerde sınıflandırılmayan beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında tanımlanmıştır (American Psychiatric Association 2013).

GYS ilk olarak obezitesi olan hastalarda fark edilmesine rağmen olmayanlarda da görüldüğü bildirilmiştir (Marshall ve ark. 2004). Yapılan çalışmalarda GYS tanısı için farklı tanı ölçütlerinin kullanılmış olması GYS görülme sıklığını belirlemeyi güçleştirmiştir. Genel popülasyonda görülme yaygınlığı % 1.5 olarak tahmin edilmekte olup, obezitesi olan kişilerde %6-16 arasında olduğu bildirilmiştir (Lundgren ve ark. 2006, Stunkard ve ark. 1996, Cerú-Björk ve ark. 2001). Ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarında GYS yaygınlığı %12-22, ağır ruhsal bozukluğa sahip aşırı kilolu ya da obezitesi olan kişilerde %25, obezitesi olan şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastalarda ise %12 olarak bildirilmiştir (Lundgren ve ark. 2006, 2010, Palmese ve ark. 2013, Saraçlı ve ark. 2015).

GYS tanısı konmuş obezitesi olan kişilerde yeme ve uyku davranışları birbirleriyle olan ilişkileri gözlemlenmeden genellikle ayrı olarak incelenmiştir. Literatürde, obezite ve GYS'nin uyku kalitesini bozan etkilere sahip olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Palmese ve ark. 2011, Cleator ve ark. 2013)

Türkiye'de kilolu ya da obez, ağır ruhsal bozukluğu olan hasta popülasyonunda GYS yaygınlığı bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı tarif edilen bu hasta grubunda GYS sıklığını belirlemek ve GYS'nin uyku ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini ve beden kitle indeksi (BKİ) ile olan ilişkisini araştırmaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmaya Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Şubat-Aralık 2014 tarihleri arasında ayaktan başvuran DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak DSM-IV'e göre şizofreni, şizoafektif, bipolar bozukluk tanısı konulan, aktif hastalık döneminde olmayan kilolu veya obezitesi olan 158 hasta alınmıştır. Şizofreni, şizoafektif ve bipolar bozukluk tanılı hastalar obezite açısından benzer yatkinlaştırıcı nedenlere sahip oldukları için çalışma tek bir ruhsal hastalık grubu ile sınırlandırılmamıştır. Çalışmaya 18-65 yaş arasında, okur-yazar, uygulanan ölçeklerde sözel iletişim kurabilme becerisine sahip kilolu veya obezitesi olan hastalar alınmıştır. Katılımcıların BKİ'si görüşme esnasında hesaplandıktan sonra BKİ'si 25-29 olanlar kilolu, 30 ve üzeri olanlar ise obez grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Zeka geriliği, ağır bedensel hastalığı olanlar, uygulanan ölçekleri anlayacak eğitim düzeyine sahip olmayanlar, çalışmayı kabul etmeyenler, vardiyalı işte çalışanlar, BKİ'si 25'in altında olanlar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışmaya, KTÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 2013/140 numaralı onayı alındıktan sonra başlanmıştır.

Gereçler

Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmayı yürütenler tarafından hazırlanan form ile katılımcıların çeşitli sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi) ve klinik özellikleri kaydedilmiştir.

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-IV'e göre eksen-I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Bu ölçek, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını, böylece tanının daha güvenilir olmasını ve belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlamaktadır. Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999).

Gece Yeme Anketi (GYA): Allison ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen 14 sorudan oluşan gece yeme davranışının sıklığını ve varlığını ölçen bir öz bildirim anketidir. Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alım oranı, aşermeler, gece

yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemeleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Toplam puan 0-52 arasında olabilmektedir. Özgün çalışmada tarama amaçlı araştırmalar için GYA kesme puanı 25 olarak tavsiye edilmektedir (Allison ve ark. 2008). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Atasoy ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır.

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UKİ): Uykusuzluk belirtilerinin şiddetini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen bu ölçek uykusuzluğunun klinik değerlendirilmesinde ve normal toplum taramalarında kullanılabilir (Bastien ve ark. 2001). Ölçek yedi maddeden oluşmaktadır ve her madde 0 ve 4 arasında puanlanan beşli Likert tipi ölçüm vermektedir. Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir. 0-7 arası puan klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk, 8-14 uykusuzluk alt eşliğini, 15-21 klinik uykusuzluk (orta şiddette), 22-28 klinik uykusuzluk (şiddetli) göstermektedir. Boysan ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren 7 alt ölçekten oluşur. Testin her maddesi eşit olarak 0-3 arasında puanlanır. Alt ölçeklerinin toplanması ile 0-21 arasında değişen toplam PUKİ puanı elde edilir. Toplam PUKİ puanının 5 ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen, depresif belirtilerin şiddetini değerlendiren, 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Toplam puanı 0-63 arasında değişmektedir. Türkçeye uyarlaması Hisli (1988) tarafından yapılan ölçeğin kesme puanınının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSÖ): Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen pozitif, negatif ve genel şizofreni belirtileri ile ilgili psikopatolojik ölçümler yapan yarı yapılandırılmış 30 maddelik bir ölçektir. Maddelerin yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine (PANSÖ-P), yedisi negatif sendrom alt ölçeğine (PANSÖ-N) ve geri kalan 16'sı genel psikopatolojik alt ölçeğine (PANSÖ-G) aittir. Her madde için, belirtinin şiddetine göre 1 ile 7 arasında puan verilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak Young ve arkadaşları (1978) tarafından hazırlanmıştır. On bir

maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi ölçen, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Bu maddelerin yedisi beşli Likert tipinde, diğer dördü dokuzlu Likert tipindedir. YMDÖ puanları 0-60 arası hesaplanır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; Q-LES-Q): Endicott ve arkadaşları (1993) tarafından yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen, hasta tarafından doldurulan bir ankettir. Yüksek puanlar yüksek hoşnutluk ve doyum düzeyini gösterir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının Özer ve arkadaşları (2001) tarafından yürütüldüğü bildirilmiştir ancak psikometrik verileri belirtilmemiştir. Türkiye'de bazı çalışmalarda ölçeğin genel değerlendirme bölümü kullanılmıştır. Bu çalışmada anketin genel değerlendirme bölümü kullanılmıştır.

İşlem

Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmış sonra sosyodemografik özellikleri kaydedilmiştir. Tüm katılımcılara sırayla SCID-I, PANSÖ, YMDÖ görüşmeyi yapan psikiyatrist tarafından uygulanmıştır. Ayrıca psikiyatrist tarafından Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubunun önerdiği yeni tanı ölçütlerine göre, GYS tanısı klinik olarak değerlendirilmiştir. GYA, UKİ, PUKİ, BDÖ ve yaşam kalitesi ölçeği katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Katılımcının üzerinde hafif kıyafetler varken ve ayakkabıları yokken elektronik tartı aleti ile kilo ve santimetre cinsinden boy değerleri görüşmeyi yapan psikiyatrist tarafından ölçülmüştür. Beden kitle indeksi vücut ağırlığının (kg olarak) boy uzunluğunun karesine (m² olarak) bölünmesiyle elde edilen değerdir. Katılımcıların BKİ hesaplanarak BKİ'si 25-29 olanlar kilolu, 30 ve üzeri olanlar ise obez olarak sınıflandırılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. İki grup ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan verilerde Student-t testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama± standart sapma, sayımla elde edilen veriler (%) olarak gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p değerinin 0,05'ten küçük olması durumu olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik verileri ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların %43.7'si kadın (n=69), %56.3'ü erkek (n=89) ve ortalama yaşı

TABLO 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri.

Özellikler	Örneklem (n=158)
Yaş (Ort ±SS)	39.73±10.27
Cinsiyet - (%) n	
Kadın	%43.7 (69)
Erkek	%56.3 (89)
Eğitim Yılı (Ort ±SS)	9.38±3.68
Medeni Durum- (%) n	
Evli	%41.1 (65)
Bekar	%48.7 (77)
Boşanmış	%6.3 (10)
Dul	%1.9 (3)
BKİ (ort±SS)	31.07±4.6
BKİ sınıflaması- (%) n	
Kilolu	%41.4 (58)
Obez	%58.6 (82)
Tanı (%) n	
Şizofreni	% 43(68)
Bipolar bozukluk	%49.4 (78)
Şizoafektif bozukluk	%7.6 (12)
PANSÖ	
Genel (Ort ±SS)	19.45±4.39
Pozitif (Ort ±SS)	8.95±2.86
Negatif (Ort ±SS)	10.76±4.97
BDÖ (Ort ±SS)	4.63±4.63
UŞİ (Ort ±SS)	4.41±3.74
PUKİ (Ort ±SS)	3.92±3.08
Q-LES-Q (Ort ±SS)	49.46±6.68
GYA (Ort ±SS)	15.46±8.55
GYS (%) n	% 7.6 (12)

BKİ: Beden Kitle İndeksi; PANSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; UŞİ: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi; PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi; Q-LES-Q: Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi; GYA: Gece Yeme Anketi; GYS: Gece Yeme Sendromu.

39.73±10.27'dir. Ortalama eğitim yılı 9.38±3.68 olarak bulunmuştur. Tüm grubun %41.4'ü (n=58) kilolu, %58.6'sı (n=82) obezdir. Beden kitle indeksi ortalaması 31.07±4.66'dır. Katılımcıların %43'ü (n=68) şizofreni, %49.4'ü (n=78) bipolar bozukluk, %7.6'sı (n=12) şizoafektif bozukluk tanısı almıştır. Tüm grubun BDÖ ortalama puanı 4.63±4.63 olarak ölçülmüştür. Şizofreni ve şizoafektif bozukluğa sahip hastaların PANSÖ puan ortalamaları şu şekilde bulunmuştur: PANSÖ-G:19.45±4.39; PANSÖ-P:8.95±2.86; PANSÖ-N:10.76±4.97.

Klinik görüşme ile hastaların %7.6'sına (n=12) GYS tanısı konulmuştur. Tüm grubun %16.5'i (n=26) GYA dan 25 ve üzeri puan alırken, toplam GYA puanları 3-41 (ortalama 15.46±8.55) arasında bulunmuştur. Kendi bildirim ölçeği olan GYA'nın duyarlılık ve seçiciliği hesaplanmıştır. GYA puanında 25 değeri sınır olarak kabul edildiğinde %83.33 duyarlılık, %89.04 seçicilik ile GYS tanısı konulmuştur.

Katılımcıların UŞİ ortalama puanı 4.41±3.74 iken %15.8'inde (n=25) hafif şiddette uykusuzluk, %2.5 (n=4) orta şiddette uykusuzluk tespit edilmiştir. Tüm grubun PUKİ ortalama puanı 3.92±3.08 iken %37.3'nün (n=59) uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmiştir. GYS tanısı konan ve konmayan gruplar arasında PUKİ, UŞİ ortalama puanları arasında anlamlı farklılık gösterilmiştir (p=0.01, p=0.01) (Tablo.2).

Tüm grubun toplam yaşam kalitesi ölçek puanı ortalaması 49.46±6.68'dir. GYS tanısı konan ve konmayanlar arasında Q-LES-Qortalama puanları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.01).

Katılımcıların BDÖ ortalama puanı 4.63±4.63 iken GYS tanısı konan ve konmayanlar arasında BDÖ ortalama puanı açısından anlamlı farklılık yoktur. GYS tanısı konanlar ile konmayanlar arasında BKİ açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamadı.

GYs tanısı konanlar ve konmayanların GYA toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000).

Hastaların %50.6'sı (n=80) şizofreni spektrumu tanısı, %49.4'ü (n=78) bipolar bozukluk tanısı almıştır. GYS tanısı konan ve konmayan grup arasında hastalık tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Hastaların %49.4'ü (n=78) sigara kullanıyorken, %5.7'sinin (n=9) alkol veya madde kullanımı bulunmaktadır. Katılımcıların %32.9'u (n=52) sadece antipsikotik, %7.6'sı (n=12) sadece duygudurum düzenleyici, %47.5'i (n=75) hem antipsikotik hem duygudurum düzenleyici, %2.5'i (n=4) antipsikotik, antidepresan ve duygudurum düzenleyiciyi birlikte kullanmakta iken, %9.5'i (n=15) antipsikotikle beraber antidepresan kullanmakta idi. Hastaların kullanmış olduğu tüm antipsikotikler atipik antipsikotik idi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, ağır ruhsal bozukluğu olan kilolu veya obezitesi olan kişilerde GYS yaygınlığı, GYS'nin yaşam kalitesi ve uyku ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmamız, Türkiye'de ağır ruhsal bozukluğu olan kilolu veya obezitesi olan hasta grubunda GYS sıklığını araştıran ilk çalışmadır. Hastaların %7.6'sı GYS tanısını klinik görüşme ile alırken, öz bildirim ölçeği olan GYA ile kesme puanı 25 alınarak hastaların %16.5'ine GYS tanısı konulmuştur. Literatürde de benzer şekilde, GYS sıklığı öz bildirim ölçeği olan GYA ile klinik görüşmeye göre daha yüksek oranda bulunmuştur (Palmese ve ark. 2013). Palmese ve arkadaşları (2013), GYS tanısı koymada, GYA ile klinik görüşme arasındaki bu belirgin farklılığın şizofreni tanılı bazı hastaların anket sorularını yanlış anlamalarına ve/veya yanlış yorumlarına bağlı oluşabildiğini öne sürmüşlerdir.

TABLO 2. GYS Tanısı Alan ve Almayan Hastalara Ait Bulguların Karşılaştırılması.

	GYS (+) n=12		GYS (-) n=146		x ²	df	p
	n	%	n	%			
Cinsiyet							
Erkek	5	41.7	84	57.5	0.58	1	0.446
Kadın	7	52.3	62	42.5			
Tanı grubu							
Şizofreni spektrum	4	33.3	76	51.1	0.90	1	0.344
Bipolar bozukluk	8	66.7	70	47.9			
Sigara kullanımı	6	5.0	72	49.3	0.00	1	1.000
	Ort	S.D	Ort	S.D	Mann-Whitney U		P
Q-LES-Q	44.17	9.31	49.90	6.26	487.0		0.009
PUKİ	6.17	2.08	3.73	3.08	376.5		0.002
UŞİ	7.17	2.62	4.18	3.73	384.0		0.001
BDÖ	3.42	3.65	4.72	5.07	713.0		0.329
GYA	29.75	9.83	14.28	7.31	217.5		0.000
BKİ	31.96	6.27	31.13	5.16	708.0		0.270

GYS: Gece Yeme Sendromu; Q-LES-Q:Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi; PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi; UŞİ: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; GYA: Gece Yeme Anketi; BKİ: Beden Kitle İndeksi; p<0.05.

Lundgren ve arkadaşları (2010) kilo verme programına katılan major depresyon tanılı hastaları da dahil ettikleri ağır ruhsal bozukluğu olan hasta grubunda GYS sıklığını %25 olarak bulmuşlardır. Çalışmamızdan farklı olarak GYS sıklığının böyle yüksek bir oranda bulunmasının, özellikle depresyon tanılı hastalarda GYS'nin daha sık görülmesiyle ilişkili olduğu düşünülebilir. GYS olan hastalarda depresyon belirtileri ve tanısının görülme oranının daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Küçükgöncü ve Beştepe 2014, Saraçlı ve ark. 2015, Orhan ve ark. 2011). Kilo verme programına katılan şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan obezite grubuyla yapılan farklı bir çalışmada ise GYS sıklığı %12 olarak bildirilmiştir (Palmese ve ark. 2013). Ağır ruhsal bozukluğu olan hasta gruplarında yapılan bu iki çalışmada da GYS sıklığının çalışmamızın sonucundan daha yüksek olmasının bir nedeni de her iki çalışmada obezite için tedavi arayışında olan hastaların seçilmiş olması olabilir. Ağır ruhsal bozukluğu olan ve kilo verme programına katılma şeklinde tedavi arayışında olan obezitesi olan kişilerde GYS oranlarının daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (Lundgren ve ark. 2010). GYS sıklığına dair farklı sonuçların elde edilmesinde örneklem grubuna ait özelliklerin, GYS tanısı için kullanılan farklı ölçütlerin ve kültürel özelliklerdeki farklılıkların da rol oynadığı öne sürülmüştür.

Genel popülasyonda yaygınlığı %1.5 olmasına rağmen çalışmamızdaki hasta grubunda daha yüksek olması stres, uyku bozuklukları, kullanılan ilaçlar ile ilişkili olabilir. GYS'nin stres ve ek psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Colles ve ark. 2007, Lundgren ve ark. 2008). Ağır ruhsal bozukluğu olan kişiler GYS'ye yol açabilen damgalanma, maddi kaynaklarda sorunlar, sağlık sorunları

gibi günlük yaşam zorlayıcıları ile karşı karşıyadırlar. Ayrıca ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerde uyku bozukluklarının sık olması gece yeme davranışını artırabilen bir nedendir. Bu hastaların kullandıkları psikotrop ilaçlar özellikle atipikantipsikotikler açlık ve tokluğu etkileyerek GYS riskini artırabilir.

GYS yaygınlığı ve cinsiyet arasındaki ilişki ile ilgili veriler az sayıdadır. Bazı çalışmalar GYS için erkek cinsiyeti bir risk etmeni olarak gösterirken bizim çalışmamızda GYS tanısı konan ve konmayan grup arasında cinsiyet açısından fark bulunmamıştır. Farklı çalışmalarda da cinsiyetin GYS için anlamlı bir risk etmeni olmadığı gösterilmiştir (Küçük göncü ve Beştepe 2014, Saraçlı ve ark. 2015).

Literatürde BKİ, GYS için bir risk etmeni olarak bildirilmiştir. Fakat çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde BKİ açısından GYS tanısı konan ve konmayan grup arasında fark bulunmamıştır (Lundgren ve ark. 2010, Saraçlı ve ark. 2015). Çalışma grubumuzun obezitesi olan veya kilolu kişiler ile sınırlandırılması dolayısıyla BKİ değişim aralığının bu grupta daha sınırlı olması bu sonuca yol açmış olabilir. Literatürde, genel popülasyonda GYS sıklığı ve obezite arasında bağlantı olduğu bildirilmektedir (Rand ve ark. 1997, Ceru-Björk ve ark. 2001, Gluck ve ark. 2001). Sadece iki çalışmada GYS tanısı konan ve konmayan psikiyatri hastaları karşılaştırdığında GYS tanısı konan grubun BKİ daha yüksek bulunmuştur (Lundgren ve ark. 2006, Küçükgöncü ve Beştepe 2014).

Çalışmamızda GYS tanısı konan ve konmayan grup arasında BDÖ açısından farklılık bulunmamıştır. Önceki çalışmalara bakıldığında GYS olan grupta depresyon oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Gluck ve ark. 2001, Palmese ve

ark. 2013, Saraçlı ve ark. 2015). Ayrıca Orhan ve arkadaşları (2011) depresyonu olan ayaktan hastalarda (%35.2) sağlıklı kontrol grubuna (%19.2) göre daha yüksek oranda GYS sıklığı bildirmiştir. Çalışmamızda gruplar arasında depresyon belirtileri açısından fark bulunmamasının örneklem grubunun aktif hastalık döneminde olmayan hastalar arasından seçilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde nikotin ve madde bağımlılıklarının GYS tanımlı hastalarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Lundgren ve ark. 2006, Saraçlı ve ark. 2015). Yapılan bir çalışmada GYS tanısı konan grupta nikotin bağımlılığı olan hasta sayısı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Saraçlı ve ark. 2015). Çalışmamızda GYS tanısı konan ve konmayan gruplarda nikotin kullanımı açısından istatistiksel bir fark bulunamamıştır. Türkiye’de alkol kullanım bozukluğu nikotin kullanımının aksine kültürel olarak yaygın değildir. Bu nedenle çalışma grubunda alkol kullanımı olan hasta sayısı istatistiksel analize olanak vermeyecek düzeyde düşük bulunmuştur.

Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesini uyku bozukluklarının etkilediği gösterilmiştir. Uyku bozuklukları psikoz belirtilerini kötüleştirir ve hastalığın seyrini olumsuz etkiler (Goldman ve ark. 1996, Chemerinski ve ark. 2002). Genel popülasyonda uyku bozuklukları obezite gibi fiziksel sağlık kalitesini azaltan durumlar ile ilişkilidir. Çalışmalar şiddetli uykusuzluğu olan şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin

uykusuzluk yakınması az ya da hiç olmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Palmese ve ark. 2011). Şizofreni tanımlı hastaların uyku bozukluğunun sonucu olarak mı gece yeme davranışına girdikleri yoksa yemek için gece uyanmalarından dolayı mı uykusuzluktan yakındıkları bilinmemektedir (Palmese ve ark. 2013). Çalışmamızda, GYS tanısı konan hasta grubunun GYS tanısı konmayan gruba göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu ve uykusuzluk şiddetinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Palmese ve arkadaşları (2011) uykusuzluk ve artan gece yeme arasında çalışmamıza benzer şekilde ilişki bulunmuştur. Ayrıca GYS tanısı konan grubun yaşam kalitesi ölçek puanı daha düşük bulunmuştur. Literatürde GYS tanısı konan ve konmayan obezitesi olan şizofreni tanımlı hastalarda bizim çalışmamızın aksine yaşam kalitesi ölçek puanında farklılık bulunmamıştır (Palmese ve ark. 2013).

Ağır ruhsal bozukluğu olan kilolu veya obezitesi olan hastalarda GYS daha sık olarak görülmekle birlikte uykusuzluk ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir. GYA yüksek duyarlılık ve seçicilik oranlarıyla GYS tanısı koymada faydalı bir tarama testi olarak kullanılabilir. GYS’ye yol açan etmenler ve bu etmenlerin birbiriyle ilişkilerine dair sınırlı bilgi bulunmaktadır. Gelecekte, GYS’de ilaç kullanımı, obezite, uyku sorunları, ruhsal hastalıklar gibi etmenlerin etkisini araştıran geniş örneklem gruplarında çok değişkenli analizlere dayanan çalışma modellerine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Ağargün MY, Kara H, Anlar O (1996) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 7:107-11.
- Allison KC, Lundgren JD, O’Reardon JP ve ark. (2008) The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Ear Behav* 9:62-72.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. Baskı. Arlington, American Psychiatric Association.
- Atasoy N, Saraçlı Ö, Konuk N ve ark. (2014) Gece Yeme Anketinin Türkçe formunun psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 15:238-247.
- Bastien CH, Vallieres A, Morin CM (2001) Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2:297-307.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An Inventory form measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 7:151-69.
- Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L ve ark. (2010) Uykusuzluk Şiddeti İndeksinin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 3:242-252.
- Busse DJ, Reynolds CF, Monk TH ve ark. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 28:193-213.
- Cerú-Björk C, Andersson I, Rössner S (2001) Night eating and nocturnal eating—two different or similar syndromes among obese patients? *Int J Obes Relat Metab Disord* 3:365-72.
- Chemerinski E, Ho BC, Flaum M ve ark. (2002) Insomnia as a predictor of symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 5:393-6.
- Cleator J, Abbott J, Judd P ve ark. (2013) Correlations between night eating, sleep quality and excessive daytime sleepiness in a severe obese UK population. *Sleep Med* 14:1151-1156.
- Dickerson FB, Brown CH, Kreyenbuhl JA ve ark. (2006) Obesity among individuals with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 113:306-13.
- Endicott J, Nee J, Harrison W ve ark. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 29:321-326.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*, Clinical Version. Washington D.C. and London: American Psychiatric Press.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri’nin üniversite öğrencileri için geçerliliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7:3-13.
- Gluck ME, Geliebter A, Satov T (2001) Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese patients. *Obes Res* 4:264-7.
- Goldman M, Tandon R, Dequardo JR ve ark. (1996) Biological predictors of 1-year outcome in schizophrenia in males and females. *Schizophr Res* 21:65-73.
- Karadağ F, Oral ET, Yalcın FA ve ark. (2001) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 13:107-114.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13:261-275.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 14:23-32.
- Küçüköncü S, Beştepe E (2014) Major Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Gece Yeme Sendromu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 51:368-375.
- Lundgren JD, Allison KC, Crow S ve ark. (2006) Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population. *Am J Psychiatry* 163:156-158.
- Lundgren JD, Allison KC, O’Reardon JP ve ark. (2008) A descriptive study of non-obese persons with night eating Syndrome and a weight matched comparison group. *Eat Behav* 9:343-351.

- Lundgren JD, Rempfer MV, Brown CE ve ark. (2010) The preval of night eating syndrome and binge eating disorder among over weight and obese individuals with serious mental illness. *Psychiatry Res* 175:233-6.
- Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP ve ark. (2004) Night eating syndrome among non obese persons. *Int J Eat Disord* 35:217-222.
- Örhan FÖ, Özer UG, Özer A ve ark. (2011) Night Eating Syndrome Among Patients With Depression. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 48:212-217.
- Özer S, Uluşahin A, Kabakçı E (2001) Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 11:111-120.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M (1999) DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12:233-6.
- Palmese LB, De George PC, Ratliff JC ve ark. (2011) Insomnia is frequent in schizophrenia and as sociated with night eating and obesity. *Schizophr Res* 133:238-243.
- Palmese LB, Ratliff JC, Reutenauer EL ve ark. (2013) Prevalence of night eating in obese individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Compr Psychiatry* 54:276-81.
- Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ (1997) The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord* 1:65-9.
- Saraçlı Ö, Atasoy N, Akdemir A ve ark. (2015) The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatry out-patient population. *Compr Psychiatry* 57:79-84.
- Stunkard AJ, Grace WJ, Wolf HG (1955) The night-eating syndrome: pattern of food in take among certain obese patients. *Am J Med* 19:78-86.
- Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T ve ark. (1996) Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord* 20:1-6.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark. (1978) A ratings calaformania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133:429-435.

DUYURU

10 Ekim 2015 Dünya Ruh Sağlığı Günü'nü kutlama etkinliği olarak, Toplum Ruh Sağlığını Geliştirme Derneği ve Türkiye Psikiyatri Derneği işbirliği ile, facebook sayfası üzerinden Tıp Fakültesi öğrencileri arasında bir yarışma düzenlenmiş ve öğrencilerden ruhsal hastalıklara karşı damgalayıcı yaklaşımı azaltacak sloganlar bulmaları istenmiştir. Jüri değerlendirmesi sonucunda sloganları başarılı bulunan öğrencilerin sıralaması aşağıda belirtilmiştir:

- 1) 'Ruh hastalıkları da birer "HASTALIK"tır. Üstesinden gelinebilir, tedavi edilebilir.'
İmge Su Eroğlu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 2) 'Deli değiliz, sadece hastayız.'
Ahmet Aksoy
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
- 3) 'Beni "hasta" yapan psikolojimin bozuk olması değil psikolojimin bozuk olduğunun düşünülmesi...'
Emine Kanmaz
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 4) 'Kimse hasta olmayı talep etmez; ruh hastalığı sıfatı insan olmanın önüne geçmemeli.'
Nihal Şimşek
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Düzenleme kurulu, değerli katkılarından dolayı, isimleri aşağıda alfabetik sırayla belirtilen öğrencilere teşekkür edilmesini uygun görmüştür:

Burcu Koçyiğit (*Kocaeli Üniversitesi*),
Eda Kınık (*Kocaeli Üniversitesi*),
Elif Saka (*19 Mayıs Üniversitesi*),
Emre Fidan (*Kocaeli Üniversitesi*),
Kübra Yılmaz (*Kocaeli Üniversitesi*),
Müge Karaçizmeli (*Medeniyet Üniversitesi*).

DÜZENLEME KURULU ADINA

Prof. Dr. Bülent Coşkun
Toplum Ruh Sağlığını Geliştirme Derneği Başkanı

Prof. Dr. Simavi Vahip
Türkiye Psikiyatri Derneği Başkanı