



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN
ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**Klinik Eğitim Sorumlusu
Prof.Dr. Ali Çayköylü**

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI İLE BAŞVURAN HASTALARDA
BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME TUTUMU, DÜRTÜSELLİK VE
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Mehmet Öztürk

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Ali Çayköylü

Ankara-2016



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN
ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**Klinik Eğitim Sorumlusu
Prof.Dr.Ali Çayköylü**

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI İLE BAŞVURAN HASTALARDA
BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME TUTUMU, DÜRTÜSELLİK VE
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Mehmet Öztürk

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof.Dr.Ali Çayköylü

Ankara-2016

TEŞEKKÜR

Asistanlığım sırasında bilgi ve klinik tecrübesi ile mesleki gelişimimde katkıları olan, engin bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren, yakın ve sıcak desteği ile her zaman yanımda olan, çalışmaya teşvik eden ve tezimin oluşum aşamalarında yardım ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Ali Çayköylü'ye,

Eğitim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum, klinik beceri ve tecrübeleriyle mesleki gelişimime katkıları olan, Doç. Dr.Elvan Özalp'e, Doç.Dr. Semra Ulusoy Kaymak'a, Doç.Dr. Eylem Şahin Cankurtaran'a, Uzm.Dr.Ersin Hatice Karşlıoğlu'na, Uzm.Dr.Hayriye Dilek Hamurcu'ya, Uzm.Dr. İsmail Volkan Şahiner'e, Uzm.Dr. İbrahim Özer'e, Uzm. Dr: Zeynep Kotan'a, Uzm. Dr. Pınar Eraslan'a, Uzm.Dr. Burçin Çolak'a, Uzm.Dr. Armağan Yıldırım'a ,

Rotasyonlarım süresince eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Tümer Türkbay'a, Doç. Dr. M. Ayhan Cöngöloğlu'na, ve Prof.Dr. Orhan Deniz'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım, desteklerini her zaman hissettiğim, çalışma ortamını güzelleştiren tüm asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum klinik psikologları, hemşireleri ve personeline,

Sınırsız ve karşılıksız bir şekilde hayatımın her anında yanımda olan, emeklerini asla ödeyemeyeceğim annem Hilal Öztürk'e, babam Ahmet Öztürk'e, kardeşlerim İlhan Öztürk ve Ahsen Öztürk'e

Üniveriste yıllarımda hayatıma giren ve hayatıma anlam katan, yaşamımın her alanında sevgisini ve desteğini hissettiren, asistanlık ve tez aşamasında tüm kahrımı çeken, çok sevdiğim eşim Dr.Pınar Öztürk'e, asistanlığımın ortasında aramıza katılan, hayatıma renk katan, mutluluk kaynağımız canım oğlum Ahmet Doruk Öztürk'e

Sonsuz teşekkürler.

Dr. Mehmet Öztürk

Ankara, 2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Major Depresyon	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe	7
2.1.3. Epidemiyoloji ve risk faktörleri.....	8
2.1.3.1. Epidemiyoloji	9
2.1.3.2. Risk Faktörleri	10
2.1.4. Etiyoloji	12
2.1.4.1. Psikososyal Etkenler.....	12
2.1.4.2. Genetik Etkenler	14
2.1.4.3. Biyokimyasal Bağlantılar	14
2.1.5. Klinik Özellikler	15
2.1.6. Depresyon ve İntihar.....	17
2.1.7. Depresyon ve İntihar ile Dürtüsellik.....	19
2.1.8. Depresyon ve Yeme Tutumu	23
2.2. Beden Kitle İndeksi	24
2.2.1. Beden Kitle İndeksi Tanımı ve Ölçümü	24
2.2.2. Beden Kitle İndeksi ve Depresyon	25
2.2.3. Beden Kitle İndeksi ve İntihar.....	28
2.2.4. Beden Kitle İndeksi ve Dürtüsellik.....	31
2.2.5. Beden Kitle İndeksi ve Yeme Tutumu	32
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	36
3.1. Yöntem.....	36
3.1.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.1.2. Araştırmanın Yeri	36

3.1.3. Araştırma Evreni.....	36
3.1.4. Varsayımlar.....	36
3.2. Veri Toplama Gereçleri	37
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	38
3.2.2. SCID-I.....	38
3.2.3. Yeme Tutumu Testi-40.....	39
3.2.4. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11	39
3.2.5. İntihar Düşüncesi Ölçeği	40
3.2.6. Beck Depresyon Ölçeği	40
3.3. Veri Analizi.....	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
ÖZET.....	68
SUMMARY	69
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	89

KISALTMALAR DİZİNİ

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
WHO/DSÖ	: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü
APA	: American Psychiatric Assosiation-Amerikan Psikiyatri Derneği
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
ECA	: Epidemiological Catchment Area
NCS	: National Comorbidity Survey
GABA	: γ Amino Bütirik Asit
HPA	: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Eksen
CRH	: Kortikotropin Relasing Hormone
5-HIAA	: 5 Hidroksi İndol Asetik Asit
BKİ /BMI	: Beden Kitle İndeksi
SCID-I	: Structured Clinical Interview for DSM-IV,Axis-I /DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
YTT /EAT-40	: Yeme Tutumu Testi-40
BaDÖ /BIS-11	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11
BaDÖ DD	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11/Dikkat Alt Ölçeği
BaDÖ MD	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11/Motor Alt Ölçeği
BaDÖ PY	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11/Plan Yapmama Alt Ölçeği
İDÖ	: İntihar Düşüncesi Ölçeği
BDÖ/ BDI	: Beck Depresyon Ölçeği
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.	Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri	43
Tablo 4.2.	Hastaların Birinci Derece Yakınlarının Psikiyatrik Özgeçmişi	45
Tablo 4.3.	Hastaların Beslenme Tutumlarıyla İlgili Özellikleri	46
Tablo 4.4.	Hastalara Uygulanan Ölçek Skorları	47
Tablo 4.5.	Hastaların BKİ' leri ile sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması	48
Tablo 4.6.	Hastaların BKİ Değerleri İle BDÖ, BaDÖ ve Alt Boyutları, İDÖ ve YTT Skorları Arasındaki İlişki	49
Tablo 4.7.	BKİ Grupları Arasında Tanımlayıcı Özelliklerin ve Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı	53
Tablo 4.8.	Hastaların Daha Önce Herhangi Bir İntihar Girişimi Olması ile Uygulanan Ölçek Skorları Arasındaki İlişki	54
Tablo 4.9.	Hastaların Yeme Tutumları ve Ölçek Skorlarının Arasındaki İlişki	55
Tablo 4.10.	Hastaların Depresyon Düzeyleri Açısından Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı	55
Tablo 4.11.	İncelenen Hastaların BKİ Değerleri ve Uygulanan Ölçek Skorları Arasındaki İlişkinin Özetlenmesi	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. BKİ ile YTT Skoru Arasındaki İlişki	50
Şekil 4.2. BKİ ile BaDÖ Toplam ve Alt Boyut Skorları Arasındaki İlişki	50
Şekil 4.3. BKİ ile BDÖ ve İDÖ Skorları Arasındaki İlişki	51
Şekil 4.4. BKİ Grupları Arasında BDÖ Skorunun Dağılımı	52



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, yeti yitimi oluşturan nedenler arasında gelişmiş ülkelerde ilk sırada, dünyada ise dördüncü sırada yer alan psikiyatrik bir bozukluktur (1). Major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olarak bulunmuştur. Major depresyonun bir yıllık sıklığı, birinci basamak sağlık bakımı için başvuran hastalarda %10 iken genel hastanelerde yatarak tedavi gören hastalarda ise %15'tir (2). Depresyonun bu kadar sık görülmesi ve yeti yitimine yol açması yanında dürtüsellik ve intiharın bu bozuklukla yakın ilişkili olması, depresyonun önemini daha da arttırmaktadır.

Beden kitle indeksindeki artış, özellikle obezite, depresyon gibi küresel boyutta ele alınan önemli bir sağlık sorunudur ve bu sorun artmaya devam etmektedir. Obezite, yağ dokusunda sağlığı bozacak boyutta aşırı düzeyde yağ birikimi olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte, vücut yağ miktarının doğrudan ölçümü zordur ve beden kitle indeksi gibi göreceli ölçümler yetişkinlerde aşırı kilo ve obezitenin belirlenmesi için sık kullanılmaktadır. Vücut ağırlığının, kilogram olarak değerinin boyun metre olarak karesine bölünmesi ile hesaplanır ($BKİ=kg/m^2$) (3). Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen sınıflandırma sisteminde; BKİ değeri 18,5 altı az kilolu(zayıf), 18.5-24.9 normal kilolu, 25-29.9 arasında olanlara fazla kilolu, 30 -39.9 olanlar obez, 40 ve üzeri olanlar morbid obez olarak değerlendirilir. Birçok araştırmacı özgül aile öyküleri, temel hazırlayıcı yan etkenler, kişilik yapısı veya bilinçdışı çatışmaların obeziteye yol açtığını öne sürmüştür. Fazla kilolu insanlar depresyon dahil tüm ruhsal bozuklukları gösterebilmektedir (4).

BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar tutarsız sonuçlar bildirmektedir. Bazı çalışmalarda BKİ ile depresyon arasında ilişki sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında farklı bulunmazken (5), bazı çalışmalarda 'neşeli şişman' varsayımıyla tutarlılık gösteren negatif bir ilişki (6), bazılarında ise (7) pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, depresyon ile obezitenin gerek ölçümleri, gerekse kullanılan tanımlama farklılıklardan kaynaklanabilir. BKİ ile depresyon ilişkisinde rol oynayan potansiyel aracı etkenler; depresyonun şiddeti, obezitenin şiddeti, cinsiyet,

yaş, medeni durum, sosyoekonomik düzey, gen-çevre etkileşimi, olumsuz çocukluk yaşantıları, yeme ve fiziksel aktivite, alay edilme öyküsü, bozulmuş yeme tutumu, stres (8) ve dürtüsellik olarak bildirilmektedir (9).

Yeme, insanların en temel biyolojik faaliyetlerinden biridir. Yeme tutumunu başlı başına çevresel, sosyokültürel, biyolojik faktörlerden etkilendiği gibi psikolojik faktörlerden de bağımsız düşünmek imkânsızdır. Kişiler kendilerini baskı altında hissettiğinde ya da birine öfkelenildiğinde normalden daha fazla yiyebilir. Bu durum biyolojik ihtiyaçtan değil, psikolojik ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır. Olumsuz duygular ile baş etme amacıyla gerçekleştirilen bu yemek yeme fenomeni “duygusal yemek yeme” olarak da adlandırılmaktadır (10). Özellikle depresyonun yeme tutumunu etkileyen psikolojik faktörlerin başında geldiği belirtilmektedir (11). Goldsmith ve arkadaşları 2014 yılında yayımladıkları çalışmada depresyon belirtileri olan bireylerin yeme tutumlarının bozulduğu ve ilerleyen yıllarda buna bağlı olarak beden kitle indekslerinde artış olduğunu tespit etmişlerdir (12). BKİ ile yeme tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ise özellikle obez ve aşırı kilolu bireylerin yeme tutum skorlarının BKİ normal olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmış; BKİ’ndeki yüksekliğin etyolojisinde hormonal, genetik, yaşam şekli, fiziksel aktivite, gibi faktörlerin yanında yeme tutumu bozukluğunun da sorumlu olabileceği belirtilmiştir (13, 14, 15). Ülkemizde ise bu konuda araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, BKİ yüksek olan bireylerin hem depresif belirtilerinin yüksek olduğu hem de yeme tutumlarının normal gruptan yüksek olduğu saptanmış, bu durumun dürtüsellikle ilişkisi üzerine vurgu yapılmıştır (16).

Özellikle BKİ yüksek olan bireylerde; yerleşmiş motor tepkileri baskılamakta güçlük, eylemlerin sonuçlarını düşünmeden hızlı karar verme, daha sonra elde edilebilecek daha büyük bir ödül yerine o an elde edilen küçük bir ödülün vazgeçmeme gibi özelliklerin mevcudiyeti son yıllarda BKİ ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmaların hızla artmasına neden olmuştur (17). Dürtüsel kişiler; yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıklarını ve lezzetli, yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Nederkoorn ve arkadaşları (2006) , obez kadınlarda dürtüsellliği sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulmuşlardır (9). Normal kilolu kadınlarla yapılan çalışmalarda dürtüsellik ile aşırı yeme arasında

ilişki saptanmıştır (18). Ülkemizde de bu konuda veriler sınırlı olmakla birlikte BKİ yüksek bireylerde dürtüsellik yüksek saptanmamakla birlikte depresyon varlığında dürtüsellik puanlarının arttığı bu yüzden de BKİ yüksek bireylerde psikiyatrik yaklaşımında bulunduğu bütüncül bir tedavi gerekliliği üzerinde durulmuştur (16).

Dürtüsellik gibi intihar da obez hastalarda çalışılan konular arasındadır. Özellikle depresyon birlikteliğinde obez hastalarda intihar riskinin arttığı konusunda çalışmalar mevcut olsa da tersini ileri süren çalışmalarda mevcuttur (19). Ancak literatürde obezite ve depresyonun, dürtüsellik ve intiharı nasıl etkilediği konusundaki bilgiler sınırlıdır ve ülkemizde ise konu ile alakalı çalışma çok azdır. Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda BKİ ile intihar düşüncesi ve davranışının ters ilişkili olduğu belirtilirken (20) ,bazı çalışmalarda obezite ile intihar davranışının arttığı (21) ve bazı çalışmalarda ise hiçbir ilişki saptanmadığı bulunmuştur (22). Carpenter ve arkadaşları (2000) kadınlarda BKİ arttıkça depresyonun ve intihar düşüncesinin arttığını, erkeklerde ise tersi bir ilişki olduğunu, BKİ arttıkça depresyonun ve intihar düşüncesinin azaldığını tespit etmişlerdir (6).

Bizim bu araştırmadaki amacımız tüm bu sınırlı verilerin ışığında; depresyon varlığında BKİ'nin yeme tutumu, dürtüsellik ve intihar düşüncesini etkileyip etkilemediği, etkiliyorsa hangi yönde etkilediği sorularına cevap bulmaya çalışmak ve bu konuda yapılmış çalışmalara katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresyon

2.1.1. Tanım

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (23).

Depresyon ruhsal bozukluklar içinde en sık görülenidir (24). Depresyon yaygınlığı, kişisel ve toplumsal maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda en önemli psikiyatrik bozukluklardan birisi olmanın ötesinde; küresel, ciddi bir halk sağlığı sorunudur (25).

Yüksek yaygınlık oranları göstermesinin dışında depresyon; tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar nedeniyle bu konuda araştırmaların önemi giderek artırmaktadır (26). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyon dördüncü sıradadır (27). DSÖ' nün tahminlerine göre, 2020 yılında işlev kaybına yol açan hastalıklar arasında depresyonun, kardiyovasküler hastalıkların ardından ikinci sırada yer alacağı ön görülmektedir (1).

Günümüzde depresyonun klinik görünümü, belirtilerinin seyri, sayısı, tedaviye yanıtın etkili olduğu çeşitli tanı ve sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır.

En çok kullanılan tanı ölçütleri ve sınıflandırma sistemleri ise Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (American Psychiatry Assosiation) yayımladığı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzu (ICD-International Classification of Diseases)'dur. Major Depresif Bozukluk DSM-5

sınıflandırmasında depresyon bozuklukları başlığı altında yer alan, işlevsellikte ciddi bozulmaya yol açan tek bir atak şeklinde ya da yinelemelerle gidebilen en yaygın duygudurum bozukluğudur (28, 29).

DSM-5'e Göre Majör Depresyon Tanı Ölçütleri

A.iki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı belirtileri katmayınız.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkün duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hipersomnia) olması.

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında

ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.1.2. Tarihçe

Depresyon kelimesinin kökeni olan “depress” sözcüğü, Latince “depressus” tan gelmektedir (31). Duygulanım bozukluklarının tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara uzanır. Eber papirüsünde, Eski Ahid’de, antik çağlarda geçen öykülerde ve efsanelerde depresyon benzeri tabloların betimlendiğini görülmüştür (32). Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan ve “melankoli” olarak adlandıran Antik Yunan hekimi Hippokrates olmuştur (İÖ 5.yy). Hippokrates vücutta insan emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, paranoya ve frenitis gelişimine neden olduğunu ileri sürmüş ve melankoliyi “iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk” olarak tanımlamıştır. Aristo’nun “problemata” kitabında ve Galen’in yazılarında da melankoli tanımı kullanılmaya devam etmiştir. Galen “korku, mutsuzluk, hayattan memnun olmama ve tüm insanlardan nefret etme” olarak betimlemiştir. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbn-i Sina olmuş ve duygudurum bozukluklarının sıvı teorisini daha ileri taşımıştır ve sıvıların birlikte etkilerinden söz etmiştir (33).

16–17.yy.’da depresyonun etiyolojisi hakkındaki çalışmaları ile tanınan Vesalius depresyonun “beyin ya da başka bir organdaki tümörden kaynaklandığını” söylemiştir. Plater ise ilk kez merkezi sinir sistemi (MSS) ‘nin psikiyatrik tablolardan sorumlu olduğunu bildirmiştir. Çin’de ise 14–20.yy. arasındaki geniş bir dönem içerisinde depresyonun etiyolojisi ile ilgili olarak; “yaşamsal hava dolaşımında bozulma, aşırı yas ve hastanın kontrol edemediği çaresizlik durumları” olarak tanımlanmıştır. Burton (1621) duygudurum bozuklukları ile ilgili ilk İngilizce metin

olan “melankolinin anatomisi” adlı eserinde depresif hastaların duygu, düşünce ve yaşadıkları sıkıntıları tanımlamıştır (27).

19.yüzyılda Alman psikiyatri ekolü, modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmış. 19. yy Pinel Esquirol, Falret, Mendel ve Kreapelin ‘in katkılarıyla depresyon bugün bilinen kavramlarına çok yakınlaşmıştır. Kahlbaum 1882’de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamış ve melankolinin hafif şekline “siklotimi” adını vermiştir. Depresyon teriminin ilk kullanımı ise 19.yüzyılda Delasiauve tarafından olmuştur. Kraepelin, bugün depresyon olarak anladığımız durumu manik depresif hastalık ve involusyonel depresyon (yaş dönümü çökkünlüğü) adı altında ele almış ve dementia prekoks ile ayrımını açık bir biçimde yapmıştır. Kraepelin depresyonun kişide çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik bir zeminle ilgili olduğunu savunmuştur. Kraepelin’in çalışmaları bu yüzyıl içinde, gerek ruhsal rahatsızlıkların tanımlanması, gerekse psikiyatrik hastalıkların etiyolojik ve kategorik olarak sınıflandırılma çabalarında yol gösterici olmuştur. (27).

Kretschmer (1927) ise farklı bir açıdan yaklaşp, beden tiplerine göre kişilerin duygusal özelliklerini anlatmaya çalışmıştır. Piknik olarak adlandırdığı; orta boylu, kısa boyunlu, yağlı, şişman, göbekli, yuvarlak, yüzleri yağlı beden tipine sahip kişilerin daha dışadönük, canlı, neşeli, sevecen, insancıl kişiler olduğunu belirtmiş ancak bu kişilerin kolay ve çabuk duygulandıklarını, dürtüsel olduklarını, çabuk öfkelenip, karamsarlığa kapıldıklarını, kırılgan olduklarını şuan ki tanımlarda daha çok depresyona yatkın bireyler olduklarını belirtmiştir (34).

20.yy Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen’in katkıları yanında biyolojik olarak da, bugün çoğu hayatta olan araştırmacıların çalışmalarıyla şekillenmiştir (35).

2.1.3. Epidemiyoloji ve risk faktörleri

Depresyonun sıklığı ve yaygınlığı, hangi etkenlerin depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ya da koruyucu olduğu ilgi çeken noktalar olmaktadır. Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalar, sağladıkları verilerle ruh sağlığı

hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunmakta, aynı zaman da etiyolojiyle ilgili ipuçları da vermektedir (30).

2.1.3.1. Epidemiyoloji

Depresyon ile ilgili araştırma yöntemlerinin farklılıklarına bağlı olarak değişik oranlar bildirilmişse de sıklığın ve yaygınlığın yüksek olduğu konusunda görüş birliği mevcuttur. Ancak bu konuda yapılan çalışmalar daha çok yaygınlık (prevelans) çalışması iken sıklık (insidans) çalışması azdır (23).

Weismann ve arkadaşlarının (1991) yaptığı ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında majör depresif bozukluğun yaşam boyu ve yıllık yaygınlığı sırasıyla %4.9 ve %2.7 olduğunu bildirmiştir (36). Kessler'in (1994) NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında ise yaşam boyu ve yıllık yaygınlık oranları daha yüksek bulunmuş (%17.1, %10.3) (38). Kessler ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları NCS-R çalışmasında ise yaşam boyu ve yıllık yaygınlık oranları sırasıyla %16.2 ve %6.6 olarak bulunmuştur (39). Yaşam boyu major depresyon yaygınlığı Angst'ın (1992) araştırmasında ise %4,4-19,6 aralığında olarak belirtilmiştir (40).

1998 yılında yapılan bir araştırmaya göre ülkemizde 12 aylık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda % 5,4, erkeklerde % 2,3, tüm nüfusta % 4 olduğunu belirtilmiştir (41). DSÖ' nün işbirliğiyle aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülkede, temel sağlık hizmeti veren merkezlere başvuran hastalarda yapılmış geniş bir araştırmada depresyonun ortalama yaygınlığı % 10.4 ,Ankara Gölbaşı Sağlık Merkezi için ise %11.6 bulunmuştur (42) .

ECA çalışmasında major depresif dönemin yıllık sıklığı %1,59 (kadınlar %1,89, erkek ler %1,1) bulunmuştur. İsveç'te yapılan bir çalışmada depresyonun yıllık sıklığı kadınlar için %0,76, erkekler için %0,43 ve 70 yaşına kadar ilk dönem depresyonun ortaya çıkma sıklığı kadınlarda %45 ve erkeklerde % 27 olarak saptanmıştır (27) .

2.1.3.2. Risk Faktörleri

Depresyon için başlıca risk faktörleri yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, barınma, aile öyküsü, erken dönem çocukluk çağı yaşam olayları, olumsuz yaşam olayları, hastalık öncesi kişilik özellikleri, bedensel hastalık ve ek psikiyatrik bozukluklar olarak sıralanabilir.

Bunlardan sırayla kısaca bahsetmek gerekirse; Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmaları Uluslararası Konsorsiyumu'nda tüm ülkelerde majör depresyon başlangıcında ortalama yaşı 30'lu yaşların başı ve ortaları arasında olduğu saptanmıştır (43). De Graaf ve arkadaşları (2003) Hollanda Ruh Sağlığı Araştırması ve İnsidans Çalışmasında kadınların erkeklerle kıyaslandığında daha genç başlama yaşına sahip olduğunu ve majör depresyon için başlangıçtaki ortalama yaşı 29.9 olarak bulunmuştur (44).

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla olduğu yönündedir (45). Bu farklılık erken erişkinlik döneminde başlar, 30-45 yaşları arasında en belirgindir ve yaşlılıkta devam eder. Biyolojik ve hormonal farklılıklarla birlikte kadınların strese karşı artmış duyarlılıkları; sıklıkla işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri geliştirmeleri, birden fazla sosyal rol yüklenmeleri ve iki cinsiyet arasındaki ilişkide iş yükü ve eşitsizlikler gibi faktörlerin majör depresyonun yaygınlığındaki cinsiyet farklılığını açıklayabileceği ileri sürülmüştür (2).

İngiltere' de depresif bozuklukların prevalansı üzerine yapılan çalışmada ayrılmış, boşanmış ve dul olanlar da depresyon riski daha yüksek gösterilmiştir (46). Ülkemizde ise Sivas' ta yapılan çalışmada major depresyon ayrı yaşayan, boşanmış ve dul olanlarda en yüksek oranda, evlilerde en düşük oranda bulunmuştur. Sağlık Bakanlığının Çalışmasında depresif nöbetin yaygınlığı boşanmış ve dullarda daha yüksek oranda olduğu ileri sürülmüştür (47). Kessler ve arkadaşlarının (2003) Ulusal Ek Tanı Araştırması tekrarlama çalışmasında hiç evlenmemiş olmak geçen yılki depresyon için bir risk faktörü, önceki evlilik ise yaşam boyu depresyon için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (39).

Epidemiyolojik çalışmalar artmış depresyon oranlarıyla düşük sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkiyi göstermede göreceli olarak tutarlıdır (49). Weissman ve arkadaşları (1991) ECA çalışmasında ise daha yüksek sosyoekonomik grupları arasında depresyon oranını daha yüksek bulunmuştur (36). Sivas’ ta yapılan çalışmada major depresif bozukluk en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde, okuryazar olmayan grupta, ev kadınlarında bulunmuştur (47). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olguların sosyodemografik özellikleri incelenmiş, büyük çoğunluğunun orta-düşük gelirli olduğu saptanmıştır (50). Çocukluk çağı sırasındaki düşük sosyoekonomik düzeyin bile erişkinlik sırasındaki artmış depresyon riskiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (51). Ayrıca işsizlikte benzer şekilde depresyon için risk etkeni olarak gösterilmiş ve 3 kat artmış risk ile betimlenmiştir (31). Çoğu çalışmada majör depresyonun şehirde yaşayanlarda kırsal bölgede yaşayanlara oranla daha yaygın görüldüğü ileri sürülmüştür (50).

Aile çalışmaları majör depresyon aile hikâyesinin majör depresyon riskinde belirgin artışla ilişkili olduğunu göstermiştir (52). Çalışmalar major depresyon hastalarının birinci dereceden akrabalarında major depresyon riskinin toplumdaki riske göre 2-4 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (47). Anne babadaki depresyon mevcudiyeti çocuklardaki depresyonun daha erken başlamasıyla ve daha şiddetli olmasıyla ilişkilendirilmiştir (53).

Literatürde fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın ve ihmalin erişkinlikteki depresyon arasında bir ilişkinin olduğunu gösterilmiştir (54). Ayrıca diğer olumsuz yaşam olaylarının da depresyonun gelişiminde rol oynadığına dair birçok çalışma bulunmaktadır (55, 56). Olumsuz yaşam olaylarının fazlalığı, olumlu yaşam olaylarının azlığı depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (57).

Depresyonun anlaşılmasında bekli de en önemli kısım premorbid kişilik özelliklerinin öğrenilmesi olmuştur. Kişilik özelliklerinin depresyon gibi duygudurum bozukluklarına yatkınlık oluşturabileceği, içinde bulunulan stres yaratıcı çeşitli durumlara bağlı olarak depresif dönemlerin ortaya çıkmasında ya da dönemlerin tekrarlamasında rol oynayabileceği ya da bazı hastalarda antidepresan tedaviye rağmen kalıntı belirtilerin sürmesinde etkili olabileceği öne sürülmüştür (31).

Özellikle obsesif, histrionik, pasif ve bağımlı ve sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken, antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde depresyonun daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (58).

Bedensel hastalıklar açısından baktığımızda ise medikal hastalık santral sinir sistemi işlevleri ve steroid metabolizmasında değişiklik, immun sistemde tepkisizlik gibi biyolojik, işlevsellikte azalma, kendilik saygısında azalma gibi psikososyal etkiler yaratarak bireyde depresyon oluşturabilmektedir (59). Depresyon hemen bütün hastalıklara eşlik edebilmektedir (60). Özellikle tiroid hastalıkları, Diabetes Mellitus, Addison Hastalığı, Cushing Hastalığı, anemiler, Sistemik Lupus Eritematozus, Multiple Skleroz, Parkinson Hastalığı, demans, kafa travmaları, intrakranial kitleler, karsinomlar, enfeksiyonlar depresyona neden olan hastalıkların başında gelmektedir (48). Bunların yanında yeti yitimine, özellikle kişilerarası ilişkilerde beceri yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklarda depresyona yol açabilmektedir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluk açısından anksiyete bozuklukları (%58) başta gelirken, bunlar içinde de fobik bozukluklar en sıktır. Anksiyete bozukluklarını madde kullanım bozuklukları izlemekte (%38.6) ve %75 hastada eşlik eden psikiyatrik bozukluk sayısı birden fazla görünmektedir (38).

2.1.4. Etiyoloji

Depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının olması ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol alması etiyojinin tam olarak aydınlatılmasında güçlükler meydana getirmektedir (61).

2.1.4.1. Psikososyal Etkenler

Psikodinamik görüşler: Depresyon ile ilgili ilk görüşler Freud ve K.Abraham'a aittir. Sigmund Freud "Yas ve Melankoli" adlı eserinde; nesne kaybı, yas ve melankoli arasında bir ilişki olduğunu, depresyondaki hastanın öfkesinin kayıp nesne ile özdeşim nedeniyle bireyin kendine yöneltmesi ile açıklamaya çalışmıştır. Bu kurama göre; bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Kaybedilen kişi introjekte (içe-atım) edilir, yani sevilen kişinin tasarımı benliğin içinde saklanır. Ancak bu kişiye

duyulan sevginin yanında ambivalan bilinçdışı nefret, öfke gibi olumsuz duygular da vardır. Bu duygular nedeniyle (yasdan farklı olarak) kişi suçluluk hisseder, benlik saygısında düşme olur. Ayrıca introjekte edilen kişiye karşı duyulan agresyon-öfke ile bireyin kendisine yöneldiği düşünülmektedir ve bu da özkıyım davranışlarının nedeni olarak da görülür (62) .

Benlik psikolojisinde önemli yeri olan E.Bibring (1953) ise depresyonun; bireyin benliğinin üstün, güçlü, iyi ve sevilen bir kişi olma gibi narsistik emel ve beklentilerinin gerçekleşmediği durumlarda, çaresizlik ve benlik saygısında düşmeyle karşı karşıya kaldığını ve ardından benliğin işlevlerini yerine getirememesi ile oluştuğunu belirtmektedir (63).

Diğer görüşlere baktığımızda ise; Melanie Klein'a göre iyi objenin olumsuz taraflarının fark edilmesi depresyonun ana kaynağı iken, Edith Jacobson depresyonu çocuğun omnipotan ebeveyn algısı sonrasında benlik saygısında yıkılmanın eseri olarak belirtmiştir. H.Kohut, J. Bowlby , K.Horney gibi kuramcılar ise depresyonun ortaya çıkmasında anne-çocuk ilişkisinin niteliği ve anne-çocuk ayrılığının önemini vurgular. Arieti ise depresyondaki yaygın psikolojik temanın “başkaları için yaşama” duygusu olduğunu belirtmiştir (64).

Bilişsel ve davranışçı görüş: Bilişsel kurama göre depresyon temelde duygudurum bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Biliş, duygu ve davranışın birincil belirleyicisidir. Biliş depresif psikopatolojiyle, işlevsel olmayan tutumlar ve kendilik, dünya ve geleceğe yönelik olumsuz otomatik düşüncelerin yanı sıra, bilgiyi işlemede yapılan alışkanlık haline gelmiş hatalar açısından da bağlantılıdır (65). Çocukluk çağındaki yaşantılar öğrenme yolu ile şema denilen bazı temel düşünce ve değer yargıları ortaya çıkarır. Bu şemalar katı, değişmeye dirençli ise birey yeterli işlev düzeyine erişemez. Depresyonda görülen şemalar yetersizlik, değersizlik, başarısızlık ve sevilmemedir. Herhangi bir hayat döneminde yaşanan bu şemalarla uyumlu bir olay şemaları etkin duruma getirip algılamada ve anlamlandırmada bozukluklar ortaya çıkarır bunun sonucunda bilgiler yanlış işlenir ve otomatik düşünceler ortaya çıkar. Sonuçta depresyon gelişir (66). Seligman (1975) tarafından ortaya atılan *Öğrenilmiş Çaresizlik* görüşünün etkin olduğu bilişsel davranışçı göre erken yaşlardan itibaren

olumsuz hayat olayları ile karşılaşan, sürekli engellenen ve bu durumla baş edemeyen kişilerde depresyon gelişebileceği unutulmamalıdır (67).

2.1.4.2. Genetik Etkenler

Psikiyatrik hastaların etiopatogenezinde genetik geçişin de rol oynadığı görüşü; özellikle monozigot ikizlerde bu psikiyatrik tabloya daha sık rastlanması, (70) aile prevalansının, popülasyon prevalansından daha yüksek değerler göstermesi ile desteklenmektedir (37, 68) . Evlat edinme çalışmalarında da bakıldığında biyolojik ebeveynlerinde mizaç bozukluğu olan çocuklarda onları evlatlık alan ebeveynlerde bir mizaç bozukluğu olmaması durumunda dahi depresyon geliştirme riski normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur (69). Genel olarak kabul edilen, depresyonda genetik bir geçişin olduğu ancak bunun tam olamayan bir penetrasyonla poligenetik ve heterojen bir yapıda, çevreninde katkılarıyla geliştiğidir.

2.1.4.3. Biyokimyasal Bağlantılar

20.yüzyılın ortalarında tüberküloz tedavisi için kullanılan monoamnin oksidaz inhibitörlerinin ve trisiklik ilaçların duygudurum yükseltici etkilerinin saptanması sonrası depresyonda dikkatler beyin nörokimyasına çevrilmiştir. Depresyonun etiolojisinde çeşitli nörobiyolojik mekanizmaların varlığı ileri sürülmektedir. Bunlar arasında biyolojik aminler, nöroendokrinolojik ,nörofizyolojik, nöroimmünolojik ve nöroanatomik bağlantılar örnek olarak verilebilir (71).

Günümüzde üzerinde çalışılan biyolojik aminler; noradrenalin, serotonin, dopamin olmakla birlikte son zamanlarda glisin, glutamat, γ Aminobutirik Asit(GABA), asetilkolin, nöropeptidler ve nörotrofik faktörlerin ön plana çıktığı görülmektedir (72, 73).

Bunların yanında nöroendokrinolojik bağlantılar ön plana çıkmakta ve özellikle Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Ekseni (HPA) üzerinde durulmaktadır. Özellikle akut fiziksel veya psikik strese cevap olarak hemostazı sağlamak, beyne daha çok glikoz ve oksijen gitmesi, bilişsel işlevlerde artış sağlamak için hipotalamus paraventrikül çekirdekten kortikotropin releasing hormon(CRH) salınımı artar.

CRH'da hipofizdeki pituter bezden adrenokortikotropik hormon(ACTH) salınımına neden olur. ACTH salınımı da adrenal bezden glukokortikoidlerin salınımını sağlar. Kortizol düzeyi gerekli düzeye ulaştıktan sonra ise negatif geri bildirim ile ACTH ve CRH salınımını inhibe eder. Uzayan-kronik stres sonucunda hem CRH üzerindeki hipokampal denetleme hem de negatif geri bildirim düzeneği bozulur ve glukokortikoid seviyesi artar, salınımı uzar. Artan özellikle kortizol seviyeside hipokampal nöroenezisi olumsuz etkiler ve atrofi oluşmasına yol açar ve depresyon oluşur. Bu eksen anormalliği özellikle depresif hastaların yaklaşık %40-50'sinde görülen deksametazon supresyon testinde kortizol düzeyinde gerekli baskılanmanın oluşmaması sonrasında en sık ve tutarlı olarak gösterilen biyolojik belirteçlerden biri olmuştur. Ancak deksametazon supresyon testinin depresyona spesifik olmayışı özellikle obezite, Cushing Sendromu, alkolizm, şizofreni, Diabetes Mellittus, diğer adrenal bez patolojilerinde bozulması kullanım alanını daraltmaktadır (75). Özellikle yaşlı, depresyonu daha şiddetli olan, ciddi intihar girişimleri olan hastalarda bu eksen anormalliği daha sık gözlenmiştir (74).

Bu eksen anormallikleri ve lipid metabolizma değişiklikleri-özellikle kolesterol- son yıllarda duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmiş ve serum kolesterol değişikliklerinin depresif belirtileri arttırabileceği gösterilmiş ve hatta intihar düşüncelerine yol açabileceğini belirten çalışmalar artmaktadır. Kolesterol değişikliklerinin; nöron membranı ve dolayısıyla serotonerjik transmisyonadaki değişikliklere neden olabileceği bunun yanında kan mikrovizkozitesine etkileri olabileceği varsayımları üzerinde durulmuştur.(76)

2.1.5. Klinik Özellikler

Depresyon tablosu klinik uygulamada geniş bir belirtiler kümesi içerir. Bu belirtiler mutsuzluk, isteksizlik, hayattan zevk alamama gibi duygulanım dalgalanmalarından, gerçeği değerlendirmenin bozulduğu ve intihar düşüncelerinin olduğu tablolara kadar uzanabilir. Depresyonun belirtilerini duygulanım ve duygudurum bozuklukları, bilişsel bozukluklar, davranış bozuklukları ve fizyolojik bozukluklar olarak sınıflandırabiliriz (77).

Duygulanım ve duygudurum bozuklukları: Hastaların çok büyük bir kısmında keder, çaresizlik, mutsuzluk, ümitsizlik, hüznün ve değersizlik duyguları ile karakterize olan depresif duygudurum hâkimdir. Bu duygudurumun süreklilik gösteriyor olması önemlidir. Sıklıkla daha önce zevk alarak yaptıkları işlere ve uğraşılara karşı zevk alamama (anhedonia) , ilgi kaybı ön plandadır. Sabah saatlerinde depresif duygular genelde daha yoğundur ve bu akşama doğru kısmen düzelir. Atipik özellikler gösteren hastalar ise tam tersini yaşadıklarını belirtebilirler. Gece sık uyanmalar, sabah erkenden uyanıp daha sonra uyuyamama karakteristiktir. Anksiyete belirtileri eşlik eden hastalar daha sinirli ve tahammülsüz olabilirler. Özellikle yaşlı hastalarda bu belirtiler ön plandadır (78).

Bilişsel bozukluklar: Depresyonda bilişsel alandaki bozukluklar beklide gündelik yaşantıyı ve işlevselliği en çok bozan belirtilerdir. Hastaların konuşmalarında yavaşlama, monotonlaşma, gecikmeli cevap verme ve düşüncede bloklar, tek sözcükle cevap verme bazen hiç yanıt vermeme görülebilir. Düşünce içeriğinde ise; kendileri ve çevre hakkında olumsuz düşünceler, suçluluk değersizlik hâkimdir. Bu düşünceler sanrı düzeyine dek uzanabilir. Benlik saygıları genelde azalır, işe yaramadıklarını ve yük olduklarını düşünürler (64,79). Hastaların %75’inde intihar düşünceleri gözlenir ve umutsuzlukla sıkça ilişkilendirilmiştir. Depresyonda intihar riskinin genel popülasyondan 20-30 kat fazla olduğu bildirilmektedir (80).

Hastalar genellikle unutkanlıktan yakınır. Bu durum gerçek bir bellek bozukluğu olmamakla birlikte daha çok spontan dikkatte azalma ve konsantrasyonda güçlük çekilmesine bağlıdır. Depresyondaki unutkanlık, demans belirtileri ile karışabilir. Buna yalancı demans (psödodemans) denir. Özellikle yaşlı hastalarda gerçek demans ile ayırıcı tanısında depresyondaki hastaların unutkanlıklarından sıkıntı duyup bundan yakınması varken, gerçek demans hastaların ise unutkanlıklarını geçiştirmeye çalışmaları tipiktir (81).

Genellikle algı bozukluğu görülmez. Psikotik özellikli depresyon olgularında aşağılayıcı, suçlayıcı işitsel ve nadiren görsel varsanılar eşlik edebilir. Bazı hastalar depersonalizasyon, derealizasyon gibi belirtiler gösterebilir. Hastaların bazılarında yanılsamalar görülebilir (23).

Fizyolojik bozukluklar: Bazı fizyolojik bozukluklar depresyonda karakteristik olarak gözlenmektedir. Özellikle enerji azalması(gündelik işleri gerçekleştirmekte zorlanma), iştah değişiklikleri(artış veya azalış), cinsel istek kaybı, uyku düzensizlikleri ve döngüsel değişiklikler dikkati çekmektedir (82, 83).

Davranış bozuklukları: Depresif hastalarda davranış değişikliği olarak başlıca psikomotor yavaşlama ve psikomotor hareketlilik gözlenir. Psikomotor yavaşlama daha sıklıkla gözlenmekte olup; yürüme ve konuşmada yavaşlama, jest ve mimikleri canlılığını yitirme, harekete başlamada zorluk, öz bakımda azalma, yorgunluk hissi hatta mutizm ile karakterizedir (84). Psikomotor hareketlilik ise daha çok yaşlı ve kadın hastalarda gözükmeyle birlikte sürekli hareket halinde olma, tedirginlik, elleri ovuşturma hatta dövünerek bağırıp çağırma ile kendini gösterebilir (31).

2.1.6. Depresyon ve İntihar

Kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olarak tanımlanan intihar, psikiyatrideki ölüm nedenleri arasında birinci sıradadır. Durkheim (1987), “ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen eylemin doğrudan doğruya veya dolaylı olarak meydana getirdiği her ölümü “intihar ” olarak tanımlamıştır (85).

Her yıl yaklaşık 1 milyon insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu rakamın yaklaşık 10-20 katı kadar da intihar girişimi olmaktadır (86). Neredeyse tüm psikiyatrik hastalıklarda intihar riski artmaktadır. İntihar girişiminde bulunanların %90’ından fazlasında bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. İntihar davranışı gösteren hastaların sık aldıkları psikiyatrik tanılar; depresyon, alkol bağımlılığı, şizofreni ve kişilik bozuklukları olarak belirtilmektedir. Ancak intihar davranışlarında en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluk depresyondur (87).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da psikiyatri kliniğine yatırılarak izlenen intihar girişiminde bulunan kişilerdeki psikiyatrik hastalık sıklıklarına bakılmış. İntihar girişiminde bulunanların %48,4’ ünde depresif bozukluk, %12,3’ünde uyum bozukluğu ,%9’unda şizofreni, %12,2’sinde bipolar duygudurum bozukluğu ve %7.6’sında organik mental bozukluk tanıları konmuş olup tüm girişimlerin %6.5’inde

davranım bozukluğu ve %4'ünde madde kötüye kullanımı/bağımlılığı saptanmıştır (88).

Depresif bozukluklarda yaşam boyu intihar oranları %15 olarak bildirilmekte ise de genelde bu çalışmalar riskin yüksek olduğu tahmin edilen yatan hasta popülasyonunda yapılmıştır (89). Bostwick ve arkadaşlarının yayımladıkları meta analizde ise duygudurum bozukluklarında yaşam boyu intihar oranlarını %2,2 olarak hesaplamıştır (90). Başka bir çalışmada ise sadece majör depresif bozukluk ele alınmış ve yaşam boyu intihar oranı %3,4 olarak bildirmiştir (91). Major depresyonu olan hastalarda intihar girişimi sıklığı %14,5 ile %40, intihar düşünceleri sıklığı ise %47 ile %69 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (92, 93). Normal popülasyon ile majör depresif hastalar karşılaştırıldığında ise intihar riskinin 20 kat arttığını hesaplanmıştır (94).

Major depresyonda tamamlanmış intihar davranışı oranları yaşla artarken, intihar girişimleri ve düşünceleri genç hastalarda daha sık gözlenmektedir. Bu bulgular, intihar davranışlarının ileri yaşlarda daha iyi planlanmış ve daha kararlı olduğuna işaret etmektedir (95, 96).

Genel olarak intiharlar erkeklerde, intihar girişimleri ise kadınlarda daha sık görülmektedir. Blair ve arkadaşları majör depresif bozuklukta yaşam boyu intihar oranlarını erkeklerde %6,8, kadınlarda %1,1 olarak bildirilmiştir (91). İntihar düşüncelerinin ise bayanlarda daha sık olduğu bildirilmektedir (97). Ayrıca işsiz olmak, bekar olmak, boşanmış olmak, ek psikiyatrik veya bedensel hastalık birlikteliği, alkol-madde kullanımı, zayıf sosyal destek, olumsuz yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları majör depresif bozuklukta intihar için gösterilen risk faktörleridir (23).

Depresyon araştırmalarında depresif hastalardaki umutsuzluk duygusunun, depresyonun şiddeti ve intihar riskinin belirlenmesinde etkili olduğu hatta ilişkisi en fazla gözlenen değişkeninin olduğu bulunmuştur (98, 99). Türkiye'de yapılan bir çalışmada de intihar riskini belirlemede umutsuzluğun, depresyonun şiddetinden daha önemli bir belirteç olabileceği vurgulanmıştır (100).

2.1.7. Depresyon ve İntihar ile Dürtüsellik

Dürtü; bir eksiklik ya da hoş olmayan bir uyarının etkisi altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için bir itme, bir canlanma olarak tanımlanmaktadır (23). Bir dürtüyü patolojik yapan ise o dürtüye ve onu gerçekleştirmeye engel olunamamasıdır. Dürtü ani ve kısa süreli olabildiği gibi, gerilimi sabit olarak artarak kendi ve diğerlerini dikkate almadan patlayıcı bir şekilde de ortaya çıkabilir (101).

Dürtüsellik ise birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalıkta sık görülen klinik bir problem ve insan davranışının temel bir özelliğidir (102).

Dürtüsellik; ortama uygun olmayan, aşırı riskli, yeterince planlanmamış ve genelde istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları içerdiği gibi; dikkatsizlik, sabırsızlık, yenilik arama, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özellikler ile kendini gösterir (5) .

Dürtüsellüğün tek bir hareket değil, davranış örüntüsünün bir parçası ve kişilik boyutu, bilişsel bilişenleri de içeren çok yönlü bir kavram olduğu söylenebilir (103). Patton ve arkadaşları da dürtüsellliği bu görüşü benimser şekilde nörofizyolojik temele dayanan, davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlamakta; hazırlıksız aniden hareket (motor aktivasyon), elindeki işe odaklanmama (dikkat), plan yapmama (plan eksikliği) şeklinde üç bölümde ele almaktadır (104).

Davranışsal yönden bakıldığında dürtüsellik; yersiz-zamansız ifade edilmiş, gereksiz risk taşıyan, uygun olmayan durumlar ve sıklıkla istenmeyen sonuçlara neden olan eylem olarak tanımlanmaktadır (105). Deneysel davranışsal anlamda ise büyük ve gecikmiş ödüllerden çok küçük ama doğrudan ödülleri seçme özelliği olarak görülür. Bu yüzden bu kişilerin küçük şeyler için büyük riskler alabilecekleri göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmaktadır (106).

Dürtüsellik aslında psikiyatrik bir tanı olmamasına rağmen birçok psikiyatrik bozukluk tanı kriterinde bulunmaktadır. Aslında eksen I veya II tanısı bulunsun bulunmasın bireyde mevcut olabilir (109). Psikiyatrik bozukluklar açısından bakıldığında bipolar duygudurum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu,

dürtü kontrol bozuklukları, kişilik bozuklukları ve özellikle alkol-madde bağımlılığı ve kötüye kullanımında dürtüsellik sık görülmektedir (110).

Depresyonda ise dürtüsellik fazla olduğu ve daha çok intihar düşüncesi ve planı mevcut olan hastalarda bulunma sıklığının arttığı saptanmıştır (111). Araştırmacılar; dürtüsellik ve depresyonun bazı biyolojik ve psikososyal faktörler olarak aynı kökenden gelebileceğini düşündüklerini ve onun içinde aralarında bir ilişkisinin olmasının kaçınılmaz olduğunu belirtmektedir. Son zamanda yapılan çalışmalarda nörokimyasal açıdan bakıldığında daha çok serotonerjik sistem ve dopaminerjik sistem ile ilgili fonksiyon bozukluklarının dürtüsellikğe yatkınlık oluşturduğu belirtilse de, gaberjik, glutamaterjik ve kanabinoid sisteminde etkin olabileceği gösterilmiştir (107, 108). Özellikle dürtüsellik ve depresyonun her ikisinde de beyin omurilik sıvılarında 5-HIAA(5-hidroksiindolasetik asit) seviyelerinin düşük saptanması, ikisinin etiyolojisinde de serotonerjik disregulasyonun söz konusu olabileceğini gösterdiğini ayrıca dürtüsellikğe yatkınlık yaratan etkenlerin (çocukluk çağı travması, genetik faktörler, psikososyal zorlantılar) aynı zamanda depresyon içinde geçerli olduğunun saptanması bu düşüncelerini destekliyor gibi gözükmemektedir (112).

Literatüre bakıldığında dürtüsellik ile major depresif bozukluğun birlikteliğinin sık gözlenebildiği hatta intiharında bu durumla ilişkili olabileceği gösterilen çalışmalar mevcuttur (113).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada benzer şekilde depresif hastaların BaDÖ puanlarının sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında daha fazla olduğu saptanmış yine aynı çalışmada eğitimin dürtüsellik üzerinde olumlu etkisi olabileceği belirtilmiştir. BaDÖ dikkat alt ölçeği daha önce intihar davranışında bulunanlarda istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptanmış ve intihar girişimi sayısının dürtüsellik total puanı ve dikkat alt puanı ile pozitif bir korelasyonu olduğu gösterilmiştir (114).

Major depresyon tanısı alan, intihar girişiminde bulunan 16 ve bulunmayan 34 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada da, hastalardan tedaviye başvurdıkları sırada ve tedaviden dört hafta sonra değerlendirilmiş, tüm hastalarda dürtüsellik puanlarında tedavi sonrasında bir düşüş görülmüştür. Ancak intihar girişimi bulunan grubun

dürtüsellik puanlarının, diğer gruba göre hem tedavinin başlangıcında hem de dört hafta sonra daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Elde edilen bu sonuç; dürtüsellğin, intihar girişimi bulunan depresif hastalar için hem durumluk hem de sürekli bir özellik olabileceğini ve bu durumun da depresif hastalarda görülen intiharlar ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (113).

Bu çalışmaların yanı sıra depresyonun dürtüsellikle arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalarda mevcuttur (115). Saddichha ve arkadaşları 2014 yılında yaptıkları bir derlemede major depresyonu olan hastalar ile sağlıklı kontrollerin dürtüsellik açısından değerlendirildiği 11 çalışma göz önünde bulundurulmuş. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda depresyon ile dürtüsellik arasında tutarlı bir ilişki saptanmamış. Ancak yinede major depresyonda yüksek dürtüsellik puanları dikkati çekmekte olduğu belirtilmiş ve intihar davranışı ve düşüncesinin güçlü bir şekilde dürtüsellikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle de dürtüsel davranışları olan hasta gruplarında depresyon açısından dikkatli olunması gerekliliği üzerinde durulmuştur (116).

Duygudurum bozukluğu olan hastalarda yapılan uzun süreli izlem çalışmasında, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharlar için uzun dönemdeki en önemli belirleyicilerden birisinin dürtüsellik olduğu ileri sürülmektedir (117). Çoğu çalışmada tanı gözetilmeksizin değerlendirildiğinde de dürtüsellik arttıkça intihar düşünce ve planının arttığı saptanmış, intihar davranışı için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (118).

İntihar girişiminde bulunan 350 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, dürtüsel intihar davranışının tanımı "intihar girişiminin 5 dakikadan kısa bir sürede planlanması ve bu süre içerisinde gerçekleştirilmesi" olarak belirlenmiştir. Çalışmada belirlenen bu tanıma göre hastalar değerlendirildiğinde, toplam örneklemin %40,4'ünü dürtüsel intihar vakalarının oluşturduğu bulunmuştur. Ayrıca bu gruptaki hastaların, intihar davranışı dürtüsel olmayan diğer hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük depresyon puanlarına sahip oldukları belirtilmektedir. İntihar girişimlerinin dürtüsel olduğu belirtilen hastalar; intihar girişimleri sırasında kendilerini birilerinin gördüğünü, ilaçları aldıktan en geç yarım saat sonra bu girişimlerini yakınlarından birine/birilerine söylediklerini ve hayatta kalmak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu

nedenle dürtüsel intihar davranışlarında bulunan kişiler gerçekte ölmek istemedikleri için bu eylemleri, planlı olarak gerçekleştirilen intiharlardan daha az öldürücü olabileceği bildirilmiştir (119).

Baca-Garcia ve arkadaşlarının 2005 yılında intihar girişiminde bulunan hastalar ile yaptıkları çalışmada; girişimin dürtüsel olması ile ölümcüllüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ters ilişki saptanmıştır. Ancak dürtüsel girişimlerin, girişimcilerin dürtüsellliği ile ilişkisinin olmadığı da belirtilmiştir. Bu çalışmada da dürtüsel intihar girişimlerinin diğer grupla karşılaştırıldığında depresyon ile ilişkisinin daha düşük olduğu ve ondan bağımsız olduğu bulunmuştur (120).

Yapılan başka bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu ve major depresyon tanısı almış 209 hasta dürtüsellğin ve duygusal kararsızlığın intihar üzerindeki etkisini incelemek üzere değerlendirilmiştir. İntihar davranışı ve düşüncesi sıklığı %14, dürtüsellik %37 ve duygusal kararsızlık % 58 oranında saptanmıştır. İntiharın, dürtüsellik ve duygusal kararsızlıkla karşılaştırıldığında; dürtüsellğin intihar için daha güçlü ve bağımsız bir etken olduğu ve duygusal kararsızlığın tek başına bağımsız bir etken olmadığı bulunmuştur (121).

İntiharla dürtüsellğin ilişkisini araştıran büyük ölçekli bir çalışma da intihar girişimi planlayan fakat gerçekleştirilmeyen (n=5685), planlamayan fakat gerçekleştiren (n=1172) ve hem planlayıp hem gerçekleştiren (n=4807) üç grup karşılaştırılmıştır. İntiharı planlayıp gerçekleştiremeyen katılımcıların, planlamadan gerçekleştirenlere ve planlayıp gerçekleştirenlere oranla daha az dürtüsel oldukları ortaya çıkmıştır. Ayrıca plan yapmadan intihar girişiminde bulunan katılımcıların planlayıp gerçekleştirenlere göre daha az dürtüsel oldukları diğer çalışmalardan farklı olarak gösterilmiştir (122).

Ergen intiharlarında da dürtüsellğin rolüyle ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Bunun başlıca sebebi de intihar ile ilgili literatürde, 14-24 yaş arasındaki grubun, intihar açısından en riskli grup olduğu ve ilişkili değişkenlerin; öfke, dürtüsellik, problem çözme becerilerindeki yetersizlik olarak belirtilmiştir. Buradan yola çıkılarak yapılan bir çalışmada 14-24 yaş arasındaki gençlerin stresli olaylar karşısında intiharı bir çözüm yolu olarak akıllarına daha sık getirdikleri, intihar olasılığına yönelik duygu

ve düşüncelerinin, öfke/saldırganlık ve dürtüsel davranış puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (123).

Marmara Üniversitesi'nde intihar girişiminde bulunmuş 36 ergen ve onlarla yaş, cinsiyet olarak eşleştirilmiş sağlıklı kontroller ile yapılan bir çalışmada, gruplar dürtüsellik ölçeğinden alınan puanlar açısından karşılaştırıldığında, dürtüsellik toplam ve tüm alt ölçek puanlarının intihar girişiminde bulunan grupta, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dürtüsellik ve öfke ile daha önce intihar girişimi varlığı ve kendini yaralama davranışı varlığı arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (124).

2.1.8. Depresyon ve Yeme Tutumu

Yeme, insanların en temel biyolojik faaliyetlerinden biridir. Yeme tutumunu başlı başına çevresel, sosyokültürel, biyolojik faktörlerden etkilendiği gibi psikolojik faktörlerden de bağımsız düşünmek imkânsızdır. Kişiler kendilerini baskı altında hissettiğinde ya da birine öfkelenildiğinde normalden daha fazla yiyebilir. Bu durum biyolojik ihtiyaçtan değil, psikolojik ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır. Aynı şekilde heyecanlı ya da aşırı stresli olanların hiç yemek yememeleri de psikolojik durumlarının yeme üzerinde bıraktığı bir etkidir. Sıkıntı, öfke, neşe, depresyon, üzüntü gibi psikolojik durumların yeme davranışları üzerindeki etkilerini kanıtlayan birçok araştırma bulunmaktadır (125, 126, 127). Olumsuz duygular ile baş etme amacıyla gerçekleştirilen bu yemek yeme fenomeni “duygusal yemek yeme” olarak da adlandırılmaktadır (10).

Özellikle akut stresin sempatik adrenal sistem üzerinden noradrenalinini arttırdığı bu durumun iştahı azalttığı, kardiyak çıkışı arttırdığı, kan basıncını arttırdığı belirtilirken depresyon gibi kronik stres faktörlerinin HPA sistem üzerinden kortizolü arttırdığı ve bu durumda iştahı arttırdığı, daha çok yağ birikimiyle sonuçlandığı ve beden kitle indeksinde artışa neden olduğu savunulmaktadır (11).

Yeme seçiminin, yiyeceğin büyüklüğünün ve yeme sıklığının da psikolojik faktörlerden etkilendiği belirtilmekte, özellikle olumlu düşünce hâkimken daha sakin ve daha sağlıklı gıda seçimlerinin yapıldığı ancak daha olumsuz düşünceler hâkim

iken(depresyon, kronik stres, anksiyete gibi) daha dürtüsel, daha sağlıklı, karbonhidrat ve yağ içeriği fazla – ki depresyonda önemli olan serotonin sentezi ile ilgili olabileceği belirtiliyor – yiyeceklerin seçildiği saptanmıştır (129, 130, 131). Özellikle depresyonun hastaların yeme tutumu üzerinde etki ederek kolesterol düzeyini değiştirebileceği ve bu durumunda depresyonda intihar davranışı, dürtüsellik ve şiddet üzerinde etkileri olabileceği belirtilmektedir (132, 133).

Goldsmith ve arkadaşları 2014 yılında yayımladıkları çalışmada depresyon belirtileri olan bireylerin yeme tutumlarının bozulduğu ve ilerleyen yıllarda buna bağlı olarak beden kitle indekslerinde artış olduğunu saptamışlardır (12). Bu durumun aksini belirten çalışmalarla birlikte(134), ülkemizde yapılan bir çalışmada da depresyon ile yeme tutumunun değişmediği bulunmuştur (135). Bu araştırmalar, stres ve negatif duyguların, besin alımını ve yeme motivasyonunu üzerinde farklı etkileri olabileceğini göstermektedir (128).

2.2. Beden Kitle İndeksi

2.2.1. Beden Kitle İndeksi Tanımı ve Ölçümü

Günümüzde vücut yağ miktarını sağlığı bozacak şekilde aşırı veya anormal birikmesi; kas, kemik, yağ arasındaki dengenin yağ lehine bozulması son dönemde çok yaygın bir şekilde görülmeye başlanmıştır (136, 137). Bu durumun beraberinde getirdiği sağlık sorunları (kalp-damar hastalıkları, inme, hipertansiyon, kanser, diyabet, osteoartrit, safra kesesi hastalıkları, gastroözefagial reflü, uyku apnesi ve solunum yetmezliği vb.) ve toplumsal sorunlar nedeniyle kronik, ilerleyen ve ölüm oranı yüksek ulusal ve uluslararası bir halk sağlığı sorunu halini almıştır(138).

Beden kitlesindeki bu değişimin toplumda çok yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğu göz önüne alınırsa; ucuz, kolay uygulanabilir ve doğruluk oranı yüksek bu yöntemin tanı ve takipte kullanılması kabul görmüştür. Beden kitle indeksi (BKİ) bu anlamda en çok kullanılan ve vücut yağ dokusu miktarı ile iyi korele olan bir parametredir. Dolaylı olarak vücut yağ miktarının genel bir göstergesi olup yağın dağılımı hakkında bilgi vermez (139). Belçikalı ünlü astronom ve istatistikçi olan

Quetelet tarafından ileri sürülen BKİ; vücut ağırlığının (kg), uzunluğun (metre) karesine bölünmesi (kg/m^2) ile elde edilmektedir (140).

Dünya Sağlık Örgütü BKİ'yi şu şekilde sınıflandırmıştır; $\text{BKİ} < 18.5 \text{ kg/m}^2$: zayıf, $\text{BKİ} = 18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$: normal kilolu, $\text{BKİ} = 25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$: aşırı kilolu, $\text{BKİ} = 30\text{-}39.9 \text{ kg/m}^2$: obez, $\text{BKİ} > 40 \text{ kg/m}^2$: aşırı-morbid obez (141, 142).

2.2.2. Beden Kitle İndeksi ve Depresyon

Beden kitle indeksindeki artış ve depresyon çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından başlıcalarındandır. İkisinin de toplumda sık görülmesi ve giderek yaygınlaşması bu birlikteliği arttırmaktadır. Bu ilişki çok araştırılmış olsa da yeterince anlaşılmış değildir (143).

Beden kitle indeksi fazla olan özellikle obez olan bireylerde psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığını araştıran ilk çalışmalarda normal populasyondan farklı psikopatoloji tespit edilmediği bildirilmiştir (144). Hatta Crisp ve Guinness "Jolly fat" (neşeli şişman) hipotezini öne sürmüş ve orta yaş grubu obez kadınlarda anksiyetenin, erkeklerde hem anksiyetenin hem depresyonun genel popülasyondan düşük olduğunu tespit etmişlerdir (145).

Sonraki çalışmalar ise obezitenin; tıknırcasına yeme bozukluğu, majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere, bipolar bozukluk, dürtü kontrol bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol-madde bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, somatoform bozukluklar, posttravmatik stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarda giderek artan oranlarda birlikteliğinin karşımıza çıktığı belirtilmektedir (146, 147).

Kanada da yapılan 36984 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen ulusal bir çalışmada beden kitle indeksi yüksek olan bireylerde anksiyete bozuklukluğunun sıklığının depresyondan daha fazla olduğu bulunmuştur. BKİ yüksek olan ve normal saptan bireyler karşılaştırıldığında ise depresyon ve panik bozuklukta aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilmiştir (148). Ülkemizde yapılan 53 obez hastanın değerlendirildiği bir çalışmada obezitenin en yüksek oranda major depresyon

ile birlikteliğinin görüldüğü, ardından anksiyete bozukluklarının (özellikle sosyal fobi) geldiği saptanmıştır. Bu çalışmada obez hastaların ailelerinde de psikiyatrik bozukluk sıklığının arttığı gözlenmiştir (149). Özdel ve arkadaşlarının (2011) beden kitle indeksi artmış kadın hastalarda psikiyatrik tanı sıklığını araştırmak için yaptıkları çalışmada; obez kadınları %60'ında bir psikopatoloji mevcut iken normal BKİ sahip kişilerde ise bu oran %9.1 olarak saptanmıştır. En sık saptanan psikopatoloji bu çalışmada da major depresyon olduğu gözlenmiştir (150).

Ruh sağlığı alanında çalışanlar, kliniğe başvuran hastalarda, depresyon ve beden kitle indeksinin artışının üst üste binmesi durumu ile sıklıkla karşılaşılır. Kilo alma, kilolu olma ve obezite, depresif bozuklukları tedavi ederken sık karşılaşılan sorunlardır (151, 152). Tersinden bakıldığında, depresif belirtiler tedavi arayışında bulunan beden kitle indeksi artmış bireylerde oldukça yaygındır (153, 154, 155).

Bu durumun tek yönlü bir ilişkiden ziyade birden fazla faktörün etkin olabileceği düşünülmektedir. Bu ilişkiyi son yıllarda yapılan bir meta analizde desteklemektedir. Bu meta analizde depresyonun obezite için riski %58 arttırdığı tam tersine aşırı kilolu olma ve obezitenin de sırayla %27 ve %55 oranında depresyon riskini arttırdığı saptanmıştır (156).

Depresyon ve beden kitle indeksindeki artışın arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamasa da şu hipotezlerle açıklanmaya çalışılmaktadır:

Birincisi, bu iki durumda gittikçe artış gösteren halk sağlığı sorunlarıdır. Çalışmalarda beden kitle indeksindeki yüksekliğin yaygınlığı hem çocukluk döneminde hem de erişkin yaşta giderek artmaktadır (157, 158, 159). Birçok çalışma da depresyonun genç nüfustaki yaygınlığının arttığını göstermektedir (160). Böylelikle hem obezitenin hem de depresyonun birlikte ortaya çıkmasının, tek başlarına çıkma olasılığından yüksek olduğu düşünülmektedir.

İkincisi, hem beden kitle indeksi yüksekliği hem de depresyon genetik geçişleri olan poligenik, heterojenik olduğu düşünülmektedir (161). Ayrıca epidemiyolojik çalışmalar toplumda “çoklu obezite-depresyon kovariyasyonları” olduğunu göstermektedir. Depresyon ve BKİ yüksekliğinin ortak kalıtsal patojenik etkenleri

sıklıkla paylaşabilmektedir (162).

Üçüncüsü, bazı iyatrojenik etkenler bu iki durumun birlikte görülmesinde rol alabilmektedir. Depresyon tedavisi için kullanılan birçok ilaç kilo aldırılmaktadır (163). Benzer şekilde genel tıbbi bir durumu tedavi etmek, için kullanılan ilaçlar da kilo artışına dolaylı yoldan da BKİ' de artışa ve depresyona neden olabilmektedir (164).

Dördüncüsü, depresyon ve BKİ yüksekliğinin (özellikle obezitenin) etiyolojisinde aktive olmuş akut inflamatuvar yolaklar, hipotalamo-pitüter-adrenal aksın dengesizliği, serotonerjik sistemin disregülasyonu ve insulin direncinin ortak bulunması olabilir (165). Özellikle bozulmuş kortizol salınımının her ikisinin birlikte görülme sıklığını arttırdığı düşünülmektedir (166).

Beşincisi, depresyondaki bir kişinin kendine bakımı azalacağı, sağlıksız beslenip neden kitle indeksinde artışa neden olabileceği ve tam tersi olarak obez bir kişinin toplumda damgalanabileceği, beden algısı ile ilgili güçlükler yaşayabileceği, hareketlerinin yavaşlayacağı, kronik hastalık sıklığının daha fazla görüleceği gibi nedenlerle de depresif belirtileri birlikte gösterebileceği düşünülmektedir (156).

Depresyon ve BKİ ilişkisi tam olarak anlaşılamamış ve yapılan çalışmalar farklı sonuçları da beraberinde getirmiştir. Bazı çalışmacılar obezite ve aşırı kilo ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (167, 168, 169, 8, 170).

Bu pozitif ilişki cinsiyetler arasında farklı olabilmekte ve bazı çalışmalarda sadece kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptanmıştır (6, 169, 171). Bu farklılığın nedeninin son yıllarda özellikle batı toplumunda obez kadınlara yönelik damgalanmanın artması ve kadın kimliğinin obeziteye ve bu durumla ilgili psikolojik distrese gösterdiği zayıf başa çıkmanın olabileceği düşünülmüştür (172). Bunun yanında kadın erkek arasında istatistiksel fark olmadığını belirten çalışmalarda vardır (173, 174).

Literatürde ayrıca bu ilişkinin yüksek sosyoekonomik düzeyle ilişkisinin saptandığı çalışmalarda mevcuttur (175, 176). Özellikle yaş grupları arasında da bu ilişkinin değiştiği; bazı çalışmalarda yaşla birlikte bu ilişkinin daha kuvvetlendiği (177), bazılarında ise yaşın bir değişken olarak alınmasının gerek olmadığı

belirlenmektedir (176). Ayrıca Sachs-Ericsson ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada beden kitle indeksinin yüksek olması ve depresyon pozitif birlikteliğinin yanında Afro-Amerikan kökenlilerde bu ilişkinin daha kuvvetli olduğu belirtilmektedir. Irklar arasında farklılık olmasını bu çalışmada daha düşük eğitim seviyesi ile açıklanmaya çalışılmıştır (168).

Yapılan çalışmalar ayrıca yağ kitlesi dağılımına göre farklı depresif belirtiler gözüktüğünü, özellikle visseral yağlanmanın komorbid hastalık sıklığını daha çok arttırabileceğini o yüzden de depresif belirtilerin daha sık gözlenebileceğini belirtmektedir (178).

BKİ'deki yükseklik ve depresyonun arasında negatif bir ilişki bulunduğunu, kilo artışı ile depresif belirtilerin azaldığını belirten çalışmalar da mevcuttur (179, 180). Bunun yanında BKİ'deki değişiklikler ile ve depresyon arasında hiçbir ilişki saptanamayan çalışmalar da bulunmaktadır (4, 181, 182). BKİ yüksekliği ve depresyon arasında ilişki bulamayan çalışmalar genellikle doğu kültürüne sahip olup sosyokültürel yapının sağlıklı olma ile kilolu olmanın eş tutulduğu toplumlarda görülmekle beraber çalışmanın yapıldığı örneklemin de sosyoekonomik durumunun düşük olduğu belirtilmektedir (4).

Sonuç olarak tüm bu çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda depresyon ve BKİ ilişkisi klinik pratikte önemli bir yere sahiptir ve bu ilişki çift yönlüdür. Özellikle aşırı kilolu veya obez olan hastalarda depresyon riski açısından uyanık olunmalı, tam tersinde de depresyon hastaları obezite açısından dikkatli monitorize edilmelidir (156).

2.2.3. Beden Kitle İndeksi ve İntihar

Özellikle BKİ'deki yüksekliğinin, depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla ilişkisi olduğu ve bu ilişkinin çok yönlü olduğuna dair çalışmalar artmaktadır (156, 162). Bu durumun psikolojik boyutu intihar ile ilişkisini de doğurmakta ve literatürde bu ilişkiye yönelik araştırmaların sayısı çoğalmaktadır.

İntihar düşüncesi ile BKİ arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar farklı sonuçlar vermektedir. Bir kısmı kadınlarda BKİ'deki artış ile intihar düşüncesinin arttığını saptarken (6, 183, 184, 185, 186), diğer çalışmalarda ise bu ilişki saptamamış veya sınırda bir ilişki olduğunu belirtilmiştir (200). Erkekler ile yapılan çalışmalar ise daha karmaşık ve tam net olamayan sonuçlar elde edilmiş; aşırı kilolu ve obez olmak bazı çalışmalarda intihar düşüncesi ile ilişkili iken, (186, 187, 188) tersine BKİ arttıkça intihar düşüncesinin azaldığını belirten çalışmalarda mevcuttur (6, 185).

15 yaş üstündeki bireylerde BKİ'nin psikiyatrik bozukluklarla ve intiharla olan ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, obezitenin hayat boyu depresyon ve intihar ile pozitif bir ilişkisinin olduğu sonucu elde edilmiştir. İncelenen bu çalışmada obezitenin geçmiş yıllardaki intihar davranışı ve düşüncesiyle de ilişkili olduğu, erkek obezlerde intihar düşüncesini, kadın obezlerde ise intihar girişimini artırdığı saptanmıştır. Ayrıca obezitenin intihar düşüncesini arttırmasında dürtüsellik, sosyal izolasyon, damgalanma ve benlik saygısında azalmanın etkili olabileceği belirtilmiştir (148).

Son yıllarda yapılmış başka bir çalışmada da BKİ arttıkça özellikle intihar düşüncesinin arttığı ve depresyon ile birlikte ele alındığında da istatistiksel anlamlılığın devam ettiği gözlenmiştir. Bu çalışmada ayrıca algılanan sosyal desteğin azaldığını ve çevresindekilere yük olduğunu düşünmenin obez bireylerde intihar düşüncesi için önemli olabileceği belirtilmiştir (189).

Yapılan farklı bir çalışmada da artan beden kitle indeksi ile birlikte intihar girişimi riskinin de arttığı, intihar girişiminin beden kitle indeksinin bağımsız bir yordayıcısı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hem obez hem de zayıf bireylerin intihar girişimlerinin normal kilolu bireylere göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (190).

Özellikle BKİ yüksek erkek bireylerde intihar düşüncesi ve davranışında görülen artışın dürtüsellikle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (191) ayrıca her iki cinsiyet için özellikle alkol kullanımı, evlilik durumu (bekâr ve boşanmış olma), genel tıbbi rahatsızlıkların mevcudiyeti BKİ ile artan intihar davranışı ile ilişkilendirilmiştir (192).

BKİ'ndeki artış ile intihar davranışı ve düşüncesine yönelik pozitif ilişkinin yanında, obez veya aşırı kilolu olunduğuna yönelik sahip olunan beden algısının da intihar düşünce ve davranışıyla anlamlı bir ilişkisinin olduğu vurgulanmaktadır. Sahip olunan beden algısı ile intihar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kilolu olduğuna yönelik beden algısına sahip kişilerin gerçek obez ve aşırı kilolu olan kişilerden 2-6 kat daha fazla intihar ettikleri sonucu elde edilmiştir (193).

BKİ ile intihar arasındaki pozitif ilişkinin yanında, intihar girişimi ve düşüncesiyle anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı sonucunun elde edildiği çalışmalarda yer almaktadır. Ergen ve genç yetişkinlerde yeme tutumu, beden memnuniyetsizliği ve beden kitle indeksinin intihar davranışıyla ilişkisinin incelendiği boylamsal bir çalışma yürütülmüş ve hem uygulamanın yapıldığı tarihte hem de 5 yıl sonrasında değerlendirilen bulgularda beden kitle indeksinin yüksek olmasının intihar düşüncesi ve girişimiyle anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı sonucu elde edilmiştir (194). Farklı bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, obezite ile intihar davranışı ve düşüncesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (21).

Tamamlanmış intihar ile BKİ arasında genelde ters bir ilişkiye sahip olduğu BKİ arttıkça tamamlanmış intihar sıklığı azaldığı gözlenmiştir. Sadece erkeklerde bu ilişkiyi saptayan çalışmalar yanında (195, 196, 197) , hem erkek hem de kadın cinsiyet için bu tarz bir ilişkiden bahseden çalışmalar mevcuttur (20, 198, 199, 200). BKİ yüksek bireylerde saptanan bu durum karbonhidrat alımı, serbest yağ asidi ve kolesterol metabolizması, serebral serotonin ve triptofan seviyeleri, leptin ve insülin direnç modeli gibi varsayımlarla açıklanmaya çalışılmıştır (201, 202, 203, 204). Ancak literatürde beklide en çok üstünde durulan varsayım ise BKİ arttıkça ağırlıktan dolayı öldürücülüğü daha yüksek olan ası gibi yöntemlerdense ilaç gibi daha düşük olan yöntemlerin seçilmesi ile ilgilidir (196). Ayrıca BKİ arttıkça artan vücut dağılım miktarı ile intihar yöntemi olarak sık kullandıkları ilaçların toksik etkileri daha az gözlenmekte olduğu belirtilmektedir (192).

2.2.4. Beden Kitle İndeksi ve Dürtüsellik

BKİ artışını katkısı olduğu düşünülen davranışsal örüntülerin belirlenmesi, bu durumun engellenmesi ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır (205). Özellikle BKİ yüksek olan bireylerde; yerleşmiş motor tepkileri baskılamakta güçlük, eylemlerin sonuçlarını düşünmeden hızlı karar verme, daha sonra elde edilebilecek daha büyük bir ödül yerine o an elde edilen küçük bir ödülün vazgeçmeme gibi özelliklerin mevcudiyeti son yıllarda BKİ ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmaların hızla artmasına neden olmuştur (17).

Literatürde BKİ yüksekliği ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmalar daha çok kadınlar, çocuklar ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezite hastaları ve yeme bozukluğu olan hastalar üzerine odaklanmıştır. Dürtüsellik fazla olan yetişkin bireylerin BKİ yüksek olduğu ve kilo alımının daha fazla olduğu saptanmış, dürtüsellik artmış BKİ ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (9, 206, 207, 208). Aynı şekilde çocuk ve ergenlikteki dürtüsellik artışı daha yüksek BKİ ile ilişkilendirilmiştir (209, 210).

Normal kilolu kadınlarla yapılan çalışmalarda dürtüsellik ile aşırı yeme arasında ilişki saptanmıştır. Obez olma şartı olmaksızın dürtüsel kişilerin yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıkları, lezzetli ve yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğu belirtilmiştir (211, 18).

Bazı çalışmalar da özellikle dürtüsellik farklı bileşenlerinin BKİ yüksekliği ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Dürtüsellik bilişsel yönündeki bozulmanın (plan yapmama ve dikkatsizlik gibi bileşenler) BKİ artışıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu bozulma sonucu kişilerin hazzı geciktirmede daha başarısız oldukları, ödülün gecikmesine dayanamadıkları, plan yapma yetersizliği sonucu hemen gelen küçük ödülleri (karbonhidrat ve yağ düzeyi yüksek bir yiyecek gibi) daha geç gelecek daha büyük ödüllere (sağlıklı yaşam, yaşam kalitesi artışı gibi) tercih edebildikleri gözlenmiştir. BKİ yüksek bireylerin açlık sırasında özellikle kalorili yiyeceklerle karşı daha zayıf oldukları belirtilmiştir (18, 207, 212). Ayrıca bu bireylerinin dürtüsellik bir alt birimi olarak gösterilen yanıt inhibisyonunu yapamadıkları ve böylece alkol-sigara kullanımlarının arttığı, özellikle yemekle ilgili bir ipucu(düşünce, görüntü, koku

gibi.) algıladıklarında bunu dizginlemekte diğer bireylere göre zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (213, 214, 215). Benzer şekilde Nasser ve arkadaşları (2004), BKİ yüksek bireylerde plan yapmama ile tıknırcasına yeme esnasında kontrol kaybı, motor dürtüsellik ile fiziksel olarak aç değilken yemek yeme, bilişsel dürtüsellik ile utangaçlık nedeniyle yalnız yeme arasında pozitif ilişki bulmuştur (216). Ayrıca dürtüsellik obezite tedavisini yarıda bırakma için öngörücü bir faktör olarak da gösterilmiştir (217) ve çalışmalarda bazı dürtüsel bireylerin kilo verselerde 1-5 yıl içinde büyük çoğunluğunun başlangıç BKİ'lerine geri döndükleri hatta başlangıç BKİ'lerinin üzerine çıktıkları saptanmıştır (218, 219). Hollanda'da çocuklar üzerinde yapılmış olan bir çalışmada dürtüsellik davranışsal olarak ölçülmüş ve tedavi sonuçları değerlendirilmiştir. Altı ve 12. aylar sonundaki ölçümlerde dürtüsel özelliği olan çocukların daha az kilo kaybettikleri ve lezzetli-kalorili yiyeceklere karşı daha yatkın oldukları, bu nedenle de diyet programlarına daha fazla dikkat etmek gerektiği belirtilmiştir. Bu ilişkilerin BKİ yüksek bireylerin bilişsel davranışçı terapisinde üstünde durulması gereken yeni hedef özellikler olduğu düşünülmüştür (220).

Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte yapılan bir çalışmada BKİ yüksek bireyler BKİ normal aralıkta olan bireylerle karşılaştırılmış ancak dürtüsellik açısından istatistiksel anlamlı fark saptanamamıştır. Aynı bireyler arasından major depresif bozukluğu olanlar BKİ'lerine göre gruplandırılmış, dürtüsellikle ilişkileri incelenmiştir. Depresyon varlığında BKİ yüksek olan bireylerin özellikle motor, dikkat alt ölçekleri ve total dürtüsellik puanları diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Depresyonla dürtüsellik birlikteliğinin BKİ'de artış gelişmesinde önemli rol oynayabileceği bu yüzden de BKİ yüksek bireylerde psikiyatrik yaklaşımında bulunduğu bütüncül bir tedavi yaklaşımın gerekli olduğu belirtilmiştir (16).

2.2.5. Beden Kitle İndeksi ve Yeme Tutumu

Beden kitle indeksindeki yüksekliğin etiyolojisinde hormonal, genetik, yaşam şekli, fiziksel aktivite gibi faktörler yanında yeme tutumu bozukluğunun da sorumlu olabileceği düşünülmektedir (13).

BKİ yüksek bireylerde, tümünün kilolu oluşlarında yeme davranışlarının sorumlu olmadığı ancak bununla birlikte bu bireyler arasında aşırı ve düzensiz yemenin yaygın olduğu kabul edilmektedir. Bu bireylerin normal kilolu bireylere göre daha dürtüsel oldukları ve uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bildirilmekte ve bu kişilerin dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verdikleri gözlenmektedir. Bu bireylerdeki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince; bu durum yeme tutumunda değişikliklerle sonuçlanabilmektedir. (221). Ayrıca bunların dışında obez - aşırı kilolu bireylerde depresyon, anksiyete, yas gibi durumlarda olduğu gibi yoğun duygular yaşantıladıklarında yeme davranışı üzerindeki denetimin ortadan kalktığını, yemeyi durdurmakta zorluk çektikleri belirtilmekte hatta yeme davranışını kötü anı ve duygulardan kurtulmak veya onları baskılamak için bir çözüm yolu olarak gördükleri düşünülmektedir (222). BKİ düşük olan bireyler ise olumsuz duygu ve genel yaşam olaylarında yaşantıladıkları durumları, kaçınma stratejisi doğrultusunda sıklık ve miktar olarak daha az yiyerek gösterdikleri belirtilmektedir (224) .

Özellikle BKİ ile yeme tutumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda öz bildirim ölçeklerinden yararlanılmış ve bu ölçeklerde genelde yüksek puanlar yeme tutumundaki bozulma ile ilişkilendirilmiştir (223). Yapılan çalışmalarda çoğunlukla aşırı kilolu ve obez bireylerin yeme tutum puanlarının BKİ normal olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (14, 15, 16). Ancak özellikle lise ve üniversite öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda BKİ ile yeme tutumu arasında bir ilişki bulunmazken (225, 226, 227) , bazılarında ise ters ilişkili olduğu bildirilmiştir (228, 229).

Yapılan çalışmalarda bozulmuş yeme davranışı ve BKİ'ndeki artışın tüm yaş gruplarında bulunmakla birlikte yaşla arttığı gözlenmiştir (230, 231). Ayrıca gelişmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik durumdaki ailelerde ve çocuklarında BKİ yüksekliği ve yeme tutumu bozukluğu birlikteliği sık iken, gelişmekte olan ülkelerde sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerde fazla olduğu (232) ve yüksek sosyo ekonomik yapının obezite için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (233, 234). Bunun nedeni olarak gelir düzeyi yüksek olan ailelerde yiyeceklere daha kolay ulaşılması, hatalı beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam tarzı olabileceği varsayılmıştır.

Ayrıca aile ortamının diğer değişkenlerden bağımsız olarak yeme tutumu üzerinde etkili olduğu, ailesinde BKİ düşük bireylerin olduğu kişilerin yeme tutum ölçeğindeki puanların istatistiksel olarak düşük olduğu (129) ve bu nedenle BKİ yüksek olan bireylerin tedavisinde aile içi ilişkileri geliştirici çalışmaların düzenlenmesinin önemli olduğu belirtilmiştir (235). Ancak bu durumun tersine yeme tutum puanının sosyo-kültürel seviye ile azaldığını ve hatta üniversite mezunu BKİ yüksek bireylerin yeme tutum ölçek puanının istatistiksel olarak daha düşük olduğunu bildiren çalışmalarda vardır (129).

Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmalar sınırlıdır. Ülkemizde yapılan bir ön çalışmada BKİ yüksek bireyler ve normal kilolu bireyler karşılaştırılmış, BKİ yüksek olan bireylerin yeme tutum testi ve depresif belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (16).

Ülkemizde ergenlerde yapılan başka bir çalışmada da hem kız hem de erkek bireylerin kiloları ile yakından ilgilendikleri ve bu dönemde bireylerin mutsuz, stresli, öfkeli, üzgün olma gibi değişen duygu durumlarının yeme davranışı üzerinde etkili olduğu, özellikle BKİ daha yüksek bulunan bireylerde depresif semptomların yeme tutumunu daha çok değiştirdiği gözlenmiştir (236). Son yıllarda yapılan bir uzunlamasına gözlem çalışmasında benzer sonuçlar bulmuş, özellikle ergenlikte depresyon ile ilişkili semptomların mevcudiyeti erken erişkinlikte bozulmuş yeme tutumu ve aşırı kilo ile ilişkili olduğu saptanmış, obeziteden korunma programlarında bu konu üzerinde durulması gerekliliği üzerinde durulmuştur (237). Başka bir çalışmada da bu durumun cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Obez ve aşırı kilolu bireyler ile normal BKİ sahip bireylerin karşılaştırıldığı çalışmada kadın bireylerin erkeklere oranla istatistiksel olarak daha depresif, yeme tutumu bozukluğunun daha fazla olduğu, benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum kadınların baş etme becerilerindeki düşüklük ve bozulmuş beden algısı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (238).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada BKİ arttıkça yeme tutum puanlarının arttığı, özellikle bu pozitif ilişkinin kadınlardan kaynaklandığı, erkekler baz alındığında istatistiksel olarak anlamsız kaldığı gözlenmiştir. Bu durum günümüzde giderek artan medyanın ve diğer kitle iletişim araçlarının etkisi ile ideal güzelliğe ve ideal beden

görünümüne ulaşma kaygılarının kadınları erkeklere göre daha fazla etkilemekte olması, bunun da kadının güzel olmaya yönelik diğer pek çok çabası ile birlikte vücut ağırlığına yönelik kaygıları arttırmakta olduğu, kadınların kendi yeme davranışlarını bozuk olarak değerlendirmesine yol açabileceği belirtilerek açıklanmaya çalışılmıştır (239, 240). Bu bulguların tersine bozulmuş yeme tutumunun BKİ yüksek erkek bireylerde daha çok olduğunu belirten çalışmalarda mevcuttur. Bu durumda erkeklerin bozulmuş yeme tutumlarını kadınlar kadar kolay değiştirememelerine bu yüzden de daha fazla gözlenmesine olanak tanıdığını savunmuşlardır (129).

Tüm bu çalışmalardan da anlaşılabacağı gibi beden BKİ ile yeme tutumu ilişkisinin pek çok faktörden etkilendiği özellikle bu faktörler ışığında BKİ yüksek bireylerin tedavisinde multidisipliner bir müdahale gerekliliği tartışılmazdır.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Yöntem

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma DSM IV'e göre majör depresyon tanısı konan bireylerde BKI'nin dürtüsellik, yeme tutumu ve intihar düşüncesi ile ilişkisini incelemek adına yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.1.2. Araştırmanın Yeri

Bu araştırmanın Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri poliklinikleri ve psikiyatri yatan hasta servisinde yürütülmüştür.

3.1.3. Araştırma Evreni

Çalışmanın evreni; Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine ayaktan veya psikiyatri servisinde yatarak tedavi için başvuran, ilk kez majör depresyon tanısı konan 120 hasta katılmıştır.

Araştırma için, S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, 07.04.2015 tarih ve 2015-05/164 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.1.4. Varsayımlar

1. Beden kitle indeksi yüksek olan bireyler daha dürtüseldir ve dolayısı ile intihara yatkınlıkları fazladır.
2. Depresyonlu hastalar yüksek beden kitle indeksine sahiptir ve bu dürtüsellik ve intiharı yordayan biyolojik bir belirteç olabilir.

3. Yeme tutumu ve beden kitle indeksi doğrudan ilişkilidir ve bu dürtüsel bir beslenmeyle ilişkili olabilir.
4. Depresyonun şiddeti arttıkça dürtüsellik ve ona bağlı olarak yeme tutumu değişebilir.

3.2. Veri Toplama Gereçleri

Çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan bireyler ile bireysel psikiyatrik görüşme ve değerlendirme yapıldı, SCID-I (Dsm-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme -Structured Clinical Interview for Dsm-IV Axis I) uygulandı. Bu görüşmeden sonra daha önce standardize edilen bir tartı ve metre ile boy ve kiloları ölçülen bireylerin BKİ hesaplandı. Çalışmaya katılmaya yazılı onay veren bireylere kendi doldurdıkları öz bildirim ölçekleri verilerek diğer toplandı.

Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri:

- 1.) 18- 65 yaşında arasında olmak.
- 2.) DSM IV major depresyon tanı kriterlerini karşılıyor olmak.
- 3.) Verilen ölçekleri ve formları doldurabilecek eğitim ve entelektüel yetiye sahip olmak.
- 4.) Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı onam vermek.
- 5.) BKİ 18.5 kg/m² ve 40 kg/m² arasında olmak.
- 6.) Başta yeme bozuklukları olmak üzere başka bir psikiyatrik ek tanısı bulunmamak.
- 7.) Bedensel başka bir hastalığı olmamak.

Dışlama Ölçütleri:

- 1.) Çalışmaya katılmaya onay vermemek.
- 2.) Halihazırda depresyon tanısı ile tedavi görmekte olmak.

- 3.) Başka bir psikiyatrik ek tanısı bulunmak.
- 4.) BKİ için dahil edilme kriterleri dışında olmak.
- 5.) Bedensel hastalığı bulunmak.
- 6.) Diğer çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamamak.

Araştırmada bireyler aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır:

- 1.Sosyodemografik veri formu
2. SCID-I
3. Yeme Tutumu Testi-40 (YTT)
4. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BaDÖ)
5. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)
6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından düzenlenen yarı yapılandırılmış yaş, cinsiyet, medeni durum ve diğer sosyodemografik özellikleri ve klinik özellikleri içeren veri formu kullanılmıştır.

3.2.2. SCID-I

DSM- IV'e göre göre Eksen-I bozukluk tanısını araştırmak amacıyla kullanılan ve görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. DSM-IV Eksen-I'de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 tanesini ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır ve uygulama ortalama 25-60 dakika kadar sürmektedir. First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır (241).

3.2.3. Yeme Tutumu Testi-40

Yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını, normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçer. Toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğudan ilişkilidir. Yeme tutumu testi kinik düzeyde bozuk yeme davranışı ile ilgili yatkınlığı ve tutumu belirleyebilir. Altı basamaklı likert tipi yanıt formu ile 40 madde içerir. Yeme Tutumu Testinin 1, 18, 19, 23, 27 ve 39. maddeleri “bazen şıkkı” 1 puan , “nadiren şıkkı” 2 puan, “hiçbir şıkkı” 3 puan ve diğer seçeneklere 0 puan verilerek hesaplanmıştır. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 ve 40. maddeleri ise “sık sık şıkkı” 1 puan , “çok sık şıkkı” 2 puan, “daima şıkkı” 3 puan ve diğer seçeneklere 0 puan verilerek hesaplanmıştır. Kesme noktası 30 puandır. 30 puan üstü bireylerde yeme davranışında bozulmayı göstermektedir. Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir (223). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından 1989 yılında yapılmıştır (242).

3.2.4. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11

Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) (104). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BIS-11 puanı ne kadar yüksekse kişinin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Dikkat alt ölçeği için 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26, 28 numaralı maddeler, motor alt ölçek için 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30 numaralı maddeler, plan yapmama alt ölçeği için 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29 numaralı maddeler kullanılmaktadır. 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20, 29, 30 numaralı maddeler tersten puanlanır. BIS-11’in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (243).

3.2.5. İntihar Düşüncesi Ölçeği

Levine ve arkadaşları 1989'da kontrol edilemeyen öfke, kendine veya başkalarına zarar verme isteği, umutsuzluk, ölüm düşüncesi ve isteği, kendilik saygısında azalma, suçluluk duygusu, yavaş düşünme ve yavaş konuşma, depresyon ve umutsuzluk gibi intihar girişimi riskini artıran parametreleri içeren 17 sorudan oluşan bir ölçek geliştirmişlerdir (247). İntihar düşüncesinin şiddetini belirlemeyi amaçlayan bu soru formu hastanın kendisinin tarafından yanıtlanmaktadır. Hayır yanıtı verenlerin "0" puan evet yanıtı verenlerin "1" puan aldığı ve toplam puanın her maddeden alınan puanların aritmetik toplamı ile elde edildiği bu ölçekte toplam puan 0-17 arasında değişmekte olup yüksek puan belirgin intihar düşüncesinin varlığı anlamına gelmektedir.

1995'de Dilbaz ve arkadaşları tarafından 112 intihar girişiminde bulunan ve bunlarla eşleştirilmiş 32 kişi olmak üzere 144 kişide yapılan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında test-tekrar test güvenirliği katsayısı $r=0.88$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak intihar düşüncesi ölçeğinin ülkemizde intihar düşüncesini belirlemek açısından geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (244).

3.2.6. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (245). Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. Ölçek depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Yirmi bir maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı saptanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'dur. Yüksek puan yüksek depresyon düzeyini göstermektedir, 10-16 puan hafif düzeyde depresif belirtileri, 17-29 puan arası orta düzey depresif belirtileri, 30-63 puan arası şiddetli düzeyde depresif belirtileri göstermektedir (246).

3.3. Veri Analizi

Veriler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher’in Kesin Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için, iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student’s T Testi, üç bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda ise; Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik post-hoc Tamhane T2 ve Tukey HSD testleri kullanıldı. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için ise; iki bağımsız grup arasında Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında ise; Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni düzeltmesiyle yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında majör depresif bozukluğu olan toplam 120 hasta incelendi. İncelenen hastaların yaş ortalaması $37,48 \pm 12,02$ (min:18-maks:63) yıl olup %62,5'i (n=75) kadın, %37,5'i (n=45) erkekti. Hastaların %1,7'si (n=2) sadece okur-yazarken, %28,3'ü (n=34) ilkokul, %45,8'i (n=55) ortaokul ya da lise ve %24,2'si (n=29) yüksekokul ya da üniversite mezunuydu. Hastaların %39,1'i (n=47) aktif olarak çalışıyordu ve %17,5'inin (n=21) aylık toplam hane geliri 1000 tl ve altında, %54,2'sinin (n=65) 1001-3000 tl arasında, %26,7'sinin (n=32) 3001-5000 tl arasında, %1,7'sinin (n=2) ise 5001 tl ve üzerindeydi. Hastaların medeni durumları sorgulandığında %55'inin (n=66) evli, %24,2'sinin (n=29) bekar, %15'inin (n=18) boşanmış ya da ayrı yaşıyor ve %5,8'inin (n=7) eşini kaybettiği anlaşıldı. Hastaların sosyodemografik verilerinin tamamı Tablo 4.1'de sunuldu.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	%
Cinsiyet		
Erkek	45	37,5
Kadın	75	62,5
Öğrenim Durumu		
Okuryazar	2	1,7
İlkokul mezunu	34	28,3
Ortaokul-Lise mezunu	55	45,8
Yüksekokul/Üniversite mezunu	29	24,2
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	73	60,9
Çalışıyor	47	39,1
Meslek		
Ev hanımı	44	36,7
Öğrenci	21	17,5
İşçi	17	14,2
Memur	15	12,5
Esnaf/Serbest meslek	15	12,5
İşsiz	5	4,2
Emekli	3	2,5
Aylık Toplam Hane Geliri		
≤1000 TL	21	17,5
1001-3000 TL	65	54,2
3001-5000 TL	32	26,7
≥5001 TL	2	1,7
Medeni Durum		
Evli	66	55,0
Bekar	29	24,2
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	18	15,0
Eşini kaybetmiş	7	5,8
Çocuk Durumu		
Yok	35	29,2
Var	85	70,8
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanmıyor	72	60,0
Kullanıyor	48	40,0
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanmıyor	116	96,7
Kullanıyor	4	3,3

İncelenen hastaların %10'u (n=12) kendiyle veya davranışlarıyla ilişkili adli-idari sıkıntı yaratan bir olay yaşadığını ifade etti. Hastalara daha önce veya halihazırda bedenini yaralayıcı veya örseleyici ya da incitici herhangi bir davranışının olup olmadığı sorulduğunda %55'i (n=66) olduğunu belirtti. Bu 66 hastanın davranışları sorgulandığında %59,1'i (n=39) başını, yumruğunu ya da diğer beden parçalarını şiddetle sert yerlere vurduğunu, %21,2'si (n=14) saçlarını yolduğunu, %12,1'i (n=8) kollarını veya vücudunun diğer yerlerini kestiğini ya da çizdiğini ve %7,6'sı (n=5) kollarını veya vücudunun diğer yerlerini sigara ya da diğer yollarla yaktığını ifade etti. Hastaların %21,7'si (n=26) daha önceden intihar girişiminde bulunduğunu ifade etti ve bunların %92,3'ü (n=24) ilaçla, %7,7'si (n=5) ası yöntemiyle intihar etmişti. Daha önce intihar girişiminde bulunan 26 hastanın %84,6'sı (n=22) bir kez, %11,5'i (n=3) iki kez ve %3,8'i (n=1) ise üç kez girişimde bulunmuştu. Hastaların %6,7'si (n=8) vücudunun herhangi bir yerinde dövme, piercing, hızma vb. bulunduğunu belirtti.

Araştırma kapsamında incelenen hastaların %10,8'inin (n=13) birinci derece yakınlarında psikiyatrik bir bozukluk vardı. Bu 13 hastanın %53,8'inin (n=7) birinci derece yakınında majör depresyon varken %30,8'inde (n=4) anksiyete bozukluğu, %7,7'sinde (n=1) sanrsal bozukluk ve yine %7,7'sinde (n=1) madde bağımlılığı vardı ve hepsi ayaktan tedavi olmuştu. Hastaların %3,3'ü (n=4) daha önce birinci derece yakınlarının intihar girişiminde bulunduğunu belirtti. Bunların hepsi bir kez intihar girişiminde bulunmuştu ve %75'i (n=3) ilaçla, %25,0'ı (n=1) ise ası yöntemini kullanmıştı. Hastaların birinci derece yakınlarının psikiyatrik özgeçmişi Tablo 4.2'te sunuldu.

Tablo 4.2. Hastaların Birinci Derece Yakınlarının Psikiyatrik Özgeçmişi

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birinci derece yakınlarında psikiyatrik bozukluk olma durumu		
Yok	107	89,2
Var	13	10,8
Tanılar (n=13)		
Major depresyon	7	53,8
Anksiyete bozukluğu	4	30,8
Sanrısız bozukluk	1	7,7
Madde bağımlılığı	1	7,7
Tedavi şekli (n=13)		
Ayaktan	13	100
Kullanılan ilaçlar (n=13)		
Bilmiyor	7	53,8
Sertralin	3	23,1
Duloksetin	1	7,7
Essitalopram	1	7,7
Fluoksetin	1	7,7
Daha önce birinci derece akrabalarında intihar girişimi		
Yok	116	96,7
Var	4	3,3
İntihar girişiminde bulunan akraba (n=4)		
Annesi	2	50,0
Babası	1	25,0
Kızı	1	25,0
İntihar girişimi sayısı (n=4)		
1 kez	4	100
İntihar yöntemi (n=4)		
İlaç	3	75,0
Ası	1	25,0

Araştırmaya dahil edilen majör depresyonlu hastaların %60,0'ı (n=72) günde 3 öğün, %40'ı (n=48) ise 2 öğün beslendiklerini ifade etti. Hastalara genelde atladıkları öğün olup olmadığı sorulduğunda %40,0'ı (n=48) olduğunu ifade etti. Hastaların %62,5'i yemeklerin tadına bakmadan tuz eklediklerini ifade etti. Hastaların beslenme tutumlarıyla ilgili özellikleri Tablo 4.3'te sunuldu.

Tablo 4.3. Hastaların Beslenme Tutumlarıyla İlgili Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde(%)
Günde beslenen öğün sayısı		
İki	48	40,0
Üç	72	60,0
Genelde atlanılan öğün		
Yok	72	60,0
Var	48	40,0
Atlanılan öğün (n=48)		
Sabah	19	39,6
Öğle	23	47,9
Akşam	6	12,5
Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleme		
Evet	75	62,5
Hayır	45	37,5
Genellikle öğünlerinin yağlı besinlerden oluştuğunu düşünme		
Düşünmüyor	53	44,2
Düşünüyor	67	55,8
Öğünlerde en çok tüketilen besin türleri		
Tahıl-Kuru baklagiller-Niştastalı yiyecekler	39	32,5
Şeker	31	25,8
Yağ	20	16,7
Et ve et ürünleri	12	10,0
Sebze-Meyve	10	8,3
Süt-Yoğurt	8	6,7

Araştırma kapsamında incelenen majör depresyonlu hastalara BDÖ, BaDÖ, İDÖ ve YTT olmak üzere toplam 4 ölçek uygulandı. Hastaların BDÖ skoru ortalama $31,91 \pm 6,48$ iken %60'ı ($n=72$) şiddetli düzeyde, %40'ı ($n=48$) ise orta düzeyde depresyondaydı. BaDÖ toplam skoru ortalaması ise $67,36 \pm 11,35$ 'ti. BaDÖ'nün alt boyutları da değerlendirildi. Buna göre "Dikkat" alt boyutu skoru ortalaması $17,41 \pm 3,68$, "Motor" alt boyutu ortalaması $21,03 \pm 5,01$ ve "Plan Yapmama" alt boyutu ortalaması $29,22 \pm 5,18$ 'di. Hastalara uygulanan diğer ölçeklerden İDÖ skor ortalaması $9,48 \pm 2,98$ ve YTT skor ortalaması $23,36 \pm 10,90$ 'du. Hastalardan YTT skoru 30 ve altında olanlar "normal yeme tutumlu", 30'un üzerinde olanlar ise "bozulmuş yeme tutumlu" olarak sınıflandırıldı. Buna göre; hastaların %74,2'si ($n=89$) normal yeme tutumuna sahipken %25,8'i ($n=35$) bozulmuş yeme tutumluydu (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastalara Uygulanan Ölçek Skorları

	Ortalama $\pm$ sd
BDÖ	
Toplam	$31,91 \pm 6,48$
Orta (17-29)	48 (%40,0)
Şiddetli (30-63)	72 (%60,0)
BaDÖ	
BaDÖ- Toplam	$67,36 \pm 11,35$
BaDÖ-Dikkat	$17,41 \pm 3,68$
BaDÖ-Motor	$21,03 \pm 5,01$
BaDÖ-Plan yapmama	$29,22 \pm 5,18$
İDÖ	$9,48 \pm 2,98$
YTT	$23,36 \pm 10,9$
Normal yeme tutumu ($YTT \leq 30$)	89 (74,2)
Bozulmuş yeme tutumu ($YTT > 30$)	31 (25,8)
*Sürekli değişkenleri "ortalama $\pm$ standart sapma"; kategorik değişkenler "sayı (yüzde)" olarak sunuldu.	

Hastaların cinsiyetleri, öğrenim durumları, çalışma durumları, aylık toplam hane gelirleri, medeni durumları, çocuk durumları ve sigara kullanma durumları arasında beden kitle indekslerinin dağılımı Tablo 4.5’de sunuldu.

Tablo 4.5. Hastaların BKİ’ leri ile sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

		BKİ (kg/m ²)		p
		n	$\bar{X} \pm S$	
Cinsiyet	Erkek	45	28,53 $\pm$ 5,44	0,781 ^a
	Kadın	75	28,82 $\pm$ 5,59	
Öğrenim Düzeyi	En fazla ilköğretim	36	31,51 $\pm$ 4,97	<0,001 ^{b1}
	Ortaöğretim/Lise	55	28,28 $\pm$ 5,23	
	YO/Üniversite	29	26,08 $\pm$ 5,31	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	73	28,46 $\pm$ 6,08	0,499 ^a
	Çalışıyor	47	29,11 $\pm$ 4,54	
Aylık Toplam Hane Geliri	≤1000 TL	21	28,03 $\pm$ 5,53	0,656 ^b
	1001-3000 TL	65	29,13 $\pm$ 5,25	
	>3000 TL	34	28,34 $\pm$ 6,07	
Medeni Durum	Bekar	29	24,97 $\pm$ 4,77	<0,001 ^{c2}
	Evli	66	30,52 $\pm$ 5,28	
	Diğer**	25	28,29 $\pm$ 4,76	
Çocuk Durumu	Yok	35	25,85 $\pm$ 4,97	0,001 ^d
	Var	85	29,89 $\pm$ 5,32	
Sigara Kullanma Durumu	Kullanmıyor	72	29,52 $\pm$ 6,14	0,036 ^a
	Kullanıyor	48	27,51 $\pm$ 4,19	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma

^aStudent’s T Test; ^bTek Yönlü Varyans Analizi; ^cKruskal Wallis Testi; ^dMann Whitney U Testi

¹Anlamlı fark “en fazla ilköğretim” mezunlarından kaynaklanıyor; ²Anlamlı fark “evli” ile “bekar” arasında

*Boşanmış, ayrı yaşıyor, eşini kaybetmiş

Araştırma kapsamında incelenen hastaların öğrenim düzeyleri, medeni durumları, çocuk durumları ve sigara kullanma durumları arasında BKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu öğrenim düzeyindeki anlamlı farkın “en fazla ilköğretim” mezunlarından kaynaklandığı, medeni durumdaki anlamlı farkın ise “evli” olanlarla “bekar” olanlar arasında olduğu görüldü. En fazla ilköğretim mezunu olanların BKİ’leri, ortaöğretim ya da lise ve yüksekokul ya da üniversite mezunu olanlardan, evli olanların BKİ’leri bekarlardan, çocuğu olanların BKİ’leri olmayanlardan ve sigara kullanmayanların BKİ’leri kullananlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.5).

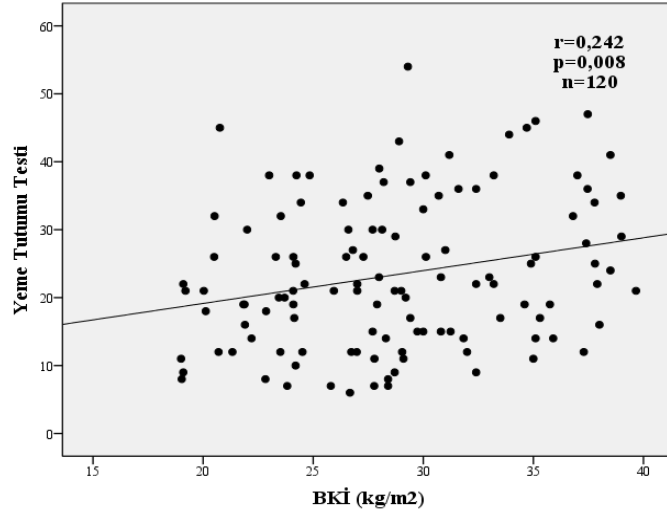
Hastaların cinsiyetleri, çalışma durumları ve aylık toplam hane gelirleri arasında BKİ açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$)

Hastaların BKİ değerleri ile BDÖ, BaDÖ ve alt boyutları, İDÖ ve YTT skorları arasındaki ilişki Tablo 4.6’de sunuldu.

Tablo 4.6. Hastaların BKİ Değerleri İle BDÖ, BaDÖ ve Alt Boyutları, İDÖ ve YTT Skorları Arasındaki İlişki

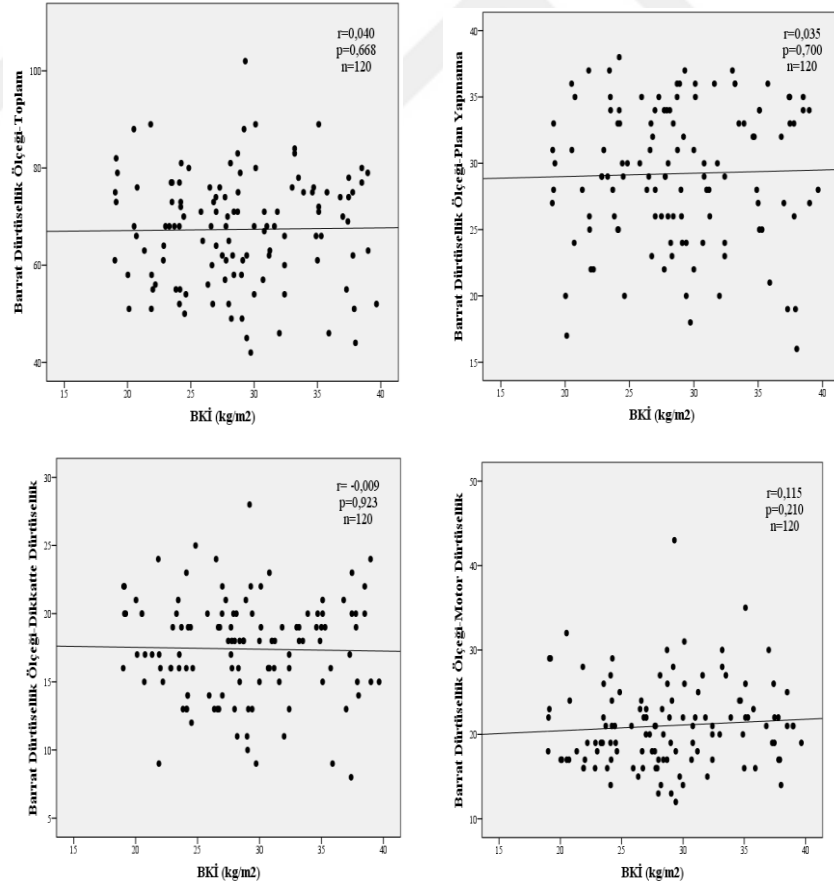
(n=120)	BKİ (kg/m ²)	
	r*	p
BDÖ	0,053	0,569
BaDÖ-TOPLAM	0,040	0,668
BaDÖ-Dikkat	-0,009	0,923
BaDÖ-Motor	0,115	0,210
BaDÖ-Plan Yapamama	0,035	0,700
İDÖ	-0,036	0,695
YTT	0,242	0,008
*Spearman korelasyon katsayısı		

Araştırmaya dahil edilen hastaların BKİ değerleri ile YTT skorları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,242$, $p=0,008$) (Tablo 4.6, Şekil 4.1).

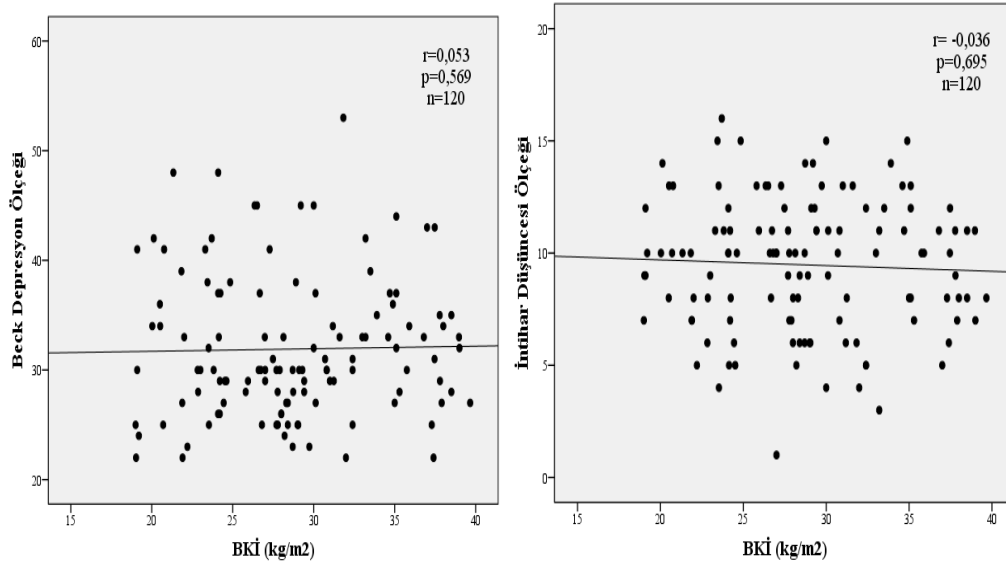


Şekil 4.1. BKİ ile YTT Skoru Arasındaki İlişki

Diğer taraftan hastaların BKİ değerleri ile BDÖ, BaDÖ toplam ve dikkat, motor, plan yapmama alt boyutları ve İDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.6, Şekil 4.2, 4.3).



Şekil 4.2. BKİ ile BaDÖ Toplam ve Alt Boyut Skorları Arasındaki İlişki

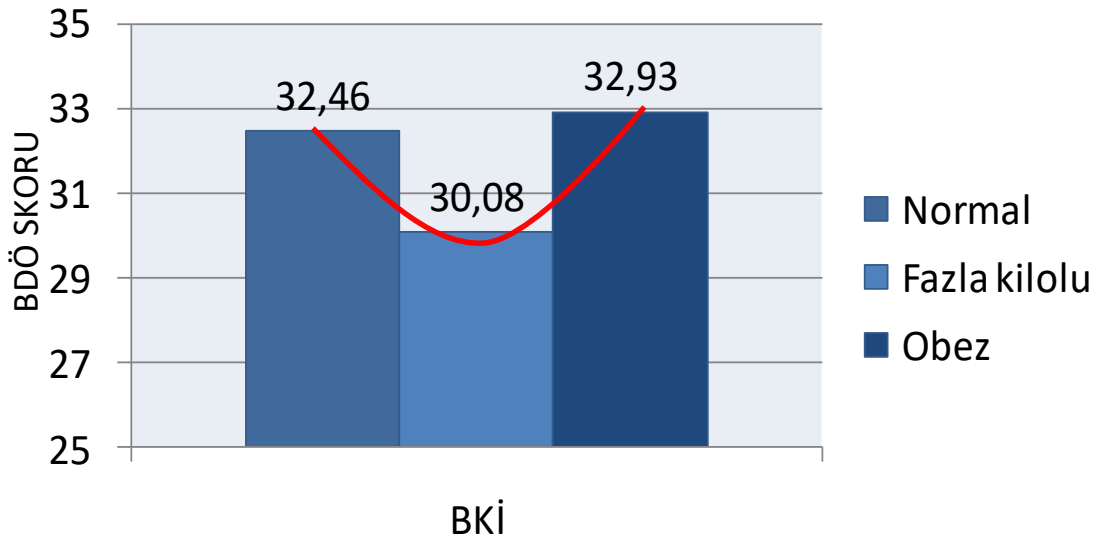


Şekil 4.3. BKİ ile BDÖ ve İDÖ Skorları Arasındaki İlişki

Araştırmaya dahil edilen hastaların BKİ değeri 25'ten küçük olanlar normal, 25-29,99 arasında olanlar fazla kilolu, 30 ve üzerinde olanlar ise obez olarak gruplandırıldı. Buna göre hastaların %38,4'ü (n=46) obez, %30,8'i (n=37) fazla kilolu ve %30,8'i (n=37) normal kiloluydu.

Beden kitle indeksi grupları arasında hastaların tanımlayıcı özelliklerinin ve hastalara uygulanan ölçek skorları karşılaştırıldığında; hastaların BKİ grupları arasında yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, sigara kullanma durumu, BDÖ skoru ve YTT skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). BKİ grupları arasında çocuk durumları cinsiyete göre değerlendirildiğinde; kadın hastaların BKİ grupları arasında çocuk durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p=0,017$) erkek hastalarda anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,237$). Kadın hastalardan obez olanlar içinde çocuğu olanların yüzdesi fazla ve normal kilolu olanlardan anlamlı olarak yüksekti.

Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu yaştaki anlamlı farkın normal kilolular ile obez bireyler arasında olduğu, BDÖ'deki anlamlı farkın fazla kilolular ile obezler arasında olduğu saptandı. Normal kilolular ve fazla kilolular arasında da BDÖ arasında puan farkı vardı ve normal kiloluların BDÖ puanları daha fazlaydı ancak bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. BKİ Grupları Arasında BDÖ Skorunun Dağılımı

YTT'deki anlamlı farkın obez hastalardan kaynaklandığı görüldü. Obez hastaların; yaşları normal kilolulardan, BDÖ skorları fazla kilolulardan ve YTT skorları hem normal hem de fazla kilolulardan anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan obez hastalar arasında en fazla ilköğretim mezunlarını yüzdesi fazla ve normal kilolulardan anlamlı olarak yüksekken, bekar olanların yüzdesi anlamlı olarak düşüktü. Ayrıca yine obez hastalar içinde çocuğu olanların yüzdesi fazla ve normal kilolu olanlardan anlamlı olarak yüksekken sigara içenlerin yüzdesi anlamlı olarak düşüktü.

İncelenen hastaların BKİ düzeyleri arasında cinsiyet, çalışma durumu, aylık toplam hane geliri, BaDÖ toplam skoru ile dikkat, motor, plan yapmama alt boyutları ve İDÖ skorları ve yeme tutumu durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. BKİ Grupları Arasında Tanımlayıcı Özelliklerin ve Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

	BKİ Grupları			p
	Normal (n=37)	Kilolu	Fazla Kilolu (n=37)	
Yaş (yıl)	32,84±12,58 ^c	36,70±11,51	41,83±10,57	0,003 ^a
Cinsiyet				
Erkek	12 (32,4)	16 (43,2)	17 (37,0)	0,628
Kadın	25 (67,6)	21 (56,8)	29 (63,0)	
Öğrenim Düzeyi				
En fazla ilköğretim	5 (13,5)	8 (21,6)	23 (50,0)	0,003
Ortaöğretim/Lise	19 (51,4)	19 (51,4)	17 (37,0)	
YO/Üniversite	13 (35,1)	10 (27,0)	6 (13,0)	
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	27 (73,0)	17 (45,9)	29 (63,0)	0,054
Çalışıyor	10 (27,0)	20 (54,1)	17 (37,0)	
Aylık Toplam Hane Geliri				
≤1000 TL	8 (21,6)	6 (16,2)	7 (15,2)	0,784
1001-3000 TL	18 (48,6)	19 (51,4)	28 (60,9)	
>3000 TL	11 (29,7)	12 (32,4)	11 (23,9)	
Medeni Durum				
Bekar	15 (40,5)	10 (27,0)	4 (8,7)	0,007
Evli	13 (35,1)	20 (54,1)	33 (71,7)	
Diğer*	9 (24,3)	7 (18,9)	9 (19,6)	
Çocuk Durumu				
Yok	15 (40,5)	14 (37,8)	6 (13,0)	0,009
Var	22 (59,5)	23 (62,2)	40 (87,0)	
Sigara Kullanma Durumu				
Kullanmıyor	21 (56,8)	17 (45,9)	34 (73,9)	0,031
Kullanıyor	16 (43,2)	20 (54,1)	12 (26,1)	
BDÖ	32,46 ±7,10	30,08 ±5,96 ^c	32,93±6,18	0,038 ¹
BaDÖ-TOPLAM	67,35 ±10,87	66,24 ±12,34	68,26±11,07	0,727 ²
BaDÖ-DD	17,54 ±3,54	17,08 ±4,15	17,57±3,44	0,811 ²
BaDÖ-MD	20,78 ±4,61	20,22 ±5,79	21,87±4,61	0,139 ¹
BaDÖ-PY	28,97 ±5,17	29,22 ±4,93	29,41±5,49	0,876 ¹
İDÖ	9,57 ±3,03	9,59 ±2,92	9,30±3,03	0,886 ²
YTT	21,03 ±9,68	21,84 ±11,62	26,46±10,73 ^{ab}	0,045 ²
Yeme Tutumu				
Normal	30 (81,1)	30 (81,1)	27 (58,7)	0,028
Bozulmuş	7 (18,9)	7 (18,9)	19 (41,3)	

¹Kruskal Wallis Testi; ²Tek Yönlü Varyans Analizi;
*Boşanmış, ayrı yaşıyor, eşini kaybetmiş
Sürekli değişkenleri “ortalama±standart sapma”; kategorik değişkenler “sayı (yüzde)” olarak sunuldu.
^aPost-hoc ikili karşılaştırma sonucu “normal kilolu” hastalar ile anlamlı fark saptandı
^bPost-hoc ikili karşılaştırma sonucu “fazla kilolu” hastalar ile anlamlı fark saptandı
^cPost-hoc ikili karşılaştırma sonucu “obez” hastalar ile anlamlı fark saptandı

İncelenen hastaların daha önce herhangi bir intihar girişimi olma durumları arasında BDÖ, BaDÖ toplam skoru ,dikkat ve plan yapmama alt boyutları ve İDÖ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Daha önce herhangi bir intihar girişimi olanların BDÖ, BaDÖ toplam skoru, dikkat ve plan yapmama alt boyutları ve İDÖ skorları olmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hastaların Daha Önce Herhangi Bir İntihar Girişimi Olması ile Uygulanan Ölçek Skorları Arasındaki İlişki

	Daha Önce Herhangi Bir İntihar Girişimi Olma Durumu		p
	Olmamış (n=94)	Olmuş (n=26)	
BKİ (kg/m²)	28,73±5,66	28,67±5,08	0,970
BDÖ	31,21±6,59	34,42±5,49	0,005
BaDÖ-TOPLAM	66,06±11,08	72,04±11,28	0,009
BaDÖ-DD	17,03±3,68	18,77±3,41	0,030
BaDÖ-MD	20,62±5,01	22,50±4,83	0,056
BaDÖ-PY	28,57±4,98	31,54±5,33	0,003
İDÖ	8,96±2,91	11,35±2,45	<0,001
YTT	22,83±10,70	25,27±11,63	0,326
Mann Whitney U Testi			
Sürekli değişkenleri “ortalama±standart sapma”; kategorik değişkenler “sayı (yüzde)”			

Araştırmaya dahil edilen hastaların yeme tutumları açısından karşılaştırıldığında BKİ, BDÖ, BaDÖ toplam skoru ve dikkat, plan yapmama alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yeme tutumu bozulmuş olan hastaların BKİ, BDÖ, BaDÖ toplam skoru ve dikkat, plan yapmama alt boyut skorları yeme tutumu normal olan hastalardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$).

Diğer taraftan hastaların yeme tutumları arasında BaDÖ motor dürtüsellik alt boyutu ve İDÖ skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hastaların Yeme Tutumları ve Ölçek Skorlarının Arasındaki İlişki

	Yeme Tutumu		P
	Normal (n=89)	Bozulmuş (n=31)	
BKİ (kg/m²)	20,09±5,44	30,51±5,42	0,035^b
BDÖ	31,15±6,69	34,10±5,36	0,003^a
BaDÖ-TOPLAM	65,83±11,20	71,74±10,79	0,012^b
BaDÖ-DD	16,98±3,73	18,65±3,27	0,029^b
BaDÖ-MD	20,61±4,58	22,23±6,02	0,206 ^a
BaDÖ-PY	28,53±5,35	31,19±4,14	0,017^a
İDÖ	9,36±2,88	9,81±3,27	0,276 ^a
^a Mann Whitney U Testi; ^b Student's T Testi			

Araştırmaya dahil edilen hastaların depresyon düzeyleri arasında BaDÖ toplam skoru ve dikkat , motor , plan yapmama alt boyutları, İDÖ ve YTT skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Depresyon düzeyi şiddetli olanların BaDÖ toplam skoru ve dikkat, plan yapmama alt boyutları, İDÖ ve YTT skorları depresyon düzeyi orta olanlardan anlamlı olarak yüksekti.

Diğer taraftan hastaların depresyon düzeyleri arasında BKİ ve BKİ düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hastaların Depresyon Düzeyleri Açısından Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

	Depresyon Düzeyi		p
	Orta (n=48)	Şiddetli (n=72)	
BKİ (kg/m ²)	28,21±5,31	29,05±5,66	0,416 ^b
BKİ Grupları			
Normal kilolu	15 (31,3)	22 (30,6)	0,058
Fazla kilolu	20 (41,7)	17 (23,6)	
Obez	13 (27,1)	33 (45,8)	
BaDÖ-TOPLAM	62,85±10,09	70,36±11,21	<0,001 ^b
BaDÖ-DD	15,85±3,31	18,44±3,56	<0,001 ^a
BaDÖ-MD	19,71±4,17	21,90±5,35	0,030 ^a
BaDÖ-PY	27,65±5,02	30,26±5,06	0,005 ^a
İDÖ	8,08±2,67	10,40±2,82	<0,001 ^a
YTT	18,77±8,58	26,42±11,26	<0,001 ^a
Yeme Tutumu			
Normal	43 (89,6)	46 (63,9)	0,001
Bozulmuş	5 (10,4)	26 (36,1)	
^a Mann Whitney U Testi; ^b Student's T Testi			

Araştırma kapsamında incelenen 120 hastaya uygulanan ölçekler birbiriyle ilişkilendirildiğinde kısaca;

BKİ ile sadece YTT skoru arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($r=0,242$, $p=0,008$) diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) .

Hastaların BDÖ skoru ile BaDÖ toplam skoru ($r=0,352$), dikkat alt boyut skoru ($r=0,379$), motor dürtüsellik alt boyut skoru ($r=0,255$), plan yapmama alt boyut skoru ($r=0,254$), İDÖ skoru ($r=0,471$) ve YTT skoru ($r=0,342$) arasında, pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) .

İncelenen hastaların BaDÖ toplam skoru ile İDÖ skoru ($r=0,333$) ve YTT skoru ($r=0,338$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, dikkat alt boyut skoru ($r=0,724$) arasında pozitif yönde, iyi düzeyde, motor dürtüsellik ($r=0,822$) ve plan yapmama ($r=0,813$) alt boyut skorları arasında pozitif yönde, mükemmel düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Hastaların BaDÖ dikkat alt boyut skoru ile motor dürtüsellik alt boyut skoru ($r=0,466$), plan yapmama alt boyut skoru ($r=0,419$), İDÖ skoru ($r=0,343$) ve YTT skoru ($r=0,269$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) .

İncelenenlerin BaDÖ motor dürtüsellik alt boyut skoru ile plan yapmama alt boyut skoru ($r=0,569$) arasında pozitif yönde, iyi düzeyde, YTT skoru ($r=0,265$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve İDÖ skoru ($r=0,216$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) .

Hastaların BaDÖ plan yapmama alt boyut skoru ile YTT skoru ($r=0,276$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, İDÖ skoru ($r=0,246$) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) .

Araştırma kapsamında incelenen hastaların İDÖ skoru ile YTT skoru arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,191$, $p<0,05$) (Tablo 4.11) .

5. TARTIŞMA

Biz major depresyonlu hastalarda BKİ ile yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık. Ancak BKİ ile Beck Depresyon Ölçeği skorları, Barrat Dürtüsellik Ölçeği total skoru ve Barrat Dürtüsellik Ölçeği dikkat, motor ve plan yapmama alt ölçek skorları, İntihar Düşüncesi Ölçeği skorları arasında anlamlı bir ilişki bulamadık. Çalışmaya aldığımız hastalar BKİ'lerine göre gruplandırılıp (normal kilolu- aşırı kilolu-obez şeklinde) karşılaştırıldığında ise; obez hastaların yeme tutumlarının hem normal kilolu bireylerden hem aşırı kilolulardan istatistiksel olarak daha bozuk olduğu ve aynı zamanda obezlerin depresyon şiddetlerinin aşırı kilolulardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit ettik.

BKİ'nin depresyon skorları ile doğrudan ilişkisine baktığımızda; depresyon ile BKİ arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu görmemize rağmen bu ilişki lineer ve istatistiksel olarak anlamlı değildi. Değerlendirmeyi BKİ gruplarını baz alarak yaptığımızda özellikle aşırı kilolular ile obez hastalar arasında depresyon skorları açısından anlamlı bir farklılığın olduğunu tespit ettik. Ayrıca obez ve aşırı kilolu hastaların BDÖ puanları arasındaki ilişkiye benzer şekilde, istatistiksel anlamlılığa ulaşmamış olsa da normal kilolu bireylerin de BDÖ puanlarının aşırı kilolu bireylerden yüksek olduğunu saptadık. BKİ grupları arasında BDÖ puanlarının U-şeklinde bir dağılım gösterdiğini gördük (Şekil 4.4). Depresyon ve obezite arasındaki ilişki birçok çalışmaya konu edilmesine rağmen, bu ilişki ve ilişkiye etki eden faktörlerin yeterince netleşmediği söylenebilir (6, 143, 188). Literatürde az sayıdaki çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde, depresyon ve BKİ arasındaki ilişkinin lineer olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda da BKİ 'ndeki artış ile depresyon şiddeti arasında lineer değil "U-şeklinde (U-shape)" bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (6, 249, 250). Carpenter ve arkadaşları (2000) BKİ ile depresyon arasında U-şeklinde bir ilişki bulmuşlar ve BKİ'nin hem düşük olması hem yüksek olmasının depresyon açısından riskli olduğunu belirtmişlerdir (6). Johnston ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2004) normal kilolu ve obez bireylerin aşırı kilolu bireylere kıyasla daha depresif olduğu; bu duruma aşırı kilolu olmanın tüm dünyada giderek artan normal bir özellikmiş gibi algılanmasının yol açmış olabileceği ancak daha çok araştırmaya ihtiyacın olduğu belirtilmiştir (249). de Wit ve arkadaşlarının 2009 yılında

yayınladıkları çalışmalarında diğer çalışmalardan farklı olarak BKİ grupları zayıf, normal, aşırı kilolu ve obez şeklinde 4'e ayrılmış. Özellikle normal ve aşırı kilolulardan ziyade; zayıf ve obez bireylerin depresyonla daha fazla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu durumu, özellikle depresyonun doğası gereği iştah değişikliklerinin olabileceği, DSM tanı kriterlerinde de iştahın artış veya azalış göstermesinin bulunduğu, o yüzden de obez bireylerin yanında zayıf veya iştahı azalsa dahi kesitsel bakıldığında, normal kilolu bireylerin de yüksek depresyon skorlarına sahip olabileceğine bağlamışlardır (250).

Tüm dünyada, BKİ ve depresyonun birbirinden ayrı antitelermiş gibi hızla artış göstermesine rağmen son zamanlarda yapılan çalışmalarda genetik geçiş ile ilgili ortak kovaryantlara sahip olduklarının gösterilmesi, iyatrojenik etkenler ile birlikte ortaya çıkabilmeleri, HPA aksı gibi ortak nörobiyolojik yollar üzerinden meydana gelmeleri gibi hipotezler ile aralarında kuvvetli bir bağ olduğu gösterilmiştir (157, 162, 164, 165). Bu hipotezleri destekler biçimde yapılan bazı çalışmada BKİ'deki artışa paralel olarak major depresyonun da arttığı, aralarında pozitif bir ilişkinin olduğu iddia edilmiştir (8, 167, 168). Ülkemizde 2012 yılında Annagür ve arkadaşları tarafından yapılan obezitenin emosyonel faktörler ile ilişkisini inceleyen bir ön çalışmada da obez olan grup ve olmayan grubun BDÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Obez olan bireylerin yaşam boyu depresyon eş tanısı almasının yüksek olduğuna vurgu yapılmıştır (16). Bizim bulgularımızla bu çalışmanın sonuçları uyumludur.

BKİ'ndeki artış ile depresyon arasında pozitif bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (4, 179, 180, 181, 182). Ancak bu çalışmaların genelde Amerika kıtası dışında yapılması -ki dünyada obezitenin en yaygın görüldüğü kıta olarak dikkat çekmekte-, özellikle depresyonun ve BKİ ile ilişkisini ortaya koymaya çalışılan çalışmaların çoğunda farklı depresyon kriterlerin ve ölçeklerinin kullanılması, farklı sosyo-ekonomik ve kültürel seviyeye sahip örneklemeler üzerinde çalışılması gibi faktörlerin bu sonuca yol açabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bunu destekler şekilde, Roohafza ve arkadaşları (2014) böyle bir ilişkinin bulunmamasının, doğu kültürüne sahip bir örnekleme çalışılması, bu çalışılan örneklemin sosyokültürel yapısında kilolu olmakla sağlıklı olmanın eş tutulduğu ve bu çalışılan

grubun öğrenim ve ekonomik düzeyinin diğer çalışmalardakilerden düşük olmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir (4).

Çalışmamızın sonuçları ile diğer çalışmaların sonuçları birlikte ele alındığında, çalışmamızın temel hipotezi olan BKİ ile depresyon skorları arasında pozitif ilişki olduğu kanaati artmaktadır. Her ne kadar yukarıdaki çalışmalarda, her çalışmanın kendi hipotezini destekleyen elemanları ifade edilmişse de, özellikle obez olmanın kan lipid metabolizmasını olumsuz etkileyebileceği, buna bağlı olası yüksek kan lipid değerlerinin ilgili beyin bölge ve nöronlarındaki olumsuz etkileriyle depresyonda etkili olduğu düşünülen nörotransmitter aktivitesi değişikliklerine yol açabileceği söylenebilir (76, 251). Ayrıca kilolu olmanın bir dereceye kadar beden algısını fazla etkilemiyor olması, obez olmanın beden algısı üzerine olumsuz geri bildirim ve/veya kendilik algısındaki kusurlar ile ilişkili olabileceği hipotezinin bizim tezimizi desteklediği ileri sürülebilir. Ancak bu hipotezler depresyonun etiyolojisinde başka, tali etkenler olamayacağı anlamına gelmez. Özellikle depresyon ve beden kitle indeksinin arasındaki ilişkide sosyodemografik değişkenlerin de etkili olduğu ve bu konuda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiği göze çarpmaktadır (6, 172).

Çalışmamıza katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile BKİ arasındaki ilişkiyi de değerlendirmeye çalıştık. Çalışmaya katılan 120 hastanın çoğu (%62,5'i) kadındı. Ancak, ister BKİ artışı göz önünde alındığında ister BKİ grupları bağlamında kadın ve erkek hastaların dağılımları arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edemedik. Özellikle kadın bireylerde beden algısının duygu durum üzerinde daha etkili olabileceği ve sosyal çevreden alınması muhtemel veya alınan eleştirilerin bu kişileri daha çok etkileyebileceği düşünülebilir. Dolayısıyla, özellikle kadın cinsiyetin BKİ ile depresyon arasındaki ilişkide tali bir faktör olabileceği söylenebilir. İlginçtir ki, Amerika'da yapılan geniş katılımlı bir çalışmada BKİ ile depresyon arasındaki ilişkinin kadın ve erkek için farklı olduğu gözlenirken, kadınlarda BKİ'indeki artışın depresyon ile ilişkisi güçlü bulunurken, erkeklerde bu durum gözlenmemiş, hatta daha düşük BKİ'nin erkek bireylerdeki depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (6). Haukkala ve Uutela'nın 2000 yılında yaptığı çalışmada kadın ve erkek bireyler arasında bizim çalışmamızda olduğu gibi istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir (173).

Depresyon ile BKİ arasındaki ilişkinin özellikle yaş grupları arasında değiştiği; bazı çalışmalarda depresyon ile BKİ artışı arasındaki ilişkinin yaşla birlikte kuvvetlendiği saptanmıştır (177, 248). Bizde önceki çalışmalara benzer şekilde, hastalar BKİ'lerine göre gruplandırıldıklarında, obez hastaların normal BKİ'ye sahip bireylerden istatistiksel olarak daha yaşlı olduğunu tespit ettik. Yaşla birlikte artan fiziksel rahatsızlıklar, bedensel güçsüzlükler ve ayrıca artan ölüm ile ilgili düşünceler özellikle ego gücü düşük bireylerde anksiyete ve depresyon için önemli etkenler olabilmektedir (252). Herhangi bir fiziksel hastalık olmasa da yaşlı bireylerde hastalıklara ilişkin yargı kalıplarına sahip olmaları bile depresyon gelişmesini kolaylaştırıyor olabilir (253). Ayrıca genel popülasyonda, yaşla birlikte BKİ ve beden yağ oranının artış göstermesi bizim sonuçlarımızı destekler yönde bir bilgidir (254).

Hastalarımızı BKİ'ne göre gruplandığımızda obez olan bireylerin eğitim seviyesi diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü. BKİ skorlarına bakıldığında da BKİ artışı ile eğitim seviyesinin düştüğünü tespit ettik. Ayrıca obez hastaların bir işte çalışma oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha düşük olduğunu saptadık. Bazı çalışmalarda da buna benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sachs-Ericsson ve arkadaşları (2007) BKİ yüksekliği ve depresyon arasındaki ilişkinin Afro-Amerikan kökenlilerde saptandığının ve bu durumun daha düşük eğitim ve refah seviyesi ile ilişkili olabileceklerini belirtmişlerdir (168). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, obez bireylerde eğitim seviyesi arttıkça depresyon puanlarının düştüğü gözlenmiş ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür. Bu durum, yüksek öğrenim gören bireylerin sosyal statülerinin ve gelir düzeylerinin daha yüksek olmasına bağlanmış; benlik saygılarının daha yüksek, problem çözme kabiliyetlerinin daha gelişmiş ve bu nedenle depresyona karşı daha korunaklı olabilecekleri varsayılmıştır (257). Tersine sosyo ekonomik ve kültürel düzey düşüklüğü; beslenme, barınma gibi sıkıntılarla birlikte bireyi travmaya (geçim sıkıntısı, damgalanma gibi) daha açık hale getirebilir ve depresyona yatkınlığı arttırabileceği speküle edilebilir.

Çalışmamızda BKİ'nde artış ile evli olma arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki vardı. Ayrıca BKİ grupları arasında bakıldığında obez hastaların çocuğu olanlarının yüzdesi, fazla ve normal kilolu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı

farklıydı ve bu da doğum yapmış kadın hastalardan kaynaklanmaktaydı. Medeni durumun obezite üzerine etkileri ile ilgili çalışmalara bakıldığında evli olan bireylerin anlamlı olarak daha obez olduğu belirtilmiştir. Sosyal destek anlamında bazen evlilik koruyucu olsa da getirebileceği olası aile içi sorunlar ve evlilik sonrası yaşam değişiklikleri son dönemde depresyon nedeniyle başvuruyu arttıran sebeplerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (23). Dolayısı ile yapılan çalışmalarla uyumlu olarak, evli olan kişilerin yaşam alışkanlıklarındaki değişim ve çocuk sahibi olma ile birlikte depresif hastalarda obezite oranlarını daha yüksek saptamış olabiliriz.

Çalışmamıza katılan hastalarda sigaradan başka madde kullanımı saptanmadı. Sigara içenlerin oranları %40 idi. Çalışmamızda BKİ arttıkça sigara içenlerin yüzdesinin istatistiksel olarak daha düşme eğiliminde olduğunu tespit ettik. Ülkemizde yapılan ve obez bireylerin normal kilolular ile depresyon şiddeti açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, sigara kullanan obez bireyler daha fazla olmasına rağmen sigara kullanan ve kullanmayan bireyler arasında BKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (257). Sigara tüketiminin vücut ağırlığını azalttığı, iştahsızlık yaptığı; sigaranın yeni bırakılmasının ise metabolik hızın azalmasına bağlı olarak obeziteye neden olabileceği belirtilmektedir (255). Okyay ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada, sigara içenler ve içmeyenler arasında obezite yönünden fark olduğu, sigara içenlerin daha zayıf oldukları bulunmuştur (256). Bizim çalışmamızın sonuçları, önceden yapılmış çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Hastalarımızın BKİ arttıkça Yeme Tutumu Testi puanlarının ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık. Hastalar BKİ'ne göre gruplandırılıp YTT puanları açısından karşılaştırdığımızda; obez bireylerin yeme tutum puanlarının hem aşırı hem de normal kilolulardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu, YTT kesme puanı 30 olarak alınıp yeme tutumu bozuk olan ve bozuk olmayan olarak ayrıldığında da obez bireylerin yeme tutumunun daha bozuk olduğunu tespit ettik. Birçok çalışmada beden kitle indeksindeki artış ile yeme tutumunda bozukluk ilişkili bulunmuştur (14, 15, 16). Beden kitle indeksi yüksek bireyler; özellikle depresyon neden olabilecek kronik bir stresörle karşılaştıklarında daha dürtüsel olabilmeleriyle birlikte, diğer bireylerden daha düşük uyarılma eşiğine sahip oldukları gözlenmiş,

yeme üzerindeki denetimlerini kaybettikleri ve kendilerini durdurmakta zorluk çektikleri belirtilmiştir (222).

Yeme tutumu normal ve bozuk olan gruplar BDÖ puanları açısından karşılaştırdığımızda; yeme tutumu bozuk olan hastaların BDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğunu ve depresyon şiddeti arttıkça yeme tutumu bozukluğunun daha fazla olduğunu tespit ettik. Ayrıca yeme tutumu bozuk olanlar ile yeme tutumu bozuk olmayan bireyler karşılaştırıldığında; yeme tutumu bozuk olan bireylerin hem total BaDÖ puanlarının hem de BaDÖ dikkat ve plan yapmama gibi bilişsel dürtüsellik alt ölçek puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu saptadık. Daha önce yapılan çalışmalarda yemek seçimi, porsiyon büyüklüğü ve yeme sıklığının psikolojik faktörlerden etkilendiği; özellikle depresyon varlığında daha dürtüsel, daha sağlıklı, karbonhidrat ve yağ içeriği fazla yiyeceklerin seçildiği saptanmıştır (130, 131). Ayrıca son yıllarda yapılan çalışmalarda depresyon puanlarındaki artışın yeme tutumu üzerinde etkili olduğu ve özellikle beden kitle indeksi yüksek bulunan bireylerde depresif semptomların yeme tutumunu daha çok değiştirdiği görülmüştür (236). Uzunlamasına yapılan bir gözlem çalışmasında ise depresyonu olan bireylerin yeme tutumlarındaki bozulma ile birlikte BKİ'lerinde artışın istatistiksel anlamlı olduğu belirlenmiştir (237). Özellikle depresyonun hastaların yeme tutumu üzerine etki ederek kolesterol düzeyini değiştirebileceği ve bu durumunda depresyonda dürtüsellik üzerinde etkili olabileceği belirtilmiştir (133).

Çalışmamızda intihar düşüncesi ile BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edemedik. Hatta BKİ artışı ile İDÖ arasında istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da negatif bir korelasyon olduğunu saptadık ($r:- 0,036$). Literatürde de bu konuyla ilgili çok az sayıda çalışma vardır ve bunlar arasında da çelişkili sonuçlar göze çarpmaktadır. Bir grup çalışmada BKİ arttıkça depresyonda da artmakta olduğu belirtilmiş ve bu kişilerin daha dürtüsel olduklarını bulduklarından intihar düşüncelerinin de kaçınılmaz olduğu ileri sürülmüştür (189, 191). Diğer yandan, bazı çalışmalarda BKİ yüksek olması ile intihar düşünceleri arasında bir ilişki olmadığı, hatta ters bir ilişki olabileceği belirtmiştir. Crow ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları 5 yıllık bir izleme çalışmasında, BKİ ile intihar düşüncesi ve davranışı arasında pozitif bir ilişki bulamamış, daha önceden düşünülenin aksine daha karmaşık

etkenlerin bunda rol oynayabileceğini belirtmişlerdir (194). Başka bir çalışmada da özellikle BKİ'ndeki artış düşük intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (200). Bizim çalışmamızdakilere benzer sonuçlar bulan araştırmacıların bir kısmı bu durumu insulinin duygudurum üzerine etkisiyle açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Kandaki insulin seviyesi arttıkça hipotalamik serotonin salınımının arttığını aktarmışlar ayrıca BKİ arttıkça insuline karşı direnç oluşacağı ve insulin seviyesinin de artacağını öngörmüşlerdir. Bu artmış insulin seviyesinin de dürtüsellik ve intihar düşüncesi için önemli bir nörotransmitter olan serotoninin seviyesini arttırıp, BKİ yüksek bireylerde intihar düşüncesi ve dürtüsellik azaltılabileceğini belirtmişlerdir (200). İnsulin ile bağlantılandırılmadan da BKİ yüksek bireylerde genelde kolesterol seviyelerinin yüksek olması ve kolesterolün de gene serotonin reseptör sayısında, hücre membran yapısında değişikliğe yol acararak; serotonin bağlanma, geri alım ve metabolizmasını değiştirebileceği ileri sürülmüştür (76, 251). Elovainio ve arkadaşları da (2009) benzer bir yorum yaparak; depresif hastalarda BKİ' ndeki yüksekliğin tek başına intiharı yordayan bir etken olamayacağını ve BKİ'nden ziyade intihar düşüncesinin asıl belirleyicisinin, klasik anlamda bildiğimiz gibi depresyon ve özellikle de depresyonun şiddeti olduğunu öne sürmüşlerdir (21). Bizim çalışmamızda da BKİ gruplarıyla İDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamışken, depresyon şiddeti ile İDÖ puanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğunu tespit ettik. Gerçekten de depresyonda intihar düşüncesi ve davranışı, BKİ'nden bağımsız olarak düşünülse bile, tek bir etkene bağlanması güç, çok faktörlü, ayrıntılı değerlendirilmesi gereken durumlardır.

Özellikle depresyonu olan bireylerde BKİ'nin intihar düşüncesi ile ilişkisini yordayan etkenlerden bir diğeri de çalışmamızda araştırdığımız dürtüselliktir (113). Çalışmamızda hastalar BKİ'ne göre gruplandırılıp dürtüsellik ile ilişkisine bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edemedik. Ancak depresyon şiddeti ile BaDÖ ve BaDÖ motor, dikkat, plan yapmama alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki olduğunu tespit ettik. Dürtüsellik ve BKİ arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda özellikle dürtüsellüğün plan yapmama ve dikkatsizlik gibi bilişsel yöndeki alt birimlerinin BKİ artışı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu dürtüsellik sonucu özellikle obez bireylerin; hazzı geciktirmede başarısız oldukları, ödülün gecikmesine dayanamadıkları, plan yapma yetersizliği sonucu hemen gelen küçük ödülleri(karbonhidrat ağırlıklı bir yiyecek gibi) , daha geç gelecek büyük

ödüllere (sağlıklı yaşam, yaşam kalitesinde artış gibi) tercih edebilecekleri gözlenmiştir (18, 27). Ancak bazı çalışmalarda ise obez bireylerde artmış kolesterol düzeyinin serotonin etkinliğinin artışı üzerinden dürtüsellik ve intihar düşüncesini azaltabileceği belirtilmiştir (76, 251). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte bir çalışmada; BKİ yüksek bireyler BKİ normal olan bireylerle karşılaştırılmış ve dürtüsellik açısından istatistiksel anlamlı fark saptanamamış. Aynı bireyler arasından major depresif bozukluğu olanlar BKİ'lerine göre gruplandırılmış, dürtüsellikle ilişkileri incelenmiş. Depresyon varlığında BKİ yüksek olan bireylerin özellikle motor, dikkat alt ölçekleri ve total dürtüsellik puanları diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiş, dürtüsellik BKİ'nden ziyade depresyon ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (16). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada depresyon hastaları ötimik olsa da sağlıklı kontrollerden daha dürtüsel oldukları, BaDÖ puanlarının istatistiksel olarak yüksek çıktığı saptanmıştır; nörokimyasal faktörler açısından ve diğer psikososyal yatkınlık yaratan etkenlerin hem depresyon hem dürtüsellikte ortak olabilmesinin bu sonucu doğurabileceği belirtilmiştir (114, 107). Çalışma sonuçlarımıza göre depresif bireylerde dürtüsellik, belki de onunla ilişkili intihar düşüncesinin BKİ'nden bağımsız bir şekilde depresyonun doğasından kaynaklandığı öne sürülebilir.

Çalışmamıza katılan 26 hasta daha önce intihar girişiminde bulunmuştu. Bu hastalar intihar girişiminde bulunmayan hastalar ile karşılaştırıldığında; intihar girişiminde bulunan hastaların BDÖ, BaDÖ total, dikkat ve plan yapmama alt ölçek ve İDÖ puanlarını anlamlı yüksek olduğunu bulduk. Ayrıca BaDÖ motor alt ölçek puanı da istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer gruba oranla daha yüksekti ($p:0.054$). Ancak önceki intihar öyküsü ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edemedik. Literatürde önceden intihar girişiminde bulunan bireylerin; kırılgan bir ruhsal yapıya sahip oldukları, problem çözme becerilerinin düşük olduğu ve bu durumunun özellikle yeterli sosyal destek göremediği, yeni bir zorlanti ile karşılaşıldığı zaman depresyon gelişimine zemin hazırladığı belirtilmiştir (27). Ayrıca bu bireylerin daha dürtüsel olmaları ve depresyon şiddetlerinin daha fazla olması nedeniyle tekrar intihar etme risklerinin diğer bireylerden daha yüksek olduğu iddia edilmektedir (23). Çalışmamızda daha önceden intihar girişiminde bulunan bireylerin

BDÖ, İDÖ, BaDÖ ve BaDÖ alt ölçek puanlarını daha yüksek tespit etmemiz literatür ile uyumludur.

Çalışmamızın sınırlılıkları vardır. Örneklemimizin çoğunluğu BDÖ'ne göre orta şiddetli depresif belirtilere sahip olduğundan hafif şiddette depresif bozukluk olduğunda değişkenlerin nasıl etkilendiğiyle ilgili fikir sahibi olamadık. Bu nedenle sonuçlarımız tüm depresif bozukluk hastalarına genellenemez.

Çalışmamıza katılan hasta sayısının düşük olması bir sınırlılık oluşturmakta ve hasta sayısının artması çalışmamızın gücünü arttırabilir. Ancak çalışmaya katılan örneklemin az olması; bu hastaların komorbid bedensel hastalık, ek antidepresan veya antipsikotik kullanımı gibi sonuçlar üzerinde karıştırıcı olabilecek etkenlerin ekarte edilmesini ve daha etkin bir şekilde inceleme imkânını sağladı.

Örneklem grubumuzun toplandığı popülasyon daha çok alt-orta sosyoekonomik ve kültürel seviyeye sahip olması nedeniyle sonuçların tüm ülke popülasyonunu yansıtmadığı öngörülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak biz major depresyon hastalarında BKİ'nin yeme tutumu, dürtüsellik ve intihar düşüncesi ile ilişkisinin boyutlarını araştırmaya çalıştık. Elde ettiğimiz veriler eşliğinde; major depresyonun yüksek BKİ (özellikle obezite) ile ilişkili olduğunu tespit ettik. BKİ artışı ile düşük eğitim seviyesi, bekâr olma, çocuk sahibi olma, sigara kullanma arasında pozitif bir ilişki vardı. Ancak BKİ artışının dürtüsellik ve intihar düşüncesine depresyondan bağımsız bir şekilde etki etmediği sonucuna vardık. Yeme tutumu ile BKİ'nin doğrudan ilişkili olduğunu ve yeme tutumunun dürtüsellikle ilişkili olsa da intihar düşüncesini depresyon varlığında etkilemediği neticesine vardık. BKİ'nden ziyade depresyonun şiddetinin dürtüselligi ve dolayısıyla intihar düşüncesini daha çok öngördüren eleman olduğu kanaatine vardık.

Bu çalışma major depresyonu olan hastalarda BKİ'nin yeme tutumu, dürtüsellik ve intihar düşüncesi ile ilişkisini bütüncül bir şekilde ele alan, bildiğimiz kadarıyla literatürdeki ilk çalışmadır. Depresyonlu bireylerde yeme tutumunun bozuk olabileceği, BKİ'nden bağımlı ve/veya bağımsız bir şekilde depresyondaki hastaların daha dürtüsel olabileceği ve bu nedenle de intihar düşüncelerinin daha fazla olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır; ancak bunun desteklenmesi için daha büyük örneklem grubu ile uzunlamasına izlem çalışmalarının yapılmasına gerek olduğu vurgulanmalıdır.

ÖZET

ÖZTÜRK M. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI İLE BAŞVURAN HASTALARDA BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME TUTUMU, DÜRTÜSELLİK VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ İLE İLİŞKİSİ

Sağlık Bakanlığı Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016.

Giriş ve Amaç: Major depresif bozukluk ve BKİ artışı arasındaki ilişki ve bunlarla ilişkili faktörler, iki durumun da son yıllarda dünyada artış göstermesi ile birlikte önemli hale gelmiştir. Çalışmamızda depresyon varlığında BKİ'nin yeme tutumu, dürtüsellik ve intihar düşüncesini etkileyip etkilemediği; etkiliyorsa hangi yönde etkilediği sorularına cevap bulmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza major depresyon tanısı konulan 120 hasta katıldı. Çalışma dizaynı kesitseldi. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, YTT, BaDÖ, İDÖ, BDÖ uygulandı. Sonuçlar SPSS 22.0 kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Major depresyonun yüksek BKİ (özellikle obezite) ile ilişkili olduğu bulundu. BKİ ile düşük eğitim seviyesi, bekar olma, çocuk sahibi olma, sigara kullanma arasında pozitif bir ilişki tespit edildi. Ancak yüksek BKİ'nin dürtüsellik ve intihar düşüncesine depresyondan bağımsız bir şekilde etki etmediği saptandı. Yeme tutumu ile BKİ'nin doğrudan ilişkili olduğu bulundu. Bununla beraber, yeme tutumu dürtüsellikle ilişkili olsa da intihar düşüncesini depresyon varlığında etkilemediği gözlemlendi. BKİ'nden ziyade depresyonun şiddetinin dürtüsellik ve dolayısıyla intihar düşüncesini daha çok etkilediği sonucuna varıldı.

Tartışma ve Sonuç: Bu konuda yapılan çalışma sayısı azdır. Çalışmamız sonuçları, bu alanda yapılmış çalışma sonuçlarına benzerdir. Özellikle major depresyonun obezite ile ilişkili olabileceği, obez bireylerde ve depresyon şiddeti artıkça yeme tutumunun bozulabileceği, dürtüsellik ve intihar düşüncelerinin daha fazla olabileceği dikkat edilmesi gereken durumlardır.

Anahtar Kelimeler: beden kitle indeksi, major depresyon, yeme tutumu, dürtüsellik, intihar düşüncesi.

SUMMARY

ÖZTÜRK M. RELATIONSHIP BETWEEN BODY MASS INDEX AND IMPULSIVITY, EATING ATTITUDE, SUICIDAL IDEATIONS AMONG THE PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Ministry of Health Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Research and Training Hospital, Pyschiatry Clinic, 2016 Ankara.

Introduction and Objective: In recent years, relationship between major depressive disorder, body mass index (BMI) and the factors associated with these two subjects became important, because of increasing prevalence all over the world. Our objective of the study is to answer these questions; does BMI influence eating attitude, impulsivity, suicide ideations in the presence of depression; if yes, then in what way.

Methods : One hundred and twenty patients with major depressive disorder attended to our study. Study design is cross-sectional. Sociodemographic Information Form, Eating Attitude Test, Barratt Impulsivity Scale-11, Suicidal Ideation Scale and Beck Depression Inventory was applied. Results were analysed by SPSS 22.0.

Results: Our study results suggest that, major depressive disorder is significantly associated with high BMI (especially obesity). There is positive correlation between BMI and low level of education, being single, having child, smoking. However, independent from depression there is no significant association between high BMI and impulsivity, suicidal ideations. Our study revealed that eating attitude is directly associated with BMI. Nonetheless, despite eating attitude is associated with impulsivity, it does affect suicidal ideations in the presence of depression. We found that severity of the depression affects impulsivity and suicidal ideation rather than BMI.

Conclusion: There are few studies on this subject. Our study results are similar to studies conducted in this area. Especially major depression may be associated with obesity, the eating behavior may deteriorate with obesity and increasing severity of depression, there may be more impulsivity and suicidal ideations are conditions that should be considered more carefully.

Keywords: body mass index, depression, eating behaviors, impulsivity, suicidal ideation.

KAYNAKLAR

1. Murray CJ, Lopez AD.(1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet;349(9064):1498-504.
2. Rihmer Z., Angst J., (2000). Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. Kaplan&Sadock"s. Comprehensive textbook of Psychiatry. (Ed: Sadock JB., Sadock VA.). Eight Edition. Türkçe Baskı (2007). Öncü Matbaa, Ankara.1575-82
3. Shils ME, Olson JA, Shike M. (1994) Obesity in modern nutrition. Malvern, PA: Lea & Febiger, p.26-34.
4. Roohafza H., Sadeghi R, Sadeghi M, Hashemipour M., Khani A. (2014) Are obese adolescents more depressed?, Jour Educ and H Pro;3: 74-
5. Yazıcı K, Yazıcı AE. (2010) Dürtüselliğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2:254-280
6. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB ve ark. (2000) Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicid ideation, and suicide attempts: results from a general population study. Am j Public Health, 90: 251-7
7. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özkay Kafesçiler S, Özmen E, Hekimsoy Z ve ark. (2006) Obezitede tedaviye yanıt ve aleksitimi. Klinik Psikiyatri; 9.170-176.
8. Karagöl A, Özçürümez G, Nar A, Taşkıntuna N (2014) Association of body mass index with depression and alexithymia Anadolu Psikiyatri Derg 15(3): 207-213
9. Nederkoorn, C., Smulders, F. T., Havermans, R. C., Roefs, A., & Jansen, A. (2006) Impulsivity in obese women. Appetite, 47, 253–256
10. Bruch H (1973) Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. Basic Books, New York
11. Torres S., Nowson C (2007) Relationship between stres,eating behaviour and obesity , Nutrition ;23,887-894
12. Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Loth, K. A., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D (2014) The course of binge eating from adolescence to young adulthood. Health Psychology, 33, 457–460
13. Wadden T: Obesity (in) Kaplan HI, Sadock BJ (Ed) (1995)Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Volume 2, 6. Baskı, Williams&Wilkins, USA, 1481-1491

14. Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H (2015) Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri, HSP;2(2):187-197
15. Robets ME (2006) Disordered eating and obsessive-compulsive symptoms in a sub-clinical student population. New Zealand Journal of Psychology; 35(1): 45-54
16. Annagür B, Orhan F, Özer A, Tamam L, Erhan Ç (2012) Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktorler: Bir Ön Çalışma Nöropsikiyatri Arşivi 49: 14-9
17. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O (2013) Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi, Anadolu Psikiyatri dergisi; 14.53-61
18. Yeomans MR, Leitch M, Mobini S (2008) Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the Three Factor Eating Questionnaire. Appetite 50:469-476
19. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. (1996) Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the “jolly fat” hypothesis. J Psychosom Res; 40, 59–66.
20. Mukamal,K.J.,Miller,M (2010)Invited commentary: body mass index and suicide—untangling an unlikely association. American Journal of Epidemiology 172,900–904
21. Elovainio M, Shipley M J., Ferrie J E., Gimeno D , Vahtera J, Marmot M G. (2009), “Obesity, unexplained weight loss and suicide: The original Whitehall study”, Journal of Affective Disorders, 116, pp. 218-221
22. Allebeck P, Bergh C. (1992) Height, body mass index and mortality: do social factors explain the association? PublicHealth;106:375.
23. Öztürk M.O.,Uluşahin A.(2015) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları , 13.baskı, Ankara
24. Savrun BM.(1999) Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, s. 11-17.
25. Kırılı S. (2008). Güncel Klinik Psikiyatri (Ed. Işık E., Taner E., Işık U.). Ankara. s:131-155
26. Kaya B, Kaya M. (2007) 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri; 10(6):3-10
27. Kaplan HI, Saddock B J. (2004) Klinik Psikiyatri, Çeviri Editörü: Prof. Dr. Ercan Ebay, Nobel Tıp Kitabevleri

28. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
29. Judd LL. (1997) The clinical course of unipolar major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry, 54: 989-991
30. Ünal S, Özcan E. (2000) Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi;1(1):41-8.
31. Işık E (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. S: 5- 11, S: 48-49 1. Baskı Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık
32. Türkçapar H (2009) Depresyon: Temel özellikler ve tarihçe. In: Köroğlu E, ed. Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi:Depresyon., Ankara: HYB Basım Yayın. Bölüm 1;p.1-15.
33. Jeffrey LC (2003)Nöropsikiyatri ve Davranış Nörobiyolojisi. S: 1- 18, 1. baskı Ankara Çizgi Tıp Yayınevi
34. Songar A (1977) Psikiyatri, Modern Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları, Geçit Kitabevi, İstanbul
35. Ceylan ME.(2001) Araştırma ve Klinik uygulamada biyolojik psikiyatri 4.cilt: Duygudurum bozuklukları, 1.baskı, İstanbul 1-10
36. Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ. (1991). Affective disorders, in Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. Edited by Robins LN, Regier DA. New York, Free Press, pp 53–80
37. Weissman MM, Wickramaratne P, Merikangas KR ve ark. (1984) Onset of major depression in early childhood. Arch Gen Psychiatry, 41:1136-1143
38. Kessler RC., McGonable KA., Zhao S.. (1994). Lifetime and 12 month prevalance of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry; 51 : 8-19
39. Kessler RC., Berglund P., Demler O., (2003). The epidemiology of majör depresyon depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 289:3095-3105
40. Angst J. (1992) Epidemiology of depression. Psychopharmacology (Berl);106 Suppl: S71-4.
41. Kılıç C. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla ilgili Sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları
42. Sağduyu A.(2000) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi; 11:s 3-16

43. Andreada L., Caraveo-Anduaga JJ., Berlund P., ve ark. (2003). The epidemiology of majör depressive epizodes: results from the The International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int. Methods Psychiatr Res.* 12:3-21
44. De Graff R., Bijl RV., Beekman AT. ve ark. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorder in relation to comorbid anxiety and substance use disorder: finding from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38:1-11
45. Küey L. (2010) Dünyada ve Türkiye’ de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*;13(1):6-11
46. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. (1999) The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. *Biol Psychiatry*; 45(3):300-7.)
47. Doğan O.(2011) Bölüm 19: Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı. Sivas: Esform Ofset; . p.267-83.
48. Doğan O.(1995) Depresyonun Etiyolojisi, İnkilap Matbaacılık, Trabzon
49. Weismann MM., Myers JK. (1978). Affective disorders in a US urban community. *Arch Gen Psychiatry*, 35.1304-1311
50. Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedikardaşlar C, Emül M, Ünal S. (2011) Bir Devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*;1(2): 16-20.
51. Gilman SE. Kawachi I. Fitzmaurice GM., ve ark. (2003). Socio-economik status, family disruption and residential stability in childhood: relation on onset, recurrence and remission of majör depression. *Psychol Med* 33: 1341-1355
52. Klein DN., Lewinsohn PM., Seeley JR., ve ark (2001). Family study of majör depressive disorder in a community sample of adolescent. *Arch Gen Psychiatry* 58:13-20
53. Liebet R., Isensee B., Hofler M. (2002). Parental majör depression and the risk of depression and other mental disorder in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 59:365-374
54. MacMillan HL., Fleming JE. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 158:1878-1883
55. Nezu A, Ronan GF (1988) Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *J Counsel Psychology*, 35:134-138

56. Lightsey OR (1997) Stress buffers and dysphoria: A prospective study. *J Cogn Psychother*, 11:263-277
57. Dixon WA, Reid JK (2000) Positive life events as a moderator of stress-related depressive symptoms. *J Counseling and Development*, 78:343-348
58. Gunderson JG (1991) A current review of the interface between borderline personality disorder and depression *Am J Psychiatry*, 148: 967-975
59. Yalvaç HD (2012) Epidemiology of depression, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* ;5(2):7-13
60. Newport DJ, Nemeroff CB (1999) Depression in the medically ill, Comorbidity in affective disorders. M Tohen (Ed), New York, Marcel Dekker Inc., s.57-104
61. Yemez B, Alptekin K.(1998) Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri dünyası. Depresyon 1. Cilt: 2, Sayı: 1*
62. Freud S. (1917) Mourning and Melancholia, Standart Edition ,London: Hogart Press
63. Bibring E.,(1953) The mechanism of depression ,in *Affective Disorders;Psychoanalytic Contributions to Their Study*, P.Greenacre , International Universities Press: Oxford ,s;13-48)
64. Kaplan & Saddock's synopsis of psychiatry behavioral sciences- clinical psychiatry 11.th ed. (2015)
65. Beck, AT. (1976). Cognitive theory and the emotional disorders. New York: International Universities Press
66. Balcıoğlu İ. (1999). Depresyonun etyopatogenezi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu. Sempozyum Dizisi. 17:19-28
67. Seligman MEP (1975) Helplessness, Freman. San Fransisco
68. Winokur G (1979) Familial (genetic) subtypes of pure depressive disease. *Am J Psychiatry*, 136:911-913
69. Cadoret RJ (1978) Evidence for genetic inheritance of primary affective disorder in adoptees. *Am J Psychiatry*, 135:463- 466
70. Ersan E (2001) Depresyonun Genetik Nedenleri, *Duygudurum Dizisi*;6:277-282
71. Duman RS, Malberg J, Nakagawa S (2000)Neuronal Plasticity and survival in mood disorders. *Biol Psychiatry*, 48:732-739
72. Yüksel N (2003) Psikofarmakoloji, Çizgi T ıp Yayınevi, 2 :50-67, 170- 189

73. Ressler KJ, Nemeroff CB (2000) Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*; 12 (1): 2-19
74. Poltsky PM, Ovens MJ, Nemeroff CB(1998) Psychoneuroendocrinology of depression, hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychiatry Clin North Am* 21:293-307
75. Morihisa JM, Rosse RB, Cross CD ve ark. (1999) Laboratory and Other Diagnostic Tests in Psychiatry, Textbook of Psychiatry, RE Hales, SC Yudofsky, JA Talbott (Ed), 3. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Press, s. 298-299
76. Çayköylü A. (2001) Affektif Bozukluklar ve Kolesterol, *Duygudurum Dizisi*;6: 264-271
77. Güleç C (1991) Belirti ve bulgular: teşhis Depresyon, Çağdaş Tedavi Yaklaşımları. Ankara: Servier; p.3-5
78. Kaufman J, Charney D.(2000) Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety*;12 (Suppl 1):69-76
79. Oxman TE, Barrett J. (1985) Depression and hypochondriasis in family practice patients with somatization disorder. *Gen Hospital Psychiatry*;7(4):321-9
80. Aydemir C, Temiz HV, Göka E. (2002)Majör depresyon ve özkıyımında kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Derg*;13(1):33-9.
81. Özmen M. (1996) Psödodemans kavramı. *Yeni Symposium*;34(1-2):23-6
82. Yavuz R (1999), Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul s.29-34
83. Köroğlu E. (2007) Major Depresyon. In: Köroğlu E, Güleç C, eds. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;. p.240- 65
84. Tamam L., Namlı Z.(2012) ,Clinical Features of Depression ,*Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*;5(2)
85. Durkheim E (1987) La suicide, Aktaran Odağ C İntihar (Özkıyım) Tanı, kuram, sağaltım İzmir Ege Üniversitesi basımevi Bornova-İzmir 1995.).
86. World Health Organisation. (2012) Suicide Statistics.
87. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi Kl, ve ark. (1993) Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*;150(6):935-40)

88. Zincir SB, Köşker S, Sünbül E. (2014), Suicide attempt and its relationships with clinical features and sociodemographic variables in psychiatric inpatients ,Journal of Mood Disorders Volume: 4, Number: 2
89. Guze SB, Robins E. (1970) Suicide and primary affective disorders. Br J Psychiatry; 117(539):437-8.
90. Bostwick JM, Pankratz VS.(2000) Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry; 157(12): 1925-32
91. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eye-son-Annan ML. (1999) Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. J Affect Disord;55(2-3):171-8
92. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsä ET (2010) Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. Am J Psychiatry;167(7):801 -8
93. Sokero P, Eerola M, Rytsälä H, Melartin T, Leskelä U, Lestelä-Mielonen P, et al. (2006) Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. J Affect Disord;95(1- 3):95-102
94. Harris EC, Barraclough B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry; 170:205-28.)
95. Höyer EH, Olesen AV, Mortensen PB.(2004) Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. J Affect Disord;78(3):209-17.
96. Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. (2010)A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. J Psychiatr Res; 44(13):817-26
97. Schaffer A, Levitt AJ, Bagby RM, Kennedy SH, Levitan RD, Joffe RT. (2000) Suicidal ideation in major depression: sex differences and impact of comorbid anxiety. Can J Psychiatry;45(9):822-6.
98. Uncapher H, Gallagher-Thompson D, Osgood NJ, Bongar B ve ark. (1998) Hopelessness and suicidal ideation in older adults. Gerontologist; 38(1):62-70
99. Dilbaz N, Seber G (1993) Umutsuzluk Kavramı; depresyon ve intiharda önemi. Kriz Dergisi, 1(3): 134-138.
100. Ak M, Özmenler KN, Bozkurt A. (2006) Depresyon hastalarında belirti şiddeti ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi. Kriz Dergisi;14(3):1-7
101. Hollander E, Stein DJ. (1998) Dürtü kontrol bozuklukları el kitabı. Çeviri edit: O. Karamustafalıoğlu.

102. Horn NR, Dolan M, Elliott R, Deakin JFW, Woodruff PWR.(2003) Response inhibition and impulsivity: an fMRI study. *Neuropsychologia*;41:1959-66.
103. Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, Adler et al. (2009) Characterizing impulsivity in mania. *Bipolar Disord*; 11: 41–51
104. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*; 51: 768-74
105. Evenden JL(1999b) Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*;146:348-61.
106. Ainslie G. (1975) Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull*; 82:463-98.
107. Arce E, Santisteban C. (2006) Impulsivity: a review. *Psicothema*;18:213-220
108. Lee R, Petty F, Coccaro EF.(2009) Cerebrospinal fluid GABA concentration: Relationship with impulsivity and history of suicidal behavior, but not aggression, in human subjects. *J Psychiatr Res*.
109. Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., Swann, A.C., (2001) Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 158, 1783–179
110. Swann, A.C., Anderson, J.C., Dougherty, D.M., Moeller, F.G. (2001) Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Research* 101, 195– 197.
111. Swann, A.C., Dougherty, D.M., Pazzaglia, P.J., Pham, M., Steinberg, J.L., Moeller, F.G. (2005) Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 162 (9) 1680– 1687)
112. Perroud, N., Baud, P., Mouthon, D., Courtet, P., Malafosse, A. (2011) Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 134 (1–3) 112–118
113. Corruble E, Damy C, Guelfi JD (1999) Impulsivity: A relevant dimensions in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord*. 53:211-215
114. Ekinci, O., Albayrak, Y., Caykoğlu, A. (2011) Impulsivity in euthymic patients with major depressive disorder: the relation to socio-demographic and clinical properties. *Journal of Nervous Mental Disorders* 199 (7) 454–458.)
115. Simon, O.R., Swann, A.C., Powell, K.E., Potter, L.B., Kresnow, M.J., O'Carroll, P.W. (2001) Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide & Life Threatening Behaviors* 32 (1S) 49–59.)
116. Saddichha, S., Schuetz, C. (2014) Impulsivity in remitted depression: A meta-analytical review. *Asian J. Psychiatry*

117. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, et al. (2002) Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav*; 32(1): 10–32.)
118. Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., et al. (2008) Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry* 192 (2) 98–105.)
119. Williams CL, Davidson JA ve Montgomery I (1980) İmpulsive Suicidal Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 36(1): 90-94
120. Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcí'a Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M.A., Saiz-Ruiz, J., de Leon, J. (2005) Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 255 (2) 152–156
121. Rihmer Z, Benazzi F. (2010) Impact on suicidality of the borderline personality traits impulsivity and affective instability. *Ann Clin Psychiatry.*, May;22(2):121-8)
122. Tracy KW, Katherine A. Merrill. (2008) “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of Affective Disorders* 107 107–116
123. Batıgün A.,Şahin N. (2003) Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir mi?, *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (51), 37 - 52)
124. Akın E.,Berkem M. (2012) İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Öfke ve Dürtüsellik Marmara üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi;25:148-52)
125. Bellisle, F., Louis-Sylvestre, J., Linet, N., Rocaboy, B., Dalle, B., Cheneau, F., L'Hinoret, D. & Guyot, L. (1990) Anxiety and Food Intake in Man. *Psychosomatic Medicine*, 52 (4), 452–457
126. Macht, M. (1999) Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy. *Appetite*, 33 (1), 129–139
127. Laitinen, J., Ek, E. & Sovio, U (2002) Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior. *Preventive Medicine*, 34 (1), 29–39
128. Macht, M. (2008) How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model. *Appetite*, 50 (1), 1–11
129. Keskin G, Engin E (2010) Dulgerler Ş, Eating attitude in the obese patients:the evaluation in terms od relational factors, *Jour of Psych and Mental Health Nursing* ;17,900-908

130. Canetti I., Bahar E., Berry E.M. (2002) Food and emotion. Behavioural Process 60,157-164
131. Vansant G., Hulens M. (2006) The assessment of dietary habits in obese women :influence of eating behaviour patterns.Eating Disorders 14,121-129
132. Çayköylü A,Çoşkun İ, Altuntaş NB, Kırpınar İ, (1997) Antidepresan tedavi ile kan kolesterol ve trigliserit düzeyleri arasındaki ilişki.33. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 01- 04 Ekim - Antalya bildiri kitapçığı syf:221
133. Kırpınar İ, Çayköylü A, Çoikun İ, Sevimli F, Altuntaş N, (1998) Depresyonda plazma kolesterol ve trigliserit düzeyleri, Türk Psikiyatri Dergisi 9(1) :23-27
134. Stice, E.,&Agras, W. S (1998) Predicting onset and cessation bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. Behavior Therapy, 29, 257–276
135. Büyüköztürk H, Çolak Ş, Görgülü F, Saraçoğlu E, Saraçoğlu İ, (2013) Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Tutumuyla İlişkili Faktörler, 15. Öğrenci Sempozyumu Başkent Üniversitesi, Ankara
136. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic, technical report 894).
137. Balcıoğlu İ, Başer SZ (2008) Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar; 62: 341 -348
138. Özarmağan S, Bozbora A. (2002), “Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler”, F. Aral, U. Barbaros, A. Bozbora, F. Buyru, H. Coşkun, O. Çizmeçi, ve ark. içinde, Obezite ve Tedavisi, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 1-15.)
139. Serter R. (2004) Obezite Atlası. 1. Baskı, Karakter Color, Ankara
140. Özbey N. Orhan Y (2002) Vücut Yağ Miktarı ve Dağılımının Belirlenmesi, Obezite ve Tedavisi, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 27-61
141. World Health Organization (1998) Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity, Geneva, June 3-5
142. World Health Organization: Obesity: Preventing and Managing theGlobal Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894:1-253
143. Annagür B (2013) Obezitenin Psikiyatrik Tanılarla Bağlantıları, Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı syf 311-317 TPD Yayınları
144. Stunkard AJ, Stinnett JL, Smoller JW (1986) Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. Am J Psychiatry, 143:417-429

145. Crisp AH, Mc Guinness B (1976) Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *Br Med J*,3:7-9
146. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S ve ark. (2004) Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health Professional. *J Clin Psychiatry*, 65: 634-51
147. Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ ve ark. (2005) Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: A cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry*, 66: 167-73
148. Mather A., Cox B, Enss M (2009) Associations of obesity with psychiatric disorder and suicidal behaviors in a nationally representative sample, *Journal of Psychosomatic Research* 66:277-185
149. Eren İ. , Erdi Ö (2003) Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozukluk Sıklığı, *Klinik Psikiyatri* 6:152-157
150. Özdel O (2011)Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı, *Klinik Psikiyatri*;14:210-217
151. Michelson D, Amsterdam JD, Quitkin FM ve ark. (1999) Changes in weight during a 1-year trial of fluoxetine. *Am J Psychiatry*, 156: 1170-6
152. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH ve ark. (2011) Weight gain in relation to major depression and antidepressant medication use. *J Affect Disord*, 134: 288-93
153. Csâbi G, Tenyi T, Molnar D (2000) Depressive symptoms among obese children. *Eat Weight Disord*, 5: 43-5
154. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW (2003) Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology* 158, 1139–1147
155. Atlantis E, Baker M (2008) Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity* 32, 881–891
156. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW (2010) Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 67, 220–229
157. Wietlisbach V, Marques-Vidal P, Kuulasmaa K've ark. (2011) The relation of body mass index, and abdominal adiposity with dyslipidemia in 27 general populations of the WHO MONICA Project. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*
158. Janssen I, Lam M, Katzmarzyk PT (2009) Influence of overweight and obesity on physician costs in adolescents and adults in Ontario, Canada. *Obes Rev*, 10: 51-7

159. Xu H, Hu X, Zhang Qve **(2011)** The association of hypertension with obesity and metabolic abnormalities among Chinese children. *Int J Hypertens*, 987159
160. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ ve ark (2011) Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*
161. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS (2000) Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157:1552-62
162. Faith MS, Matz PE, Jorge MA (2002) Obesity-depression associations in the population. *J Psycho- som Res*, 53: 935-42
163. Ness-Abramof R, Apovian CM (2005) Drug-induced weight gain. *Drugs Today*, 41: 547-55.
164. Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP ve ark. (2011) Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: Review with case report. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65: 549-60
165. Shoelson SE, Herrere L, Nazz A (2007) Obesity, inflamaation and insuline resistance, *Gastroenterology*. ;132 (6):2169-2180
166. Rivenes A.C., Harvey S (2009) The relationship between abdoinal fat, obesity, and common mental disorders: Results from the HUNT study , *Journal of Psychosomatic Research* 66 269–275
167. Ohayon MM. (2007) Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *J Psychiatr Res*; 41: 207–213
168. Sachs-Ericsson N, Burns AB, Gordon KH, Eckel LA, Wonderlich SA, Crosby RD, Blazer DG (2007) Body mass index and depressive symptoms in older adults: the moderating roles of race, sex, and socioeconomic status. *Am J Geriatr Psychiatry*; 15: 815– 825
169. Ball K, Burton NW, Brown WJ. A (2009) prospective study of overweight, physical activity, and depressive symptoms in young women. *Obesity (Silver Spring)*; 17: 66–71
170. Noh J., Kwon Y D (2015) BMI and depressice symptoms in middle aged and older adults, *BMC Public Health*, 15:310
171. Jorm AF, Korten A E, Christensen H (2003) Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being. *Aust N Z J Public Health*, 4: 434-440
172. Grover VP, Keel PK, Mitchell JP (2003) Gender differences in implicit weight identity. *Int J Eat Disord*; 34:125–35

173. Haukkala, A., Uutela, A (2000) Clinical hostility, depression, and obesity: the moderating role of education and gender. *International Journal of Eating Disorders* 27, 106–109
174. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J, Karvonen JT, Läksy K, Joukamaa M (2006) Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Int J Obes (Lond)*; 30: 520–52
175. Ross, C.E (1994) Overweight and depression. *Journal of Health and Social Behaviour* 35, 63–79
176. Scott, K.M., Bruffaerst, R., Simon, G.E., Alonso, J., Angermeyer, M., Girolamo, De G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Karam, E., Kessler, R.C., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakly Brown, M.A., Ormel, J., Villa, J.P., Uda, H., Von Korff, M., (2007) Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity* 32, 192–200
177. Hasler, G., Pine, D.S., Gamma, A., Milos, V., Ajadacic, V., Eich, D., Rössler, W., Angst, J (2005) Depressive symptoms during childhood and adult obesity. *Molecular Psychiatry* 10, 842–850
178. Zhao G ,Ford E , Tsai J ,Dhingra S, Balluz L. (2011) Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults: national health and nutrition examination survey, 2005-2006 *BMC Psych*;11:130
179. Crisp ve ark. (1980) Jolly fat revisited. *Journal of Psychosomatic Research* 24, 233–241
180. Kim J, Noh J-W, Park J, Kwon YD (2014) Body Mass Index and Depressive Symptoms in Older Adults: A Cross-Lagged Panel Analysis. *PLoS ONE* 9(12)
181. Ohayon, M.M., Hong, S.C (2006) Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *Journal of Psychiatric Research* 40, 30–36
182. Özmen D,Özmen E, Ergin D , Çetinkaya A , Şen N, Dündar P. (2007) The Association of Self-Esteem, Depression and Body Satisfaction with Obesity among Turkish Adolescents, *BioMed Central Public Health*, 7 (80), ss. 1-7
183. Brunner, J., Bronisch, T., Pfister, H., Jacobi, F., Hofler, M., Wittchen, H.U (2006) High cholesterol, triglycerides, and body-mass index in suicide attempters. *Archives of Suicide Research* 10, 1–9
184. Kim, D.S (2011) Increasing effect of body weight perception on suicidal ideation among young Korean women: findings from the Korea National Health and Nutrition Examination

185. Goldney, R.D., Dunn, K.I., Air, T.M., Dal, G.E., Taylor, A.W (2009) Relationships between body mass index, mental health, and suicidal ideation: population perspective using two methods. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 652–658
186. Wagner B, Klinitzke G, Brahler E ,Kersting A (2013) Extreme obesity is associated with suicidal behavior and suicide attempts in adults: result of a population based representative sample, *Depression and Anxiety*, 30:975-981
187. Eaton, D.K., Lowry, R., Brener, N.D., Galuska, D.A., Crosby, A.E. (2005) Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US high school students. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 159, 513–519
188. Whetstone, L.M., Morrissey, S.L., Cummings, D.M. (2007) Children at risk: the association between perceived weight status and suicidal thoughts and attempts in middle school youth. *Journal of School Health* 77, 59–66
189. Dutton G., Bodell L., Smith A, Joiner T (2013) Examination of the relationship between obesity and suicidal ideation, *Int J Obes* 37(9):1282-1286
190. Dong C.- LI W. D. - LI D.- Price R (2006) “Extreme Obesity is Associated with Attempted Suicides: Results from a Family Study”, *International Journal of Obesity*, 30, pp. 388-390
191. Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J.J., Benkelfat, C., Turecki, G (2005) Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry* 162, 2116–2124
192. Mukamal, K.J., Miller, M. (2009) BMI and risk factors for suicide: why is BMI inversely related to suicide? *Obesity (Silver Spring)* 17, 532–538
193. Dave D. ,Rashad I (2009) “Overweight Status, Self-Perception, and Suicidal Behaviors among Adolescents”, *Social Science & Medicine*, 68, pp. 1685-1691
194. Crow S, Eisenberg M E.- Story M ,Neumark-Sztainer D (2008) “Are Body Dissatisfaction, Eating Disturbance, and Body Mass Index Predictors of Suicidal Behavior in Adolescents? A Longitudinal Study”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), pp. 887-892
195. Magnusson, P.K., Rasmussen, F., Lawlor, D.A., Tynelius, P., Gunnell, D (2006) Association of body mass index with suicide mortality: a prospective cohort study of more than one million men. *American Journal of Epidemiology* 163, 1–8
196. Mukamal, K.J., Kawachi, I., Miller, M., Rimm, E.B (2007) Body mass index and risk of suicide among men. *Archives of Internal Medicine* 167, 468–475

197. Osler, M., Nybo Andersen, A.M., Nordentoft, M. (2008) Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 23–28
198. Kaplan, M.S., McFarland, B.H., Huguet, N (2007) The relationship of body weight to suicide risk among men and women: results from the US National Health Interview Survey linked mortality file. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 195, 948–951
199. Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., Gunnell, D (2008) Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American Journal of Epidemiology* 167, 193–202
200. Mukamal, K.J., Miller, M (2009) BMI and risk factors for suicide: why is BMI inversely related to suicide? *Obesity (Silver Spring)* 17, 532–538
201. Kelesidis, T., Kelesidis, I., Chou, S., Mantzoros, C.S (2010) Narrative review: the role of leptin in human physiology: emerging clinical applications. *Annals of Internal Medicine* 152, 93–100
202. Golomb, B.A., Tenkanen, L., Alikoski, T., Niskanen, T., Manninen, V., Huttunen, M., Mednick, S.A (2002) Insulin sensitivity markers: predictors of accidents and suicides in Helsinki Heart Study screenees. *Journal of Clinical Epidemiology* 55, 767–773
203. Yang, C.C., Jick, S.S., Jick, H (2003) Lipid-lowering drugs and the risk of depression and suicidal behavior. *Archives of Internal Medicine* 163, 1926–1932
204. Takeda, E., Terao, J., Nakaya, Y., Miyamoto, K., Baba, Y., Chuman, H., Kaji, R., Ohmori, T., Rokutan, K., (2004) Stress control and human nutrition. *Journal of Investigative Medicine* 51, 139–145
205. S.A. Fields, M. Sabet ,B (2013) Reynolds,Dimensions of impulsive behavior in obese, overweight, and healthy-weight adolescent, *Appetite* 70 60–66
206. Weller, R. E., Cook, E. W., 3rd, Avsar, K. B., & Cox, J. E. (2008) Obese women show greater delay discounting than healthy-weight women. *Appetite*, 51, 563–569
207. Nederkoorn C, Guerrieri R, Havermans RC, Roefs A, Jansen A (2009) The interactive effect of hunger and impulsivity on food intake and purchase in a virtual supermarket. *Obes (Lond)*; 33:905-912
208. Guerrieri R, Nederkoorn C, Schrooten M, Martijn C, Jansen A (2009) Inducing impulsivity leads high and low restrained eaters into overeating, whereas current dieters stick to their diet. *Appetite*;53:93-100

209. Verdejo-Garcia, A., Perez-Exposito, M., Schmidt-Rio-Valle, J., Fernandez-Serrano, M. J., Cruz, F., Perez-Garcia, M., & Campoy, C. (2010) Selective alterations within executive functions in adolescents with excess weight. *Obesity*, 18, 1572–1578
210. Duckworth, A. L., Tsukayama, E., & Geier, A. B. (2010) Self-controlled children stay leaner in the transition to adolescence. *Appetite*, 54, 304–308
211. Guerrieri R, Nederkoorn C, Jansen A (2007) How impulsiveness and variety influence food intake in a sample of healthy women. *Appetite* 48:119-122
212. Thamotharan, S., Lange, K., Zale, K., Huffhines, L., & Fields, S (2013) The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 253
213. van den Akker K, Stewart K, Antoniou E, Palmberg A, Jansen A (2014) Food cue reactivity, obesity and impulsivity: are they associated?, *Cur Addict Rep* 1:301-308
214. Carlson, S. R., Johnson, S. C., & Jacobs, P. C (2010). Disinhibited characteristics and binge drinking among university student drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(3), 242-251
215. Jasinska, A. J., Yasuda, M., Burant, C. F., Gregor, N., Khatri, S., Sweet, M., & Falk, E. B (2012) Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite*, 59(3), 738-747.
216. Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. (2004) Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite* 43:303-307
217. Hjördis B, Gunnar E (1989) Characteristics of drop-outs from a long term behavioral treatment program for obesity. *Int J Eat Dis* 8:363-368
218. Garner DM, Wooley SC (1991) Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol Rev* 11:729-780
219. Jeffrey R, Epstein LH, Wilson GT, Drenowski A, Stunkard AJ, Wing RR (2000) Long term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychol* 19(suppl 1); 5-16
220. Nederkoorn C, Jansen E, Mulken S, Jansen A (2007) Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behav Res Ther* 45:1071-1075
221. Saygılı F. (1999) *Obezite Komplikasyonları* Ed: Yılmaz C, *Obezite ve Tedavisi* Mart matbaacılık, İstanbul; 41-57
222. Mobbs O., Crepin C., Thiery C., Golay A., Van der Linden M (2010) Obesity and the four facets of impulsivity, *Patient Education and Counseling* 79:372-377

223. Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: An Index of The Symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 273-279
224. Demirel B, Yavuz K, Karadere M, Şafak Y, Türkçapar H (2014) Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği, *Beden Kitle İndeksi ve Duygusal Şemalarla İlişkisi, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 3 171-181
225. Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J, Thompson M.A (1996) prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *Br J Clin Psychol*; 35: 193-203
226. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Erol S. (2000) Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*; 3: 147-52
227. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G (2011) Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Derg*; 17(1):33-9
228. Siyez DM ve Baş AU.(2009) Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni (New) Symposium*; 47(1): 19-24
229. Uskun E ve Şabaplı A. (2013) Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull*; 12(5):519-28
230. Gümüşler, A. (2006) Rize ili Çayeli ilçesindeki lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme alışkanlıkları. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon
231. Parlak, A. ve Çetinkaya, Ş. (2007) Çocuklarda obezitenin oluşumunu etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 27-33
232. Alikışıfoğlu, A. ve Yordam, N. (2000) Obezitenin tanımı ve prevalansı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21, 475-481
233. Öztürk, A. ve Aktürk, S. (2011) İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *Preventive Medicine Bulletin*, 10(1), 53-60
234. Semiz, S., Özdemir, Ö. M. ve Sözeri, Ö. A. (2008) Denizli merkezinde 6-15 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1, 1-4
235. İskender, M., Tura, G., Akgül, Ö., & Turtulla, S. (2014) Orta okul öğrencilerinde aile ortamı, yeme tutumu ve obezite durumları arasındaki ilişki. *International Journal of Human Sciences*, 11(2), 10-26
236. Özgen L., Kınacı B., Arlı M., Eating attitudes and behaviors of adolescents, *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*(2012) vol: 45; 1, 229-247

237. Goldschmidt A.B., Wall M., Loth K.A., Neumark-Sztainer D (2015) Risk factors for disordered eating in overweight adolescents and young adults, *Journal of Pediatric Psychology*, ,1-6
238. Witherspoon D., Latta L., Wang Y., Black M (2013) Dodepression, self-esteem, body-esteem, and eating attitudes vary by bmi among african-american adolescents?, *Journal of Pediatric Psychology*, 38(10);1112-1120
239. Şengül A, Hekimoğlu Ş (2005) Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki, *Göztepe Tıp Dergisi*, 20:21-23
240. Babayiğit Z, Alçalar N ve Bahadır G. (2013) Obez kadınlarda tıkanırçasına yeme bozukluğunun psikopatoloji ve bilişsel açıdan incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 33(4):1077-87
241. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. (1999) DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlac ve Tedavi Dergisi* 12.233-236
242. Savaşır Işık- Erol Neşe (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksia Nervoza Belirtileri Indexi ,*Psikoloji Dergisi*, 7, ss. 19-25
243. Gülec H, Tamam L, Gulec MY (2008) Barrat Durtusellik Ölçeği-11 (BIS)'in Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bul*;18.251-8
244. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V(1995) İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. XXXI.Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul s: 40-41
245. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J(1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-71
246. Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*; 6.118-26
247. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP (1989) Assesment of suicide risk by computer delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr Scand*, 80: 216-220
248. Mirowsky J, Ross CE, (1992) Age and depression, *J Health Social Behav*;33(3):187-205
249. Johnston E, Johnson S, Mcleod P, Johston M (2004) The relation of body mass index to depressive symptoms. *Can J Public Health*, 95(3):179-183
250. De Wit L, van Straten A, van Herten M, Pennix B, Cuijper P (2009) Depression and body mass index, a u-shape association, *BMC Publiv Health*, 9:14

251. Glueck CJ, Tieger M, Kunkel R ve ark.(1993) İmprovement in symptoms of depression and in a index of life stressors accompany treatment of severe hypertriglyceridemia, Biol Psychiatry, 34 ;240-252
252. Kastenbaum R. (2007)Death anxiety. Arizona State Unı, Tempe AZ, USA
253. Sontag S.(1988) Bir metafor olarak hastalık, İstanbul; BFS yayınları.
254. Bray GA. (2002) Etiology and natural history of obesity. Clin Fam Pract:4.249–275
255. Bağrıaçık N, Görpe U, Yiğit H, Karaoğlu N,Oğuz A, Yumuk V, Yıldız C, Kaynak H, Arslan P: Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları. Türk Diyabet Cemiyeti-Türkiye Obezite Araştırma Derneği Türk Diyabet ve Obezite Vakfı, İstanbul, 2003:117-177,
256. Okyay P, Uçku R. İzmir’de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri. ADÜ Tıp Fak. Dergisi 2002;3(3):5-12.
257. Pınar, R. (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1), 30-41

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU:

1. Adı Soyadı:

2. Yaşı:

3. Cins: 1. Erkek 2. Kadın

4. Adres

Tel. No:

5. Yaşadığı yer: 1. Köy 2. Kasaba 3. Şehir 4. Büyükşehir

6. Boy: Kilo: BKİ(kg/m²):

7. Eğitim düzeyi: 1. okuryazar değil 2. okur yazar
3. ilköğretim 4. ortaöğretim-lise 6. yüksek okul ve
üstü

8. Meslek: 1. İşsiz 2. Öğrenci 3. Ev hanımı 4. Memur
5. İşçi 6. Esnaf / Serbest meslek 7. Emekli
8. Diğer(belirtiniz)....

9. Medeni hali: 1. Bekar 2. Evli 3. Eşini kaybetmiş. 4. Boşanmış- ayrı yaşıyor

10. Çocuk : 1. var... ise kaç tane..... 2. yok

11. Ekonomik durum (TL): 1. 1000 ve altı 2. 1001- 3000 3. 3001- 5000 4. 5001 ve üzeri

12. Tütün kullanımı: 1. Kullanmıyor 2. Kullanıyor ise
türü:..... miktarı /gün:.....

13. Alkol kullanımı: 1. Kullanmıyor
2. Kullanıyor ise kaç yıldır(belirtiniz).....
haftalık miktar(belirtiniz).....

14. Diğer psikoaktif madde (uyuşturucu-uyarıcı madde) kullanımı:
1. Kullanmıyor
2. Kullanıyor ise türü:....
kaç yıldır(belirtiniz)
günlük miktar(belirtiniz).....

15. Kendinizle veya davranışlarınızla ilişkili bir olay yaşadınız mı?

1. Var.....ise türü ceza durumu.....2. Yok.....

16.Daha önce veya halihazırda bedeninizi yaralayıcı veya örseleyici/incitici herhangi bir davranışınız oldu mu?

1.Evet ise;

A. kollarınız yada vücudunuzun diğer yerlerini kesme yada çizme

B.sigarayada diğer yollarla yakma

C.saçlarınızı yolma

D.başınızı, yumruğunuzu yada diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma

E.diğer(belirtiniz).....

2.Hayır

17.Geçmişte psikiyatrik bir bozukluk/ hastalık nedeniyle tedavi oldunuz mu?

1.evet ...ise A.tanı.....

B.tedavi şekli ayaktan /yatarak

C. kullandığı ilaçlar.....

2.hayır

18. Birinci derece yakınlarında psikiyatrik bozukluk/hastalık mevcut mu?

1.evet ...ise A.tanı.....

B.tedavi şekli ayaktan /yatarak

C.kullandığı ilaçlar.....

2.hayır

19.Daha önce herhangi bir intihar girişiminiz var mı?

1. Evet.... ise A. kaç kere?.....

B. hangi yöntem belirtiniz(İlaçla ,asıyla, ateşli silahla vb.).....

2. Hayır

20.Daha önce 1.derece akrabalarınızdan herhangi birinin intihar girişimi var mı?

1. Evet ise A. kimler.....

B. kaç kere?.....

C.hangi yöntem belirtiniz(İlaçla ,asıyla, ateşli silahla vb.).....

2. Hayır

21.Vücudunuzun herhangi bir yerinde dövme, piercing,hızma vb. mevcut mu?

1. Evet 2. Hayır

22.Günde kaç öğün beslenirsiniz?(belirtiniz).....

23.Genelde atladığınız bir öğün olur mu? 1.Evet(belirtiniz)..... 2.Hayır

24. Yemeklerin hiç tadına bakmadan tuz ekler misiniz?

1.Herzaman 2.Bazen 3.Nadiren 4.Hayır

25. Genellikle öğünlerinizin yağlı besinlerden oluştuğunu düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

26. Öğünlerde en çok tükettiklerinizi sıralayabilir misiniz?

A.Şeker()

B.Yağ ()

C.Süt-Yogurt ()

D.Et-Et ürünleri ()

E.Sebez Meyve ()

F.Tahıl-Kuru Baklagil-Nışastalı yiyecekler()



İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ

Son bir hatta içinde aşağıdaki cümlelerde belirtilen düşüncelerden size uyanlar için EVET uymayanlar için HAYIR yanıtını işaretleyiniz.

1-Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.

Evet Hayır

2-Bazen başkalarını İncitmek isteği hissediyorum.

Evet Hayır

3-İncinmem veya yaralanmam umurumda değil.

Evet Hayır

4-Kendim İçin bir şeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim.

Evet Hayır

5-Geleceğim bana karanlık görünüyor.

Evet Hayır

6-İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.

Evet Hayır

7-İstediğim hiç bir şeyi elde edemiyorum.

Evet Hayır

8-Hiç bir şey istediğim gibi değil.

Evet Hayır

9-Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.

Evet Hayır

10-İntihar girişiminden önce en az üç saat kendimi öldürmeyi düşündüm.

Evet Hayır

11-Geçen bir yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim.

Evet Hayır

12-Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.

Evet Hayır

13-Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.

Evet Hayır

14-İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum.

Evet Hayır

15-Kötü bir şeyler yapmışım gibi geliyor.

Evet Hayır .

16-Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum.

Evet Hayır

17-Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum.

Evet Hayır

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine x isareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hosuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hosunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucugunu x ile isaretleyiniz; her zaman hosunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucugunu x ile isaretleyiniz.

a: Daima d: Bazen

b: Çok sık e: Nadiren

c: Sık sık f: Hiçbir zaman

	a	b	c	d	e	f
1. Baskaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Baskaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Sismanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yedğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım						
11. Yemeklerden sonra siskinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sona kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra asrı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Baskaları çok zayıf olduğumu düşünür.						

25. Sismanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Sekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|--|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsanım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başarsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarsız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarsızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarsız bir insan olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.</p> <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyorum gibi geliyor ve hep kendimi kaba hat buluyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p>18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancılar, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıdığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|--|--|

Toplam BECK-D skoru:.....

BIS 11

Plan Yapmama Puanı _____

Motor Puanı _____

Dikkat Puanı _____

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	☐	☐	☐	☐
	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1 İşlerimi dikkatle planlarım	☐	☐	☐	☐
2 Düşünmeden iş yaparım	☐	☐	☐	☐
3 Hızla karar veririm	☐	☐	☐	☐
4 Hiç bir şeyi dert etmem	☐	☐	☐	☐
5 Dikkat etmem	☐	☐	☐	☐
6 Uçuşan düşüncelerim var	☐	☐	☐	☐
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım	☐	☐	☐	☐
8 Kendimi kontrol edebilirim.	☐	☐	☐	☐
9 Kolayca konsantre olurum	☐	☐	☐	☐
10 Düzenli para biriktirim	☐	☐	☐	☐
11 Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	☐	☐	☐	☐
12 Dikkatli düşünen birisiyim	☐	☐	☐	☐
13 İş güvenliğine dikkat ederim	☐	☐	☐	☐
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim	☐	☐	☐	☐
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	☐	☐	☐	☐
16 Sık sık iş değiştiririm	☐	☐	☐	☐
17 Düşünmeden hareket ederim	☐	☐	☐	☐
18 Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım	☐	☐	☐	☐
19 Aklıma estiği gibi hareket ederim	☐	☐	☐	☐
20 Düşünerek hareket ederim	☐	☐	☐	☐
21 Sıklıkla evimi değiştiririm	☐	☐	☐	☐
22 Düşünmeden alışveriş yaparım	☐	☐	☐	☐
23 Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim	☐	☐	☐	☐
24 Hobilerimi değiştiririm	☐	☐	☐	☐
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım	☐	☐	☐	☐
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur	☐	☐	☐	☐
27 Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	☐	☐	☐	☐
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam	☐	☐	☐	☐
29 Yap-boz/puzzle çözme severim	☐	☐	☐	☐
30 Geleceğini düşünen birisiyim	☐	☐	☐	☐