

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBEZİTE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ: DİYET
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZİTE TANISI ALMIŞ
KİŞİLER ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Cahit ERKUL

Tez Danışmanı:

Yrd.Doç.Dr.Hande ÖNGÜN YILMAZ

İstanbul, 2018

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBEZİTE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ: DİYET
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZİTE TANISI ALMIŞ
KİŞİLER ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Cahit ERKUL

152039009

Tez Danışmanı:

Yrd.Doç.Dr.Hande ÖNGÜN YILMAZ

İstanbul, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

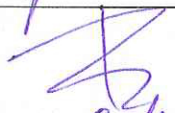
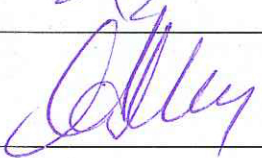
**Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Cahit Erkul Öğrenci No : 152039009
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 09.02.2018
Danışman : Yrd.Doç.Dr. Hande Öngün Yılmaz Tez Savunma Saati : 14.00

Tez Konusu : Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişki: Diyet Polikliniğine Başvuran Obezite Tanısı Almış Kişiler Üzerinde Bir Araştırma

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabul'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Hande Öngün Yılmaz	Kabul	
Prof. Dr. Filiz Açkurt	Kabul	
Prof. Dr. M. Emel Tüfekçi Alphan	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akman		
Yrd. Doç. Dr. Zeynep Özerson		

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İmza

Cahit

Adı Soyadı

Cahit ERKUL

ÖNSÖZ

Öncelikle tezimi yazmaya başladığım ilk günden beri bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, tezimin yürütülmesinde ve sonuçlanmasında büyük emeği olan, çalışma temposu ve iş disiplini her zaman örnek aldığım sevgili danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Hande ÖNGÜN YILMAZ'a çok teşekkür ederim.

Okula başladığım ilk günden beri bana desteğini esirgemeyen, sevgili hocam Prof. Dr. Emel ALPHAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Hayatımın her alanında en büyük desteğim olan sevgili annem, babam ve babaanneme araştırmamın her aşamasındaki hoşgörülerini, sabırları ve destekleri için sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Obezite ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu ve depresyondaki bireylerin besin tüketimlerinin psikolojik durumları ile değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Bu araştırmanın amacı obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. Gözleme dayalı ve tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında Muğla'nın Marmaris ilçesinde yaşları 19-84 arasında değişen 41 erkek ve 39 kadınla yapılmıştır. Araştırma obezite tanısı almış bireyler ile sınırlandırılmıştır. Araştırma verileri, karşılıklı görüşme yöntemi ile anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu; danışanların sosyo-demografik özellikleri, sigara-alkol kullanımları, sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, beden algısı ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve besin tüketim sıklığı testini içermektedir. Besin tüketim kaydı sonuçları, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) 7 tam versiyon programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı ile yapılmış olup, istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak dikkate alınmıştır. Beden algısı ile depresyon durumu karşılaştırıldığında orta ve ciddi düzeyin ortalamasının diğer düzeylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Beden algısı ile beden kütle indeksi karşılaştırıldığında II. Derece Obez katılımcıların toplam puan ortalamalarının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Depresyon ile beden kütle indeksi karşılaştırıldığında II. Derece Obez katılımcıların puan ortalamalarının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmanın önemli sonuçları arasında depresyon düzeyi arttıkça beden algısının bozulduğu, BKİ arttıkça depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar depresyon, beden algısı ve obezite arasında önemli önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde diyetisyen ve psikologların işbirliği içinde çalışmaları tedavinin etkinliği açısından büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Obezite, BKİ, Beden algısı

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND OBESITY: DIET OUTPATIENT CLINIC WHO RECEIVED A DIAGNOSIS OF A RESEARCH ON OBESITY

It is known that there is a strong relationship between obesity and depression, and the nutritional consumption of the depressed individuals varies with their psychological status. The aim of this research is to reveal the relationship between obesity and depression. The survey, which was planned as an observational and descriptive study, was conducted between February and March 2017 with 41 males and 39 females aged between 19-84 in Marmaris, Muğla. The study was limited to individuals who were diagnosed with obesity. The data of the research were collected by using the questionnaire form with the method of mutual interview. Survey form; socio-demographic characteristics, smoking status, health status, eating habits, physical activity level, body image scale, Beck Depression Scale and food consumption frequency test. Food consumption record results were evaluated using the Nutrition Information System (BEBIS) 7 full version program. Statistical analyzes were performed with the SPSS 22.0 program and statistical significance was considered as $p < 0.05$. When the body sensation and depression status were compared, it was seen that the mean and serious average were higher than the other levels ($p < 0,05$). When body mass index and body mass index were compared, It was observed that the degree of obese participants was higher than the average of total scores ($p < 0,05$). When depression and body mass index were compared II. Degree of obese participants was found to be higher than the other average scores ($p < 0.05$). Among the important results of the study, it was found that as the level of depression increases, the perception of the body deteriorates, and as the BMI increases, the level of depression increases. The results show an important relationship between depression, body image and obesity. Therefore, the cooperation of dietitians and psychologists in the treatment of obesity is very important for the effectiveness of the treatment.

Keywords: Depression, Obesity, BMI, Body image

İÇİNDEKİLER

ÖZET	7
TABLOLAR LİSTESİ	11
KISALTMALAR LİSTESİ.....	13
İÇİNDEKİLER	9
1. GİRİŞ.....	14
2. GENEL BİLGİLER.....	15
2.1 OBEZİTENİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	15
2.1.1 Obezitenin Tanımı	15
2.1.2 Obezitenin Epidemiyolojisi	15
2.1.3 Obezitenin Etiyolojisi	18
2.1.4 Obezitenin Sınıflandırılması	19
2.1.5 Obezitenin Sonuçları	20
2.2 DEPRESYON İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ VE DEPRESYON TANISI.....	22
2.2.1 Depresyon	22
2.2.2 Depresyon Önemi.....	22
2.2.3 Depresyon İçin Risk Faktörleri	23
2.2.4 Depresyon Tanısı.....	25
2.2.5 Depresyon ile Obezite İlişkisi.....	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1.Araştırma Modeli.....	29
3.2.Araştırmanın Amacı	29
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4 Araştırmanın Veri Toplama Tekniği.....	30
3.5.Araştırmanın İstatistikî Değerlendirilmesi.....	31
4. BULGULAR.....	33

5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
KAYNAKÇA.....	52
EKLER.....	58



Tablo 1: Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre Türkiye’deki obezite oranları....	15
Tablo 2: Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre seçilmiş OECD ülkelerinde obezite oranları.....	17
Tablo 3: Yetişkinlerde beden kütle indeksine göre sınıflandırma.....	19
Tablo 4: Yetişkinlerde bel çevresi ölçümüne göre hastalık riski.....	20
Tablo 5: Obezitenin yol açtığı hastalıklar.....	21
Tablo 6: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ait dağılımlar.....	33
Tablo 7: Sigara ve alkol kullanım dağılımı.....	33
Tablo 8: Bireylerin beslenme alışkanlıkları.....	34
Tablo 9: Bireylerin kullandıkları pişirme yöntemleri.....	35
Tablo 10: Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri.....	36
Tablo 11: Demografik özellikler ile beden kütle indeksinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 12: Bireylerin pişirme tekniklerini kullanma sıklıkları ile beden kütle indekslerinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 13: Sigara kullanımı ile beden algısı ve depresyonun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 14: Alkol kullanımı ile beden algısı ve depresyon toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 15: Cinsiyet ile beden algısı ve depresyon toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 16: Meslek ile beden algısı ve depresyon toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 17: Beden algısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması.....	41
Tablo 18: Beden algısı ile beden kütle indeks durumunun karşılaştırılması.....	41
Tablo 19: Depresyon ile beden kütle indeks durumunun karşılaştırılması.....	42

Tablo 20: Beden kütle indeks durumu ile fiziksel aktivite karşılaştırılması.....	42
Tablo 21: Depresyon ile fiziksel aktivite karşılaştırılması.....	43
Tablo 22: Beden algısı ile fiziksel aktivite karşılaştırılması.....	43
Tablo 23: Depresyon durumu ile enerji ve besin öğelerinin karşılaştırılması.....	44
Tablo 24: Beden algısı ile enerji ve besin öğelerinin karşılaştırılması.....	45



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MDB	Majör Depresif Bozukluk



1. GİRİŞ

Obezite, artmış yağ dokusu kitlesine yol açan patofizyolojik süreçlerle karakterize, morbidite ve mortalitenin artışına neden olan kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (1).

Vücutta, harcananın üzerinde enerji girişi, obezitenin başlıca sebebidir. Altta yatan başka rahatsızlığın bulunmadığı, vücutta harcananın üzerinde enerji girişi kaynaklı aşırı şişmanlık “eksojen aşırı şişmanlık” olarak nitelendirilmekte ve obezite hastalarının büyük bölümü bu gruba girmektedir. Aşırı şişmanlık enerji tüketimi ile harcanması arasındaki anormal farkın olması ile ortaya çıksa da eksojen aşırı şişmanlık etiolojisinde çeşitli faktörler etkili olmaktadır (2).

Shaw, Gennat, O'Rourke and Mar(2006) dünya çapında 300 milyonu aşkın obez birey bulunduğunu ifade etmektedirler (3).Hammond and Levine(2010) son on yılda, obezitenin büyük bir küresel salgın haline geldiğini, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) erişkin bireylerin 3/2'sinden fazlasının kilolu ve 3/1'inin de obez olduğunu ifade etmektedirler (4).

Obezitenin neden olduğu hastalıkların başında koroner kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon ve kanser tipleri gelmektedir (Tablo 5).Aşırı şişmanlığa bağlı yaygın olarak görülen psikolojik sorun da depresyondur (5).

Obezlerin yaklaşık yüzde 25 ila 30'u depresyon ya da diğer psikolojik rahatsızlıklara sahiptir. Depresyon ağırlıklı olarak aşırı yemeyle ilişkilidir. Depresyondaki bireyler kısa zaman zarfında çok besin tüketmekte ve tüketimin kontrolünü yitirmektedirler. Obezler, aşırı şişmanlık tedavisine başlamadan önce depresyon ve anksiyete açısından da incelenmeli ve bu depresyon ve anksiyetenin çözümüne ilişkin ilaçla tedaviye ya da psikolojik terapiye başlamaları gerekmektedir (6).Bu bağlamda araştırmanın amacı obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.OBEZİTENİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, gelişmiş ve gelişimini sürdüren devletlerde ve Türkiye’de, epidemik boyutlara ulaşan ve görülme düzeyi hızla artan, önüne geçilmesi mümkün olan bir sorun olup, dünya çapında halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (7).

Farklı bir ifade ile obezite, vücuda gıda tüketimiyle alınan enerji miktarının, tüketilen enerji miktarından fazla olması ile ortaya çıkan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine kıyasla artmasıyla karakterize kronik bir hastalıktır (8).

2.1.2.Obezitenin Epidemiyolojisi

Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre Türkiye’deki obezite oranı yüzde 31,1 oranında artmıştır. Aşırı şişmanlık oranı 2008 yılında yüzde 15,2 iken 2014 yılında yüzde 31,1 oranında artış göstererek % 19,9’a ulaşmıştır. Artış oranı, kadınlarda yüzde 32,3, erkeklerde ise yüzde 24 olarak ölçülmüştür. Tablodaki değerler genel olarak incelendiğinde, düşük kilolu ve obez oranlarında kadınların, normal ve fazla kilolu oranlarında ise erkeklerin yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşılık, fazla kilolular ile obezler toplandığında kadın (yüzde 53,8) ve erkeklerin (yüzde 53,5) hemen hemen aynı oranda olduğu dikkati çekmektedir (9).

Tablo1:Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre Türkiye’deki obezite oranları (9)

Yıl	Cinsiyet	Düşük kilolu	Normal Kilolu	Fazla kilolu	Obez
2008	Toplam	4,2	48,2	32,4	15,2
	Erkek	2.7	48.1	36.9	12.3
	Kadın	5.9	48.2	27.4	18.5
2010	Toplam	4.7	45.5	33.0	16.9
	Erkek	3.5	46.1	37.3	13.2
	Kadın	5.9	44.7	28.4	21.0
2012	Toplam	3.9	44.2	34.8	17.2
	Erkek	2.7	44.7	39.0	13.7
	Kadın	5.1	43.6	30.4	20.9
2014	Toplam	4.2	42.2	33.7	19.9
	Erkek	2.8	43.7	38.2	15.3
	Kadın	5.5	40.7	29.3	24.5

Türkiye Diyabet Prevalans (TURDEP-I) çalışmasında 1997’den1998 yılına kadar 540 merkezde, 20 yaş ve üzeri yaklaşık 24788 kişi incelenmiş, aşırı şişmanlık

kadınlarda yüzde 30, erkeklerde yüzde 13, genel toplumda yüzde 22.3 düzeyinde bildirilmiştir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında ise 1990'dan 2000 yılına Türkiye'de aşırı şişmanlık prevalansının kadınlarda yüzde 36, erkeklerde yüzde 75 oranında arttığı, 2000 yılında aşırı şişmanlık prevalansının kadınlarda yüzde 43, erkeklerde yüzde 21.1 olduğu bildirilmiştir. Türkiye Diyabet Prevalans-I çalışmasından 12 yıl sonra, aynı merkezlerde 26500 erişkinin katılımı ile yapılan Türkiye Diyabet Prevalans-II çalışmasında (2010), kadınlarda aşırı şişmanlık sıklığı yüzde 44, erkeklerde yüzde 27 ve genel toplumda yüzde 35 bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları, Türkiye Diyabet Prevalans-I popülasyonunun yaş grubu ve cinsiyet dağılımlarına göre düzenlendiğinde, Türkiye'de erişkinlerde aşırı şişmanlık prevalansının 1998'deki yüzde 22.3'den yüzde 40 oranında artarak 2010'da yüzde 31.2'ye ulaştığı bulunmuştur. 12 yılda kadınlarda aşırı şişmanlığın yüzde 34, erkeklerde yüzde 107 oranında arttığı görülmektedir (10).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren araştırmada 10 yılda aşırı şişmanlık prevalansında yüzde 10 ila 30 arasında bir artış yaşandığı belirlenmiştir. Aşırı şişmanlığın en sık görüldüğü Ameri Birleşik Devletleri'nde Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi tarafından Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre 2003 ila 2004 yılında aşırı şişmanlık (BKI > 30) prevalansının erkeklerde yüzde % 31.1, kadınlarda yüzde %33.2, 2005 ila 2006 yılındaysa erkeklerde yüzde %33.3, kadınlarda ise yüzde %35.3 olarak tespit edilmiştir. Avrupa'da yetişkinlerde fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde yüzde %32 ila %79, kadınlarda ise yüzde %28 ila %78 arasında değişmektedir. Fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere'dir. Türkmenistan ve Özbekistan ise prevalansın en düşük olduğu ülkelerdir. Bu ülkelerde aşırı şişmanlık prevalansı ise erkeklerde yüzde %5 ila 23, kadınlarda yüzde %7 ila %36 arasında değişmektedir.

Tablo 2:Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre seçilmiş OECD ülkelerinde obezite oranları (11)

Ülkeler	Obezite Oranları %
Türkiye	19,9
Amerika	28,7
Almanya	15,7
Belçika	13,7
Danimarka	14,2
Estonya	19,0
Finlandiya	15,7
Fransa	14,5
Hollanda	11,8
İsrail	15,7
İsveç	11,7
İsviçre	10,3
İtalya	10,3
İzlanda	22,2
Kanada	18,2
Kore	2,4

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, fazla kiloluluk ve aşırı şişmanlık Avrupa'daki yetişkinlerde Tip II Diyabetin yüzde 80'inden, iskemik kalp hastalıklarının yüzde 35'inden ve hipertansiyonun yüzde 55'inden sorumludur ve her sene 1 milyondan fazla ölüme sebebiyet vermektedir. Hiç bir tedbir alınmadığı takdirde ve aşırı şişmanlık prevalansındaki artışın 1990'lardaki hızı ile devam ettiği durumda, Avrupa'da 2010 senesine kadar 150 milyon erişkin birey, 15 milyon çocuk ve adolesanın obez olacağı tahmin düşünülmektedir. Aşırı şişmanlık eğilimi bilhassa çocuklar ve adölesanlarda kritik düzeydedir. Çocukluk dönemi aşırı şişmanlığındaki senelik artış hızla artmaktadır. Günümüzde çocukluk çağı obezitesi prevalansının 1970'lerdeki değerlerden 10 kat fazla olduğu ortaya konmaktadır.

Seçilmiş Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerine ilişkin aşırı şişmanlık oranları değerlendirildiğinde, ülkelerin her birinde karşılaştırılabilir düzenli bir seri bulunmamaktadır. Ülkelere ilişkin değerler ele alındığında en yüksek aşırı şişmanlık oranına yüzde 28,7 ile Amerika Birleşik Devletleri'nin sahip olduğu gözlenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ni yüzde 22,2 ile İzlanda takip etmektedir. Ülkemiz ise yüzde 19,9'luk oranla üçüncü sıradadır. Aşırı şişmanlık, oranının en düşük

olduğu ülkelerin ise sırasıyla yüzde 2,4'lük oranla Kore, yüzde 10,3'lük oranla İsviçre ve İtalya olduğu bildirilmektedir.

İngiltere, yapılan kapsamlı bir araştırmada 1980 yılında sadece erkeklerin %6'sının, kadınların ise %8'inin obez olduğu, 2002 yılına gelindiğinde bu oranın erkeklerde %23'e, kadınlarda ise % 25'e çıktığı görülmüştür. Bu verilen geçen zaman zarfında obezite oranının yaklaşık üç kat arttığını göstermektedir. Ayrıca obezite prevalansındaki en büyük artış genç yaş gruplarında gözlenmiştir (11).

2.1.3.Obezitenin Etiyolojisi

Etiyolojisini katılım, çevresel, sinirsel, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel ve psikolojik birçok unsurun söz konusu olması hastalığa ilişkin tedbir alınması ve tedavisini güçleştiren ve kompleks bir yapıya dönüştürmektedir. Sosyal, kültürel etkiler ve bireye, üreme işinde ayrı bir rol veren ve erkekle dişiği ayırt ettiren yaradılış özellikleri arasındaki farklılıklar kiloyu etkilemektedir. Küresel açıdan sosyal ve kültürel unsurlar ve normlar, beslenme ve egzersiz alışkanlığını farklılaştırmakta ve bu farklılıklar her iki cinsiyeti de etkilemektedir (12).

Aşırı şişmanlık etiolojisi içerisinde yer alan birçok unsur içerisinde normalin üzerinde enerji alımı, yetersiz düzeyde enerji tüketimi, kalıtım yatkınlık, düşük yağ oksidasyonu, ruhsal stres, sosyal ve ekonomik değişkenler ön plana çıkmaktadır. Vücut ağırlığı kalıtımla yakından ilişkilidir. Kalıtımsal etkiler bazal metabolizma üzerinde bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu sebeple kimi bireyler aşırı şişmanlığa diğerlerine oranla daha yatkındır. Obezite hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarının da obezite hastası olma olasılığı yüzde 80'ken bu risk normal ebeveynlerin çocuklarında yüzde 15 düzeyindedir. İlaçlar da aşırı şişmanlık etyolojisinde rol almaktadırlar. Bu ilaçlar içerisinde; glikokortikosteroidler, insülin, sülfonilüreler, antidepresanlar, valproik asit ve metisergit gibi merkezi sinir sistemi ilaçları, antihipertansifler, progesteron, fenotiazin, siproheptadin ve lityum en yaygın olanlarıdır. Obezite hastalarının yaklaşık yüzde 25 ila 30'u depresyon ya da diğer psikolojik rahatsızlıklara sahiptir (13).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte bazal metabolizma hızının ağırlaşması, bireyin enerji tüketimini de azaltacağından günlük alınan enerji düzeyine sınırlama getirilmediği ve

bedensel aktivitelerin arttırılmadığı durumlar da aşırı şişmanlığın kaçınılmaz hale gelmektedir (14).

2.1.4.Obezitenin Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması (Tablo 3) baz alınarak aşırı şişmanlığı kategorize etmek adına sıklıkla Beden Kitle İndeksi (BKİ)'den yararlanılmaktadır. Beden Kitle İndeksi, kişinin beden ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKI=kg/m^2$) bölünmesi ile ulaşılmaktadır. Beden Kitle İndeksi boy uzunluğuna oranla beden ağırlığının tahmin edilmesinde yararlanılmakta ancak vücut yağ dağılımına ilişkin herhangi bir bilgi sağlamamaktadır (15).

Tablo 3:Yetişkinlerde beden kitle indeksi sınıflaması (15)

	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf	<18.50	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	> 25.00	> 25.00
Şişmanlık öncesi (Preobez)	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Şişman (Obez)	> 30.00	> 30.00
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Şişman III. Derece	> 40.00	> 40.00

Vücuttaki genel yağ düzeyi ile birlikte yağın vücutta yoğun olduğu bölge ve bölgenin genel dağılım üzerinde oranı da önem arz etmektedir. Bunun sebebi vücuttaki yağın olduğu bölge ve dağılımı, bireylerin morbidite ve mortalitesiyle ilişkilendirilmesidir. Vücuttaki bölgesel yağ dağılımı kalıtsal açıdan erkek ve kadın bireylerde farklıdır. Erkeklerde, android tip aşırı şişmanlıkta yağ bedenin üst bölümünde bel, üst karın, göğüs ve cilt altında birikmektedir. Kadınlarda jinoid tip aşırı şişmanlıktaysa yağ, bedenin alt bölümünde kalça, uyluk, bacaklar ve cilt altında birikmektedir. Dünya Sağlık Örgütü,

bel/kalça oranı kadınlarda 0.85'den, erkeklerde ise 1.0'den çok ise android tip aşırı şişmanlık olduğu kabul edilmesi gerektiğini açıklamıştır. Bu dağılımın tespitinde bel/kalça oranından yararlanılsa da tek başına bel çevresi, karın bölgesindeki yağ dağılımı ve sağlığın bozulmasında önemli bir gösterge olduğu söylenememektedir. Yağın karın bölgesinde ve iç organlarda birikmesi insülin direncine neden olmaktadır. İnsülin direnciyse aşırı şişmanlık ile birlikte neden olduğu Tip II Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, koroner arter rahatsızlıkları arasındaki ilişkiyi kuran en temel unsurdur. Yalnız başına bel çevresi erkeklerde 94 santimetre, kadınlarda 80 santimetre ve üzeri ölçülmesi hastalık riskiyle ilişkilendirilmektedir (16).

Tablo 1: Yetişkinlerde bel çevresi ölçümüne göre hastalık riski (16)

Cinsiyet	Risk (=BKİ>25)	Yüksek risk (=BKİ>30)
Erkek	>94	>102
Kadın	>80	>88

2.1.5. Obezitenin Sonuçları

Aşırı şişmanlık kanser tiplerinden başlıca meme, kolon, böbrek ve yemek borusu kanseri, tip II diyabet, koroner kalp hastalığı ve benzeri sık görülen rahatsızlıklarda bağımsız bir risk faktörü konumundadır. Bunun yanı sıra zamanda osteoartrit, safrakesesi taşı, infertilite, jinekolojik problem ve benzeri hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır. Aşırı şişmanlık medikal etkiler ile birlikte sosyal izolasyon ve depresyon haline neden olabilmektedir. Aynı şekilde solunum hastalıkları, karaciğer, cilt hastalıklarının da sebebi olabilmektedir (17).

Gelişmiş toplumlarda sağlık harcamalarının yüzde 2 ile yüzde 8'inden, bazı toplumlarda ise yüzde 15'inden sorumlu olan aşırı şişmanlık günümüzde görüntü bazlı bir sorunun çok ötesinde bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Aşırı şişmanlığa ilişkin giderlerin büyük bölümü aşırı şişmanlığın sebep olduğu fiziksel ve psikolojik hastalıklarla alakalı olup bu hastalıkların başında koroner kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon ve kanser tipleri gelmektedir. Aşırı şişmanlığa bağlı yaygın olarak görülen psikolojik sorun da depresyondur (18).

Aşırı şişmanlık ölümlerin artmasına da sebebiyet vermektedir. Görülme düzeyi gün geçtikçe artan, yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen ciddi morbidite ve mortaliteye

sebebiyet veren obezite erken dönemde belirlenip tedavi edilmesi büyük önem arz etmektedir (19).

Tablo 5:Obezitenin yol açtığı hastalıklar (19)

Metabolik-Hormonal Komplikasyonlar	Metabolik Sendrom
	Tip 2 Diyabet
	İnsülin Direnci, Hiperinsülinemi
	Dislipidemi
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	Serebrovasküler Hastalık
	Konjestif Kalp Yetersizliği
	Koroner Kalp Hastalığı
	Tromboembolik Hastalık
Solunum Sistemi Hastalıkları	Hipoventilasyon Sendromu
	Uyku Apne
Sindirim Sistemi Hastalıkları	Safra Kesesi Hastalığı
	Karaciğer Hastalığı
	Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı
PolikistikOver Sendromu	
İmmün Sistem Disfonksiyonu	
Cilt Hastalıkları	
Cerrahi Komplikasyonlar	
Psiko-Sosyal Komplikasyonlar	
Kanser	Meme
	Kolon
	Dişi Üreme
	Safra Kesesi
	Prostat
Mekanik Komplikasyonları	Osteoartrit
	Artmış Karın İçi Basıncı, Herni

Aşırı şişmanlığın, kardiyovasküler hastalıklar, tip II diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, metabolik sendrom, hormon bağımlı bazı kanser tipleri ve obstrüktif uyku apnesi ve benzeri birçok hastalıklar için de risk unsuru teşkil etmektedir (20).

2.2.DEPRESYON İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ VE DEPRESYON TANISI

2.2.1.Depresyon

Klinik psikolojinin alanında depresyon, bir hüznün, düşük benlik saygısı, zevk kaybı ve bazen zorluk fonksiyonu ile karakterize bir sendrom, duygusal, fiziksel ve davranışsal semptomların bir kümesidir (21).

Ruhsal çökkünlük halleri her bireyin zaman zaman bilhassa maruz kaldığı engellemelere ve edilgen yaşam olaylarına yönelik hissettiği bir duygulanım halidir. Bu durum devamlılık arz etmemekte ağırlıklı olarak işlevsellikte ve kişiler arasındaki ilişkide bir duraklama ya da bozulmaya neden olabilse dahi kısa zamanda eski haline dönerek normalleşmektedir. Ruhsal çökkünlük halleri uzun süre devam etmesi ve aynı zamanda bilişsel, motor, yaşamsal faaliyetlerin aksamasıyla ile Majör Depresif Bozukluk (MDB) ortaya çıkmaktadır (22).

Majör Depresif Bozukluğun görülme sıklığı yüzde 5 ila 11 düzeyindedir. Bu olguların hemen hemen yüzde 50'sinde depresif dönem yineleyici olmaktadır. Bununla birlikte depresyon, hali hazırdaki hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları ve Diabetes Mellitus (DM) ve benzeri kronik bedensel rahatsızlıkların da kontrolünü zorlaştırmaktadır (23).

2.2.2.Depresyon Önemi

Depresyon, kaygı duygusu ve hayal kırıklığından yeti kaybına kadar değişen durumları içerisine almaktadır. Ruhsal çöküntü halindeki bireyi duygu durumu normal bireylerden ayıran özellikler üzerinde durulmalıdır. Bunlar, fiziksel fonksiyonlarda bozukluk, toplumsal rolleri gerçekleştirmede eksiklik, öz kırım düşünceleri veya teşebbüsü, gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk ve benzeri özellikler olup bu ifade edilen durumlar hayati önem arz etmektedir (24).

Depresyon koroner kalp sağlığını da olumsuz yönde etkilemekte, bireyin yaşam kalitesini düşürmenin yanında sağlık bakım masrafları açısından da külfet getirmektedir (25).

Depresyon emosyonel olarak disfori, anhedoni, irritabilite, üzüntü, anksiyete kognitif olarak ise değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini aşağı görme, suçluluk hissi, konuşma ve fikir yürütmede retardasyon, sanrılar,

obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve öz kırım düşünceleri, zihin, dikkat ve odaklanma sorunları; vejetatif olarak ise enerji azlığı, yorgun hissette, bitkinlik, halsizlik, kilo verme veya az görülse de kilo alma, uyku bozuklukları, cinsel istekte azalma, kabızlık, aktivitelerde yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda regl düzensizlikleri; sosyal olarak ise toplumdan uzaklaşma, işe ilişkin ilgi kaybı, intihar teşebbüsü ve benzeri belirtileri kapsayan bu durum üzerinde durulmalı ve tedavi olunması gereken kritik bir sendromdur (26).

Orta düzeyde bir Ruhsal çöküntü halinin temel klinik belirtileri duygulanımda çökkünlük, hayattan keyif alamama, genel bir arzusuzluk ve enerji azlığı yaşanmakta ve hasta neşesiz, keyifsiz ve karamsar duygu durumu içerisinde (27).

2.2.3 Depresyon İçin Risk Faktörleri

Depresyon için risk faktörleri biyolojik etkenler, genetik etkenler, yaş ve cinsiyet, stresli yaşam olayları ve kayıplar, kişilik özellikler ve hastalıklar başlıkları altında ele alınarak açıklanmıştır (28).

Biyolojik ve Genetik Etkenler

Depresyon haline neden olan etkenlerden bir tanesi biyolojik nedenlerdir. Biyolojik, genetik, psikodinamik, toplumsal-çevresel etkenler kendi aralarında sürekli ve dinamik bir etkileşim içindedirler. Bu doğrultuda biyokimyasal ve genetik etkenler bireyin psikolojik-sosyal etkenlere karşı vereceği yanıtını etkileyebilmektedir (29).

Depresyonun genetik etkenlerle ilişkisinde genellikle aile, evlatlık, ikiz ve “linkage” üzerinde durulmaktadır. Genetik risk kadın bireylerde ve erkek bireylerde değişmemekte, aile hikayesinde ise depresyonun bulunması depresyona halinin görülme riskini arttırmaktadır. Depresyon hastaların bilhassa birinci derecede yakınlarında depresyon riski 2 ila 3 kat artmaktadır. Depresyonda aile hikayesinin varlığı, trisiklik tedaviye ya da Elektro Konvülfiz Tedaviye iyi cevap alınacağının ön belirleyicisi konumunda görülmektedir.

Yaş ve Cinsiyet

Depresyon ilişkin başlangıç yaşı yaklaşık 40 olup hastaların büyük bölümünde 20 ile 50 yaş arasındadır. Sosyokültürel yapının değişimi ile birlikte yaşlı bireylerde depresyon görülme düzeyi artmaktadır. Ayrıca, ruhsal çöküntü halinin 20 yaş altındaki

bireylerde eskiye oranla görülme sıklığı artmıştır. Depresyon kadın bireyler 35 ila 45 yaş, erkek bireylerde 55 ila 70 yaşları arasında yoğunlaşmaktadır (30).

Ağırlıklı olarak kadınlarda ruhsal çöküntü hali erkeklere oranla fazladır. Kadın ile erkek arası farklar hemen hemen her yaş grubunda görülmekle birlikte genç ve orta yaştaki bireyler daha belirgin durumdadır. Bu belirginliğin nedeni net olarak tespit edilemese de olası nedenler içerisinde endokrin sistem ön plana çıkmaktadır. Psikolojik ve sosyal etkenler de farklılığın sebeplerindendir. Bunun sebebi ekonomik yönden gelişmiş toplumlarda kadın, anne iş kadını, eş hem ev hanımı sorumlulukların tamamını yüklenmektedir. Ruhsal çöküntü halindeki kadınlar erkeklere oranla profesyonel destek alma eğilimleri daha yüksektir (31).

Amerika Birleşik Devletleri'nde tanı konan yaşlı yetişkinlerde depresyon prevalansı 1992 ve 2006 yılları arasında %3'ten % 6'ya, çıkmıştır. Bununla birlikte depresyon teşhisi konan hastaların çoğunluğu birincil bakım ve diğer genel tıbbi klinisyenler tarafından antidepresan ilaçlarla tedavi edilmiştir (32).

Depresyon ve kaygı tedavisinde giderek daha fazla kullanılan antidepresanlar ve antipsikotiklerle gereksiz tedaviyi teşvik ettiği de ortadadır. Bunun yanın sıra yaşın ilerlemesi depresyon riskini arttırdığı sonucu da çıkmaktadır (33).

Stresli Yaşam Olayları Ve Kayıplar

Stresli olaylar, sevilen, yakın bulunan bir kimsenin yaşamını yitirilmesi, anne ile babanın ayrılması, erken çocukluk döneminde ebeveynlerin birinin veya ikisinin kaybı, sağlık veya ekonomik krizler, çocukluk döneminde cinsel veya fiziksel açıdan kötüye kullanıma maruz kalma en sık görülen durumlardır. Bu durumlardan birine veya bir kaçına maruz kalınması her birey depresyona neden olmamaktadır. Bu vaklar içerisinde ruhsal çöküntü hali ile en çok ilişkili olduğu kabul edilen eş ve 11 yaşından önce annenin yaşamını yitirmesidir (34).

Kişilik Özellikleri

Ruhsal çöküntü haline ilişkin özgül bir hastalık öncesi kişilik bozukluğu yoktur. Ruhsal çöküntü haline eğilimli bireylerin öz güvenlerinin düşük, üst benliklerinin güçlü, bireylerarası ilişkilerde bağımlı, sürekli ve sağlıklı nesne ilişkilerinde eksik kalmaktadırlar. Kişilik bozukluğu, ruhsal çöküntü haline yatkın kişilerde negatif yaşam olayları karşısında ruhsal çöküntü halinin ortaya çıkmasında dolaylı bir etken

olabilmekte veya yaşanan bireylerarası sorunlar sebebi ile ruhsal çöküntü halinin sürmesine sebep olabilmektedir (35).

Hastalıklar

Viral hastalıklar, diyabet, guatr, epilepsi, migren, inme, parkinson, ameliyatlar, romatoidartrit, kanser tipleri ve bilhassa pankreas, orofarenks ve meme kanser tipleri, alkol, diğer madde bağımlılıkları ve benzeri birçok hastalığın ruhsal çöküntü hali açısından risk faktörüdür. Bununla birlikte obezite ve obezite kaynaklı hastalıklar da ruhsal çöküntü haline neden olabilmektedir. Ruhsal çöküntü hali kronik bir hastalık sürecinin daha da kötüleştirebileceği ya da kronik bir hastalığın da ruhsal çöküntü haline neden olabileceği göz ardı edilmemelidir (36).

2.2.4. Depresyon Tanısı

Majör depresif bozukluklar içerisinde en sık karşılaşılan duygu durum bozukluğudur. Duygu durum bozukluğu tek bir nöbet veya tekrarlayıcı nöbetler biçiminde yaşanabilmektedir. Tek nöbet görülen duygu durum bozukluğunda gidiş iki yıla kadar veya daha çok uzayabilmektedir. Birçok bireyde akut dönemlerin seyri iyi olsa dahi, Majör Depresif Bozukluk geçiren her üç kişiden birinde tekrarlamalar hayat boyunca sürebilmektedir. Ruhsal çöküntü halindeki duygu durum bozukluğu rutin gündelik olayların veya bir yakın bir kimsenin yaşamını yitirmesi kaynaklı üzüntü ve yas halinden daha farklıdır. Genel üzüntü veya yas halinde olan bireylerde de duygu durum çökkünlüğü görüle bilinir fakat bu kişiler keyifli bir duruma veya güzel bir haber karşısında kısa süreli de olsa keyifli hissedebilir, neşelenebilirler ve bu duruma uygun duygusal tepkiler ortaya koyabilirler. Buna karşılık depresif hastalarda bu durum mümkün olamamaktadır. Bunun sebebi duygu durumlarının sürekli çöktü halde olmasıdır Depresyon hastaları durumu “kahredici bir duygusal acı” veya “karanlık bir bulut içerisinde olmak” ve benzeri dramatik anlatımlarla nitelemektedirler. Olağan üzüntü ya da yas hali bireyde fark yaratan bir fonksiyon yitimine sebebiyet vermez iken, depresyon halinde belirgin fonksiyon gözlenmektedir (37).

Karamsarlığa ilişkin belirtiler üç döneme ayrıla bilinir. Şimdiki zamana ilişkin karamsarlığı sebebi ile birey, başından geçen her olayın “kötü ve negatif” yönünü görmeye meyillidir. Bu durum ayrıca yapılan her işte başarısız olunacağını da düşünülmesine neden olmaktadır. Hasta kendini kabiliyetsiz ve işe yaramaz görmektedir. Bu görüşünü çevresindeki bireylerinde paylaştığını düşünür. Kendine olan

güvenini yitirmiş durumdadır. Başarılı olduğu bir durumda dahi kendi kabiliyeti kaynaklı değil de şans eseri olduğunu düşünür. Bu ve buna benzer durumlar neticesinde benlik saygısı gözlemlenebilir düzeyde azaldığına işaret eder. Geleceğe yönelik karamsarlığı sebebi ile depresyondaki hasta her şeyin daha da kötüye gideceği hissine kapılmaktadır.

Çalışma hayatı, ekonomik durumu, akraba ilişkileri, psikolojik, fiziksel ve sosyal hali giderek daha da bozulma eğilimindedir. İleriye dönük bu umutsuzluk ve çaresizlik duygusu ağırlıklı olarak yaşamaya değmeyeceği fikrini ve öz kıyım meyli eşlik etmektedir. Depresyon hastalarının yaklaşık üçte ikisinde öz kıyım düşüncesi bulunmaktadır. Öz kıyım nedeni ile yaşam yitirme oranıysa yüzde 10 ila 15 düzeyindedir. Öz kıyım teşebbüslerinin yüzde 25'inin tekrarladığı ve bu teşebbüslerin de yüzde 30'unun yaşam yitimi ile neticelenmektedir. Bu sebeple her öz kıyım teşebbüsünün önemle incelenmesi gerekmektedir. Öz kıyım girişimi, kurban için yaşamın sonlanması kadar, sorunları ortadan kaldıran, içerisinde olunan duruma son veren, acıları sonlandıran ve sonsuz bir huzur düşüncesi olarak algılanabilmektedir.

Depresyonla öz kıyımların yakın bir ilişkisinin olduğu; öz kıyım eğilimlerinin düzeyinde depresyon etkili olmaktadır. Fakat birçok depresif kişinin öz kıyım girişiminde bulunmadığı, bununla birlikte öz kıyım eyleminde bulunan kişilerin tamamında klinik açıdan depresyon bulunmadığı belirlenmiştir. Bu durum, sonraki araştırmalarda ilgiyi umutsuzluğun depresyon ve öz kıyım davranışlarıyla olan ilişkisine yöneltmiştir. Beck (1974), tarafından geliştirilen umutsuzluk ölçeğiyle yatarak tedavi gören ve öz kıyım girişiminde bulunan bireyler ile gerçekleştirilen araştırmada umutsuzluğun depresyon ve öz kıyım eğilimiyle ilişkili olduğu fakat umutsuzluk denetim altına alındığında depresyon ve öz kıyım eğilimi arasındaki ilişkinin ortadan kalktığı ancak aksi halin geçerli olmadığı belirlenmiştir (38).

Dyer ve Kreitman (1984) da Beck Depresyon Ölçeğini kullanarak gerçekleştirdikleri araştırmalarında öz kıyım eğilimiyle depresyon arasındaki ilişkinin umutsuzlukla öz kıyım eğilimi arasındaki ilişki ile doğrudan ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Birbirinden farklı kültür unsurlarını içeren Hong Kong ve Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen farklı bir araştırma da umutsuzlukla öz kıyım eğilimi arasında güçlü bir ilişki olduğu ve umutsuzluk kontrol edildiğinde öz kıyım eğiliminin ortadan kalktığı belirlenmiştir (39).

2.2.5.Obezite İle Depresyon Arasındaki İlişki

Depresyon ve obezite iki büyük halk sağlığı problemidir. Depresyon yorgunluk ve güçsüzlük gibi duyguların önde gelen nedeniyken, obezite ise mortalitenin ana nedenidir (40).

Obezite ile ilgili en önemli psikolojik sorun depresyondur. Obezlerin anksiyete ve depresyona yanıt olarak fazla yedikleri, obezite gibi yeme hastalığı olanların yaklaşık %50'sinde klinik depresyon olduğu belirtilmektedir (41).

Depresyon ile obezite arasındaki ilişkileri açıklamak için çeşitli biyolojik mekanizmalar öne sürülmüştür. Bunlara ilaç kullanımı (özellikle antidepresanlar), bozulmuş uyku kalitesi, aşırı yeme ve fiziksel hareketsizlik örnek olarak verilebilir.

İlaç Kullanımı:

Antidepresan kullanımı ile ilgili olarak, trisiklik antidepresan (TCA) ve monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), diğer sınıflara göre daha fazla kilo artışı ile ilişkilendirilmiştir (42).

Genellikle, antidepresan kullananlarda kilo alımı ilk birkaç hafta içinde hızlıdır. Sonrasında kademeli olarak yavaşlar. Klinik ve hayvan çalışması verileri, artan iştah ve gıda alımının yanı sıra gecikmiş doyma bildiriminin de antidepresan kaynaklı obezitede temel davranış değişiklikleri olduğunu düşündürmektedir (43).

Bozulmuş Uyku Kalitesi:

Yeterli uyku ve istikrarlı uyku-uyanıklık döngüsü, yaşam boyu fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması için önemlidir. Uykuyu kronik olarak kesintiye uğratmak ve doğal uyku-uyanıklık ritmini bozmak başta obezite ve depresyon olmak üzere çeşitli uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açabilir .

Bozulmuş uyku kalitesi, muhtemelen açlık ve tokluğu düzenlediği bilinen hormonların salınımındaki değişiklikler nedeniyle artmış obezite riski ile bağlantılıdır. Uykusu kısıtlı bireylerde serum grelin düzeylerinin yükselmesi (iştah açıcı uyarıcı) ve serum leptin düzeylerinin düşmesi (tokluk faktörü) gözlenmiştir. Bu değişiklikler, özellikle karbonhidrat içeriği yüksek olan kalorisi yoğun gıdaların tüketimini artırır. Böylece, bozulmuş uyku kalitesinin, kilo almayı kolaylaştıran bir şekilde endokrin işlevi değiştirdiği görülmüştür (44).

Aşırı Yeme:

Duygu durum ve beslenme davranışları arasındaki etkileşim karmaşıktır ve kişilerin yiyecek seçimlerini ve miktarlarını değiştirerek duygularını ve ruh hallerini düzenledikleri varsayılmaktadır. Ayrıca, ruh halinin gıda tüketmenin ödüllendirici mekanizmalarını etkileyebileceği de açıktır. İlginçtir ki oldukça lezzetli yiyecekler, uyuşturucu bağımlılığında aktif olan ödül ve zevkle ilgili aynı beyin bölgelerini harekete geçirir ve aşırı yeme ve obeziteye yol açan bir gıda bağımlılığı ortaya çıkarır. Depresif ruh hali yaşayan bireyler, olumsuz duygularını hafifletmek için lezzetli yiyecekler tercih ederler ve lezzetli gıdaları tüketirler. Kısa vadede lezzetli gıdalar olumsuz duygulardan bir miktar kurtulma sağlayabilir, ancak kalori bakımından zengin gıdaların kronik tüketimi nihayetinde obezite ile sonuçlanarak depresyona duyarlılığı artırmaktadır (45).

Fiziksel Hareketsizlik:

Obezite ve depresyonun oluşma nedenlerinden birinin de fiziksel aktivitenin azalması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Düzenli fiziksel aktivitenin kaygı ve depresyon belirtilerini azalttığı, hem fiziksel hem de psikolojik yaşam kalitesini arttırdığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, dünya çapında, her beş yetişkinden bir tanesi fiziksel olarak pasif kabul edilir.

Depresyonun tipik semptomları yorgunluk ve enerji kaybıdır. Bu tür semptomları olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini düşürme olasılığı daha yüksektir ve bu da obezitenin gelişmesini kolaylaştırır (46).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi, Yeri, Zamanı

Gözleme dayalı ve tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında Muğla'nın Marmaris ilçesinde yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı obezite tanısı almış bireylerde obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat 2017 – Mart 2017 tarihleri arasında Marmaris Hastanesi beslenme ve diyet polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Hedef kitledeki birey sayısı polikliniğe bir ayda başvuran hasta sayısı dikkate alınarak 100 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örnekleminin evreni uygun olarak yansıttığı varsayılmıştır. Örneklem büyüklüğü, polikliniğe başvuran birey sayısı dikkate alınarak,

$n = N \cdot t^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq$ formülü kullanılarak 80 olarak belirlenmiştir.

N: Hedef kitledeki birey sayısı: 100

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı: 0.5

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı: 0.5

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri: 1.96

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası: 0.05

Araştırma obezite tanısı almış bireyler ile sınırlandırılmıştır. Anketi dolduran katılımcıların, kişisel bilgi envanteri ve ölçek sorularından oluşan ölçme araçlarını içten ve doğru olarak yanıtlayacakları varsayılmıştır.

3.4.Araştırmanın Veri Toplama Tekniği

Araştırmaya, Okan Üniversitesinden 01.02.2017 tarihinde 17 Sayılı etik kurul kararı (Ek 1) alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırma verileri, karşılıklı görüşme yöntemi ile anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket uygulanan danışanlara, araştırmanın kimler tarafından, ne amaçla yapıldığı anlatılmış, Ek 2’de verilen Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onayları alınmıştır.

Anket formu (Ek 3) danışanlar tarafından anlaşılabilir şekilde, konuyla ilgili kaynaklar ve daha önce yapılmış araştırmalardan yararlanılarak düzenlenmiştir. Formlar Özel Marmaris Hastanesindeki beslenme ve diyet polikliniğine başvuran kişilere dağıtılmış, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden doldurmaları istenmiştir.

Anket formu; danışanların sosyo-demografik özellikleri, sigara-alkol kullanımları, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, beden algısı ölçeği, Beck depresyon ölçeği, ve besin tüketim sıklığı testini içermektedir.

Beden Algısı Ölçeği; Secord ve Jourand (1953), tarafından geliştirilmiş, Hovardaoğlu (1990) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da vücudun bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum” ve” Çok beğeniyorum” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini gösterir.

Ölçeğin kesme puanı 135 olup 135 altında puana sahip olanlar Beden imajı doyumunda düşük grup olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin özellikle depresyon ile ilgili araştırmalarda kullanılması önerilmektedir (47).

Beck Depresyon Ölçeği, Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir.

Beck Depresyon Ölçeğinin maddeleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Likert tipinde olan ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Her belirti kategorisi 0-3 arasında değişen puanlarla

değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Kesme puanı 17 olarak kabul edilir. 17 puan üzerinde sonuç veren denekler depresyon riskinde kabul edilir. Ölçeğe göre 0-9 puan: Normal düzeyi, 10-18 puan: Hafif düzeyde depresyon belirtisini, 19-29 puan: Orta düzeyde depresyonu, 30-63 puan: Şiddetli depresyon belirtisini gösterir.

Ölçeğin çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Teğin (1987), tarafından yapılmış olup 40 üniversite öğrencisinde 15 gün ara ile test, tekrar test yöntemi ile yaptığı çalışmada 0.65 güvenirlik katsayısı elde etmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılığı, iki-yarım korelasyon yöntemi ile üniversite öğrencileri için 0.78 ve depresif hastalar için 0.61 olarak bulunmuştur. Yapılan güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Beck Depresyon Ölçeğinin depresif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilir, kolay bir şekilde puanlanabilen uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir (48).

Araştırmaya katılan bireylerin, araştırmacı tarafından antropometrik ölçümleri (boy uzunluğu ve vücut ağırlığı) alınmıştır. Vücut ağırlığı ölçümü, Tanita TBF 300 yağ ölçüm cihazıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan kişilere vücut bileşim ölçümü yapılmadan önce aç gelmeleri gerektiği söylenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin boy uzunluklarının ölçümü topuklar, sırt, omuzlar dik durumdayken, başın en yüksek üst noktasından yere kadar olan mesafenin boy ölçer ile ölçümüyle araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Beden Kütle İndeksi hesaplanmış ve Dünya Sağlık Örgütünün sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 3).

3.5.Araştırmanın İstatistiki Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir.

Besin tüketim kaydı sonuçları, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) 7 tam versiyon programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sayısal değişkenlerin normallik testi Kolmogrov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Bağımsız grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren ve $n>30$ şartını sağladığı için parametrik bir test olan Independent Samples t test kullanılmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı ile yapılmış olup, istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ (p-value) olarak dikkate alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu araştırma Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında Marmaris Hastanesi diyet polikliniğine başvuran obezite tanısı almış 80 hastayla yapılmıştır. Araştırmaya katılan 39 kadın ve 41 erkek yetişkin bireyin yaşları 19 ile 84 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 51,4 yıldır.

Tablo 6:Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ait dağılımlar

Cinsiyet	n	%
Erkek	41	51,2
Kadın	39	48,8
Meslek		
Öğrenci	13	16,2
İşsiz	5	6,2
Ev hanımı	4	5,1
Memur / İşçi	28	35,0
Esnaf / Serbest Meslek	14	17,5
Özel Sektörde Ücretli	5	6,2
Emekli	11	13,8
Medeni hal		
Bekâr	24	30,0
Evli	50	62,5
Eşi Vefat Etmiş	2	2,5
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	4	5,0
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımlarının %51.2'ye %48.8 olduğu görülmüştür. Buna göre katılımcıların 41'i erkek, 39'u da kadındır. Medeni durumları araştırıldığında, %62.5'inin evli ve %30'unun bekâr olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7: Bireylerin sigara ve alkol kullanım durumları

Sigara kullanımı	n	%
Kullanmıyor	48	60,0
Kullanıyor	32	40,0
Alkol kullanımı		
Kullanmıyor	36	45,0
Kullanıyor	44	55,0
Toplam	80	100,0

Tablo 8: Bireylerin beslenme alışkanlıkları

Ana öğünlerini düzenli yapma durumu	n	%
Evet	43	53,7
Hayır	37	46,3
Toplam	80	100,0
Atlanılan ana öğün		
Kahvaltı	10	13,5
Oğle	25	30,1
Akşam	2	2,7
Toplam	37	46,3
Ana öğün atlama sebebi*		
İş Yoğunluğu	17	23,0
Açlık Hissetmeme	27	36,5
Uç ana öğünü gereksiz bulma	2	2,7
Zayıflama	4	5,4
Toplam	50	67,6
Ara öğün alışkanlık durumu		
Evet	47	58,8
Hayır	33	41,2
Toplam	80	100,0
Ara öğün sayısı		
1	21	28,4
2	33	44,6
3	4	5,4
Atlanan ara öğün		
Kuşluk	18	24,3
İkinci	13	17,6
Gece	14	18,9
Toplam	45	60,8
Ara öğün yapmama nedeni*		
Vakit Bulamama	5	6,8
Kilo Almaktan Korkma	8	10,8
Acıkmama	20	27,0
Sağlıksız Bulma	2	2,7
Toplam	35	47,3
Ara öğünlerde besin tüketimi*		
Meyve, Süt, Yoğurt, Ayrar	11	14,9
Meyve, Ceviz, Badem, Fındık	17	23,0
Meyve	18	24,3
Ceviz, Badem, Fındık	9	12,2
Ekmek, Peynir	4	5,4
Galeta, Grisini	6	8,1
Tatlı bisküvi	1	1,4
Tuzlu bisküvi	2	2,7
Toplam	68	92

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Araştırmaya katılan bireylerin ana öğünlerini düzenli yapma durumlarına bakıldığında %53,7'sinin ana öğünlerini düzenli yaptıkları,%46,3'ünün ise öğün atladıkları görülmüştür. Katılımcıların ara öğün alışkanlık durumlarına bakıldığında %58,8'inin ara öğünlerinin düzenli yaptıkları,%41,2'sinin ise öğün atladıkları görülmüştür.

Tablo 9: Bireylerin kullandıkları pişirme yöntemleri

Kızartma Yöntemi Kullanımı	n	%
Çok sık	16	20,0
Ara sıra	35	43,8
Nadiren	17	21,2
Hiç	12	15,0
Izgara Yöntemi Kullanımı		
Çok sık	24	30,0
Ara sıra	39	48,8
Nadiren	9	11,2
Hiç	8	10,0
Fırın Yöntemi Kullanımı		
Çok sık	24	30,0
Ara sıra	35	43,8
Nadiren	10	12,5
Hiç	11	13,7
Haşlama Yöntemi Kullanımı		
Çok sık	28	35,0
Ara sıra	25	31,3
Nadiren	17	21,2
Hiç	10	12,5
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin kullandıkları pişirme yöntemlerine bakıldığında kızartma yöntemini çok sık kullananların %20,0,ara sıra kullananların %43,8,nadiren kullananların %21,2,kullanmayanların ise %15,0 olduğu gözlemlenmiştir. Haşlama yöntemini çok sık kullananların %35,0,ara sıra kullananların %31,3,nadiren kullananların 21,2,kullanmayanların ise %12,5 olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 10:Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri

Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu	n	%
Evet	38	47,5
Hayır	42	52,5
Toplam	80	100,0
Aktivite türü		
Dans	4	10,5
Kardiyo	7	18,4
Yürüyüş	24	8,3
Yüzme	3	10,3
Toplam	38	47,5
Aktivite sıklığı (gün)		
<3	33	35,1
>3	5	6,8
Toplam	38	41,9
Aktivite süresi (saat)		
<2	28	37,8
>2	10	4,1
Toplam	38	41,9
Gün içerisinde uykuya ayrılan süre (saat)		
<8	61	82,5
>8	19	17,5
Toplam	80	100,0
Ayakta yapılan aktivitelere ayrılan süre		
<5	25	33,8
>5	55	66,2
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarına bakıldığında %47,5'inin fiziksel aktivite yaptığı,%52,5'inin ise fiziksel aktivite yapmadığı gözlemlenmektedir. Aktivite sıklıklarına bakıldığında 3 günden az aktivite yapanların %35,1, 3 günden fazla aktivite yapanların ise %6,8 olduğu görülmüştür. Katılımcıların uykuya ayırdıkları süreler bakıldığında 8 saatten az uyuyanların %82,5, 8 saatten fazla uyuyanların ise %17,5 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11:Demografik özellikler ile beden kütle indeksinin karşılaştırılması

Cinsiyet ¹	Beden Kütle İndeksi				
	n	Ort.	SS	Test İst.	P
Erkek	41,00	55,58	6,41	0,699	0,487
Kadın	39,00	54,05	11,64		
Medeni hal ¹					
Bekâr	24,00	63,12	13,24	3552,00	0,002
Evli	50,00	51,92	3,24		
Vefat Etmiş	2,00	74,42	0,00		
Boşanmış	4,00	43,90	0,00		
Sigara kullanımı ²					
Kullanmıyor	48,00	51,54	3,19	3767,00	0,001
Kullanıyor	32,00	52,48	7,42		
Alkol kullanımı ²					
Kullanmıyor	36,00	50,12	4,55	9599,00	0,001
Kullanıyor	44,00	52,98	4,93		

1: IndependentSamples t test

²: One-Way ANOVA

Tablo 11’de bireylerin cinsiyet, medeni durum, sigara ve alkol kullanımları ile beden kütle indeksi ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Buna göre medeni durum, sigara ve alkol kullanımı durumlarına göre beden kütle indeksi ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$).

Cinsiyet bakımından bireylerin beden kütle indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Sigara içen bireylerin beden kütle indeksi ortalamalarının sigara içmeyen bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı görülmüştür ($p=0,001$).

Alkol kullanan bireylerin beden kütle indeksi ortalamaları alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı görülmüştür ($p=0,001$).

Tablo12:Bireylerin pişirme tekniklerini kullanma sıklıkları ile beden kütle indekslerinin karşılaştırılması

Beden Kütle İndeksi							
		n	Ort.	SS	Test İst.	p	
Pişirme tekniklerini kullanma sıklığı	Kızartma tekniği ²	Çok sık	16,00	66,97	13,06	20832,00	0,001
		Ara sıra	35,00	51,25	3,26		
		Nadiren	17,00	51,99	5,36		
		Hiç	12,00	51,27	0,53		
	Izgara ²	Çok sık	24,00	57,85	13,56	1948,00	0,13
		Ara sıra	39,00	53,98	6,48		
		Nadiren	9,00	55,56	0,76		
		Hiç	8,00	46,88	0,00		
	Fırında ²	Çok sık	24,00	57,65	13,64	2728,00	0,073
		Ara sıra	35,00	52,35	3,70		
		Nadiren	10,00	57,45	10,47		
		Hiç	11,00	56,17	7,60		
Haşlama ²	Çok sık	28,00	53,08	3,88	26747,00	0,001	
	Ara sıra	25,00	49,50	3,37			
	Nadiren	17,00	69,02	13,37			
	Hiç	10,00	56,32	4,00			

²:One-Way ANOVA

Kızartma tekniğini çok sık kullanan bireylerin diğer bireylere göre beden kütle indeksi ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Piştirme tekniklerinden haşlamayı nadiren kullanan bireylerin beden kütle indeksi ortalamaları diğer düzeylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Tablo 13: Sigara kullanımı ile beden algısı ve depresyon toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=80)

		Beden Algısı Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Sigara kullanımı ²	Kullanmıyor	79,27	24,52	6179,00	0,003*
	Kullanıyor	202,77	57,17		
		Beck Depresyon Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Sigara kullanımı ²	Kullanmıyor	24,42	3,58	27054,00	0,0001*
	Kullanıyor	67,85	18,81		

²:One-Way ANOVA

Sigara kullanan bireylerin beden algısı ortalamaları sigara kullanmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür (p=0,003). Sigara kullanan bireylerin Beck depresyon puan ortalamaları sigara kullanmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (p=0,0001).

Tablo 14: Alkol kullanımı ile beden algısı ve depresyon toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=80)

		Beden Algısı Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Alkol kullanımı ²	Kullanmıyor	80,40	29,62	3989,00	0,023*
	Kullanıyor	168,41	39,67		
		Beck Depresyon Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Alkol kullanımı ²	Kullanmıyor	27,67	10,35	0,177	0,838
	Kullanıyor	56,85	10,14		

²: One-Way ANOVA

Alkol kullanan bireylerin beden algısı ortalamaları alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür (p=0,023). Alkol kullanan bireylerin Beck depresyon puan ortalamaları alkol kullanmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (p=0,838).

Tablo 15: Cinsiyet ile beden algısı ve depresyonun karşılaştırılması(n=80)

		Beden Algısı Ölçeği			
Cinsiyet ¹	Erkek	Ort.	SS	Test İst.	p
		87,73	31,21	0,211	0,833
	Kadın	86,35	24,53		
		Beck Depresyon Ölçeği			
Cinsiyet ¹	Erkek	Ort.	SS	Test İst.	p
		28,57	10,40	0,854	0,397
	Kadın	26,95	5,02		

¹: IndependentSamples t test

Cinsiyet ile beden algısı ve depresyon toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Meslek ile beden algısı ve depresyon toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=80)

		Beden Algısı Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Meslek ²	Öğrenci	66,86	19,92	4042,00	0,003*
	İşsiz	121,80	21,19		
	Ev hanımı	98,00	0,00		
	Memur / İşçi	94,75	16,57		
	Esnaf / Serbest Meslek	76,71	22,04		
	Özel Sektörde Ücretli	81,80	39,02		
	Emekli	76,00	43,30		
		Beck Depresyon Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Meslek ²	Öğrenci	26,14	4,14	4258,00	0,003*
	İşsiz	39,60	19,60		
	Ev hanımı	27,00	0,00		
	Memur / İşçi	27,14	5,80		
	Esnaf / Serbest Meslek	22,86	2,44		
	Özel Sektörde Ücretli	28,00	6,71		
	Emekli	31,36	9,10		

²:One-Way ANOVA

Meslek grubuna göre farklılıklar, işsiz-öğrenci ve işsiz-esnaf/serbest meslek ikili gruplarından kaynaklandığı görülmüştür. Bireylerden Memur/işçi olanların Beck depresyon ölçeği toplam puanları esnaf/serbest meslekle uğraşanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 17: Beden algısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması(n=80)

		Beden Algısı Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Depresyon Durumu	Normal	81,12	25,22		
	Hafif Ruhsal Sıkıntı	123,00	0,00		
	Klinik Depresyon	95,33	12,91	7,4101	0,001
	Orta	145,00	0,00		
	Ciddi	145,00	0,00		

Beden algısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre orta ve ciddi düzey depresyon durumunun diğer düzeylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca Hafif Ruhsal Sıkıntı düzeyindeki katılımcıların puanlarının klinik depresyonlu ve normal olan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,001$)

Tablo 18: Beden algısı ile beden kütle indeks durumunun karşılaştırılması(n=80)

		Beden Algısı Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Beden Kütle İndeksi	Hafif Obez	75,8261	25,4159		
	I. Derece Obez	84,6744	22,2397	13,567	0,002
	II. Derece Obez	145	0		
	III. Derece Obez	129,667	11,8772		

Beden algısı ile beden kütle indeks durumunun karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre II. Derece Obez katılımcıların toplam puanları diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Diğer katılımcıların ise III. Derece Obez olanların I. Derece Obez ve Hafif Obez oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,002$).

Tablo 19: Depresyon ile beden kütle indeks durumunun karşılaştırılması(n=80)

		Depresyon Ölçeği		Test İst.	p
		Ort.	SS		
Beden Kütle İndeksi	Hafif Obez	7,7727	5,344662	37,17	0,001
	I. Derece Obez	3,1707	4,59294		
	II. Derece Obez	39	0		
	III. Derece Obez	14,3333	8,26236		

Depresyon ile beden kütle indeks durumunun karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre II. Derece Obez katılımcıların diğerlerine oranla puanlarının daha yüksek olduğu ardından sırasıyla III. Derece, Hafif Obez ve I. Derece Obez katılımcıların geldiği görülmüştür ($p=0,001$).

Tablo 20:Beden kütle indeksi ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması(n=80)

		Beden Kütle İndeksi		Test İst.	p
		Ort.	SS		
Fiziksel Aktivite	Yapıyor	9,00	0,89442	13,347	0,001
	Yapmıyor	5,3056	0,85589		

Beden kütle indeks durumu ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre fiziksel aktivite yapmayan bireylerin fiziksel aktivite yapan bireylere oranla beden kütle indeksinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$).

Tablo 21: Depresyon ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması(n=80)

		Depresyon Ölçeği			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Fiziksel Aktivite	Yapıyor	9,1042	6,03063	1,049	0,356
	Yapmıyor	7,4706	10,7879		

Depresyon ile fiziksel aktivite durumu karşılaştırılmış ve ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22:Beden algısı ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması(n=80)

		Beden Algısı			
		Ort.	SS	Test İst.	p
Fiziksel Aktivite	Yapıyor	146,6875	37,1762	11,416	0,0001
	Yapmıyor	98,9444	29,8692		

Beden algısı ile fiziksel aktivite durumunun karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Fiziksel aktivite yapmayan bireylerin yapanlara oranla puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,0001$).

Tablo 23:Depresyon durumu ile enerji ve besin öğelerinin karşılaştırılması(n=80)

	<i>Normal</i>		<i>Hafif</i>		<i>Orta</i>		<i>Ciddi</i>		<i>p</i>
Enerji (kcal)	10840,4	4032,3	13030,0	9578,4	12225,0	10980,3	7278,2	1432,8	0,643
Protein(gr)	336,4	118,2	319,5	289,7	300,4	282,5	253,3	20,4	0,785
Yağ(gr)	331,3	114,8	327,4	259,1	402,2	366,0	297,9	60,8	0,580
CHO(gr)	1596,6	741,8	2204,3	1494,0	1793,4	1586,7	908,6	214,2	0,616
Posa(gr)	143,5	73,9	250,8	132,3	157,1	138,5	77,8	18,1	0,410
Vitamin A (mg)	3994,2	1440,2	5346,7	3317,3	3495,7	2808,8	3133,1	427,1	0,583
Vitamin D (mg)	5,3	2,5	4,9	6,3	3,5	2,6	3,0	1,1	0,532
Vitamin E (mg)	41,7	22,8	60,4	34,4	133,7	159,5	26,8	5,3	0,001
Vitamin K (mg)	797,1	272,2	1317,4	675,0	757,0	494,9	582,8	138,4	0,218
Vitamin B1 (mg)	4,6	2,0	8,4	4,1	4,8	3,7	2,6	0,3	0,187
Vitamin B2 (mg)	6,5	2,3	8,2	5,6	5,9	5,5	4,5	0,0	0,590
Niasin (mg)	60,1	25,4	73,0	48,9	71,8	60,8	30,6	1,0	0,382
Folik A. (mg)	709,6	293,4	1103,2	646,9	787,8	682,3	442,7	39,0	0,439
Vitamin B12 (mg)	15,7	6,7	10,8	14,1	16,2	19,1	11,9	2,9	0,867
Vitamin C (mg)	954,9	541,2	1875,4	849,5	1048,8	964,7	462,3	18,7	0,302
Sodyum (mg)	8889,5	4308,9	6191,1	6846,3	4352,7	2640,8	9096,6	1830,5	0,456
Potasyum (mg)	16646,8	7641,9	28565,5	14681,3	17928,1	15097,0	8508,7	607,2	0,277
Kalsiyum (mg)	4632,9	1978,6	5032,0	3799,4	3029,0	3010,3	3577,1	336,3	0,609
Magnezyum (mg)	1648,4	716,2	2635,1	1474,4	1711,6	1531,2	800,0	49,1	0,288
Demir (mg)	53,6	22,0	84,3	48,5	55,5	49,0	34,8	4,2	0,452
Çinko (mg)	47,9	17,2	56,3	41,2	43,4	40,1	35,5	1,0	0,727
Doymuş Yağ (mg)	145,5	57,6	122,0	111,0	124,3	113,8	129,9	21,5	0,678
Tekli Doymamış Y.(g)	124,2	39,9	139,1	98,3	125,5	71,0	121,0	34,1	0,639
Omega 3 (g)	6,4	3,3	6,6	5,1	5,6	4,9	4,9	0,8	0,851
Omega 6 (g)	27,4	18,3	35,3	21,6	116,6	147,7	18,9	5,1	0,001
Kafein (mg)	175,9	101,8	80,0	216,0	181,7	14,6	336,0	203,6	0,189

Depresyon durumu ile enerji ve besin öğelerinin karşılaştırılması amaçlanmış buna göre vitamin E (mg) ve omega 6 (g) ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık arz ettiği ($p<0,05$) diğer karşılaştırmaların ise anlamlı bir farklılık arz etmediği ($p>0,05$) görülmüştür.

Tablo 24:Beden algısı ile enerji ve besin öğelerinin karşılaştırılması(n=80)

Enerji	<i>Düşük Algı</i>		<i>Yüksek Algı</i>		p
Protein(gr)	10726,5	3791,8	9751,6	7002,2	0,083
Yağ(gr)	331,6	114,7	276,8	165,8	0,561
CHO(gr)	323,3	110,5	350,1	222,5	0,066
Posa(gr)	144,1	70,1	117,4	92,7	0,573
Vitamin A (mg)	3937,6	1412,0	3314,4	1653,6	0,990
Vitamin D (mg)	5,4	2,8	3,3	1,7	0,332
Vitamin E (mg)	41,1	21,4	80,3	110,9	0,000
Vitamin K (mg)	795,7	271,5	669,9	313,3	0,962
Vitamin B1 (mg)	4,6	1,9	3,7	2,5	0,590
Vitamin B2 (mg)	6,5	2,2	5,2	3,3	0,531
Niasin (mg)	59,3	24,3	51,2	42,4	0,108
Folik A. (mg)	708,7	280,5	615,2	442,0	0,243
Vitamin B12 (mg)	15,5	6,7	14,0	11,4	0,240
Vitamin C (mg)	955,7	526,0	755,5	651,9	0,747
Sodyum (mg)	8589,4	4163,5	6724,6	3308,0	0,486
Potasyum (mg)	16633,7	7346,8	13218,4	10279,7	0,443
Kalsiyum (mg)	4536,5	1889,4	3303,1	1777,2	0,533
Magnezyum (mg)	1647,1	679,7	1255,8	1029,2	0,293
Demir (mg)	53,7	21,1	45,1	30,8	0,406
Çinko (mg)	47,4	16,5	39,4	23,6	0,607
Doymuş Yağ (mg)	141,3	55,8	127,1	66,9	0,881
Tekli Doymamış Y. (g)	121,6	38,5	123,2	45,5	0,570
Omega 3 (g)	6,3	3,1	5,2	2,9	0,917
Omega 6 (g)	26,8	17,1	67,7	102,2	0,000

Beden algısı ile enerji ve besin öğelerinin karşılaştırılması amaçlanmış buna göre Vitamin E (mg) ve Omega 6 (g) ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık arz ettiği ($p<0,05$) diğer karşılaştırmaların ise anlamlı bir farklılık arz etmediği ($p>0,05$) görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Obezite tanısı almış bireylerde obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla yapılan bu araştırma 41 erkek 39 kadın olmak üzere toplam 80 yetişkin bireyle gerçekleştirilmiştir. Bireylerin yaşları 19 ile 84 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 51.4 yıldır. Araştırmaya katılan bireylerin meslek grupları incelendiğinde, % 16.2'sinin öğrenci,%5.1'inin ev hanımı, %35'inin memur/işçi, %17,5'inin esnaf/serbest meslek, %6,2'sinin özel sektörde ücretli çalışan,%13,8'inin emekli ve %6.2'sinin işsiz oldukları saptanmıştır. Medeni durum incelendiğinde, bireylerin %%62.5'inin evli ve %30'unun bekâr olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Sigara kullanım durumlarına bakıldığında, bireylerin %60'ının sigara kullanmadığı, %40'ının ise düzenli kullandığı saptanmıştır. Sigara içimi ve zihinsel hastalığın yüksek oranda görülmesi halk sağlığı açısından büyük bir endişe kaynağıdır. Zihinsel rahatsızlığı olan bireyler daha erken yaşta sigara içmeye eğilim gösterirler ve sigaraya genel popülasyondan daha fazla bağımlılık duyarlar. Pek çok çalışma, sigara içimi ile akıl hastalığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmektedir. PubMed, Scopus ve Web of Science'ın veri tabanlarının tarandığı bir çalışmada, çalışmaların neredeyse yarısı depresyon ve sigara tüketiminin ilişkili olduğu, bununla birlikte, çalışmaların üçte birinden fazlasında ise ters yönde bir ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (49). Bu çalışmada da sigara tüketimi arttıkça depresyonun arttığı bulunmuştur (Tablo 14). Alkol kullanım sıklıklarına bakıldığında, %45.0'ının kullanmadığı, %55.0'ının ise düzenli kullandığı saptanmıştır. Alkol kullanım bozuklukları ile majör depresyon arasında ilişki olup, iki bozukluk arasında çok çeşitli epidemiyolojik ve klinik tabloya dair kanıtlar bulunmuştur. PsycINFO, PubMed, Embase, Scopus ve ISI Web of Science veritabanlarının, 1980'den günümüze kadar tarandığı bir çalışmada alkol tüketimi ile majör depresyon arasında nedensel bir bağlantı olduğu ve artan alkol tüketiminin depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir (50). Bu araştırmada da alkol tüketimi arttıkça depresyonun arttığı bulunmuştur (Tablo 15).

Olumlu beden imgesi, iki önemli zihinsel sağlık göstergesi olan depresyon ve benlik saygısı ile ilişkilendirilebilir. Bu iki yapı sıklıkla literatürde negatif beden imgesi üzerinde incelenmiştir. Bu nedenle göstergelerin pozitif beden imajıyla ilişkili olup olmadığını belirlemek önemlidir. Amerika'da 284 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, daha pozitif vücut görüntüsüne sahip bireylerin daha az depresif belirti

gösterdikleri bildirilmiştir (51). Bu araştırmada beden algısı ile depresyon durumunun karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre orta ve ciddi düzey depresyonda diğer düzeylere oranla beden algısı daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Ayrıca Hafif Ruhsal Sıkıntı düzeyindeki katılımcıların beden algısı puanlarının klinik depresyonlu ve normal olan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 18).

Ankara Gölbaşı ilçe merkezinde 1241 birey üzerinde yapılan bir araştırmada BKİ'nin artması ile bedensel algının değiştiği bulunmuştur. Uzun süre kilolu olan kişilerin artık bu kiloları benimsedikleri, dolayısıyla kendilerini normal görmeye başladıkları tespit edilmiştir (52). Bu araştırmada da Tablo 19'da verildiği gibi beden algısı ile BKİ durumunun karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre II. Derece Obez katılımcıların toplam puanları diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,002$). III. Derece Obez olanların, I. Derece Obez ve Hafif Obez olanlara oranla daha yüksek beden algısına sahip oldukları saptanmıştır.

Depresyon ile obezite arasında pozitif bir ilişki olduğu epidemiyolojik araştırmalarda gösterilmiştir. Depresyon ile obezite arasında karşılıklı bir bağ olduğu ileri sürülmüştür. Buna göre obezitenin, klinik olarak teşhis koyulan depresyon riskini artırdığı ve depresyonun obezitenin gelişmesi için öncü olduğu bulunmuştur. Depresyon tedavisi gören 512 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada depresyonun tüm semptomları BKİ>25 olanlarda daha belirgin bulunmuştur (53). Bu araştırmada da depresyon ile BKİ karşılaştırılması yapılmış, farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre II. Derece Obez katılımcıların diğerlerine oranla depresyon puanlarının daha yüksek olduğu ardından sırasıyla III. Derece, Hafif Obez ve I. Derece Obez katılımcıların geldiği bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 20).

Amerika'da 2008'de Fiziksel Aktivite Kılavuz İlkeleri Danışma Komitesi, fiziksel aktivitenin vücut ağırlığındaki değişim üzerindeki etkisini özetlemek için yayınlanmış bilimsel literatürü gözden geçirmiştir. Bu incelemenin sonuçları, haftada en az 150 dakika orta-şiddetli yoğunlukta tempolu yürüyüş gibi gerçekleştirilen fiziksel aktivitenin vücut ağırlığını% 1-3 oranında azaltacağı sonucuna varmıştır (54). Bu araştırmada da fiziksel aktivite yapma süresi azaldıkça BKİ'nin arttığı saptanmıştır (Tablo 21).

Olumsuz sağlık sonuçlarını hafifletmek ve psikolojik hastalıkları önlemenin bir aracı olarak fiziksel aktivitenin potansiyeli 1980'lerin başlarından beri tartişılmaktadır. Bir dizi kesitsel araştırma, egzersiz yapanların egzersiz yapmayanlara göre daha az endişeli ve daha az depresif olduğunu ortaya koymuştur. İsveçli sağlık çalışanı 3717 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada fiziksel aktivitede pozitif değişiklikler, zaman içinde depresyonda olumlu değişikliklerle ilişkilendirilmiştir (55). Bu araştırmada ise depresyon ile fiziksel aktivite arasında herhangi bir korelasyon bulunamamıştır (Tablo 22).

Fiziksel aktivite, insanlara kişisel ve sosyal kimlik ile grup yeliği duygusu vererek onları birleştirir. Ayrıca fiziksel aktivitede, ırk, cinsiyet, yaş ve kültür ayrımı gözetilmemesi, gerilim ve çatışmanın sınırını aşarak, insanlar ve toplumlar arasında iletişim kurulmasını sağlar. Beden imgesinin gelişmesi bedensel gelişme dışında birçok etkenlerle belirlenir. Bu etkenler içinde cinsiyet, öğrenme ve olgunlaşma düzeyi, benlik gücü, dürtüler, güdülenme, güven duygusu, bedene karşı duyarlılık, verilen anlam ve toplumun beden görüşüne verdiği değer sayılabilir ğretmen adayı 2324 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ğretmen adaylarının fiziksel aktiviteye katılım seviyesi arttıķa beden algılarının düzeldiği bulunmuştur (56). Bu araştırma da beden algısı ile fiziksel aktivite karşılaştırılması yapılmıştır. Farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hiç fiziksel aktivite yapmayan bireylerin bazen yapanlara oranla, bazen yapan bireylerin ise yapanlara oranla puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,0001$) (Tablo 23).

Modern Batı diyetinin yağ asidi kompozisyonu son yüzyılda omega-6 / omega-3 oranının omega-6 lehine bozulmasıyla belirgin bir şekilde değişmiştir. Omega 6 esansiyel yağ asitlerinin alımının artması ve anti-inflamatuvar özellikler gösterebilen omega-3 yağ asidi içeren gıdaların tüketiminin azalmasının depresif hastalıklarla ilişkili olduğu hipotezi ileri sürülmüştür. Diyetle Omega-3 alımıyla depresyon prevalansı arasındaki ilişkiyi araştıran kesitsel araştırma sonuçları çeşitli ve karşıt niteliktedir. Çeşitli alışmalar, özellikle klinik dışı popülasyonlarda kesin sonuç vermediğini bildirmiştir. Aksine, diğer kesitsel çalışmalar ise omega-3 yağ asitleri alımıyla depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Finlandiya'da 29133 kişi arasında yapılan bir araştırmada, omega-3 yağ asitleri ile depresif ruh hali ve majör depresif nöbetler arasında bir ilişki bulunmamıştır (57). Bu araştırmada da omega 3 tüketimi ile depresyon arasında herhangi biri ilişki saptanmamıştır (Tablo 24).

B12 vitaminin serum konsantrasyonundaki miktarının azalışının depresyonu tetikleyebileceği 1960'lerden beri tartışılmaktadır. Aynı zamanda bu vitaminin takviye edilmesinin depresif belirtilerin tedavisine veya önlenmesine klinik olarak anlamlı katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür. Ancak PubMed, PsychInfo, Embase ve Cochrane veri tabanlarında, 6 Haziran 2014'e kadar yapılan sistematik inceleme ve meta-analizlerde, diyetle B12 vitamini tüketiminin, depresif bir bozukluk olan kişilerde birkaç hafta boyunca depresif semptomların şiddetini azaltmadığı bulunmuştur (58). Bu araştırmada da B12 tüketimi ile depresyon arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 24).

Depresif bozukluklarla güneşe maruz kalmamaktan kaynaklı D vitamini yetersizliği arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Depresyonda D vitamini takviyelerinin etkinliği tartışmalara neden olup, daha ileri literatür analizi gerekli görülmektedir. PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri) yönergelerinin izlendiği çok kapsamlı bir derlemede D vitamini düzeylerinin iyileştirilmesinin depresyonu iyileştirdiğini bulunmuştur (59). Bu araştırmada ise herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 24).

Çinko, insan beyinde bol miktarda bulunur ve hücrel metabolizmanın sayısız yönünü düzenlemek için gerekli olan immün modülatör bir iz mineralidir. Hayvanlar ve insanlar üzerinde yapılan birkaç araştırma, çinkonun depresyonu azaltmada rol oynadığını göstermiştir, ancak bu konuda hem erkek hem de kadınlarda uzun süreli bir çalışma yapılmamıştır. Avustralya'da biri kadınların diğeri erkeklerin üzerinde yapılan uzun süreli iki kohort çalışmasında, diyetle düşük miktarda çinko alımı, hem erkeklerde hem de kadınlarda depresyon insidansının artması ile ilişkili bulunmuştur (60). Bu araştırmada ise herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 24).

Kahve önemli bir kafein kaynağıdır. Son zamanlarda, çeşitli epidemiyolojik çalışmalar, kahve veya kafein alımı ile depresyon riski arasında bir bağlantı bulmuştur. PubMed, Web of Science, Çin Ulusal Bilgi Altyapısı ve WANFANG DATA taranarak yapılan bir meta analizde 1 ocak 1980 ile 15 Mayıs 2015 tarihleri arasında bulunan kahve veya kafein tüketimi ve depresyonu değerlendiren vaka kontrol, kohort veya kesitsel çalışmalar tespit edilmiştir. Bunlara göre kafein tüketimi, depresyon riskinde azalma ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (61). Bu araştırmada ise kafein tüketimi ve depresyon arasında bir bağlantı bulunmamıştır (Tablo 24).

Depresyona sahip oldukları psikiyatrist tarafından tanımlanan 60 kişi üzerinde yapılan bir çalışma magnezyum ve kalsiyum konsantrasyonundaki değişikliklerin depresif hastalıklarda rol oynayabileceğini göstermektedir (62). Bu araştırmada ise magnezyum ve kalsiyum seviyeleri ile depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 24).

NHANES 2007-2008 verilerinin kullanıldığı bir meta analizde kadınlarda sodyum tüketimi ve depresyon arasında negatif bir ilişki tespit edilmişken, erkeklerde böyle bir bağlantı bulunamamıştır (63). Bu araştırmada ise hem erkekler hem de kadınlar için depresyon ile sodyum tüketimi arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 24).



.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Obezite ile depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konmasının amaçlandığı bu araştırmanın sonucunda BKİ ile depresyon ve beden algısı arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Buna göre depresyon ile beden kütle indeks durumunun puan ortalamaları karşılaştırıldığında, II. Derece Obez katılımcıların toplam puanlarının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Beden algısı ile beden kütle indeks durumunun puan ortalamaları karşılaştırıldığında, II. Derece Obez katılımcıların toplam puanlarının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Beden algısı ile depresyon durumunun puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bireylerden orta ve ciddi düzey depresyonu olanların beden algılarının daha bozuk olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın sonucunda, bekâr bireylerin beden kütle indeksi ortalamaları evlilere, sigarayı içen bireylerin beden kütle indeksi ortalamaları sigara içmeyenlere, alkol kullanan bireylerin beden kütle indeksi ortalamaları alkol kullanmayanlara, kızartma tekniğini çok sık kullanan bireylerin diğer pişirme tekniğini kullananlara, düzenli fiziksel aktivite yapmayan bireylerin beden kütle indeksi ortalamaları fiziksel aktivite yapanlara, sigara ve alkol kullanan bireylerin beden algısı ortalamaları sigara kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür.

Beden kütle indeksi ile fiziksel aktivitenin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiç fiziksel aktivite yapmayan bireylerin fiziksel aktivite yapanlara oranla beden kütle indeksinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar depresyon ve obezite arasındaki ilişki hakkında önemli bilgiler vermektedir ve yeni çalışmalar için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Depresyon ve obeziteyle ilişkili olabileceği varsayılan diğer değişkenlerle ilgili araştırmalar depresyon ve obezitenin nedenlerini de içerecek şekilde yapılandırılmalı, önleme çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

Günümüzde halk sağlığı sorunları arasında önemli bir yere sahip olan depresyon ve obezitenin önlenmesine yönelik çalışmalar kapsamında uygun psikolojik danışmanlık hizmetinin verilmesi ve diyetisyen tarafından kişinin beslenme alışkanlıklarına ve yaşam tarzına uygun tıbbi beslenme tedavisiyle desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

1. Garvey WT. “American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology position statement on the 2014 advanced framework for a new diagnosis of obesity as a chronic disease”, *AACE/ACE Position Statement*,2014,20(8), 977-989
- 2.Öztora S. *İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi Ve Risk Faktörlerinin Araştırılması* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü, Uzmanlık Tezi; 2005
- 3.Shaw KA, Gennat HC, O'Rourke P, Mar CD. “Exercise for over weight or obesity”,*Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006,4(1), pp.2-25
- 4.Hammond RA, Levine R. “The economic impact of obesity in the United States”,*Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targetsand Therapy*,2010, 3(1), pp.285–295
- 5.Pınar ŞE, Tel H. “Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı”, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2012, 3(2), ss.86-91
6. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. “Changing the future of obesity: science, policy, and action”, *The Lancet*,2011,378(9793), 838-847
- 7.Çayır A, Atak N, Köse SK. “Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi” *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,2011, 64(1), ss.13-19
- 8.Sarnali TT. “Obesity and Disease Association: A Review, *AKMMC* ,2010,1(2), pp.21-24
- 9.Türkiye İstatistik Kurumu “Türkiye’deki obezite oranı”, *Türkiye İstatistik Kurumu, Basın Odası Haberleri*, 2015,Haber Bülten No:58/2015
- 10.Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği,“*Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*”,2014, I. Baskı, Ankara

- 11.Rennie KL, Jebb SA. “National Prevalence of Obesity, Prevalence of obesity in Great Britain” , *Obesity Reviews*, 2015,8(1), 11-13
- 12.Ergin AB. “Obezitenin Kadın Sağlığı Ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi” , *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2014,1(1), ss.41-54
13. Baltacı G. “Obezite ve Egzersiz”,Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Yayınları, I. Basım, Ankara,2008
- 14.Kayar H, Utku S. “Çağımızın Anahtarı Obezite ve Tedavisi” ,*Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*,2013,6(2), ss.1-8
- 15.World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, Geneva
- 16.Halk Sağlığı Müdürlüğü, “Obezite” ,Tekirdağ Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ek Kitabı, 2015,Tekirdağ
- 17.Yetkin İ, Çimen AR. “Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri”, *Mised Dergisi*, 2010,24(1), ss.68-77
18. Pınar ŞE. “Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma”, *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2002,6(1), ss.30-41
- 19.Kalan I, Yeşil Y. “Obezite ile İlişkili Kronik Hastalıklar”,*Mised Dergisi*,2010,23(1), ss.78-81
20. Çayır A, Atak N, Köse SK. “Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011,64(1), ss.13-19
- 21.Pinsky L.“Depression and medication, What is depression?”,*Columbia University Counseling and Psychological Service*,2015
- 22.Aydoğan Ü. “Kanser Hastalarında Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri Ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi”,*Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 2012,16(2), ss.55-60
- 23.Aydemir Ö. “Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi” , *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2011,21(1), ss.51-59

- 24.Dilbaz N, Seber G. “Umutsuzluk Kavramı: Depresyon Ve İntiharda Önemi”, *Kriz Dergisi*, 2010,1(3), ss.134-138
- 25.Wayne J. “Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses”,*The New England Journal Of Medicine*, 2014,30(1), 2611-2620
- 26.Gülseren Ş. “Depresyon ve Anksiyete”,*Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*, 2012,7(1), ss.5-13
- 27.Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. “Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları”, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011,45(2), ss.65-74
- 28.Arslan A. “Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler”, 2012,T.C. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne
- 29.Kaya B. “Yaşlılık Ve Depresyon Tanı Ve Değerlendirme”, *Geriatric Dergisi*, 1999, 2 (2), ss.76-82
- 30.Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS. “Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler”, *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1(1), ss.22-35
- 31.Ören N, Gençdoğan B. “Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2007,15(1), ss.85-92
- 32.Örsel S. “Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*,2004,4(1), ss.17-24
- 33.Mojtabai R. “Diagnosing Depression in Older Adults in Primary Care” , *The New England Journal Of Medicine*,2014,27(1), 1180-1182
- 34.Friedman RA. “Depression, and the DSM-5”, *The New England Journal Of Medicine*, 2015,17(1), 1855-1857
35. Özmen E, Ögel K, Boratav C. “Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003,14(2), ss.89-100
36. Pınar ŞE, Tel H. “Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı”, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2012,3(2), ss.86-91

37. Akkaya C. “Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı ve Sağaltımındaki Güçlükler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006,17(2), ss.139-146
38. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. “The measurement of pessimism The hopelessness scale”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42: 861-865
39. Stewart SM, Kennard BD, Lee PWH, Mayes T, Hughes C, Emslie G. “Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures”, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2005,46(4): 364-372
40. Assari S. "Association Between Obesity and Depression Among American Blacks: Role of Ethnicity and Gender", *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 2014,1:36–44
41. Grundy A, Cotterchio M, Kirsh VA, Kreiger N. “Associations between Anxiety, Depression, Antidepressant Medication, Obesity and Weight Gain among Canadian Women”, *PLoS ONE*, 2014,9(6):e99780
42. Correll CU, Detraux J, Lepeleire J, De Hert M. “Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder”, *World Psychiatry*, 2015, Volume 14, Issue 2 ss.119–136
43. Sterniczuk R, Rusak B, Rockwood K. “Sleep disturbance in older ICU patients”, *Clin Interv Aging*, 2014, ss. 969–977
44. Gildner T, Liebert M, Kowal P, Chatterji S, Snodgrass J. “Sleep Duration, Sleep Quality, and Obesity Risk Among Older Adults from Six Middle-Income Countries: Findings from the Study on global AGEing and adult health (SAGE)”, *Am. J. Hum. Biol.*, 2014,26:803–812
45. Singh M. “Mood, Food and Obesity”, *Frontiers in Psychology*, 2014, Volume 5 Article 925
46. Sander C, Ueck P, Mergl R, Gordon G, Hegerl U, Himmerich H. “Physical activity in depressed and non-depressed patients with obesity”, *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2017, pp.1–9

47. Pınar ŞE. “Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma”, *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2002, 6(1), ss.30-41
- 48.Ceylan R. Entegre Eğitime Katılan ve Katılmayan Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi(Tez),Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2004
- 49.Fluhart M, Taylor EA, Grabski M, Mufano MR.“The Association of Cigarette Smoking with Depression and Anxiety: A systematic review”,2016,<http://ntr.oxfordjournals.org/>
- 50.Boden MJ, Fergusson MD. “Alcohol and depression Addiction”,2011,106, 906–914
- 51.Gillen MM.“Associations between positive body image and indicators of men’s and women’s mental and physical health”, *Body image*, 2015,13,ss:67–74
- 52.Ata A, Vural A, Keskin F.“Beden algısı ve obezite”,*Med J*, 2014,14(3):74-84,Ankara
- 53.Lojko D, Buzuk G, Owecki M, Ruchala M, Rybakowski KJ.“Atypical features in depression: Association with obesity and bipolar disorder”, *Journal of Affective Disorders*, 2015,185:76–80
- 54.Jakicic MJ, Davis KK. “Obesity and Physical Activity”,*Psychlart. Clin. N. Am.*, 2011,34 829-840
- 55.Lindwall M, Gerber M, Jonsdottir HI, Börjesson M, Ahlberg G.“The Relationships of Change in Physical Activity With Change in Depression, Anxiety, and Burnout: A Longitudinal Study of Swedish Healthcare Workers”, *Health Psychology*,2014, Vol. 33, No. 11, 1309–1318
- 56.Alemdağ S,Öncü S.“Öğretmen Adaylarının Fiziksel Aktiviteye Katılım ve Sosyal Görünüş Kaygılarının İncelenmesi ”,*International Journal of Science Culture and Sport*, 2015,ISSN: 2148-1148
- 57.Grosso G,Galvano F, Marventano S, Malaguarnera M, Bucolo C, Drago F, Caraci F.“Omega-3 Fatty Acids and Depression: Scientific Evidence and Biological Mechanisms”,*Oxidative Medicine and Cellular Longevity*,2014, Article ID 313570

- 58.Almeida PO, Ford HA, Flicker L.“Systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of folate and vitamin B12 for depression”, *International Psychogeriatrics*,2015,ss.1-11
- 59.Spedding S. “Vitamin D and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Studies with and without Biological Flaws”, *Nutrients* 6, 2014,1501-1518
- 60.Vashum PK, McEvoy M, Milton HA, McElduff P,Hure A, Byles J, Attia J.“Dietary zinc is associated with a lower incidence of depression: Findings from two Australian cohorts”, *Journal of Affective Disorders*, 2014,166: 249–257
- 61.Wang L, Shen X, Wu Y, Zhang D.“Coffee and caffeine consumption and depression: A meta-analysis of observational studies”,*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2015,ss.1 –15
- 62.Deb N, Lahon D, Chakravarty S.“A study of serum magnesium and serum calcium in major depressive disorder”, *Dysphrenia*, 2016, Vol.7,Issue 1, p.70-74
- 63.Goldstein P.“Leshem,M. “Dietary sodium, added salt, and serum sodium associations with growth and depression in the U.S. general population”, *Appetite*, 2014,79,ss:83–90

EKLER

EK 1

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 01.02.2017

Toplantı Sayısı: 79

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiç Ünal	(Üye)

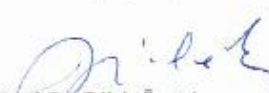
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 01.02.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 17. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Cahit ERKUL'un "Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişki: Diyet Polikliniğine Başvuran Obezite Tanısı Almış Kişiler Üzerinde Bir Araştırma"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)


Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)

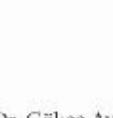

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)


Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Erdiç Ünal
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)

EK 2

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Araştırmanın amacı: Bu çalışmanın amacı obezitenin epidemiyolojisi, etiyolojisi, sınıflandırılması ve sonuçlarının açıklanmasının yanında obezite tanısı almış bireylerde obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır.

Prosedürler: Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde yaklaşık 30 dakikanızı alacak bir grup ölçek doldurmanız istenecektir.

Tehlikeler/Rahatsızlıklar: Çalışma süreci herhangi bir risk taşımamaktadır. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebepten dolayı rahatsız hissettiğiniz takdirde araştırmadan çekilebilirsiniz.

Beklenen yararlar: Obezitenin depresyonla olan ilişkisini inceleyerek obezitenin psikolojik boyutuna dikkat çekmek. Toplumun yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilinçlendirilerek, obezitenin önlenmesine katkı sağlamak. Bu alanda yapılacak başka çalışmalara kaynak oluşturmak.

Gizlilik: Bu çalışma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcılardan toplanan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Ölçekler aracılığıyla bilgilerin toplanılması sırasında kişilerin isimleri alınmayacak veya kullanılmayacaktır. Sonuçların yayınlanması sırasında da katılımcıların isimleri verilmeyecektir.

Gönüllülük: Kişilerin bu çalışmaya katılımları tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Ayrıca çalışmayla ilgili sormak istediğiniz tüm sorularınızı aşağıda adı geçen çalışma yürütücülerine sorabilirsiniz.

İletişime geçebileceğiniz kişi/kişiler: Katıldığınız çalışma ile ilgili daha fazla bilgi edinmek istediğiniz takdirde, Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Cahit Erkul (e-posta:cerkul@outlook.com) ve Okan Üniversitesi Öğretim Üyesi Hande Öngün Yılmaz (e-posta:hande.ongun@okan.edu.tr) ile temasa geçebilirsiniz.

Araştırmadan elde edilecek sonuçları kısa özetinin size gönderilmesini istiyorsanız lütfen size ulaşabileceğimiz aşağıdaki temas bilgilerinden birini veriniz.

Posta Adresi	
E-Posta	
Faks Numarası	

Eğer bu belgeyi okumuş, araştırmayla ilgili tüm sorularınıza tatmin edici cevaplar almış ve çalışmaya katılmaya karar vermişseniz lütfen bu formu imzalayınız.

Bu belgeyi okudum, araştırmayla ilgili tüm sorularıma cevaplar aldım ve çalışmaya gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:...../...../.....

Araştırmanın Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:...../...../.....



EK 3

ANKET FORMU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bilim Dalında eğitimimi yüksek lisans düzeyinde devam ettirmekteyim. Bu anket “Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişki: Diyet Polikliniğine Başvuran Obezite Tanısı Almış Kişiler Üzerinde Bir Araştırma” konulu yüksek lisans tezimde kullanılacaktır. Aşağıdaki anket formunu doldurmanızı rica ederim. Saygılarımla

Dyt.Cahit Erkul

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Boyunuz:

2.Kilonuz:

3.Yaşınız:

4.Mesleğiniz:

- a) Öğrenci
- b) İşsiz
- c) Ev Hanımı
- d) Memur / İşçi
- e) Esnaf / Serbest Meslek
- f) Özel Sektörde Ücretli
- g) Emekli

5.Medeni Hali:

- a)Bekar
- b) Evli
- c) Eşi Vefat Etmiş
- d) Boşanmış- Ayrı Yaşıyor

SİGARA/ALKOL KULLANIMI

6.Sigara Kullanımı:

- a) Kullanmıyorum
- c) Kullanıyorum

7.Alkol Kullanımı:

- a) Kullanmıyorum
- b) Kullanıyorum

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

8.Ana öğünlerinizi (kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği) düzenli olarak yapıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

23.Cevabınız 'Hayır' ise hangi ana öğünü atlarsınız?

- a) Kahvaltı
- b) Öğle yemeği
- c) Akşam yemeği

9.Ana öğünleri atlama sıklığınız nedir?

Günde.....kez

Haftada.....kez

Ayda.....kez

Yıldakez

10.Öğün atlama sebebiniz nedir?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) İş yoğunluğundan dolayı
- b) Açlık hissetmediğim için
- c) Çalıştığım yerde bana uygun yemeklerin olmamasından dolayı
- d) 3 ana öğün yapmayı gereksiz gördüğüm için
- e) Zayıflamak istediğim için
- f) Diğer.....

11.Ara öğün yapma alışkanlığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

12.Cevabınız 'Evet' ise günde kaç kez ara öğün yapıyorsunuz?

- a) 1 kez
- b) 2 kez
- c) 3 kez
- d) 4 kez ve daha fazla

13.Genellikle atladığınız ara öğün hangisi?

- a) Kuşluk b) İkinci c) Gece

14.Cevabınız ‘Hayır’ ise ara öğün yapmama sebebiniz nedir?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Vakit bulamıyorum
b) Kilo almaktan korkuyorum
c) Acıkmadığım için yapmıyorum
d) Sağlıksız olduğunu düşünüyorum
e) Ara öğünlerde neler yemem gerektiğini biliyorum
f) Diğer.....

15.Ara öğünlerde genellikle aşağıdakilerden hangilerini tüketirsiniz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Meyve+Süt/Yogurt/Ayran
b) Meyve+Ceviz/Badem/Fındık
c) Meyve
d) Ceviz/Badem/Fındık gibi yağlı tohumlar
e) Ekmek+Peynir
f) Galeta/Grisini
g) Tatlı Bisküviler
h) Tuzlu Bisküviler
ı) Domates,Biber,Salatalık gibi çiğ sebzeler
j) Diğer(.....)

16.Aşağıdaki pişirme tekniklerini ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

	Çok sık	Ara sıra	Nadiren	Hiç
Kızartma				
Izgara				
Fırında				
Haşlama				

FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ

17.Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

- a)Evet b) Hayır

18.Cevabınız ‘Evet’ ise türü, sıklığı ve süresi nedir?

Tür:.....

Sıklık:.....

Süre:.....

19.Bir günün 24 saat olduğu düşünöldüğünde, aşğıdaki aktivitelere ortalama kaç saat ayırıyorsunuz?

	Süre(saat)
Uyku	
Oturarak yapılan aktiviteler (masa başı çalışma, TV izleme,bilgisayar,oturma,vb.)	
Ayakta yapılan aktiviteler (temizlik,yemek,ev işleri,ofiste çalışma,ayakta durma,vb.)	
Hafif yürüme	
Spor(Hızlı yürüme,koşma,basketbol,yüzme,vb.)	
Toplam	24 saat

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işreti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

		Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Beden kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel gücüm					
8	Tuvalet düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut yapım					
17	Profilim					
18	Boyum					

19	Duyularımın keskinliği					
20	Ağrıya direncim					
21	Omuz genişliğim					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim sistemim					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin şekli					
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücut duruş şeklim					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel organlarım					

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki şıkkın üzerine (x) işareti koyarak belirtiniz.

1.
 - a. Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - b. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - c. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - d. O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2.
 - a. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - b. Gelecek için karamsarım.
 - c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - d. Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3.
 - a. Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - b. Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - c. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.
 - a. Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - b. Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - c. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - d. Her şeyden sıkılıyorum.
5.
 - a. Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - b. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - c. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - d. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6.
 - a. Kendimden memnunum.
 - b. Kendimden pek memnun değilim.
 - c. Kendime kızgınım.
 - d. Kendimden nefrete ediyorum.

7. a. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
b. Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
c. Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
d. Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8. a. Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
b. Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
c. Kendimi öldürmek isterdim.
d. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. a. İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
b. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
c. Çoğu zaman ağlıyorum.
d. Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. a. Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
b. Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
c. Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
d. Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11. a. Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
b. Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
c. Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
d. Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. a. Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
b. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
c. Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
d. Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. a. Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
b. Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
c. Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

- d. Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. a. Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
b. Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
c. Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
d. Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. a. Uykum her zamanki gibi.
b. Eskisi gibi uyuyamıyorum.
c. Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
d. Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. a. Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
b. Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
c. Her şey beni yoruyor.
d. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. a. İştahım her zamanki gibi.
b. Eskisinden daha iştahsızım.
c. İştahım çok azaldı.
d. Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. a. Son zamanlarda zayıflamadım.
b. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
c. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
d. Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim
19. a. Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
b. Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
c. Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
d. Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum

20. a. Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
b. Eskisine oranla sekse ilgim az.
c. Cinsel isteğim çok azaldı.
d. Hiç cinsel istek duymuyorum
21. a. Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
b. Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
c. Cezamı çekmeyi bekliyorum.
d. Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



BESİN TÜKETİM SIKLIĞI FORMU

Besinler	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda bir	Hiç	Miktar
Süt,yoğurt									
Peynir									
Diğer(.....)*									
Kırmızı et									
Tavuk,hindi									
Balık									
Yumurta									
Kurubaklagiller									
Yağlı tohumlar									
Yeşil yapraklı sebzeler									
Patates									
Domates									
Diğer sebzeler									
Turunçgiller									
Diğer meyveler									
Kuru meyveler									
Beyaz ekmek ve türleri									
Tam tahıl ve kepekli ekmek									
Pirinç,bulgur									
Makarna,erişte vb...									
Buğday unu									
Kahvaltılık tahıl ürünleri									
Hazır meyve suları									
Gazlı içecekler									
Maden suları									
Çay,kahve,bitki çayları									
Bitki çayları									
Alkollü içecekler									
Diğer(.....)*									
Sıvı yağlar									
Katı yağlar									
Şeker,şekerlemeler									
Bal,reçel,pekmez									
Diğerleri									

*(.....) En çok ve sık tüketilen besin çeşidi ve türü yazılmalıdır.

NOT: Besinleri ne miktarda yediğinizi yazarken;

-ay kaşığı

-tatlı kaşığı

-yemek kaşığı

-ay bardağı

-su bardağı

-tabak

-küçük boy kase

-orta boy kase

-bk boy kase

-dilim

-adet

gibi ölçüleri kullanabilirsiniz.