

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MAJÖR DEPRESYON HASTALARINDA AŞIRI BESİN
İSTEĞİ İLE BESLENME DURUMU ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysun KÖKTÜRK

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Alev KESER

ANKARA
2020

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Majör Depresyon Hastalarında Aşırı Besin İsteği ile Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Aysun KÖKTÜRK

Tarih:

İmza

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında
Aysun KÖKTÜRK tarafından hazırlanan
“Majör Depresyon Hastalarında Aşırı Besin İsteği ile Beslenme Durumu Arasındaki
İlişkinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK
LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile kabul edilmiştir.

../../2020

Prof.Dr. Funda Pınar ÇAKIROĞLU
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Jüri Başkanı

Doç.Dr. Alev KESER
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Üye

Doç.Dr. Pelin BİLGİÇ
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

....
Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Majör Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi	1
1.2. Majör Depresyonun Epidemiyolojisi	4
1.3. Majör Depresyonda Risk Faktörleri	5
1.4. Majör Depresyonun Tanısı ve Klinik Özellikleri	6
1.5. Majör Depresyonun Tıbbi Tedavisi	7
1.6. Duygular ve Yeme Davranışı ile İlgili Teoriler	9
1.7. Duyguların Yeme Davranışı Üzerine Etkileri	10
1.8. Majör Depresyon ve Beslenme İlişkisi	12
1.8.1 Depresyon ve Obezite	12
1.8.2. Depresyon ve Diyet Örüntüsü	14
1.8.3. Depresyon ve Gece Yeme Sendromu	15
1.9. Majör Depresyonda Görülen Beslenme Sorunları	16
1.9.1. Ağırılık Artışı	16
1.9.2. Konstipasyon	17
1.9.3. Serum Vitamin Düzeyleri	18
1.9.4. Aşırı Besin İsteği	19
2. GEREÇ VE YÖNTEM	20
2.1. Araştırmanın Amacı	20
2.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	20
2.3. Araştırmanın Genel Planı	20
2.4. Veri Toplama Teknikleri	21
2.4.1. Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi	21
2.4.1.1. Vücut Ağırlığı ve Vücut Yağ Yüzdesi	21
2.4.1.2. Boy Uzunluğu (cm)	22
2.4.1.3. Beden Kütle İndeksi (kg/m ²)	22
2.4.1.4. Bel Çevresi (cm)	22
2.4.2. Aşırı Besin İsteği Ölçeğinin Değerlendirilmesi	23
2.4.3. Besin Tüketim Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi	23
2.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	24
3. BULGULAR	25
3.1. Kişisel Bilgilere Yönelik Bulgular	25
3.2. Araştırma Amaçlarına Yönelik Bulgular	34

4. TARTIŞMA	44
4.1 Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi	45
4.3. Bireylerin Besin Alımlarına İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi	49
4.4. Bireylerin Aşırı Besin İsteğinin Değerlendirilmesi	54
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
ÖZET	62
SUMMARY	63
KAYNAKLAR	64
EKLER	77
EK 1. Etik Kurul Onayı	77
EK 2. Araştırma İzni	78
EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	79
EK 4. Anket Formu	81
ÖZGEÇMİŞ	87

ÖNSÖZ

Majör depresyon nüfusun neredeyse bütün kesimini etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardandır. Tedavi edilmediği takdirde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Tedavi edildiğinde ise hastanın yaşam kalitesini artırmak mümkün olabilmektedir. Son yıllarda majör depresyon ile beslenme arasındaki ilişkiye dayalı birçok çalışma yapılmıştır. Bu araştırmada ise majör depresif hastalarının aşırı besin isteği ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tez aşamamın her anında bilgi, öneri ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, manevi desteğini esirgemeyen, sabrı ve hoşgörüsü ile yanımda olan değerli tez danışmanım Doç.Dr. Alev KESER'e,

Bu süreçte karşılaştığım her zorlukta elimden tutup kaldıran, ömür boyu yol arkadaşım Abdussamed BAYRAM'a,

Hayatımın her alanında desteğini ve güvenini esirgemeyen babam Ayhan KÖKTÜRK'e ve annem Aynur KÖKTÜRK'e

En içten duygularıyla minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABİS	:Aşırı Besin İsteği Skoru
ADA	:Amerika Diyet Birliği (<i>American Dietetic Association</i>)
APB	:Amerika Psikiyatri Birliği
BÇ	:Bel Çevresi
BeBİS	:Beslenme Bilgi Sistemi
BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	:Beden Kütle İndeksi
DSM	:Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
kg	:Kilogram
kcal	:Kilokalori
L	:Litre
m	:Metre
mcg	:Mikrogram
mg	:Miligram
m ²	:Metrekare
MAO	:Monoamin Oksidaz
MDB	:Majör Depresif Bozukluk
M.Ö.	:Milattan Önce
M.S.	:Milattan Sonra
NCEP-ATP	:Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkinlerde Tedavi Paneli (<i>National Cholesterol Education Program-Adult Treathment Panel</i>)
NIH	:Ulusal Sağlık Enstitüsü (<i>National Institue of Health</i>)
SAM	:S-Adenozil Metiyonin
SS	:Standart Sapma
SSGİ	:Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNGİ	:Seçici Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

SUN	:Navarra Seguimiento Üniversitesi (<i>Seguimiento University of Navarra</i>)
TYT	:Toplam Yağ Yüzdesi
VA	:Vücut Ağırlığı
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organization</i>)



ŞEKİLLER

Şekil 3.1.	Bireylerin BKİ Düzeyine Göre Aşırı Besin İsteği Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	43
Şekil 3.2.	Bireylerin Metabolik Hastalık Riskine Göre Aşırı Besin İsteği Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	44



ÇİZELGELER

Çizelge 2.1.	Yaşa, cinsiyete ve Vücut Yağ Oranına Göre Obezite Sınıflaması	22
Çizelge 2.2.	BKİ düzeylerinin WHO'ya göre sınıflaması	22
Çizelge 2.3	Bel çevresine göre metabolik hastalık riski sınıflaması	23
Çizelge 3.1.	Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	25
Çizelge 3.2.	Bireylerin Hastalık Durumları	26
Çizelge 3.3.	Bireylerin Diyet Uygulama Durumları	26
Çizelge 3.4.	Bireylerin Öğün Tüketme Durumları	27
Çizelge 3.5.	Bireylerin BKİ, Bel Çevresi ve Vücut Yağ Oranına Göre Dağılımı	27
Çizelge 3.6.	Bireylerin Enerji ve Besin Ögesi Alım Durumları	29
Çizelge 3.7.	Bireylerin DRI'ya Göre Günlük Enerji ve Besin Ögeleri Gereksinimlerini Karşılama Düzeyleri	31
Çizelge 3.8.	Aşırı Besin İsteği Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Analiz Sonuçları	33
Çizelge 3.9.	Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Puanları ile Makro Besin Ögeleri Alımı Arasındaki İlişki	36
Çizelge 3.10.	Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Puanları ile Vitamin Alımı Arasındaki İlişki	38
Çizelge 3.11.	Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Puanları ile Mineral Alımı Arasındaki İlişki	40
Çizelge 3.12.	Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Puanları ile Antropometrik Ölçümleri Arasındaki İlişki	42

1. GİRİŞ

1.1. Majör Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi

Tanımlanması eski tarihe dayanan psikiyatrik belirtilerden biri depresyondur (Işık, 2003). Depresyonun içeriğinde çöküş, kederli hissiyat, düşen işlevsellik ve aksayan yaşamsal aktiviteler ile genel bir elemli ve kederli hissiyat bulunmaktadır. Depresyon kelimesinin İngilizce kökü olan “depress” kelimesi Latince “alçakta olmak, bastırmak” anlamındaki “depressus” kelimesinden türemiştir (Köknel, 1992). Depresyon yaşayan insanlar keder, elem, suçluluk, umutsuzluk gibi duyguları yaşarlar. Bu duygular bazen herkesin yaşadığı duygulardır; dolayısıyla her zaman bunlara depresif bozukluk denmez. Ancak eğer bu şikâyetler devamlı yaşıyorsa kişinin hayattaki fonksiyonları azalır (Işık, 2003).

Ruhsal rahatsızlıklar alanında ilk isimlendirme ve sınıflandırma çalışmaları Hipokrat’a (M.Ö. 460-357) dayanmaktadır. Hipokrat balgamin ve safranın beyni etkilediğini öne sürmüştür. Ona göre balgamdan etkilenen birey sakince durur. Ancak safradan etkilenen birey hareketli olur, hile yapar ve şakacı olur. Depresyon durumu melankoli olarak tanımlanmıştır. Bu kelime siyah anlamındaki “melan” ve safra anlamındaki “cholé” sözcüklerinin birleşimidir. Hipokrat’a göre bağırsak ve dalakta kara safra birikmekte ve beyne bunun olumsuz etkileri olmaktadır. Bunun yanı sıra stresi oluşturan durumlar da melankoli yaratmaktadır. Bu yaklaşım Hipokrat sonrası başka hekimler tarafından da geliştirilerek sürdürülmüştür (Berrios, 1988).

Hipokrat’ın yaklaşımı Batı’da egemen olurken Türk ile Arap coğrafyasında ruh sağlığını İbni Sina ile İshak İbni İbram geliştirmişlerdir. İbni Sina’nın (M.S. 980-1037) “Kanun” kitabında ruh hastalığı ile bozuklukları onbeş kategoriye ayrılmışlardır ve ruh hastalıklarının oluşumu beyindeki aksaklıklara bağlanmıştır. Melankoli konusunda ise depresyonun farklı türlerinin farklı oranda karışan vücut sıvılarından ileri geldiği ifade edilmiştir. Bu yaklaşım günümüzdeki nörotransmitter varsayımlarının çıkış noktası olarak görülebilir. İ. İbni İbram’e göre ise melankolinin

temel nedeni baba sperminin zarar görmüş olması olabilir. Bu durum genetik faktörlerin bozulmasına neden olur. Ayrıca bazı özel mizaç durumlarında aşırı zihinsel yorgunluk veya bozuk uyku düzeni görülebilir ve bunlar da melankoli nedenleridir. Melankoli yaşayan insan genel olarak yavaşlar, hareketleri azalır, uyku problemleri yaşar, iştahını kaybeder, konuşmakta zorlanır, moralsizdir, endişeler ve keder yaşar ve intihara meyilli olabilir (Köknel, 2000). Theodor Meynert'e göre mani ve melankoli beyin kabuğundan kaynaklanmaktadır. Meynert bilinç bulanıklığını ve hezeyanla kendini gösteren hastalıkları ise beyin kabuğu altındaki sorunlara bağlamıştır (Köknel, 2000). Emil Kraepelin'in (1856-1926) "Psikiyatri Temel Kitabı" isimli kitabında ise mani ve melankoli şeklinde belirtiler veren hastalıkların esasında farklı iki görüntü gösteren aynı rahatsızlık olduğu iddia edilmiştir. Bu hastalık için "mani melankoli psikozu" ismi ortaya atılmıştır (Akiskal, 2005).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-V (DSM-V) depresif bozuklukları yedi başlıkta incelemiştir. Bunlar unipolar majör depresyon(majör depresyon bozukluğu), süregiden depresyon(distimi), yıkıcı duygudurumu düzenleyememe durumu, premenstrual disfori ve madde veya ilaç kaynaklı depresyon, başka bir sağlık sorununa bağlı depresyon, diğer tanımlanmış depresyon ve tanımlanmamış depresyondur (APB, 2014). Tanı özgüllüğüne yardımcı olmak adına DSM-5 kapsamında, depresif bozukluk; anksiyöz, atipik, melankoli, karma ve psikoz özellikleri gösteren, katatoni ile giden peripartum başlayan ve mevsimsel yapılı olmak üzere klinik alt tiplere ayrılmıştır (APB, 2014).

Unipolar majör depresyon (majör depresif bozukluğu) tanısının konulduğu hastalar en az bir kere majör depresif atak geçirmiş ancak mani ya da hipomani geçmişi bulunmayan hastalardır. DSM-5'e göre majör depresyon bozukluğu kişinin fonksiyonlarını etkileyecek seviyede sürekli bir çökkün duygu durumu veya hayattan zevk alamama durumu ile birlikte uykuda veya iştahta değişim, enerjisizlik ya da halsizlik durumu, süregelen ölüm düşünceleri, retardasyon/ajitasyon ve değersiz/suçlu hissetme gibi belirtilerden en az dört tanesinin iki haftalık bir süreç boyunca olması ile tanılanmaktadır (APB, 2014).

Unipolar majör depresyon rahatsızlığının yaygınlığı yüksektir. Ayrıca bu hastalık kronikleşebilmektedir. Bu rahatsızlığı oldukça ciddi kılan diğer özellikleri hastada intihara neden olma riskinin yüksekliği, hastada yeti yitiminin olası olması ve ekonomik sıkıntılar doğurmasıdır. Ondört ülkeyi kapsayan toplum tabanlı bir çalışmada, unipolar depresif bozukluğun hayat boyu yaygınlığı %12 olarak tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 2003). Dünya Sağlık Örgütü'nün 291 potansiyel hastalık ve engellilik nedenini sıraladığı listede unipolar majör depresyonun 11. sırada olduğu görülmektedir (WHO, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre unipolar majör depresyon 2020 yılında dünyada en fazla işlevsellik kaybı yaratan hastalıklar arasında ikinci sırayı alacaktır (WHO, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde majör depresyon yeti yitimi nedeni olan tüm hastalıklar arasında ikinci sırada bulunmaktadır (Sobocki ve ark., 2006). Diğer yandan majör depresyon en yüksek maliyeti olan zihinsel hastalıktır ve hergeçen gün külfeti artmaktadır (Sobocki ve ark., 2006).

Depresyon tedavi edilmezse intiharlara neden olabilmektedir. Majör depresyona sahip insanlar majör depresyon hastası olmayan insanlara göre 20 kat daha sık intihar etmektedirler (Kessler ve ark., 2003). Majör depresyonun diğer bir özelliği ise yineleyen bir rahatsızlık olmasıdır. Bir atak geçiren bireyin hastalığı iki yıl boyunca %40 oranında nüks ile karşılaşabilmektedir. İki atağın ardından gözlenen nüks oranı ise %75'tir (Kessler ve ark., 2003).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal bir araştırmaya göre majör depresyon rahatsızlığı olan insanların %60'ı işinde, evdeki işlerinde, ilişkilerinde ve sosyal rollerinde ağır ya da çok ağır şiddette bozukluklar yaşamaktadırlar (Kessler ve ark., 2003). Şiddetli depresyon hastalarının yatalak hale geldikleri, tuvalet ve banyo gibi kişisel hijyen ihtiyaçlarını dahi yardımsız göremedikleri gözlenebilmektedir. Dolayısıyla depresyonun oldukça ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Hem mortalite hem de morbidite açısından depresyon çok tehlikeli bir risk faktörü olabilmektedir (Sobocki ve ark., 2006).

1.2. Majör Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünyadaki en yaygın psikiyatrik rahatsızlık depresyondur (Cimilli, 1997). Depresyon her yaşta görülebilir; ancak genellikle 20'li yaşların ortalarında başladığı belirtilmektedir (Doğan,2000). Epidemiyolojik Alan Çalışması (Epidemiologic Catchment Area/ECA) ortalama başlangıç yaşını 27,4 olarak, Hollanda Mental Sağlık ve Araştırması ve İnsidans Çalışması (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study/NEMESIS) ise 29.9 olarak vermektedir (Kessler, 2003 ve Kessler ve ark., 1997). En yaygın görülen yaş aralığının 25 ila 44 yıl arasında olduğu belirtilmektedir. Majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı Angs'ın (1992) yaptığı çalışmaya göre %4,4 ila %19,6 arasında iken Kessler'e (1994) göre bu rakam %17 civarındadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre, oniki aylık depresif atak yaygınlığı kadınlarda % 5.4, erkeklerde % 2.3 olarak saptanmış ve toplam yaygınlığı ise % 4 olarak bulunmuştur (Erol ve ark.,1998). Depresyonun epidemiyolojisi hakkında yapılan çalışmalar, kadınların erkeklere kıyasla daha sık depresyon yaşadıklarını, kadınların majör depresyon riskinin erkeklerden iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Akiskal, 2005 ve Kessler ve ark., 1998). Fakat yaşamın ilerleyen evrelerinde bu cinsiyet farkı azalmaktadır. Erkeklerin %5 ila %12'sinin, kadınların ise %10'u ila %25'inin hayatları süresince depresyondan etkilendikleri belirtilmektedir (Doğan,2000). Kadınlarda bu rahatsızlığın daha sık görülmesinin nedeni olarak hormon temelli farklılıklar, genetik yatkınlık, monoamin oksidazın yüksek olması, tiroid rahatsızlıkları, menstruasyon gibi biyolojik faktörler gösterilmektedir. Bunların yanında küçük yaşlarda şiddete maruz kalma, girişkenliklerinin önüne geçilmesi, boyun eğici, pasif ve bağımlılık karakter özelliklerinin desteklenmesi, kadının toplumsal rolleri, kadından ev işi, çocuk büyütme, eşe karşı yükümlülükler gibi beklentilerin olması, eğitim ve istihdam açısından daha düşük imkânlar, işsizlik, sosyoekonomik farklılıklar, cinsiyet ayrımcılığı gibi etkenler de öne sürülmektedir (Akiskal, 2005; McIntyre ve ark., 2006).

Majör depresif bozuklukta (MDB) başlangıç yaşının kaç olduğu da önem taşımaktadır. Erken başlayan MBD bireyin sosyal ve mesleki işlevini bozmakta,

hayat standartlarını düşürmekte, eşanlı fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları ve intihar girişimlerini sıklaştırmaktadır. Ayrıca depresif dönemlerin sayı ve sıklığı artmaktadır (Işık ve ark., 2013). Majör depresif bozukluk ile medeni durum arasında bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Bekâr, ayrı yaşayan, dul ya da boşanmış olmak MDB riskini yükseltmektedir (Akiskal, 2005; McIntyre ve ark., 2006 ve Erol ve ark., 1998). Hiç evlenmemiş kişilerde ise risk bu gruplara kıyasla daha azdır (Küey, 1998). Türkiye’de MDB’nin yaygınlığına bakıldığında ayrı yaşayanların, boşanmışların ve dulların en fazla MDB yaşadıkları, evlilerin ise sıklığının en az olduğu görülmektedir (Doğan,2000).

Yapılan çalışmalar MDB ile gelir düzeyi düşük olan, okur-yazar olmayan bireylerde daha yaygın olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark., 1994; Doğan,2000; Kaya, 2007). Ayrıca işsizlik de depresyon için önemli bir risk faktörüdür. İşsizlerin işsiz olmayanlara kıyasla üç kat, yoksul bireylerin yoksul olmayanlara kıyasla iki kat daha fazla depresyon riski olduğu saptanmıştır (Işık ve ark., 2013).

1.3. Majör Depresyonda Risk Faktörleri

Majör depresyonun temel risk faktörleri arasında kalıtsal özellikler, karakterin depresif eğilimleri, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, hayatta yaşanan olumsuz olaylar, yakın ilişkilerin yetersiz olması ve fiziksel rahatsızlıklar yer almaktadır (Ünal ve ark.,2002). Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre ise depresyonun risk faktörleri; 40 üzeri yaş, kadın cinsiyet, eşi kaybetmiş olma, çekirdek ailede büyümüş olma ve sosyo-ekonomik seviyenin düşük olmasıdır (Küey, 1998).

Günümüzde majör depresyon nedenleri üç temel başlığa ayrılmaktadır. Bu başlıklar genetik, biyolojik (yaş, cinsiyet, hastalıklar, psikolojik etkiler, stresli yaşam olayları ve kayıplar, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey, çalışma durumu, bazı kişilik özellikleri ve kültür) ve psikososyal olarak sıralanmaktadır. Bu üç faktör birbirinin etkisini şiddetlendirerek majör depresyon gelişme riskini artırır (Küey, 1998).

1.4. Major Depresyonun Tanısı ve Klinik Özellikleri

Depresyon tanısının konmasında semptomlar, semptomların ne kadar zamandır sürdüğü ve ne kadar şiddetli olduğu ve dışlama ölçütleri değerlendirilmektedir. Tanı ve sınıflandırmada en fazla DSM-IV-TR kullanılmaktadır (Uluşahin, 2003).

Majör depresyonun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı , 2007).

A. İki haftalık bir periyod için; daha önceki duruma göre işlevselliğin farklılaşmış olması ve şu belirtilerden beşi veya daha fazlasının gözlemlenmiş olması (Genel tıbbi duruma bariz bir şekilde bağlı olan veya duygudurum ile uyum göstermeyen hezeyan veya varsanı semptomları sayılmaz) (Arslan, ve ark., 2009);

- Depresif duygudurum veya

- İlgi kaybı veya zevk alamama görülmesi

- Hasta kendisini üzgün veya boşlukta hissediyor olarak bildirmesi veya başka insanların hasta hakkında ağlamaklı görüldüğü gibi gözlemlerini dile getirmesi, bu durumun da neredeyse her gün ve neredeyse bütün gün devam etmesi (çocuklar veya ergenler irritabl duygudurum yaşayabilirler),

- Neredeyse hergün ve neredeyse bütün gün süregelen bir şekilde çoğu veya bütün etkinliklere karşı ilgisizlik veya bunlardan alınan zevkin azalması. Bu durum hastanın kendi sözleri ile veya başka insanların gözlemlerini dile getirmeleri ile belirlenir

- Diyet yapma durumu olmadığı halde önemli düzeyde ağırlık kaybedilmesi veya ağırlık kazanılması (bir ayda vücut ağırlığının %5'i kadar) veya iştahta sürekli bir azalma veya artma olması (çocuklarda beklenenin altında ağırlık kazanımı)

- Neredeyse hergün, insomnia (uykusuzluk) veya hipersomnia (aşırı uyku) yaşanması

- Neredeyse hergün yaşanan psikomotor ajitasyon veya retardasyon (Bu belirti için hastanın kendi şikayetlerini bildirmesi yeterli değildir. Diğer insanların bu yönde gözlemlerini belirtmeleri gerekmektedir) (Schwartz ve ark.,2004),

- Neredeyse hergün hastanın yorgun olması, bitkin olması, enerjisiz hissetmesi (Kachur ve ark., 2005)

- Neredeyse hergün değersizlik, aşırı veya temelsiz suçluluk duyguları yaşanması. Bunlar sanrısız olabilirler. Kişinin hasta olduğu için kendisini kınaması veya hastalığından suçluluk duyması yeterli değildir (Preiss ve ark., 2013).

- Neredeyse her gün, düşünememe veya belli bir konu üzerinde konsantrasyon sağlayıp düşünememe, kararsızlık yaşama. Bu durum hastanın kendisince beyan edilebilir veya çevresindekiler durumu bildirebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Süregiden ölüm düşünceleri (yalnızca bir ölüm korkusu değil), özgül bir plan yapılmadan intiharın düşünülmesi, intihara teşebbüs veya intiharın özgül bir şekilde planlanması.

B. Bu semptomlar başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz

C. Bu semptomlar sebebiyle klinik düzeyde tespiti yapılabilen bariz bir sıkıntı, sosyal mesleki veya diğer kritik işlev alanlarında bir bozulma.

D. Bu semptomlar kötüye kullanılan veya tedavi amaçlı kullanılan bir ilaç ya da hipotiroidizm gibi bir fizyolojik durumun etkilerinden kaynaklanmamaktadır.

E. Bu semptomların açıklanması için yas daha iyi bir sebep sağlamamaktadır. Örneğin sevilen birinin kaybedilmesinin ardından semptomlar 2 ay içerisinde kaybolmaz veya bu semptomlar sebebiyle bariz bir işlev bozulması, hastalık seviyesine gelmiş değersizlik sanrıları, intiharı düşünme, psikotik belirtiler veya psikomotor retardasyon ile sergilenir.

1.5. Majör Depresyonun Tıbbi Tedavisi

Bir ruhsal hastalık olarak depresyon Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından yapılan melankoli tanımına kadar gitmektedir. Buna karşın depresyonun tedavisine yönelik tedavilerin uygulanması oldukça yenidir. Antidepresanların keşfi ile depresyon tedavisinde devrim yapılmadan önce ilaç harici tedaviler kullanılmıştır. Bunlar çeşitli teorik dayanakları olan psikoterapi, psikoanaliz, elektrokonvulzif tedavi, parlak ışık tedavisi gibi tedavilerdir. Antidepresanların ortaya çıkışı 1950'lerde olmuştur. Bu tarihlerde tüberküloz tedavisi üzerinde çalışılırken iproniazid'in antidepresan özellikler gösterdiği görülmüştür (Köknel, 2002).

İproniazid bir izoniyazid türevidir ve bu ilacı alan hastaların depresif belirtilerinde iyileşmeler saptanmıştır. İproniazidin monoamin oksidaz (MAO) enzimini inhibe etmesi nedeniyle böyle bir etki yaptığı ortaya çıkmıştır. Bu gelişmelerin ardından, İsviçreli psikiyatrist Roland Kuhn da imipramin'i bir antidepresan olarak tanımlamıştır. Bu ilaçlar moleköl yapılarına atıf yapılarak trisiklik antidepresanlar şeklinde isimlendirilmişlerdir. Depresyon tedavisinde bu tarihten itibaren sıklıkla kullanılmışlardır. İlaçların çalışması üzerinde yapılan daha ileri çalışmalar monoaminlerin belirlenmesini sağlayarak depresyonun patofizyolojisinin anlaşılabilmesinin yolunu açmıştır (Asberg ve Mårtensson, 1993). Bu antidepresanlar oldukça fazla yan etkiye sebep olmaktadır. Bu yüzden yeni ilaçların geliştirilmesi için çalışılmaya başlanmıştır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) 1980'lerde ortaya çıkmıştır. İlerleyen süreçte ise seçici serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) tanımlanmıştır ve bu durum yeni ilaçların hızla ortaya çıkmasını sağlamıştır. Günümüzde majör depresif bozukluğun tedavisi için çok sayıda ilaç grubu mevcuttur. Bunlardan bazıları SSRI, SNRI, trisiklik antidepresan, monamin oksidaz inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri, alfa-2 adrenoreseptör antagonistleri, melatonin agonistleri şeklinde sayılabilir. Antidepresan gruplarındaki ilaçlar keşfedildikleri tarihten bu yana oldukça yaygın olarak kullanılmaktadırlar ve giderek daha da yayılmaktadırlar (Hemels ve ark., 2002).

Majör depresyon hastalarında duygusal iştah artışı söz konusudur. Duygusal iştah sonradan öğrenilen bir davranıştır ve duyguları düzenleme üzerine etkilidir (Kaplan ve Kaplan, 1957). Duygusal iştah, olumsuz duygu durumu karşısında geliştirilir ve depresyon ile pozitif ilişkilidir (Kontinen H, 2010). Yeme davranışının stres azaltıcı etkisi sebebiyle endişe ve stres esnasında bireyler dürtüsel olarak yeme davranışı geliştirerek obezite riskini artırır. Bu durumda besinler “stresi azaltma aracı” olarak görülmektedir. Stres ve yeme davranışı arasındaki bütün fizyolojik mekanizmalar tam anlamıyla tanımlanmamış olsa da, öğrenme, taklit etme ve duyguları düzenleme gibi psikolojik mekanizmaların hormonal olarak etkilenmesi şeklinde açıklanabilir (Reichenberger ve ark., 2018).

Majör depresyonun tedavisinde kullanılan ilaçların da iştah üzerine etkileri olup, etkinin yönü kullanılan ilaçların türüne göre değişiklik göstermektedir. Serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri ve serotonin reseptörlerinde artışla birlikte iştahta azalmaya neden olarak ağırlık kaybına yol açtığı gözlenmiştir (Ruetsch O ve ark.,2005; Sussman N ve ark. ,1999). Ancak, trisiklik antidepresan, monamin oksidaz inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri gibi ilaçlar serotonerjik, adrenerjik, histaminerjik, kolinerjik ve dopaminerjik reseptörleri etkileyerek iştahın artmasına neden olabilmektedir (Lee SH ve ark., 2019). Bu sonuçlar depresyonun hem kendisinin hem de tedavisinin yeme davranışını etkileyebildiğini göstermektedir (Özenoğlu A.,2018).

1.6. Duygular ve Yeme Davranışı ile İlgili Teoriler

Duygular ile yeme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı teoriler vardır. Bunlardan biri psikosomatik teorisidir. Buna göre aşırı yeme ile yalancı açlık farkındalığı yakından ilgilidir. Bu teoriye göre bireyler aç veya tok olduklarını kavrayamamaktadırlar. İştah ve açlık-tokluk hissiyatlar içsel uyaranlardır. Ancak bu bireyler bu uyaranları göz ardı ederek tamamen duygularına dayanarak yemek yerler. Bu tip bireylerin açlık farkındalıkları konusunda içsel programlamaları hatalı kurulmuştur. Bu nedenle yeme davranışları dışsal uyaranlara bağlı hale gelmiştir (Canetti ve ark.,2002).

Kaplan (1957), ortaya attığı obezite teorisinde obez bireylerin aşırı besin tüketme davranışlarını gergin ve sıkıntılı duygudurumlarında anksiyetelerini azaltma çabası olarak görmektedir. Obez hastalar için açlık hissi ile anksiyete artık birbirinden ayıramaz haldedir. Hem açlığa hem de anksiyeteye yanıt olarak yemek yemektedirler Strien ve ark., (1995) ise içsel dışsal teorisinde korku ve anksiyetenin normal vücut ağırlığındaki bireylerde iştahı azalttığını ancak obez insanların içsel uyaranlarının çalışmamasından dolayı böyle bir tepki göstermediklerini ifade etmektedir. Dışsal yeme teorisine göre, tıpkı psikosomatik teorideki gibi obez bireyler içsel açlık ve tokluk uyarıcılarına duyarsız hale gelmişlerdir. Ancak bu iki

teori yeme olayının yeniden başlama nedeni olmasında birbirlerinden ayrılmaktadırlar. Dışsal yeme tutumu sahibi bireyler yalnızca besin ile aynı ortamdalarsa yemek algısı oluştururlar. Besinin koku ve görünüşü gibi dış özelliklerinden etkilenirler ve aşırı yerler ancak yemek ile ilgili başka bir algıya sahip değildirler (Strien ve ark., 1995)

Lowe ve ark. (2007) kısıtlama teorisini geliştirmişlerdir ve buna göre besinlere yönelik olan aşırı yeme arzusu temelini bilişsel kısıtlama gayretinden almaktadır. Bu davranışın gözlemlendiği bireyler devamlı olarak çok yedikleri için rahatsızlıklarını dile getirmektedirler. Obez olmaktan memnun değildirler ve yemek yemek istemezler. Bu tip bir kısıtlamada bireyin yerken gereksinim duyduğu kadar besini almasına dair bir kısıtlama değildir; bireyin çabası arzu ettiğinin altında yemek yemektir. Normal vücut ağırlığında olan bireyler ağırlık kaybetmek amacıyla değil vücut ağırlıklarını korumak amacıyla yemeyi kısıtlarlar. Kısıtlayıcı yeme davranışı uzun süre sürdürüldüğü takdirde artık sürdürülemeyecek düzeye gelebilir ve bu durumda aşırı yeme atakları ortaya çıkabilir (Braet ve ark.,2008). Bu tip bir davranış vücut ağırlığını istediği şekilde etkilemek için günlük enerji alımlarını kısıtlama davranışı gösteren bireylerde meydana gelebilen bir davranıştır. Yemek yemesini kısıtlayan bireylerin öz kontrolü anksiyete ve depresyon gibi durumlarda ortadan kalkabilir (Herman ve Mack, 1975) Kısıtlayıcı yeme davranışının görüldüğü bireylerde stres kaynaklı hiperfaji daha sık görülür (Habhab ve ark., 2009). Kaçış teorisine göre ise duygusal aşırı yemenin gözlemlendiği insanlar aşırı yemeyi olumsuz farkındalık ortamlarından kaçış metodu olarak kullanmaktadırlar (Habhab ve ark., 2009).

1.7. Duyguların Yeme Davranışı Üzerine Etkileri

Yeme davranışının duyguları nasıl etkilediği konusunda yapılan bir çalışmada, negatif duygu durumu ile yüksek besin tüketimi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir ve çalışma sonucunda, mutluluk durumuna kıyasla üzgün duygu durumunun besin alımını daha kuvvetli bir şekilde tetiklediği saptanmıştır (Evers ve ark., 2013) Vücut ağırlığı normal olan sağlıklı bireyleri konu alan bir çalışmada ise bu bireylerde

olumlu duyguların besin alımını tetiklediği belirlenmiştir (Racine ve ark., 2013). Olumlu duyguların ilişkisi olan faktörler genellikle güvenlik, sevgi, topluma ait olma gibi temel gereksinimler, yeni deneyimlere açıklık, bireysel gereksinimleri anlatabilme becerisi, yeni bilgiler kazanma, keyifli aktivitelere katılım gösterme gibi etkili duygusal yönetim faktörleri, ile insan ilişkileri, pozitif tutumlar ve davranışlar gibi çevreye uyum becerileridir. Mutluluk, minnet, sevinci coşku, gurur, iyimserlik, sağlık, duyguların özgür ifadesi gibi duygular pozitif olarak görülmektedir. Olumsuz duyguya örnek olarak karşılanmamış gereksinimler, hedeflerin önündeki engeller, hayal kırıklığı, yetersiz duygusal yönetimin neden olduğu bireyin kendi duygu ve gereksinimlerine uzak olması, olumsuz düşünceler, gerçekte olan veya sanırsal olan tehlike ve tehditler, kayıplar, travmalar, cezalar ve kısıtlılıklar verilebilir. Kişinin şevkinin kırılması, üzülmesi, hayal kırıklıkları, pişmanlık, umutsuzluk, yalnızlık, suçluluk hissetme, acı, öfke, utanma, tiksime, kıskanma, korkma, anksiyete, endişe, ajitasyon, stres, panik ve benzeri duygu durumları da olumsuz duygu durumlarıdır (Andries, 2011).

Duygusal olarak yemek yiyen kişiler bu ve benzeri olumsuz durumlar ile başa çıkmak için kendilerine psikolojik destek yaratmaya çalışmaktadırlar. Ancak tıkinarak yeme ataklarının nedeni duyguların tanınamaması veya algılanamamasıdır. Eğer bireyler bir duyguyu yoğun bir şekilde yaşamalarına karşın duyguların gerçek anlamlarını algılamakta güçlük yaşarlarsa bu duygu durumunun baş edilemez olduğunu düşünebilirler. Örneğin "kendimi kötü hissediyorum" diyen bir birey sıkıntısının nedenini bilmekten uzaktır. Aynı birey "kendimi endişeli ve utanç dolu hissediyorum" diyorsa duygularını daha iyi görebildiği düşünülebilir. Duyguların ifade edilmesindeki zorluk bireylerin rahatsızlık verici durumdan kurtulmak için besinleri kullanmalarına ve bu sayede kendi dikkatlerini dağıtmalarına gidebilecek bir yolun başlangıcıdır. Bu da bir kaçınma davranışıdır (Taitz ve Safer, 2012).

Bir araştırmada, yüksek enerjili besinlerin tüketilmesi hakkında, beynin ödül sisteminin ve kortizol hormonunun rolüne yoğunlaşılmıştır. Araştırmacılar nörobiyolojik mekanizmaların stres ile ve yeme ile olan ilişkilerinin anlaşılmasının gerekliliğinin altını çizmişlerdir. Bunun yanında, stres durumlarında artan besin alımı

artışının ödöl sistemi sayesinde çözülebileceği de ileri sürülmüştür (Tan ve Chow, 2014). Düzenli yeme alışkanlığı olmayan 345 genç bireyin dahil edildiği bir çalışmada, stres altındaki bireylerin beyinlerinin açlık ve tokluk sinyallerine daha az yanıt verdikleri saptanmıştır. Bu durum duygusal yeme davranışı eğilimini artırmaktadır. Maskeleme hipotezi ise stresin duygusal yemeye yaptığı etkileri inceleyen bir diğer hipotezdir. Maskeleme hipotezi uyarınca yemek yeme olumsuz duyguları maskeleyebilmektedir. Zira aşırı yemek yemenin ardından vücutta bir hoşnutsuzluk oluşacak ve bireyin daha önemli sorunlarından kaynaklanan stresi çözülmesi daha basit olan bu hoşnutsuzluk gizleyecektir (Polivy ve Herman, 1999).

1.8. Majör Depresyon ve Beslenme İlişkisi

1.8.1 Depresyon ve Obezite

Dünya genelinde obezite oldukça önemli bir sağlık sorunudur (Liu ve ark., 2016). Obezitenin neden olduğu fiziksel sorunlar açık ve net bir şekilde ortaya konmuştur. Ancak obezite-psikiyatrik sorunlar arasındaki ilişki tam olarak net değildir (Xiang ve An, 2015). Toplumun şizofreni ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukları olan bireylerinin morbidite ve mortaliteye daha yatkın oldukları bilinmektedir (Allison, ve ark., 2009). Obezitenin kalp hastalığı, felç ve fonksiyonel bozukluk gibi hayat kalitesini bozan hastalıklara neden olduğu bilinmektedir ve bu hastalıklar dolaylı olarak depresyonu tetiklerler (Bornsteinve ark., 2006). Bu gibi psikiyatrik hastalıkları olan insanlar çok ileri yaşları görememektedirler ve genellikle kalp hastalıkları nedeniyle yaşamlarını yitirmektedirler. Psikiyatrik hastalıkları olan bireylerde kalp hastalıklarının sıklıkla gözlenmesinin nedeninin obezite olduğu öne sürülmektedir (Allison, ve ark.,2009).

İnsan hayatı boyunca obezite en çok orta yaşlar olarak kabul edilen 40 ila 60 yaşları arasında görülmektedir. Orta yaşta insanların bağışıklık sistemleri düşmeye başlar, ağırlık kazanır ve sağlık için kötü alışkanlıklar yaygınlaşmaya başlar (Xiang

ve An, 2015). Obezite-depresyon ilişkisi karmaşık ve çok faktörlü bir ilişki olarak tanımlanmaktadır (Martin ve ark., 2016). Çok sayıda biyolojik, sosyal ve kognitif süreç vasıtasıyla obezitenin depresyona neden olabildiği bilinmektedir (Bornstein ve ark., 2006). Obezite ile depresyon alanlarındaki çalışmalar çoğu zaman bu iki konuyu birden ele almazlar. Ortak etiyolojik modeller en başta psikodinamik modellere göre birkaç gelişme oluştuğuna işaret etmektedir. Klinik yenilikler ışığında bu iki alanın çok sık örtüşmedikleri söylenebilir (Faith ve ark.,2002).

Obezite-depresyon ilişkisinin açıklanmasında fizyolojik mekanizmalar, proinflamatuvar sitokinlerin üretiminin farklı bir hal alması ya da serebral endotelyumda farklılaşmalar meydana gelmesi gibi hipotezler ileri sürülmüştür (Salvich ve Irwin, 2014). Obez ve depresyonlu bireylerde hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksı düzenli çalışmamaktadır. Hem depresyon hem de obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar, HPA aksını düzenler. Bu durum iki sağlık sorunu arasında bir ilişkiye ve potansiyel bir stres-yanıt sistemine işaret etmektedir (Bornstein, ve ark., 2006). Obezite çeşitli sağlık problemleri yaratır ve kişileri fiziksel etkinliklerden uzaklaştırır. Bu durum psikoloji üzerinde olumsuz etki yaratır (Martin ve ark.,2016). Obezite-depresyon arasındaki ilişki sadece klinik bulgulara dayanmamaktadır. Sinir sisteminin yapısı da bu ilişki üzerinde etkilidir. Özellikle mental hastalıkların olumsuz etkileri obez depresif hastalarda daha şiddetli görülmektedir.

Roberts ve ark.nın (2000) bir yıllık prospektif incelemelerinde obezite ile yüksek depresyon düzeyi arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Obezite ile depresyon arasındaki ilişki cinsiyet, etnik köken ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Xiang ve An, 2015; Martin ve ark., 2016). Kadınların hem obezite hem de çoğu mental bozukluk konusunda daha yüksek risk taşıdıkları bilinmektedir (Martin ve ark., 2016). Kloiber ve ark. (2007), majör depresyon hastası obez ve fazla kilolu bireylerin depresyon için yapılan tedaviye cevap verme sürelerinin normal vücut ağırlığına sahip bireylere kıyasla daha uzun olduğunu saptamıştır. Obezitenin yanında yaşanan depresif semptomlar tedavi sürecine etki etmektedirler. Dolayısıyla diyetisyenler hastalarının sahip olduğu

depresif bozuklukların farkında olmalılardır. Çünkü, beden, vücut ağırlığı, besin tüketimi kaygıları ve tıknırcasına yeme gibi spesifik besin tüketimi psikopatolojileri ve azalan kendine güven duygusu ilişkisi açısından bu durum oldukça önemlidir (Werrij ve ark., 2006).

1.8.2. Depresyon ve Diyet Örüntüsü

Toplum sağlığı açısından depresif semptomlar ile diyet örüntüsü arasındaki ilişki önemli bir konudur (Murakami ve ark., 2008). Depresif semptomlar ile besin tüketimi arasındaki ilişki farklı mekanizmalar ile açıklanabilmektedir. Besin tüketim örüntüsü depresyonun gelişimine etki edebilir veya depresyona bağlı olarak diyet kalitesi düşük olabilir. Diğer yandan hem depresyon semptomlarının var olması hem de dengesiz beslenme birbirinin etkisini güçlendirebilir (Crawfordve ark.,2011). Depresyonlu bireylerin sağlıklı beslenmeye yönelik motive olmaları oldukça güçtür. Bu bireyler, kendilerini cezalandırmak amacıyla sağlıksız beslenebilirler. Depresyon görülen bireylerin özellikle daha fazla fast-food ve tatlı yedikleri ifade edilmektedir (Müftüoğlu, 2016).

Gillen ve ark. (2012), 198 katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, daha az depresif semptoma sahip olan kadınların daha sağlıklı beslendikleri saptanmıştır. Crawford ve ark.nın (2011), 45 ile 54 yaşlarındaki 626 kadın ile yaptıkları araştırmada, depresif davranış ve sık fast-food tüketimi arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Florez ve ark. (2015) 639 kişinin dahil olduğu bir çalışmada, depresif semptom sayısı arttıkça diyet kalitesinin azaldığını öne sürmüşlerdir. Diğer yandan Appelhans ve ark., (2012), depresyon tanısı almış 161 obez kadın ile yaptıkları çalışmanın sonucunda, düşük diyet kalitesi ile depresyon semptomlarının şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki saptamışlardır. Özellikle, yüksek miktarda şükroz, sodyum ve doymuş yağ asidi, düşük miktarda beyaz ve kırmızı et tüketimi ile depresyon arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Düşük diyet kalitesi genellikle meyve, sebze, yağlı tohumlar ve kurubaklagillerin yeterli miktarda tüketilmemesine bağlı olarak düşük diyet posası, yüksek doymuş yağ asidi, trans yağ asidi, sodyum ve

alkol alımı ile ilişkilidir. Bu durum, vücut ağırlığının ve yağ kütlesinin artmasına neden olabilir (Appelhans ve ark., 2012). Diyet örüntüsünde meyve, sebze, balık ve tam tahıllı yiyeceklerin daha fazla olmasının depresyon semptomlarını hafiflettiği belirtilmektedir (Lai ve ark., 2014). Deneysel çalışmalar, yağ ve şeker içeriği yüksek besinlerin fazla miktarda tüketilmesinin, anksiyolitik etkileri dolayısıyla depresyon gelişme riskini artırdığını göstermektedir. (Huan Q ve ark., 2019; Vermeulan ve ark., 2017)

Lai ve ark.nın (2014) diyet örüntüsü ile depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri bir meta-analiz çalışmasında, Akdeniz ve Japonya gibi sağlıklı diyet örüntülerinin batı tarzı sağlıksız diyetlere kıyasla daha düşük depresyon riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sanchez ve ark.nın(2011), çalışmasına göre, Akdeniz tipi beslenme programının uygulanması, depresyon gelişme riskini ortalama 4,4 yıl azaltabilmektedir. Aynı çalışmada, sükröz, kızarmış besinler, işlenmiş et ürünleri, işlenmiş tahıllar ve çok yağlı süt ürünleri ile birlikte batı diyetinde çok bulunan bisküvi, kurabiye gibi yağlı ve şekerli atıştırmalıkları içeren diyetlerin depresyon riskini artırdığı saptanmıştır. Benzer şekilde, Dipnall ve ark.nın (2015), 2009 ve 2010 yıllarındaki Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması ile elde edilen verilere göre sağlıklı beslenme örüntüsünün depresyon riskini azalttığı belirtilmiştir.

1.8.3. Depresyon ve Gece Yeme Sendromu

Obez bireyler arasında gece yeme sendromu görülme sıklığı %6-%16 arasında değişebilmektedir (Gluck ve ark.,2001). Gece yeme sendromunun toplum genelinde görülme sıklığı ise %1,5'dir. Küçükgoncu ve Bestepe (2014), yaşları 19 ile 75 yaş arasında değişen 223'ü kadın 300 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada, majör depresyon hastalarında gece yeme sendromu sıklığının oldukça yüksek düzeyde olup %22 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise gece yeme sendromu tanısı alan bireylerde depresyon görülme sıklığının gece yeme sendromu tanısı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Birketvedt ve ark, 1999). Depresyon tanısı alan ve almayan kontrol grubu kıyaslandığında, depresyon

tanısı alanlar arasında gece yeme sendromu görülme oranı %35,2, kontrol grubunda ise %19,2 olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar, depresyon tanısının gece yeme sendromu görülme riskini 2,65 kat artırdığını göstermektedir (Orhan ve ark., 2011).

Depresyon ile gece yeme sendromu arasındaki ilişkide antidepresan ajanların rolü olabileceği, antidepresan ajanların açlık duygusu yaratarak iştahın artmasına neden olabildiği öne sürülmektedir. Bununla birlikte, psikofarmakolojik tedavilerin gece yeme sendromunu nasıl etkilediğini değerlendirmek zor olduğu için bu alana yönelik çalışma sayısının artırılmasının önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir. (Küçükgoncu ve Bestepe, 2014).

1.9. Majör Depresyonda Görülen Beslenme Sorunları

Majör depresyon ve beslenme arasındaki ilişki son derece karmaşık ve genellikle birbirini etkileyebilecek niteliktedir. Bazı beslenme sorunları majör depresyonu olumsuz yönde etkileyeceği gibi, majör depresyon kaynaklı beslenme sorunları da son derece sık karşılaşılan bir durumdur (Croft, 2002). Bu bölümde, majör depresyon durumunda dikkat çekici sıklıkla gözlenen beslenme sorunları ele alınacaktır.

1.9.1. Ağırlık Artışı

Ağırlık artışı ile depresyon arasındaki ilişki çift yönlüdür. Ağırlık artışı, majör depresyona, majör depresyon da kötü beslenme alışkanlıkları ve hareket kısıtlılığı gibi durumlara bağlı olarak ağırlık artışına neden olabilmektedir. Hangi durumun hangisini daha fazla tetiklediğini saptayabilmek için uzunlamasına çalışmalara gereksinim vardır.

Longitudinal çalışmaların derlendiği sistematik ve meta-analiz çalışmasında, majör depresyonun obezite riski üzerinde orta şiddetli bir etkiye sahip olduğu

saptanmıştır (Luppino ve ark., 2010). Bazı araştırmalarda cinsiyetin bu ilişkide rolü olduğu (McIntyre ve ark., 2006), kadınlarda majör depresyon ve ağırlık artışı arasında daha güçlü bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (De Wit ve ark., 2010). Bununla birlikte, Gariepy ve ark. (2010) yaptıkları araştırmada, obez olan bireyler ve depresyon arasında kuvvetli bir ilişki ortaya koymamışlardır, hatta erkek bireylerde ağırlık artışı ile majör depresyon riski arasında negatif yönde bir ilişki gözlemişlerdir. Araştırmacılar, majör depresyon hastalarının antidepresan ilaçların kullanılması ile vücut ağırlıklarının artacağına yönelik endişelerini dile getirdiklerini ifade etmişlerdir.

Her vakada, majör depresyon ile ağırlık artışı arasında anlamlı bir ilişki olmasa da tedavi planlarına ek olarak epidemiyolojik verilerin göz önünde bulundurulmasının faydalı olacağı düşünülmektedir (Gariepy ve ark., 2010).

1.9.2. Konstipasyon

Konstipasyon, psikiyatri hastalarında sık görülen bir semptomdur. İki yıllık dönemi rapor eden çalışmalarda, konstipasyonun görülme sıklığı şizofreni hastalarında %36,3 (Hert ve ark. 2011), depresif hastalarda %7,7 (Afridi ve ark., 2009) olarak kaydedilmiştir. Buna ek olarak, ileri derece akıl hastalığı olan hastalarda konstipasyon görülme sıklığının %15 olduğu saptanmıştır (Jessurun ve ark., 2013). Konstipasyon, psikiyatrik popülasyonda sık görülen bir sorun olmasına rağmen, literatürde konuya dair araştırma sayısı azdır. Bu durum birçok genel sindirim problemine ve yakınmalarına neden olabilen veya bunları ağırlaştırabilen konstipasyonun klinik sonuçları ile çelişmektedir. Konstipasyon; fekal impaksiyon, bağırsak perforasyonu, paralitik ileus ve ölüm gibi önemli komplikasyonlara bile yol açabilir (Hert ve ark., 2011). İleri derece akıl hastalığı olanlar genellikle somatik komorbiditenin tanı ve tedavisinde gecikmeyle yüzleşmek durumunda kalırlar. Yakın tarihli bir çalışmada, psikiyatri hastalarının sadece %18,5'inin konstipasyon sorunlarını psikiyatrlarına bildirdiğini göstermiştir (Koizumi ve ark., 2013). Hastalığın yükü, konstipasyonun erken tanı ve tedavisini klinik olarak önemli bir

noktaya getirmektedir. Demans ve depresyon konstipasyonun olası ikincil nedenleri olarak kabul edilmektedir (Lindberg ve ark., 2011). Ayrıca, anksiyete ve depresyonun, fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar, özellikle de irritabl bağırsak sendromu ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (Whitehead ve ark., 2002).

Depresyon tanısı konulurken konstipasyon genellikle göz önünde bulundurulur. Ancak, depresyonun da konstipasyona neden olabileceği genellikle göz ardı edilir. Psikiyatri hastalarında konstipasyon insidansının ve bu hastalığın yükünün de yüksek olmasına rağmen, konstipasyon ve majör depresyon arasındaki ilişki genellikle çok çalışılan bir konu olmamıştır (Staller ve ark., 2018).

1.9.3. Serum Vitamin Düzeyleri

Vitaminler üreme, büyüme ve vücudun bakımı için gerekli olan organik bileşiklerdir (Holden ve ark., 2012). Araştırmalar, vitamin desteğinin depresyon riskinin azalmasına katkıda bulunduğunu göstermiştir (Gur ve ark.,2014; Hanve ark., 2015; Maes ve ark., 2000). Özellikle, B₆ ve B₁₂ vitamin düzeyleri ile majör depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Skarupski ve ark.,2010). Navarra Seguimiento Üniversitesi (SUN) kohort çalışması sonuçlarına göre ise depresyondaki erkekler düşük folat düzeyine sahipken, depresyondaki kadınlar düşük B₁₂ vitamin düzeyine sahiptir, B₆ vitamin düzeyi ise her iki cinsiyette de depresyon açısından anlamlı bir fark göstermemiştir (Sánchez-Villegas, ve ark., 2009). Japonya'da yaşlılarla ilgili yapılan kesitsel bir çalışmaya göre erkeklerde serum vitamin düzeyleri (retinol, beta-karoten, D vitamini, alfa-tokoferol, K vitamini, B grubu vitaminleri, C vitamini ve kriptoksantin) ile depresyon arasında bir ilişki bulunamamış, kadınlarda ise aynı serum vitamin düzeyleri ile depresyon arasında zıt yönde bir korelasyon olduğu gözlenmiştir (Nguyen ve ark., 2017).

1.9.4. Aşırı Besin İsteği

Aşırı besin isteği, bazı besinlerin tüketimine yönelik çok yoğun bir arzu olarak tanımlanmaktadır. İnsanların büyük çoğunluğu hayatlarının belirli dönemlerinde bu türden istekler tecrübe edebilirler. Ancak bu isteğin sıklığı ve şiddeti ile ilgili birçok faktör bulunmaktadır (Özenoğlu, 2018).

Ne derece kuvvetli bir besin isteğinin aşırı besin isteği olarak sınıflandırılacağı literatürde tam olarak tanımlanamamaktadır. Ancak mevsimi dışında bir besine aşermek veya vücudun ihtiyaç duyduğundan fazlasını tüketmeyi arzulamak gibi örnekler bu kategori içerisinde değerlendirilmektedir. Özellikle karbonhidrata yönelik aşırı besin isteğinin düşük serotonin seviyelerinden kaynaklanan disfori sonucu meydana geldiği öngörülmektedir. Karbonhidrat açısından zengin yiyeceklerin, ruh halini iyileştirecek şekilde beyinde serotonin üretimini ve salınımı artırdığı ifade edilmiştir (Hopf, 2011). Ayrıca triptofan (serotonin hormonu öncüsü) düzeyi yükselerek serotonin salınımı artar. Diğer yandan karbonhidrat içeriği yüksek besinler, adrenalin ve epinefrinin kan düzeyinde dalgalanmalara neden olarak stres düzeyini artırabilmektedir (Özenoğlu, 2018). Willner ve arkadaşları (1998) tarafından hem deney hayvanları hem de insanlar ile yapılan çalışmaya göre, depresif ruh durumu tatlı besinler ile ödüllendirilme isteğini artırmaktadır. Benzer şekilde Kim ve Joo (2017), hemodiyaliz tedavisi gören bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmada, depresyon ve stresin aşırı besin isteğini artırdığını ifade etmişlerdir.

Majör depresyon nüfusun neredeyse bütün kesimini etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardandır. Tedavi edilmediği takdirde, genel sağlık durumunda bozulma ve yaşam kalitesinde azalma gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Majör depresyon ile beslenme durumu arasındaki ilişki önemli olup, komorbiditelerin gelişme riskinin azaltılmasında ve tedavisinde mutlaka göz önünde bulundurulması gereken bir konudur. Bu nedenle bu araştırmada, majör depresif hastalarının aşırı besin isteği ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı majör depresif hastalarının aşırı besin isteği ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda belirlenen alt amaçlar;

- 1.Majör depresif hastaları arasında aşırı besin isteği görülme sıklığının saptanması,
- 2.Majör depresif hastalarının enerji ve besin ögesi alımlarının belirlenmesi,
- 3.Majör depresif hastalarının antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesidir.

2.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi’nde psikiyatrist tarafından en az 6 ay önce DSM-IV kriterlerine göre majör depresyon tanısı konulmuş, 20-64 yaş arasında ayaktan ve yatarak tedavi gören, depresyon tedavisine yönelik ilaç kullanan, gönüllü kadın ve erkek hastalar ile yürütülmüştür. Özel diyet uygulayanlar ile gebe ve emziren bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

2.3. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Bolu AİBÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan 26/03/2019 tarihli ve 2019/110 protokol numaralı “Etik Kurul Onayı” (EK 1) ve T.C. Bolu İl Sağlık Müdürlüğü’nden 29/05/2019 tarihli 78410963-604.02 sayılı “Araştırma izni” (EK 2) alınmıştır. Bireylere anket formu uygulanmadan önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden

bireylere araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu’’ (EK 3) okutulup imzalatılmıştır. Araştırma verileri yüzyüze görüşerek araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır (EK 4).

2.4. Veri Toplama Teknikleri

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylere araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu’’ okutulup imzalatılmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların verileri, 4 bölümden oluşan bir soru kağıdı ile araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Soru kâğıdının ilk bölümünde bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, herhangi bir hastalığının varlığı, vb), bazı beslenme alışkanlıkları ve egzersiz yapma durumları sorgulanmıştır. İkinci bölümde antropometrik ölçümler değerlendirilmiş, üçüncü bölümde aşırı besin isteği değerlendirilmiş ve dördüncü bölümde 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı alınmıştır.

2.4.1. Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi

2.4.1.1. Vücut Ağırlığı ve Vücut Yağ Yüzdesi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin vücut ağırlıkları Tanita BC 601 marka cihaz ile çıplak ayakla, açlık durumunda ve hafif kıyafetlerle olmasına dikkat edilerek ölçülmüştür. Tanita BC 601 multifrekanslı hand-to-food segmental vücut analiz cihazı ile biyoelektriksel impedans (BİA) yöntemiyle vücut bileşimi analizleri ile vücut yağ kütlesi (%) ve yüzdesi saptanmıştır. Kullanılan bu yöntem; yağsız doku kütlesi ile yağ kütlesinin elektriksel geçirgenlik farkını kullanarak ölçüm yapmaktadır. Ölçümden bir veya iki gün öncesinde katılımcıların yoğun egzersiz yapmamaları, 8-12 saat boyunca açlık durumları ve sıvı tüketimi sorgulanarak, aç olanlar ve çok sıvı tüketmeyenler çalışmaya dahil edilmiştir. Bireylerin vücut yağ yüzdeleri Çizelge 2.1.’e göre değerlendirilmiştir (NIH,1998).

Çizelge 2.1. Yaşa, Cinsiyete ve Vücut Yağ Oranına Göre Obezite Sınıflaması

Yaş Grubu (yıl)	20-40	40-60	60-80
Cinsiyet			
Kadın			
Normal Ağırlıklı	%21-33	%23-34	%24-36
Obez	>%39	>%40	>%40
Erkek			
Normal Ağırlıklı	%8-20	%11-22	%13-25
Obez	>%25	>%28	>%30

2.4.1.2. Boy Uzunluğu (cm)

Bireylerin boy uzunlukları ayakkabısız, Frankfort düzlemi pozisyonunda (yere paralel düzeyde, göz üçgeni ile kulak kepçesi üstü aynı hizada) boy ölçüm aparatı ile ölçülmüştür (Pekcan, 2012).

2.4.1.3. Beden Kütle İndeksi (kg/m²)

Boy uzunluğunun vücut ağırlığının metrekaresine bölünmesiyle BKİ (kg/m²) hesaplanmıştır. Bireylerin BKİ değerleri, WHO kriterlerine göre değerlendirilmeye alınmıştır (Çizelge 2.1) (WHO, 2019).

Çizelge 2.2. BKİ Düzeylerinin WHO'ya Göre Sınıflaması

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,50 – 24,99
Fazla Kilolu	25,00 – 29,99
Obez	≥30,00

2.4.1.4. Bel Çevresi (cm)

Bireylerin iliak çıkıntı ile son kosta kemiğinin ortasındaki en düşük çevre ölçümü 0,1 cm duyarlılığa sahip mezura kullanılarak yapılmıştır. Bel çevresi ölçümüne dayalı olarak erkek ve kadın bireyler metabolik hastalık açısından riskli ve yüksek riskli olarak Çizelge 2.2'de sınıflandırılmıştır (WHO, 2011).

Çizelge 2.3. Bel Çevresine Göre Metabolik Hastalık Riski Sınıflaması

Metabolik Hastalık Riski	Bel Çevresi	
	Riskli	Yüksek Riskli
Cinsiyet		
Erkek	≥94 cm	≥ 102 cm
Kadın	≥80 cm	≥ 88 cm

2.4.2. Aşırı Besin İsteği Ölçeğinin Değerlendirilmesi

“Aşırı Besin İsteği Ölçeği”nin majör depresyon hastalarında Türkçe geçerliği ve güvenilirliği Müftüoğlu ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 9 faktör ve 39 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 3 madde ile besin tüketme niyeti ve planı olma alt boyutu; 5 madde ile yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi alt boyutu; 3 madde ile yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi alt boyutu; 6 madde ile yeme üzerine kontrolün olmaması alt boyutu; 7 madde ile yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti alt boyutu; 4 madde ile fizyolojik olarak aşırı istek duyma alt boyutu; 4 madde ile besin aşırı isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular alt boyutu; 4 madde ile aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar alt boyutu; 3 madde ile yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama hâlinde hissedilen suçluluk alt boyutu oluşturulmuştur. Ölçekteki maddelerin tamamı altı düzey likert olup; cevaplar 6=Her zaman, 5=Çoğunlukla, 4=Sık sık 3=Ara sıra, 2=Nadiren, 1=Hiçbir zaman olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması aşırı yeme isteği var olarak yorumlanmaktadır. Aşırı Besin İsteği ölçeğinden en az 36 en fazla 234 puan alınabilmektedir. Alınan puanın artması besin isteği artışı şeklinde yorumlanmaktadır.

2.4.3. Besin Tüketim Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi

Besin tüketim durumu, bir günlük besin tüketim kaydı alınarak yapılmış. Besin tüketimi sorulanırken 24 saatlik geriye dönük hatırlatma yöntemi kullanılarak bireylerin tükettikleri yiyecek ve içecekler araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme

yöntemi ilke kayıt altına alınmıştır. Tüketilen besinlerin miktarlarının değerlendirilebilmek amacıyla Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu kullanılmıştır (Rakıcıoğlu ve ark., 2012). Bireylerin tükettikleri bazı yemeklerin içine giren malzeme miktarları Standart Yemek Tarifeleri (Kutluay-Merdol, 2011) ve Türk Mutfağından Örnekler (Baysal ve ark., 2005) kitapları kullanılarak hesaplanmıştır. Tüketilen besin miktarlarından sağlanan enerji ve besin ögeleri alımlarını hesaplamak için Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler, Diyet Referans Değerleri'ne (DRI) göre değerlendirilmiştir. Gereksiniminin <%67,0'sini karşılaması hali “yetersiz”, %67-%133'sini karşılaması hali “yeterli”, >%133'ni karşılaması hali ise “fazla” tüketim olarak kabul edilmiştir.

2.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS analiz programı ile yapılmıştır. Değerlendirilen verilerin dağılımı normal olan değişkenler için ortalama±standart sapma, nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir.

Araştırmada verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığına Shaphiro Wilk testi ile bakılmıştır. Nitel değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık, normal dağılım gösterdiğimde Student's t-testi, normal dağılım göstermediğinde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki nicel değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olup olmadığı saptama amacıyla Pearson İlişki Katsayısı, ikiden fazla nicel değişken arasındaki istatistiksel anlamlılık incelendiğinde ANOVA testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Kişisel Bilgilere Yönelik Bulgular

Çizelge 3.1’de katılımcıların ortalama yaşları ve sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Buna göre ortalama yaşları $33,7 \pm 11,19$ yıl olan katılımcıların %58’i kadın, %42’si erkektir. Evli olanların oranı %53,1 iken %46,9’u bekârdır. Eğitim durumları değerlendirildiğinde %49,4’ü yüksekokul mezunudur. Katılımcıların %24,7’si memur, %14,8’si ev hanımı, %22,2’si ise işçidir. Kadınların %93,6’sı, erkeklerin %88,2’si düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır.

Çizelge 3.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

	Kadın (n=47)		Erkek (n=34)		Toplam (n=81)	
Yaş						
X±SS	33,3±10,1		34,5±12,7		33,79±11,19	
Alt-Üst	21-62		20-61		20-62	
	S	%	S	%	S	%
Medeni durum						
Evli	28	59,6	15	44,1	43	53,1
Bekar	19	40,4	19	55,9	38	46,9
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	1	2,1	0	0,0	1	1,2
Okur-yazar	1	2,1	0	0,0	1	1,2
İlkokul mezunu	4	8,5	3	8,8	7	8,6
Ortaokul mezunu	2	4,3	8	23,5	10	12,3
Lise mezunu	14	29,8	8	23,5	22	27,2
Yüksekokul mezunu	25	53,2	15	44,1	40	49,4
Meslek						
Ev hanımı	12	25,5	0	0,0	12	14,8
Serbest meslek	1	2,1	5	14,7	6	7,4
Memur	11	23,4	9	26,5	20	24,7
Ücretli	1	2,1	1	2,9	2	2,5
Emekli	1	2,1	4	11,8	5	6,2
İşçi	10	21,3	8	23,5	18	22,2
Öğrenci	8	17,0	1	2,9	9	11,1
Diğer	3	6,4	6	17,6	9	11,1
Düzenli Fiziksel Aktivite						
Yapıyor	3	6,4	4	11,8	7	8,6
Yapmıyor	44	93,6	30	88,2	74	91,4

Çizelge 3.2.'ye göre katılımcıların %43,2'sinin hekim tarafından tanısı konulmuş bir sağlık sorunu vardır. Bu sağlık sorunlarından en sık görülen sağlık sorunu %22,8 ile kalp-damar rahatsızlıklarıdır.

Çizelge 3.2. Bireylerin Hastalık Durumları

	Kadın (n=47)		Erkek (n=34)		Toplam (n=81)	
	S	%	S	%	S	%
Majör depresyon dışında hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığı var mı?						
Var	11	44,7	14	41,2	35	43,2
Yok	26	55,3	20	58,8	46	56,8
Hekim tarafından tanısı konulan sağlık sorunu						
Hipertansiyon	1	9,0	1	7,0	2	5,7
Kalp-damar	3	27,0	5	35,0	8	22,8
Sindirim sistemi	1	9,0	2	14,0	3	8,5
Solunum	2	18,0	1	7,0	3	8,5
Endokrin	0	0,0	1	7,0	1	2,9
Kas-iskelet sistemi	2	18,0	0	0,0	2	5,7
Nörolojik	0	0,0	1	7,0	1	2,9
Besin alerjileri	0	0,0	1	7,0	1	2,9
Diğer	2	18,0	2	14,0	4	11,4

Çizelge 3.3'e göre katılımcıların %4,9'u hastalıkları ile ilgili diyet uygularken, bu 4 katılımcı zayıflama diyeti, düşük yağ, düşük kolesterol ve tuzsuz diyet, diyabetik diyet veya yüksek posalı diyet uygulamaktadır.

Çizelge 3.3. Bireylerin Diyet Uygulama Durumları

	Kadın (n=47)		Erkek (n=34)		Toplam (n=81)	
	S	%	S	%	S	%
Hastalıkla ilgili diyet uygulanıyor mu?						
Hayır	43	95,7	34	100,0	77	95,1
Evet	4	4,3	0	0,0	4	4,9
Uygulanan diyet türü						
Zayıflama diyeti	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Düşük yağ, düşük kolesterol ve tuzsuz diyet	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Diyabetik diyet	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Yüksek posalı diyet	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Diyeti öneren kişi						
Doktor	3	66,6	0	0,0	3	75,0
Diğer	1	33,3	0	0,0	1	25,0

Çizelge 3.4.'e göre katılımcıların ortalama ana öğün sayısı $3,0 \pm 1,06$, ara öğün sayısı ise $3,0 \pm 0,30$ 'dır. Genel olarak %39,5'i öğün atlamazken, %60,5'i bazen öğün atladığını bildirmiştir. %33,3'ü kendini aç hissetmediği için öğün atlamaktadır.

Çizelge 3.4. Bireylerin Öğün Tüketme Durumları

	Kadın (n=47)		Erkek (n=34)		Toplam (n=81)	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Ana Öğün	2,0	1,4	2,5	1,2	3,0	1,06
Ara Öğün	3,0	0,0	3	0,4	3,0	0,30
	S	%	S	%	S	%
Ana öğünleri atlama durumu						
Hayır	16	50,0	16	50,0	32	39,5
Bazen	18	22,0	31	78,0	49	60,5
Atlanan öğünlerin atlanma nedeni						
Kendimi aç hissetmiyorum	18	38,3	9	26,5	27	33,3
Geç kalktığım için	2	4,3	2	5,9	4	4,9
Zamanım olmuyor	4	8,5	2	5,9	6	7,4
Sabah yemekten hoşlanmıyorum	2	4,3	0	0,0	2	2,5
Diğer	5	10,6	5	14,7	10	12,3

Çizelge 3.5'de katılımcıların antropometrik ölçümleri gösterilmektedir. Beden kütle indeksine göre kadınların çoğunluğu (%53,2) normal ağırlıkta iken, erkeklerin %47,1'i fazla kiloludur ($p > 0,05$). Bel çevresine göre kadınların ve erkeklerin sırasıyla %31,9 ve %32,4 metabolik hastalık açısından yüksek riskli gruptadır ($p > 0,05$). Vücut yağ oranına göre kadınların ve erkeklerin sırasıyla %34,0'ü ve %20,6'sı obezdir ($p > 0,05$).

Çizelge 3. 5. Bireylerin BKİ, Bel Çevresi ve Vücut Yağ Oranına Göre Dağılımı

	Kadın (n=47)		Erkek (n=34)		Toplam (n=81)		χ^2 p
	S	%	S	%	S	%	
BKİ (kg/m²)							
Zayıf	2	4,3	1	2,9	3	3,7	
Normal	25	53,2	10	29,4	35	43,2	6,006
Fazla kilolu	11	23,4	16	47,1	27	33,3	0,111
Obez	9	19,2	7	20,6	16	19,8	
Bel Çevresi (cm)							
Düşük Risk	9	19,1	7	20,6	18	21,0	0,008
Yüksek Risk	15	31,9	11	32,4	26	32,0	0,927
Vücut Yağ Oranı (%)							
Normal	31	66,0	27	79,4	58	71,6	0,002
Obez	16	34,0	7	20,6	23	28,4	0,625

a:Fisher kesin ki-kare testi

Çizelge 3.6’da katılımcıların enerji ve besin ögesi alım durumları gösterilmiştir. Kadınların enerji alım miktarının ($2178,2 \pm 1311,79$ kkal) erkeklere göre ($2025,0 \pm 1268,24$ kkal) yüksek olduğu ancak arada istatistiksel farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Benzer şekilde kadınların günlük aldıkları karbonhidrat ($250,2 \pm 156,60$ g), protein ($65,9 \pm 37,76$ g) ve yağ ($99,6 \pm 66,52$ g) alım miktarı erkeklere (sırasıyla $248,9 \pm 170,63$; $65,5 \pm 38,80$; $84,1 \pm 55,55$ g) yüksek olup aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Kadın ve erkek bireylerin vitamin ve mineral alımları arasındaki farklılık da anlamlılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).



Çizelge 3. 6. Bireylerin Enerji ve Besin Ögesi Alım Durumları

	Kadın (n=47)		Erkek (n=34)		Toplam (n=81)		<i>p^a</i>
	Alt- Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt- Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt- Üst	$\bar{X} \pm SS$	
Enerji (kkal)	389,4-5446,4	2178,2±1311,79	159,4-5323,9	2025,0±1268,24	389,3-5446,3	2128,5±1272,04	0,600
CHO (g)	45,0-649,7	250,2±156,60	40,5-865,6	248,9±170,63	40,47-865,63	251,0±160,31	0,971
CHO %	25,0-75,00	47,5±10,21	30,0-68,0	48,7±9,84	25,00-75,00	48,2±9,78	0,627
Protein (g)	14,5-167,59	65,9±37,76	9,0-177,8	65,5±38,80	11,81-177,80	66,0±37,63	0,956
Protein %	6,0-31,00	13,1±4,31	8,0-66,0	15,4±9,64	6,00-31,00	13,3±4,03	0,164
Yağ (g)	6,9-266,57	99,6±66,52	19,2-257,6	84,1±55,55	6,98-266,57	93,4±62,07	0,268
Yağ %	13,0-60,00	39,3±9,60	10,2-56,0	36,1±9,42	13,00-60,00	38,3±9,09	0,130
Diyet posası (g)	2,0-48,26	19,9±10,72	5,0-149,0	23,4±24,24	2,02-48,26	19,6±10,29	0,386
AVitamini (µg)	25,5-4010,4	906,8±825,03	1,2-3029,1	886,9±666,64	25,50-4010,43	900,3±756,06	0,908
C Vitamini (mg)	0,0-319,14	81,8±63,01	2,3-328,8	77,1±72,58	0,00-328,84	79,6±66,95	0,755
E Vitamini (eşd.) (mg)	0,5-127,56	21,1±21,75	0,4-70,3	13,2±16,43	0,58-127,56	17,9±19,87	0,077
B ₁ Vitamini (mg)	0,1-2,14	,89±0,52	0,2-3,0	0,9±,67	0,13-2,99	0,9±,55	0,858
B ₂ Vitamini (mg)	0,1-2,56	1,0±0,70	0,2-2,5	1,0±,60	0,16-2,56	1,0±,65	0,670
B ₆ Vitamini (mg)	0,1-2,93	1,2±0,68	0,3-79,4	3,5±13,40	0,11-4,05	1,2±,78	0,241
Folik asit (µg)	32,1-736,45	257,9±155,66	4,5-562,0	265,4±166,13	32,15-736,45	262,0±157,85	0,836
Demir (mg)	1,0-20,11	9,8±5,34	3,0-400,5	22,0±67,26	1,03-34,98	10,0±5,74	0,220
Kalsiyum (mg)	93,6-1584,4	615,8±400,31	5,3-1373,2	617,7±334,78	93,64-1584,41	621,4±366,39	0,983
Çinko (mg)	1,5-27,53	8,9±5,81	2,0-245,1	16,5±41,0	1,55-37,06	9,1±6,24	0,212
Magnezyum (mg)	47,7-686,05	270,3±156,75	74,7-936,4	284,1±181,0	47,70-936,39	270,8±158,89	0,716
Fosfor (mg)	246,0-2793,9	1075,0±616,13	256,8-2665,5	1084,0±542,7	246,00-2793,95	1069,1±582,31	0,946

a:Bağımsız iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi

Çizelge 3.7’de bireylerin DRI’ye göre günlük enerji ve besin öğeleri karşılama düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kadın bireylerin %42,6’sının enerji alımı yeterli, %25,5’i fazla düzeydedir. Kadınların %59,6’sının karbonhidrat (g) alımı fazla düzeyde; %40,4’ünün protein(g) alımı yeterli düzeyde; %68,1’inin yağ (%) alımları fazla düzeyde ve %44,7’sinin diyet posası alımı yetersiz düzeydedir. Kadınların vitamin ve mineral alımları değerlendirildiğinde; A vitamini, C vitamini, E vitamini ve fosfor alımları sırasıyla %40,4, %48,9, %48,9 ve %66,0’ının fazla düzeydedir. B₁, B₂, Kalsiyum, Çinko ve magnezyum alımları sırasıyla %40,4, %46,8, %63,8, %42,6, %48,9’unun yetersiz düzeydedir.

Çalışmaya katılan erkeklerin %50,0’sinin enerji alımı yeterli düzeyde, %20,6’sı fazla düzeydedir. Erkeklerin %70,6’sının karbonhidratv(g) alımı fazla düzeyde; %41,4’sinin protein(g) alımı yeterli düzeyde; %58,8’inin yağ (%) alımı fazla düzeyde ve %47,1’inin diyet posası alımı (g) yetersiz düzeydedir. Erkeklerin vitamin ve mineral alımları değerlendirildiğinde; C vitamini, E vitamini, B₂ vitamini, B₆ vitamini, folik asit, kalsiyum, magnezyum alımları sırasıyla %47,1, %55,9, %44,1, %44,1, %50,0, %61,8, %52,9’unun yetersiz düzeydedir. A vitamini ve fosfor alımları sırasıyla %44,1 ve %73,5’inin fazla düzeydedir.

Çizelge 3.7. Bireylerin DRI'ya Göre Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimlerini Karşılama Düzeyleri

	Kadın (n=47)						Erkek (n=34)						Toplam (n=81)					
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		Yetersiz		Yeterli		Fazla		Yetersiz		Yeterli		Fazla	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Enerji (kcal)	15	31,9	20	42,6	12	25,5	10	29,4	17	50,0	7	20,6	35	43,2	37	45,7	19	23,5
CHO (g)	4	8,5	15	31,0	28	59,6	6	17,6	4	11,8	24	70,6	10	12,3	19	23,5	52	64,2
CHO %	6	12,8	39	83,0	2	4,3	4	11,8	30	88,2	0	0,0	10	12,3	69	85,2	2	2,5
Protein (g)	14	29,8	19	40,4	14	29,8	12	35,3	14	41,2	8	23,5	26	32,1	33	40,7	22	27,2
Protein %	13	27,7	31	66,0	3	6,4	6	17,6	23	67,6	5	14,7	19	23,5	54	66,7	8	9,9
Yağ %	2	4,3	13	27,7	32	68,1	1	2,9	13	38,2	20	58,8	3	3,7	26	32,1	52	64,2
Diyet posası (g)	21	44,7	21	44,7	5	10,6	16	47,1	14	41,2	4	11,8	37	45,7	35	43,2	9	11,1
A vitamini (µg)	19	40,4	9	19,1	19	40,4	9	26,5	10	29,4	15	44,1	28	34,6	19	23,5	34	42,0
C vitamini (mg)	13	27,7	11	23,4	23	48,9	16	47,1	4	11,8	14	41,2	29	35,8	15	18,5	37	45,7
E vitamini (eşd.)(mg)	11	23,4	13	27,7	23	48,9	19	55,9	7	20,6	8	23,5	30	37,0	20	24,7	31	38,3
B ₁ vitamini (mg)	19	40,4	18	38,3	10	21,3	14	41,2	15	44,1	5	14,7	33	40,7	33	40,7	15	18,5
B ₂ vitamini (mg)	22	46,8	13	27,7	12	25,5	15	44,1	14	41,2	5	14,7	37	45,7	27	33,3	17	21,0
B ₆ vitamini (mg)	16	34,0	20	42,6	11	23,4	15	44,1	10	29,4	9	26,5	31	38,3	30	37,0	20	24,7
Folik asit (µg)	19	40,4	22	46,8	6	12,8	17	50,0	9	26,5	8	23,5	36	44,4	31	38,3	14	17,3
Demir (mg)	18	38,3	18	38,3	11	23,4	11	32,4	16	47,1	7	20,6	29	35,8	34	42,0	18	22,2
Kalsiyum (mg)	30	63,8	14	29,8	3	6,4	21	61,8	12	35,3	1	2,9	51	63,0	26	32,1	4	4,9
Çinko (mg)	20	42,6	17	36,2	10	21,3	14	41,2	16	47,1	4	11,8	34	42,0	33	40,7	14	17,3
Magnezyum (mg)	23	48,9	18	38,3	6	12,8	18	52,9	12	35,3	3	8,8	41	50,6	30	37,0	9	11,1
Fosfor (mg)	5	10,6	11	23,4	31	66,0	3	8,8	6	17,6	25	73,5	8	9,9	17	21,0	56	69,1

Çizelge 3.8’de aşırı besin isteği ölçeğine ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları yer almaktadır. Aşırı besin isteği ölçeğinin toplam puanına göre katılımcılar genel olarak ortalama $114,16 \pm 42,10$ puan almışlardır. Kadınların ABİS ortalaması $116,6 \pm 43,40$, erkeklerin ise $110,7 \pm 40,61$ olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek bireylerin ABİS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Katılımcılar ölçeğin besin tüketme niyeti ve planı olma alt boyutundan ortalama $9,26 \pm 3,67$ puan almışlardır. Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi alt boyutundan alınan ortalama puan $17,02 \pm 5,88$ olarak bulunurken, yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi alt boyutundan alınan ortalama puan $9,59 \pm 3,99$ olarak, yeme üzerine kontrolün olmaması alt boyutundan ortalama puan $17,94 \pm 7,61$ puan, yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti alt boyutundan alınan ortalama puan $17,14 \pm 8,17$ olarak, fizyolojik olarak aşırı istek duyma alt boyutundan alınan ortalama puan $13,04 \pm 4,78$ olarak, aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular alt boyutundan alınan ortalama puan $10,73 \pm 5,96$ olarak, aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar alt boyutundan alınan ortalama puan $11,88 \pm 5,14$ olarak, son olarak yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk alt boyutundan alınan ortalama puan ise $7,57 \pm 4,04$ olarak bulunmuştur. Kadın ve erkekler arasında Aşırı Besin İsteği Ölçeği’ne yönelik tanımlayıcı analiz sonuçları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Çizelge 3. 8. Aşırı Besin İsteği Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

	Kadın (n=47)		Erkek (n=34)		Toplam (n=81)		<i>p</i> ^a
	Alt -Üst	X± SS	Alt -Üst	X± SS	Alt -Üst	X± SS	
ABİS	43,00-219,00	116,6±43,40	43,00-219,00	110,7±40,61	43,00-219,00	114,16±42,10	0,879
Besin tüketme niyeti ve planı olma	3,00-18,00	3,0±1,22	3,00-18,00	3,1±1,24	3,00-18,00	9,26±3,67	0,965
Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi	5,00-29,00	3,4±1,18	5,00-29,00	3,4±1,18	5,00-29,00	17,02±5,88	0,496
Yemeğin sonucu olarak negatif duygu ve durumlardan rahatlama beklentisi	3,00-18,00	3,2±1,32	3,00-18,00	3,0±1,35	3,00-18,00	9,59±3,99	0,858
Yeme üzerine kontrolün olmaması	6,00-34,00	2,9±1,29	6,00-34,00	3,0±1,24	6,00-34,00	17,94±7,61	0,303
Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti	7,00-36,00	2,5±1,20	7,00-36,00	2,2±1,10	7,00-36,00	17,14±8,17	0,879
Fizyolojik olarak aşırı istek duyma	4,00-22,00	3,2±1,12	4,00-22,00	3,2±1,30	4,00-22,00	13,04±4,78	0,115
Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular	4,00-24,00	2,9±1,63	4,00-24,00	2,3±1,21	4,00-24,00	10,73±5,96	0,869
Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar	4,00-23,00	2,9±1,37	4,00-23,00	2,9±1,17	4,00-23,00	11,88±5,14	0,097
Yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama durumunda hissedilen suçluluk	3,00-17,00	2,7±1,42	3,00-17,00	2,2±1,23	3,00-17,00	7,57±4,04	0,540

a:Bağımsız iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi

3.2. Araştırma Amaçlarına Yönelik Bulgular

Aşırı Besin İsteği Ölçeği puanları ile makro besin öğeleri arasındaki ilişki Çizelge 3.9.'da gösterilmiştir. Aşırı besin isteği ölçeği toplam puanı ile enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre kişilerde aşırı besin isteği artış gösterdiğinde enerji, CHO, protein ve yağ alımları anlamlı bir şekilde artış göstermektedir. Kadın hastalarda uygulanan ölçeğin herhangi bir alt boyutu ile enerji ve makro besin öğeleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Erkek hastalarda ise “fizyolojik olarak aşırı istek duyma”, “aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” alt boyutları ile ABİS toplam puanları ve karbonhidrat (g) alımları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.9.).

Aşırı besin isteği ölçeğinin “besin tüketme niyeti ve planı olma”, “yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi”, “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti”, “fizyolojik olarak aşırı istek duyma”, “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular” alt boyutları ile enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre kişilerde besin tüketme niyeti ve planı olma durumu artış gösterdiğinde enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımları anlamlı bir şekilde artış göstermektedir. Ayrıca yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi artış gösterdiğinde enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımları anlamlı bir şekilde artış göstermektedir. Erkek hastalarda ise “fizyolojik olarak aşırı istek duyma” ve “aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” alt boyutları ile karbonhidrat (g) alımları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.9.).

Yeme üzerine kontrolün olmaması durumu, yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti ve fizyolojik olarak aşırı istek duyma durumları artış gösterdiğinde enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımları anlamlı bir şekilde artış göstermektedir. Bunların yanı sıra kişilerde aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde

tecrübe edilen duygularda artış görüldüğünde enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımları da anlamlı bir şekilde artış göstermektedir ($p<0,05$) (Çizelge 3.9.).

Aşırı besin isteği ölçeğinin “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi” alt boyutu ile enerji, karbonhidrat ve protein alımları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre kişilerde yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi artış gösterdiğinde enerji, karbonhidrat ve protein alımları anlamlı bir şekilde artış göstermektedir. ($p<0,05$) (Çizelge 3.9.). Aşırı besin isteği ölçeğinin “aşırı besin isteğini tetikleyen uyarılar” alt boyutu ile enerji, karbonhidrat, protein, yağ ve lif alımları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre aşırı besin isteğini tetikleyen uyarılar artış gösterdiğinde enerji, karbonhidrat, protein, yağ ve diyet posası alımları anlamlı bir şekilde artış göstermektedir ($p<0,05$) (Çizelge 3.9.).

Çizelge 3.9. Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Punaları ile Makro Besin Öğeleri Alımı Arasındaki İlişki

	Kadın (n=47)					Erkek (n=34)					Toplam (n=81)				
Aşırı besin isteği	Enerji	CHO	Prot.	Yağ	Diyet Posası	Enerji	CHO	Prot.	Yağ	Diyet Posası	Enerji	CHO	Prot.	Yağ	Diyet Posası
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Besin tüketme niyeti ve planı olma	0,335	0,325	0,302	0,315	0,106	0,293	0,330	0,182	0,179	-0,133	0,306**	0,320**	0,244*	0,253*	0,132
Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi	0,440	0,407	0,488	0,410	0,216	0,328	0,387	0,257	0,171	-0,101	0,386**	0,392**	0,386**	0,312**	0,204
Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi	0,368	0,394	0,401	0,288	0,158	0,202	0,306	0,100	0,017	-0,100	0,295**	0,349**	0,267*	0,188	0,134
Yeme üzerine kontrolün olmaması	0,423	0,379	0,429	0,416	0,195	0,227	0,283	0,170	0,104	-0,061	0,339**	0,334**	0,320**	0,294**	0,174
Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti	0,347	0,322	0,402	0,317	0,072	0,187	0,230	0,139	0,115	0,128	0,297**	0,286**	0,299**	0,259*	0,083
Fizyolojik olarak aşırı istek duyma	0,476	0,397	0,468	0,504	0,145	0,283	0,380	0,160	0,098	-0,121	0,381**	0,382**	0,321**	0,328**	0,128
Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular	0,502	0,437	0,516	0,507	0,198	0,226	0,289	0,133	0,116	0,055	0,412**	0,373**	0,373**	0,399**	0,165
Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar	0,518	0,482	0,499	0,500	0,294	0,299	0,409	0,162	0,127	0,097	0,442**	0,453**	0,370**	0,374**	0,266*
Yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk	0,029	-0,103	0,211	0,120	-0,025	0,541	0,384	0,898	0,775	0,821	0,068	0,000	0,118	0,117	-0,057
ABİS TOPLAM PUAN	0,458	0,409	0,490	0,446	0,178	0,280	0,358*	0,175	0,130	-0,025	0,391**	0,386**	0,361**	0,337**	0,043

r:Pearson korelasyon katsayısı * p <0,05, ** p <0,01

Çizelge 3.10’de aşırı besin isteği ölçeği puanları ile vitamin alımları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Kadınlarda “yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi”, “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “fizyolojik olarak aşırı istek duyma”, “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular”, “aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” alt boyutları ve “abis toplam puan” ile E, B₁, B₂ ve B₆ vitaminleri ile pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (p<0,05). Aşırı besin isteği ölçeğinin “besin tüketme niyeti ve planı olma” alt boyutu ile E vitamini arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (p<0,05). “Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti” alt boyutu ile E vitamini ve B₁ vitamini arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (p<0,05).

Erkeklerde ise “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular”, “aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” alt boyutları ve “abis toplam puan” ile E, B₁, ve B₂ vitaminleri ile pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (p<0,05). “Besin tüketme niyeti ve planı olma” ve “Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi” alt boyutları ile E ve B₁ vitamini arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (p<0,05). “Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti” alt boyutu ile E vitamini arasında; “Fizyolojik olarak aşırı istek duyma” alt boyutu ile E ve B₂ vitamini arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (p<0,05).

Cizelge 3.10. Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Puanları ile Vitamin Alımı Arasındaki İlişki

	Kadın (n=47)								Erkek (n=34)								Toplam (n=81)							
Aşırı besin isteği	A	C	E	B ₁	B ₂	B ₆	B ₁₂	Folat	A	C	E	B ₁	B ₂	B ₆	B ₁₂	Folat	A	C	E	B ₁	B ₂	B ₆	B ₁₂	Folat
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Besin tüketme niyeti ve planı olma	-0,175	-0,110	0,421*	0,273	0,180	0,273	0,569	-0,006	-0,071	-0,076	0,269*	0,235*	0,167	-0,108	0,485	0,071	-0,074	-0,072	0,259*	0,236*	0,171	0,276*	0,785	0,064
Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi	-0,056	-0,057	0,404*	0,365*	0,324*	0,435*	0,912	0,094	-0,018	-0,031	0,265*	0,272*	0,281*	-0,084	0,263	0,117	-0,021	-0,029	0,257*	0,273*	0,284*	0,359*	0,693	0,112
Yemeğin sonucu olaral negatif duygulardan ve durumlardan rahatlamı beklentisi	-0,219	-0,136	0,327*	0,278	0,178	0,304*	0,485	0,017	-0,172	-0,116	0,191	0,184	0,145	-0,081	0,265	0,013	-0,175	-0,114	0,183	0,185	0,148	0,237*	0,475	0,008
Yeme üzerine kontrolü olmaması	0,008	-0,098	0,494*	0,355*	0,303*	0,342*	0,369	0,068	0,017	-0,090	0,269*	0,240*	0,254*	-0,050	0,142	0,074	0,015	-0,088	0,264*	0,240*	0,256*	0,260*	0,723	0,071
Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti	-0,152	-0,103	0,347*	0,331*	0,180	0,394*	0,458	-0,021	-0,132	-0,094	0,222*	0,201	0,193	0,066	0,369	-0,012	-0,132	-0,094	0,227*	0,200	0,192	0,291*	0,125	-0,010
Fizyolojik olarak aşırı istek duyma	0,028	-0,092	0,483*	0,381*	0,300*	0,438*	0,266	0,049	-0,004	-0,069	0,240*	0,206	0,237*	-0,094	0,025	0,055	-0,006	-0,066	0,231*	0,208	0,240*	0,283*	0,266	0,049
Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular	-0,065	-0,094	0,447*	0,489*	0,375*	0,431*	0,156	0,109	-0,065	-0,095	0,319*	0,309*	0,340*	0,018	0,651	0,073	-0,066	-0,094	0,319*	0,309*	0,340*	0,355*	0,163	0,073
Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar	0,014	0,003	0,492*	0,451*	0,356*	0,412*	0,785	0,166	0,004	-0,065	0,299*	0,325*	0,278*	0,033	0,485	0,134	0,004	-0,065	0,301*	0,325*	0,277*	0,336*	0,193	0,136
Yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk	0,042	0,039	0,060	0,264	0,149	0,126	0,693	0,050	0,002	-0,028	0,062	0,096	0,144	-0,006	0,693	-0,008	0,002	-0,028	0,061	0,096	0,144	0,130	0,123	-0,009
ABİS PUAN	-0,079	-0,086	0,461*	0,419*	0,309*	0,420*	0,294	0,066	-0,062	-0,088	0,284*	0,272*	0,272*	-0,030	0,153	0,065	-0,062	-0,088	0,284*	0,272*	0,272*	-0,030	0,691	0,065

B₁:Tiamin B₂:Riboflavin B₆:Pridoksin B₁₂:Kobalamin r:Pearson korelasyon katsayısı *p<0,05 **p<0,01

Çizelge 3.11’de aşırı besin isteği ölçeği puanları ile mineral alımları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Aşırı besin isteği ölçeğinin toplam puanı ile kalsiyum, magnezyum ve fosfor minerallerinin alımları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadın verilerine ilişkin korelasyon analizi incelendiğinde “Besin tüketme niyeti ve planı olma”, “Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti” ve “Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi” alt ölçeği ile Fosfor alımları arasında; “Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi”, “Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular”, “Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” ve “Yeme üzerine kontrolün olmaması” alt boyutlarıyla kalsiyum, çinko, magnezyum, fosfor alımları arasında; “Fizyolojik olarak aşırı istek duyma” alt boyutu ile kalsiyum ve fosfor mineralleri arasında pozitif yönde korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$). Toplam ABİS puanı ile kalsiyum, magnezyum ve fosfor alımları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$).

Erkek bireylerde ise “Fizyolojik olarak aşırı istek duyma”, “Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular”, “Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” ve “Yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk” alt boyutları ile demir, kalsiyum, çinko, magnezyum ve fosfor alımları arasında pozitif yönde ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$). “Besin tüketme niyeti ve planı olma” ve “Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi” alt boyutları ile çinko, magnezyum ve fosfor alımları arasında yönde ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$). “Yeme üzerine kontrolün olmaması” ve “Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti” alt boyutları ile demir, çinko, magnezyum ve fosfor alımları arasında yönde ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$). Toplam ABİS puanı ile demir, kalsiyum, çinko, magnezyum ve fosfor alımları arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 3.11. Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Puanları ile Mineral Alımı Arasındaki İlişki

Aşırı besin isteği	Kadın (n:47)					Erkek (n:34)					Toplam (n:81)				
	Demir	Kalsiyum	Çinko	Magnezyum	Fosfor	Demir	Kalsiyum	Çinko	Magnezyum	Fosfor	Demir	Kalsiyum	Çinko	Magnezyum	Fosfor
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Besin tüketme niyeti ve planı olma	0,169	0,193	0,170	0,222	0,242*	0,209	0,191	0,294*	0,304*	0,274	-0,110	0,206	-0,091	0,171	0,222*
Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi	0,218	0,262*	0,285**	0,267*	0,355**	0,286	0,294*	0,446**	0,385**	0,431**	-0,087	0,272*	-0,048	0,218	0,338**
Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi	0,117	0,144	0,171	0,196	0,239*	0,182	0,165	0,343*	0,314*	0,326*	-0,087	0,154	-0,061	0,155	0,223*
Yeme üzerine kontrolün olmaması	0,196	0,233*	0,253*	0,247*	0,298**	0,318*	0,270	0,451**	0,404**	0,395**	-0,048	0,238*	-0,014	0,213	0,287**
Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeri	0,105	0,178	0,200	0,194	0,255*	0,221	0,160	0,355*	0,339*	0,324*	0,053	0,170	0,085	0,198	0,261*
Fizyolojik olarak aşırı istek duyma	0,150	0,240*	0,208	0,193	0,302**	0,291*	0,291*	0,426**	0,411**	0,447**	-0,100	0,250*	-0,069	0,147	0,284*
Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular	0,177	0,347**	0,272*	0,302**	0,385**	0,335*	0,387**	0,484**	0,477**	0,501**	0,009	0,344**	0,049	0,284*	0,382**
Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar	0,228	0,286**	0,269*	0,321**	0,363**	0,354*	0,349*	0,478**	0,471**	0,469**	0,033	0,282*	0,065	0,307**	0,363**
Yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk	-0,007	0,113	0,058	0,046	0,100	0,101	0,109	0,212	0,153	0,150	-0,018	0,113	-0,003	0,038	0,097
ABİS TOPLAM PUAN	-0,036	0,268*	0,000	0,233*	0,328*	0,303*	0,293*	0,460**	0,431**	0,438**	-0,036	0,268*	0,000	0,233*	0,328**

r:Pearson korelasyon katsayısı *p<0,05 **p<0,01

Çizelge 3.12’de Aşırı Besin İsteği Ölçeği puanları ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiye yönelik Pearson korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Kadınlarda “Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi”, “Yeme üzerine kontrolün olmaması”, “Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti” alt boyutları ile toplam yağ yüzdesi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Erkeklerde ise “Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular” ve “Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi” alt boyutları ile toplam yağ yüzdesi ve bel çevresi arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

Toplam ABİS puanları ile antropometrik ölçümler arasında pozitif yönde ilişkiler gözlenmiş ancak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

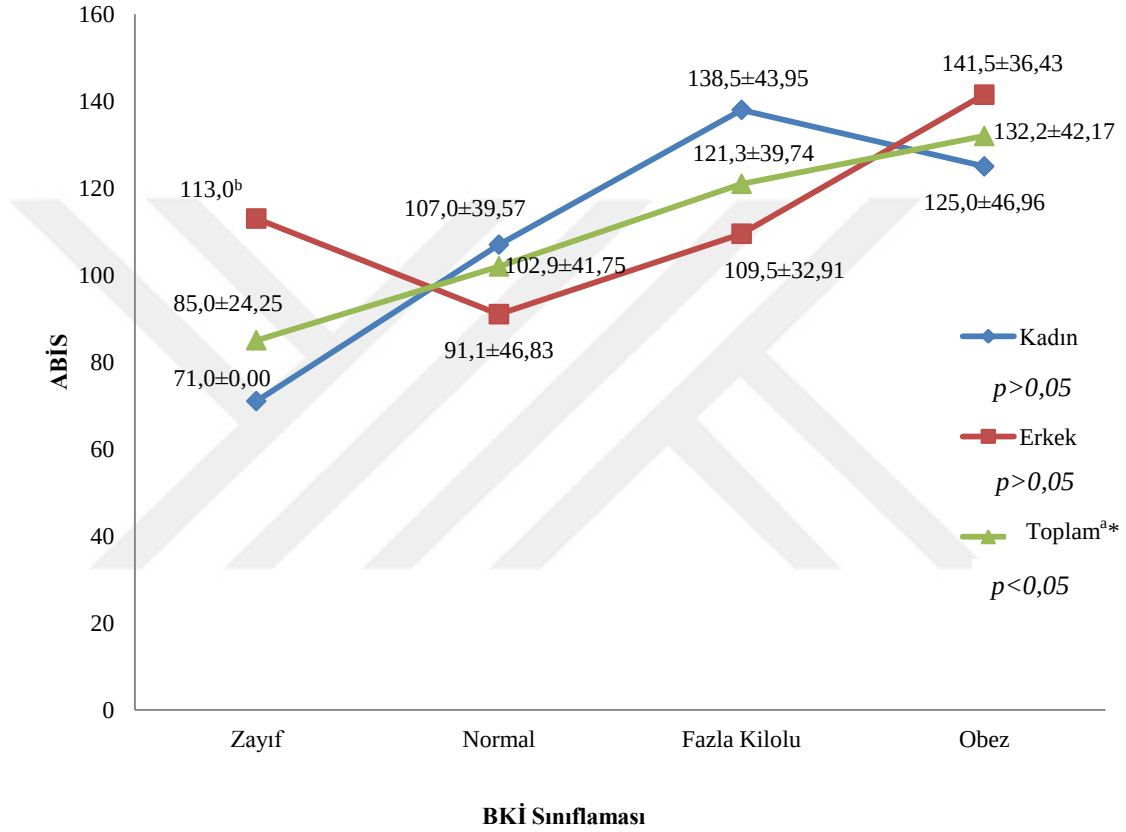
Çizelge 3.12. Bireylerin Aşırı Besin İsteği Ölçeği Puanları ile Antropometrik Ölçümleri Arasındaki İlişki

	Kadın (n:47)					Erkek (n:34)					Toplam (n:81)				
Aşırı Besin İsteği	VA	Boy	TYY	BÇ	BKİ	VA	Boy	TYY	BÇ	BKİ	VA	Boy	TYY	BÇ	BKİ
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Besin tüketme niyeti ve planı olma	0,065	-0,035	0,256	0,225	0,066	0,027	-0,312	-0,009	0,193	0,202	0,053	-0,110	0,148	0,202	0,112
Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi	0,093	0,140	0,185	0,162	0,045	0,089	-0,292	0,004	0,233	0,249	0,085	-0,047	0,113	0,172	0,113
Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi	0,229	0,044	0,308*	0,303*	0,208	0,240	-0,036	0,085	0,296	0,286	0,179	-0,050	0,243*	0,246*	0,223
Yeme üzerine kontrolün olmama:	0,142	0,008	0,302*	0,214	0,131	0,163	-0,145	0,022	0,295	0,262	0,145	-0,032	0,187	0,229	0,173
Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti	0,206	0,044	0,309*	0,247	0,184	-0,085	-0,468**	-0,043	0,093	0,157	0,045	-0,217	0,236	0,139	0,161
Fizyolojik olarak aşırı istek duyma	0,092	0,145	0,166	0,142	0,038	-0,011	-0,301	-0,139	0,108	0,157	0,037	-0,076	0,064	0,110	0,078
Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular	0,219	0,152	0,272	0,265	0,168	0,077	-0,193	0,044	0,118	0,190	0,084	-0,117	0,268*	0,141	0,154
Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar	0,111	-0,040	0,145	0,138	0,140	0,119	0,077	0,190	0,137	0,091	0,150	-0,179	0,053	0,201	0,260
Yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk	-0,045	-0,175	0,127	-0,055	0,037	-0,014	0,060	0,029	-0,034	-0,034	0,130	-0,218	0,123	0,125	0,259
ABİS TOPLAM PUAN	0,094	-0,115	0,204	0,178	0,160	0,160	0,082	0,273	0,223	0,127	0,090	-0,293	0,009	0,216	0,258

VA: Vücut Ağırlığı (kg) BOY: Boy uzunluğu (cm) TYT: Toplam Yağ Yüzdesi (%) BÇ:Bel Çevresi (cm) BKİ: Beden Kütle İndeksi (kg/m²) r:Pearson korelasyon katsayısı

*p<0,05 **p<0,01

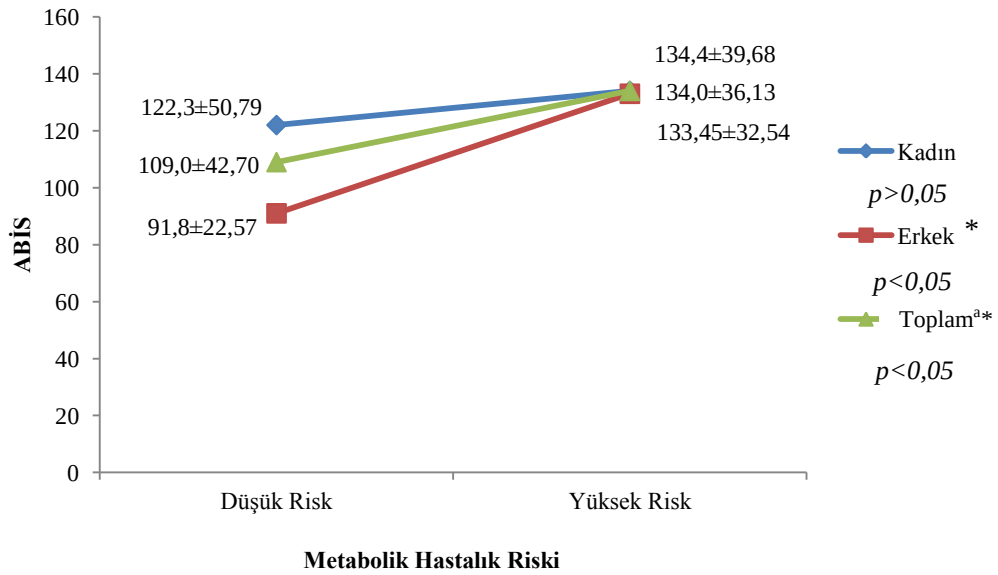
Şekil 3.1.'de bireylerin BKİ düzeyine göre aşırı besin isteği puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir. Buna göre genel olarak, normal vücut ağırlığına sahip bireylerin ortalama ABİS puanı $102,9 \pm 41,75$, fazla kilolu ve obezlerin sırasıyla $121,3 \pm 39,74$ ve $132,2 \pm 42,17$ olup aradaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).



a: Tek yönlü varyans analizi testi b: Zayıf erkek sınıflaması 1 kişiden oluşmaktadır ($n=1$) *: $p < 0,05$

Şekil 3.1. Bireylerin BKİ Düzeyine Göre Aşırı Besin İsteği Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Şekil 3.2.'de bireylerin metabolik hastalık riskine göre aşırı besin isteği puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir. Buna göre genel olarak, metabolik hastalık riski düşük olan grubun ortalama ABİS puanı $109,0 \pm 42,70$ iken yüksek olan grubun $134,0 \pm 36,13$ olup aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Benzer şekilde erkekler arasında da metabolik hastalık riski yüksek olanların ABİS puanı ($91,8 \pm 22,57$), düşük olanlara ($134,0 \pm 36,13$) kıyasla anlamlı olarak yüksektir ($p < 0,05$).



a: Bağımsız iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi *: $p < 0,05$

Şekil 3.2. Bireylerin Metabolik Hastalık Riskine Göre Aşırı Besin İsteği Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

4. TARTIŞMA

Majör depresyon; fizyolojik, sosyal, genetik, psikolojik ve çevresel faktörlerin neden olabildiği bir duygudurumu bozukluğudur (Othman ve ark.,2018). Depresyon, iştah durumunda, belirli besin gruplarının tüketiminde ve fiziksel aktivite düzeyinde değişikliklere neden olarak bireylerin beslenme durumunu etkileyebilmektedir. Buna ek olarak tedavide kullanılan antidepresan ilaçlar ve komorbiditelerin varlığı da besin alımlarını ve vücut ağırlıklarını değiştirebilmektedir (Stefanska ve ark.,2014). Hastaların beslenme davranışlarında ve beslenme durumlarında meydana gelen bu bozukluklar hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilemekte ve tedaviyi güçleştirebilmektedir (Brown ve Barlow,2018). Bu nedenle, majör depresyon tanısı almış hastalarda beslenme davranışlarının değerlendirilerek sorunların çözülmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi, beslenme durumlarının düzeltilmesi ve verilen tıbbi tedavinin etkinliğinin artırılması açısından önemli ve gereklidir. Bu bağlamda, kesitsel olarak planlanan bu araştırmada majör depresyon tanısı almış hastalarda aşırı besin isteği ölçeği ile beslenme davranışlarının değerlendirilmesi, aşırı besin isteği ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmış ve elde edilen sonuçlar literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

4.1 Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi

Bazı sosyo-demografik etkenler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi) depresif bozuklukların oluşumunda farklılıklara neden olabilmektedir (Stefanskave ark. 2014). Hangi milliyetten, ırktan, etnik kökenden ve sosyo-ekonomik düzeyden olursa olsun kadınların erkeklerden iki kat daha sık depresyona yakalandıkları ifade edilmektedir (Kornstein, 1997). Türkiye’de depresyon ile yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada depresyonun 40 yaş üzerinde daha sık görüldüğü saptanmıştır (Doğan, 2000). Bu çalışmada katılımcıların %58’i kadın, %42’si erkek olup, ortalama yaşları 33,7±11,19 yıldır (Çizelge 3.1.).

Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireylerde psikiyatrik morbidite daha sık görülmektedir (Langer ve Michael, 1963). Diğer bir deyişle sosyoekonomik açıdan daha alt seviyedeki insanlar ruhsal hastalıklara daha eğilimli olmaktadır (Hudson, 2005). Ancak ekonomik refahın ne ruh sağlığını koruyucu etki yaptığı ne de ekonomik refahsızlığın ruh hastalıklarının doğrudan sebebi olduğu söylenebilir. Buna karşın, maddi yetersizliğin hem ruhsal bozukluğu ortaya çıkaran etken hem de ruhsal bozukluğun ortaya çıkardığı bir sonuç olduğu kabul edilmektedir (Langer ve Michael, 1963). Lorant ve ark. (2003), depresyon ile sosyo-ekonomik eşitsizliklerin arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada, sosyo-ekonomik düzeyi ile depresyon arasında orta derece güçlükte bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının depresyon riskini hafif, depresyonun devamını ise orta düzeyde etkilediği, düşük sosyo-ekonomik durumun depresyonun genellikle sonucu değil belirleyicisi olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada bireylerin sosyoekonomik durumları sorgulanmamıştır. Ancak eğitim düzeylerine ve çalışma durumlarına bakıldığında %27,2'si lise, %49,4'ü yüksekokul mezunu olup %24,7'si memur, %22,2'si ise işçi ve %14,8'i ev hanımıdır. Eğitim düzeyinin iyileşmesinin depresyon riskini azalttığını belirtilmiştir (Bjelland ve ark., 2008; Bauldry , 2015). Bu durumun bireylerin eğitim düzeylerinin iyileşmesiyle beraber yaşam kalitesinin, oto-kontrol mekanizmalarının ve mental sağlığın olumlu yönde etkilenmesiyle açıklanabilir. Ayrıca eğitim düzeyinin artması ekonomik fırsatların çoğalması ve buna bağlı stresin azalmasını sağlamaktadır. Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre yardım alan bireylerin eğitim düzeyinin profesyonel tıbbi tedavi kaynaklarına yönelme tutumunu artırmaktadır, Psikiyatrik bozukluklar için tıbbi tedaviye başvuran bireylerin eğitim düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Arslantaş ve ark., 2011).

Yeme davranışının üzüntü, stres, anksiyete, depresif ruh hali gibi durumlara göre değiştiği bilinmektedir. Yeme davranışının beynin ödül mekanizmasını etkileyerek kişiyi mutlu ettiği ve depresif bireylerin bu nedenle yeme tutumlarında artış olduğu bilinmektedir (Perrigue ve ark.2015; Leidy ve Campbell, 2011).Yapılan bir araştırmada, haftada 5 gün kahvaltı yapan 167 kişi ile kahvaltı yapmayan 214 kişinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, kahvatı yapan grupta depresif semptomların yapmayan gruba kıyasla daha az görüldüğü ifade edilmiştir (Ata ve ark.,2014). Kim

ve ark. (2015) yaptıkları çalışmaya göre haftada 2 veya 3 kez ana öğünlerini atlayan kadınların, nadiren atlayan kadınlara göre depresyon prevalansı 2.82 kat fazladır. Müftoğlu (2017)'a göre hastaların %52.7'sinin 3 ana öğün; %46.3'ünün ise 2 ara öğün tükettikleri saptanmıştır. Aynı çalışmaya katılan hastaların %47.2'si öğün atladıklarını, %52.8'i ise öğün atlamadıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %39,5'i öğün atlamazken, %60,5'i ise bazen öğün atladığını belirtmişlerdir. Bireylerin %33,3'ü kendini aç hissetmediği için öğün atlamadığını ifade etmiştir (Çizelge 3.4.). Çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun hastanede tedavi görmekte olan bireyler olduğu düşünüldüğünde; öğün düzeninin olması beklenen bir durumdur. Bireylerin kendilerinin aç hissetmedikleri için öğün atlamalarının nedeni majör depresyonun tıbbi tedavisinde kullanılan bazı ilaçların iştah kesici olmasına bağlı olabilir. Ancak bu çalışmada ilaç kullanımı değerlendirilmemiştir.

Sahip olunan kronik hastalıkların majör depresyon ile ilişkili olduğuna işaret eden birçok kesitsel çalışma bulunmaktadır (Mete, 2009; Sertöz ve Mete, 2004). Özellikle inme, multipl skleroz, diyabet, kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Parkinson Huntington ve Alzhemir gibi hastalıkların kişinin hayatını derinden etkileyerek majör depresyon gelişme riskini artırdığı gözlenmiştir (Katon, 2003). Bu çalışmada katılımcıların %43,2'sinin hekim tarafından tanı konulmuş bir majör depresyon dışında kronik hastalığı vardır ve en sık görülen sağlık sorunu %22,8 ile kalp-damar hastalıklarıdır (Çizelge 3.2.). Birçok çalışmada, depresyon kardiyovasküler hastalıkların prediktörü olarak belirtilmiştir. Bu durum depresif hastalarda ağırlık kazanımı, fazla kilolu ve obezite oranının yüksek olması, abdominal yağlanmanın artışı ile ilişkilendirilmiştir (Stefanska ve ark., 2017; Timonen ve ark., 2008, Weber ve ark., 2000).

4.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi

Vücut ağırlığına bağlı olarak en sık görülen psikolojik sorunların başında düşük benlik saygısına bağlı disforik somatizasyon ve majör depresyon olduğu ifade

edilmektedir (Arslantaş,2010). Bir meta analiz çalışmasında, obez olan bireylerin normal ağırlıktaki bireylere kıyasla depresyon riskinin 1,18 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (De Wit ve ark., 2010). Vücut ağırlığında meydana gelen artışın depresif bozukluklar için bir risk etkeni olduğu genel olarak kabul edilen bir gerçektir. Çünkü vücut ağırlığı arttıkça ortaya çıkan depresif ruh hali, bir zamandan sonra depresif ruh hali tedavi edilmediği sürece artan vücut ağırlığı biçiminde kısır bir döngü haline gelebilmektedir. Bu nedenle, vücut ağırlığı artışına bağlı olarak oluşan depresif semptomlar, ağırlık kaybı aracılığıyla azalabilmektedir (Özenoğlu,2018). Yapılan bir çalışmada; BKİ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan bireylerin %81.3'ünde major depresyon olduğu gözlenmiştir (Annis ve ark., 2004). Bu konuda yapılmış olan başka bir çalışmada ise BKİ $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ olan bireylerde major depresyon ve duygu durum bozukluklarına rastlama oranının %40-%70 arasında olduğu belirtilmiştir (Eren ve Erdi, 2003).

Bu çalışmada kadınların %23,4'ünün fazla kilolu, %19,2'sinin obez olduğu saptanmıştır. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %47,1 ve %20,6'dır. Vücut yağ oranına göre ise kadınlarda obezite oranı %34,0, erkeklerde %20,6'dır (Çizelge 3.5). Vücut ağırlığı ve depresyon arasındaki ilişkide, bazı fizyolojik mekanizmalar, proinflatuar sitokinlerin üretiminde meydana gelen değişiklikler veya serebral endotelyumda oluşan farklılıklar rol oynayabilmektedir (Salvich ve Irwin, 2014). Ayrıca, obez ve depresyonlu bireylerde hipotalamus-hipofiz-adrenal aksının düzenli bir şekilde çalışmadığı ifade edilmektedir (Bornstein ve ark., 2006). Bu nedenle depresyonlu bireylerde vücut ağırlığı dengesini sağlamak oldukça güç olabilmektedir.

Beden kütle indeksi (BKİ), beslenme durumu ve obezitenin belirteci olmasına rağmen vücudun yağ dağılımı bilgisi noktasında yetersiz kalmaktadır. Bel çevresi beslenme durumunun değerlendirilmesinde ve vücut yağı dağılımının bir göstergesidir. Bu çalışmanın sonucuna göre erkeklerin %67,6'sının, kadınların %68,1'inin bel çevresi yüksek olup, metabolik hastalık gelişme riski yüksek gruptadır (Çizelge 3.5). Correia ve ark. (2014) depresif bireylerin %69'unun bel çevresinin normal değerin üstünde olduğunu belirtmiştir. Ayrıca fazla kilolu ve obez

bireylerde, abdominal yağlanmanın şiddetli depresyonla ilişkili olduğu gözlenmiştir (Zhao ve ark.,2011). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da benzer şekilde bel çevresi ölçümlerinin depresyon gözlenen bireylerde gözlenmeyen bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kaner ve ark., 2015). Abdominal yağlanma depresyonun sebeplerinden biri olabileceği gibi belirteçlerinden biri de olabilmektedir. Bu çalışmada kadın ve erkek bireylerin diyet örüntüleri incelenmiştir ve kadın ve erkek bireylerin çoğunluğunda günlük enerjinin karbonhidrat alımları (%59-%70) ve enerjinin yağdan gelen yüzdesi (%58-%68) aşırı düzeydedir (Çizelge 3.8.). Diyetle enerjinin karbonhidrat ve yağdan karşılanan yüzdenin artmasıyla bel çevresinin genişlediği bilinmektedir (Newby ve ark.,2003). Ayrıca çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun fiziksel olarak inaktif olmaları da bu durumu desteklemektedir (Çizelge 3.1.).

4.3. Bireylerin Besin Alımlarına İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi

Kişilerin duygu durumlarında, günlük aktivitelerinde ve metabolik durumlarında önemli değişikliklere neden olan depresyonun beslenme ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Jacka ve ark., 2010; Payne ve ark.,2012). Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) ile elde edilen verilere göre sağlıklı beslenme örüntüsünün depresyon riskini azalttığını belirtilmiştir (Dipnall ve ark.,2016). Majör depresyon ile beslenme durumu arasındaki ilişki, komorbiditelerin gelişme riskinin azaltılmasında ve tedavisinde mutlaka göz önünde bulundurulması gereken bir konudur.

Majör depresyonlu hastalarda duysal yemeye bağlı olarak toplam enerji (kkal) alımında artış gözlenmektedir (Özenoğlu, 2018). Bununla beraber kullanılan ilaçların iştah üzerindeki negatif etkisi, depresif duygu durumuna bağlı olarak enerji alımını azaltabilmektedir (Croft, 2012). Hollanda’da 1990-2000 yılları arasında yapılan çalışmaların verilerini inceleyerek yapılan bir meta-analizde, depresyonu olmayan 260 bireyin enerji alımının orta ve şiddetli depresyonu bulunan 72 bireyden daha yüksek olduğu belirtmişlerdir (Kamphuis ve ark., 2001). Türkiye’de yapılan

çalışmalarda, depresif bireylerin diyetle enerji alımının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kaner ve ark.,2015; Alparslan, 2011). Bu çalışmada genel olarak katılımcılarının %43,2'sinin enerji alımı yetersiz, %23,5'inin fazladır (Çizelge 3.8.).

Türkiye'de yapılan çalışmaya göre depresyon tanısı almış bireylerin karbonhidrat alımı ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Kaner ve ark., 2015). Othman ve ark.nın, 2018 yaptığı çalışmada, depresif bireylerin karbonhidrat alımları anlamlı düzeyde daha fazladır. Depresif bireylerde karbonhidrat içeriği yüksek besinlere eğilim olduğu bilinmektedir (Jane-Otsu ve Austin, 2015). Deneysel çalışmalar şeker içeriği yüksek besinlerin fazla miktarda tüketilmesinin, anksiyolitik etkileri dolayısıyla depresyon gelişme riskini artırdığını göstermektedir (Huan ve ark., 2019; Vermeulan ve ark., 2017). Depresif bireylerin karbonhidrat tüketimlerinin artmasının disfori sonucu ortaya çıktığı düşünölmektedir (Özenoğlu,2018). Bu bireylerde dengesiz beslenme ve yüksek karbonhidratlı beslenme gözlenebilmektedir (Westover ve Marangell, 2002). Yüksek karbonhidrat tüketimi yüksek insölin düzeyine, proteinlerin triptofana çevrilmesine etki ederek beyinde serotonin üretimini hızlandırmaktadır (Nanri ve ark., 2014). Bu çalışmaya göre kadınların %59,6'sının, erkeklerin %70,6'sının fazla miktarda karbonhidrat aldıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.8). Bu sonuçlar, belirtilen mekanizmaları destekler niteliklerdedir. Özellikle erkek bireylerin karbonhidrat alımlarının fazla olmasının nedeni; hastanede yemek servisi sırasında erkek hastaların daha fazla miktarda eklemek alıyor olması olabilir.

Depresyonlu bireylerde yürütölen çalışmalarda protein alımlarının yetersiz olduğu gözlenmiştir (Othman ve ark., 2018; Rao ve ark., 2008). Wolfe ve ark. (2011), 1999-2004 yılları arasındaki Ulusal Beslenme ve Sağlık Takip Çalışması sonucunda, erkeklerde yüksek miktarda protein tüketiminin depresyon üzerinde olumlu etkiler yarattığını ileri sürmüşlerdir. Nanri ve ark. (2014), 18-69 yaş aralığındaki 1794 erkek Japon işçi ile yaptıkları çalışmada, bitkisel protein tüketiminin depresif semptomların azalması ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Park ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada, yüksek protein alımının depresif

semptomları anlamlı şekilde azalttığını belirtmişlerdir. Fenialanin, tirozin, triptofan ve metionin gibi aminoasitlerin depresyon gibi mental rahatsızlıkların tedavisinde etkili olduğu ve bazı nörotransmitterlerin sentezinde gerekli olduğu bilinmektedir (Gargari ve ark.,2012). Bu çalışmaya göre kadınların %40.4'ü erkeklerin ise %41.2'sinin protein alımları yeterli düzeydedir. Bunun yanısıra kadınların %30'unun erkeklerin ise %35'inin protein alımları yetersizdir (Çizelge 3.8). Bu noktada protein alımları bireylerin büyük çoğunluğunda yeterli düzeyde gibi görünse de diyetin protein kalitesinin de değerlendirilmesinin önemli bir gereklilik olduğu düşünülmektedir. Ancak bu çalışmada, diyetin protein kalitesi değerlendirilmemiştir.

Depresif hastalarda inflammatuar durum görülmektedir (Bremmer ve ark.,2008). Pro-inflamatuar sitokinler plazma triptofan seviyesini azaltarak, nörotransmitter RNA yapısını değiştirerek ve beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF) sentezini azaltarak nörotransmitter metabolizmasını etkilemektedir (Hayley ve ark., 2005). Beyin türevli nörotrofik faktör, peptit yapıda ve nöral sağlık ve sinaptik fonksiyonlar için gerekli olup BDNF'nin depresif bireylerde azaldığı bildirilmiştir (Karage ve ark., 2005). Diyetle toplam yağ asitleri tüketiminin endotel fonksiyonu güçlendirerek, inflamasyonu engelleyerek depresyon da dahil olmak üzere nöropsikolojik bozukluklara karşı koruduğu düşünülmektedir. Bununla beraber Sanchez-Villegas ve ark. (2011), SUN Project (2010) verilerini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada, toplam yağ alımı ile depresyon arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Nanri ve ark.nın (2014) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Oishi ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada da toplam yağ tüketimi ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Huan ve ark.nın (2019) yaptığı çalışmaya göre depresif bireylerin yağ tüketiminin fazla olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmaya katılan bireylerin diyetteki toplam yağ alımına bakıldığında, kadınların %58.8'inin, erkeklerin ise %68.1'inin fazla miktarda olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.8.). Disforiye bağlı olarak gözlenen duyusal yemenin, yağ içeriği yüksek besinlerin tüketilmesinin nedeni olabilir.

Çinko, beyinde yüksek konsantrasyonda bulunan bir elementtir ve sinir sisteminin yapısal elementidir. Çinko eksikliğinde hem nörolojik ve somatik semptomlar ortaya çıkabilir hem de depresif bozukluklara bağlanabilen

psikopatolojik semptomlar görülebilir. Antidepresan etkisi olan glutaminerjik sisteme dahil olduğu klinik araştırmada belirtilmiştir (Styczeń ve ark. 2018). Yapılan çalışmalara göre depresif bireylerin depresif olmayan bireylere kıyasla çinko alımları daha düşüktür (Styczeń ve ark., 2018; Othman ve ark., 2018). Bu çalışmada, kadınların ve erkeklerin diyet çinko alımları sırasıyla %47.1'inin ve %41,0'inin yetersiz düzeydedir (Çizelge 3.8.).

Kalsiyum ve demir mineralleri serotonin ve dopomin sentezinde rol olan enzimlerin (tirozin hidroksilaz ve triptofan hidroksilaz) aktive edilmesi için gereklidir. Bu çalışmada kadınların ve erkeklerin sırasıyla %61.8'inin ve %63.8'ünün diyetle kalsiyum alımları yetersiz düzeydedir (Çizelge 3.8.). Kadınların %38.1'inin diyetle demir alımları yetersiz düzeyde ancak erkeklerin %47.1'inin yeterli düzeydedir (Çizelge 3.8.). Yapılan bir çalışmada, depresif bireylerin büyük çoğunluğunun diyetle kalsiyum (%88,0) ve demir (%78,0) alımlarının yetersiz olduğu belirtilmiştir (Othman ve ark.,2018). Ancak Nanri ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, depresif bireyler ve depresif olmayan bireylerin demir alımları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Demir ve kalsiyum minerallerinin protein kaynaklarında fazla bulunduğu bilinmektedir. Bu çalışmada genel olarak bireylerin %32,1'inin protein alımının yetersiz olduğu göz önüne alındığında sonuç şaşırtıcı değildir.

Depresyonlu bireyler üzerinde gerçekleştirilen araştırmalara göre bu bireylerde oksidatif stres yüksek seyrederken antioksidan kapasitesi yetersizdir. Antioksidanlar kronik hastalıkların engellenmesinde ve yaşlanmanın yavaşlatılmasında rol alan bileşiklerdir. Bunlar ayrıca depresyonun etiyolojisinde rol alan biyolojik etkenlerdendir (Payne ve ark.,2012). A vitamini, C vitamini, E vitamini antioksidan özelliğe sahip olup oksidatif stresin azaltılmasında rol alırlar. Oksidatif stresin azalmasının depresyon riskini azalttığı bilinmektedir (Palta ve ark.,2014). Ayrıca endotel hücre sinyalinin yerine ulaştırılması için önemlidirler. Depresyonu olan bireyler ile yapılan çalışmalarda, depresif bireylerin A ve C vitaminlerini diyetle yetersiz miktarda aldıkları belirtilmiştir (Park ve ark., 2010; Oishi ve ark., 2009; Kaner ve ark., 2015). Bu çalışmada genel olarak katılımcıların %28'inin A vitamini,

%29'unun C vitamini, %30'unun E vitamini alım miktarı yetersiz bulunmuştur (Çizelge 3.8.). Bu vitaminlerin var olan önemli etkileri göz önünde bulundurulduğunda belirli aralıklarda vücuttaki düzeylerinin bakılması ile eksikliğin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınabilmesi mümkündür (Çizelge 3.8.).

Magnezyum eksikliği nöropatolojik semptomlarla ilişkilidir ve eksikliği nöronlarda hasara neden olarak depresyon riskini artırmaktadır (Eby ve Eby ,2006). Magnezyum takviyesi plazmada inflamasyon belirteci olan C-reaktif proteinin düzeyini düşürür. Bu durum depresyonun olası bir nedeni olan kronik inflamasyonu ortadan kaldırabilir (McMartin ve ark., 2013). Kaner ve ark.nın (2015)'nın yaptığı çalışmaya göre depresif bireylerin depresif olmayan bireylere kıyasla diyetle magnezyum alımları daha düşüktür. Bu çalışmada da benzer şekilde kadınların %49'unun, erkeklerin %53'ünün diyetle magnezyum alımları yetersiz miktarda bulunmuştur (Çizelge 3.8.).

Nörotransmitterlerin sentezi ve dengesinde B grubu vitaminler kofaktör olarak görev almaktadır (Halford ,2003). Örneğin; B₁ vitamininin aktif formu serotonin sentezinde etkilidir (Zhang ve ark.,2013). Folatın aktif formu 5- metiltetrahidrofolat, S-Adenozil Metionin (SAM) yapısına girerek serotoninin ve dopamini de içeren monoaminlerin sirkülasyonunda görev alır. B₁₂ vitamininin eksik olduğu durumlarda N-metil-D-aspartat reseptörleri aktive olur ve hiperhomosisteinemi, oksidatif stres ve vasküler endotel lezyonlar ortaya çıkabilir. Bu durum norotoksisite ve depresyon sebebidir (Karakula ve ark, 2009). Yapılan çalışmalarda, diyetle B grubu vitaminlerin yetersizliğinin depresyon prevalansını artırdığı belirtilmiştir (Zhang ve ark.,2013; Kaner ve ark., 2018; Othman ve ark., 2018). Bu çalışmada da benzer şekilde B grubu vitaminlerini (tiyamin, riboflavin, folik asit) diyetle yetersiz alan bireylerin oranı fazladır (Çizelge 3.8.). B grubu vitaminlerin özellikle nörolojik fonksiyondaki görevleri ve besinlerde yaygın olarak bulunmaları dikkate alındığında, diyetle yeterli miktarda alımlarının sağlanması önemli ve gereklidir.

4.4. Bireylerin Aşırı Besin İsteğinin Değerlendirilmesi

Aşırı besin isteği; fizyolojik veya psikolojik etkiler ile besin alımının artmasıyla sonuçlanan bir duygu durum bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Bireylerde aşırı besin isteğinin olup olmadığı değerlendirebilmek amacıyla bazı ölçme araçları geliştirilmiştir. Bunlardan biri Cepeda-Benito ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilen Aşırı Besin İsteği Ölçeği olup (Cepeda-Benito ve ark.,2000), bu ölçek ile davranışsal, psikolojik ve bilişsel durumların yeme davranışına etkileri değerlendirilebilmektedir (Cepeda-Benito ve ark.,2000).

Majör depresyon hastaları ile uygulanan Aşırı Besin İsteği Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenlik çalışmaları Müftüoğlu ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada, katılımcıların ölçekten aldıkları alt ve üst değerleri 43-219 puan, ortalama $114,1 \pm 42,10$ puandır (Çizelge 3.9.). Genel olarak ABİS ölçeğinden en az 39, en fazla 234 puan alınmaktadır (Müftüoğlu ve ark., 2017). Ölçekten alınan puanın artmasıyla, aşırı besin isteğinin arttığı kabul edilmektedir. Besin isteğinin sadece hemostatik sistem tarafından kontrol edilmediği, aksi taktirde her bireyin ideal ağırlıkta olması gerektiği düşünülmektedir. Beynin tat ve haz alımıyla ilişkili ödül sistemi sebebiyle bireyler bazı yiyecekleri daha fazla tüketme eğiliminde olmaktadır (Saper ve ark.,2002). Beyin görüntüleme teknikleri kullanılarak yapılan bir araştırmada, depresif bireylerin sıradan yiyeceklerin tüketilmesine karşın lezzetli ve haz veren yiyeceklerin tüketmesi durumunda beyinde dopominerjik aktivitenin arttığı gözlenmiştir (Payne ve ark.,2007) Bu ilişki depresyon durumunda aşırı besin isteği artışının göstergesidir (Müftüoğlu,2017). Ayrıca majör depresyonun tedavisinde kullanılan ilaçların da iştah üzerine etkileri olup, etkinin yönü kullanılan ilaçların türüne göre değişiklik göstermektedir. Bu sonuçlar depresyonun hem kendisinin hem de tedavisinin yeme davranışını etkileyebildiğini göstermektedir.

Majör depresyonlu hastalarda aşırı besin isteği üzerine yürüyülen çalışmalara göre, tüm yiyeceklerin vücutta aşırı istek uyandırmadığı, özellikle yağlı, tuzlu, şekerli ve katkı maddesi içeren yiyeceklerin daha çok tercih edildiği belirtilmiştir. Karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek yiyeceklerin psikoaktif etkilerinin yüksek olduğu

ve tüketim sonrasında çeşitli depresif semptomların azaldığı gözlenmiştir (Nasser ve ark., 2011; Öyeçkin ve Deveci, 2012). Müftüoğlu (2016) yaptığı çalışmada sadece protein (g) alım miktarı ile ABİS puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Bu çalışmada majör depresif hastaların aşırı besin isteği puanları ile enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.9.). Ayrıca bu çalışmaya katılan erkek bireylerde karbonhidrat alımları ve toplam ABİS puanları arasında pozitif yönde korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.9.). Çalışmaya katılan kadınlarda enerji ve makro besin ögesi alımı ile ABİS puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.9.). Bu çalışmaya katılan hastaların tedavi sürecinde olduğu ve tıbbi tedavi gördükleri göz önüne alınmalıdır. Majör depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların iştah metabolizmasını etkilediği bilinmektedir. Serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri; serotonin reseptörlerinde artışla birlikte iştahta azalmaya neden olarak ağırlık kaybına yol açabilmektedir (Ruetsch ve ark.,2005; Sussman ve ark. ,1999). Ayrıca Gariepy ve ark.ın (2010) yaptıkları araştırmada majör depresyon hastalarının antidepresan ilaçların kullanılması ile vücut ağırlıklarının artacağına yönelik endişelerini dile getirdiklerini ifade etmişleridir. Bu durum göz önüne alındığında tıbbi tedavide tercih edilen ilaçların bu endişeyi gidermeye yönelik olması gerektiği düşünülebilir. Ancak bu çalışmada hastaların ilaç kullanma durumları değerlendirilmemiştir.

Bireylerin diyet posası alımı ve ABİS alt kategorileri arasında negatif yönde ilişki gözlenmiştir ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Çizelge 3.9.). Konstipasyon, psikiyatri hastalarında sık görülen bir semptomdur. İki yıllık dönemi rapor eden çalışmalarda, konstipasyonun görülme sıklığı şizofreni hastalarında %36,3 (Hert ve ark. 2011), depresif hastalarda %7,7 (Afridi ve ark., 2009) olarak kaydedilmiştir. Buna ek olarak, ileri derece akıl hastalığı olan hastalarda konstipasyon görülme sıklığının %15 olduğu saptanmıştır (Jessurun ve ark., 2013). Amerikan Diyet Birliği (ADA), çeşitli yiyeceklerden yeterli miktarda diyet posası alımının gerekli olduğunu vurgulamıştır. Diyetle tüketilen alınan posa miktarı konstipasyon şiddetini ve insidansını önemli düzeyde azaltmaktadır (Türkay ve Saka, 2016).

Bu çalışmada kadın verilerine ilişkin korelasyon analizi incelendiğinde toplam ABİS puanı ile kalsiyum, magnezyum ve fosfor alımları arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$). Erkek bireylerde ise toplam ABİS puanı ile demir, kalsiyum, çinko, magnezyum ve fosfor alımları arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.11.). Müftüoğlu (2016) majör depresif hastalar ile yaptığı çalışmasında demir (mg) alım miktarı ile ABİS puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Bu durum aşırı besin isteğinin besin öğeleri alımını etkileyebildiğini göstermektedir.

Bireylerin vücut ağırlığı, beden kütle indeksi (BKİ), bel çevresi ve kalça çevresi ile ABİS puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Çizelge 3.12). Ölçeğin alt boyutlarından “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi” ile total yağ yüzdesi ve bel çevresi arasında anlamlı ve pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre kişilerde yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi artış gösterdiğinde total yağ yüzdesi artmakta ve bel çevreleri genişlemektedir (Çizelge 3.12.). Kadın hastaların analizi incelendiğinde “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi”, “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti” alt boyutları ile toplam yağ yüzdesi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.12.). Erkek hastaların analizi incelendiğinde “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular” ve “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi” alt boyutları ile toplam yağ yüzdesi ve bel çevresi arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.12.). Türkiye’deki majör depresyon tanılı hastalarında yürütülen bir çalışmada vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ve toplam yağ kütlesi ile ABİS puanları arasında pozitif anlamlı ilişki gözlenmiştir (Müftüoğlu, 2016). Bu çalışmaya katılan kadın bireylerin toplam enerji ve makro besin ögesi alımları incelendiğinde toplam enerji alımları ve ABİS puanları arasında ilişki gözlenmemiş; erkek bireylerin karbonhidrat alımları ve ABİS puanı arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir (Çizelge 3.9.). Bu çalışmada kadın ve erkek bireylerin diyet örüntüleri incelenmiştir ve kadın ve erkek

bireylerin çoğunluğunda günlük enerjinin karbonhidrat alımları (%59-%70) ve enerjinin yağdan gelen yüzdesi (%58-%68) aşırı düzeydedir (Çizelge 3.8.). Diyetle enerjinin karbonhidrat ve yağdan karşılanan yüzdenin artmasıyla ağırlık artışının olduğu ve bel çevresinin genişlediği bilinmektedir (Newby ve ark., 2003).

Obez bireylerin, anksiyete ve stres durumunda diğer bireylere göre besin alımına yönelik daha düşük uyarılma eşiğine sahip oldukları ve yeme davranışı üzerindeki kontrollerini kaybederek kendilerini durdurmakta zorlandıkları belirtilmektedir (Özgen ve ark.,2012). Obez bireylerin aşırı besin tüketme davranışlarını gergin ve sıkıntılı hissettiklerinde anksiyetelerini azaltma aracı olarak gördükleri ifade edilmektedir (Kaplan, 1957). Depresif bireylerde yapılan çalışmalarda, obez bireylerde yeme tutumlarındaki bozulma ile birlikte yemek seçimi, porsiyon büyüklüğü ve aşırı besin isteğinin etkilendiği belirtilmiştir (Canetti ve ark.,2002;Goldsmith ve ark.,2015; Öztürk ve ark.,2018). Bu çalışmada da benzer şekilde BKİ düzeyi (Şekil 3.1) ve bel çevresi (Şekil 3.2) yüksek olan bireylerin normal olanlara kıyasla ABİS puanları anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Şekil 3.1).

Tüm bu sonuçlar, majör depresyonun besin tüketim durumunu etkilediğini göstermektedir. Katılımcıların enerji alımlarınının yeterli veya fazla düzeyde olmasına rağmen mikro besin ögesi alımlarının genellikle yetersiz olması diyet kalitelerinin de düşük olduğunu göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada majör depresif hastalarındaki aşırı besin isteği durumunun saptanması, enerji ve besin ögesi alımlarının ve antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları özetlenmiştir.

- Katılımcıların %58'inin kadın, %42'sinin ise erkek olup, ortalama yaşları $33,7 \pm 11,19$ yıldır.
- Katılımcıların %39,5'i öğün atlamazken, %60,5'i bazen öğün atlamaktadır.
- Kadınların %93,6'sı, erkeklerin %88,2'si düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır.
- Katılımcıların %43,2'sinin hekim tarafından tanısı konulmuş majör depresyon dışında kronik bir sağlık sorunu vardır. Bu sağlık sorunlarından en sık görülen %22,8 oranı ile kalp-damar hastalıklarıdır.
- Beden kütle indeksine göre kadınların %23,4'ü fazla kilolu, %19,2'si obezdir. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %47,1 ve %20,6'dır.
- Erkeklerin %32,4'sında bel çevresi ≥ 102 cm, kadınların %31,9'inde ≥ 88 cm'dir.
- Çalışmaya katılan kadın bireylerin enerji alımları, %25,5'inde fazla düzeydedir. Kadınların %59,6'sının karbonhidrat (g), %68,1'inin yağ (%) alımı fazla, %27,7'sinin protein ve %44,7'sinin diyet posası alımı yetersiz düzeydedir.
- Kadınların A, C ve E vitaminleri ve fosfor alımları sırasıyla %40,4, %48,9, %48,9 ve %66,0 oranında fazla düzeydedir. B₁, B₂, kalsiyum, çinko, magnezyum alımları sırasıyla %40,4, %46,8, %63,8, %42,6, %48,9 oranında yetersiz düzeydedir.
- Çalışmaya katılan erkeklerin %70,6'sının karbonhidrat (g), %58,8'inin yağ (%) alımı fazla, %35,3'ünün protein (g) ve %47,1'inin diyet posası alımı (g) yetersiz düzeydedir.
- Erkeklerin C, E, B₂, B₆ vitaminleri, folik asit, kalsiyum, magnezyum alımları sırasıyla %47,1, %55,9, %44,1, %44,1, %50,0, %61,8, %52,9 oranında

yetersiz düzeydedir. A vitamini ve fosfor alımları sırasıyla %44,1 ve %73,%'inin fazla düzeydedir.

- Kadınların ABİS ortalaması $116,6 \pm 43,40$, erkeklerin ise $110,7 \pm 40,61$ iken genel puan ortalama $114,1 \pm 42,10$ 'dır.
- Majör depresif hastaların aşırı besin isteği göstermesi durumunda enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımlarının arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Kadın hastalarda uygulanan ölçeğin herhangi bir alt boyutu ile enerji ve makro besin öğeleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p > 0,05$). Erkek hastalarda ise “fizyolojik olarak aşırı istek duyma” ve “aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” alt boyutları ile karbonhidrat (g) alımları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Aşırı besin isteği ölçeği puanı arttıkça E, B₁, B₂ ve B₆ vitaminleri ile kalsiyum, çinko, magnezyum ve fosfor minerallerinin alım miktarı artmaktadır ($p < 0,05$).
- Kadın hastalarda; “yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi”, “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “fizyolojik olarak aşırı istek duyma”, “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular”, “aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” alt boyutları ve “ABİS toplam puan” ile E, B₁, B₂, B₆ vitaminleri ile pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Erkek hastalarda ise “yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi”, “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “fizyolojik olarak aşırı istek duyma”, “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular”, “aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar” alt boyutları ve “ABİS toplam puan” ile E, B₁ ve B₂ vitaminleri ile pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Kadınlarda “besin tüketme niyeti ve planı olma”, “yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi”, “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi”, “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti”, “fizyolojik olarak aşırı istek duyma”, “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular” ve “aşırı besin isteğini tetikleyen

uyaranlar” alt boyutları ile kalsiyum, çinko, magnezyum, fosfor mineralleri arasında pozitif yönde ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$). Erkek bireylerde ise bu korelasyonlara ek olarak demir minerali ile de pozitif yönde korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).

- Antropometrik özellikler açısından değerlendirildiğinde kişilerde “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi” artış gösterdiğinde toplam yağ kütleleri artmakta ve bel çevreleri genişlemektedir ($p<0,05$).
- Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular artış gösterdiğinde kişilerin toplam yağ yüzdesi artmaktadır ($p<0,05$).
- Kadınlarda “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi”, “yeme üzerine kontrolün olmaması”, “yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti” alt boyutları ile toplam yağ yüzdesi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).
- Erkeklerde “aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular” ve “yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi” alt boyutları ile toplam yağ yüzdesi ve bel çevresi arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$).
- Normal vücut ağırlığına sahip bireylerin ortalama ABİS puanı $102,9\pm41,75$, fazla kilolu ve obezlerin sırasıyla $121,3\pm39,74$ ve $132,2\pm42,17$ olup aradaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).
- Genel olarak, metabolik hastalık riski düşük olan grubun ortalama ABİS puanı $109,0\pm42,70$ iken yüksek olan grubun $134,0\pm36,13$ olup aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde erkekler arasında da metabolik hastalık riski yüksek olanların ABİS puanı ($91,8\pm22,57$), düşük olanlara ($134,0\pm36,13$) kıyasla anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$).

- Bu araştırmanın sonuçlarına göre;

Major depresyon, yaşam kalitesini önemli düzeyde azaltan ve sağlık harcamalarını artıran yaygın bir hastalıktır. Majör depresif hastalarında aşırı besin isteği gözlenmekte ve bu durum biyolojik, psikolojik, bilişsel nedenlerle açıklanmaktadır. Yapılan araştırmaya göre majör depresif hastaların beslenme sorunları ile karşı karşıya olduğu ifade edilebilir. Bireylerin beslenme durumlarının depresyonun etiyolojisinin yanısıra tedavisindeki önemi göz ardı edilmemelidir. Majör depresyon hastalarında obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet sıklıkla gözlenebilmektedir. Bu hastalıkların da beslenme ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde tıbbi tedavi ile birlikte bir diyetisyen tarafından beslenme tedavisi ve sağlıklı beslenme eğitiminin verilmesi önemli ve gereklidir.

Bu çalışma yatak sayısı az olan yatarak ve ayaktan tedavi alan bireyler üzerinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya dahil edilen hastaların ilaç kullanma durumlarının, biyokimyasal parametrelerinin değerlendirilmemesi, duygu durum ve stres ölçeklerinin kullanılmaması, besin tüketim sıklık formunun kullanılmaması ve çalışmaya dahil edilen bireylerin büyük çoğunluğunun yataklı tedavi kurumunda tedavi sürecinde olması bu çalışmanın sınırlılıklarındandır. Türkçe'ye yeni uyarlanan bu ölçek ile yapılacak olan çalışmalarda, bu parametrelerin de değerlendirilmesinin majör depresyon tanısı almış hastaların beslenme durumlarının iyileştirilmesi için gerekli önlemlerin alınmasında ve tedavinin yönünün belirlenmesinde önemli veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

ÖZET

Majör Depresyon Hastalarında Aşırı Besin İsteği İle Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Majör depresif bozukluğunun, 2020 yılında en yaygın mortalite nedenlerinden biri olacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle, depresyonun etyolojisine, komplikasyonlarına, iştah üzerindeki etkilerine ve çözüm önerilerine yönelik araştırmaların sayısı giderek artmaktadır. Bu araştırma majör depresif hastaların aşırı besin isteği ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde DSM-V kriterlerine göre psikiyatrist tarafından majör depresyon tanısı almış 20-64 yaş arasındaki (47 kadın, 34 erkek) gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, toplam 81 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özellikleri araştırmacı tarafından hazırlanan bir veri toplama formuyla, bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Katılımcılara 9 faktör ve 39 maddeden oluşan Aşırı Besin İsteği Ölçeği (ABİS) uygulanmış ve 24 saatlik geriye dönük hatırlatma ile besin tüketim kayıtları alınmış ve elde edilen veriler, Beslenme Bilgi Sistemi paket programı ile değerlendirilmiştir. Araştırma verileri SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiş ve uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Katılımcıların ortalama yaşları $33,7 \pm 11,19$ yıldır. Katılımcıların %39,5'i öğün atlamazken, %60,5'i bazen öğün atlamaktadır. Ortalama ana öğün sayısı $3,0 \pm 1,06$, ara öğün sayısı ise $3,00 \pm 0,00$ 'dır. Beden kütle indeksine göre kadınların %42,6'sı, erkeklerin %67,7'si fazla kilolu veya obezdir. Kadınların ABİS ortalaması $116,6 \pm 43,40$, erkeklerin ise $110,7 \pm 40,61$ iken genel puan ortalaması $114,16 \pm 42,10$ 'dır. Çalışmaya göre erkeklerin ABİS puanları ile bel çevresi ve toplam yağ yüzdesi arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Obez bireylerin aşırı besin isteği skoru anlamlı düzeyde daha fazladır. Katılımcıların ABİS puanı arttıkça enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımlarının arttığı saptanmıştır. Ayrıca ABİS puanı ile E, B₁, B₂ ve B₆ vitaminleri ile kalsiyum, çinko, magnezyum ve fosfor mineralleri alımları arasında da pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Majör depresyon, beslenme durumunu etkileyebilen ve beslenme ile ilişkili olan obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi komorbiditelere neden olabilen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, majör depresyon tanısı alan hastalarda beslenme durumunun düzeltilmesi ve tedavi ekibine bir diyetisyenin dahil edilmesi önemli bir gerekliliktir.

Anahtar Kelimeler: Aşırı besin isteği, Majör depresyon, Yeme davranışı

SUMMARY

Evaluation Of The Relationship Between Excessive Food Cravings And Nutritional Status In Patients With Major Depression

Major depressive disorder is projected to be one of the most common causes of mortality in 2020. Therefore, the number of investigations into the etiology of depression, its complications, its effects on appetite, and suggestions for solutions is steadily increasing. This study was planned to evaluate the relationship between excessive food cravings and nutritional status of major depressive patients. Research, university Bolu Abant İzzet Baysal mental health and diseases training and Research Hospital DSM-V criteria, a diagnosis of major depression by a psychiatrist between the ages of 20-64 (47 female, 34 male) with a total of 81 patients who voluntarily agreed to participate was conducted. The socio-demographic characteristics of the participants were collected by interviewing individuals face-to-face with a data collection form prepared by the researcher. The participants were given an excess food craving scores (FCS) consisting of 9 factors and 39 items and their food consumption records were taken with a 24-hour retrospective reminder and the data obtained were evaluated with the Nutrition Information System package program. The research data was evaluated using the SPSS package program and analyzed with appropriate statistical methods. The mean age of the participants was 33.7 ± 11.19 years. While 39.5% of respondents did not skip meals, 60.5% sometimes skip meals. The average number of main meals is 3.25 ± 2.06 and the number of decedents is 3.00 ± 0.00 . According to the body mass index, 42.6% of women and 67.7% of men are overweight or obese. Women's FCS mean 116.6 ± 43.40 , men's 110.7 ± 40.61 , while the average overall score is 114.16 ± 42.10 dir. According to the study, a positive correlation was found between food craving scores and waist circumference and total fat percentage of men. Obese individuals are significantly have more food craving scores. The participants ' food craving scores increased and their energy, carbohydrate, protein and fat intake increased. In addition, a positive correlation was found between the food craving score and the intake of vitamins E, B₁, B₂ and B₆ and calcium, zinc, magnesium and phosphorus minerals. Major depression is a health problem that can affect nutritional status and cause comorbidities such as obesity, cardiovascular diseases and diabetes, which are associated with nutrition. Therefore, in patients diagnosed with major depression, it is an important requirement to correct nutritional status and to include a dietitian in the treatment team.

Key Words: Eating behavior, Food craving, Major depression

KAYNAKLAR

- ACKERMAN S, NOLAN LJ (1998). Bodyweight gain induced by psychotropic drugs. Incidence, mechanisms and management. *CNS Drugs*, **9(2)**:135-151.
- AFRIDI MI, SIDDIQUI MA, & ANSARI A (2009). Gastrointestinal somatization in males and females with depressive disorder. *Journal of the Pakistan Medical Association*, **59(10)**: 675-679.
- AKISKAL H (2005). Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. B. Sadock, & V. Sadock içinde, *Comprehensive Textbooks of Psychiatry*. London: Lippincott Williams and Wilkins.
- ALLISON DB, NEWCOMER J, DUNN AL, BLUMENTHAL JA, FABRICATORE, A N, DAUMIT GL, ALPERT JE (2009). Obesity among those with mental disorders; A National Institute of Mental Health meeting report. *American Journal of Preventive Medicine*, **36(4)**: 341-350.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- ANDRIES AM (2011). Positive And Negative Emotions Within The Organizational Context. *Global Journal of Human-Social Science Research*, **11**:15–32.
- APPELHANS BM, WHITED MC, SCHNEIDER KL, MA Y, OLESKI J , MERRIAM PA, OCKENE I S (2012). Depression severity, diet quality and physical activity in women with obesity and depression. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetic*, **112**: 693-698.
- ATA A, VURAL A, KESKİN F (2014). Beden algısı ve obezite. *Ankara Med J* , **14 (3)**:74-84.
- ARSLAN M, ATMACA A, AYVAZ G, BAŞKAL N, BEYHAN Z, BOLU E, YILMAZ M (2009). *Metabolik Sendrom Kılavuzu*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- ARSLANTAŞ H. , GÜLTEKİN BK. , SÖYLEMEZ A. , DEREBOY F.(2010). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalamayla İlgili İnanç, Tutum Ve Davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*; **11(1)** : 11 - 17
- ARSLANTAŞ N.(2011). Depresyonlu Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi .Yüksek Lisans Tezi.
- ASBERG M, MÅRTENSSON B (1993). Serotonin selective antidepressant drugs: Past, present, future. *Clin Neuropharmacol*, **16 (Suppl. 3)**:32-44.

- BAŞOĞLU C, BULDUKOĞLU K (2015). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* , **7 (1)**: 1-15.
- BAULDRY S. (2015).Variation in the Protective Effect of Higher Education Against Depression. *Soc Ment Health*. **5(2)**: 145–161.
- BAYSAL A, MERDOL TK, SACIR FH, CİĞERİM N, BAŞOĞLU S (2005). Türk Mutfağından Örnekler. 4. Baskı. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
- BEBİS. Bilgisayar Yazılım Programı Versiyon 7.2. Ebispro für Windows, Stuttgart,Germany; Türkçe Versiyonu
- BERRIOS GE (1988). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *Br J Psychiatry*,**153**: 298-304.
- BIRKETVEDT GS, FLORHOLMEN J, SUNDSFIJORD J, OSTERUD B, DİNGES D, BİLKER W, STUNKARD A (1999). Behavioral and neuroendocrine characteristics of the nighteating syndrome. *JAMA*,**282**: 657-663.
- BJELLAND I, KROKSTAD S, MYKLETUN A, DAHL AA, TELL GS, TAMBS K.(2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. **66(6)**:1334-45
- BORNSTEIN SR, SCHUPPENİES A, WONG ML, LICINIO J (2006). Approaching the shared biology of obesity and depression: the stress axis is the locus of geneenvironment interactions. *Molecular Psychiatry*,**11**: 892-902.
- BRAET C, CLAUS L, GOOSSENS L, MOENS E, VLIJERBERGHE LV, SOETENS (2008). Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *J Health Psychol*,**13**:733–743.
- BREMMER MA, BEEKMAN AT, DEEG DJ, PENNINX BW, DİK MG (2008).Inflammatory markers in late-life depression: results from a population based study. *J Affect Disord*.**106**:249–255.
- BROWN TA, BARLOW DH.(2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess*,**21(3)**: 256-71.
- CAMPBELL JC (2002). Health Consequences of Intimate Partner Violence. *The Lancet*, **359(9314)**: 1331–1336.
- CANETTI L, BACHAR E, BERRY M (2002). Food and emotion. *Behav Processes*,**60**:157–164.

- CEPEDA-BENITO A, GLEAVES DH, WILLIAMS TL(2001). The development and validation of the state and trait food-cravings questionnaires. *Behavior Therapy*, **31(1)**: 151-173
- CHEONG JH (2015). *Risk Factors Associated With Depression*. Ekim 30, 2019 tarihinde http://psychcentral.com/library/depression_risk.htm adresinden alındı
- CİMİLLİ C (1995). Periferde Psikiyatri Deneyimi. *Kriz Dergisi*(3), 10-12.
- CİMİLLİ C (1997). Depresyonla İlişkileri Bağlamında Türkiye'nin Sosyal ve Kültürel Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*,**8**: 292-300.
- CROFT H.(2002). Effect on body weight of bupropion sustained-release in patients with major depression treated for 52 weeks. *Clinical therapeutics*. **24(4)**:662-672
- CRAWFORD GB, KHEDKAR A, FLAWS JA, SORKIN JD, GALLICCHIO L (2011). Depressive symptoms and self-reported fast-food intake in midlife women. *Preventive Medicine*, **2011(52)**: 254-257.
- DE WIT L, LUPPINO F, STRATEN AV, PENNINX B, ZITMAN F, CUJIPERS P (2010). Depression and obesity: a meta-analysis of community based studies. *Psychiatry Research*,**178**: 230-235.
- DIPNALL JF, PASCO JA, MEYER D, BERK M, WILLIAMS LJ, DODS S, JACKA FN (2015). The association between dietary patterns, diabetes and depression. *Journal of Affective Disorders*,**174**:215-224.
- DOĞAN O (2000). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*,**1**: 29-38.
- EBY GA , EBY KL (2006).Rapid recovery frommajor depression using magnesium treatment, *Medical Hypotheses*,**67(2)**:362–370
- EREN İ, ERDİ Ö(2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı.Klinik Psikiyatri.**6**:152-157
- EVERS C, ADRIANSE M, RIDDER DT, HUBERTS JC (2013). Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger for food intake. *Appetite*,**68**: 1–7.
- EPSTEIN LH, SPIKER DG, KUPFER DJ (1985). Resting metabolic rate is reduced in patients treated with antidepressants. *Biological Psychiatry*,**20**:688-692.
- FAITH MS, BUTRYN M, WADDEN TA, FABRICATORE A, NGUYEN A, HEYMSFIELD SB (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*,**12**: 438-453.

- FAITH MS, FLINT J, FAIRBURN CG, GOODWIN GM, ALLISON DB (2001). Gender differences in the relationship between psychological well-being and relative body weight: results from a British population-based sample. *Obesity Research*,**9**:647-650.
- FAITH MS, MATZ PE, JORGE MA (2002). Obesity-depression associations in the population. *Journal of Psychosomatic Research*,**53**: 935-942.
- FLOREZ KR, DUBOWITZ T, GHOSH-DASTIDAR MB, BECKMAN R, COLLINS RL (2015). Associations between depressive symptomatology, diet and body mass index among participants in the supplemental nutrition assistance program. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*,**115**: 1102-1108.
- FRIEDMAN MA, BROWNELL KD (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*,**117**: 3-20.
- GARIEPY E, WANG J, LESAGE AD, SCHMITZ N (2010). The longitudinal association from obesity to depression: result from the 12-year National Population Health Survey. *Obesity*, **18**(5): 1033-1038.
- GILLEN MM, MARKEY CN, MARKEY PM (2012). An examination of dieting behaviors among adults: Links with depression. *Eating Behaviors*,**13**:88-93.
- GLUCK ME, GELIEBTER A, SATOV T (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*,**9**:264-267.
- GOLDSCHMIDT AB, WALL M, LOTH KA(2015). Risk factors for disordered eating in overweight adolescents and young adults. *J Pediatr Psychol*; 1-6.
- GUR EB, GOKDUMAN A, TURAN GA, TATAR S, HEPYILMAZ I, ZENGİN E, GUCLU S (2014). Mid-pregnancy vitamin D levels and postpartum depression. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*,**179**: 110-116.
- HABHAB S, SHELDON JP, LOEB RC (2009). The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. *Appetite*,**52**: 437–444.
- HAYLEY S, POULTER MO, MERALI Z, ANİSMAN H (2005). The pathogenesis of clinical depression: stressor- and cytokine-induced alterations of neuroplasticity. *Neuroscience*.**135**:659–678
- HEMELS ME, KOREN G, EINARSON TR. (2002). Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. *Ann Pharmacother*, **36**(9): 1375-1379.
- HERMAN CP, MACK D (1975). Restrained and unrestrained eating. *J Pers*,**43**: 647–660.

- HERT MD, DOCKX L, BERNAGIE C (2011). Prevalence and severity of antipsychotic related constipation in patients with schizophrenia: a retrospective descriptive study. *BMC Gastroenterology*, 1(17).
- HERT MD, HUDYANA H, DOCKX L (2011). Second-generation antipsychotics and constipation: a review of the literature. *European Psychiatry*, 26(1): 33-44.
- HOLFORD P (2003). Depression: the nutrition connection. *Primary Care Mental Health*, 1:9-16
- HUANG Q, LIU H, SUZUKI K, MA S, LIU C (2019). Linking What We Eat to Our Mood: A Review of Diet, Dietary Antioxidants, and Depression. *Antioxidants (Basel)* 5;8(9).
- HUDSON CG (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1): 3–18.
- İŞİK E (2003). Depresyon ve bipolar bozukluklar. *Görsel Sanatlar Matbaacılık*, 5-11.
- JESSURUN JG, HARTEN PN, EGBERTS TC, PIJ BJ, WILTING DE, TENBACK (2013). The effect of psychotropic medications on the occurrence of constipation in hospitalized psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(4):587–590.
- KACHUR SG, HANNAN CL, WARD KE (2005). Antidepressant induced weight gain. *Medicine and Health, Rhode Island*, 88: 359-361.
- KARAKULA H, OPOLSKA A, KOWAL A, DOMANSKI M, PLOTKA A, PERZYNSKI J (2009). Does diet affect our mood? The significance of folic acid and homocysteine. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 26: 136-141.
- KAREGE F, VAUDAN G, SCHWALD M, PERROUD N, LA HARPE R (2005). Neurotrophin levels in postmortem brains of suicide victims and the effects of antemortem diagnosis and psychotropic drugs. *Brain Res Mol Brain Res*, 136:29–37
- KATON WJ (2003). Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biological Psychiatry*, 54: 216–222.
- KAYA B (2007). Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri (Ek 6)*, 10: 11-20.
- KAYA B, BİNBAY İT (2006). Akıl Sağlığı Penceresinden İşsizlik. *Toplum ve Hekim*, 21(2): 122-128.
- KANER G, SOYLU M, YÜKSEL N, INANÇ N, ONGAN D. (2015) Evaluation of Nutritional Status of Patients with Depression. *BioMed Res Int*:521481.

- KESSLER RC (1997). The Effects of Stressful Life Events on Depression. *Annual Review of Psychology*,**48**: 191–214.
- KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, KORETZ D, MERSANGAS KR, WANG PS (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, **289**,**23**:3095-3105.
- KESSLER RC, WALTERS EE, FORTHOFFER MS (1998). The Social Consequences of Psychiatric Disorders, III: Probability of Marital Stability. *American Journal of Psychiatry*,**155**:1092–1096.
- KIM JA, YANG SJ, CHEE YK, KWON KJ, AN J (2015). Effects of Health Status and Health Behaviors on Depression Among Married Female Immigrants in South Korea. *Asian Nursing Research*.(9):2
- KIM JY, JOO HS (2017). Factors Affecting Food Carving among Hemodialysis Patients. *J Korean Clin Nurs Res.*, **23**(3): 398-406.
- KLOIBER S, ISING M, REPPERMUN S, HORSTMANN S, DOS T, MAJER M (2007). Overweight and obesity affect treatment response in major depression. *Biological Psychiatry*,**62**: 321-326.
- KOIZUMI T, UCHIDA H, SUZUKI T (2013). Oversight of constipation in inpatients with schizophrenia: a cross-sectional study,. *General Hospital Psychiatry*, **35**(6): 649-652.
- KONTTINEN H, MANNISTO S, SALLIO-LAHTENKORVA S, SILVENTOINEN K, HAUKKALA A (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A populationbased study. *Appetite*,**54**(3):473-9.
- KORNSTEIN SG (1997). Gender Differences in Depression: Implication for Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*,**58**:12-18.
- KÖKNEL Ö (1992). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*. İstanbul: Altın Kitaplar.
- KÖKNEL Ö (2000). Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*,**1**:1-5.
- KÖKNEL Ö (2002). Modern psikofarmakolojinin ellinci yılında Türkiye’de ve dünyada psikofarmakoloji ve psikofarmakolojik araştırmaların tarihçesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **12** (4): 201-210.
- KÜÇÜKGONCU S, BESTEPE E, (2014). Majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında gece yeme sendromu. *Nöropsikiyatri Arşivi*,**51**:368-375.

- KUEY L (1998). Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*,**1**: 5-12.
- KUTLUAY-MERDOL T (2011). Standart Yemek Tarifeleri. 4. Baskı. Hatipoğlu Yayınları:77, Kaynak Kitap Dizisi:15, Ankara.
- LAI JS,, HILES S, BISQUERA A, HURE AJ, MCEVOY M, ATTIA J (2014). A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in communitydwelling adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **99(1)**: 181-197.
- LANGER TS, MICHAEL ST (1963). *Life Stress and Mental Health*. New York: Free Press.
- LEE S H, PAZ-FILHO G, MASTRONARDI C, LICINIO J, WONG M-L (2016). Is increased antidepressant exposure a contributory factor to the obesity pandemic?. *Transl Psychiatry*; **6(3)**: e759.
- LEIDY HJ, CAMPBELL WW. (2011). The effect of eating frequency on appetite control and food intake: brief synopsis of controlled feeding studies. *J Nutr*,**141(1)**:154-7
- LINDBERG G, HAMİD SS, MALFERTHEINER P (2011). World Gastroenterology Organisation global guideline: constipation—aglobal perspective. *JournalofClinicalGastroenterology*, **45(6)**: 483-487.
- LIU X, YAN Y, LI F, ZHANG D (2016). Fruit and vegetable consumption and the risk of depression: A meta-analysis. *Nutrition*,**32**: 296-302.
- LORANT V, DELIÈGE D, EATON W, ROBERT A, PHILIPPO P, ANSSEAU M (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*,**157**:98–112.
- LOWE MR, BUTRYN ML (2007). Hedonic hunger: a new dimension of appetite? *Physiol Behav*,**91**:432–439.
- LUPPINO FS, WIT LM, BOUVY PF, STIJNEN T, CUIJPERS P, PENNINX BW (2010). Overweight, obesity and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*,**67**: 220-229.
- MAES M, DE VN, PIOLI R, DEMEDTS P, WAUTERS A, NEELS H, CHRISTOPHE A (2000). Lower serum vitamin E concentrations in major depression: Another marker of lowered antioxidant defenses in that illness. *J. Affective Disord.*,**58**: 241.
- MARKOWITZ S, FRIEDMAN MA, ARENT SM (2008). Understanding the relation between obesity and depression: Casual mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*,**15**: 21-27.

- MARTIN MR, GUILLEN FG, AUBA E, MARTI A, BRUGOS AL (2016). Relationship between body mass index and depression in women: A 7-year prospective cohort study. The APNA study. *European Psychiatry*,**32**: 55-60.
- MCINTYRE RS, KONARKSI JZ, WILKINS K, SOCZYNSKA JK, KENNEDY SH (2006). Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a national community health survey on mental health and well-being. *Can. J. Psychiatry*,**51**:274-280.
- MCMARTIN SE, JACKA FN, COLMAN I (2013). The association between fruit and vegetable consumption and mental health disorders: evidence from five waves of a national survey of Canadians. *Preventive Medicine*,**56**:225-230.
- MURAKAMI K, MIZOUE T, SASAKI S, OHTA M, SATO M, MATSUSHITA Y, MISHIMA N (2008). Dietary intake of folate, other B vitamins and n-3 polyunsaturated fatty acids in relation to depressive symptoms in Japanese adults. *Nutrition*,**24**: 140-147.
- MÜFTÜOĞLU S, KIZILTAN G, OK M (2017). Majör Depresyon Hastaları İçin "Aşırı Besin İsteği" Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 2017;**2(1)**:13-22
- MÜFTÜOĞLU S. (2016). Majör Depresyon Tanılı Hastaların Aşırı Besin İstedığının ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi
- NANRI A, EGUCHI M, KUWAHARA K, KOCH T, KUROTANI K, ITO R, KABE I (2014). Macronutrient intake and depressive symptoms among Japanese male workers: The Furukawa Nutrition and Health Study. *Psychiatry Research*,**220**: 263-268.
- NASSER JA, BRADLEY LE, LEITZSCH JB (2011). Psychoactive effects of tasting chocolate and desire for chocolate. *Physiol Behav*, 104:117-12.
- NEWBY PK, MULLER D, HALLFRISCH J, QIAO N, ANDRES R, TUCKER KL (2003). Dietary patterns and changes in body mass index and waist circumference in adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*.**77(6)**: 1417-1425
- NGUYEN TT, TSUJIGUCHI H, KAMBAYASHI Y, HARA A, MIYAGI S, YAMADA Y, NAKAMURA H (2017). Relationship between vitamin intake and depressive symptoms in elderly Japanese individuals: Differences with gender and body mass index. *Nutrients*,**9**:1319.
- OISHI J, DOI H, KAWAKAMI N (2009). Nutrition And depressive symptoms in community-dwelling elderly people in Japan. *Acra Medica Okayama*,**63**: 9-17.

- OPEL N, REDLICH R, GROTEGERD D, DOHM K, HEINDEL W, KUGEL H, DANNLOWSKI U (2015). Obesity and major depression: Body-mass index (BMI) is associated with a severe course of disease and specific neurostructural alterations. *Psychoneuroendocrinology*, **51**: 219-226.
- ORHAN FO, OZER UG, OZER A, ALTUNOREN O, CELİK M, KARAASLAN MF (2011). Night eating syndrome among patients with depression. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, **48**: 212-217.
- OTHMAN RB, MZIOU O, GAMOUDI A, SMIDA A, SOUISSI C (2018). Nutritional Status of Depressive Patients. *J Diabetes Metab*, **9(786)**: 2
- ÖYEKÇİN DG, DEVECİ A (2012). Yeme bağımlılığının etiyojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. **4(2)**:138-153, 2012.
- ÖZENOĞLU A (2018). Duygu durumu, Besin ve Beslenme İlişkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, **9(4)**:357-365
- ÖZGEN L, KINACI B, ARLI M (2012). Eating attitudes and behaviors of adolescents. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences*. **45:1**,229-247.
- ÖZTÜRK M, ŞAHİNER İV, ŞAHİNER Ş, ÇAYKÖYLÜ A (2018). Majör Depresif Bozukluk Tanısı İle Başvuran Hastalarda Beden Kitle İndeksinin Depresyon Şiddeti, Yeme Tutumu Ve Dürtüsellikle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. **19(2)**:117-125
- ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (11. b.). Ankara: Tuna Matbaacılık.
- PALTA P, SAMUEL LJ, MILLER ER, SZANTON SL (2014). Depression and oxidative stress: results from a meta-analysis of observational studies. *Psychosom Med*. **76(1)**:12–19.
- PAYNE ME, HAINES PS, CHAMBLESS LE, ANDERSON JJ, STEFFENS DC (2007). Food group intake and brain lesions in late-life vascular depression. *International psychogeriatrics*. **19(2)**:295-305
- PARK JY, YOU J, CHANG KJ (2010). Dietary taurine intake, nutrients intake, dietary habits and life stress by depression in Korean female college students: a casecontrol study. *Journal of Biomedical Science*, **17**:40-52.
- PAYNE ME, STECK SE, GEORGE RR, STEFFENS DC (2012). Vegetable and Antioxidant Intakes Are Lower in Older Adults with Depression. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetic*, **112**: 2022-2027.
- PEKCAN G (2012). Beslenme Durumunun Saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:726, Ankara.

- PERRIGUE MM, DREWNOWSKI A, WANG C-Y, NEUHOUSER ML.(2016). Higher Eating Frequency Does Not Decrease Appetite in Healthy Adults. *J Nutr.*; **146**(1):59- 64.
- POLIVY J, HERMAN CP (1999). Distress and eating: why do dieters overeat? *Int J Eat Disord*, **26**: 153–164.
- POURGHASSEM GARGARI B, SABOKTAKİN M, MAHBOOB S, POURAFKARİ N (2012). Nutritional Status in Patients with Major Depressive Disorders: A Pilot Study in Tabriz, Iran. *Health Promot Perspect*. **2**: 145-152.
- PREISS K, BRENNAN L, D.CLARKE (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, **14**: 906–918.
- RACINE SE, KEEL PK, BURT SA, SISK CL (2013). Individual differences in the relationship between ovarian hormones and emotional eating across the menstrual cycle: a role for personality? *Eat Behav*, **14**:161–166.
- RAKICIOĞLU N, TEK N, AYAZ A, PEKCAN G (2006). Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar. 1. Baskı Ata Ofset Matbaacılık, Ankara.
- RAO TS, ASHA MR, RAMESH BN, RAO KS (2008) Understanding nutrition, depression and mental illnesses. *Indian J Psychiatry*. **50**: 77-82.
- REICHENBERGER J, KUPPENS P, LIEDLGRUBER M, WILHELM FH, TIEFENGRABNER M, GINZINGER S (2018). No haste, more taste: An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior. *Biol Psychol*. **131**:54-62.
- ROBERTS RE, KAPLAN GA, SHEMA SL, STRAWBRIDGE WJ (2000). Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology*, **152**: 163-170.
- ROSMOND R (2004). Obesity and depression: same disease, different name? . *Medical Hypotheses*, **62**:976-979.
- RUETSCH O, VIALA A, BARDOU H, MARTIN P, VACHERON MN (2005). Psychotropic drugs induced weight gain : a review of the literature concerning epidemiological data, mechanisms and management. *L'Encéphale*. **31**:4, 507-516
- RUHSAL BOZUKLUKLARIN TANISAL VE SAYIMSAL ELKİTABI (4. B.). (2007). (E. Koroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- SALVICH GM, IRWIN MR (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, **140**: 774-815.

- SAPER CB, CHOU TC, ELMQUIST JK (2002). The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*.**36(2)**:199-211.
- SANCHEZ AV, VERBERNE L, IRALA JD, RUIZ-CANELA M, TOLEDO E, SERRA-MAJEM L, MARTINEZ MA (2011). *Dietary fat intake and the risk of depression: the SUN Projec*. Plos One.
- SÁNCHEZ-VILLEGAS A, DORESTE J, SCHLATTER J, PLA J, BERA-RASTROLLO M, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA (2009). Association between folate, vitamin B6 and vitamin B12 intake and depression in the SUN cohort study. *J. Hum. Nutr. Diet.*,**22**:122
- SERTOZ M, METE H(2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *J Clin Psy*. 7(2): 63-69
- SCHWARTZ TL, NIHALANI N, JINDAL S, VIRK S, JONES N (2004). Psychiatric medicationinduced obesity: A review. *Obesity Reviews*,**5**: 115-121.
- SKARUPSKI KA, TANGNEY C, LI H, OUYANG B, EVANS DA, MORRIS MC (2010). Longitudinal association of vitamin B-6, folate, and vitamin B-12 with depressive symptoms among older adults over time. *Am. J. Clin. Nutr.*,**92**: 330-335.
- SOBOCKI P, JONSSON B, ANGST J, REHNBERG C (2006). The journal of mental health policy and economics. *Cost of depression in Europe*, **9(2)**: 87-98.
- STRIEN TV, SCHIPPERS GM, COX WM (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addict Behav*,**20**:585–594.
- STALLER K, BARSHOP K, KUO B, ANANTHAKRISHNAN A (2018). Depression but Not Symptom Severity is Associated With Work and School Absenteeism in Refractory Chronic Constipation. *J Clin Gastroenterol.*,**52(5)**:407-412
- STEFANSKA E, WENDOŁOWICZ A, CWALIŃA U, KOWZAN U, KONARZEWSKA B, SZULC A, OSTROWSKA L. (2017). Assessment of dietary habits and nutritional status of depressive patients, depending on place of residence. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 581-586.
- STYCZEN K, SOWA-KUCMA M, SIWEK M, DUDEK D, RECZYŃSKI W(2017). The serum zinc concentration as a potential biological marker in patients with major depressive disorder. *Metab Brain Dis* **32**: 97-103.
- SULLIVAN M, KARLSSON J, SJOSTROM L, BACKMAN L, BENGTSSON C, BOUCHARD C, WEDEL H (1993). Swedish obese subjects (SOS)- an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial

- functioning in the first 1743 subjects examine. *International Journal of Obesity*,**17**: 503-512.
- SUSSMAN N, GINSBERG D (1999). Effects of Psychotropic Drugs on Weight. *Psychiatric Annals*. 1999;**29(10)**:580-594
- TAITZ J, SAFER DL (2012). End Emotional Eating. *Oakland: New Harbinger*, 11–36.
- TAN CC, CHOW CM (2014). Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*,**66**: 1–4.
- TIMONEN M., LAAKSO M., JOKELAINEN J., RAJALA U., MEYER-ROCHOW V. B., KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI S.(2005).Insulin resistanceand depression: cross sectional study, *British Medical Journal*. 330(7481);17–18
- TUZCUOĞLU S, KORKMAZ B (2001). Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğrencilerinin Boyuneğici Davranış ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*,**14**:135-152.
- TÜRKAY Ö, SAKA M. (2016). Konstipasyon ve Diyet. *Güncel Gastroenteroloji*, **20(3)**: 234,239.
- ULUŞAHİN A (2003). Depresyona Genel Yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*, **10(2)**: 79-88.
- ÜNAL S, KÜEY L, GÜLEÇ C, BEKAROLU M.(2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*,**8**:5-15.
- VERMEULEN E, STRONKS K, SNIJDER MB, SCHENE AH, LOK A, DE VRIES JH, VISSER M, BROUWER IA, NICOLAOU M (2017). A combined high-sugar and high-saturated-fat dietary pattern is associated with more depressive symptoms in a multi-ethnic population: the HELIUS (Healthy Life in an Urban Setting) study. *Public Health Nutr*. **20(13)**:2374-2382.
- WERRIJ M, MULKENS S, HOSPERS HJ, JANSEN A (2006). Overweight and obesity: The significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling*,**6**: 126-131.
- WHITEHEAD WE, PALSSON O, JONES KR (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*, **122(4)**: 1140–1156.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). The global burden of disease: 2004 update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. 27 Feb 2013

- WHO (2011). Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Erişim Adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf]. Erişim Tarihi: 03/03/2019.
- WHO (2019). BMI classification. Erişim Adresi: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html]. Erişim Tarihi: 08/01/2019.
- WILLNER P, BENTON D, BROWN E, CHEETA S, DAVIES G, MORGAN J, MORGAN M (1998). “Depression” increases “craving” for sweet rewards in animal and human models of depression and craving. *Psychopharmacology*, **136(3)**:272-283.
- XIANG X, AN R (2015). Obesity and onset of depression among U.S. middle-aged and older adults. *Journal of Psychomatic Research*, **78**:242-248.
- YÜKSEL N (1998). Dirençli depresyonların tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, **2**: 115-119.
- YÜKSEL Ş, GÜLSEREN L, BAŞTERZİ AD (2013). Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- ZHANG G, DING H, CHEN H, YE X, LI H. (2013) Thiamine nutritional status and depressive symptoms are inversely associated among older Chinese adults. *J Nutr* **143**:53-58.
- ZHAO G, FORD ES, DHINGRA S, LI C, STRINE TW, MOKDAD AH (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity*, **33**: 257-266.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı

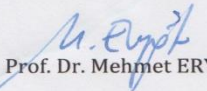

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

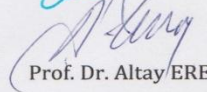
Aysun KÖKTÜRK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

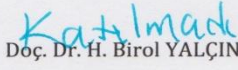
Sayın **Aysun KÖKTÜRK**,

“Majör Depresyon Hastalarında Aşırı Besin İsteği İle Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2019/110) kurulumuzun 26.03.2019 tarihli ve 2019/03 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.

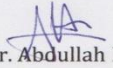

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)

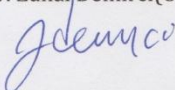

Prof. Dr. Mehmet ERYİĞİT (Üye)


Prof. Dr. Altay EREN (Üye)


Doç. Dr. H. Birol YALÇIN (Üye)


Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)


Doç. Dr. Abdullah DURAKOĞLU (Üye)

Av. Zuhâl Demirci (Üye)


EK 2. Araştırma İzini



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BOLU EĞİTİM VE AR-GE BİRİMİ
28/05/2019 17:26 - 78410963 - 604.02 - E.249



00094604960

Sayı : 78410963-604.02
Konu : Dyt.Aysun KÖKTÜRK'ün Yüksek Lisans Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Diyetisyen Aysun KÖKTÜRK'ün " Majör Depresyon Hastalarında Aşırı Besin İsteği ile Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde bahse konu araştırmanın yapılmasını tensiplerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Öğr.Üyesi Muhammed Emin DEMİRKOL
İl Sağlık Müdürü

OLUR
.../.../2019
e-imzalıdır.
Çağlayan KAYA
Vali Yardımcısı

Borazanlar Mah. Hattat Emin Barın Cad. No:108 BOLU
Telefon: 0 530 100 4626-27-28-34-35/149-252 Faks No: 0374 215 12 52
e-Posta: nurgulay.guneri@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı Eğitim AR-GE Birimi N.GÜNERİ

Bilgi için: NURGÜLAY GÜNERİ
HEMŞİRE
Telefon No: 0374 215 03 40-41 / 231

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 443e5ad3-97c9-40b3-8b9d-4556548b4b42 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

“Sayın gönüllü,

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Bu araştırma Ankara Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Alev KESER danışmanlığında yürütülecektir. Bu araştırma majör depresif hastaların aşırı besin isteği ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi’nde psikiyatrist tarafından majör depresyon tanısı almış 20-64 yaş aralığındaki gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, toplam 111 kadın ve erkek hasta ile yürütülecektir. Özel diyet uygulayanlar ile gebe ve emzikeliler çalışmaya dahil edilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Araştırmaya katılmanız durumunda ücret ödenmeyecek veya ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya dahil olmanız durumunda anketteki soruları cevaplayacak, antropometrik ölçümleriniz alınacaktır alınacaktır. Görüşme yaklaşık 20 dakika sürecektir.

Araştırmacıyla iletişime geçmek için 05531743135 telefon numarasını kullanabilirsiniz. Ayrıca belirtilen adresten araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Adres: AİBÜ Bolu ruh Sağlığı ve Hastalıkları EAH. Ağaçcılar Köyü Mevkii, Aysun KÖKTÜRK.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda herhangi bir olumsuz durum ile karşılaşmayacaksınız. Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekte bilime majör depresif hastalarının aşırı besin isteği ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi noktasında faydalarının olacağı umulmaktadır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza/Tarih

Katılımcının Adı Soyadı

İmza/Tarih

Araştırmacının Adı Soyadı

EK 4. Anket Formu

I.GENEL BİLGİLER

0- Cinsiyet: K: E:

1- Yaş (yıl):

2- Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2. Bekar

3- Eğitim durumunuz nedir?

1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul mezunu

4.Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Yüksekokulu mezunu

4- Meslek:

1.Ev hanımı 2.Serbest meslek 3.Memur 4. Ücretli 5.Emekli

6. İşçi 7. Öğrenci 8.Diğer.....

5-Hekim tarafından tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı? (Birden fazla cevap verilebilir)

1. Hayır 2. Evet

1.Hipertansiyon	4.Sindirim sistemi	7.Kas-iskelet sistemi	10.Psikiyatrik hastalıklar (Majör Depresyon)
2.Kalp-damar	5.Solunum	8.Hematolojik	11.Besin allerjileri
3. Diyabet	6.Endokrin	9.Nörolojik	12.Diğer (.....)

6-Hastalığınızla ilgili diyet uyguluyor musunuz?

1.Hayır (soru 11'e geçiniz) 2. Evet

7- Cevabınız evet ise uyguladığınız diyet türünü belirtiniz?

1.Zayıflama diyeti 2. Düşük yağ, düşük kolesterolü diyet 3. Düşük yağ, düşük kolesterol ve tuzsuz diyet 4.Tuzsuz- Sodyum kısıtlı diyet 5.Diyabetik diyet 6.Düşük posalı diyet 7. Yüksek posalı diyet

8.Pürinden kısıtlı diyet 9.Proteinden kısıtlı diyet 10. Diğer: (.....)

8- Diyeti kim önerdi? 1.Doktor 2. Diyetisyen 3.Diğer: (.....)

9- Günde kaç öğün yemek yersiniz? a)..... ana öğün b)..... ara öğün

10- Ana öğünleri atlar mısınız? 1. Hayır 2. Evet

(Belirtiniz.....) 3. Bazen

11- Ana öğünlerden atladığınız öğün varsa atlamanızın nedeni nedir? (tek cevap işaretleyiniz)

1. Atlamam 2. Kendimi aç hissetmiyorum 3. Zayıflamak

için 4. Geç kalktığım içi

5. Zamanım olmuyor 6. Sabah yemekten hoşlanmıyorum 7.

Ekonomik nedenler

8. Diğer (belirtiniz).....

12- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

1. Hayır

2. Evet (Türü:....., Sıklığı: kez/hafta,
Süresi:.....saat/hafta)

II. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Vücut ağırlığı	Boy uzunluğu	Vücut yağ kütlesi (%)	Bel Çevresi	BKİ

III. AŞIRI BESİN İSTEĞİ ÖLÇEĞİ

1. Çok sık yemek yiyen birinin yanında olmak beni acıktırır.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
2. Bir besine aşırı istek duyduğumda, bir kez yemeye başlayınca kendimi durduramayacağımı biliyorum.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
3. Eğer aşırı istediğim bir şeyi yersem, sıklıkla kontrolümü kaybederim ve çok yerim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
4. Aşırı besin isteğine teslim olduğum zaman bundan nefret ederim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
5. Aşırı besin isteği bende sürekli istediğim besini elde etmenin yollarını düşündürür.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
6. Her zaman aklımda yiyecekler varmış gibi hissediyorum.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
7. Bazı yiyeceklerle karşı aşırı istek duyduğumda kendimi sıklıkla suçlu hissedirim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
8. Kendimi sürekli yiyecekleri düşünürken bulurum.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
9. Kendimi daha iyi hissetmek için yerim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
10. Bazen yemek yemek bazı şeylerin mükemmel görünmesini sağlar.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
11. Sevdiğim yiyecekleri düşünmek ağzımı sulandırır.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
12. Midem boş olduğu zaman besinlere karşı aşırı istek duyarım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
13. Vücudumun bazı besinleri istediği düşüncesine kapılırım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
14. Öyle açlık hissedirim ki, midem bana dipsiz bir kuyu gibi görünür.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
15. Aşırı derecede istediğim bir yiyeceği yemek beni daha iyi hissettirir.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
16. Aşırı istediğim yiyecekleri yediğimde, kendimi daha az depresif hissedirim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐

17. Aşırı istediğim bir yiyeceği yediğim zaman suçluluk hissederim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
18. Bir besini aşırı istediğim zaman, kendimi onu yemek için plan yaparken bulurum.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
19. Yemek beni sakinleştirir.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
20. Sıkıldığım, sinirlendiğim ya da üzgün olduğum zaman, besinlere aşırı istek duyarım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
21. Yemek yedikten sonra kendimi daha az kaygılı hissederim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
22. Eğer aşırı istek duyduğum besini elde edersem, onu yemekten kendimi alamam.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
23. Bazı yiyeceklerle aşırı istek duyduğumda, olabildiğince çabuk onları yemeye çalışırım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
24. Aşırı istek duyduğum besini yediğim zaman, kendimi çok iyi hissederim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
25. Aşırı besin isteğime karşı direnecek gücüm yoktur.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
26. Bir kez yemeğe başlarsam durmakta zorlanırım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
27. Ne kadar uğraşsam da yemek yemeği düşünmeyi durduramam.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
28. Bir dahaki sefere ne yiyeceğimi düşünmek için çok zaman harcarım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
29. Eğer aşırı besin isteğime teslim olursam, tüm kontrolümü kaybederim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
30. Aşırı stresli olduğum zaman, aşırı besin isteğim olur.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
31. Yiyecek konusunda hayallere dalarım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐

32. Ne zaman bir yiyeceğe karşı aşırı isteğim olsa, gerçekten o yiyeceği yiyinceye kadar yemeği düşünmeye devam ederim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
33. Eğer bir besine aşırı istek duyarsam, onu yemekle ilgili düşünceler beni tüketir.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
34. Duygularım sıklıkla bende yemek yeme isteği oluşturur.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
35. Ne zaman bir açık büfeye gitsem, ihtiyacımdan çok daha fazlasını yerim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
36. Hemen ulaşabileceğim lezzetli yiyecekleri yememek benim için çok zordur.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
37. Aşırı yemek yiyen biriyle beraberken genellikle bende aşırı yerim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
38. Yemek yiyince kendimi rahatlamış hissederim.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐
39. Üzgün olduğum zaman besinlere karşı aşırı istek duyarım.	Her zaman ☐	Çoğunlukla ☐	Sık sık ☐	Ara sıra ☐	Nadiren ☐	Hiçbir zaman ☐

IV. 24 SAATLİK GERİYE DÖNÜK BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜN	BESİN İÇERİKLERİ	EV ÖLÇÜSÜ	NET MİKTAR (g)
SABAH			
ARA ÖĞÜN			
ÖĞLE			
ARA ÖĞÜN			
AKŞAM			
ARA ÖĞÜN			

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Ad : Aysun
Soyad : KÖKTÜRK
Doğum Yeri : Zonguldak
Doğum Tarihi : 14/09/1992
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Bekar
İletişim Adresi : Borazanlar Mah. Turgut Özal Bul. No65/5 Bolu/Merkez
Telefon (GSM) : 05531743135

II-Eğitimi

Yüksek Lisans :Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve
Diyetetik YL Programı (2017-halen)
Lisans :Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve
Diyetetik Bölümü (2010-2014)

III-Ünvanları

Diyetisyen (2014-)

IV- Mesleki Deneyimi

Diyetisyen : Özel Zonguldak Level Hospital (2014-2018)
Diyetisyen : Bolu AİBÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları EAH (2018-halen)

V-Bilimsel İlgi Alanları

1. KÖKTÜRK A, MENGİ Ö, YARDIMCI H (2017). Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Antropometrik Ölçümler ile İnsülin Direnci Arasındaki ilişki. I. AYDIN MENDERES ULUSLARARASI SAĞLIK BİLİMLERİ KONGRESİ, 964 (Özet Bildiri/Poster)

VI-Diğer Bilgiler

1. 3.Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu, Başkent Üniversitesi, Ankara (28-30 Mart 2013)
2. IV.Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (27-29 Haziran 2013)
3. Kardiyoloji Diyetisyenliği Kursu, Başkent Üniversitesi, Ankara (28-30 Mart 2013)
4. Diyabet Diyetisyenliği Kursu, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (29 Haziran 2013)
5. IX.Uluslar Arası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (2-4 Nisan 2014)
6. Teori ve Pratikte Diyetetik Yaklaşımlar, Trakya Üniversitesi, Edirne (15-16 Mart 2013)