



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN BEDEN KİTLE
İNDEKSİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. AYSEL ALTUN YAĞUZLUK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2023



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN BEDEN KİTLE
İNDEKSİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. AYSEL ALTUN YAĞUZLUK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi AHMET YILMAZ
DİYARBAKIR-2023**

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı aşamasında her kademede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yılmaz'a saygı ve şükranlarımı sunarım. Uzmanlık eğitimimde tecrübelerini esirgemeyen başta anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Tahsin Çelepkolu'na ve bölümümüzün kıymetli hocaları Dr. Öğr. Üyesi Pakize Gamze Erten Bucaktepe'ye, Dr. Öğr. Vasfiye Pervane Demir'e teşekkür ederim; ayrıca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma, beraber çalıştığım hemşirelere, hastane çalışanlarına ve emeğini eksik etmeyen değerli bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman'a teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde anlayış gösterip destek veren, gerek tıp eğitimim, gerekse uzmanlık eğitimim süresince yaşadığım her sıkıntıda arkamda duran, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim sevgili anneme, babama ve kardeşlerime; sevgisini ve desteğini esirgemeyen canım eşim ve oğluma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. AYSEL ALTUN YAĞUZLUK

ÖZET

Beden kitle indeksi (BKİ) ve depresyonun birbirlerine etkileri çalışmalarda ortaya konmuştur. Obeziteye, az kiloluğa ve depresyona sebep olan faktörlerin bilinmesi erken tanı ve tedavi açısından değerlidir. Bu çalışmanın amacı; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran kişilerde BKİ ve depresyon düzeylerini belirlemek aralarındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Araştırmamız tanımlayıcı-kesitsel tip çalışma olarak tasarlanmış olup çalışmaya 403 birey katılmıştır. Katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve sosyodemografik verilerden oluşan anket formu uygulanmıştır. Katılımcıların boy ve kilo ölçümleri kullanılarak BKİ hesaplanmıştır. Katılımcıların BDÖ puanı ve BKİ değeri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma için etik kurul onayı ve katılımcılardan onam alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 26.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması $29,00 \pm 9,56$ yıl idi. Katılımcıların 254'ü (%63) kadın idi. Çalışmaya katılan bireylerin BKİ değeri ile BDÖ puanlarının arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($r=-0,036$, $p=0,492$). Çalışmaya katılan bireylerin yaşı ile BKİ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=0,459$, $p=0,001$). Erkeklerde BKİ düzeyleri kadınlardan anlamlı yüksek saptanırken ($p=0,001$), kadınlarda ise BDÖ puanları erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Sigaranın BKİ değerini etkilemediği ancak BDÖ puanlarını arttırdığı saptanmıştır ($p=0,015$). Gelir düzeyinin BKİ değeri etkilemediği, BDÖ puanlarının ise gelir düzeyi düşük bireylerde daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,030$). Çalışmayan kişilerde BKİ değerinin daha düşük olduğu saptanırken ($p=0,017$), mesleğin BDÖ puanını etkilemediği saptanmıştır ($p=0,834$).

Sonuç olarak; kolay ulaşılabilir, ayrışmamış hastalıkları fazlaca görmesi sebebiyle, birinci basamak hekimleri bedensel ve ruhsal hastalıklarda önemli bir rol oynamaktadır. Birinci basamak hekimlerinin obezite ve depresyonun taraması için mevcut ölçekleri bilmesi ve kullanması büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Beck Depresyon Ölçeği, Depresyon, Beden Kitle İndeksi, Obezite, Az kilolu

ABSTRACT

The relationship between body mass index (BMI) and depression has been the subject of much research. Knowing the factors that cause obesity, weakness and depression is valuable for early diagnosis and treatment. The aim of this study is; to determine the BMI and depression levels in individuals who apply to the Dicle University Faculty of Medicine Family Medicine Polyclinic for any reason, and to evaluate the relationship between them.

Our research was designed as a descriptive-sectional study and 403 individuals participated in the study. Beck Depression Scale (BDI) and a questionnaire consisting of sociodemographic data were applied to the participants. BMI was calculated using the participants' height and weight measurements. The relationship between the participants' BDI score and BMI was examined. Ethics committee approval and consent of the participants were obtained for the study. Statistical analysis of the data was performed using the SPSS 26.0 program.

The mean age of the individuals participating in our study was 29.00 ± 9.56 years. 254 (63%) of the participants were women. There was no significant correlation between BMI value and BDI scores of the individuals participating in the study ($r = -0.036$, $p = 0.492$). A significant correlation was found between the age of the individuals participating in the study and their BMI scores ($r = 0.459$, $p = 0.001$). While BMI levels were found to be significantly higher in men than women ($p = 0.001$), BDI scores in women were found to be significantly higher than men ($p = 0.001$). It was found that smoking did not affect BMI, but increased BDI scores ($p = 0.015$). It was determined that income level did not affect BMI value and BDI scores were higher in individuals with low income level ($p = 0.030$). While it was determined that the BMI value was lower in unemployed people ($p = 0.017$), it was determined that the occupation did not affect the BDI score ($p = 0.834$).

As a result; primary care physicians play an important role in physical and mental illnesses because they see easily accessible, undifferentiated diseases. It is of great importance that primary care physicians know and use existing scales for the screening of obesity and depression.

KEYWORDS: Beck Depression Scale, Depression, Body Mass Index, Obesity, Underweight



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No.</u>
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
KISALTMA DİZİNİ.....	vii
TABLO DİZİNİ	viii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon	3
2.1.1 Depresyon tanımı.....	4
2.1.2.Tarihçe	4
2.1.3. Sınıflama	4
2.1.4. Epidemiyoloji.....	8
2.1.5. Depresyon için risk faktörleri	9
2.1.6. Depresyon ölçekleri	10
2.1.7. Depresyonu erken saptamanın faydaları	12
2.1.8. Depresyonun tedavisi.....	13
2.2. Obezite	15
2.2.1. Obezitenin tanımı	15
2.2.2. Epidemiyoloji.....	16
2.2.3. Obezite etyolojisi	16
2.2.4. Obezitenin komplikasyonları	17
2.2.5. Obezitenin tedavisi.....	18
2.3. Depresyon ve Obezite ilişkisi.....	19
2.4. Depresyon ve Zayıflık ilişkisi	20
3. MATERYAL VE METOD	22
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri	22
3.2. Araştırmanın Evreni	22
3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli	22
3.4. İstatiksel Analiz.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Tanımlayıcı İstatiksel Veriler.....	24
4.2. Korelasyon Verileri.....	27
4.3. İstatistik Verileri.....	29

5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR	45
8. EKLER.....	57



KISALTMA DİZİNİ

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

MONICA: Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease

WHO : World Health Organization

DSM-V : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MDB : Major Depresif Bozukluk

n: Gruptaki birey sayısı

p: İstatistiksel anlamlılık düzeyi

%: Yüzde

m: Metre

kg: Kilogram

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Depresyon tedavisi.....	14
Tablo 2. Yetişkinlerin beden kitle indeksine göre sınıflandırılması.....	15
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik verileri.....	24
Tablo 4. Katılımcıların sayısal verileri.....	26
Tablo 5. Vücut kompozisyon özelliklerinin kendi aralarında ve BDÖ ile korelasyonu.....	29
Tablo 6. Cinsiyet ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	29
Tablo 7. Medeni durum ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	30
Tablo 8. Eğitim durumu ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	30
Tablo 9. Meslek ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	31
Tablo 10. Gelir düzeyi ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	31
Tablo 11. Kronik hastalık varlığı ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	32
Tablo 12. Sigara kullanımı ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	32
Tablo 13. Alkol kullanımı ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	33
Tablo 14. Yaşanılan yer ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	33
Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin BDÖ puanına göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin BKİ 'ye göre karşılaştırılması.....	35

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Dünya depresyon haritası (2014).....	9
Şekil 2. Dünya obezite haritası (2014).....	16
Şekil 3. Depresyon dağılımı.....	26
Şekil 4. BKİ dağılımı.....	27
Şekil 5. BKİ- BDÖ puanı ilişkisi.....	27
Şekil 6. Yaş - BDÖ puanı ilişkisi.....	28
Şekil 7. Yaş - BKİ puanı ilişkisi.....	28



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimleri cinsiyet, yaş ve hastalık ayrımı yapmaksızın aile sağlığı merkezlerine başvuran herkese kapsamlı tıbbi bakım vermekten sorumludurlar. Birinci basamakta bireye koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici hizmetler birlikte sunulur (1). Birinci basamak sağlık kurumlarının depresyon gibi ruhsal hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde etkin rol oynayabilecekleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul edilmektedir (2). DSÖ'nün tavsiyesi ile çok sayıda ülkede ruhsal hastalıkların yönetimi birinci basamağa dahil edilmiş ve başarı ile uygulanmıştır. Depresyon, bireyin yaşama enerjisinin azaldığı, bireyde derin bir umutsuzluğa neden olan, bireyi geleceğe yönelik negatif düşüncelere iten, bazen intiharın düşünüldüğü, cinsel istek, uyku ve iştahta bozukluklara sebep olan önemli bir hastalıktır (3). Sık rastlanılan depresyon hastalığı iş gücü kaybına neden olur. 1997 yılında DSÖ'nün yaptığı çalışmada depresyonun 2020 yılında yeti ve iş gücü kaybının en önemli nedenleri arasında olacağı düşünülmüştür (4). Depresyon, obez kişilerde genellikle görülen psikiyatrik hastalık olarak kabul edilmektedir. Yeme bozukluğu ve obezitesi olan bireylerin yaklaşık yarısında depresyon belirtilerinin olduğu yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir (5).

Çocuklarda depresyonun obeziteye neden olduğu, yetişkinlerde ise obezitenin depresyona sebep olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Beden kitle indeksi 40'ın üstünde olan kişilerde depresyon riski artarken, obezlerde depresyon semptomlarının daha ağır seyrettiği görülmüştür. Yetişkin bireylerde obezite depresyon olma olasılığını artırırken, çocuklarda ise obezitenin depresyonun bir sonucu olduğu görülmüştür (6).

Sağlığı bozacak seviyede, ihtiyacın üzerinde enerji alınması ve vücutta yağ dokusunun artmasına bağlı olarak obezite görülmektedir. Daha açıklayıcı olarak, Beden kitle indeksinin (BKİ) 30kg/m² değerinin üstünde olması obezite olarak kabul edilmektedir (7). Vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğuna karesine (m²) bölünmesi ile beden kitle indeksi hesaplanmaktadır (8). DSÖ tarafından beden kitle indeksinin gruplandırılması şu şekilde yapılmıştır: 18,5'un altı az kilolu, 18,5-24,9 aralığı normal kilolu, 25-29.9 aralığı kilolu, 30-34.9 aralığı 1.derece obezite, 35-39.9 aralığı 2. derece obezite, 40 ve üstü ise 3. derece (morbid) obezitedir (9,10).

Obez bireylerde depresyon hastalığının bulunması, obezite sonucu ortaya çıkan kronik problemlerin tedavisini zorlaştırmaktadır. Obezitenin multidisipliner tedavisi için obez kişilerde depresyon oranını saptayan çalışmalar oldukça önemlidir. Çağımızın önemli bir hastalığı olan depresyon ile obezite arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde, çalışma sonuçlarında farklılıklar görülmektedir. Çalışmaların bazılarında obezite ve depresyon arasında pozitif korelasyon bulunurken bazılarında ise negatif korelasyon bulunmuş (11). Obezite ve depresyon arasında korelasyon saptanmayan çalışmalarda mevcuttur (12).

Düşük beden kitle indeksi, obezitenin artmasıyla avantaj gibi zannedilse de bireylerde halsizlik, enerji eksikliği ve iş gücü kaybına neden olabilmektedir. Ayrıca beden kitle indekinin düşük olması bireylerde önemli sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilir (13,14). Bununla birlikte zayıf bireylerde bedenlerini beğenmeme durumu, çevrelerinin kilo almaları için baskı yapması gibi sebeplerle depresyon gibi psikolojik problemler baş göstermektedir (15).

Çalışmamızın ana amacı Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran kişilerde Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak depresyonun varlığını ve şiddetini saptamak, bireylerin beden kitle indeksini belirlemek ve depresyon ile beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1 Depresyonun Tanımı

Depresyon; herhangi bir yaşta ve her cinstе karşılaşılabilen, derin kedere neden olan ruhsal bozukluktur. Kişinin kendini eksik ve değersiz görmesi, yaşama ve geleceğe karamsar bakma sebebidir (16). Depresyon, bedensel işlevlerde bozuluklara da neden olabilmektedir (17). Depresyonda sosyal ilişkilerde sorunlar ortaya çıkmakta ve bireyler toplumsal sorumluluklarını gerçekleştirmede problemler yaşamaktadır. Ayrıca intihar girişimleri ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalar da görülmektedir (18). Beyinde sinir metabolizmasının bozulması depresyonun karakteristik özelliğidir. Stres hormonun fazla miktarda tetiklenmesi buna neden olur. Bunun sonucunda hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, diyabetes mellitus, osteoporoz gibi tedavisi zor olan komplikasyonlara neden olabilmektedir (19).

En son yapılan çalışmalarda, birinci basamak hekimlerinin depresyon tanısını koyarken sıklıkla insomnia şikayetinden yola çıktıkları görülmüştür. MDB'ye göre distimi ya da kalıcı depresif bozukluk daha hafif ve daha uzun süreli bir depresyon türü olmakla birlikte MDB kadar çok semptom içermez. Depresyona beslenme yetersizlikleri ve uyku apnesi gibi organik sorunlar sebep olabilmektedir. Ağrı ve depresyon genellikle ilişkili olduğundan kronik ağrının mevcut depresyonu şiddetlendirebildiği ya da depresyonun daha uzun sürmesine neden olabildiği görülmektedir. Depresyona kronik ağrı da doğrudan neden olabilmektedir (19).

Bipolar bozukluk, yanlış teşhis edilip, sadece depresyon tedavisi alıyor olabilir. Depresyonu madde zehirlenmesi veya yoksunluğu ortaya çıkarabilir veya kalıcı hale gelmesine neden olabilir. Depresif belirtilerin devam edip etmediğini görmek için minimum bir ay boyunca madde kullanılmamalıdır. Premenstrüel disforik bozukluk, döngü başlangıcından önceki son hafta ile sınırlanan ve kanama sonrasında düzelen depresif ruh hali dönemi olarak tanımlanmaktadır.

Genetik yatkınlı olan kişilerde çeşitli yaşamsal unsurların ilavesi nedeniyle depresyon hastalık durumuna geçebilmektedir. Sonuç olarak; depresif hastalıklar sağlık harcamalarını arttırmakta ve önemli bir iş gücü kaybına sebep olmaktadır (19).

2.1.2 Tarihçe

Depresyon, eski çağlardan beri var olan ruhsal bir hastalıktır. M.Ö 400 yıllarında depresyonun tanımını yapan ilk kişinin Hipokrat olduğu bilinmektedir. Depresyonu kara safra fazlalığı olarak belirtmiştir (20). Depresyon ve mani kavramları 1800’lü yıllardan itibaren ilk kez Pinel daha sonra ise Delasiave bugün kullanıldığı biçimiyle tanımlamıştır. Delasiave aynı zamanda depresyon terimini hastalık ifadesiyle kullanan kullanan ilk kişi olmuştur (20). Psikoanalitik olarak depresyonun tanımı, agresif dürtülerin süperegö etkisi altındaki içselleştirme sürecidir. Bu teoriler tekrardan incelendiğinde çocukta süperegönün henüz gelişmemiş olduğu, bundan dolayı depresyonun deneyimlenmesinin mümkün olmadığını düşündürmektedir. 1970’li yıllarda çocukluk çağında depresyonun varlığı araştırmacılar tarafından kabul görmüştür (21). Distimik bozukluk ve distimi kavramı İlk defa DSM-III’de ele alınmıştır. Buna ek olarak çocukluk döneminde görülebilen depresyonun, daha az şiddetli ancak daha kronik şekli olarak ifade edilmiş, DSM-IV ve ICD-10’da da aynı 26 şekilde tanımlanmıştır (22). Çocuk, ergen ve yetişkinlerde görülen depresif bozuklukların temel semptomları DSM-IV’e göre ortak şekilde kabul edilmiştir (23) .

2.1.3. Sınıflama

DSM-5’te tanımlanan depresif bozukluklar; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, majör depresif bozukluk, kalıcı depresif bozukluk, premenstrüel disforik bozukluk, madde/ilaca bağlı depresif bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, diğer tanımlanmış depresif bozukluk ve tanımlanmamış depresif bozukluk alt başlıklarına ayrılmıştır. DSM-4’ten farklı olarak DSM-5’te “Depresif Bozukluklar” bölümü, “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” bölümünden ayrılmıştır. Bu bozuklukların benzer noktası; sinirli ruh hali, mutsuzluk ve boşluk hissi varlığıdır. Ayırıcı tanıda hastalığın görüldüğü yaş grubu, semptomların süresi veya varsayılan etiyolojik faktörler kullanılmaktadır (24). DSM-5’e göre depresif bozuklukların tanımları aşağıdaki şekildedir:

1) Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

“Mevcut durumun yoğunluk ve / veya süresiyle orantısız sözlü ve / veya davranışsal olarak ortaya çıkan, şiddetli, tekrarlayan, haftada üç veya daha fazla gelen, gelişim seviyesi ile tutarsız öfke patlamaları ile giden bir bozukluktur. Hasta öfke patlamaları arasında hemen hemen her gün, günün çoğunda sürekli olarak sinirli veya öfkeli.”

Durum ebeveynler, öğretmenler, akranlar tarafından gözlemlenebilir. Hastanın tanımı alabilmesi için semptomların 12 ay veya daha uzun süredir varolması ve ardışık 3 ay semptomsuz geçen bir dönemi olmaması gerekmektedir. Semptomlar evde, okulda, akranlarıyla olduğu dönemlerden en az ikisinde bulunmalı ve en az birinde şiddetlenmelidir. İlk tanı 6-18 yaş arasında konmalıdır. Semptomlar, bir maddenin fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi veya nörolojik duruma atfedilmemelidir. Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu olan çocuklar ağırlıklı olarak erkektir.”

2) Majör Depresif Bozukluk

A. “Aşağıdaki semptomlardan beşi (veya daha fazlası) 2 hafta boyunca görülmeli ve hastanın işlevselliğinde değişikliğe neden olmalıdır; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi veya zevk kaybı olması beklenir.

*1. **Çökkün duygudurum:** Kişi nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde depresif ruh halindedir; kişinin üzüntü duyma, kendini boşlukta hissetme ya da umutsuzluk gibi şikayetleri olur ya da bu durum başkalarınca gözlenir*

*2. **Anhedoni:** Önceden yapmaktan zevk aldığı aktivitelere karşı ilgide belirgin azalma, ya da bunlardan zevk almama şikayetleri neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (kişinin beyanına göre veya gözlemle belirlenir).*

*3. **Kilo değişimi:** Diyetine dikkat etmediği halde çok kilo verme ya da kilo alma (Örneğin bir ay içinde ağırlığının %5'inden fazla bir değişiklik), ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.*

*4. **Uyku düzenindeki değişiklikler:** Hemen her gün uykusuzluk (insomnia) veya aşırı uyuma, uykuya dalamama, sık uyanma ve yeterince uyuduğu halde uykudan yorgun kalkma.*

*5. **Psikomotor ajitasyon veya retardasyon:** Neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde hastanın hareketlerinde yavaşlama veya ajitasyon olması (hasta beyanı veya gözlemle).*

*6. **Enerji azlığı veya yorgunluk:** Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmadığı hissi.*

*7. **Suçluluk veya değersizlik duyguları:** Neredeyse her gün, değersizlik hissi, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygusu (sanrısız olabilir) (hasta olduğu için kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).*

*8. **Konsantre olmada zorluk çekme:** Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (kişinin kendi beyanı veya yakın çevresinin gözlemi).*

9. Ölüm düşüncesi: Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), amaca yönelik eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürme üzere bir eylem planlama

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.

C. Bu belirtiler, herhangi bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun etkileriyle ilişkilendirilemez.

D. Depresyon döneminin ortaya çıkışı, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk, ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik dönem, ya da bir hipomanik dönem geçirilmemiştir. Majör depresif bozukluk hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, parsiyel remisyonlu, tam remisyonlu, belirtilmemiş olarak sınıflandırılmaktadır.”

3) Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi)

“Bu bozukluk, DSM-IV ile tanımlanan kronik majör depresif bozukluk ve distimik bozukluğun bir birleşimini temsil eder. Kişinin kendisinin belirtmesi veya başkalarının gözlemleriyle, depresif ruh hali en az 2 yıl boyunca, çoğu günler ve günün çoğunda görülmelidir. Çocuklarda ve ergenlerde huzursuzluk olarak ortaya çıkabilir ve süre en az bir yıldır. Kişi depresyondayken iştahsızlık veya aşırı yeme, uykusuzluk veya aşırı uyuma, enerji azlığı veya yorgunluk, düşük özsaygı, yetersiz konsantrasyon veya karar vermede zorluk, umutsuzluk gibi semptomlardan 2 veya daha fazlası bulunmalıdır. İki yıllık hastalık döneminde (çocuklar veya ergenler için bir yıl), bireyin semptomsuz olduğu süre iki ayı geçmemelidir. Manik veya hipomanik dönem olmamalı ve siklotimik bozukluk kriterleri karşılanmamalıdır. Semptomlar kalıcı bir şizoaffektif bozukluk, şizofreni, sanrısız bozukluk veya diğer belirli veya belirtilmemiş şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamamalıdır. Semptomlar, bir maddenin fizyolojik etkilerine (madde, ilaç) veya başka bir tıbbi duruma (hipotiroidizm) bağlı olmamalıdır. Semptomlar sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. Kalıcı depresif bozukluk sırasında majör depresif epizodlar ortaya çıkabilir. Belirtileri iki yıl boyunca majör depresif bozukluk kriterlerini karşılayan kişilere, kalıcı depresif bozukluk ve majör depresif bozukluk tanısı konulur.”

4) Premenstruel Depresif Bozukluk

“Premenopozal kadınların %2-%5’ini etkileyen premenstruel depresif bozukluk, emosyonel bozukluk ve irritabilite, disfori ve mizaçta dengesizlik gibi davranışsal belirtiler ile kendini gösterir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, semptomların, menstruel döngünün luteal fazında başlayıp menstruasyonun başlangıcından kısa bir süre sonra sona erdiğini göstermektedir. Emosyonel ve davranışsal semptomlara ek olarak karında şişlik, göğüslerde gerginlik gibi fiziksel semptomlar da görülebilmektedir.”

5) Madde / İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk

“Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin, inatçı ve kalıcı çökkün duygudurumdur. Madde zehirlenmesi sırasında veya hemen sonrasında görülmelidir. Uzun süreli intoksikasyon yoksunluktan ayırt edilmelidir.”

6) Başka Bir Tıbbi Durumdan Kaynaklanan Depresif Bozukluk

“Santral sinir sisteminin işlevini görmesini engelleyen ve böylece psikomotor retardasyon yapabilen hungtinton ve parkison hastalığı, multipl skleroz, primer tümör, enfeksiyon, kronik subdural hematoma, santral sinir sistemine metastaz yapmış tümörler vital bulguları etkileyerek hastada depresyon benzeri semptomlara neden olabilecek enfeksiyon hastalıkları ve nöroendokrin hastalıklar vb. diğer tüm hastalıkları bu grupta incelenmektedir. Depresyonla en yakından ilişkili nöroendokrin durumlar arasında cushing hastalığı ve hipotiroidizm vardır.”

7) Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk

“Bu kategori, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozukluğa neden olan depresif bozukluğa özgü semptomların baskın olduğu ancak depresif bozukluklar tanı sınıfındaki bozuklukların herhangi biri için tanı kriterlerini karşılamadığı durumlar için geçerlidir. 3 alt tipi vardır:

1. Tekrarlayan kısa depresyon: depresif duygudurumun ve en az dört diğer depresyon belirtisinin eşzamanlı varlığı 2-13 gün boyunca ayda en az bir kez (menstrüel döngü ile ilişkili olmayan) en az 12 ay üst üste, başka herhangi bir depresyon tanı kriterlerini karşılamamış kişiler için kullanılır.

2. Kısa süreli depresif dönem (4-13 gün): depresif duygudurum ve diğer 8 majör depresif bozukluk kriterinden en az dördü 4 günden fazla, 14 günden daha az sürmeli ve klinik olarak önemli sıkıntı veya bozulma ile ilişkili olmalıdır.

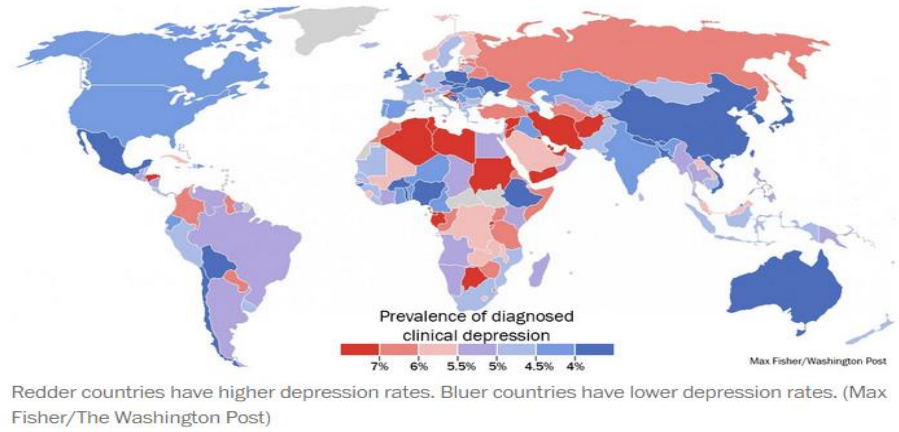
3. Yetersiz semptomlu depresif dönem: *Depresif duygudurum ve diğer sekiz semptomdan en az biri, başka herhangi bir depresif bozukluk kriterlerini karşılamamalıdır.”*

8) Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

“Bu kategori, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozukluğa neden olan depresif bozukluğa özgü semptomların baskın olduğu ancak depresif bozukluklar tanı sınıfındaki bozuklukların herhangi biri için tanı kriterlerini karşılamadığı durumlar için geçerlidir.”

2.1.4 Epidemiyoloji

DSÖ’ye göre son zamanlarda psikiyatrik bozukluklarda artış olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik problemlerin ölüme sebebiyet vermediği fakat bireysel yaşamda önemli eksikliklere neden olduğu düşünülmektedir. Hayatın herhangi bir döneminde hastalığın görülebildiği saptanmıştır. Vakaların %15-20’sinin yetersiz tedavi edilmesi ya da tedavi edilmemesi sebebiyle hastalığın kronikleştiği ortaya konmuştur. Depresyon en fazla 18-44 yaş aralığında görülmektedir. Depresyon oranları kız ve erkekte prepubertal dönemde aynı olduğu, kızlarda ergenlik döneminde arttığı görülmektedir. New York ve California bölgelerinde 2000 yılı sonrasını kapsayan genel popülasyonu temsil ettiği düşünülen , 18-96 yaş aralığındaki 6694 kişinin katıldığı çalışma yapılmıştır. DSM 4 tanı ölçütlerinin kullanıldığı çalışmada; major depresyonun aylık yaygınlığının %5.2 olduğu saptanmıştır (25). Türkiye Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye Ruh Sağlığı profili araştırmasında 7479 kişiyi kapsama alınmış depresyon oranı; erkeklerde % 2.3, kadınlarda % 5.4 olarak gösterilmiştir (26). Dünyadaki depresyon oranı Şekil 1’de gösterilmiştir (27).



Şekil 2. Dünya depresyon haritası (2014)

2.1.5 Depresyon için risk faktörleri

Cinsiyet: En son yapılan çalışmalarda depresyonun erkeklere göre kadınlarda sıklığının arttığı bildirilmiştir. Çalışmalara ve ülkelere göre oranlar farklılık gösterse de kadın cinsiyette sıklık daha fazladır. MDB riskinin kadınlarda erkeklere oranla 1,5-3 kat fazla olduğu çalışmalarda görülmüştür (28). Depresyonun kadınlarda daha sık görülmesinin nedenleri arasında; iş yükü, özel yaşamlarındaki sorunlar ve sosyal konumlarındaki güçsüzlük düşünülebilir (29). Gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerini içeren 18-45 yaş aralığındaki kadınlarda depresyon başlıca maluliyet sebeplerindendir (30).

Yaş: MD'nin başlangıç yaşı yirmili yaşlar olarak belirtilmiş olsa da her yaşta görülebilen bir ruhsal bozukluktur. Çocuklukta %2-5, adölesanlarda %6-15, erişkinlikte ise %10 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (31). Yaşlı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda yaşlılık çağı depresyonunun yaygınlığı ile ilgili veriler elde edilmiştir. Depresyon yaşlılardaki yaygınlığı; yapılan çalışmanın amacı, alınan grubun özelliği ve çalışmadaki yöntemle göre %1 ile %60 arasında farklılık göstermektedir (32,33). Ekonomik zorlanmalar ve sosyodemografik özellikler ortaya konduğunda yaş ve depresif semptomlar arasındaki bağlantının kadınlar için tersine döndüğü ve erkekler için kaybolduğu görülmüştür (33).

Sosyoekonomik Düzey: Depresyon riskinin düşük sosyoekonomik düzeye bağlı olarak arttığı düşünülmektedir (34). Sosyoekonomik yoksunluğun depresif belirti kalıcılığını ve yaygınlığını arttırdığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (35).Yapılan çalışmalarda; yoksulluk, maddi sorunlar gibi zorlukların depresyonun ortaya çıkış sıklığını arttırdığı bildirilmiştir (36).

Çalışma Durumu: İşsizlik, depresyonun sıklıkla görülmesine neden olan başka bir faktördür (37). İşsizlik sürecinde ortaya çıkan sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar bireyin zorlu koşullarda yaşamlarını devam ettiklerini göstermiştir. Erkeklerde sağlık ve işsizlik arasındaki bağlantı daha belirgindir (38).

Eğitim: Gerek ülkemizde gerekse dünyada yapılmış birçok çalışmada eğitim seviyesinin düşüklüğü psikiyatrik bozukluklar için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (39,40). Sağduyu ve ark.'nın "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon" çalışmalarında, eğitim seviyesi düşük bireylerde yüksek bireylere göre daha sıklıkla depresyon görüldüğü bildirilmiştir (41).

Sigara: Sigara bağımlılığı ruhsal bozukluklarla önemli derecede ilişkilidir. Sıklıkla anksiyete ve depresyonun sigara içiminin bırakılmasını zorlaştırdığı görülmektedir (42). Çalışmalarda sigara bağımlılarında depresyon oranının topluma göre yükseldiği, depresyon hastalığı bulunan kişilerin %44,7'sinin aynı zamanda sigara bağımlısı olduğu belirtilmiştir (43).

Medeni Durum: Medeni durumun bireyin ruh sağlığını etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. MD riski evlilere oranla bekarlarda ve boşanmış bireylerde daha fazla görülmektedir (44). Medeni durum ile ruhsal bozukluk arasındaki bağlantıyı Erol ve ark. (39) çalışmalarında saptamışlardır.

Bedensel Hastalık: Kronik hastalığa sahip kişilerde iyilik halinin bozulması ve fonksiyonel bozulma tedaviyi zorlaştırır (45). Yapılan bir araştırmada ülkemizde fiziksel hastalığı bulunan ve psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyan bireylerin %40,3'ünde depresif hastalık görülmüştür (46). Fiziksel hastalığın bireyin yaşamında oluşturduğu değişimler ve değişimlerin birey için öneminin üzerinde durulması faydalı olacaktır (47).

2.1.6 Depresyon ölçekleri

Depresyon seviyesinin belirlenmesinde depresyon değerlendirme ölçekleri önemli bir yer tutar. Buna ek olarak tanı için mutlaka klinik gözlem de gerekmektedir. Depresyon ölçümünde testlerin etkinliğinin belirlenebilmesi amacıyla son zamanlarda yapılan birçok klinik araştırmada, "Kendini değerlendirme (patientrated)" ve "Klinisyenin değerlendirdiği (clinician-rated)" ölçekleri geliştirme çalışmaları yapılmıştır. Depresyonla alakalı yapılacak çalışmaya başlamadan evvel çalışmanın hedefine göre uygun ölçme aracının seçilmesine dikkat edilmelidir. Bundan dolayı

uygulayıcıların ve araştırmacıların, testlerin güvenilirlik ve geçerliliğine dair bilgilere ulaşabilmeleri fazlasıyla bir öneme sahiptir (48,49).

A-Kendini Değerlendirme (Self-Report) Ölçekleri

Bu ölçekler, hasta tarafından doldurulur. Ölçeği anlayacak kadar okuryazar olmayı gerektirir. Bilişsel yetmezliği olanlarda bu ölçeklerin uygulanması sınırlı olmaktadır.

Beck depresyon envanteri: 1961’de Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Adölesan ve yetişkinlerde depresyonun davranışsal belirtilerini ölçmek için yapılmıştır (50). Depresyonun seviyesini ölçmek, hastalığı tanımlayabilmek ve tedavi bağlı iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresyona ait semptomlar ve davranışlar birkaç cümle ile açıklanmıştır. Her cümle sayısal olarak 0 ile 3 arasında numaralandırılmıştır. Bu ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Maddeler hafif formdan şiddetli forma olacak şekilde dizilmiştir. Ölçeği dolduran kişilerden mevcut durumlarını tanımlayan en iyi açıklamayı işaretlemeleri istenmekte olup verilen cevapların toplanmasıyla sonuç bulunmaktadır. Şiddet olarak; 0-9= Normal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli olarak belirtilmektedir. 15 dakika ölçeği tamamlamak için yeterlidir. Ancak aşırı obsesyonu olan kişilerde ölçeği tamamlamak daha uzun sürebilmektedir. Ölçeğin avantajları katılımcılar tarafından doldurulması, skorlamanın kolay olması ve basit bir dili içermesidir. Dezavantajlarına baktığımızda kadınlar, adölesanlar, düşük eğitim düzeyi olan kişiler ve ruhsal sorunları olanların yüksek skorları işaretlendiğinin bildirilmiş olmasıdır (51).

Zung depresyon ölçeği: 1965’te Zung tarafından depresyonun düzeyini ölçmek maksadıyla Zung depresyon ölçeği (ZDÖ) geliştirilmiştir. Bedensel yakınmalar, psikolojik özellikler ve duygudurumu inceleyen 20 maddelik bir ölçektir. Kişilerde her belirtiyi "hiç yok"tan, "her zaman"a kadar işaretlemeleri istenmektedir. Hastalar tarafından ölçek doldurulmaktadır (52).

Geriatrik depresyon ölçeği: 1983 yılında Yesavage ve ark. tarafından geliştirilen Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), geriatrik popülasyondaki depresyon varlığını araştırmayı amaçlamaktadır (53).

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği: Bu ölçek 10 maddeden oluşup, dörtlü likert biçimindedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Engindeniz tarafından gerçekleştirilmiştir (54).

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği: 1983'te Zigmond ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Tıbbi hastalığı bulunan kişilerde duygudurum bozukluğunu saptamak amacıyla tasarlanmıştır. Hastane ve toplum ve örnekleminde genellikle kullanılır (55).

Çocuklar için depresyon ölçeği: 1980 yılında Kovacs tarafından geliştirilen Çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ), çocuklar ve gençlerde depresyonun şiddetini belirlemeyi amaçlamaktadır (56).

B- Klinisyenin Değerlendirdiği (Clinician-Rated) Ölçekler

Bu ölçekler; yapılandırılmamış, yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmış görüşme biçimleriyle hasta veya hasta yakınlarıyla yapılmış görüşmeleri içermektedir.

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği: 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilen ölçek depresyonun şiddetini ölçmek için tasarlanmıştır. Klinisyen tarafından depresif semptomları ölçmek için kullanılan ölçekler arasında en fazla tercih edilendir. Orijinal ölçek 21 maddeden oluşmasına rağmen, ilk 17 maddenin kullanılmaktadır. Ölçekte somatik bulgu ve belirtilere fazla ağırlık verilmektedir (57).

Montgomery-Asberg depresyon derecelendirme ölçeği: 1979 yılında geliştirilen MontgomeryAsberg depresyon derecelendirme ölçeği (MADDÖ), majör depresif bozukluğu bulunan hastalarda depresif semptomların şiddetini belirlemek amacıyla kullanılmıştır (58).

Calgary şizofrenide depresyon ölçeği: 1992'de Addington ve ark. tarafından Calgary şizofrenide depresyon ölçeği (CADÖ) geliştirilmiştir. Psikoz hastalığı olan kişileri depresyon yönünden değerlendirmek, depresif belirti düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla ölçek tasarlanmıştır (59).

Cornell demansta depresyon ölçeği: 1988 yılında Alexopoulos ve ark. tarafından geliştirilmiştir (60). Ölçekte, demanslı bireylerde görülen sendromları belirlemek amaçlanmıştır (61).

2.1.7 Depresyonu erken saptamanın faydaları

Henüz tanı almamış depresyonu olan bireyler birinci basamakta ki taramalar sayesinde erken tanı alır. Erken tanı depresyonun başlangıcı ile tedaviye başlama arasındaki tipik 4 yıllık sürenin azalmasına yardımcı olabilirken; komplikasyonların da azalmasını sağlar. Depresyonun ataklar göstermesi ve depresyon kaynaklı damgalanma dikkate alındığında, tarama programlarının, tedavi görmüş ama yine de

semptomatik olan ya da remisyondan sonra depresyonu tekrardan başlayan ve etkili tedaviye gereksinim gösteren hastaların belirlenmesine katkısı olabilir. Bunun yanında intihara yatkın hastaları saptamak için de bir fayda sağlayabilir (62). İntiharı tamamlayan bireylerin hemen hemen yarısı birinci basamak sağlık hizmetlerine ölümden bir ay önce başvurduğu görülmüştür (63). Bireylerin yaşam kalitesi depresyon belirtilerinin başlamasıyla düşmeye başlar. Bireylerin yaşam kalitelerinde bozulma aile, meslek, sosyal çevreyi kaybetmeye kadar ilerleyebilir. Erken dönemde tanı alıp tedaviye başlandığında yaşam kalitesinde düşme ve yeti kaybı önlenabilir. Depresyonun fazla görülmesi ve neden olduğu iş gücü kaybı sebebiyle ekonomik ve toplumsal sorunlar görülebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı depresyonun erken dönemde tanı alması ve tedavi edilmesi önemli bir halk sağlığı sorunudur (64,65,66). Depresyonu tanımak, birinci basamakta özellikle fazla komorbiditesi olan hastalarda sıkınılı olabilir. Bundan dolayı, birinci basamakta depresyonu olan fakat henüz tanı konmamış hastaları saptamak için anketle tarama yapmak doğru bir yaklaşım olacaktır (67).

2.1.8 Depresyonun tedavisi

Depresyon hastalığı olanların neredeyse %40'ının birinci basamak ya da ikinci basamakta tedaviyle depresyonun gerilediği bildirilmektedir. 2008-2012 yılları arasında aile hekimlerinin psikiyatri uzmanlarından daha sık antidepresan ilaç tedavisi kullandığı Psikofarmakoloji Derneği'nin raporunda bildirilmiştir (68).

Depresyon tedavisi bireysel olmalı ve biyopsikososyal yaklaşımla yapılan terapilerle daha başarılı sonuçlar verebilir. Sıklıkla subklinik ya da hafif klinik belirtileri olan hastalarda ilk tedavi tercihi farmakoterapi olmamakta; davranışsal terapi, bilişsel terapi gibi psikolojik yaklaşımların, alkol ve sigaranın bırakılması, egzersiz ve akupunktur gibi tamamlayıcı uygulamaların faydalı olabileceği belirtilmiştir. Farmakolojik tedavi ile birlikte psikoterapi ve yaşam tarzı değişiklikleri başarılı klinik sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır (69).

Birinci basamakta çok karşılaşılan sağlık problemlerinden birisi de depresyondur. Depresyon tanısı konulan hastalara akılcı ilaç uygulama kriterlerine göre tedaviye selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubundan antidepresan bir ilaç ile başlanır. Farmakolojik tedavide serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve seçici serotonin geri alımın inhibitörleri (SSRI) güvenilirlikleri

ve yüksek etkinlikleri sebebiyle ilk olarak kullanılan ilaçlardır. Atipik antidepresanların cinsel fonksiyonlar ve kilo alma üzerinde etkisinin olmaması SSRI ve SNRI'lara göre bir avantajdır (69,70).

İlaç seçiminde var olan diğer hastalıklar ve hastanın sürekli kullandığı diğer ilaçlar göz önünde bulundurulmalıdır. Hekim tarafından hastanın takibi tedavide hastanın uyumu kadar önem teşkil etmektedir. Birinci basamak hekimi depresyon tedavisine kısmen yanıt aldığında veya yanıt alamadığında tanıyı tekrar kontrol ederek gerek duyarsa hastayı bir üst basamağa sevk etmelidir (69,70). Tablo 1. majör depresyon tedavisini özetlemektedir.

Tablo 1. Depresyon tedavisi

Farmakolojik Tedavi
• Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) • Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI) • Trisiklik Antidepresanlar (TSA) • Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) • Atipik Ajanlar
Psikolojik Yaklaşımlar
• Bireysel Bilişsel Davranış Terapisi • Davranışsal Terapi • Kişiler Arası Terapi • Öz Farkındalığa Dayalı Bilişsel Terapi • Evlilik ve Çift Odaklı Terapiler • Hipnoterapi
Yaşam Tarzı Değişiklikleri
• Egzersiz
Bitkisel İlaçlar ve Besinsel Takviyeler
• Sarı Kantaron Otu
Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları
• Işık tedavisi (Fototerapi) • Akupunktur

Farmakolojik tedaviler depresyon yönetiminde öncelikli tedavi olmakla birlikte, farmakolojik olmayan uygulamalar da önemlidir ve kapsamlı depresyon tedavisinin önemli ve kabul gören bileşenidir. Depresyon yönetiminin akut fazında farmakoterapi, psikoterapi EKT, fototerapi veya tekrarlanan transkranyal manyetik stimülasyon gibi diğer somatik tedavileri kapsayabileceği Amerikan Psikiyatri Akademisi (APA) rehberleri tarafından tavsiye edilmektedir. Depresyonun remisyonu ve ağırlık oranı açısından farmakolojik olmayan tedaviler arasında fark görülmemiştir. Depresif semptomları azaltmada egzersizin faydalı olduğu gösterilmiştir (71).

2.2. Obezite

2.2.1. Obezite Tanımı

Sağlığın bozulmasına sebep olan aşırı ya da anormal miktarda yağ dokusunun artmasına obezite denilmektedir (72). Erişkin kadınlarda beden ağırlığının neredeyse %25-30'unun, erkeklerde ise %15-20'sinin yağ dokusundan oluştuğu ifade edilmektedir. Obezite, vücuttaki yağ oranının saptanması kolay olmayacağından dolayı daha çok aşırı kilo olarak ifade edilmektedir.

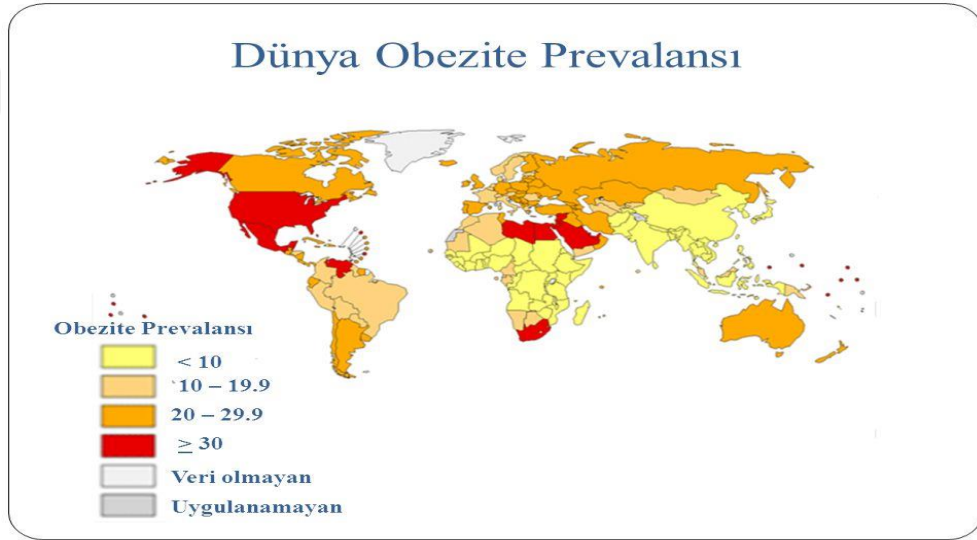
Obezitenin tanımını DSÖ beden kitle indeksine göre yapmaktadır (73). Beden kitle indeksi, matematiksel olarak kilonun boy karesine oranıdır (kg/m^2). BKİ değerinin 30 ve üstünde olması obezite olarak tanımlanır. BKİ değerlerine göre obez bireyler de kendi içinde gruplandırılmaktadır. Erişkinlerde BKİ değerine göre sınıflama Tablo 2.'de verilmiştir (74).

Tablo 2. Yetişkinlerin beden kitle indeksine göre sınıflandırılması

Sınıflama	BKİ (kg/m^2)
Zayıf	<18.5
Normal	18.5-24.99
Preobez / Fazla kilolu	25-29.99
Sınıf 1 obezite	30-34.99
Sınıf 2 obezite	35-39.99
Sınıf 3 obezite	≥ 40

2.2.2. Epidemiyoloji

21. yüzyılda en yaygın olarak görülen halk sağlığı sorunu obezitedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite oranı giderek artmakta ve giderek epidemi haline dönüşmektedir. DSÖ'nün Avrupa, Asya ve Afrika'nın 6 farklı bölgesini kapsayan ve 12 yıl boyunca devam eden MONICA adlı çalışması 21 ülkede yapılmıştır. Çalışmada 1980- 1990 yılları arasında yapılmış ve obezite sıklığında %10-30 arasında bir yükselme saptanmıştır (75). Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP) çalışmasında 24.788 kişinin taranmıştır. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde genelde %22,3, erkeklerde %13, kadınlarda ise %30 seviyelerinde obezite sıklığı saptanmıştır (76). TURDEP-I çalışmasında Türk yetişkin nüfusunun %22,3 olan obezite sıklığının %40 artarak 2010'daki TURDEP-II çalışmasında %31,2'ye yükseldiği görülmüştür. TURDEP-II çalışmasında son 12 yılda sıklığın kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı görülmüştür (77). Dünyadaki obezite sıklığı Şekil 2'de gösterilmiştir (78).



Şekil 2. Dünya obezite haritası (2014)

2.2.3. Obezite etyolojisi

Obezite etiyolojisine bakıldığında kompleks ve multifaktöriyel özelliklere sahip olduğu görülmektedir (79). Yetersiz fiziksel aktivite ile yanlış ve aşırı beslenmenin obezite gelişimine ciddi bir etkisi olduğu görülmektedir. Bunun yanında genetik çevresel, fizyolojik, nörolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel gibi faktörlerde obezite oluşumuna neden olmaktadır. (80).

Obezite etyolojisinde etkisi olan başlıca unsurlar aşağıda gösterilmiştir. (127, 81):

- Psikolojik nedenler
- Fiziksel aktivite yetersizliği
- Cinsiyet
- Aşırı ve yanlış beslenme
- Yaş
- Genetik nedenler
- Sosyo-ekonomik nedenler
- Alkol kullanımı
- Eğitim seviyesi
- Bazı ilaçlar
- Nöroendokrin nedenler
- Metabolik nedenler

Bazı çalışmalar kadınlarda obezitenin daha sık olduğu bildirilmiştir (12). Emekli ve işsiz kişilerde obezitenin arttığı, çalışan kişilerde obezite seyrek olduğu görülmüştür. Obezite sıklığı eğitim seviyesi düşük olmayan veya yüksek okul mezunu olan kişilerde artmıştır. Bireyin ilk yıllarındaki beslenme düzeni obezite gelişimini etkileyen faktörlerdendir. Bununla ilgili çalışmalar incelendiğinde anne sütüyle beslenen bebeklerde sonraki yıllarda obezite olma sıklığının anne sütünden yoksun kalan bebeklere oranla düşük olduğu bildirilmektedir. Ek olarak, verilen ek besinlerin türü ve miktarı, anne sütünü alma süresi obezite oluşumunu etkilediği görülmüştür (82,83). Lif ve proteinli gıdalardan fakir, yağ ve karbonhidrattan zengin beslenme alışkanlığının obezite sıklığını yükselttiği bilinmektedir. DSÖ 2002 raporu incelendiğinde aşırı yağlı, doymuş yağ oranı fazla, yoğun enerjili, şekerli gıdalar, meyveden fakir beslenme, kilo artışı ile sonuçlanır (84,56,85).

2.2.4. Obezitenin komplikasyonları

Obezitenin çeşitli kronik hastalıklarla ilişkisi ortaya konmuştur. Ayrıca morbidite ve mortaliteyi arttırdığı bildirilmektedir. Obezite öncelikle endokrin sistem ve kardiyovasküler sistemi etkilerken aynı zamanda gastrointestinal sistem, solunum sistemi, kas-iskelet sistemi, deri, genitoüriner sistem ve psikososyal durumu farklı sıklıklarda etkilemektedir (86,87).

Obezite hipertansiyon, derin ven trombozu, koroner kalp hastalığı ve SVO gibi hastalıkları önemli düzeyde artırmaktadır. Ayrıca obezite dislipidemi, tip 2 diabetes mellitus, polikistik over sendromu gibi hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Osteoartrit, siyatalji, stress inkontinansı, fertilite azalması, gebelik komplikasyonları, üriner taşlar, depresyon, obstrüktif uyku apnesi ve horlama gibi sağlık sorunları da obez kişilerde daha sık ortaya çıkmaktadır (88).

Obezitenin psikolojik olarak da çeşitli komplikasyonları bulunmaktadır. Tıbbi kronik hastalıkları olan bireylerde obezitenin de bulunması psikolojik problemlerin görülme sıklığını artırır. Obezite genellikle suçluluk korkuları, benlik saygısında azalma, beden üstünde kontrolü yitirme gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır (89). Obez hastalarda psikolojik problemler ve depresyon; diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi komplikasyonlar kadar önemsenmemektedir ya da gözden kaçmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar ve psikolojik faktörler ile obezitenin bağlantısı pekçok araştırmada bildirilmiştir.

2.2.5. Obezite tedavisi

Diyet: Cinsiyete ve yaşa göre hesaplanan kalori ihtiyacından daha az kaloriyi içeren bir diyet listesi hazırlanmalıdır. Diyet tedavisinde kas dokusu yerine yağ dokusunun kaybedilmesi hedeflenmektedir. Bu yüzden kilo verdimi hedefleyen diyetlerin temel amacı bireyin ihtiyacı olan besin öğelerinin uygun miktarda alınması ve alınan kalori miktarının azaltılmasıdır (90). Yetişkin bir bireyin gün içerisinde alması istenilen kaloringin %55-60'ı karbonhidrat, %25-30'u yağ ve %15'i protein içeren besinlerden karşılanması hedeflenmektedir. Buna ek olarak günlük alınan kolesterol miktarının 300 miligramı geçmemesi gerektiği ve alınan yağlarının içeriğinde ki doymuş yağ oranının da %10'u geçmemesi önerilmektedir (91).

Egzersiz: Egzersizlerin düzenli hale gelmesi ve artırılması obezitenin tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Obez ve aşırı kilolu bireylerin az hareket etmeleri ve bundan dolayı kilo almaya devam etmeleri kısır bir döngüye sebep olmaktadır (92). Her türlü fiziksel aktivite, enerji tüketimini arttırmasından dolayı önerilmektedir. Asansör binmek yerine merdivenleri kullanmak, kısa mesafelerde yürümek tercih edilmelidir (93). Fiziksel aktivite programlarında kalp hızının en fazla %60-70'ne ulaşması hedeflenmelidir. Haftada 2-3 kez 45-60 dakika veya haftada 4-5 kez 20-30 dakika yapılması tavsiye edilmektedir.

Davranışsal değişiklik: Obez bireylerin çoğunda geçmişte başarısız egzersiz ve diyet tecrübeleriyle doludur. Başta kaybedilen ama yeniden alınan kilolar hayal kırıklıkları neden olmakta, okul ve iş hayatını da olumsuz etkilemektedir. Obez kişilerde kalıcı kilo kontrolünün olmasının önemli şartlarından biri motivasyonun sağlanmasıdır. Motivasyonun sağlanması için hastanın başvurduğu sağlık merkezinin ve hastanın yakın çevresinin desteği çok önemlidir (94). Hastaların hastaneye her gelişinde kilo ölçümlerinin yapılması, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitelerinin sorgulanması ve bilgilerin kayıt altına alınması etkili takibini sağlar.

Farmakolojik tedavi: İlaç tedavisi, diyet ve egzersiz programını uygulamalarına rağmen kilo veremeyen obez bireylerin için kullanılabilir. Farmakoterapinin, obezite tedavisinde hangi hastalarda kullanılacağı dikkatli seçilmelidir. Farmakoterapiyi kullanırken ilaçların endikasyonlarına ve kısıtlamalarına dikkat edilmeli ve yan etkiler hakkında hastalara bilgi verilmelidir. Farmakolojik tedavi, BKİ ≥ 30 kg/m² olan, egzersiz, diyet ve davranış değişikliği uygulamaları kullanılamasına rağmen yeterli kilo veremeyen hastalar ve BKİ 27-29,9 kg/m² seviyesinde olup, komorbiditeleri bulunan hastalardır için önerilmektedir. Dünyada obezite tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlar orlistat ve sibutramin içeren preparatlardır (95,96).

Cerrahi tedavi: Cerrahi tedavi obezitede son zamanlarda yaygın olarak kullanılan tedavi seçeneklerindendir. Cerrahi tedavi; zayıflamak için uygulanan egzersiz, diyet ve ilaç tedavisine rağmen yeterli kilo vermeyi başaramayan kişilerde tercih edilmektedir. Yeterli kilo kaybı sağlayamayan hastalarda ve daha fazla kilo kaybı istenilen hastalarda bariyatrik cerrahi yöntemleri uygulanmaktadır. Bariyatrik cerrahinin başarı ile sonuçlanabilmesi için multidisipliner yaklaşım, yeterli preoperatif değerlendirme ve uygun hasta seçimi önemlidir (97,98). Bariyatrik cerrahi, BKİ ≥ 40 kg/m² olan (cerrahi tedavinin komorbite riskine sebep olmaması gerekir) ya da BKİ ≥ 35 kg/m² olan ve obeziteyle bağlantılı dislipidemi, uyku-apne sendromu, hipertansiyon gibi hastalıklardan en az bir tanesi olan hastalara uygulanabilir (99).

2.3. Depresyon ve Obezite İlişkisi

Depresyon ve obezite prevelansı dünyada gittikçe artmaktadır, bu hastalıklar sistemik hastalık sıklığını yükseltmesi sebebiyle önem arz etmektedir. Depresyon ve obezitenin yönetilebilir ve önlenabilir olmaları; sağlığı koruyup geliştiren temel sağlık

hizmetlerinin sađlık giderlerini dűřűrmeye yűnelik politikalar planlanmasını zorunlu tutmaktadır. Obez kiřilerde, obez olmayanlara kiřilere gűre daha fazla depresyon hastalıđı gűrűlműř, depresyon ve obezitenin birbiriyle sıkı bir iliřkisi olduđu birűok arařtırmada ortaya konmuřtur.

Depresyon ve obezite arasındaki bađlanlantıyı ortaya koymak iűin yapılan arařtırmalarda űift yűnlű iliřki olduđu gűze űarpmaktadır (100). Depresyonun obezitenin geliřmesine sebep olduđu kadar obezitenin de depresyon oluřma riskini arttırdıđı bildirilmiřtir. űzellikle hormonal deđiřimlerle artmıř stres, bireylerin kilo almasına sebep olabilmektedir. Yapılan űalıřmalarda depresyon ve obezite beraberliđinde yař sınırının olmadıđı gűsterilmiřtir.

Yeme tutumundaki deđiřimler kesin olarak psikolojik bir problemin varlıđını gűstermemektedir. Fakat obez kiřilerdeki toplumdan soyutlanmanın bireyde benlik saygısının dűřmesine ve bununla birlikte depresyona sebep olduđu gűrűlmektedir. Obez bireylerde sıklıkla ortaya űıkan psikolojik problemler; kendini ařađılama, űzgűvende azalma, depresyon, sosyal hayattan uzaklařma ve evlilikte yařanan sorunlardır (93).

Depresyon bireylerin yeme tutumunu değiştirerek bireyin kilosunda farklılıklara neden olmaktadır (101). Depresyon ve obezite arasındaki bağlantı leptin hormonu ile ilişkilendirilmiştir (102) . Depresyon ve obezite arasındaki bağlantıyı araştıran űalıřmalarda %53 oranında depresif kişilerde obezite geliştiği , %80 oranında ise obezitenin depresyon sıklığını yűkselttiđi bildirilmiştir.

2.4. Depresyon ve Zayıflık ilişkisi

Zayıflık, beden kitle indekesinin 18,5'tan kűűűk olmasıdır. Zayıflık, bazı hastalıkların sebebi veya sonucu olarak ortaya űıkabileceđi gibi tamamen sađlıklı bireylerde de gűrűlebilir. Zayıflık bireyleri psikolojik ve sosyal aűıdan etkileyebilen kronik bir durumdur. Dűřűk beden kitle indeksi, son zamanlarda obezitenin artmasıyla avantaj gibi zannedilse de, bireylerde ara sıra bulantı ve iřtahsızlık promlemleri beslenmenin az olmasına neden olmakta; bunun sonucunda bireylerde halsizlik, enerji eksikliđi ve iř gűcű kaybı gűrűlmektedir.

Toplumda zayıf kiřiler az sayıdadır. Bununla birlikte beden kitle indekinin dűřűk olması bireylerde űnemli sađlık sorunlara neden olabileceđi iűin arařtırılmalıdır (13,14). Zayıflık nedenleri; dođum űykkűleri, dođum kiloları, anne sűtűyle beslenme

tutarları, genetik faktörler veya depresyonun varlığının etkili olabileceği unutulmamalıdır. Bununla birlikte zayıf bireylerde bedenlerini beğenmeme durumu, çevrelerinin kilo almaları için baskı yapması gibi nedenlerle depresyon gibi psikolojik problemler görülmektedir (15).

Bazı çalışmalarda, aile bireyleri zayıf olan çocukların zayıf, aile bireyleri obez olan çocukların ise obez olduğu görülmüştür. Aile yapısının ağırlık ile önemli bağlantısı olduğu, aile yaşam şekli ve genetik yapıdan kaynaklanabildiği düşünülmüştür (103). Aile yapısı beden kitle indeksine etki edebilen bir durum olarak görülmektedir. Aşırı hareket, yetersiz beslenme ve sinirlilik zayıflığın diğer nedenleri olabileceği unutulmamalıdır. Stresli dönemler, bazı kişilerde iştahsızlığa neden olabilmektedir.

Beden kitle indeksinin düşüklüğü, sağlık problemlerine neden olmasının yanında zayıf kişilerin karakterini de negatif yönde etkileyebilir. Zayıflık bireyin özgüvenini negatif yönde etkiler ve zayıf bireyler yorgun, kuvvetsiz ve bitkin görünürler. Zayıf bireyler, karşı cinsten biriyle iletişime geçmekten çekinirler.

Zayıf bireyler diyet önerileriyle kontrol altında tutulmalı psikolojik olarakta desteklenmelidir. Herhangi bir hastalığa bağlı zayıflık görülmüş ise hastalık teşhis edilip tedavisi yapılmalıdır. Ancak çoğu zaman zayıf bireyde, beden kitle indeksinin düşüklüğü bir sebebe bağlanmayabilir. BKİ düşüklüğü bulgu olarak görülmeli, zayıf olma sebepleri araştırılmalı ve gerektiğinde farklı uzmanlık dallarıyla görüşülüp hastalar tedavi edilmelidir (104). Zayıf bireyler psikolojik yönden de değerlendirilmeli ve gerekirse tedavi olmaları sağlanmalıdır.

3. MATERİYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Bu araştırmaya, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran hastalar ve hasta yakınları dahil olup kesitsel ve tanımlayıcı tipte çalışma planlanmıştır.

Çalışmaya dahil olma kriterleri; Gönüllü olma, 18-65 yaş aralığında, iletişim problemi olmayan ve okuma yazma bilen bireyler çalışmaya dâhil edildi.

Bu tez çalışması, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.02.2022 tarihli 80 numaralı kararıyla onaylanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Çalışmamızın evrenini, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır. Bu çalışma, 18-65 yaş grubu erişkinlerde, BKİ ve depresyon düzeylerini belirlemek aralarındaki ilişkiyi incelemek için planlanmıştır.

3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli

Çalışmada kullanılacak anket formu; boy, kilo, sosyodemografik özellikler (Ek 1) ve Beck depresyon ölçeğinden oluşmaktadır (Ek 2). Anket formu online hazırlanmış olup online form ise Google Forms programı aracılığıyla oluşturulmuş, akıllı telefon üzerinden katılımcılara iletilmiştir. Çalışmaya online katılan katılımcılardan online onam alınmıştır. Çalışma, Mart 2022 - Haziran 2022 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılmıştır. Çalışmaya 403 birey dahil edilmiştir.

Anket formunda kilo ve boy sorgulanıp beden kitle indeksi hesaplanmıştır. Beden Kütle İndeksi, DSÖ tarafından beş gruba ayrılmıştır. DSÖ'ye göre ≤ 18.5 zayıf, 18.5- 24.9 normal kilo, 25-29.9 pre-obez, 30-34.9 birinci derece obezite, 35-39.9 ikinci derece obezite, ≥ 40 üçüncü derece obezite olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca anket formunda sosyodemografik özelliklerde cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer, sigara ve alkol tüketimi, fiziksel aktivite tarzında sorular içermektedir. Çalışmaya katılan her bireye Beck Depresyon ölçeği uygulandı. Ölçekte 21 soru bulunmaktadır. Ölçek dörtlü likert tipi olup her soru 0'dan 3'e kadar

puanlanmıştır. En olumlu cevap 0 ve en olumsuz cevap 3 puandır. 0-9 Minimal depresyon, 10-16 Hafif depresyon, 17-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach alfa değeri) 0,854 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde bazı çalışmalarda de yapılmıştır (105,106).

3.4. İstatiksel Analiz

Analizlerde SPSS statistics 26.0 programı kullanılmıştır. Numerik değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve/veya medyan, kategorik değişkenler sayı ve % (yüzde) ile ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. İki seçenekli grupların karşılaştırılmasında veriler normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U Testi, ikiden çok seçenekli grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorize verilerin karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkileri tespit etmek için Spearman rho korelasyon analizi yapılmıştır. Anket sorularına güvenilirlik analizi yapılmış. Cronbach's Alpha değeri 0,903 bulunmuştur. Hipotezler çift yönlü olup %95 güven aralığında $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatiksel Veriler

Çalışmamıza anketi eksiksiz olarak tamamlayan 403 kişi dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması $29,00 \pm 9,56$ yıl idi. Katılımcıların 254'ü (%63) kadın idi. Katılımcıların 149'u (%37) ise erkekti. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik verileri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	254	63,0
	Erkek	149	37,0
Medeni durumunuz	Bekar	194	48,1
	Evli	199	49,4
	Boşanmış	6	1,5
	Dul	4	1,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	17	4,2
	İlkokul	23	5,7
	Ortaokul	30	7,4
	Lise	80	19,9
	Üniversite	253	62,8
Meslek	Öğrenci	83	20,6
	Emekli	2	0,5
	Masabaşı iş	126	31,3
	Bedensel iş	93	23,1
	Çalışmıyor	99	24,6
Gelir düzeyi	Asgari ücret altı	123	30,5
	Asgari ücret	112	27,8
	Asgari ücret 2 katı	111	27,5
	Asgari ücret 3 katı	57	14,1
Kronik hastalık varlığı	Evet	55	13,6
	Hayır	348	86,4
Sigara kullanımı	Evet	120	29,8
	Hayır	283	70,2

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik verileri (devam)

Alkol kullanımı	Evet	28	6,9
	Hayır	375	93,1
Yaşadığınız yer	Büyükşehir	129	32,0
	Şehir	179	44,4
	İlçe	86	21,3
	Köy	9	2,2
Cep telefonu,bilgisayar tablet gibi cihazlara sahip olma	Evet	398	98,8
	Hayır	5	1,2
Bu cihazların gün içinde kullanımı	1 saat	39	9,7
	2 saat	115	28,5
	3 saat ve üstü	249	61,8
Bu cihazlarda sürekli oynadığınız oyun	Evet	105	26,1
	Hayır	298	73,9
Fiziksel aktivite	Düzenli	62	15,4
	Düzensiz	225	55,4
	Yapmıyorum	116	28,8
Gün içindeki öğün sayısı	1 öğün	9	2,2
	2 öğün	245	60,8
	3 öğün ve üstü	149	37,0
Yemeklerde en sık kullanılan yağ	Katı yağ	23	5,7
	Ayçiçek	301	74,7
	Zeytin yağı	79	19,6
Yemek yeme şekli	Koşturarak	65	16,1
	Vakit ayırarak	255	63,3
	TV seyrederek	83	20,6
Yatma saati	24 ve öncesi	163	40,4
	24 den sonra	240	59,6

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik verileri (devam)

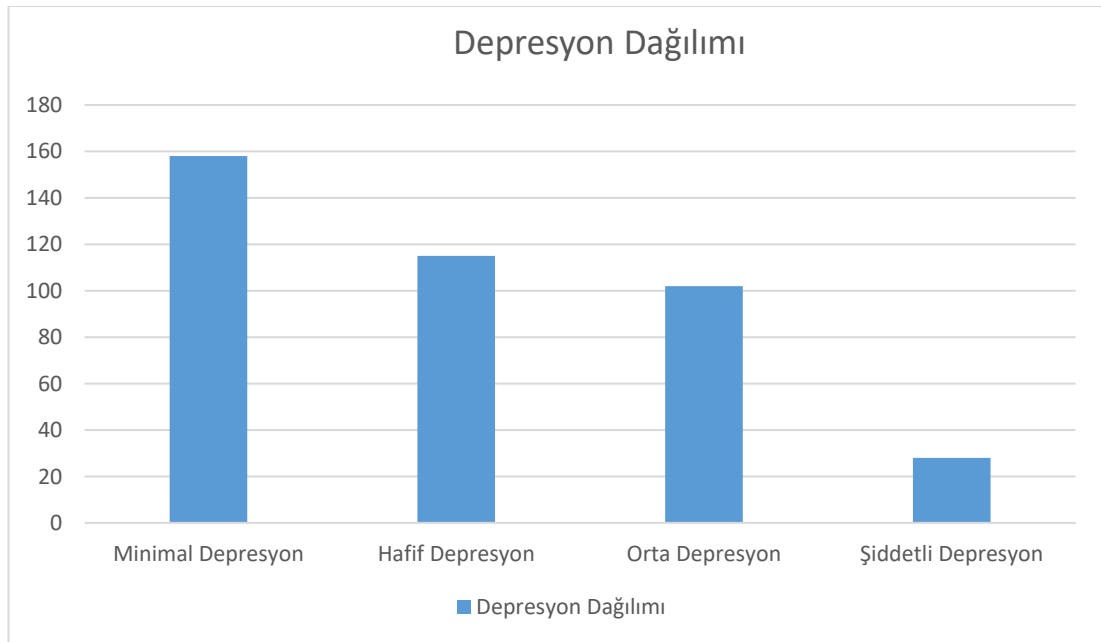
Uykuya dalma süresi	15 dk ve az	201	49,9
	15 dk dan fazla	202	50,1
Uyku süresi	7 saat ve daha az	166	41,2
	7 saat ve daha fazla	237	58,8

Çalışmamıza katılan 403 bireyin sayısal verileri Tablo 4'te verilmiştir. Katılımcıların BKİ (kg/ m²) ortalaması 24,32±4,15 idi. Katılımcıların Toplam BDÖ ortalaması ise 13,07±10,01 idi.

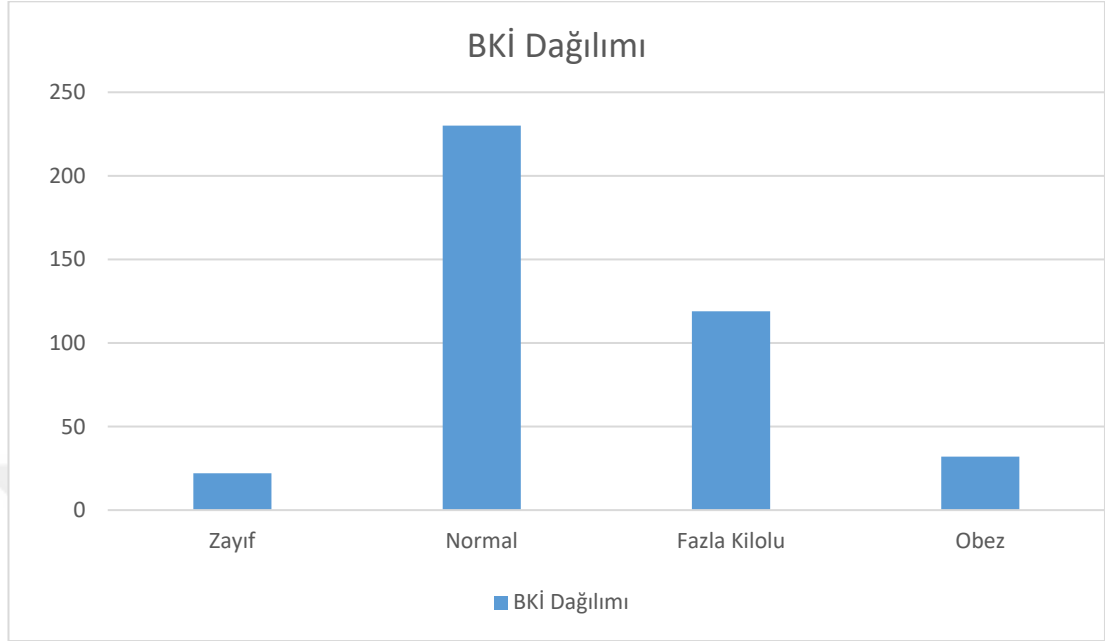
Tablo 4. Katılımcıların sayısal verileri

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Yaş (yıl)	403	18	64	30	9,56
Boy (m)	403	1,5	1,9	1,68	8,72
Kilo (kg)	403	38	160	69	14,62
BKİ (kg/ m ²)	403	15,82	44,79	24,32	4,15
Toplam BDÖ	403	0	54	13,07	10,01

Çalışmamıza katılan 403 bireyin BDÖ puanlarına göre depresyon dağılımları Şekil 3 'te verilmiştir.

**Şekil 3.** Depresyon dağılımı

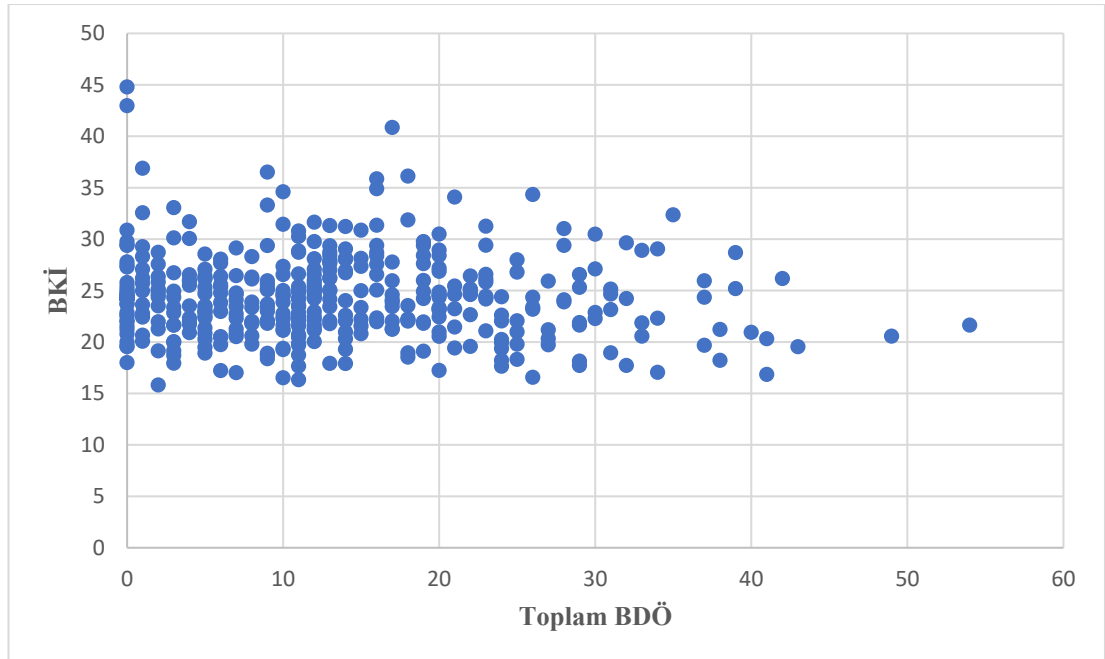
Çalışmamıza katılan 403 bireyin beden kitle indekslerinin dağılımları Şekil 4 'te verilmiştir.



Şekil 4. BKİ dağılımı

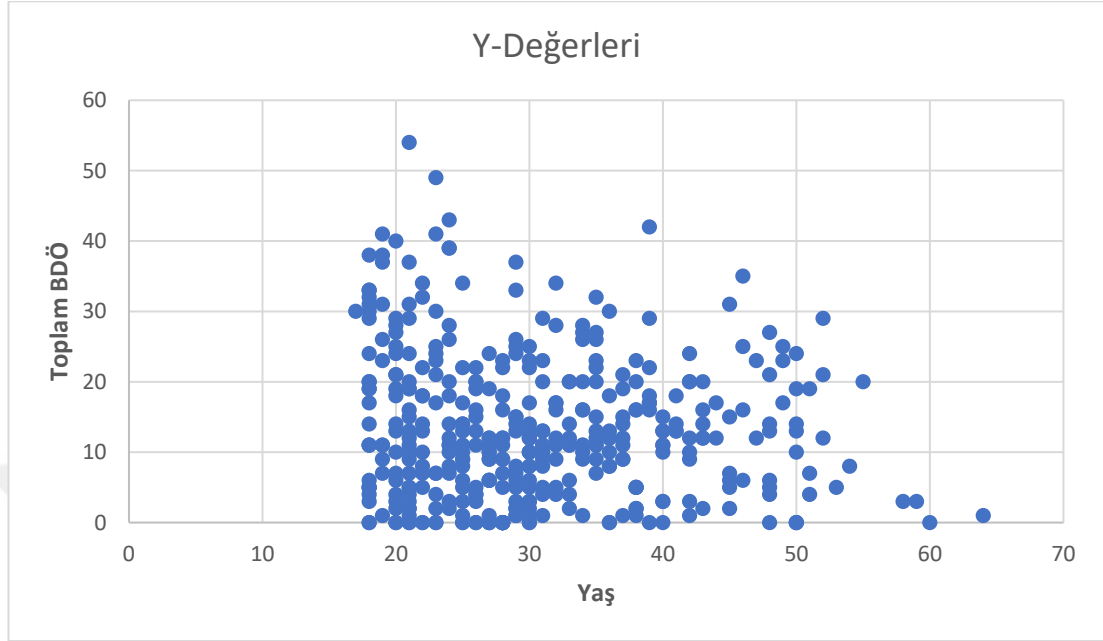
4.2. Korelasyon Verileri

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ değerleri ve BDÖ puanlarının korelasyonu incelendi ve anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($r=-0,036$, $p=0,492$) (Şekil 5).



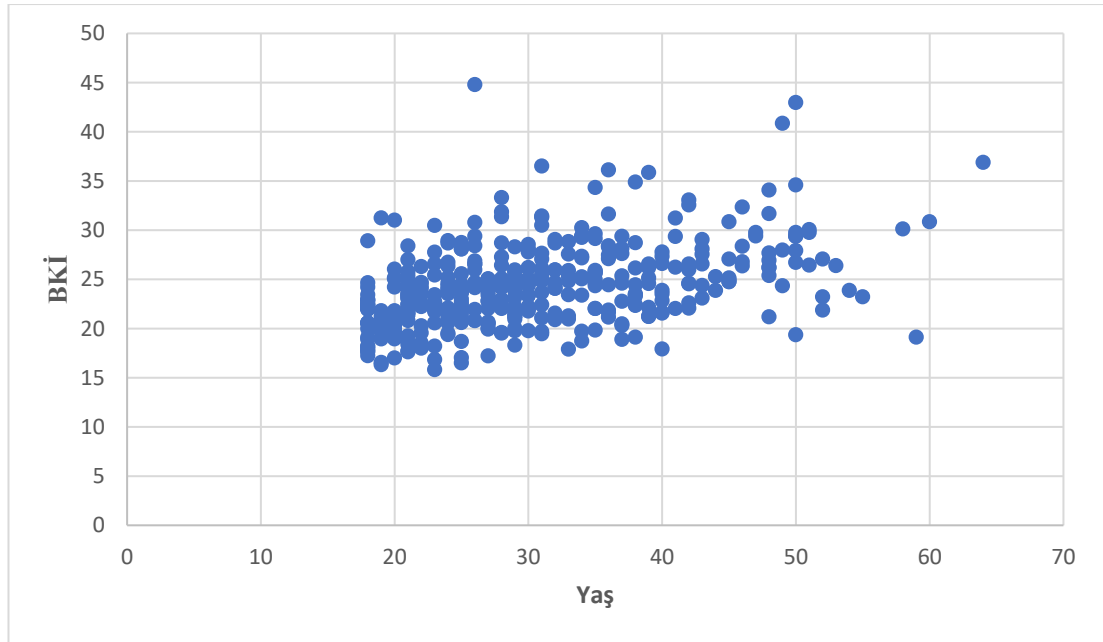
Şekil 5. BKİ- BDÖ puanı ilişkisi

Çalışmaya katılan bireylerin yaşı ile BDÖ puanları arasında korelasyon incelendi ve anlamlı bir korelasyon görülmedi ($r=-0,062$, $p=0,225$) (Şekil 6).



Şekil 6. Yaş - BDÖ puanı ilişkisi

Çalışmaya katılan bireylerin yaşı ile BKİ puanları arasında korelasyon incelendi ve aynı yönlü orta düzey bir korelasyon görüldü ($r=0,459$, $p=0,001$) (Şekil 7).



Şekil 7. Yaş - BKİ puanı ilişkisi

Tablo 5. Vücut kompozisyon özelliklerinin kendi aralarında ve BDÖ ile korelasyonu

veriler		A	B	C	D	E
Boy (A)	korelasyon	1				
	anlamlılık					
Yaş (B)	korelasyon	-,012	1			
	anlamlılık	0,814				
Kilo (C)	korelasyon	,583**	,374**	1		
	anlamlılık	0,001	0,001			
BKİ (D)	korelasyon	,120*	,459**	,854**	1	
	anlamlılık	0,016	0,001	0,001		
BDÖ (E) puanı	korelasyon	-,085	-,062	-,072	-,036	1
	anlamlılık	0,087	0,225	0,149	0,492	

* p<0,05 düzeyinde anlamlı ** p<0,01 düzeyinde anlamlı A:boy, B:yaş, C:kilo, D:BKİ, E:BDÖ puanı

4.3. İstatistik Verileri

Cinsiyetin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. Kadınlarda BDÖ puanları erkeklere oranla anlamlı yüksek bulundu (p=0,001). Erkeklerde BKİ değeri kadınlardan anlamlı yüksek bulundu (p=0,001) (Tablo 6).

Tablo 6. Cinsiyet ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Kadın	254	23,60	4,35	0,001
	Erkek	149	25,56	3,45	
Toplam BDÖ	Kadın	254	14,28	9,94	0,001
	Erkek	149	11,01	9,82	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Medeni durumunun BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ evlilerde bekaralara göre anlamlı yüksek bulundu ($p=0,001$). BDÖ bekarlarda evlilere göre anlamlı yüksek bulundu ($p=0,001$).

Tablo 7. Medeni durum ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Medeni				
	Durum	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Bekar	204	23,26	3,69	0,001
	Evli	199	25,42	4,31	
Toplam BDÖ	Bekar	204	14,88	10,72	0,001
	Evli	199	11,22	8,88	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Eğitim durumunun BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ ve eğitim durumu arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,865$). BDÖ ve eğitim durumu arasında anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,002$).

Tablo 8. Eğitim durumu ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Eğitim				
	Durumu	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Lise ve altı	150	24,60	4,67	0,865
	Üniversite	253	24,16	3,81	
Toplam BDÖ	Lise ve altı	150	11,54	10,72	0,002
	Üniversite	253	13,98	9,47	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Mesleğin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ ve meslek arasında anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,017$). BDÖ meslek arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,635$).

Tablo 9. Meslek ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Meslek	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Çalışmıyor	184	23,73	4,58	0,017
	Masabaşı iş	126	24,74	3,47	
	Bedensel iş	93	24,93	3,98	
Toplam BDÖ	Çalışmıyor	184	13,83	10,77	0,635
	Masabaşı iş	126	12,60	9,20	
	Bedensel iş	93	12,21	9,47	

* Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Gelir düzeyinin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ ve gelir düzeyi arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p=0,315$). BDÖ ve gelir düzeyi arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,194$). Gelir düzeyi asgari ücret altında olanlarda BDÖ puanı daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 10. Gelir düzeyi ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Gelir Düzeyi	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Asgari ücret altı	123	23,66	4,79	0,315
	Asgari ücret	112	24,14	3,15	
	Asgari ücret üstü	168	24,93	3,96	
Toplam BDÖ	Asgari ücret altı	123	14,55	11,26	0,194
	Asgari ücret	112	13,48	10,29	
	Asgari ücret üstü	168	11,72	8,68	

* Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Kronik hastalık varlığının BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,906$). BDÖ ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,024$).

Tablo 11. Kronik hastalık varlığı ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Kronik Hastalık Varlığı	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Var	55	24,91	4,03	0,906
	Yok	348	24,23	4,16	
Toplam BDÖ	Var	55	15,80	10,08	0,024
	Yok	348	12,64	9,94	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Sigara kullanımının BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ ve sigara kullanımı arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,086$). BDÖ ve sigara kullanımı arasında anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,015$).

Tablo 12. Sigara kullanımı ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Sigara	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Evet	120	24,60	3,64	0,086
	Hayır	283	24,21	4,34	
Toplam BDÖ	Evet	120	14,97	10,63	0,015
	Hayır	283	12,26	9,64	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

Alkol kullanımının BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ ve alkol kullanımı arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,181$). BDÖ ve alkol kullanımı arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,107$).

Tablo 13. Alkol kullanımı ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Alkol	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Evet	28	24,96	3,51	0,181
	Hayır	375	24,28	4,19	
Toplam BDÖ	Evet	28	15,10	9,68	0,107
	Hayır	375	12,92	10,03	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

Yaşanılan yerin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisine bakıldı. BKİ ve yaşanılan yer arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p=0,078$). BDÖ ve yaşanılan yerin arasında anlamlı korelasyon bulundu($p=0,038$). Şehirde yaşayan katılımcıların BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 14. Yaşanılan yer ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Yaşanılan				
	Yer	n	Ortalama	Standart sapma	p*
BKİ (kg/ m ²)	Büyükşehir	129	23,68	3,75	0,078
	Şehir	179	24,68	4,56	
	İlçe-köy	95	24,53	3,76	
Toplam BDÖ	Büyükşehir	129	12,86	9,64	0,038
	Şehir	179	14,45	10,70	
	İlçe-köy	95	10,76	8,72	

* Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin BDÖ puanına göre karşılaştırılması

	Minimal depresyon		Hafif depresyon		Orta-şiddetli depresyon		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									
Kadın	81	31,9	83	32,7	90	35,4	254	100,0	0,001
Erkek	77	51,7	32	21,5	40	26,8	149	100,0	
Eğitim Durumu									
Lise ve altı	71	47,3	40	26,7	39	26,0	150	100,0	0,002
Üniversite	87	34,4	75	29,6	91	36,0	253	100,0	
Meslek									
Çalışmıyor	72	39,1	49	26,6	63	34,2	184	100,0	0,635
Masabaşı iş	49	38,9	36	28,6	41	32,5	126	100,0	
Beden işi	37	39,8	30	32,3	26	28,0	93	100,0	
Gelir düzeyi									
Asgari altı	46	37,4	32	26,0	45	36,6	123	100,0	0,194
Asgari	43	38,4	32	28,6	37	33,0	112	100,0	
Asgari üstü	69	41,1	51	30,4	48	28,6	168	100,0	
Kronik hastalık									
Evet	14	25,5	18	32,7	23	41,8	55	100,0	0,024
Hayır	144	41,4	97	27,9	107	30,7	248	100,0	
Sigara kullanımı									
Evet	40	33,3	32	26,7	48	40,0	120	100,0	0,015
Hayır	118	41,7	83	29,3	82	29,0	283	100,0	
Alkol kullanımı									
Evet	8	28,6	9	32,1	11	39,3	28	100,0	0,107
Hayır	150	40,0	106	28,3	119	31,7	375	100,0	
Yaşanılan yer									
Büyükşehir	54	41,9	36	27,9	39	30,2	129	100,0	0,038
Şehir	61	34,1	53	29,6	65	36,3	179	100,0	
İlçe-köy	43	45,3	26	27,4	26	27,4	95	100,0	
Fiziksel aktivite									
Düzenli	28	45,2	21	33,9	13	21,0	62	100,0	0,359
Düzensiz	86	38,2	61	27,1	78	34,7	225	100,0	
Yapmıyorum	44	37,9	33	28,4	39	33,6	116	100,0	

* Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin BKİ ‘ye göre karşılaştırılması

	Zayıf-normal		Fazla kilolu-Obez		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	182	71,7	72	28,3	254	100,0	0,001
Erkek	70	47,0	79	53,0	149	100,0	
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	93	62,0	57	38,0	150	100,0	0,856
Üniversite	159	62,8	94	37,2	253	100,0	
Meslek							
Çalışmıyor	127	69,0	57	31,0	184	100,0	0,017
Masabaşı iş	77	61,1	49	38,9	126	100,0	
Beden işi	48	51,6	45	48,4	93	100,0	
Gelir düzeyi							
Asgari altı	82	66,7	41	33,3	123	100,0	0,315
Asgari	72	64,3	40	35,7	112	100,0	
Asgari üstü	98	58,3	70	41,7	168	100,0	
Kronik hastalık							
Evet	34	61,8	21	38,2	55	100,0	0,906
Hayır	218	62,6	130	37,4	348	100,0	
Sigara kullanımı							
Evet	67	55,8	53	44,2	120	100,0	0,086
Hayır	185	65,4	98	34,6	283	100,0	
Alkol kullanımı							
Evet	13	46,4	15	53,6	28	100,0	0,181
Hayır	239	63,7	136	36,3	375	100,0	
Yaşanılan yer							
Büyükşehir	87	67,4	42	32,6	129	100,0	0,078
Şehir	101	56,4	78	43,6	179	100,0	
İlçe-köy	64	67,4	31	32,6	95	100,0	
Fiziksel aktivite							
Düzenli	40	64,5	22	35,5	62	100,0	0,908
Düzensiz	141	62,7	84	37,3	225	100,0	
Yapmıyorum	71	61,2	45	38,8	116	100,0	

* Ki-kare testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Depresyon, yeti yitimine yol açması, yaygınlığı ve intihar sıklığını arttırmamasından dolayı önemli sağlık problemlerindendir. Depresyona benzer şekilde obezite de insan sağlığını önemli düzeyde etkilemektedir. Ruhsal bozukluk ve obezitenin birbiriyle bağlantısı sıklıkla söylene de depresyon ve obezite arasındaki bağlantıyı inceleyen araştırmaların farklı sonuçları olduğu görülmüştür. Araştırmaların bazılarında BKİ ile depresyon arasında negatif ilişki, bazılarında ise pozitif ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Bazı araştırmalar da ise BKİ ile depresyon arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir (11,107,108). Benzer şekilde çalışmamızda da BKİ ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş aralığındaki hasta ve hasta yakınlarının BKİ ile depresyon düzeyleri, BKİ ve depresyon arasındaki ilişki ile sosyodemografik değişkenlerin BKİ ve depresyona etkisi araştırılmıştır.

BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda depresyon ölçütleri ve ölçeklerinin farklılık göstermesi, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklar çalışma sonuçlarının farklı çıkmasına neden olabilmektedir (107). BKİ'nin düşüklüğü ve yüksekliğinin depresyon için risk oluşturduğu Carpenter ve arkadaşları tarafından ifade edilmiştir (11). Johnston ve arkadaşları ise normal kilolu ve obez kişilerin aşırı kilolu kişilerden daha depresif olduğu belirtmiştir (109).

Depresyon ve obezite tanısı alan kişi sayısı giderek yükselmektedir. Bu hastalıkların birinci basamak sağlık kuruluşlarında sıklığının belirlenmesi, hastalığa neden olan faktörlerin saptanması, gerekli taramaların yapılması erken tanı ve tedaviye geç kalınmadan başlanması açısından oldukça önemlidir. Bu yüzden çalışmamızda depresyon ve BKİ düzeylerini, nedenlerini ve aralarındaki ilişkiyi saptamayı amaçladık.

Çalışmamıza katılan 403 bireyin yaş ortalaması $29,00 \pm 9,56$ yıl idi. Çalışmaya katılan bireylerin yaşı ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmediyse de bireylerin yaşı ile BKİ değeri arasında anlamlı ilişki saptandı. Bireylerde yaşın ilerlemesiyle BKİ değerinin artması vücut kompozisyonunun değişmesine, fiziksel aktivite azalmasına ve enerji tüketiminde düşüşe bağlı olabilir. Bunun yanında teknolojik gelişmeler nedeniyle insanlar inaktiviteye yöneltmekte ve fiziksel aktivite

düzeyleri düşmektedir. Bazı çalışmalarda yaş ilerledikçe depresyon riskinin arttığı görülmüştür (132). Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması düşük olduğu için çalışmamızda yaş ve BDÖ puanı arasında ilişki bulunmamış olabilir.

Çalışmamızda cinsiyetin BKİ ve depresyon üzerindeki etkisini inceledik. Katılımcıların 254'ü (%63) kadın, 149'u (%37) ise erkekti. Kadınlarda BKİ değeri ortalama değeri 23,60 erkeklerde ise 25,56 olduğu görüldü. Kadınların BKİ ortalama değeri erkeklere göre anlamlı düşük bulundu. Bu sonuç, araştırmamızın toplum tabanlı olmamasından ve çalışmamızdaki öğrenci sayısı yüksekliğinden kayanaktan kaynaklanabilir. Ayrıca estetik kaygının kadınlarda daha fazla olması bu sonuca neden olmuş olabilir. BKİ değerinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur. TÜİK 2008 ve 2010 Sağlık Araştırmaları verileri kullanılarak yapılan bir çalışma da Türkiye genelinde obezite oranı %16.2'den %18.8'e yükselmiş olup her iki yıl içinde kadınların obez olma riski erkeklerden daha yüksek çıkmıştır (128). BDÖ puanlarına baktığımızda ise kadınlarda anlamlı daha yüksek saptandı. Bazı çalışmalarda, obezite ve depresyonun kadın cinsiyeti daha fazla etkilediği saptanmıştır (111,112). Depresyonun kadınlarda daha çok görülmesinin nedenleri; iş yükü, toplumsal kimlik ve cinsiyet rolleri, kadınların biyolojik yapısı, kişilik özellikleri, özel hayatlarındaki sorunlar olarak sıralanabilir (29). Ayrıca ataerkil bir toplumda kadınların aile ve toplum baskına maruz kalması, erkekler kadar özgür olmamalarına bağlanabilir.

Çalışmamızda medeni durumun BKİ ve depresyon üzerindeki etkisini incelediğimizde 403 kişiden 204 kişi bekar, 199 kişi ise evliydi. Evli katılımcıların BKİ değerleri anlamlı yüksek saptandı. BKİ değerinin evlilerde daha yüksek çıkmasının nedeni kadınların gebelik ile lohusalık döneminde aldığı kilolara ve menapoza bağlı olabilir. Daha önce yapılmış birkaç çalışmada da benzer sonuç görülmüş (113,114). BDÖ değerleri ise bekar bireylerde anlamlı yüksek saptandı. Frech ve ark. evliliğin iyilik hali ve depresyon üstündeki etkilerini incelemişler ve depresyon hastalığı olan bireylerde evliliğin olumlu bir etkisi olduğunu saptamışlardır (115). Çalışmamızla benzer şekilde Mersin şehrinde tabiilerle yapılan araştırmada evli olanlarda depresyon düzeyi evli olmayanlardan düşük saptanmıştır (116). Evlilik sosyal destek konusunda koruyucu olmaktadır. Evli olan bireylerin düzenli aile hayatları olduğu ve eş destekleri olduğundan BDÖ puanları daha düşük olabilir. Bekar

bireylerde depresyon oranının yüksek olması stresin artmasına ve iştah azalmasına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda çalışmamızda bekar bireylerde BKİ değeridaha düşük bulunmuş olabilir.

Eğitim durumunun BKİ ve depresyon üzerindeki etkisini inceledik. Çalışmaya katılan 253 kişi üniversite mezunu veya üniversite öğrencisi idi. Kalan 150 kişinin eğitim durumu ise lise ve altındaydı. BKİ değerlerine bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile BKİ puanları arasında anlamlı bir ilişki görülme de bazı çalışmalar artan eğitim düzeyi ve kültür seviyesi ile obezite sıklığının azaldığını bildirmektedir (93). Eğitim düzeyi arttıkça sağlık bilinci artmakta, sağlıklı beslenme önem kazanmaktadır (128). BDÖ puanlarına bakıldığında üniversite mezunu kişilerde anlamlı yüksek saptandı. Katılımcıların önemli bir kısmını üniversite mezunu veya üniversite öğrencisi kişiler oluşturmaktadır. Bu kişilerde sınav stresi, mezuniyet sonrası gelecek kaygısı, iş bulma kaygısı BDÖ puanlarının daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Eğitim seviyesinin düşük olmasının, duygusal zorlanmalara sebep olduğu ve duygu barındıran kelime dağarcığının gelişmesini engellediği belirtilmektedir (117). Akhtar-Danesh ve ark. çalışmalarında depresyon sıklığı ve eğitim durumu arasında ilişki olduğunu ancak bu ilişkinin düz bir patern göstermediğini belirtmişlerdir (118).

Mesleğin BKİ ve depresyon üzerindeki etkisini inceledik. Katılımcılardan 184 kişi çalışmıyor, 126 kişi masabaşı işte 93 kişi ise bedensel işte çalışıyor. BKİ ve meslek arasında anlamlı ilişki saptandı. Çalışmayan kişilerde BKİ'nin daha düşük olduğu görüldü. Çalışmayan grubun yarısını öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrenciler genç bireyler olduklarından bu yaşlarda kişiler beden algısı yönünden oldukça hassastırlar ve dış görünüşlerine daha dikkat etmektedirler. Ayrıca fiziksel olarak daha aktif olduklarından veya yetersiz beslenme nedeniyle BKİ değeri çalışmayanlarda daha düşük bulunmuş olabilir. BDÖ ve meslek arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bazı çalışmalarda ise BDÖ ve meslek arasında anlamlı ilişki görülmüş. Herhangi bir işte çalışıyor olmak, kişinin kendine saygı ve güven duygusunu geliştirmektedir. İşsiz kalmak ise kişinin güven duygusunu düşürmekte ve benlik saygısında bozulmaya neden olabilmektedir. Bizim çalışmamızda çalışmayan grubun yarısını öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışmamızda işsiz sayısı az olduğu için anlamlı ilişki bulunmamış olabilir. Yaşlı kişilerde depresyonla ilişkili yapılan bir çalışmada Kamble ve ark.

tarafından çalışma durumunun etkileri incelenmiş ve çalışan kişilerde depresyon sıklığı daha fazla saptanmıştır (119).

Gelir düzeyinin BKİ değeri ve depresyona etkisini inceledik. Gelir düzeyi asgari ücret altında olan kişi sayısı 123, asgari ücret olan kişi sayısı 112, asgari ücret üstünde olan kişi sayısı 168 idi. BKİ değeri ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Gelir düzeyi azaldıkça obezitenin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bunun nedeni gelir düştükçe sebze tüketimi azalmakta, yağ ve karbonhidrat tüketimi artmakta ve BKİ değeri artmaktadır (133). Çalışmamıza katılan bireyler genç oldukları ve fiziksel olarak aktif oldukları için çalışmamızda gelir düzeyi ile BKİ değeri arasında anlamlı fark bulunmamış olabilir. BDÖ ile gelir düzeyine bakıldığında ise anlamlı ilişki saptanmadı. Her ne kadar çalışmamızda depresyon ile gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki görülmesi de asgari ücret altında ücret alanlarda BDÖ puanının daha yüksek olduğu görüldü. Gelir düzeyi azaldıkça bireylerin yaşadığı ekonomik sorunlar artmaktadır. Bu durum depresyonu arttırmış olabilir. Amerikalı yetişkinlerde yapılan çalışmada Brody ve ark. aile geliri arttıkça depresyon sıklığının düştüğünü saptamışlardır (120).

Kronik hastalık varlığının BKİ değeri ve depresyona etkisini inceledik. Katılımcılardan 55 kişi kronik bir rahatsızlığı olduğunu, 348 kişi ise sağlıklı olduğunu belirtti. BKİ ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu sonuç çalışmamızda kronik hastalığı olan grubun sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir. BDÖ ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı saptandı. Hasta olan kişilerin BDÖ puanları daha yüksek bulundu. Bu duruma sağlığını yitirmek, düzenli ilaç kullanmak, hastalığın sıkıntılarına katlanmak, hastalığın neden olduğu korku ve endişe sebep olmuş olabilir. Çalışmamızla benzer şekilde, ülkemizdeki çalışmalarda da kronik hastalığı olanlarda depresyon olma sıklığının arttığı görülmüştür (28,116).

Sigaranın BKİ ve depresyona etkisini inceledik. Katılımcılardan 120 kişi sigara içtiğini, 283 kişi ise sigara içmediğini belirtti. BKİ ve sigara tüketimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Katılımcılarımızın büyük bir kısmını öğrenciler oluşturmakta olup sigara için bütçe ayıramamaları sebebi ile bu sonuç bulunmuş olabilir. Bazı çalışmalarda sigara ve BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (131). Sigara kullanan bireylerde BKİ daha düşük bulunmuş. Nikotin nedeniyle sigara iştahı baskılar, besin tüketimi azalır, enerji harcaması artar ve ağırlık kaybı olur (131). BDÖ ve sigara

kullanımı arasında anlamlı ilişki saptandı. Sigara içen kişilerin BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmamızla benzer şekilde, Berlin ve ark. sigara ve depresyon ilişkisini incelemiş olup; sigara kullanımının depresyon riskini yükselttiğini depresyonda varlığının da sigara içme ihtimalini arttırdığını bildirmişler (121). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda depresif belirti sıklığının sigara kullananlarda arttığı gösterilmiştir (122). Alkol kullanımın BKİ ve depresyona etkisine baktığımızda katılımcılardan 28 kişi alkol kullandığını, 375 kişi ise alkol kullanmadığını belirtti. BKİ ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bazı çalışmalarda erkekler arasında alkol tüketimi ile kilo alımı arasında olarak anlamlı bir fark bulunmuşken bizim çalışmamızda; katılımcılardan alkol içen kişi sayısı ve erkek sayısı düşük olduğunda BKİ ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamış olabilir (130). BDÖ ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Almeida-Filho ve ark. yaptığı araştırmada çalışmamızla benzer şekilde alkol kullanımı ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmadığı görülmüştür (123).

Yaşanılan yerin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini inceledik. Katılımcılardan 129 kişi büyükşehir, 179 kişi şehir, 95 kişi ise ilçe-köyde yaşadığını belirtti. BKİ ve yaşanılan yer arasında anlamlı ilişki saptanmadı. BDÖ ve yaşanılan yerin arasında anlamlı ilişki bulundu. Şehirde yaşayan katılımcıların BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Şehirlerdeki yapay yaşam alanı, kalabalık, ulaşımdaki zorluklar ve devamlı bir koşuşturma içinde olma buna sebep olmuş olabilir. McKenzie ve ark. çalışmalarında şehirde yaşayanlarda depresyondan dolayı yazılan reçete sayısının kırsal kesimdekilere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir olup çalışmamızla benzer bir sonuç elde etmişlerdir (124).

Cep telefonu, bilgisayar tablet gibi cihazlarda gün içerisinde geçirilen vaktin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini inceledik. Katılımcılardan 154 kişi bu cihazlarda 1-2 saat vakit geçirdiğini, 249 kişi ise 3 saat ve üstü vakit geçirdiğini belirtti. BKİ ve bu cihazlarda geçirilen vakit arasında anlamlı ilişki saptanmadı. BDÖ ve bu cihazlarda geçirilen vakit arasında anlamlı ilişki bulundu. Katılımcılardan bu cihazlarda 3 saat ve üstü vakit geçirenlerde BDÖ puanları daha yüksek saptandı. Dünyadan ve etrafındakilerden izole olan birey, planlarını sürekli erteler ve yakınlarından uzaklaşır. Ekran karşısında fazla vakit kaybetmesi sorumluluklarını aksatmasına neden olur. Bu durumda bireyin stresini artırır.

Fiziksel aktivitenin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini inceledik. Katılımcılardan 62 kişi düzenli fiziksel aktivite yaptığını, 255 kişi düzensiz fiziksel aktivite yaptığını, 116 kişi ise fiziksel aktivite yapmadığını belirtti. BKİ ve fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki saptanmadı. BDÖ ve fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bazı çalışmalarda düzenli fizik aktivitenin depresif bireylerde faydaları olduğu ve depresyon riskini düşürdüğü bildirilmiştir (125,129). Çalışmamıza katılan bireylerin önemli bir kısmını genç bireyler oluşturmaktadır. Genç bireyler düzenli fiziksel aktivite yapmasalar bile gün içerisindeki koşuşturmalardan dolayı enerji harcamaktadırlar. Bu yüzden çalışmamızda fiziksel aktivitenin BKİ ve BDÖ puanları üzerine etkisi görülmemiştir.

Gün içerisindeki öğün sayısının BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini baktığımızda, katılımcılardan 254 kişi gün içerisinde 1-2 öğün yemek yediğini, 149 kişi 3 öğün ve üstü yemek yediğini belirtti. BKİ ve gün içerisindeki öğün sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bazı çalışmalarda öğün atlama ile BKİ arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (134). Farklı bir çalışma da İsveçli kadınlarla yapılmış olup obez kadınlarda öğün sayısının daha sık olduğu saptanmıştır (135). BDÖ ve gün içerisindeki öğün sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yemek yeme biçiminin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini incelediğimizde katılımcılardan 65 kişi koşutarak, 255 kişi vakit ayırarak, 83 kişi ise televizyon izleyerek yemek yediğini belirtti. BKİ ve yemek yeme biçimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. BDÖ ve yemek yeme biçimi arasında anlamlı ilişki saptandı. Koşutarak ve televizyon karşısında yemek yiyenlerin BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Televizyon karşısında yemek yiyenlerin ekran maruziyetinin fazla olması, koşuturma içerisinde yemek yiyenlerin yeterince vakit ayıramamasından dolayı BDÖ puanları yüksek olduğu görülmüştür.

Uyku ve depresyon arasındaki bağlantı karmaşıktır, depresyon uyku bozukluklarına neden olabileceği gibi, uyku bozuklukları da depresyona sebep olabilir. Yatma saatinin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini inceledik. Saat 24.00 ve öncesinde 163 kişi, saat 24.00 ten sonra ise 240 kişi uyuduğunu belirtti. BKİ ve yatma saati arasında anlamlı ilişki saptanmadı. BDÖ ve yatma saati arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Uyku süresinin BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini incelediğimizde katılımcılardan 166 kişi 7 saat ve az, 237 kişi 7 saat ve fazla

uyuduğunu belirtti. BKİ ve uyku süresi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. BDÖ ve uyku süresi arasında anlamlı ilişki saptandı. Katılımcılardan 7 saat ve fazla uyuyanların BDÖ puanlarının yüksek olduğu saptandı. Aşırı uyuyan bireylerde sersemlik ve daha çok uyuma isteği olabilir. Uyku süresinin uzaması uyku kalitesini düşürür ve strese neden olur. Uykuya dalma süresi BKİ ve BDÖ puanlarının üzerindeki etkisini baktığımızdaysa katılımcılardan 201 kişi 15 dk ve az, 202 kişi 15 dakikadan fazla sürede daldığını belirtti. BKİ ve uykuya dalma süresi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. BDÖ ve uykuya dalma süresi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Depresyonda uykunun başlarında uzun olan NREM uykusu azalmış olduğu, REM uyku süresi ise arttığı gözlemlenmiş (126). Uykudaki değişimler, yüzeysel uyuma, uykuya dalma gücü, gündüz uyuklama gece sık ve sabah ise dinlenmemiş uyanma gibi değişikliklere neden olur.

Kısıtlılıklar

Çalışmamız bazı kısıtlılıkları içermektedir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yaptığımız çalışma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğe herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş aralığındaki hastalar ve hasta yakınlarına 4 aylık bir süreç içerisinde uygulandığından bölgemizin tamamı ya da ülkemize genellenemez. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan neden-sonuç çıkarımında sağlıklı sonuçlar elde edilemedi. Çalışmamızda obeziteyi değerlendirmek için BKİ kullanılmıştır. BKİ' nin tek başına kullanılması araştırmamızda sınırlılıkları oluşturur. BKİ kişilerin gerçek yağ kütlelerini göstermemiş olabilir. Başka bir kısıtlılığımız da çalışmamızın heterojen grup içermemesidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yaptığımız çalışmada BKİ ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı korelasyon olmadığı saptandı. Benzer çalışmaların bir kısmında çalışmamızla aynı sonuçlar görülmekle birlikte BKİ ve depresyon düzeyleri arasında negatif ya da pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır.

Çalışmamızda kadınlarda BKİ değeri erkeklerden anlamlı düşük BDÖ puanı ise anlamlı yüksek saptandı. Evli bireylerde bekarlara göre BKİ değeri anlamlı yüksek, BDÖ puanı ise bekarlarda daha yüksek saptandı. Eğitim durumu BKİ değerini etkilemezken BDÖ puanı üniversite mezunlarında anlamlı yüksek saptandı. Mesleğin BDÖ puanını etkilemediği saptandı. BKİ ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemesine karşın BDÖ ile gelir düzeyine bakıldığında anlamlı ilişki saptandı. Kronik hastalık varlığı BKİ değerini etkilemezken, BDÖ puanının kronik hastalığı olanlarda yüksek olduğu saptandı. Aynı şekilde sigara BKİ değerini etkilemezken, BDÖ puanının sigara içenlerde yüksek olduğu saptandı. Alkol kullanımının BKİ ve BDÖ puanları üzerine anlamlı etki etmediği saptandı. BKİ ve yaşanan yer arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Şehirde yaşayan katılımcıların BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Fiziksel aktivitenin BKİ ve BDÖ puanları üzerine anlamlı etki etmediği saptandı.

Obezite ve depresyonun prevalansı artarak görülmeye devam etmektedirler. Bu hastalıklar gelecekte mücadele edilmesi gereken sağlık sorunlarının başında gelecektirler. Obezite ve depresyona neden olan faktörlerin bulunması erken tanı ve tedavi açısından oldukça önem taşımakta, bu hastalıklarla doğru mücadele ancak koruyucu hekimliğin biyopsikososyal yaklaşımı ile gerçekleşir. Birinci basamak hekimleri sağlık hizmetlerine giriş noktasında önemli rol üstlenmektedirler. Aile hekimleri hastalara ailesi, sosyokültürel özellikleri ve hastalıkları ile bütüncül olarak yaklaşırlar. Kolay ulaşılabilir, ayrışmamış hastalıkları fazlaca görmesi sebebiyle, birinci basamak hekimleri bedensel ve ruhsal hastalıklarda önemli bir rol oynamaktadır. Birinci basamak hekimlerinin obezite ve depresyonun taraması için mevcut ölçekleri bilmesi ve kullanması büyük önem taşımaktadır. Böylece obezite ve depresyonun tanı sıklığı artacak, erken şekilde müdahale etme şansı bulanacak ve hastalıkların yıkıcı etkileri azaltılacaktır.

Günümüz dünyasında değişen aile yapılarının, uyku süresinin, sigara bağımlılığının, ekran karşında fazla vakit geçirmenin, gelir düzeyinin, yaşı, medeni durumun ve kadın cinsiyet faktörünün depresyon ve obeziteye etkisini detaylı incelemek bu hastalılara karşı mücadelede bize yardımcı olacaktır. Gelecekte çalışmaların daha geniş örneklem sayısı ile daha heterojen bir grupta ve geniş popülasyonda yapılması tavsiye edilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- 1.The European Definition of General Practice / Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition. <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine> (Erişim: 25.10.2022)
- 2.WHO Organization of Family Doctors. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935> (Erişim: 25.10.2022)
3. Yıldız S, Eliş Yıldız S. Bullying ve Depresyon Arasındaki İlişki: Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2009;8(15):133-50.
4. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1999- 2020:Golden burden of disease study. Lancet 1997;349:1498- 1504
5. Zhong W, Cruickshanks KJ, Schubert CR, Nieto FJ, Huang G, Klein BEK, et al. Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam offspring study population. Depress Anxiety. 2010;27:846–51.
6. Balcioğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. Sempozyum Dizisi. 2008;341-348.
7. World Health Organization(1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity, Geneva, June 3-5, (Publication No WHO/NUT/NCD/98.1) Geneva: Author, 1997.
8. Forhan M. An analysis of disability models and the application of the ICF to obesity. Disabil Rehabil. 2009;31(16):1382-8
9. Sirtori A, Brunani A, Villa V , et al. Obesity is a marker of reduction in Qol and disability. Scientific World Journal, 2012:167520.
10. Vranesie BD and Krznanie Z. Nutritional and behavioral modification therapies of obesity: facts and fiction. Dig Dis. 2012;30:163-167.
11. Carpenter H. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation and suicide attempts: Results from a general population study. Am J Public Health. 2000;90:251-257.
12. Roberts RE, Strawbridge WJ, Deleger S, Kaplan GA. Are the fat more jolly? Ann Behav Med. 2002;24(3):169-180.

13. Brown WJ, Mishra G, Kenardy J, Dobson A. Relationships between body mass index and wellbeing in young Australian women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24(10):1360–8.
14. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *JAMA* 2005;293:1861–7.
15. Baş FY, Arslan B, Türker Y. Beden kitle indeksi düşük kişilerin biyopsikososyal yönden değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(2):64-71
16. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Philadelphia, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins; 2000, p:1787-97.
17. Özmen E, 'Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar'. Ankara: Hekimler Yayınlar Birliği 1997, s:117-8
18. Uluşahin A. Depresyona Genel Yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*. 2003;10(2):79-88.
19. Çakır S. Genel tıpta depresyon. *Klinik Gelişim Psikiyatri*. 2009;22:61-64.
20. Tondo L, Vazquez G, Baldessarini R. Depression and mania in bipolar disorder. *Current Neuropharmacology*. 2017;15(3):353-358.
21. Harrington R. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Archives on General Psychiatry*. 1990;47(5):465-473.
22. Goodman SH, Schwab-Stone M, Lahey BB, et al. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39(6):761-770.
23. Bell CC. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1994;272(10):828-829.
24. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™ 5th ed: American Psychological Association; 2022, p:178-80.
25. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004;(2):84-92.
26. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007;(10):3-10.

27. Dünya Depresyon Haritası 2013. <https://yaleglobalhealthreview.com/2015/05/16/depression-in-developing-countries/> (Erişim: 15.11.2022)
28. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50:344-51.
29. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. 15-49 Yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(4):208-19.
30. Yılmaz M, Dilan Y. Gebelik ve postpartum dönemde kadın ruh sağlığı: Derleme çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021;5:93-100.
31. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara: Rotatıp Kitapevi; 2013, s:21
32. Kavakçı Ö, Bilici M, Çam G, Ülgen M. Trabzon ilinde elli beş yaşından büyüklerde depresyon ve bilişsel bozulma yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12:258-265.
33. Buber I, Engelhardt H. The association between age and depressive symptoms among older men and women in europe. Findings From SHARE. *Comparative Population Studies*. 2011;36(1):77-102.
34. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, et al. Depressive symptomatology among university students in denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Medical Journal*. 2005;46(1):96-100.
35. Ostler K, Thompson C, Kinmonth AL, et al. Influence of socioeconomic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: The Hampshire Depression Project. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178(1):12-7.
36. Lorant V, Croux C, Weich S, et al. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal Of Psychiatry*. 2007;190:293-298.

37. Heslin M, Desai R, Lappin JM, et al. Biological and psychosocial risk factors for psychotic major depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016;51(2):233-45.
38. Yüksel İ. İşsizliğin Psikososyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara Örneği). *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2003;4(2):21-38.
39. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 1998. <https://www.scribd.com/doc/118803955/Turkiye-Ruh-Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-Profil-Raporu-1998#> (Erişim:25.10.2022)
40. Lorant V, Deliège D, Eaton W, et al. Socioeconomic inequalities in depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2003;157:98–112.
41. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, ve ark. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11(1):3-16.
42. Feldner MT, Babson KA, Zvolensky MJ. Smoking, traumatic event exposure and post traumatic stress: A Critical Review of the Empirical Literature. *Clinical Psychology Review*. 2007;27(1):14-45.
43. Mykletun A, Overland S, Ro LE, et al. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a Large Population Survey: The HUNT Study. *European Psychiatry*. 2008;23(2):77-84.
44. Dündar Z, Demirli C. Medeni durumları farklı olan çalışanların psikolojik iyi olma düzeylerinin incelenmesi. *The Journal of Educational Reflections*. 2018;2(2):1-10.
45. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) Rapid Response Service. Diagnosing, Screening, And Monitoring Depression in the Elderly: A Review of Guidelines (Internet). 2015 September (cited 17.01.2020);1-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321379/> (Erişim: 30.10.2022)
46. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, ve ark. Bir Üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Dergisi*. 2003;41(1):31-8.
47. Sertöz ÖÖ. Kanserde psikoterapi uygulamaları. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*. 2012;5(1):27-32.

48. Gallo J, Fulmer T, Poveza C, et al. Handbook of geriatric assessment. 3rd ed. USA: An Apsen Publication; 2000.
49. Snaith RR, Taylor CM. Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. Br JC Clin Pharmac. 1985;19(Suppl):17-20.
50. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
51. Mayda AS, Yılmaz M, Bolu F, ve ark. Bir öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerindeki İnternet bağımlılığı ile beck depresyon ölçeği arasındaki ilişki. Konuralp Tıp Dergisi. 2015;7:6-14.
52. ZungWW. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965;12:63-70.
53. Zincir H, Taşçı S, Erten KZ, ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;17(3):168-74.
54. Erdem ÖP, Bucaktepe GE. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. Dicle Tıp Dergisi. 2012;39(3):458-461.
55. Küçükkelçi, D.T. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (hads) üzerine bir çalışma. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi. 2019;3(5):85-91.
56. Sevinç Ş, Pirinççioğlu AG, Kelekçi S, ve ark. Astımlı çocukların ve annelerinin depresyon ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;2:21-8.
57. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(4):251-9.
58. Özer SK, Demir B, Tuğal Ö. ve ark. MontgomeryAsberg depresyon değerlendirme ölçeği: değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12:185-194.
59. Aydemir Ö, Danacı EA, Deveci A, ve ark. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği Türkçe versiyonu özgüllüğü ve duyarlılığı. Nöropsikiyatri Arşivi. 2000;37:210-3.
60. Taycan O, Eker E. Cornell demansta depresyon ölçeğinin Türk demans hastalarında geçerlik ve güvenilirliği. Klinik Psikiyatri. 2009;12:21-34.

61. Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoglu N. Ve ark. Cornell demansta depresyon ölçeği'nin Türkçe yaşlı toplumda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14(4):263-71.
62. Carroll AE, Biondich P, Anand V, et al. A randomized controlled trial of screening for maternal depression with a clinical decision support system. *J Am Med Inform Assoc*. 2013;20(2):311-6.
63. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6): 909-16.
64. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, et al. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(1):13-7.
65. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T, et al. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry*. 2002;56(4):261-4.
66. Tamam L, Karatuğ MO, Namlı Z. Depresyonun ekonomik maliyeti. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Spec Topics*. 2012;5(2):103-6.
67. Johnstone A, Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. A Controlled trial. *Lancet*. 1976;1(7960):605-8.
68. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015;29(5):459-525.
69. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci basamakta depresyon tedavisine yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2017;8(1):29-37.
70. P Howard, R Twycross, J Shuster, et al. Antidepressant drugs. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 44, no. 5. Elsevier Inc. p. 763–783, Nov. 01, 2012, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.09.001.
71. American Psychiatric Association. Depression. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> (Erişim Tarihi:05.11.2022)
72. WHO. Obesity and overweight fact sheet No:311. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim Tarihi:15.11.2022)

73. TEMD. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 5 ed. Ankara/ Türkiye 2019. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190506163904-2019tbl_kilavuz5ccdc9e5d.pdf?a=1 (Erişim Tarihi:13.11.2022)
74. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical Report Series No: 894, WHO, Geneva, 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> (Erişim Tarihi:15.11.2022)
75. Molarius A. Seidel JC, Sans S, et al. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. J Clin Epidemiol. 1999;52(12):1213-24.
76. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care. 2002;25(9):1551-6.
77. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol 2013;28(2):169-80.
78. Dünyadaki Obezite Verileri 2014. <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/map-of-global-obesity-trends/> (Erişim: 10.11.2022)
79. Bodur Ş, Üneri Ö. Çocuk ve ergenlerde major depresif bozukluk. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;(9):105-110.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı , Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü , Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı. 2010-2014. p:18. <http://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2017/12/turkiye-sismanlikla-mucadele.pdf> (Erişim Tarihi:13.11.2022)
81. Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi 2017. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi.pdf> (Erişim Tarihi:18.11.2022)
82. Aktaş Ş. Anne sütü hormonları ve obezite ilişkisi. Türkiye Klinikleri Beslenme ve Diyetetik. Turk Klinikleri. 2017;3:80–87.
83. WHO. ‘Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020’. World Health Organization: Geneva, 2003. <https://www.who.int/news/item/03->

04-2003-global-cancer-rates-could-increase-by-50-to-15-million-by-2020

(Erişim: 10.12.2022)

84. Deveci A, Demet M, Özmen B, ve ark. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;(6):84-91.

85. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, Technical Report Series No: 916, WHO, Geneva, 2003. <https://www.fao.org/3/ac911e/ac911e00.htm> (Erişim: 12.12.2022)

86. Artham SM, Lavie CJ, Milani RV, et al. Obesity and hypertension, heart failure, and coronary heart disease-risk factor, paradox, and recommendations for weight loss. Ochsner J. 2009;9(3):124–132.

87. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. N Engl J Med. 2006;355:763- 778.

88. Cowley MA, Brown WA, Considine RV. Obesity: The problem and its management. In Endocrinology: Adult & Pediatric; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2016; pp. 468–478.

89. Şengönül M, Arancioğlu İÖ, Maviş ve ark. Obezite ve psikoloji. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3):1-12.

90. Memiş, E. Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Tezi, 2004.

91. Arslan P, Bozkurt N, Karaağaoğlu N, ve ark. Dengeli Beslenme ve Sağlıklı Zayıflama Rehberi, Birinci Basım, Ozgur Yayınevi. İstanbul 2001, s:20-28

92. Katznel LI, Bleecker ER, Colman EG, et al. Effects of weight loss vs aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle-aged and older men: a randomized controlled trial. JAMA. 1995;274:1915-21.

93. Serter, R. Obezite Atlası. 1. Baskı, Ankara: Karakter Color, 2003. <https://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4mirhafv1ltlgdb12nghpv4.pdf> (Erişim: 18.12.2022)

94. Polivy J, Herman CP. If at first you don't succeed. False hopes of selfchange. Am Psychol. 2002;57:677-89.

95. Toplak H, Woodward E, Yumuk V, et al. 2014 EASO position statement on the use of anti-obesity drugs. *Obes Facts*. 2015;8:166-174.
96. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100:342–362.
97. English WJ, DeMaria EJ, Brethauer SA, et al. American society for metabolic and bariatric surgery estimation of metabolic and bariatric procedures performed in the United States in 2016. *Surg Obes Relat Dis*. 2018;14:259-63
98. Koliaki C, Liatis S, le Roux CW, et al. The role of bariatric surgery to treat diabetes: current challenges and perspectives. *BMC Endocr Disord* 2017;10:17(1):50.
99. Sabuncu T, Kızılcı S, Eren MA, et al. Summary of bariatric surgery guideline of the society of endocrinology and metabolism of Turkey. *Turk J Endocrinol Metab*. 2017;21:140-147.
100. Balcıoğlu İ, Beşer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Sempozyum Dizisi*. 2008;62:341-348.
101. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, et al. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*. 2001;107(5):1049-1056.
102. Chen Y, Jiang Y, Mao Y. Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women’s Health*, 2009;18(10):1687-1692.
103. Sarlio S, Silventoinen K, Jousilahti P, et al. The association between thinness and socioeconomic disadvantage, health indicators, and adverse health behaviour: a study of 28 000 Finnish men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28:568-73.
104. Zhao G, Ford ES, Dhingra S, et al. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity* 2009;33(2): 257-266.
105. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, ve ark. Birinci basamak için beck depresyon tarama ölçeği’nin türkçe çevriminin geçerlik ve güvenirliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2005;9(3):117-122.
106. Hisli, N. Beck Depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989;7:3-13.

107. Roohafza H, Sadeghi R, Sadeghi M, et al. Are obese adolescents more depressed? *J Educ H Pro*. 2014;3:74. doi: 10.4103/2277-9531.134908
108. Deveci A, Demet MM, Özmen B, ve ark. Obezitede tedaviye yanıt ve aleksitimi. *Klin Psikiyatr Derg*. 2006;9:170-176.
109. Johnston E, Johnson S, Mcleod P, et al. The relation of body mass index to depressive symptoms. *Can J Public Health* 2004;95(3):179-183.
110. Wit L, van Straten A, van Herten M, Pennix B, Cuijpers P. Depression and body mass index, a u shaped association. *BMC Public Health* 2009;9:14. doi: 10.1186/1471-2458-9-14.
111. Anzman-Frasca S, Economos CD, Tovar A, et al. Depressive symptoms and weight status among women recently immigrating to the US. *Matern Child Health J* 2016;20(8):1578-85.
112. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2016;9(6):424-41.
113. Nyaruchuca CN, Achen JH, Msuya JM, et al. Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. *East Afr Med J*. 2003;80(2):68-72.
114. Yalçın C. Obezite Tanısı Almış Hastalarda Psikiyatrik Komorbidite Araştırması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, 2013.
115. Frech A, Williams K. Depression and the psychological benefits of entering marriage. *J Health Soc Behav*. 2007;48(2):149-63.
116. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, ve ark. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007;26(1):32-36.
117. Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, ve ark. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve Niyetine Etkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7:153-160.
118. Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst* 2007;1(1):4.

119. Kamble SV, Dhumale GB, Goyal RC, et al. Depression among elderly persons in a primary health centre area in Ahmednagar, Maharashtra. *Indian J Public Health* 2009;53(4):253-5.
120. Brody DJ, Pratt LA, Hughes JP. Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief*. 2018;303:1-8.
121. Berlin I, Covey LS, Glassman AH. Smoking and depression: a comorbidity. *J Dual Diagnosis*. 2009;5(2):149-58.
122. Mnookin S. Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority. World Bank Group Of WHO. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf> (Erişim: 22.11.2022)
123. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, et al. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257(7):423-31.
124. McKenzie K, Murray A, Booth T. Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? An epidemiological study. *J Affect Disord* 2013;150(3):1019-24.
125. Craft LL, Perna FM. The benefits of exercise for the clinically depressed. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2004;6(3):104-111.
126. Riemann D, Schnitzler M, Hohagen F, et al. Depression and sleep--the status of current research. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1994;62:458-78.
127. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328775> (Erişim: 22.12.2022)
128. Sipahi BB. Türkiye’de obezite üzerine sosyoekonomik faktörlerin etkisi ve gelir eşitsizliği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 2021;76(2):547-573.
129. Lök N, Bademli K. Yetişkin Bireylerde fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017;14(40):101-110.
130. French MT, Norton EC, Fang H, et al. Alcohol consumption and body weight. *Health Econ*. 2010;19(7):814-832.

131. Yılmaz M, Aykut M. Sigaranın beslenme ve besin tüketimi üzerine etkileri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(3):644-51.
132. Balcı E, Şenol V, Eşel E, ve ark. 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012;10(1):37-43.
133. Çayır A, Atak N, Köse K S. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64(1):13-19.
134. Berg C, Lappas G, Wolk A, et al. Eating patterns and portion size associated with obesity in a Swedish population. 74 Appetite. 2009;52(1):21-6.
135. Forslund HB, Lindroos AK, Sjostrom L, et al. Meal patterns and obesity in Swedish women-a simple instrument describing usual meal types, frequency and temporal distribution. Eur J Clin Nutr. 2002;56:740-47.

8. EKLER

“Bireylerin Beden Kitle İndeksi ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi Aralarındaki İlişkinin” isimli çalışmaya katılımcı olarak davet edilmiş bulunmaktasınız.

Bu ankette sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Eğer bu araştırmaya katılırsanız araştırmacılar ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacaktır. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacak, sadece araştırmacılar tarafından bilimsel amaçla değerlendirilecek, özenle korunacak ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır.

Bu çalışmada sizden, önce çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi gösteren butonu onaylamanız sonra da online anketi tamamlamanız istenmektedir. İlk bölümde sosyodemografik özellikleriniz ile ilgili soruların yer aldığı bir veri formu doldurmanız, sonra Beck Depresyon Ölçeği formunu cevaplamanız istenmektedir. Sorulara yönelik size en uygun olan seçeneği işaretlemenizin ve her soruya eksiksiz yanıt vermenizin yeterli olacağını bildirmek isteriz.

Link:https://docs.google.com/forms/d/1vNrVCNHQYHwcUt5V_3_jHC33Z_1JUxI5-Aa3HO6cIY/edit(Erişim: 15/04/2022)

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

S.1. Boyunuz (m):

S.2. Kilonuz (kg):

S.3. Yaşınız (yıl):

S.4. Cinsiyetiniz ?

1. Kadın
2. Evli

S.5. Medeni durumunuz ?

- 1.Bekar
- 2.Evli
- 3.Boşanmış
- 4.Eşi boşanmış

S.6. Eğitim durumunuz ?

1. Okur-yazar değil
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise

5. Üniversite

S.7. Mesleğiniz ?

1. Öğrenci
2. Emekli
3. Masabaşı iş
4. Bedensel iş
5. Çalışmıyor

S.8. Gelir düzeyiniz ?

1. Asgari ücret altı
2. Asgari ücret
3. Asgari ücretin 2 katı
4. Asgari ücretin 3 katı ve daha fazlası

S.9. Kronik hastalığınız var mı ?

1. Evet
2. Hayır

S.10. Sigara içiyor musunuz ?

1. Evet
2. Hayır

S.11. Alkol kullanıyor musunuz ?

1. Evet
2. Hayır

S.12. Yaşadığınız yer ?

1. Büyükşehir
2. Şehir
3. İlçe
4. Köy

S.13. Cep telefonu, bilgisayar ve tablet gibi cihazlardan birine sahip misiniz ?

1. Evet
2. Hayır

S.14. Bu cihazlardan birini ortalama kaç saat kullanıyorsunuz ?

1. 1 saat
2. 2 saat
3. 3 saat ve fazlası

S.15. Bu cihazlardan birinde sürekli oynadığınız bir oyun var mı ?

1. Evet

2. Hayır

S.16. Fiziksel aktivite yapıyor musunuz ?

1. Düzenli yapıyorum
2. Düzenli yapmıyorum
3. Yapmıyorum

S.17. Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz ?

1. 1
2. 2
3. 3 ve daha fazlası

S.18. Yemeklerde en sık hangi yağı kullanırsınız ?

1. Margarin
2. Tereyağı
3. Ayçiçek yağı
4. Zeytinyağı

S.19. Genellikle nasıl yemek yersiniz ?

1. Koşuşturma içinde
2. Vakit ayırarak
3. Televizyon seyrederek

Ek-2: Beck Depresyon Ölçeği

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgıyım.
- (3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendime kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

