



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI

**KRONİK AĞRI VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE OBEZİTENİN
ETKİSİ**

Merve TERZİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. NÜKET İŞİTEN

İstanbul, 2016



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİMDALI

**KRONİK AĞRI VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE OBEZİTENİN
ETKİSİ**

Merve TERZİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. NÜKET İŞİTEN

İstanbul, 2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102028
Öğrenci Adı Soyadı	: Merve Terzioğlu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Havva Nüket İŞİTEN
Tezin Başlığı	: KRONİK AĞRI VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE OBEZİTENİN ETKİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 23.12.2016	Saati	: 09:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Havva Nüket İŞİTEN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN	
Üye	Doç. Dr. Korkut ULUCAN	

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkide obezitenin etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

23.12.2016

Merve TERZİOğLU

ÖNSÖZ

Kronik ağrı ve depresyon arasındaki ilişki son yıllarda kendini fazlasıyla göstermiş ve bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkilere sebep olmuştur. Bu ikili ilişkiye kronik hastalıklardan biri olan obezite dahil olduğunda farklı bir etkiyle kimi zaman kronik ağrıyı kimi zaman depresyonu kim zaman da sahip olunan obezitenin devamlılığını sağlamakta ya da daha da güçlenmesine sebep olmaktadır. Obezitenin kronik ağrı ve depresyon arasındaki ilişkiye etkisini anlama amacıyla yürütülen bu araştırmanın bu konularla ilgili çalışan kişilere katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamda bilgisini, tecrübesini ve emeğini benimle paylaşarak bana rehberlik eden değerli hocam, tez danışmanım; Yrd.Doç.Dr.Nüket İŞİTEN'e ve iş ve okul yoğunluğum sırasında ihtiyaç duyduğum her an sorularıma cevap bulabildiğim T.C. Üsküdar Üniversitesi çatısı altındaki tüm herkese teşekkürlerimi sunarım.

Manevi desteklerini hiç esirgemeyen aileme, arkadaşlarım Uzm.Psk. İdil TOĞRUL, Psk. Nazan KAYA'ya, yardımlarıyla her zaman rahatlatan Dr.Duygu KILIÇ'a ve motivasyonumu her zaman güçlendiren ve telkinleriyle destekleyen Dt. Turgay Berkan SAATÇİ'ye teşekkürlerimi sunarım.

Merve TERZİOĞLU

ÖZET

KRONİK AĞRI İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE OBEZİTENİN ETKİSİ

TERZİOĞLU, Merve

Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN

Aralık, 2016

Bu araştırmanın amacı kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkide obezitenin etkisini incelemektir. Bu sebeple kronik ağrı ve obeziteye sahip olan bir grup ile kronik ağrıya sahip ama obeziteye sahip olmayan bir grup karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Kronik ağrıya sahip 18 yaş ve üzeri 186 kişiye araştırma için ölçekler uygulanmıştır. Toplanan veriler ile ampirik bir çalışma yürütülmüştür. Veri toplama araçları olarak; Kişisel Bilgi Formu, Yeme Tutumu Testi, Beck Depresyon Envanteri, Vücut Algısı Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ışığında, kronik ağrı ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişki üzerinde obezitenin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Demografik değişkenlerimizle yaptığımız analizlere bakılacak olursa; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve ağrı sıklığının etkisinin obeziteye sahip ve obeziteye sahip olmayan iki grubun karşılaştırılmasında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Ağrı, Depresyon, Obezite

ABSTRACT

THE EFFECT OF OBESITY BETWEEN CHRONIC PAIN AND DEPRESSION'S RELATIONSHIP

TERZIOĞLU, Merve

Master's Thesis Clinical Psychology Department of Institute For Social Sciences

Thesis Advisor: Assistant Professor Havva Nüket İŞİTEN

December, 2016

The purpose of the research is to examine the effect of obesity on the relation between chronic pain and depression. Thus, two groups one with chronic pain and obesity and another with chronic pain but without obesity is assessed in comparison.

Research scales are applied to 186 individual above 18 suffering chronic pain. An empirical study is conducted with the data collected. Personal Information Form, Eating Attitudes Test, Beck Depression inventory, Body Image Scale, Self Respect Scale is tools are used in order to collect information. During the assessment of data collected when comparing quantitative data Student t Test is applied for the comparison of two group parameters with normal distribution, and Mann Whitney U test is applied for the comparison of two groups without normal distribution as well as descriptive statistics methods such as Average, Standard Deviation, Median, Frequency, Ratio, Minimum, Maximum. Pearson Chi-Square test is applied for the comparison of qualitative data.

Spearman's Correlation Analysis is used for the assessment of relation between parameters.

Within the light of the findings gathered as a result of our studies, it is seen that there is reasonable relationship between chronic pain and depression. The effect of obesity on this relation has a statistically reasonable. In consideration of analysis conducted on demographic variables it is seen that the effect of gender, age, marital status, educational background and the frequency of pain has a reasonable effect on the comparison of two groups with and without obesity.

Key words: Chronic pain, depression, Obesity

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLOLAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
SEMBOLLER VE KISALTMALAR.....	x
BÖLÜM I GİRİŞ.....	1
PROBLEM TANIMI VE ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	2
ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
BÖLÜM II LİTERATÜR TARAMASI VE KURAMSAL ÇERÇEVE.....	4
AĞRI KAVRAMLARI.....	4
KRONİK AĞRI.....	5
KRONİK AĞRININ ÖZELLİKLERİ.....	5
AĞRI EŞİĞİ.....	6
AĞRI TOLERANSI.....	6
AĞRI DAVRANIŞI.....	7
AĞRI ALGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	7

YAŞ.....	7
CİNSİYET.....	7
AĞRI ŞİDDETİ.....	8
AĞRININ SIKLIĞI.....	8
AĞRININ FİZYOLOJİK BİLEŞENLERİ.....	8
KRONİK AĞRIDA PSİKOLOJİK ETMENLER.....	9
AĞRININ PSİKİYATRİK YÖNÜ.....	9
AĞRI KURAMLARI.....	10
EDİMSEL KURAM.....	10
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM.....	10
BİLİŞSEL SOSYAL ÖĞRENME KURAMI.....	10
DEPRESYON.....	10
DEPRESYONUN TANIMI VE TARİHÇESİ.....	10
DEPRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	12
DEPRESYONUN ETİYOLOJİSİ.....	13
DEPRESYONUN SINIFLANDIRILMASI.....	14
OBEZİTE.....	16
OBEZİTENİN TANIMI.....	16
GÖRÜLME SIKLIĞI.....	18
OBEZİTENİN NEDENİ VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	19
DEMOGRAFİK FAKTÖRLER.....	20
GENETİK FAKTÖRLER.....	20
ÇEVRESEL FAKTÖRLER.....	21
DAVRANIŞSAL FAKTÖRLER.....	21
OBEZİTENİN SONUÇLARI.....	22
OBEZİTE VE DEPRESYON.....	23
BÖLÜM III YÖNTEM.....	25
YÖNTEM.....	25

ARAŞTIRMA MODEL.....	25
EVREN VE ÖRNEKLEM.....	26
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	26
YEME TUTUMU TESTİ	27
VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ.....	27
BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	28
ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ.....	28
VERİLERİN TOPLANMASI	29
VERİLERİN ANALİZİ.....	30
BÖLÜM IV BULGULAR.....	31
BÖLÜM V TARTIŞMA VE YORUM, ÖNERİLER.....	69
TARTIŞMA VE YORUM.....	69
ÖNERİLER.....	77
YAPILACAK ARAŞTIRMALARA VE ARAŞTIRMACILARA YÖNELİK ÖNERİLER.....	77
UYGULAMALARA YÖNELİK ÖNERİLER.....	77
UYGULAMALARAYNELİK KISITLILIKLAR.....	78
KAYNAKÇA.....	79
EKLER.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	94

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	33
Tablo 2. Eğitim Düzeylerinin Dağılımı	35
Tablo 3. Ağrı Nedenlerinin Ayrıntılı Gösterimi	36
Tablo 4. Yeme Tutumu Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı	37
Tablo 5. Yeme Tutumu Ölçeği Puan Dağılımı	41
Tablo 6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	42
Tablo 7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Puan Dağılımı	43
Tablo 8. Vücut Algısı Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	44
Tablo 9. Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puanı Dağılımı.....	46
Tablo 10. Beck Depresyon Düzeyleri Dağılımı.....	47
Tablo 11. Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	47
Tablo 12. Obezite Varlığına Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	55
Tablo 13. Obezite Varlığına Göre Ağrıya İlişkin Değerlendirmeler.....	57
Tablo 14. Obezite Varlığına Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler.....	59
Tablo 15. Kadın Olgularda; Obezite Varlığına Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler.....	60
Tablo 16. Erkek Olgularda; Obezite Varlığına Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler.....	63
Tablo 17. Obez Olgularda; Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler.....	64
Tablo 18. Obez olmayan Olgularda; Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Eğitim Düzeylerinin Dağılımı	35
Şekil 2. Ağrı Sıklığı İle Ağrı Şiddeti İlişkisi.....	36
Şekil 3. Yeme Tutumu Ölçek Puanı İle Vücut Algısı, Beck Depresyon ve Benlik Saygısı Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	48
Şekil 4. Vücut Algısı ile Beck Depresyon ve Benlik Saygısı Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	49
Şekil 5. Obezite Varlığına Göre Yeme Tutumu ile Vücut Algısı Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	50
Şekil 6. Obezite Varlığına Göre Yeme Tutumu ile Beck Depresyon Ölçek Puanlarının İlişkisi	51
Şekil 7. Obezite Varlığına Göre Yeme Tutumu ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	52
Şekil 8. Obezite Varlığına Göre Vücut Algısı ile Beck Depresyon Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	53
Şekil 9. Obezite Varlığına Göre Vücut Algısına ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	54
Şekil 10. Cinsiyete Göre Obezite Dağılımları.....	56
Şekil 11. Medeni Duruma Göre Obezite Dağılımı.....	57
Şekil 12. Obezite Varlığına Göre Ağrıya İlişkin Değerlendirmeler.....	57
Şekil 13. Obezite Varlığına Göre Vücut Algısı Puanlarının Dağılımı	60
Şekil 14. Kadın Olgularda Obezite Varlığına Göre Beck Depresyon Puanlarının Dağılımı.....	62
Şekil 15. Kadın Olgularda Obezite Varlığına Göre Vücut Algısı Puanlarının Dağılımı.....	62
Şekil 16. Obez Olgularda Cinsiyete Göre Beck Depresyon Düzeyleri Dağılımı.....	65
Şekil 17. Obez Olgularda Cinsiyete Göre Vücut Algısı Düzeyleri Dağılımı.....	66
Şekil 18. Obez Olmayan Olgularda Cinsiyete Göre Vücut Algısı Düzeyleri Dağılımı.....	68

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

- N** : Örnekleme Sayısı
F : Frekans Değeri
P/p : Anlamlılık Düzeyi
R/r : Korelasyon Değeri
X² : Ki-kare Değeri
U : Mann – Whitney u Katsayısı
Z : Mann – Whitney z Katsayısı
SD : Serbestlik Değeri
S.T : Standart Sapma
S.O : Ortalama Değer
VKİ : Vücut Kitle İndeksi

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu araştırma Üsküdar Üniversitesi yüksek lisans tezi kapsamında kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkide obezitenin rolünü incelemiştir.

Epidemiyolojik çalışmalar kronik ağrı ile depresyon arasında ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Kronik ağrısı olan hastalarda depresyon en çok dikkat çeken hastalıklardan biri olarak yerini almıştır. Kronik ağrının sebebiyet verdiği enerji azalması kişinin yaşam kalitesi üzerinde ciddi bir düşüşe neden olmaktadır. Ağrının kronikleşmesi bıkkınlık duygusunu yoğunlaştırdığı için kişinin günlük aktivitelerinde kaçınmaları doğurmakta bu da depresyon için çoğu zaman uygun zemini oluşturmaktadır.

Günümüzde kronik ağrı, toplumlarda bireylerin psikososyal durum ve işlevselliklerinin bozulması açısından ciddi bir problemdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Örgütü 1988 yılında ağrıyı “mevcut veya potansiyel bir doku hasarına bağlı, hoş olmayan duyusal ve duygusal bir yaşantı” olarak tanımlamaktadır. Birey vücudunda yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunu fark ettiği zaman bu fizyolojik sürece psikolojik durumu da eşlik etmeye başlar.

Kronikleşen ağrılara sebebiyet veren hastalıklar arasında obezite de önemli yer tutmaktadır. Hastalar ağrı yakınmalarından kurtulabilmek için kilo verme yollarına giderler ve obeziteyle mücadeleleri başlar. Ağrı ve obeziteyle birlikte mücadele eden bireylerde yaşam kalitesi olumsuz anlamda etkilendiği için depresif ruh hali oldukça yoğun görülmektedir. Yapılan araştırmalar bu sürece depresyonun sıklıkla eşlik ettiğini ortaya koymuştur.

Obezite, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sağlık sorunu olarak yerini almaktadır. Değişen sosyal yapının getirdiği beslenme alışkanlıkları, artan teknolojik gelişmelerin sebebiyet verdiği daha az enerji harcama durumu, eylemsizliğin getirdiği vücutta aşırı yağ depolanmasıyla ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açabilen kronik bir rahatsızlık olan obeziteye zemin oluşturmaktadır.

Obezite etiyojisinde genetik, beslenme şekli ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Hareketsiz hayatın verdiği rahatlık ve fiziksel aktivitelerin azalması, hazır gıdalara

yöneliş, yeme davranışı fazla kilolu ve obezlerin artışına neden olmaktadır. Genetik yatkınlığın obezite oluşumunda %25-70 dolaylarında etkili olduğu tahmin edilmektedir (Gümüşler, 2006).

Problem Tanımı ve Araştırmanın Önemi

Kronik ağrısı olan hastalarda depresyon en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri olarak dikkat çekmektedir. Kronik ağrının etkisinin depresyon başta olmak üzere psikiyatrik rahatsızlıklara neden olması kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren nedenler arasındadır.

Kronik ağrının birçok hastalık kaynaklı sebebi olabileceği gibi kilo sebebiyle de olması mümkündür. Obezite, kişilerde kronikleşen ağrılara sebebiyet verebilmekte hatta insanlar bu ağrılardan kurtulmak için diyetlere yönelmektedir. Kilo aynı zamanda kişinin dış görünüşüyle ilgili algısını etkileyen önemli bir faktördür. Dolayısıyla obezitenin ağrı dışında depresyonu etkileyen bir tarafı da vardır. Bu bilgiler göz önüne alınarak bu tezde kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkide obezitenin etkisi araştırılacaktır.

Ağrı insanların geçmişten bu yana yakından tanıdığı rahatsız edici bir olgudur. Kişilerin günlük işlerinden, genel ruh durumlarına kadar geniş bir yelpazede olumsuz sonuçlara sebep olur. Ağrısı olan kişi iş ve özel hayatında fizyolojik aksaklıklar nedeniyle problemler yaşayabilir, bu sonuç kişinin duygu durumunda depresyona sebep olabilecek bir sürecin başlangıcıdır. Bu yüzden ağrı insan için hayati bir tehdit kaynağıdır. Kendini iyi hissetmeyen kişi için bu ağrı tehdidi yaşamsal önem taşıyabilir. Kişi ağrısıyla başa çıkma mücadelesinde fizyolojik problemlerinin yanında aynı zamanda kendisiyle de psikolojik bir savaşın içine girmiştir.

Uluslararası ağrı çalışmaları birliğine göre ağrı, mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak tarif edilen hoş olmayan duyuşsal/duygusal bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte bu ağrı sürecini uzun zaman dilimleriyle yaşayan kişiler içinde kronik ağrı tanımı söz konusudur. Kronik ağrı 3-6 aydan daha uzun süren ve uzun süreli tedavi gerektiren, öznel ve çok boyutlu yaşantısı olan, duyuşsal/duygusal, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren ağrı olarak tanımlanmaktadır(Merskey, 1994).

Yapılan bu tezde, araştırma bulguları sonucunda kronik ağrının neden olduğu psikolojik faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiği aksi halde kronik ağrılı hastalarda

görülen depresyonun kişinin işlevselliğini etkileyebileceği ve bu nedenle doğru şekilde tedavi edilmesiyle bu hastaların yaşam kalitelerinin arttırılacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu tezde; kronik ağrılı hastalığa sahip kişilerin ağrıları ile depresyon arasındaki ilişkide obezitenin etkisine bakılacaktır.

Tezin amacı kronik ağrı ve depresyon arasındaki ilişkide obezite, yaş, cinsiyet ve ağrının sıklığının etkisini araştırmaktır. Amacı gerçekleştirmek için aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır.

1. Kronik ağrı ile depresyon arasında bir ilişki var mıdır?
2. Kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkiyi obezite etkiler mi?
3. Kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkiyi yaş etkiler mi?
4. Kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkiyi cinsiyet etkiler mi?
5. Kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkiyi ağrının sıklığı etkiler mi?
6. Kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkiyi ağrının şiddeti etkiler mi?

BÖLÜM II

LİTERATÜR TARAMASI VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Ağrı Kavramları

Atay (2013), ağrıyı kişinin hayatı boyunca belirli aralıklara yaşantıladığı günlük işlevselliğine zarar veren yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kişiye özel bir kavram olarak tanımlamaktadır.

Korhan (2011), ağrının, acil dikkati gerektiren, hastaya bunalma hissi veren, sahip olunan ağrıyı sonlandırma ile ilgili eylemlere motive eden, bilişsel ve davranışsal tepkilerde değişikliklere neden olan bir deneyim olduğunu ifade etmiştir.

Ağrı pek çok insanın yaşadığı ama tarifinin herkes için farklılık gösterdiği bir kavramdır. Tarifinin kişiye özel olduğu çeşitli kaynaklarda da belirtilmektedir.

Çelebi (2009)'a göre ağrı kişiden kişiye göre farklılık göstermesi yönünden öznel bir özelliktir hem değerlendirmeyi hem tedaviyi güçleştiren bir faktördür. Bu nedenle değerlendirme ve tedavide öncelik hastanın belirttiği ağrı şekli ve şiddeti olmalıdır.

Ağrının pek çok tanımı yapılmaktadır ancak bu tanımlar öznel olduğundan dolayı kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Aristo ağrı için kullanılan algı ifadesini reddederek, ağrının bir şeyin sonlanması ya da kaçınılması gerektiğinin bir tür işareti olduğunu ifade eder. Ona göre ağrı duygusal bir durumdur ve ağrıyı açıklarken ifade olarak 'ruhun ıstırapı' şeklinde tanımlamıştır.

Tütüncü (2011), kişinin sahip olduğu ağrının çevresiyle ilişkileri üzerindeki etkilerini yorumlamıştır. Çalışmaları incelediğinde ağrının daha çocukluk çağı itibarıyla bir iletişim ve ilgi ve sevgi ihtiyacını karşılayan bir yanı da olduğunu vurgulamıştır. Küçük bir çocuğun canı yandığı zaman annesinin dikkatini çekmesi çok erken yaşlarda gerçekleşir. Bu ilgi arama davranışı ileriki yaşlarda da şekillenerek ve gelişerek devam eder. Bazı kişilerde sevgi yatırımı yapılan kişinin ölümü bireyin ağrılarını başlatabildiğini ifade etmiştir.

Kronik Ağrı

Genellikle 6 aydan uzun süre devam eden ağrıya kronik ağrı denir. Sahip olunan ağrıyı sonlandırmaya yönelik eylemler sebebiyle yapılan medikal harcamalarda artışın yanında hastanın yaşam kalitesinde düşüş ve işlevselliğinde bozulmaya yol açmaktadır (Tütüncü, 2011). Kronik ağrı sebebiyle doktora başvuran hastaya uygun tedavi planının oluşturulması ve uygulanması halinde hastanın günlük işlevselliğini yeniden kazanması muhtemeldir.

Erdine (1987) bir çalışmasında kronik ağrının sayısal olarak verdiği zarardan söz etmektedir. Buna göre her yıl 700 milyon işgünü, 60 milyar dolar zarara yol açmaktadır. Bu sonuçlar göz önüne alınarak kronik ağrı tıp alanında başlı başına bir hastalık olarak ele alınmakta ve değerlendirilmesi yapılmaktadır.

Gürel (2010) bir çalışmasında kronik ağrının ciddi fiziksel ve psikolojik etkileri olabileceğini belirtmiştir. Ağrının uzadıkça bağışıklık sistemini baskılamasına yol açabileceğini bunun da fiziksel hasara sebebiyet verebileceğini aktarmıştır. Fizyolojik olarak uzun süre kendini iyi hissedemeyen bir kişide depresyon ve onun getirisi olabilecek ilişkisel problemler hatta intihar bile söz konusu olabilmektedir.

Ağrıyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, kronik ağrı ve depresif bir bozukluk arasındaki döngü dikkat çekmektedir. Kronik ağrı bazen depresif bir bozukluğun belirtisi olurken, kimi zaman da kişide fizyolojik bir rahatsızlık sebebiyle oluşan ağrı depresif belirtilere yol açabilmektedir. Dolayısıyla kronik ağrı değerlendirilirken kişinin psikolojik/psikiyatrik değerlendirilmesi de yapılmalıdır.

Kronik Ağrının Özellikleri

Kronik ağrıya sahip bireylerde yapılan çalışmalar özgün bir kişilik tanımlamamaktadır. Bununla birlikte bazı kişilik tiplerinde ağrıya yatkınlık olduğu bilinmektedir. Kronik ağrıya sahip bireyler benzer birtakım davranış örüntülerini kullanırlar. Aynı zamanda ağrı yaşantılarıyla ilgili değiştirilmesi zor, çarpıtılmış düşüncelere de sahip olabilirler.

Aşağıda kronik ağrı çeken bireylerin bazı özellikleri sıralanmıştır:

a) Ağrı yakınması ve işlevsellikte azalma derecesi ile somatik bozukluk arasındaki ilişki orantılı değildir.

- b) Ağrının fiziksel nedeninin olması gerektiği inancı vardır.
- c) Ağrı şikayetlerinin kontrolü için tüm tıbbi yöntemlere ısrarla başvururlar ve sıklıkla doktora muayene taleplerinde bulunurlar.
- d) Ağrının varlığı ile baş edebilmek yerine, tüm tedavi sorumluluğunu hekime yüklemeye eğilimindedir.
- e) Yakınlarının ve doktorunun dikkatini çekmeye yönelik hasta rolüne uygun davranışlar sergilerler, reddedilmeye karşı hassasiyet gösterirler.
- f) Beceri yoksunluğu, başarısızlık kaygısıyla sağlıklı rollerin takınılmasından kaçınma.
- g) Ailede depresyon ve alkol bağımlılığı öyküsü olması.
- h) Öyküde eş tarafından kötü muamele, eşle çatışma olabilir.
- i) 15 yaşından önce ebeveyn yitimi, fiziksel kötüye kullanım.
- j) Yakınlarında özürlü kişiler olması.
- k) Yakın çevrede kronik ağrılı birinin olması.
- k) Ağrıya verilen önem bilinçdışı çatışmadan sakınmaya dönüktür (birincil kazanç). Belli bir güçlükten bilinçli olarak sakınma davranışı ve hasta rolü (ikincil kazanç) üzerine eklenir (Kara, 2000).

Ağrı Eşiği

Ağrı eşiği, bir uyarının ağrı oluşturduğu en küçük şiddettir. İnsan kültürel özellikleri, yaşam biçimi, bulunduğu çevre, eğitim, cinsiyet, dini inançları gibi birçok etken ağrı eşiğinin oluşmasında bir etmendir (Yılmaz, 2006). Bu tanımlar göz önünde bulundurulduğunda ağrı gibi ağrı eşiğinin de kişiden kişiye farklılık gösterebileceği söylenebilir.

Ağrı Toleransı

Bireyin ağrı veren uyarının durdurmasını arzuladığı en düşük seviyedeki ağrı şiddetidir. Devamlılığı uzun olan ağrılarda ağrı toleransı azalır. Ağrı eşiği gibi bu da kişiden kişiye farklılık gösterir (Erdine, 1991)

Ağrı Davranışı

Hastaların ağrıya verdikleri tepki kişilik özellikleriyle yakından ilgilidir. Kişiler ağrıyı bazı davranış örüntüleriyle dışarıya yansıtabilir. Örneğin; kronik bel ağrısı olan hastaların suratlarını buruşturma, hareket sırasında temkinli davranma, ağrıyan yerlerini ovalama ve kendini gözlemeleme eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Ağrı çeken kişilerin diğer insanlarla iletişim kurmasını sağlayan bu sinyaller oldukça önemlidir ve ağrı davranışı olarak adlandırılmaktadır (Eti, 2004).

Ağrı davranışları kişideki rahatsızlık ve huzursuzluğu dile getirmesinde önemli bir rol oynar. Kişiler ağrı davranışı ile çevreye ‘‘ağrım var’’ mesajı verirler (Kurt, 2005).

Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler

Tüm insanların aynı tip duyuşal ağrı eşiğine sahip olduğu ancak, yaş, cinsiyet, kilo, ağrının şiddeti ve ağrının sıklığı ağrıyı algılama eşiğinde ağrı tolerans düzeyinde ve ağrıya yönelik davranışsal tepkilerde güçlü bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Bu sebepler neticesinde kişinin sahip olduğu ağrı incelenirken bu özellikleri ayrı ayrı ele alınmalıdır.

Yaş

Ağrı her yaşta deneyimlenebilir. Eti (2004), bir araştırmasında kişilerin ağrıya verdikleri tepkilerden bahsetmiş ve her yaşın ağrıya vereceği tepkinin farklı olduğunu vurgulamıştır. Pek çok araştırmada akut ağrının tüm yaş gruplarında benzer oranlarda görüldüğü ancak kronik ağrının ise 65 ve üstü yaşlarda hızla arttığı vurgulanmıştır.

Göktaş ve zkan (2006) yaşlı nüfusta yaygınlığı yüksek bir bozukluk olan depresyonun, sıklıkla tıbbi hastalıklarla birliktelik göstereceğini belirtmiştir.

Cinsiyet

Toplumda kronik ağrı ile ilgili yapılan çalışmalarda ağrının kadınlarda çokça görüldüğü ve ileri yaşla arttığı bildirilmiştir (Cömert, 2010).

Ağrı Şiddeti

Ağrının yoğunluğunu belirtmek için kullanılan bir ifadedir. Ağrı kişinin geçmiŐ tđm deneyimlerini de kapsadığı için sonuçta muhakkak öznel özellikler taŐır. Bunu göz nđne alarak öncelikle hastanın belirttiği ağrı Şiddetine inanılması gerekir.

Erdine (1987) bir araştırmasında ağrı Őiddetinin ağrının değerlendirilmesi sđrecinde önemli bir deđerŐken olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle takip sđrecinde sık aralıklara değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yapılan literatđr çalıŐmalarında hastalarda depresyondan çok anksiyete Őiddetinin ağrı Şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ağrının Sıklığı

Ağrının bittikten sonra tekrar baŐlama aralığıdır. Ağrının tekrar baŐlama aralığı kişinin fizyolojik ve psikolojik durumuna ve ağrıya sebebiyet oluşturan rahatsızlığa göre çeŐitlilik gösterebilir. Kronik ağrılı hastaların psikolojik ve psikiyatrik açıdan araştırılması ve gerekli psikoterapi desteğinin oluşturulması gerekmektedir.

Ağrının Fizyolojik Bileşenleri

Ağrıya yönelik araştırmalara bakıldığında grđlđyor ki, kişi için hoş olmayan bir duygu/duyum olsa da aynı zamanda koruyucu fizyolojik bir cevap niteliği de taŐımaktadır. Ağrısını fark eden kişi bu ağrıyı dindirmek ihtiyaıyla tıbbi mđdahale talebiyle doktora baŐvuracaktır. Ağrı kişinin sahip olduğu rahatsızlığı işaret etmesi bakımından koruyucu bir ncđl olma niteliği taŐımaktadır.

Aniden baŐlayarak bir hastalığı işaret eden ağrılar akut ağrılar olarak isimlendirilir. Akut ağrı alarm iŐlevi grđr ve hastanın hekime baŐvurması için harekete geçirir (Kurt, 2005).

Kervancıoğlu (2010), dokularda oluşan yaralanmaların ağrılı bir uyarın oluŐturduđunu ifade etmiştir. Bu ağrılı uyarın periferik ve santral sinir sisteminde elektriksel ve kimyasal sđrelere yol açmaktadır.

Buna ek olarak sinir sisteminin herhangi bir blđmđnđn hasarı veya disfonksiyonundan kaynaklanan ağrılara Nöropatik Ağrı (NA) denir. NA periferik sinir sisteminden ya da santral sinir sisteminden kaynaklanabilir (Ayvat, 2008).

Kronik Ağrıda Psikolojik Etmenler

Gürel (2010), ağrının öğrenilerek aktarılan bir tarafı da olduğunu bu sebeple kişinin sahip olduğu ağrı değerlendirmeye alındığında psikolojik bileşenlerin göz ardı edilemeyeceğini aktarmıştır.

Ağrı kişinin çevresiyle ilişkilerinde sembolik bir dil oluşmasına araç olabilmektedir. Örneğin; canı yanan bir çocuğun annesinin dikkati çektiğini öğrenmesi çok küçük yaşlarda olur. Ağrısı sebebiyle annesinin ilgisini alabildiğini öğrenmiş olur. Bu ilgi arama davranışı, ileri yaşlarda da değişerek devam eder. Bazı hastalarda ağrı, cezalandırma olarak ele alınabilir. Bilinçaltı suçluluk duygusu ile birlikte. Sevgi yatırımı yapılan kişinin ölümü ağrıyı başlatabilir (Özkan, 1998).

Kara (2000), ağrının psikolojik olarak iletişime kaynak oluşturabileceğinden bahsetmiştir. Öğrenme kuramı ve sosyal psikolojiye göre duyguları sözel olarak aktarma becerisi yeterli şekilde gelişmeyen kişilerin, ağrının getirdiği hastalık davranışlarıyla ilgiye, desteğe ve bakıma ulaşmak için geçerli bir yol olduğunu söyler. Hastalık davranışı bu gibi zamanlarda ağrıya sahip kişilerin ilişki içinde olduklarıyla kişilerle aralarında beden dili olarak gelişmektedir.

Ağrının Psikiyatrik Yönü

DSM-V’de teşhis kriterleri olarak ağrı teriminin geçtiği başlıca ruhsal bozukluklar arasında şunlar yer almıştır.

- Anksiyete Bozuklukları (Panik Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu)
- Somatoform Bozukluklar (Ağrı Bozukluğu, Hipokondriyazis)
- Somatik Tip Hezeyanlı Bozukluk

Altan (2004) bir çalışmasında kişide ağrı sebebiyle oluşan fiziksel olarak güçsüzlüğün, sosyal aktivitelerinde azalma ya da kayıp yaşamayı beraberinde getirmesi sebebiyle duygudurum bozukluklarına yol açacağından söz etmektedir.

AĞRI KURAMLARI

Edimsel (Operant) Kuram

Bu kuramda ilk defa bir davranış olarak ağrı tanımlanmıştır. Bu kurama göre ağrısı olan insanlar çektikleri acıyı ağlayarak, inleyerek, yüz ifadeleri ile belli edebilir. Fordyce; bu davranışların “ağrım var” mesajını veren ve kronik ağrının formülasyonunda anahtar rolü üstlenen davranışlar olduğunu söyler (Kurt, 2005).

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı bakış açısında bireylerin çevresel uyaranlara yönelik bilginin aktif işleyicisi oldukları temel varsayımlardan biridir. Çevrelerinde gelişen olayları deneyimlerinin şekillendirdiği tavırlara göre süzer ve bu doğrultuda beklentiler oluştururlar. Bununla birlikte duygu, düşünce (inançlar, değer yargıları, atıflar, beklentiler), davranış ve fizyolojik sistemler birbirlerinden bağımsız değildirler. Bu doğrultuda, davranış hem çevre hem de bireyin kendisi tarafından belirlenir. Öyleyse, kronik ağrı yaşantısı da bu öğrenilmiş bilişsel-duygusal-davranışsal ve fizyolojik mekanizmanın etkisi altındadır ve hatta bu dörtlü sistemin bir parçasıdır(Berk, 2006).

Bilişsel - Sosyal Öğrenme Kuramı

Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından yola çıkılarak geliştirilmiştir. Sonuçlarla ilgili beklentiyi Bandura belli davranışların belli sonuçlar doğuracağına dair inançlar olarak tarif etmektedir (1994). Bu doğrultuda, söz konusu kronik ağrı olduğunda, kullanılacak baş etme becerilerinin işe yaramayacağı inancının bu becerilerin kullanım düzeyini de olumsuz etkileyeceği ön görülmektedir (Sertel Berk, 2007).

DEPRESYON

Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon ve benzeri ruhsal rahatsızlıkların tanımlama çabaları eski çağlara kadar uzanır. Birçok psikiyatrik hastalıkta söz konusu olduğu gibi, depresyonda da farklı yaklaşımlar, farklı modeller ve paradigmlar açısından bakıldığında ortada bulunan tek gerçek birçok dille ifade edilmiş bu da hastalığın sınıflandırılması konusunda karmaşalar yaratmıştır.

Işık (2003) çalışmasında depresyonun melankoli olarak ifade edildiği ve Hipokrat ekolüyle bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair fikir sahibi olunabileceğini belirtmiştir. Hipokrat ekolüne göre, insan vücudundaki dört sıvı (kan, sarı safra, kara safra, lenf) mani, melankoli ve paranoya geliştirmeye zemin hazırlamaktadır. Bu sendromun belirtileri ilk kez Hipokrat tarafından tanımlanmıştır.

1895 yılında Kraepelin'in mani-melankoli psikozunu (manik depresif hastalığı) tanımlanmasından önce kaynaklarda depresyon karşılığı olarak kullanılan melankoli terimi ilk kez Hipokrat (MÖ.460-377) tarafından ortaya atılmıştır (Köse, 2009).

Şireli (2012) araştırmasında yıllara göre depresyon tanımlamaları görülmektedir. Buna göre 1854 yılında J.Pierre Falret "folie circulaire" terimini kullanarak depresyon ve maninin birbiri ile ilişkisi olana iki rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Ardından 1856-1929 yılları arasında Emil Kraepelin farklı bir boyut getirerek mani ve depresyon için tek bir hastalığın farklı boyutları olduğunu ifade etmiş bu hastalığa da manik depresif adını vermiştir. Daha sonrasında 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları depresyonun tekrarlayan biçimleri olduğunu belirtmiş bunu monopolar ve bipolar depresyon olarak ikiye bölmüştür. 1966 yılında monopolar deyimi yerini unipolarlara bırakmıştır.

Tanı sistemi olan DSM-V içinde halen bu adlandırmalarla güncelliklerini sürdürmektedirler.

Depresyon birçok alanda kişinin hayatını sınırlandıran, yaşam alanını daraltan, işlevselliği her kişiye göre farklı konularda bozulmaya uğratan psikolojik bir rahatsızlıktır. Yalnız depresyon yaşayan kişiyi değil, çevresini de etkiler. İş gücü kaybı oluşturan bu rahatsızlık kişinin kendisini ve çevresini maddi-manevi bir zarar içerisine soktuğu görülmektedir.

Küey (1998), duygulanımda çökkünlük, ilgi ve istek düzeyinde azalma, zevk alamama, karamsar düşünceler, değersiz hissetme, uyku ve iştah üzerinde bozulma, cinsel isteksizlik gibi depresif bozukluklar ülkemizde ve dünyada ön planda olan bir toplum sağlığı sorunu olduğunu belirtmektedir. Depresyon hafif depresif belirtilerden başlayıp, psikotik özellikli depresyona kadar değişebilen geniş bir yelpazeye sahiptir (Tezel, 2013).

Depresif belirtiler gösteren kişiden "Dünya yıkılmış ben altında kalmışım gibi hissediyorum." cümlesini duymak mümkündür. Kişi yapılacak işler, sorumluluklar,

hatta çoğunlukla kendini ifade etmek adına bile enerji azlığı hisseder. Bir şey yapmak arzusu içinde olmadığı bir döneme girer. Depresyon başka psikolojik rahatsızlıklara eşlik ederek de kendini gösterebilir. Yaşadığı psikolojik sıkıntıya bağlı kendine olan güveninde azalma, çevresindeki kişilere karşı güven sorgulamaları ortaya çıkabilir. Bu birçok şeyden uzaklaşan ve kendi dünyasına çekilen hal insan ilişkilerinin bozulmasına, günlük yaşantıdan kopmasına sebep oluşturabilir. Bu noktada depresyon yaşayan kişinin kendisini iyileştirecek olan yöntem ve eylemlerden kaçınması, tedavi olmaması süreci uzatabilir. Depresyon yaşayan kişide intihar eğilimi de görülebilir. Kişinin tedavi olmayı reddetmesi süreci uzatacağı gibi hayati tehlikeyi de açık bir hale getirir.

Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon günümüz yaşantısında çok sık karşılaşılan bir psikiyatrik hastalıktır. Araştırmalar incelendiğinde depresyon her on kişiden birinde görülmektedir. Bu oran cinsiyete göre incelendiğinde her dört kadından birisi, her 8 ila 10 erkekten birisi tüm yaşamları boyunca en az bir kez depresyon yaşamaktadırlar. Cinsiyete göre dağılımından anlaşıldığı üzere kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmektedir (Binbay, 2011).

Türkiye’de sağlık bakanlığı tarafından yapılan bir araştırma depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlamıştır. “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırması 7479 kişiyi kapsayan bir çalışmadır. Yapılan bu çalışmada depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçlarında sahip olunan bir ağrı bozukluğu dışarıda tutulduğu zaman en sık rastlanan ruhsal bozukluk majör depresyondur. Bu çalışmaya göre şehir merkezlerinde yaşayanların depresyon yaşama riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Erol ve ark., 1998).

Tüm dünyada yaşam boyu majör depresyon sıklığı her geçen gün artmaktadır; majör depresif bozukluk için yaşam boyu prevalans ve 1 yıllık prevalans yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde sırasıyla % 14,6 ve % 5,5 iken, düşük-orta gelir düzeyine sahip ülkelerde sırasıyla % 11,1 ve % 5,9’dur. A.B.D’de 1990’lı yıllarda % 3,3 olan nokta prevalans iki kattan fazla artarak, 2000’li yıllarda % 7,0’ye yükselmiştir (Yılmaz, 2003).

Depresyonun Etiyolojisi

Depresif bozukluğun etiyojisini açıklamaya yönelik görüşler Hippocrates'a (M.Ö. 460-357) kadar gitmektedir. O dönemde "kara safra" ya bağlanan depresyonla ilgili çalışmalar günümüzde gelişen araştırma yöntemleri ve teknoloji sayesinde yol kat etmiştir. Yemez (1988), depresyon etiyojisinin tam olarak aydınlatılmama sebebinin, depresyonun belirli bir hastalık değil bir sendrom olması ve birçok alt gruba sahip olmasından kaynaklandığını belirtmektedir. Ayrıca oluşumunda tek bir sebep değil çoğul etkenler rol alabilmektedir.

Bugün depresyonun etiyojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz belirlenememiştir. Depresyonun oluşmasında, genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve toplumsal-çevresel etkenlerin rolü olduğu kabul edilmektedir. Kişide depresyonun ortaya çıkmasında tek bir etken sorumlu tutulmamaktadır. Sahip olunan genetik yapının çevreyle olumsuz etkileşimi depresyonun gelişimi için çok olumlu bir zemindir. Yılmaz (2013) çalışmasında, depresyonun kişide birincil duygu durum bozukluğu olarak görülebileceği gibi birçok tıbbi durum ve psikiyatrik hastalığa eşlik eden ikincil duygu durum bozukluğu olarak da görülebileceğini ifade etmektedir.

Çalışmalar incelendiğinde kesin bir bulgu olmamakla birlikte depresyon ve düşük sosyoekonomik durum arasında anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Kadınların erkeklere göre depresyona girme oranının daha yüksek olduğu bulgular kendini yine göstermiş düşük sosyoekonomik seviyedeki kadınların, daha yüksek sosyoekonomik seviyede yaşayan kadınlara göre daha yüksek düzeyde depresyon skorları olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Savrun (1999), bu konularda ülkemizde yapılan araştırmaların kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemlerin bu görüşü desteklediğini belirtmektedir.

Depresyon erken çocukluktan ileri yaşlara dek her yaş evresinde rastlanabilecek bir bozukluk olmakla birlikte, orta yaşlarda daha yaygın görülmektedir. Depresyon daha çok orta yaş hastalığı olup, majör depresyon orta yaşta ve 45 yaş altında daha sık görülür. Jorm (2000) araştırmasında, yaşlılarda daha fazla görülmediğini belirtmektedir. Buna göre ilerleyen yaşla birlikte hastaların depresif belirtileri artmaktadır ancak majör depresyon sıklığında artma olmamaktadır.

Depresyon döneminde bedensel sorunlar da artar. Bu dönemlerde psikolojik destek almak kişi için oldukça önemli bir gelişim olacaktır.

Mete (2008), kişilerin sahip oldukları kronik hastalıkların çıkışının depresyon dönemleri olduğunu belirtmiştir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde kalp krizi geçiren kişilerin hastalık öykülerine bakıldığında tabloya eklenen depresyon insanların kalple ilgili sorunlarının ve ikinci bir kriz geçirme risklerinin arttırdığını göstermiştir. Dolayısıyla depresyon için kronik bir rahatsızlığın gidişini kötüleştirebildiği gibi kronik bir hastalığın da depresyona neden olabileceği söylenebilmektedir.

Depresyonun Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre depresif hastalıklar aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (Köroğlu, 2000):

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Bipolar bozukluktaki depresyon
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon
5. Depresyonlu uyum bozukluğu
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
 - i. Premenstrüel disforik bozukluk
 - ii. Minör depresif bozukluk
 - iii. Yineleyen kısa depresif bozukluk

"Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-V-TR) depresif bozukluklar; majör depresif bozukluk (MDB), distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olmak üzere üçe ayrılmıştır. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk; majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ya da depresif duygudurum ve/veya anksiyete ile giden uyum bozukluğu ölçütlerini karşılamayan ama depresif özellikler gösteren bozuklukları kapsar (Şireli, 2012).

Günümüzde en yaygın ve geçerli olduğunu düşündüğümüz tanı ölçütleri, DSM-V sınıflama sisteminde yer almaktadır.

Majör Depresif Epizod

A. Kişinin iki hafta süren bir dönem boyunca, daha önce sahip olduğu işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ve bununla birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin ya da daha fazlasının bulunmuş olması gerekmektedir. Semptomlar incelenirken en az birinin depresif duygudurum veya ilgi istek kaybı veya zevk alamama olması gerekmektedir.

1. Hastanın kendi yakınması ya da yakınlarının gözlemi (örn: ağlamaklı bir görünümü vardır) ile hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duyguduruma sahip olması
2. Hastanın kendi yakınması ya da yakınlarının gözlemiyle belirlenen, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren aktivitelere katılmaktan kaçınma, reddetme ya da tüm etkinliklere karşı sahip olunan ilgi ve istekle önemli derecede azalma. Kişide artan zevk alamama hali
3. Kilo kaybetmeyi planlamadan önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma ya da her geçen gün iştahta artma ya da azalma olması. Buna çocukların gelişiminde beklenen kilo almanın olmayışı da dahil edilmektedir.
4. Hemen her gün uykuda bozukluk, sahip olunan uyku düzeninde ya uykusuzluk ya da olduğundan çok fazla uyumak
5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da yavaşlama olduğu duygularının hasta tarafından belirtilmesi değil, bunların başkaları tarafından gözleniyor olması gerekir)
6. Hemen her gün yorgun hissetme ya da enerji kaybı olması
7. Hastanın kendi yakınması ya da yakınlarının gözlemiyle belirlenen, hemen her gün değersiz hissetme, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) varlığı (sadece hasta olmaktan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil)

8. Hastanın kendi yakınması ya da yakınlarının gözlemiyle belirlenen, hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması
9. Tekrar eden ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), kişiye ait bir plan olmadan yineleyen özkıyım düşünceleri, intihar etme girişimi ya da intihar etmeye yönelik kişinin sahip olduğu bir planın barlığı

B. Bu belirtiler klinik açıdan kişide sıkıntı oluşturmaya sebep olduğu gibi aynı zamanda kişinin sahip olduğu önemli işlevsellik alanlarında da bozulmaya sebep olmaktadır.

C. Bu belirtiler bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

D. Bu belirtilere yas süreciyle daha iyi açıklanamaz. Yani sevdiği kişinin kaybından sonra bahsedilen bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürerse dikkate alınmalıdır. Bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşma, özkıyım düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

OBEZİTE

Obezitenin Tanımı

Obezite Latince “obesus” sözcüğünden türetilmiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan “obesus”, “iyi beslenmiş” anlamına gelir. Türkçe’de şişman sözcüğü “kabarıklık”, “ur” anlamına gelen “şiş” kökünden türetilmiştir. (Tezcan, 2009)

Dünya Sağlık Örgütü, fazla kiloluk ve obeziteyi sağlığa zarar vereceği düşünülen aşırı derecede yağ birikimi şeklinde tanımlamıştır. Yetişkinlerde olduğu kadar çocuklarda da karşılaşılan kronik bir hastalıktır. Kişi üstünde kültürel, sosyal, genetik, fizyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörlerin etkileşimi yeme davranışı üzerinde güçlü bir sonuç ortaya koyabilmektedir. Dolayısıyla obezite ele alındığı zaman tüm bu faktörler üzerinden incelenmeli kişinin bu kronik hastalığı bu çerçevede tedavi edilmelidir.

Özellikle genetik yatkınlığı olan kişilerde, çevresel faktörlerin etkisi ile obezitenin ortaya çıktığı bilinmektedir. Limnili (2010), bunların yanında obezitenin, hareketsiz yaşam biçimi ile yakından ilgili olduğunu belirtmiştir.

Obezitenin toplum sağlığı üzerindeki 6nemi d6şünüldüğünde bireyde obezite eğilimi yakından izlenmeli bununla birlikte bireysel ve toplumsal 6zellikler araştırılmalıdır.

Babaoğlu (2002), son 10-20 yıl içinde obezite sıklığında g6r6len artışın nedeniyle ilgili eylemsizliğin ve modern yaşamın getirdiği yoğun kalori içeren besinlerin t6ketilmesi olduğundan s6z etmektedir.

Kilolu ve obeziteye sahip kişilerin sınıflandırmasını yapabilmek adına beden kitle endeksi dikkate alınır. Beden kitle endeksi (BKİ), kişinin kilosunun boyunun metre cinsinden karesine b6l6nmesiyle elde edilmektedir.

WHO (2009) kilolu ve obez bireylerin sınıflandırılmasıyla ilgili BKİ puanlarını aktarmıştır. Elde edilen BKİ puanının 25 kg/m^2 'ye eşit veya 6st6nde olması durumunda kilolu (preobez) sınıfında, 30 kg/m^2 'ye eşit ve ya 6st6nde olması durumunda da obez olarak sınıfında yer almaktadırlar.

Kişinin sahip olduğu obeziteyi belirleyebilmek adına D6nya Sağlık 6rg6t6, v6cuttaki yağ dağılımı hakkında bilgi vermesi bakımından BKİ değerlerini esas almaktadır.

Yetişkinlerde BKİ değer aralıklarına g6re kilo durumunun sınıflandırılması g6sterilmiştir.

<i>Sınıflandırma</i>	<i>BKİ (kg/m²)</i>	<i>Komorbidite Riski</i>
D6ř6k Kilolu	<18,5	D6ř6k (fakat diğer klinik problemler nedeniyle artmış risk)
Normal Kilolu	18,5-24,9	Ortalama
Fazla Kilolu	≥ 25	
Probez	25-29,9	Artmış
Obez I	30-34,9	Orta d6zey artmış
Obez II	35-39,9	şiddetli artmış
Obez III	≥ 40	çok şiddetli artmış

şekil 2: Yetişkinlerde BKİ'ne g6re kilo durumunun sınıflandırılması

WHO, 1998'den uyarlanmıştır.

Farklı otoriteler tarafından ileri sürülen obezite kriterleri benzerlik göstermektedir. En çok kabul gören tanımlamalar şöyledir (Yağbasan, 2009):

- İdeal %120'si kabaca 27 kg/m² beden kitle indeksine eşdeğerdir. Bu nedenle bazı yazarlar tarafından 27 kg/m²'nin üzerindeki kişiler obez olarak kabul edilmektedir.
- Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırma Çalışması'na (NHANES) göre kilolu terimi erkeklerde beden kitle endeksinin (BKİ) 27.8 kg/m², kadınlarda 27.3 kg/m²'nin üzerinde olması olarak tanımlanmıştır.
- Fazla kilo ve obezitenin neden olduğu sağlık risklerinin 25 kg/m²'nin altında bir düzeyden itibaren artan BKİ ile birlikte progresif olarak arttığı gösterilme ve en azından endüstrileşmiş ülkelerde 20-22 kg/m²'ye yakın bir ölçüm değerinin sağlıklı kabul edilmek için bir kriter olarak yararlı olacağı kanıtlanmıştır.

WHO, çeşitli Avrupa epidemiyolojistlerince de ufak değişikliklerle kabul edilen BKİ'ne dayalı bir uluslararası sınıflandırma geliştirmiştir.

Görülme Sıklığı

DSÖ obeziteye yönelik yaptığı araştırmalarda, obezite sıklığının gittikçe arttığını belirtmektedir. Obezitenin tanınması ve birey tarafından fark edilmesi için birçok yöntem vardır ancak tüm bunların yanı sıra kişinin basit bir gözlemi tanı koymak için yeterli olabilir. Beden imajının gözlemlenmesi obeziteye tanı konulmasının en kolay yollarından biridir. Güven (2014), çalışmasında kişilerin sahip olduğu obeziteyi sınıflayabilmesi adına beden kitle indeksini hesaplamalarının aynı zamanda bel çevresi ölçümü yapmalarının kilo sınıflandırmalarını öğrenmeleri adına yeterli olacağını belirtmiştir..

Türkiye'de yapılan ulusal çalışmalarda obezite prevalansı 1990 yılında erkeklerde %12,5 kadınlarda %32, 1999'da erkeklerde %12,9, kadınlarda %29,9, 2000 yılında erkeklerde %14,4 kadınlarda %24,6 olarak bulunmuştur(Yumuk, 2005).

Türkiye'de 7 bölgeyi içeren ve 2210 erkek 2158 kadın katılımcının katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada obezite sıklığı erkeklerde %20,6 kadınlarda ise %39,9 ve kilolu olma sıklığı da erkeklerde %41,5, kadınlarda da %30,6 olarak bulunmuştur(Oğuz, 2008).

Obezite Nedenleri ve Risk Faktörleri

Kabalak (1995) araştırmasında bebeğin beslenme şeklinin anne karnında şekillenmeye başladığını ifade etmektedir. Yaşamın ilerleyen dönemlerindeki beslenme alışkanlığının zemini olarak görülmektedir. Doğum sonrası süt çocukluğu evresinde anne sütünün obeziteye karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır. Bu dönemdeki karışık beslenme türü bireyin ilerleyen dönemlerde obeziteye sahip olma riskini artırmaktadır.

Yeme davranışına ek olarak öğün sıklığı ve öğünlerin düzeni kişinin vücut ağırlığını etkileyen faktörlerdendir. Öğün sıklığı ve öğünlerin düzeninde sağlıklı bir beslenme olmayan kişilerde obezite görülme oranı daha yüksek olması beklenmektedir.

Bireyin obeziteyi geliştirmesini sağlayacak riskler söz konusudur. Bu riskler incelendiğinde eylemsizliğin artması, yanlış beslenme tutumları, ilerleyen yaş, kadın cinsiyeti, düşük öğrenim durumu, evlilik, doğum sayısı, gebelik süresince alınan kiloların olması gerekenden fazla olması, sigara kullanımını yeni bırakmak ve alkol alımıdır (Doğan, 2012).

Obeziteye gelişimine zemin hazırlayan risk faktörleri şunlardır:

- Aşırı ve yanlış beslenme tarzı
- Eylemsizlik
- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim düzeyi
- Evlilik
- Sosyo – kültürel etmenler
- Ekonomik durum
- Hormonal ve metabolik rahatsızlıklar
- Kalıtsal etkiler
- Psikolojik faktörler

- Yanlış uygulanan diyetler
- Kadınlarda doğum sayısı ve doğumlar arası geçen süre
- Tütün- alkol kullanma durumu
- Antideprasan ilaçlar vb. gibi nedenler tek başlarına obezite nedeni olmamakla birlikte obezite sonucudur.

Demografik Faktörler

Köksal (2008) obezitenin her yaşta görülebildiğini ifade etmektedir. Kronik bir rahatsızlık olan obezitenin gelişimi için üç dönemin önemi vurgulanmıştır. Bu dönemler; doğum öncesi, 5-7 yaş aralığı ve ergenlik dönemidir. Ergenlik dönemi kişide kalıcı yağlanmanın oluşması bakımından obezite için kritik bir son evredir. Araştırma sonuçları çocukluk çağında başlayan fazla kiloluk, yetişkin dönemde de devam etmektedir.

Parlak (2006) bir çalışmada, kadın ve erkeklerde yaşa bağlı obezite artışı için 50-60 yaşlarına kadar devam edebildiğini ifade etmiştir.

Fazla kiloluk ve obezite ile ilgili yapılan çalışmalarda, kadınlarda obezite sıklığının özellikle ilerleyen yaşlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu gösterilmektedir (Akbulut ve ark., 2007).

TÜİK (2013), 2012 yılında yaptığı araştırma sonuçlarında cinsiyete bağlı obezite oranlarında kadınların obezite oranının erkeklerden daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Aynı çalışmanın sonucunda fazla kiloluk oranının erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır.

Karamahmutoğlu (2007) araştırmasında kadınların kilo alma sebepleri arasında doğumlarının olduğunu belirtmektedir. Buna ek olarak menopoz dönemi kadının kilo alması için elverişli bir zemin olabilmektedir. Yaşanan bu biyolojik değişimler, fizyolojik bir durum olarak yansımaktadır.

Genetik Faktörler

Son zamanlarda obezite üzerine yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar genetik faktörlerin etkisini öne çıkaran sonuçlara ulaşmıştır.

Genetik faktörlerin etkisini incelemek adına yapılan ikiz çalışmaları, obezitenin büyük ölçüde çevresel faktörlere değil, genetik faktörlere bağlı olduğunu göstermiştir. Doğumdan sonra farklı ortamlarda yetiştirilmiş tek yumurta ikizlerinin BKİ'leri arasında güçlü bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Ayrıca evlatlık çocuklarla yapılan araştırmalarda, BKİ'leri ile kendi biyolojik ebeveynlerinininkiler arasında korelasyon olduğu görülmüş ve böyle bir ilişkinin evlat edinen ebeveyn ve evlat edinilen çocuk arasında aynı ortamda yaşamalarına rağmen bulunmadığına işaret etmiştir (Price R. A. ve ark., 1987).

Çevresel Faktörler

Günümüzde yapılan araştırmalar gösteriyor ki obeziteye genetik yatkınlığı olan kişilerin hastalık gelişim öyküsünde çevresel faktörlerin etkisi oldukça büyük yer tutuyor.

Serter (2003), çevresel faktörlerin obezitenin gelişim göstermesinde güçlü bir rol oynadığını ifade eder. Obeziteye neden olan faktörlerin bir kısmı genetik olup, diğer bir kısmı da sonradan etkileyen çevresel faktörlerdir. Çevresel faktörlerin genetik yatkınlık sonrası önemli bir tetikleyici olduğu vurgulanmıştır. Kişinin yetiştiği ve yaşamını devam ettirdiği çevrede yeme kültürü, yaşam koşullarında hareketliliğe ayrılan zaman, kilolu olmaya/olmamaya yüklenen anlam gibi sebepler kişinin kilo alma eğrisi üstünde etkili sebeplerdir.

Davranışsal Faktörler

Obeziteyi kronik bir hastalık haline getiren sebeplerden biri de artan kiloların kişinin fiziksel aktivitelerindeki düşüşe yol açmasıdır. Obezite genellikle düşük seviyede fiziksel aktiviteye eşlik etmektedir. Kişinin hayat akışındaki her türlü fiziksel aktivite, enerji harcaması gerektirir ve fazla kilo durdurucu bir etkiye sebep olabilmektedir. Hareketin az olduğu yaşam şekli obezitenin bir sonucu gibi görünmekle birlikte obeziteye zemin hazırlayanda bir faktördür.

Güven (2014) çalışmasında eylemsizliğin obezite için çift yönlü önemli bir faktör olduğundan söz etmektedir. Buna göre eylemsizlik, obeziteye sebep olabilirken, obezitenin ise eylemsizliğe neden olabildiği bir kısır döngü haline geldiği görülmektedir.

Parlak ve Çetinkaya (2006), araştırmalarında eylemsizliğin obezite gelişimini sağladığını ya da kişinin sahip olduğu obezitenin devamlılığını gúçlü şekilde etkilediğini belirtmektedirler.

Günümüzde yeme alışkanlıkları da obezite üzerinde etkili başlıklardan biridir. Modern yaşamın getirdiği beslenme alışkanlıkları, kalori ve yağ yönünden fazla yiyecekler -fast food gibi- öğün kalitesini düşürmekte ve obeziteye yol açan risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Güven (2014) araştırmasında düşük sosyoekonomik seviyedeki ülkelerde obezite görölme oranının yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu ülkelerde tahıl ağırlıklı besinlerin ucuz oluşu, alımı kolay kılmaktadır. Tüketilen tahıl ürünleri obeziteye sebep olabilmektedir.

Yeme kültürünün, genetik yatkınlığın, çevresel faktörlerin yanında obeziteye yönelik bilgi sahibi olmanın gerekliliği de obeziteye yönelik önlem almada önemli bir yerdedir. Kişinin kendi sağlığına yönelik bilgisizliği kilo artışına ve bunun beraberinde getirdiği bir çok hastalığa kapı açmaktadır.

Obezitenin Sonuçları

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre obezite kişi için en riskli on hastalıktan biri olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple tüm dünyada her yıl yaklaşık üç milyon kişi yaşamını yitirmektedir.

Obezite sebep olduğu birçok sağlık sorunun yanında, bireyin hayatında sosyal ve ekonomik anlamda problemlere de yol açmaktadır.

Obez kişilerde fiziksel görüntüleri sebebiyle sosyal ortamlardan kaçınma davranışının ortaya çıktığı ve bunun da depresyon gibi ruhsal bozukluklara neden olduğu ileri sürülmektedir (Üney, 2014).

Adolesan dönemde bir birey için şişmanlık; benlik kavramı, okul başarıısı, yaşıtlarıyla ilişkilere etkisi sebebiyle de önemli bir problemdir. Yapılan birçok araştırmada adolesan çağda ki obez bireylerin depresyon skorları yüksek çıkmıştır.

Obezite birey için ekonomik anlamda da zorlayıcı bir kronik hastalıktır. Yaşam süresi boyunca tedavi için yapılan harcamaların çokluğu ve devamlılığı sebebiyle obezite kişi için öncelikli bir kişisel problem şeklinde algılanmaktadır.

Obezite ve Depresyon

Güven (2004), bir çalışmasında obeziteye sahip bireylerin psikolojik durumları ile kilo alma eğrileri arasında anlamlı bir ilişki olduğundan söz etmektedir.

Stresin ve anksiyetenin neden olduğu çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklar, bireyin yeme alışkanlığını bozabilmektedir. Bu durum ilerleyen süreçte obeziteye zemin oluşturabilmektedir. Stres yoğunluğunun hakim olduğu dönemlerde kimi bireylerde yemek yeme davranışında aşırılık olurken, kimi bireylerde ise bu durumun tam tersi olarak yemek yeme davranışında fazlasıyla düşüş yaşanmaktadır.

Yeme davranışı psikolojik olarak incelendiğinde ortaya birçok sonuç çıkmaktadır. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki söz konusudur. Yıldız (2014), çalışmasında insanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygulara göre değiştiği belirtmiştir.

Kişide sıkıntılı hissetme, depresyon yorgun olma sırasında yeme miktarında artma ya da azalma görülebilir. Yemek yeme davranışının arttığı ya da azaldığı bu iki durumda da kişi için yaşanacak bedensel değişiklik depresif tabloyu güçlendirebilmektedir. Bu duruma eşlik eden günlük işlevselliğe yönelik motivasyon kaybı fiziksel olarak hareketlilikte azalmaya ve obezite probleminde artışa sebep olabilmektedir. Bunun sonucunda kişi depresyonu ve obezitesi arasında bir kısır döngüye girebilmektedir.

Serter (2003) obeziteye sahip kişilerin başa çıkmakta zorlandığı sorunları sıklıkla kendine güvende azalma, çekingelik, sosyal yaşamdan geri çekilme, karşı cinsle ilişkilerde problemler, evlilik yaşantısı sorunları, depresyon olarak belirtmiştir.

Balcıoğlu (2008), obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin hangi yönde olduğunu yapılan çalışmalar üzerinde incelerken erişkinlerde önce obezite ardından depresyon geliştiğini, çocuklarda ise önce depresyon ardından obezite geliştiğini bildirmektedir.

Uzun (2004), bir çalışmasında obezite ve depresyon ilişkisine yönelik birçok araştırmanın aynı soru etrafında toplandığını ifade etmektedir. Hangisinin bir diğerini

etkilediği, yani depresyon ve obezite arasında görülen ilişkinin hangi yönde olduğudur. Birçok alışma depresyonun obezite için risk faktörü olduğunu savunur ve bununla ilgili sonuçlar elde ederken, birçok çalışma tam tersini savunmuş ve bulgulamıştır.

Faith ve arkadaşlarının 2011 yılında obezite ve depresyon ilişkisinin hangi yönde tutarlı bilgiler sunduğunu inceleyen bir gözden geçirme çalışması sonucunda %80'inin obezitenin depresyona sebep olduğuna; %53'ünün ise depresyonun obeziteye sebep olduğuna ulaşılmıştır. Tüm bunlar incelendiğinde obez olmanın depresyon geliştirme riskini artırdığı sonucu elde edilmiştir.

Depresyon kişinin sosyal yaşantısı üzerinde güçlü bir geri çekilmeye sebebiyet oluşturmaktadır. Depresif tablosunda değişiklik olmadığı sürece obeziteye sahip bir kişi depresyonunu ve yeme davranışındaki yanlışlığı güçlendirerek devam ettirecektir. Bu süreçte psikolojik destek sürece önemli olumlu katkı sağlayacaktır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Yöntem

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi başlıklarına yer verilmiştir.

Araştırmanın Modeli

Araştırma modeli, araştırmanın amacına uygun bir şekilde verilerin toplanması ve çözümlenebilmesi için gereken koşulların düzenlenebilmesini ifade etmektedir. Bu koşulların düzenlenmesinde iki temel yaklaşım söz konusudur. Bunlar tarama ve deneme modelleridir. Tarama modelleri, geçmişte veya halen var olan bir durumu olduğu gibi betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Tarama modeli araştırmalarda olayın ya da bireyin doğrudan kendisinin incelenebileceği gibi, önceden tutulmuş çeşitli kayıtlara (yazılı belgeler, istatistikler, resimler, vb.) dayalı olarak araştırma yapılabilir. İki farklı tarama modeli mevcuttur. Bunlar genel tarama modeli ve örnek olay tarama modelidir. Genel tarama modelleri ile tekil ya da ilişkisel tarama yapılabilir. Değişkenlerin tür ya da miktarlarının belirlendiği modeller, tekil tarama modelidir. Örneğin bir grupta kaç kız kaç erkek olduğunun ve bunların yüzde oranlarının belirlenmesi tekil tarama modeli ile yürütülebilir. İlişkisel tarama modelinde ise iki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve bu değişimin derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırmalarda kullanılır. Bu tür araştırmalarda aralarında ilişki aranacak değişkenler ayrı ayrı toplanarak sembolleştirilir. Ancak bu sembolleştirme ilişkisel bir çözümlenmeye olanak sağlayacak biçimde yapılmalıdır. Bu modelle zeka düzeyi akademik başarı arasındaki ilişki, sigara içme alışkanlığı ile akciğer kanserine yakalanma ilişkisi, sosyo-ekonomik düzey ile ailedeki çocuk sayısı, anne-baba eğitim durumu ile okul başarısı arasındaki ilişki gibi araştırmalarda ilişkisel tarama modeli kullanılmaktadır (Koç, 2013).

Araştırma halen var olan bir durumu olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayarak tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli türünde gerçekleştirilmiştir. Bu modelle kronik ağrıyla depresyon arasındaki ilişkiler ve bu ilişkiye obezitenin etkisi ortaya konmuştur.

Bunun yanında araştırmaya katılan bireylerin katkılarında herhangi bir şekilde değiştirilme çabası söz konusu olmamıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, 2015 yılı Haziran-Eylül ayları arasında İstanbul ilinde yaşayan kronik ağrıya sahip kişilerden oluşmaktadır. Örneklem modeli olarak, tesadüfi oransız küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Bu temelde sahip olduğu kronik ağrısından yakınan kişiler seçkisiz olarak (random) örneklem grubunu oluşturur. Oluşturulan örneklem grubuna 102 kadın, 84 erkek olmak üzere toplam 186 kişi katılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama yöntemi ankettir. Veri toplama araçları olarak; kişisel bilgi formu, Yeme Tutumu Testi, Beck Depresyon Envanteri, Vücut Algısı Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçme araçları ile ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda sunulmuştur.

Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri ise aşağıda belirtilmiştir (Özdamar, 2004);

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu kullanılmıştır. Bu formda kronik ağrı, ağrının şiddeti ve sıklığı, obezitenin varlığı ve depresyon düzeylerinin ilişkili olabileceği ve bunların yorumlanarak sonuca ulaşılması amacı göz önünde bulundurularak; boy, kilo, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kişinin sahip olduğu kronik ağrının türü, ağrının şiddeti, ağrının sıklığı şeklinde demografik özelliklerine ilişkin bilgiler alınmıştır. Kişisel bilgi formu kişilerin demografik bilgilerini toplamaya yönelik ilgili literatür taraması ışığında oluşturulmuştur.

Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu örneği Ek 1’de sunulmuştur.

Yeme Tutumu Testi

Katılımcıların yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukların değerlendirilmesi amacıyla uygulanır. Yeme Tutum Testi (YTT), Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında anoreksiya nervoza belirtilerinin objektif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 40 maddeden oluşan bir kendi-kendine bildirim ölçeğidir.

Hem yeme bozukluğu olan hastalardaki, hem de yeme bozukluğu olmayan bireylerdeki yeme davranışlarındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (Garner ve Garfinkel, 1979).

Kırk maddeden oluşur ve ölçüm altılı likert tipi ile yapılır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Savaşır ve Erol 1989) ve Türkçe formu için kesme puanı hesaplanmamıştır.

Ülkemizde, YTT’nin psikometrik özelliklerine ilişkin Savaşır ve Erol’un (1989) çalışmasında, ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=.65$, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise $.70$ olarak belirlenmiştir. Batur’un (2004) çalışmasında da, ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları kız öğrencilerde $.47$ ile $.90$ arasında, erkek öğrencilerde ise $.34$ ile $.80$ arasında bulunmuştur. YTT’nin geçerliğine ilişkin yapılan analizlerde ise YTT toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri (BDE) arasında pozitif ve anlamlı korelasyon ($r=.42$, $p<.01$) olduğu belirlenmiştir (Batur, 2004).

Ölçeğin bir örneği Ek 2’de verilmiştir.

Vücut Algısı Ölçeği

Secord ve Jourard tarafından geliştirilmiş, Türkçe’ye uyarlaması Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır.

Ölçek kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını belirlemeyi amaçlar.

Ölçek, 5 dereceli likert tipi cevaplanan 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200’dür ve puan artışı olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir (Hovardaoğlu, 1993).

Ölçeğin bir örneği Ek 3’de verilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri

Depresyonu çeşitli değişkenlere (çalışan gençler, ergenler, şiddet gören kadınlar, vb.) göre inceleyen pek çok araştırmada Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Bu araştırmada da katılımcıların depresyon düzeyini ölçmek amacıyla Beck ve ark. (1978) tarafından geliştirilip, Hisli (1988,1989) tarafından Türkçe’ye uyarlanan Beck Depresyon Envanteri kullanılacaktır.

Bu ölçeğin temel amacı, kişinin son bir hafta içindeki depresyon şiddetini saptamaktır. Ölçek, 21 maddeden oluşan ve her bir maddenin depresyon şiddetine göre sırasıyla 0, 1, 2, 3 şeklinde numaralandığı 4’lü Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir (Ünal, 2010). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Tegin (1980), tarafından yapılmıştır. Beck’in depresyon ölçeğinin güvenilirlik katsayısının $\alpha=0.86$ olduğu geçerlik katsayısının ise $\alpha=0.75$ olduğu Tegin tarafından bulunmuştur(Öner, 2006).

Envanterin iki yarım test güvenilirlik katsayısı .74, kriter geçerliği .65-.68 arasında bulunmuştur. Hisli’nin yapmış olduğu geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin kesme puanı 17 olarak saptanmış, 17 ve üzerindeki ölçek puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu büyük oranda ayırt edebildiği görülmüştür. Ancak ölçeğin kullanım amacı tanı koymak olmayıp hastalığın şiddetini belirlemektir.

Ölçeğin bir örneği Ek 4’de sunulmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 63 sorudan oluşmaktadır. Çoktan seçmeli soru tipiyle oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin on iki alt kategorisi bulunmaktadır. Bu alt ölçeklerin araştırmanın amacına yönelik ayrı ayrı kullanılabilmesi Rosenberg tarafından belirtilmiştir.

Beş maddesi pozitif, beş maddesi negatif ifadelerden oluşan bu 10 maddelik ölçekte puanlama Guttman ölçekleme tekniğine uygun bir şekilde yapılmaktadır. “Çok Doğru”, “Doğru”, ”Yanlış” ve “Çok Yanlış” seçeneklerinin yer aldığı 4 dereceli Likert türü bir ölçektir ve sorulardan beşi ters kodlanmıştır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre; 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3’den 0’a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz

kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir.

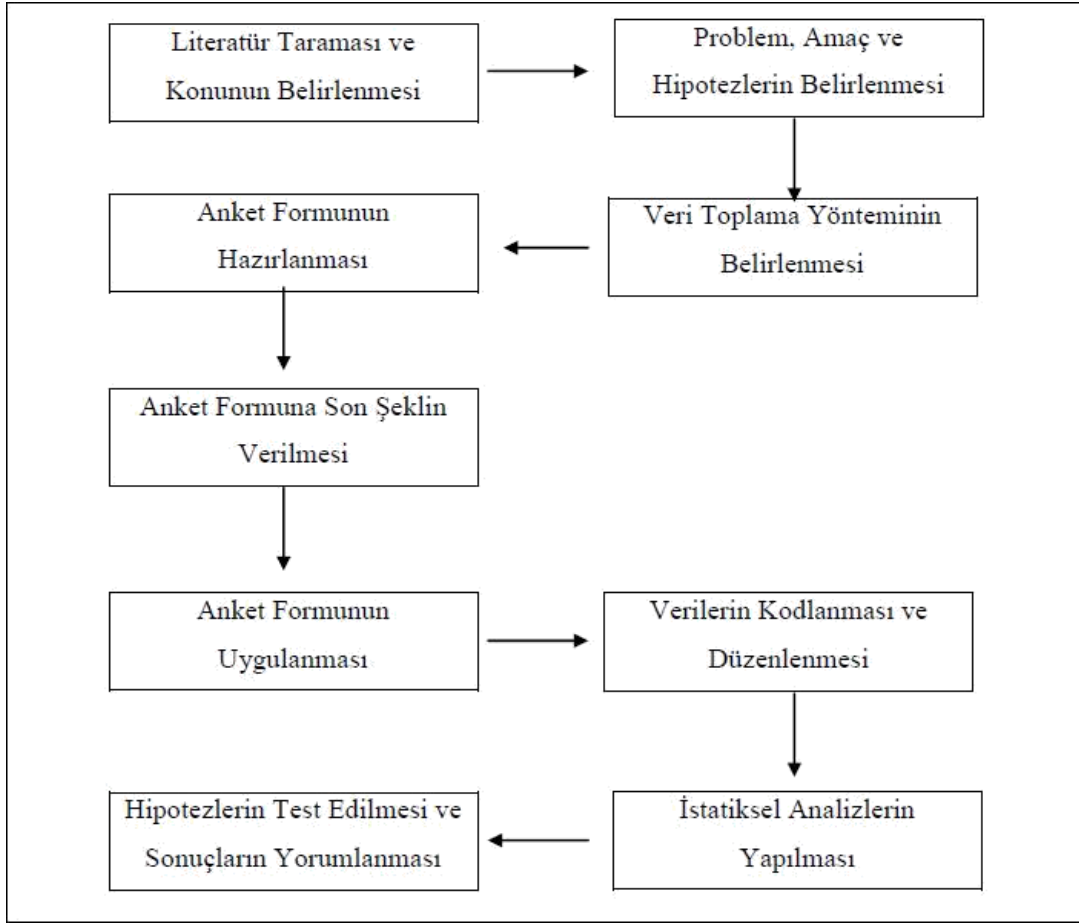
Ölçeğin evrensel ve kültüre özgü özelliklerini değerlendirmek amacıyla Schmitt ve Allik (2005) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek 28 dile çevrilmiş ve 16.998 katılımcıdan oluşan 53 ulusla çalışılmıştır. Ölçeğin faktör yapısının uluslar açısından uyumluluk analizi yapıldığında 52 ulusta ortalama 0.99 uyumluluk katsayısının olduğu, yalnızca 5 ulusta bu katsayının 0.95'in altına düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Tüm uluslar için ortalama güvenirlilik katsayısının da 0.81 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar ölçeğin evrensel değerlere sahip olduğunu ve farklı kültürlere uyumlu uluslararası bir geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir(Hamurcu, 2014).

Ölçeğin bir örneği Ek 5'de sunulmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırma için gerekli olan anketlerin doldurulması, uygulama öncesinde kişilere bizzat uygulama ile ilgili açıklamalar yapılmak suretiyle geerleştirilmiştir. Uygulama gönüllülük esasına dayalı şekilde yapılmış, gerekli açıklamalar yapılarak içten ve doğru cevaplar vermeleri konusunda teşvik edilmişlerdir.

Araştırmada izlenen yöntem şekil 'deki gibi özetlenebilir. Önceki bölümlerde literatür taraması yapılmış, amaç ve hipotezler ile araştırmanın kavramsal modeli oluşturulmuştur. Bundan sonraki takip eden maddelerde ise, veri toplama yöntemi, anket formunun hazırlanması, evren ve örneklemin belirlenmesi, anket formlarının uygulanması sonucu yapılarak istatistiksel analize yer verilmiştir.



Şekil 3: Analiz Yöntemi

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

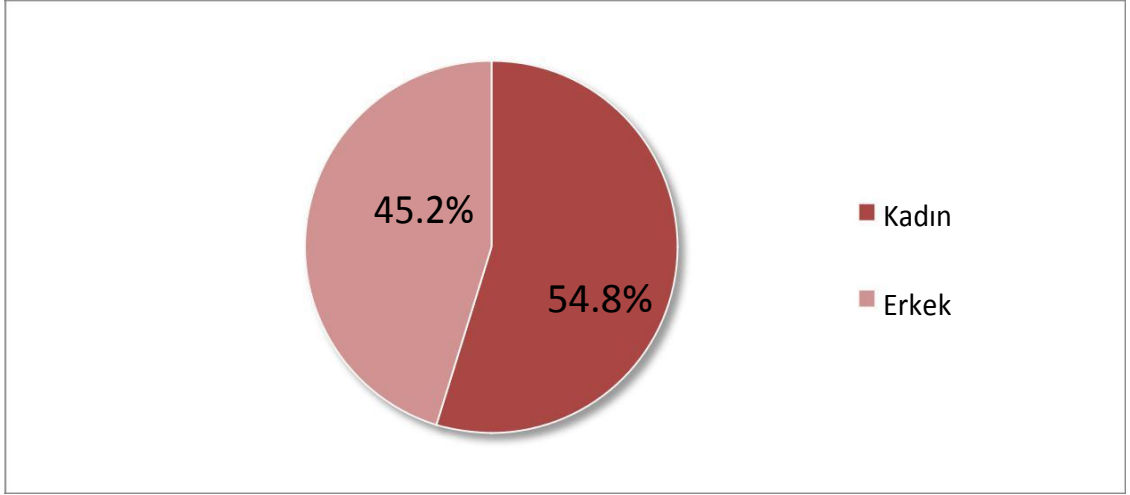
BÖLÜM IV

BULGULAR

Çalışma 2015 yılı Haziran-Eylül ayları arasında kronik ağrıya sahip kişilere %54.8'i (n=102) kadın, %45.2'si (n=84) erkek olmak üzere toplam 186 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları 18 ile 74 arasında değişmektedir.

Araştırmanın 186 kişiden oluşan örneğine ait bilgiler şu şekildedir.

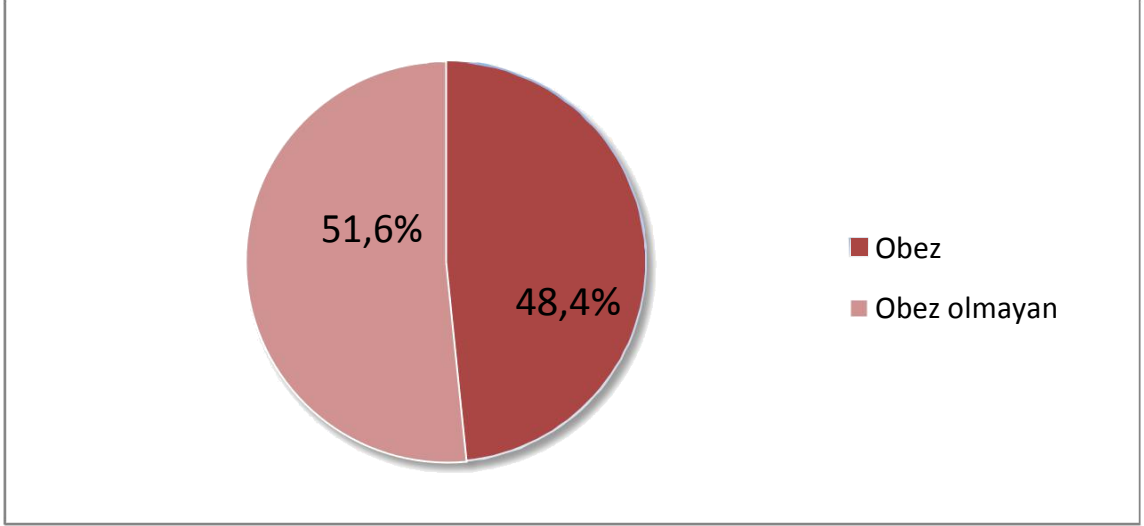
Araştırmaya katılan katılımcılar demografik açıdan incelendiğinde;



Katılımcıların %54.8'i kadın, %45.2'si erkektir. Araştırmaya sayısal olarak 102 kadın, 84 erkek katılımcı dahil olmuştur.

Yaşları 18 ile 74 arasında değişmektedir.

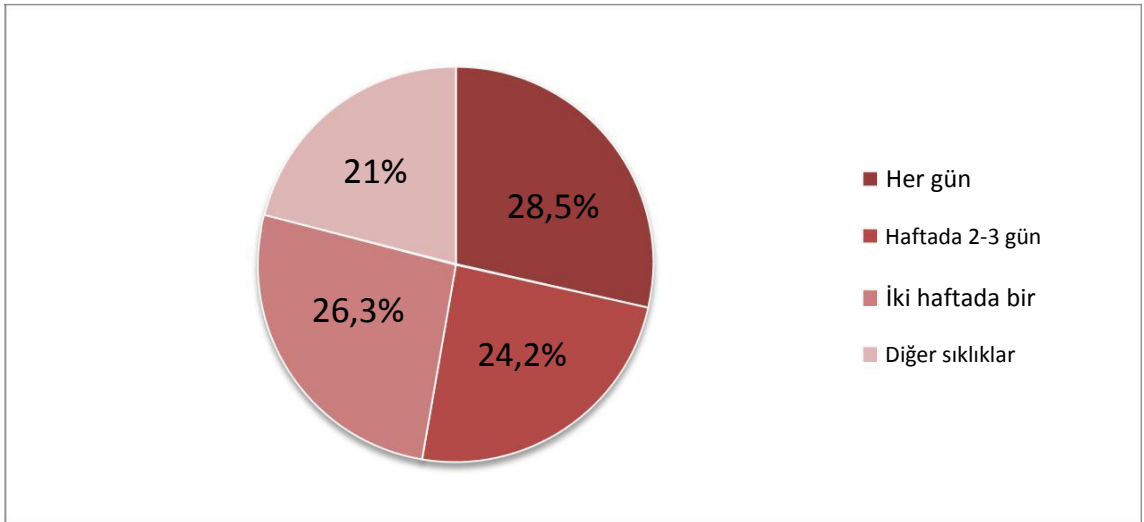
Olguların beden kitle endeksi (BMI) düzeyleri 16.53 ile 41.97 arasında değişmekte olup, ortalama 26.29 ± 5.01 kg/2'dir.



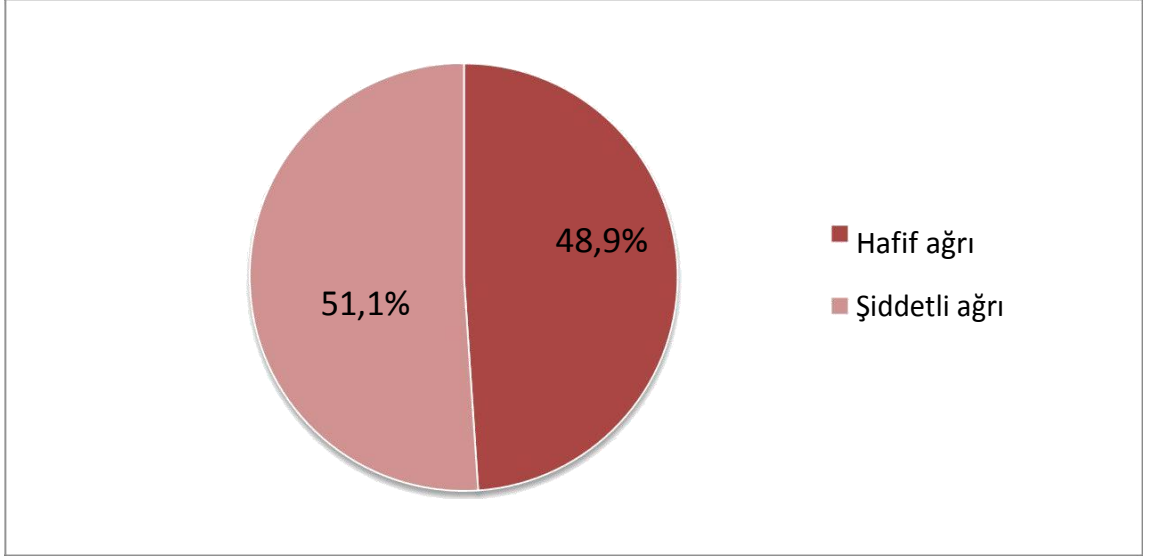
Olguların %51.6'sı obez değilken, %48.4'ü obezdir. Obez olmayan katılımcı sayısı 96, obez katılımcısı sayısı 90 kişiden oluşmuştur.

Olguların %15.1'i ilköğretim, %24.7'si lise, %16.1'i yüksekokul, %36.0'sı üniversite ve %8.1'i yüksek lisans/doktora mezunudur. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre sayıları; 28 kişi ilköğretim mezunu, 46 kişi lise mezunu, 30 kişi yüksekokul mezunu, 67 kişi üniversite mezunu, 15 kişi yüksek lisans/doktora mezunu şeklindedir.

Olguların %29.0'u bekar, %64.6'sı evli, %3.2'si boşanmış ve %3.2'si duldur. Dağılıma bakıldığında 54 bekar, 120 evli, 6 boşanmış ve 6 dul katılımcı görülmektedir.



Olguların %28.5'inin ağrısı her gün, %26.3'ünün iki haftada bir, %24.2'sinin haftada 2-3 gün ve %21.0'inin diğer sıklıklardadır. Bu katılımcıların 53'ü ağrısını her gün, 49'u iki haftada bir, 45'i haftada 2-3 gün ve 39'u ise diğer sıklıklarda yaşamaktadır.



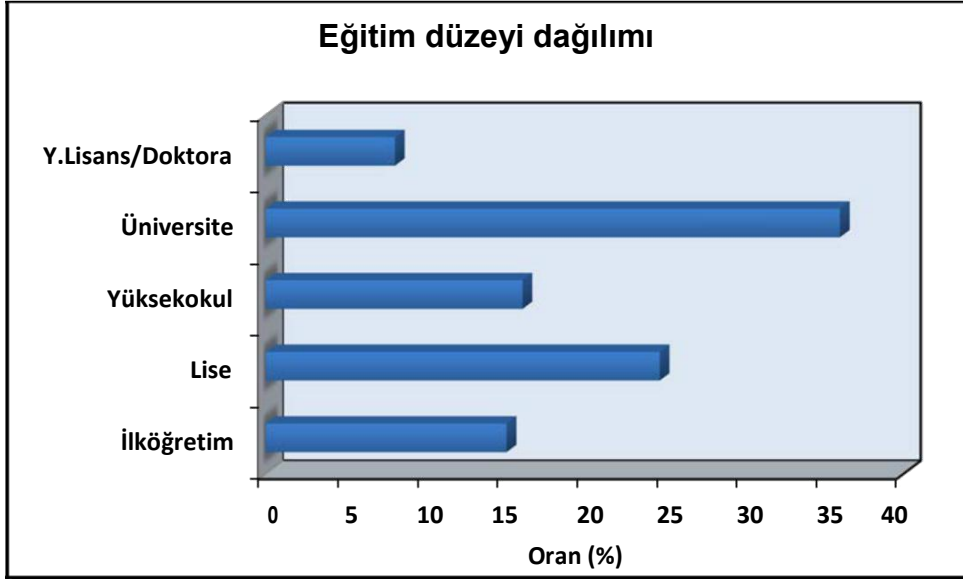
Olguların %48.9'unun ağrısı hafif, %51.1'inin şiddetlidir. Sayısal olarak 91 kişinin ağrısı hafif, 95 kişinin ağrısı şiddetlidir.

Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

	Min-Mak	Ort±SD
Yaş (yıl)	18-74	39,27±12,32
Boy (cm)	145-194	168,91±10,34
Kilo (kg)	45-130	75,16±16,56
BMI (kg/m²)	16,53-41,97	26,29±5,01
	n	%
Cinsiyet	Kadın	102 54,8
	Erkek	84 45,2

BMI düzey	Obez (-)	96	51,6
	Obez (+)	90	48,4
Eğitim durumu	İlköğretim	28	15,1
	Lise	46	24,7
	Yüksekokul	30	16,1
	Üniversite	67	36,0
	Y.Lisans/Doktora	15	8,1
Medeni durum	Bekar	54	29,0
	Evli	120	64,6
	Boşanmış	6	3,2
	Dul	6	3,2

Olguların %15.1'i (n=28) ilköğretim, %24.7'si (n=46) lise, %16.1'i (n=30) yüksekökol, %36.0'sı (n=67) üniversite ve %8.1'i (n=15) yüksek lisans/doktora mezunudur.



Şekil 1: Eğitim d¼zeyleri dağılımları

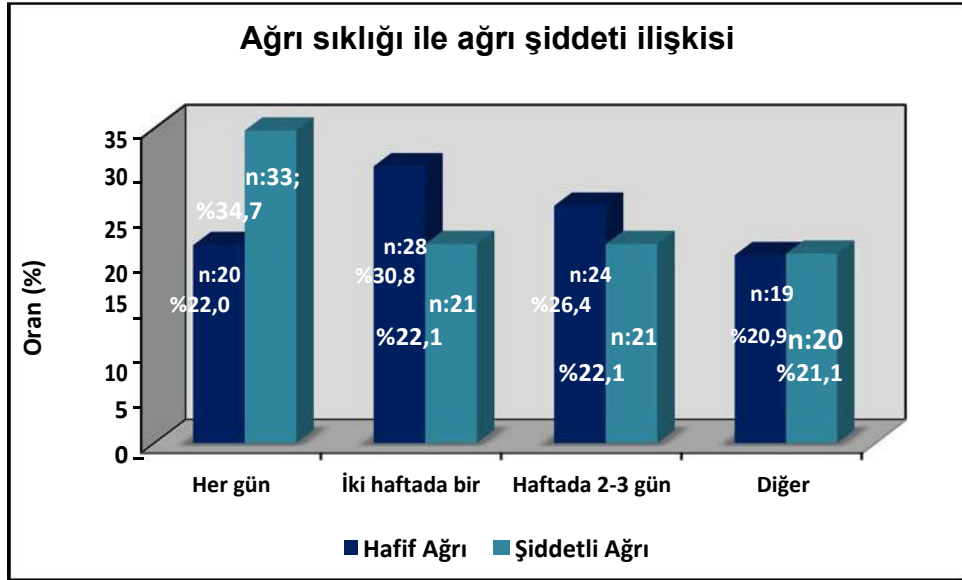
Olguların %29.0'u (n=54) bekar, %64.6'sı (n=120) evli, %3.2'si (n=6) boşanmış ve %3.2'si (n=6) duldur.

Tablo 2: Ağrıya İlişkin Bilgilerin Dağılımları

		n	%
Ağrı sıklığı	Her gün	53	28,5
	İki haftada bir	49	26,3
	Haftada 2-3 gün	45	24,2
	Diğer	39	21,0
Ağrı şiddeti	Hafif	91	48,9
	Şiddetli	95	51,1
Kronik ağrı nedeni	Migren	60	32,3
	Fıtık	51	27,4

Romatizma	37	19,9
Sinüzit	14	7,5
Diğer	24	12,9

Olguların %28.5'inin (n=53) ağrısı her gün, %26.3'ünün (n=49) iki haftada bir, %24.2'sinin (n=45) haftada 2-3 gün ve %21.0'inin (n=39) diğer sıklıklardır; %48.9'unun (n=91) ağrısı hafif, %51.1'inin (n=95) şiddetlidir.



Şekil 2: Ağrı sıklığı ile ağrı şiddeti ilişkisi

Tablo 3: Ağrı nedenlerinin ayrıntılı gösterimi

	n	%
Kronik ağrı nedeni Migren	60	32,3
Fıtık	51	27,4
Romatizma	37	19,9

Sinüzit	14	7,5
Ülser	4	2,2
Kireçleme	3	1,6
Menisküs	2	1,1
Fibromiyalji	2	1,1
Reflü	2	1,1
Tansiyon	2	1,1
Diyabet	1	0,5
Menier	1	0,5
Gastrit	1	0,5
Sırt Ağrısı	1	0,5
Glokom	1	0,5
Behçet	1	0,5
Tiroit	1	0,5
Kas Spazmı	1	0,5
Vertigo	1	0,5

Kronik ağrı nedenleri incelendiğinde, %32.3'ünün (n=60) migren, %27.4'ünün (n=51) fitik, %7.5'inin (n=14) sinüzit ve %12.9'unun (n=24) diğer nedenlerdir.

Tablo 4: Yeme Tutumu Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
--------------	----------------	----------------	--------------	----------------	---------------------

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Başkalarıyla birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	51 (27,4)	19 (10,2)	42 (22,6)	61 (32,8)	11 (5,9)	2 (1,1)
Başkaları için yemek pişiririm, ama pişirdiğim yemeği yemem.	8 (4,3)	2 (1,1)	5 (2,7)	29 (15,6)	48 (25,8)	94 (50,5)
Yemekten önce sıkıntılı olurum.	8 (4,3)	7 (3,8)	9 (4,8)	26 (14)	45 (24,2)	91 (48,9)
Şişmanlamaktan ödüm kopar.	52 (28)	12 (6,5)	18 (9,7)	35 (18,8)	36 (19,4)	33 (17,7)
Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	55 (29,6)	31 (16,7)	49 (26,3)	34 (18,3)	12 (6,5)	5 (2,7)
Aklım fikrim yemektedir.	13 (7)	7 (3,8)	15 (8,1)	37 (19,9)	57 (30,6)	57 (30,6)
Yemek yemeği durduramadığım zamanlar olur.	11 (5,9)	11 (5,9)	13 (7)	33 (17,7)	46 (24,7)	72 (38,7)
Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	32 (17,2)	14 (7,5)	24 (12,9)	48 (25,8)	39 (21)	29 (15,6)
Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	16 (8,6)	5 (2,7)	18 (9,7)	47 (25,3)	43 (23,1)	57 (30,6)
Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	12 (6,5)	14 (7,5)	23 (12,4)	53 (28,5)	43 (23,1)	41 (22)

Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.	26 (14)	16 (8,6)	26 (14)	81 (43,5)	29 (15,6)	8 (4,3)
Ailem fazla yememi bekler.	19 (10,2)	8 (4,3)	9 (4,8)	27 (14,5)	37 (19,9)	86 (46,2)
Yemek yedikten sonra kusarım.	3 (1,6)	4 (2,2)	3 (1,6)	9 (4,8)	11 (5,9)	156 (83,9)
Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	6 (3,2)	8 (4,3)	8 (4,3)	42 (22,6)	35 (18,8)	87 (46,8)
Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	36 (19,4)	13 (7)	16 (8,6)	43 (23,1)	39 (21)	39 (21)
Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	6 (3,2)	4 (2,2)	13 (7)	35 (18,8)	52 (28)	76 (40,9)
Günde birkaç kere tartılırım.	6 (3,2)	7 (3,8)	8 (4,3)	31 (16,7)	42 (22,6)	92 (49,5)
Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	13 (7)	10 (5,4)	13 (7)	28 (15,1)	22 (11,8)	100 (53,8)
Et yemekten hoşlanırım.	57 (30,6)	26 (14)	47 (25,3)	41 (22)	12 (6,5)	3 (1,6)
Sabahları erken uyanırım.	67 (36)	32 (17,2)	35 (18,8)	34 (18,3)	12 (6,5)	6 (3,2)
Günlerce aynı yemeği yerim.	6 (3,2)	9 (4,8)	16 (8,6)	52 (28)	56 (30,1)	47 (25,3)
Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	22 (11,8)	15 (8,1)	18 (9,7)	40 (21,5)	33 (17,7)	58 (31,2)
Adetlerim düzenlidir.	35	15	12	10	4 (5,1)	3 (3,8)

	(44,3)	(19,0)	(15,2)	(12,7)		
Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	13 (7)	10 (5,4)	4 (2,2)	18 (9,7)	34 (18,3)	107 (57,5)
Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	34 (18,3)	11 (5,9)	30 (16,1)	28 (15,1)	41 (22)	42 (22,6)
Yemeklerimi yemek başkalarımkinden daha uzun sürer.	18 (9,7)	17 (9,1)	19 (10,2)	42 (22,6)	44 (23,7)	46 (24,7)
Lokantada yemek yemeyi severim.	29 (15,6)	25 (13,4)	34 (18,3)	63 (33,9)	22 (11,8)	13 (7)
Müşhil kullanırım.	4 (2,2)	7 (3,8)	3 (1,6)	9 (4,8)	10 (5,4)	153 (82,3)
Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	19 (10,2)	15 (8,1)	23 (12,4)	48 (25,8)	36 (19,4)	45 (24,2)
Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	13 (7)	10 (5,4)	8 (4,3)	44 (23,7)	42 (22,6)	69 (37,1)
Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	29 (15,6)	11 (5,9)	27 (14,5)	52 (28)	31 (16,7)	36 (19,4)
Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	26 (14)	22 (11,8)	40 (21,5)	60 (32,3)	27 (14,5)	11 (5,9)
Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.	16 (8,6)	6 (3,2)	11 (5,9)	18 (9,7)	31 (16,7)	104 (55,9)

Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	8 (4,3)	6 (3,2)	12 (6,5)	24 (12,9)	54 (29)	82 (44,1)
Kabızlıktan yakınırım.	14 (7,5)	11 (5,9)	21 (11,3)	35 (18,8)	42 (22,6)	63 (33,9)
Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	19 (10,2)	6 (3,2)	15 (8,1)	40 (21,5)	51 (27,4)	55 (29,6)
Perhiz yaparım.	9 (4,8)	3 (1,6)	14 (7,5)	37 (19,9)	41 (22)	82 (44,1)
Midemin boş olmasından hoşlanırım.	10 (5,4)	4 (2,2)	16 (8,6)	45 (24,2)	46 (24,7)	65 (34,9)
Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	11 (5,9)	9 (4,8)	20 (10,8)	75 (40,3)	38 (20,4)	33 (17,7)
Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	9 (4,8)	2 (1,1)	8 (4,3)	3 (1,6)	20 (10,8)	144 (77,4)

Yeme Tutumu Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 3’de görülmektedir.

Yeme tutumunun 23 sorusuna 102 kadın olgudan 79’u yanıtlamıştır, 23 olguda ise menopoz görülmektedir.

Tablo 5: Yeme Tutumu Ölçeği Puan Dağılımı

	Soru Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±SD	Cronbach’s Alpha
Yeme Tutumu puanı	40	2-97 (18,5)	22,52±15,82	0,920

	n	%
Düşük (< 30 puan)	150	80,6
Yüksek (≥ 30 puan)	36	19,4

Olguların yeme tutumu ölçek puanları 2 ile 97 arasında değişmekte olup, ortalama 22.52±15.82'dir; %19.4'ünün (n=36) yeme tutumu puanı yüksek düzeydedir.

Yeme Tutumu Ölçeğine toplam puanına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0.920 olup, ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söylenebilir.

Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

< 0.40 ise ölçek güvenilir değildir.

<0.60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tablo 6: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	127 (68,3)	54 (29)	2 (1,1)	3 (1,6)
Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	111 (59,7)	73 (39,2)	2 (1,1)	0 (0)
Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	11 (5,9)	15 (8,1)	99 (53,2)	61 (32,8)
Ben de diğer insanların birçoğunun	101 (54,3)	78 (41,9)	6 (3,2)	1 (0,5)

yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.				
Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.	9 (4,8)	28(15,1)	84 (45,2)	65 (34,9)
Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	92 (49,5)	85(45,7)	8 (4,3)	1 (0,5)
Genel olarak kendimden memnunum.	90 (48,4)	85(45,7)	9 (4,8)	2 (1,1)
Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	33 (17,7)	66(35,5)	57 (30,6)	30 (16,1)
Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.	11 (5,9)	16(8,6)	77 (41,4)	82 (44,1)
Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	10 (5,4)	27(14,5)	68 (36,6)	81 (43,5)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı Tablo 6'de görülmektedir.

Tablo 7: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Puan Dağılımı

	Soru Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±SD	Cronbach's Alpha
Benlik Saygısı puanı	10	0-3,5 (0,75)	0,87±0,61	0,475
	n	%		
Düşük (5-6 puan)	-	-		
Orta (2-4 puan)	12	6,5		

Yüksek (0-1 puan)	174	93,5
--------------------------	-----	------

Olguların benlik saygısı ölçek puanları 0 ile 3,5 arasında değişmekte olup, ortalama 0.87 ± 0.61 'dir; %6.5'inin (n=12) benlik saygısı orta, %93.5'inin (n=174) ise yüksek düzeydedir.

Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0.475, ölçeğimizin düşük derecede güvenilir olduğunu söylenebilir. Ancak ölçeğin ilk 10 soruluk kısmını kullanmamız sebebiyle sonucun bu şekilde çıktığını söylenebilir.

Tablo 8: Vücut Algısı Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	<small>Çok düşük benlik saygısı</small>	<small>Orta benlik saygısı</small>	Kararsızım	<small>Orta benlik saygısı</small>	<small>Yüksek benlik saygısı</small>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Saçlarım	51 (27,4)	72 (38,7)	18 (9,7)	34 (18,3)	11 (5,9)
Yüzümün rengi	47 (25,3)	100 (53,8)	25 (13,4)	13 (7,0)	1 (0,5)
İştahım	47 (25,3)	62 (33,3)	32 (17,2)	27 (14,5)	18 (9,7)
Ellerim	53 (28,5)	91 (48,9)	15 (8,1)	25 (13,4)	2 (1,1)
Vücudumdaki kıl dağılımı	48 (25,8)	65 (34,9)	25 (13,4)	31 (16,7)	17 (9,1)
Burnum	51 (27,4)	68 (36,6)	31 (16,7)	26 (14)	10 (5,4)
Fiziksel gücüm	51 (27,4)	74 (39,8)	20 (10,8)	30 (16,1)	11 (5,9)
İdrar – dışkı düzenim	34 (18,3)	74 (39,8)	29 (15,6)	35 (18,8)	14 (7,5)
Kas kuvvetim	42 (22,6)	62 (33,3)	31 (16,7)	36 (19,4)	15 (8,1)

Belim	37 (19,9)	50 (26,9)	30(16,1)	50 (26,9)	19 (10,2)
Enerji düzeyim	50 (26,9)	61 (32,8)	27(14,5)	38 (20,4)	10 (5,4)
Sırtım	44 (23,7)	66 (35,5)	23(12,4)	41 (22)	12 (6,5)
Kulaklarım	58 (31,2)	89 (47,8)	21(11,3)	15 (8,1)	3 (1,6)
Yaşım	69 (37,1)	82 (44,1)	23(12,4)	8 (4,3)	4 (2,2)
Çenem	75 (40,3)	88 (47,3)	13(7,0)	6 (3,2)	4 (2,2)
Vücut yapım	48 (25,8)	76 (40,9)	34(18,3)	24 (12,9)	4 (2,2)
Profilim	59 (31,7)	92 (49,5)	16(8,6)	15 (8,1)	4 (2,2)
Boyum	55 (29,6)	76 (40,9)	19(10,2)	31 (16,7)	5 (2,7)
Duyularımın keskinliği	70 (37,6)	81 (43,5)	14(7,5)	18 (9,7)	3 (1,6)
Ağrıya dayanıklılığım	42 (22,6)	71 (38,2)	29(15,6)	26 (14)	18 (9,7)
Omuzlarımın genişliği	56 (30,1)	89 (47,8)	25(13,4)	11 (5,9)	5 (2,7)
Kollarım	56 (30,1)	94 (50,5)	20(10,8)	13 (7,0)	3 (1,6)
Göğüslerim	46 (24,7)	78 (41,9)	23(12,4)	32 (17,2)	7 (3,8)
Gözlerimin şekli	75 (40,3)	84 (45,2)	15(8,1)	10 (5,4)	2 (1,1)
Sindirim sistemim	50 (26,9)	77 (41,4)	17(9,1)	31 (16,7)	11 (5,9)
Kalçalarım	55 (29,6)	65 (34,9)	32(17,2)	24 (12,9)	10 (5,4)
Hastalığa direncim	45 (24,2)	70 (37,6)	23(12,4)	30 (16,1)	18 (9,7)
Bacaklarım	48 (25,8)	73 (39,2)	28(15,1)	29 (15,6)	8 (4,3)
Dişlerimin şekli	57 (30,6)	63 (33,9)	29(15,6)	27 (14,5)	10 (5,4)
Cinsel gücüm	56 (30,1)	73 (39,2)	28(15,1)	18 (9,7)	11 (5,9)

Ayaklarım	55 (29,6)	81 (43,5)	20(10,8)	22(11,8)	8 (4,3)
Uyku düzenim	50 (26,9)	60 (32,3)	31(16,7)	35(18,8)	10 (5,4)
Sesim	56 (30,1)	78 (41,9)	19(10,2)	27(14,5)	6 (3,2)
Sağlığım	29 (15,6)	74 (39,8)	44(23,7)	27(14,5)	12 (6,5)
Cinsel faaliyetlerim	48 (25,8)	72 (38,7)	35(18,8)	17(9,1)	14 (7,5)
Dizlerim	35 (18,8)	76 (40,9)	30(16,1)	32(17,2)	13 (7)
Vücudumun duruş şekli	44 (23,7)	75 (40,3)	25(13,4)	31(16,7)	11 (5,9)
Yüzümün şekli	62 (33,3)	92 (49,5)	17(9,1)	12(6,5)	3 (1,6)
Kilom	26 (14,0)	49 (26,3)	32(17,2)	45(24,2)	34 (18,3)
Cinsel organlarım	57 (30,6)	77 (41,4)	35(18,8)	14(7,5)	3 (1,6)

Vücut Algısı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 9: Vücut Algısı ölçeği toplam puanı dağılımı

	Soru Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±SD	Cronbach’s Alpha
Vücut Algısı ölçeği toplam puanı	40	40-157 (92)	91,56±26,08	0,949

Vücut Algısı ölçeği toplam puanı 40 ile 157 arasında değişmekte olup, ortalama 91.56’dir.

Vücut Algısı Ölçeğine toplam puanına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0.949 olup, ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söylenebilir.

Tablo 10: Beck Depresyon Düzeyleri Dağılımı

	Soru Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±SD	Cronbach's Alpha
Beck Depresyon puanı	21	0-36 (9,5)	11,34±8,35	0,864
	n	%		
Depresyon (-) (<17 puan)	139	74,7		
Depresyon (+) (≥ 17 puan)	47	25,3		

Olguların beck depresyon puanları 0 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama 11.34±8.35'dir; %74.7'sinde (n=139) depresyon görülmezken, %25.3'ünde (n=47) depresyon görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeğine toplam puanına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0.864 olup, ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söylenebilir.

Tablo 11: Ölçek Puanlarının İlişkisi

	Toplam (n=186)		Obez (-) (n=96)		Obez (+) (n=90)	
	r	p	r	p	R	p
Yeme Tutumu • Vücut Algısı	0,025	0,734	0,045	0,665	-0,026	0,806
Yeme Tutumu • Beck Depresyon	0,274	0,001**	0,370	0,001**	0,137	0,198
Vücut Algısı • Beck Depresyon	0,455	0,001**	0,398	0,001**	0,507	0,001**

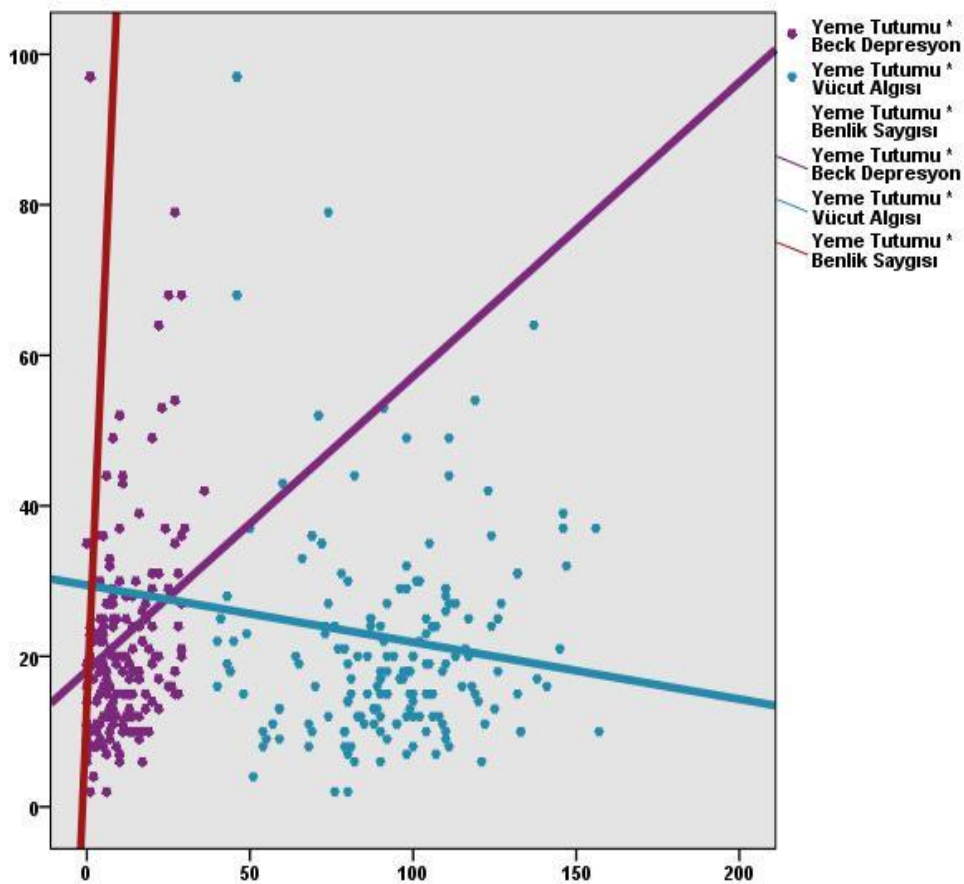
Vücut Algısı • Benlik Saygısı	0,278	0,001**	0,448	0,001**	0,082	0,441
-------------------------------	-------	---------	-------	---------	-------	-------

r: Spearman 's Korelasyon Katsayısı ***p*<0.01 **p*<0.05

Tüm olgularda;

Yeme tutumu ölçek puanı ile vücut algısı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

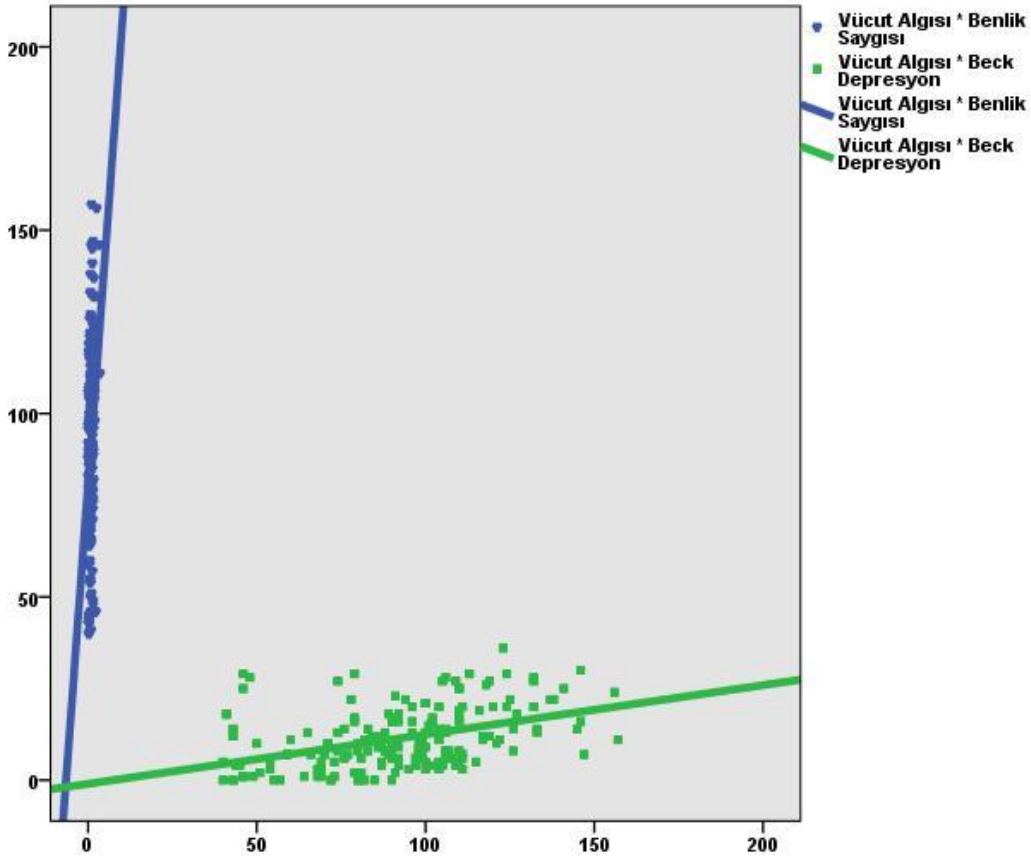
Yeme tutumu ölçek puanı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0.274$; $p=0.001$; $p<0.01$). Bu bilgiye dayanarak depresyon düzeyi arttıkça, yeme tutumu puanının da arttığı bir sonuç elde edilmiştir.



Şekil 3: Yeme tutumu ölçek puanı ile vücut algısı, beck depresyon ve benlik saygısı ölçek puanlarının ilişkisi

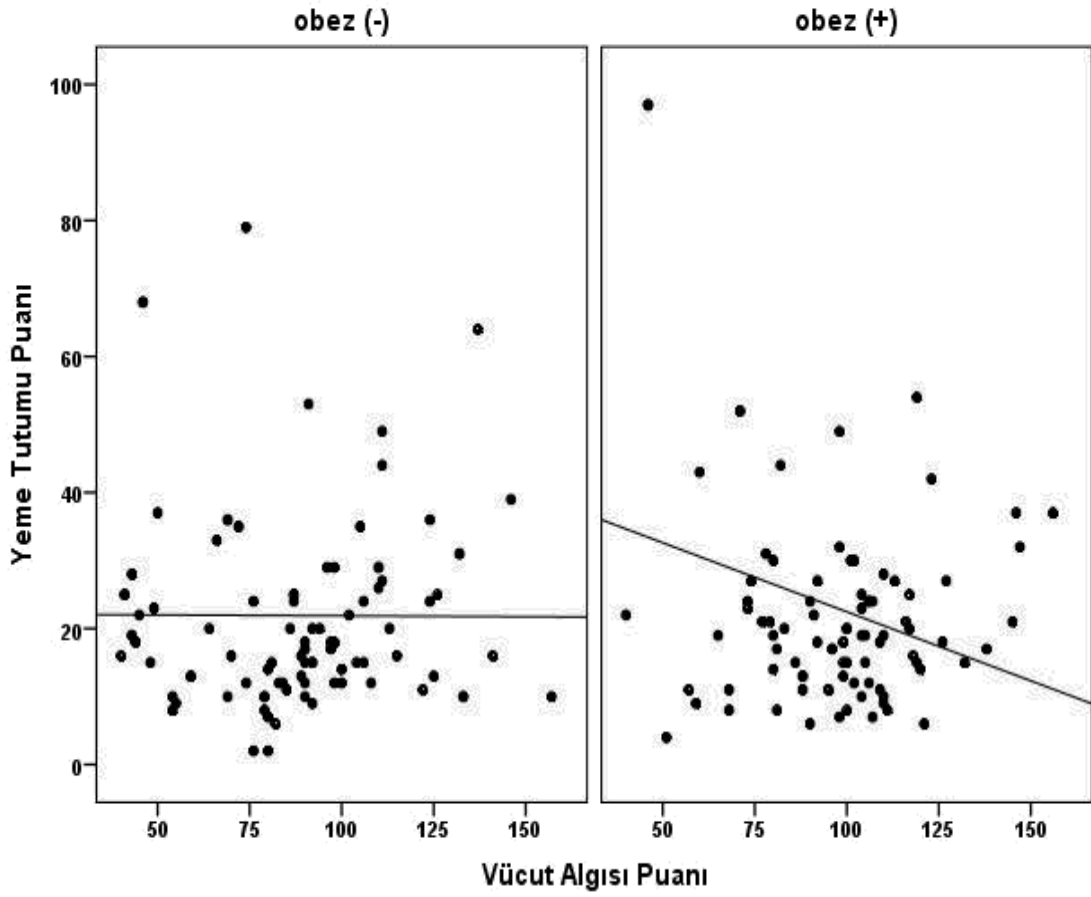
Vücut algısı puanı ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0.455; p=0.001; p<0.01).

Vücut algısı puanı ile benlik saygısı puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yani benlik saygısı puanı arttıkça, vücut algısı puanı da artar (r: 0.278; p=0.001; p<0.01).



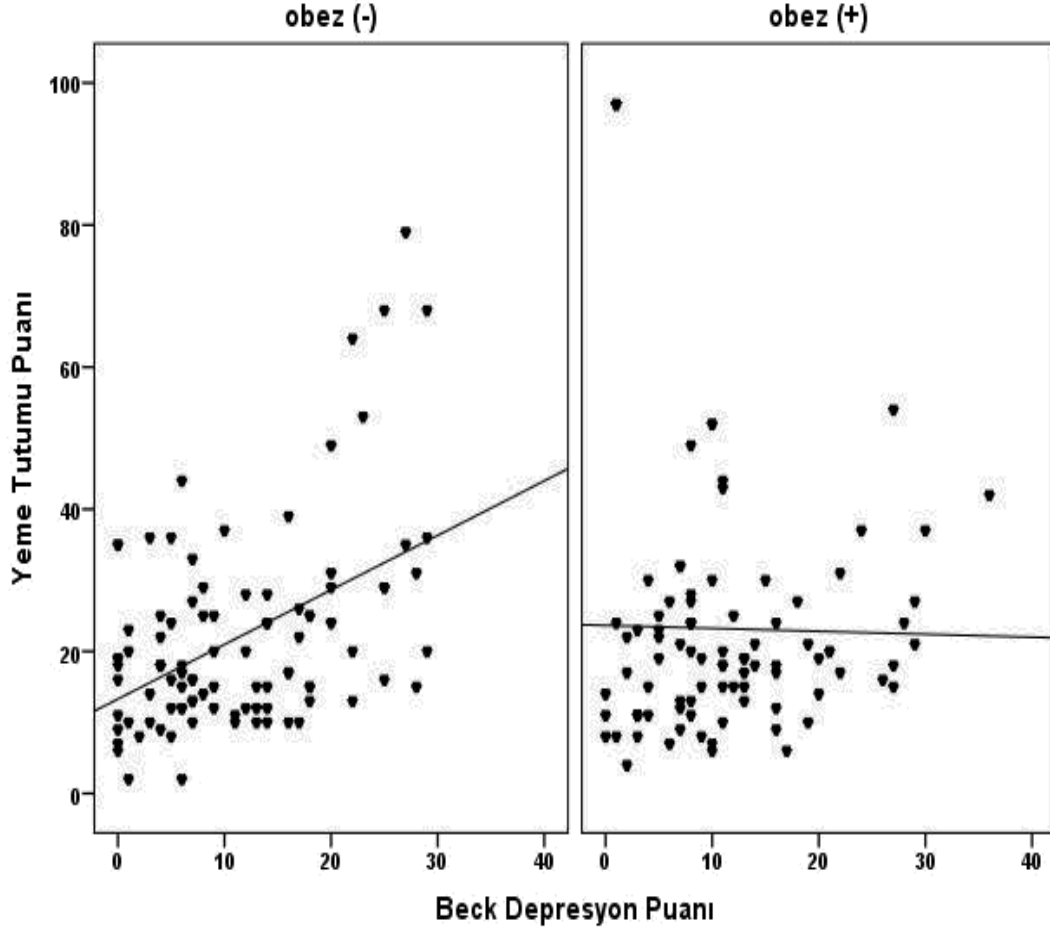
Şekil 4: Vücut algısı ile beck depresyon ve benlik saygısı ölçek puanlarının ilişkisi

Obez olmayan olgularda; Yeme tutumu ölçek puanı ile vücut algısı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05). **Obez olgularda;** Yeme tutumu ölçek puanı ile vücut algısı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).



Şekil 5: Obezite varlığına göre Yeme tutumu ile Vücut algısı ölçek puanlarının ilişkisi

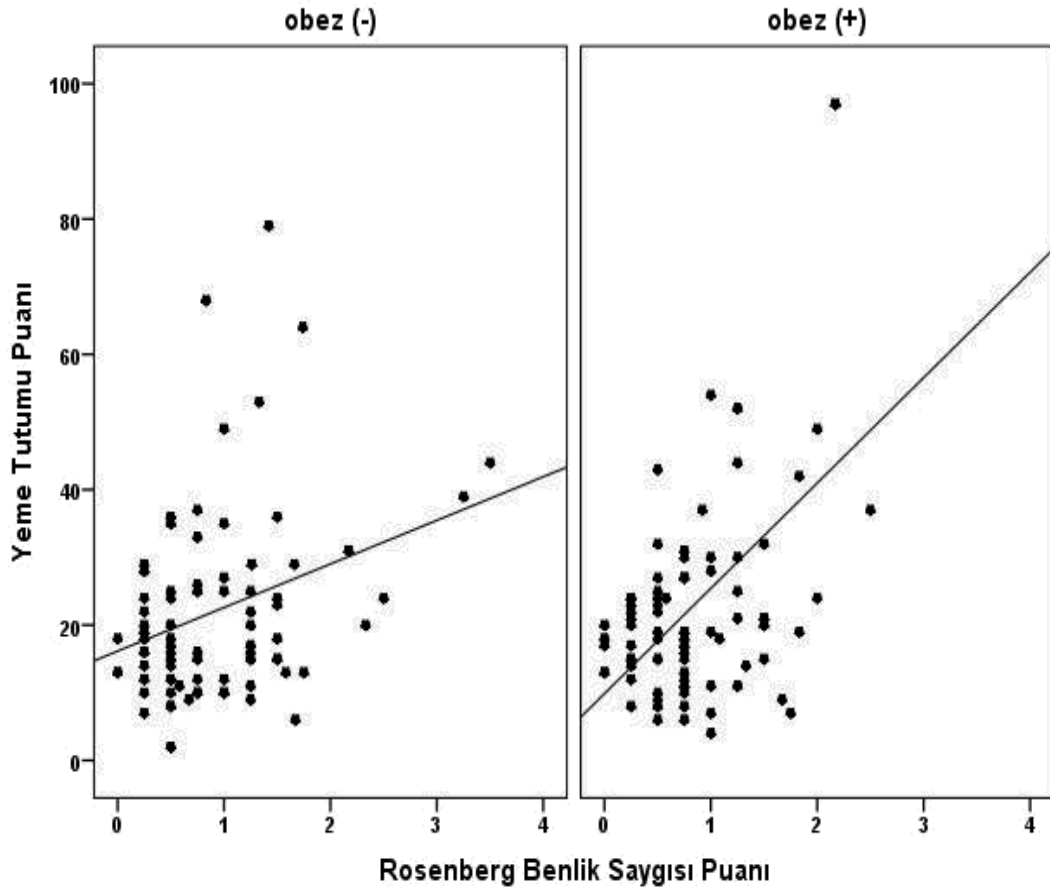
Obez olmayan olgularda; Yeme tutumu ölçek puanı ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü (depresyon düzeyi arttıkça, yeme tutumu puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0.370$; $p=0.001$; $p<0.01$). **Obez olgularda;** Yeme tutumu ölçek puanı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 6: Obezite varlığına göre Yeme tutumu ile Beck depresyon ölçek puanlarının ilişkisi

Obez olmayan olgularda; Yeme tutumu ölçek puanı ile benlik saygısı puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0.247$; $p=0.015$; $p<0.05$).

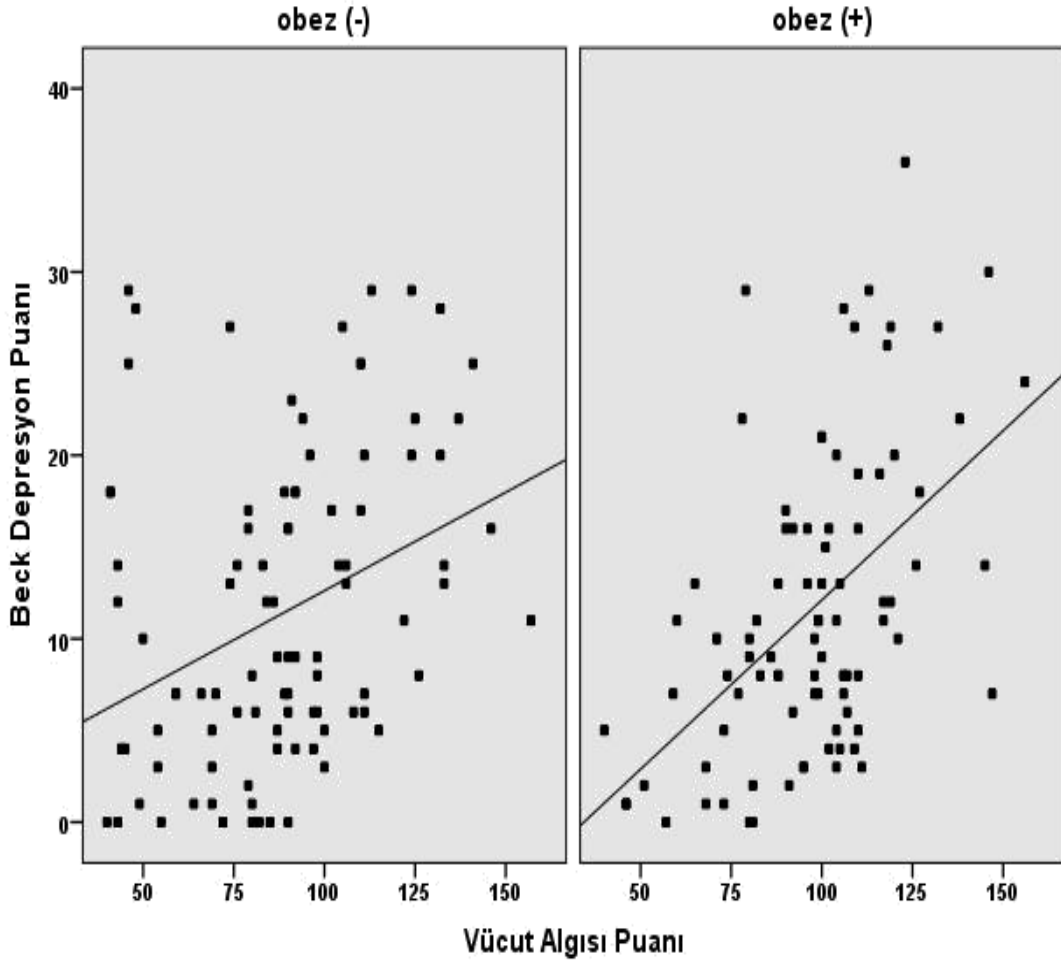
Obez olgularda; Yeme tutumu ölçek puanı ile benlik saygısı puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0.269$; $p=0.010$; $p<0.05$).



Şekil 7: Obezite varlığına göre Yeme tutumu ile Rosenberg benlik saygısı ölçek puanlarının ilişkisi

Obez olmayan olgularda; Vücut algısı puanı ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0.398$; $p=0.001$; $p<0.01$). Elde edilen sonuca göre vücut algısı puanı arttıkça, depresyon puanı da artar.

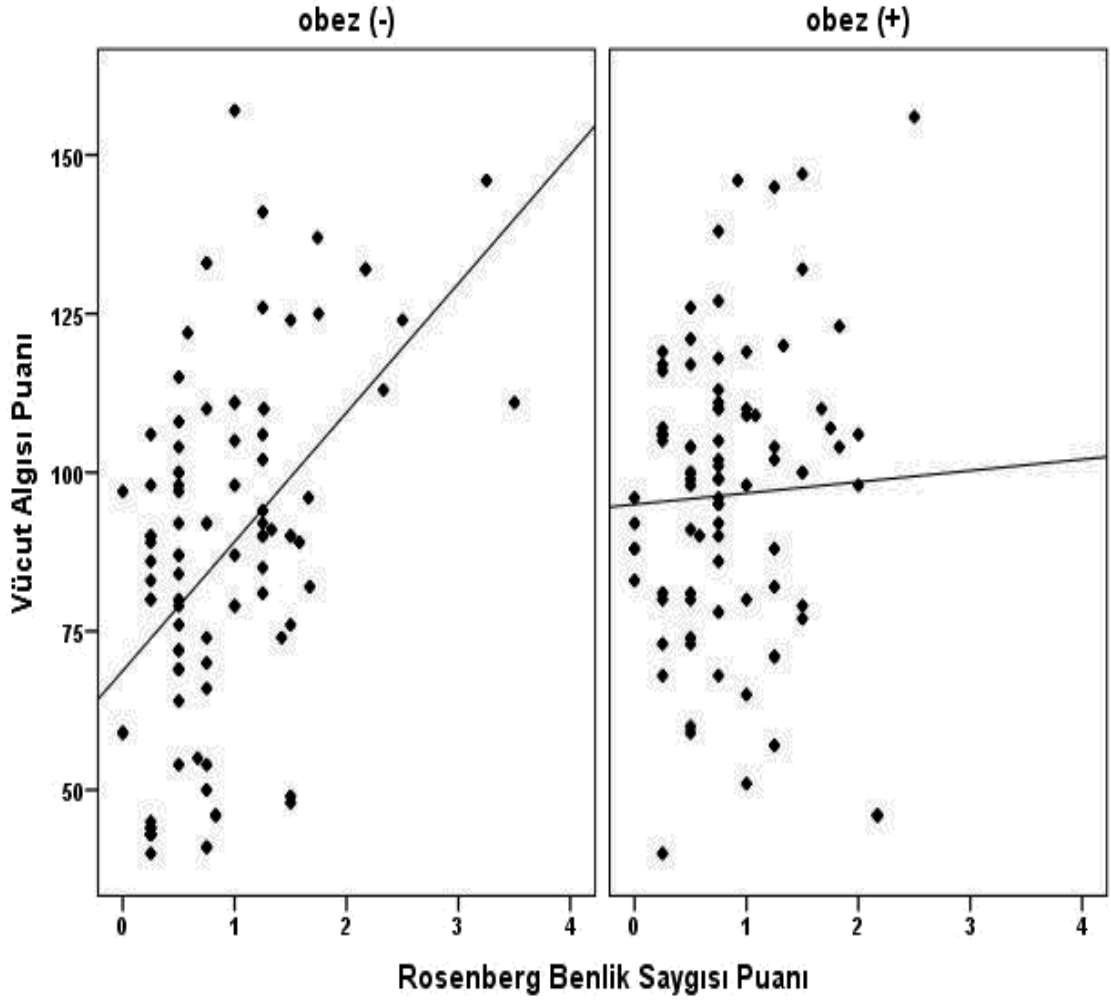
Obez olgularda; Vücut algısı puanı ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0.507$; $p=0.001$; $p<0.01$). Elde edilen sonuca göre vücut algısı puanı arttıkça, depresyon puanı da artar.



Şekil 8: Obezite varlığına göre Vücut algısı ile Beck depresyon ölçek puanlarının ilişkisi

Obez olmayan olgularda; Vücut algısı puanı ile benlik saygısı puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0.448$; $p=0.001$; $p<0.01$). Elde edilen sonuca göre benlik saygısı puanı arttıkça, vücut algısı puanı da artar.

Obez olgularda; Vücut algısı puanı ile benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 9: Obezite varlığına göre Vücut algısı ile Rosenberg benlik saygısı ölçek puanlarının ilişkisi

Tablo 12: Obezite Varlığına Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Obez (n=96)	(-) Obez (n=90)	(+)	Test değeri	p
		Ort±SD	Ort±SD			
Yaş (yıl)		33,70±10,02	45,21±11,80		t: 7,190	^a 0,001**
Boy (cm)		170,38±10,10	167,34±10,42		t: -2,014	^a 0,045*
Kilo (kg)		65,46±10,42	85,52±15,62		t: 10,231	^a 0,001**
BMI (kg/m²)		22,44±1,96	30,40±3,87		-	-
		n (%)	n (%)			
Cinsiyet	Kadın	51 (50,0)	51 (50,0)		χ²: 0,235	^c 0,628
	Erkek	45 (53,6)	39 (46,4)			
Eğitim durumu	İlköğretim	9 (32,1)	19 (67,9)		χ²: 6,742	^c 0,150
	Lise	25 (54,3)	21 (45,7)			
	Yüksekokul	14 (46,7)	16 (53,3)			
	Üniversite	38 (56,7)	29 (43,3)			
	Y.Lisans/ Doktora	10 (66,7)	5 (33,3)			
Medeni durum	Bekar	36 (66,7)	18 (33,3)		χ²:11,285	^c 0,004**
	Evli	58 (48,3)	62 (51,7)			
	Boşanmış/dul	2 (16,7)	10 (83,3)			

^aStudent t Test

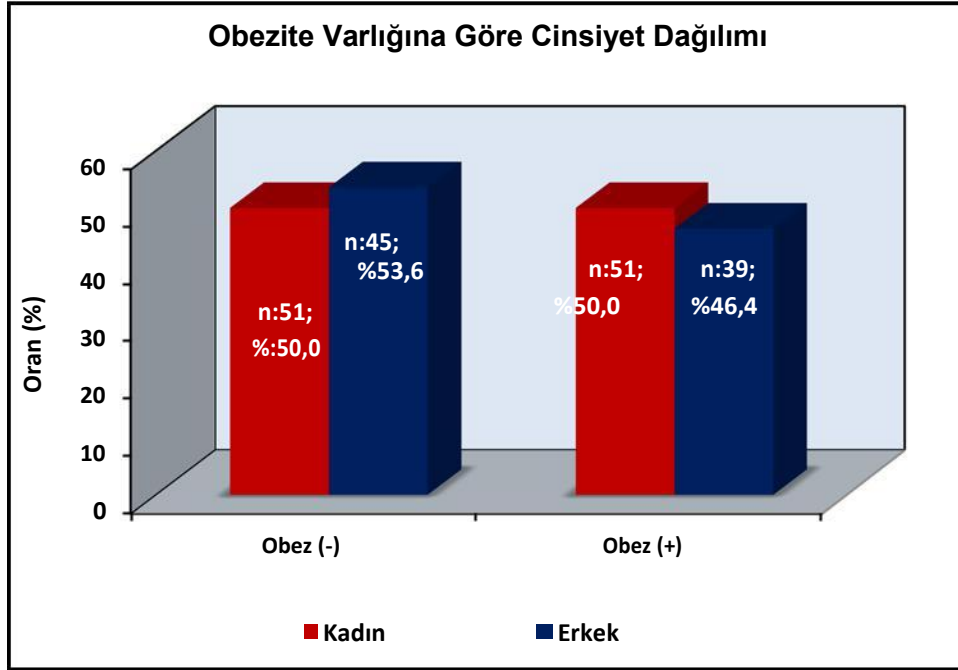
^cPearson Ki-kare Test

**p<0.01

*p<0.05

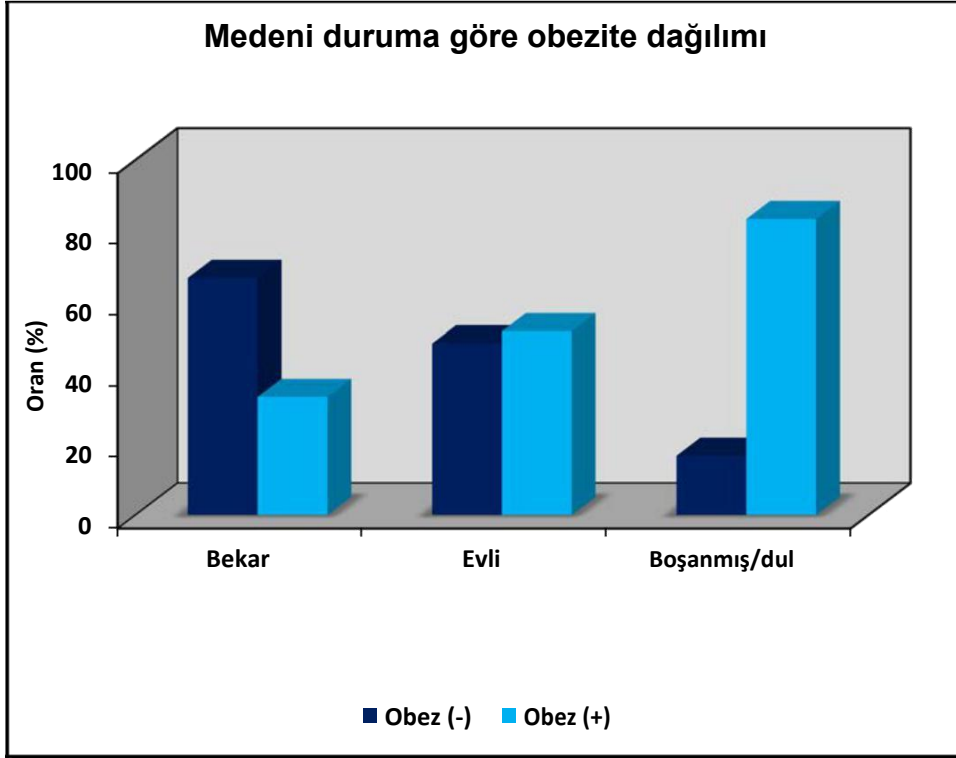
Obez olguların yaş ($p=0.001$) ve kilo ($p=0.001$) düzeylerinin, obez olmayanlardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Obezite varlığına göre olguların cinsiyet dağılımları ve eğitim düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



Şekil 10: Cinsiyete göre Obezite dağılımları

Medeni durumlarına göre olguların obezite düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.004$; $p<0.01$); boşanmış/dul olguların obez olma oranları anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 11: Medeni duruma göre obezite dağılımı

Tablo 13: Obezite Varlığına Göre Ağrıya İlişkin Değerlendirmeler

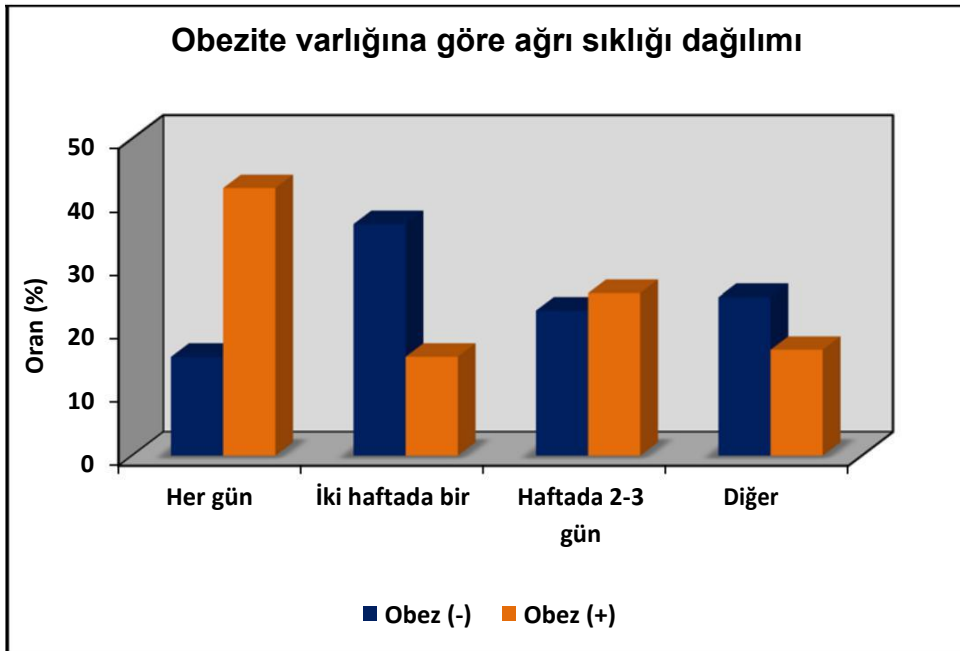
		Obez (-) (n=96)	Obez (+) (n=90)	Test değeri	p
		n (%)	n (%)		
Ağrı sıklığı	Her gün	15 (15,6)	38 (42,2)	χ^2 : 20,908	^c 0,001**
	İki haftada bir	35 (36,5)	14 (15,6)		
	Haftada 2-3 gün	22 (22,9)	23 (25,6)		
	Diğer	24 (25,0)	15 (16,7)		
Ağrı şiddeti	Hafif	46 (47,9)	45 (50,0)	χ^2 : 0,081	^c 0,776
	Şiddetli	50 (52,1)	45 (50,0)		

Kronik ağrı nedeni	Migren	37 (38,5)	23 (25,6)	$\chi^2: 6,295$	c0,178
	Fıtık	20 (20,8)	31 (34,4)		
	Romatizma	21 (21,9)	16 (17,8)		
	Sinüzit	7 (7,3)	7 (7,8)		
	Diğer	11 (11,5)	13 (14,4)		

^cPearson Ki-kare Test

** $p < 0.01$

Obezite varlığına göre olguların ağrı sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.01$; $p < 0.01$); obez olguların ağrı sıklılığının her gün olma oranı, obez olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.



şekil 12: Obezite varlığına göre ağrı sıklılığı dağılımları

Obezite varlığına göre olguların ağrı şiddetleri ve ağrı nedenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 14: Obezite Varlığına Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

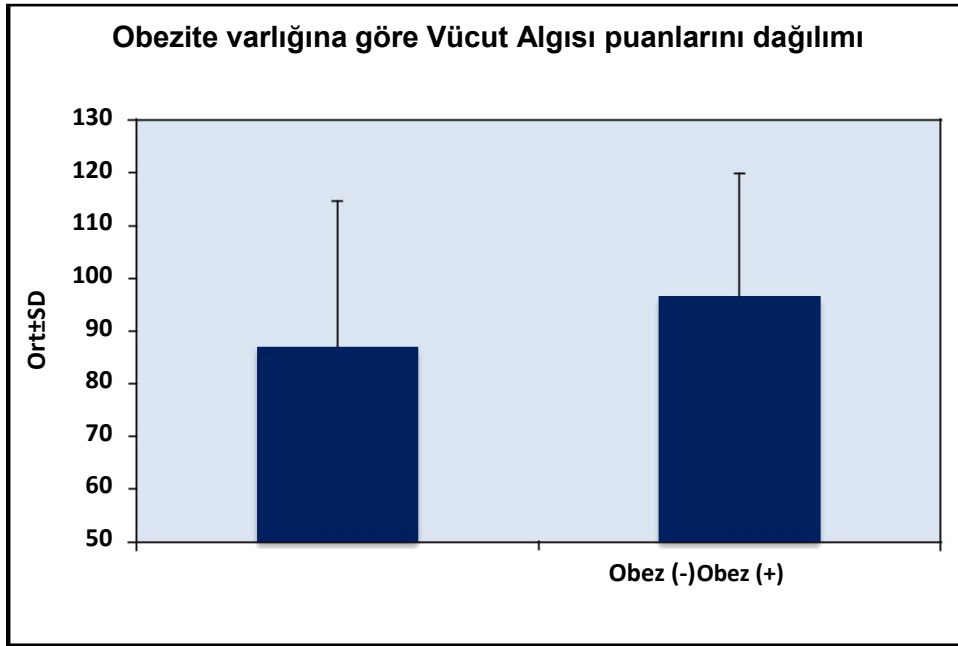
		Obez (-)	Obez (+)	Test değeri	p
		Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Yeme Tutumu Toplam Puan		21,91±14,13 (18)	23,18±17,51 (19)	Z: -0,270	^b0,787
Beck depresyon puanı		11,22±8,51 (9)	11,47±8,23 (10)	Z: -0,367	^b0,714
Vücut Algısı puanı		86,94±27,68 (89)	96,49±23,42 (99)	t: 2,532	^a0,012*
Benlik Saygısı puanı		0,89±0,65 (0,8)	0,86±0,57 (0,8)	Z: -0,062	^b0,951
		n (%)	n (%)		
Yeme Tutumu	< 30 puan	78 (81,3)	72 (80,0)		
	≥ 30 puan	18 (18,8)	18 (20,0)		
Beck depresyon	< 17 puan	69 (71,9)	70 (77,8)		
	≥ 17 puan	27 (28,1)	20 (22,2)		
Benlik Saygısı	Orta	6 (6,3)	6 (6,7)		
	Yüksek	90 (93,8)	84 (93,3)		

^aStudent t Test

^bMann Whitney U Test

*p<0.05

Obezite varlığına göre olguların yeme tutumu puanları, beck depresyon düzeyleri ve benlik sayısı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05). Obez olguların vücut algısı puanlarının, obez olmayanlardan yüksek olması ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.012; p<0.05).



Şekil 13: Obezite varlığına göre vücut algısı puanlarının dağılımı

Tablo 15: Kadın Olgularda; Obezite Varlığına Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

Kadın Olgularda				
	Obez (-)	Obez (+) (n=51)	Test	p
	(n=51)	(n=51)	değeri	
	Ort±SD	Ort±SD		
	(Medyan)	(Medyan)		
Yeme Tutumu Toplam Puan	19,73±12,9 (16)	21,71±10,32 (20)	Z: 1,454	- ^b0,146
Beck depresyon puanı	10,75±8,13 (8)	14,00±8,24 (12)	Z: 0,104	- ^b0,035*
Vücut Algısı puanı	94,33±24,32 (92)	106,24±20,92(106)	t: 2,650	^a0,009**
Benlik Saygısı puanı	0,98±0,75 (0,8)	0,94±0,53 (0,8)	Z: -	^b0,610

		n (%)	n (%)
Yeme Tutumu	< puan	30 46 (90,2)	39 (76,5)
	≥ puan	30 5 (9,8)	12 (23,5)
Beck depresyon	< puan	17 39 (76,5)	35 (68,6)
	≥ puan	17 12 (23,5)	16 (31,4)
Benlik Saygısı	Orta	4 (7,8)	3 (5,9)
	Yüksek	47 (92,2)	48 (94,1)

^aStudent t Test

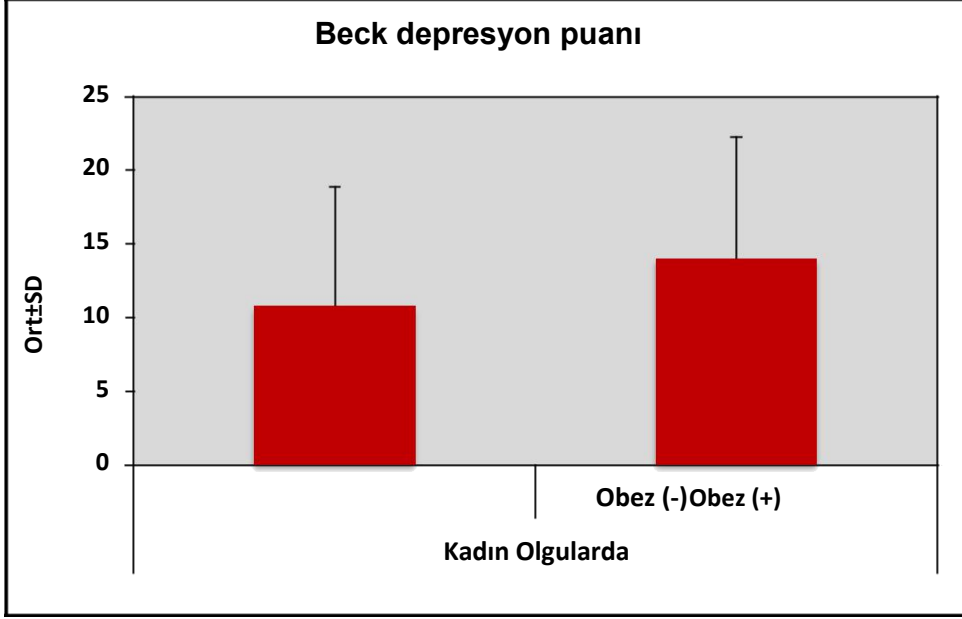
**p<0.01

^bMann Whitney U Test

*p<0.05

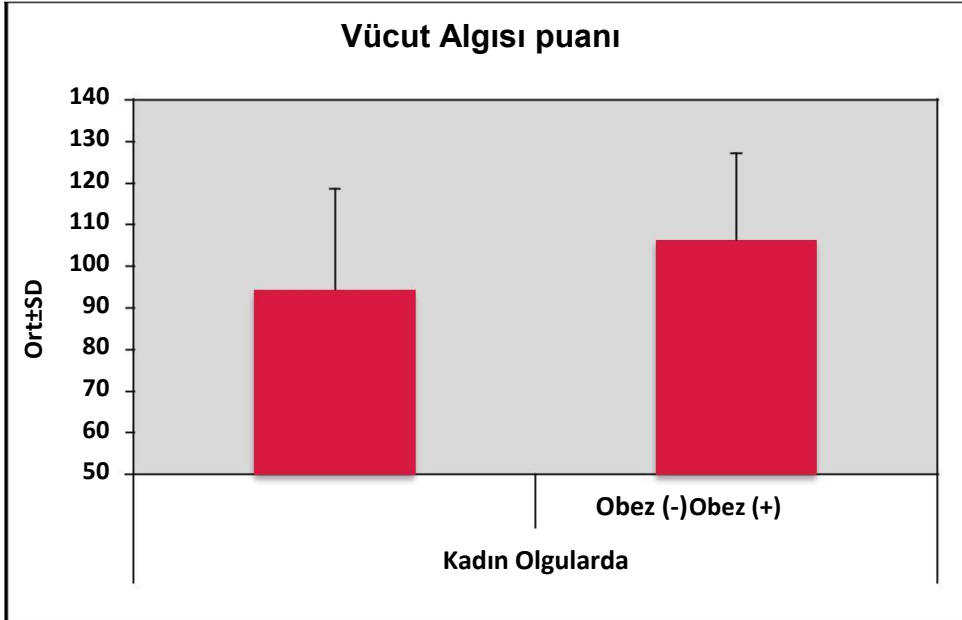
Obezite varlığına göre kadın olguların yeme tutumu puanları ve benlik sayısı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Obezite varlığına göre kadın olguların beck depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.035; p<0.05); obez kadın olguların beck depresyon düzeyleri, obez olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 14: Kadın olgularda obezite varlığına göre beck depresyon puanlarının dağılımı

Obezite varlığına göre kadın olguların vücut algısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.009$; $p<0.01$); obez kadın olguların vücut algısı düzeyleri, obez olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 15: Kadın olgularda obezite varlığına göre vücut algısı puanlarının dağılımı

Tablo 16: Erkek Olgularda; Obezite Varlığına Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

		Erkek Olgularda		(+)	Test değeri	P
	Toplam	Obez (-) (n=45) Ort±SD (Medyan)	Obez (n=39) Ort±SD (Medyan)			
Yeme Tutumu Puanı		24,38±15,17 (19)	25,10±23,91 (18)	Z: -0,992	^b 0,321	
Beck depresyon puanı		11,76±8,99 (12)	8,15±7,02 (8)	Z: -1,631	^b 0,103	
Vücut Algısı puanı		78,56±29,11 (79)	83,74±20,36 (88)	t: -0,956	^a 0,342	
Benlik Saygısı puanı		0,79±0,51 (0,8)	0,74±0,61 (0,8)	Z: -0,881	^b 0,379	
		n (%)	n (%)			
Yeme Tutumu	< puan	30 32 (71,1)	33 (84,6)			
	≥ puan	30 13 (28,9)	6 (15,4)			
Beck depresyon	< puan	17 30 (66,7)	35 (89,7)			
	≥ puan	17 15 (33,3)	4 (10,3)			
Benlik Saygısı	Orta	2 (4,4)	3 (7,7)			
	Yüksek	43 (95,6)	36 (92,3)			

^aStudent t Test

^dMann Whitney U Test

*p<0.05

Obezite varlığına göre erkek olguların yeme tutumu puanları, beck depresyon, vücut algısı ve benlik saygısı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

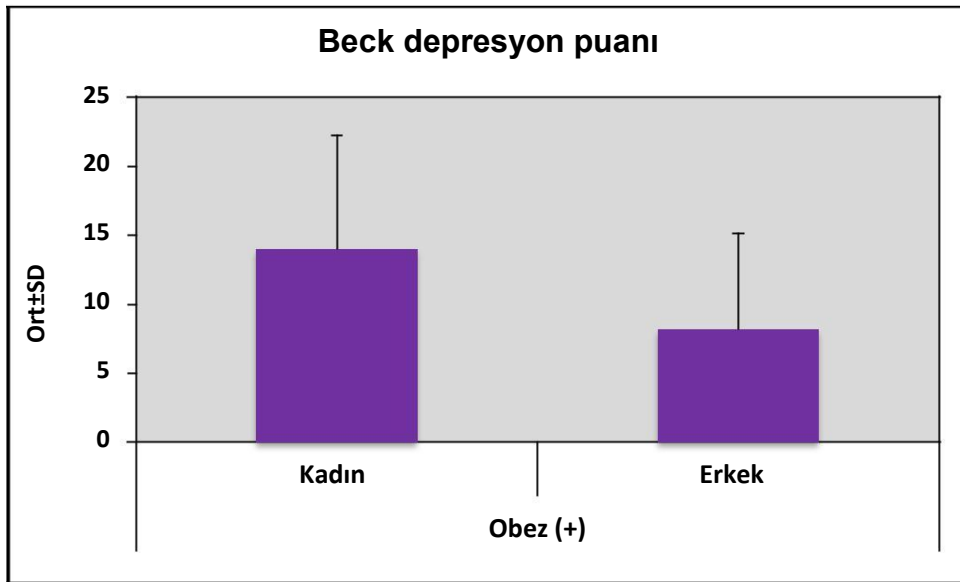
Tablo 17: Obez Olgularda; Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

		Cinsiyet		Test değeri	p
		Kadın (n=51)	Erkek (n=45)		
		Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Obez (+)					
Yeme Tutumu Puan	Toplam	21,71±10,32 (20)	25,1±23,91 (18)	Z: 0,921	- ^b0,357
Beck depresyon puanı		14,00±8,24 (12)	8,15±7,02 (8)	Z: 3,519	- ^b0,001**
Vücut Algısı puanı		106,24±20,92(106)	83,74±20,36 (88)	t: 5,113	^a0,001**
Benlik Saygısı puanı		0,94±0,53 (0,8)	0,74±0,61 (0,8)	Z: 2,026	- ^b0,043*
		n (%)	n (%)		
Yeme Tutumu	< puan	30 39 (76,5)	33 (84,6)		
	≥ puan	30 12 (23,5)	6 (15,4)		
Beck depresyon	< puan	17 35 (68,6)	35 (89,7)		

	\geq	17	16 (31,4)	4(10,3)
			puan	
Benlik Saygısı	Orta		3 (5,9)	3(7,7)
	Yüksek		48 (94,1)	36 (92,3)
^a Student t Test		^b Mann Whitney U Test		*p<0.05
**p<0.01				

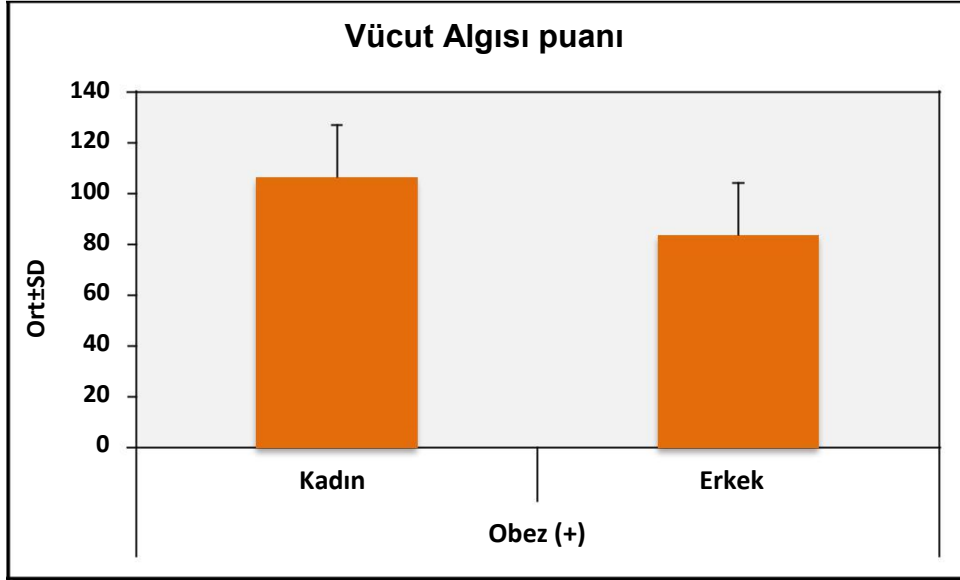
Obez olgularda cinsiyete göre olguların yeme tutumu puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Obez olgularda cinsiyete göre olguların beck depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); obez kadın olguların beck depresyon düzeyleri, obez erkek olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.



Şekil 16: Obez olgularda cinsiyete göre beck depresyon düzeyleri dağılımı

Obez olgularda cinsiyete göre olguların vücut algısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); obez kadın olguların vücut algısı düzeyleri, obez erkek olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.



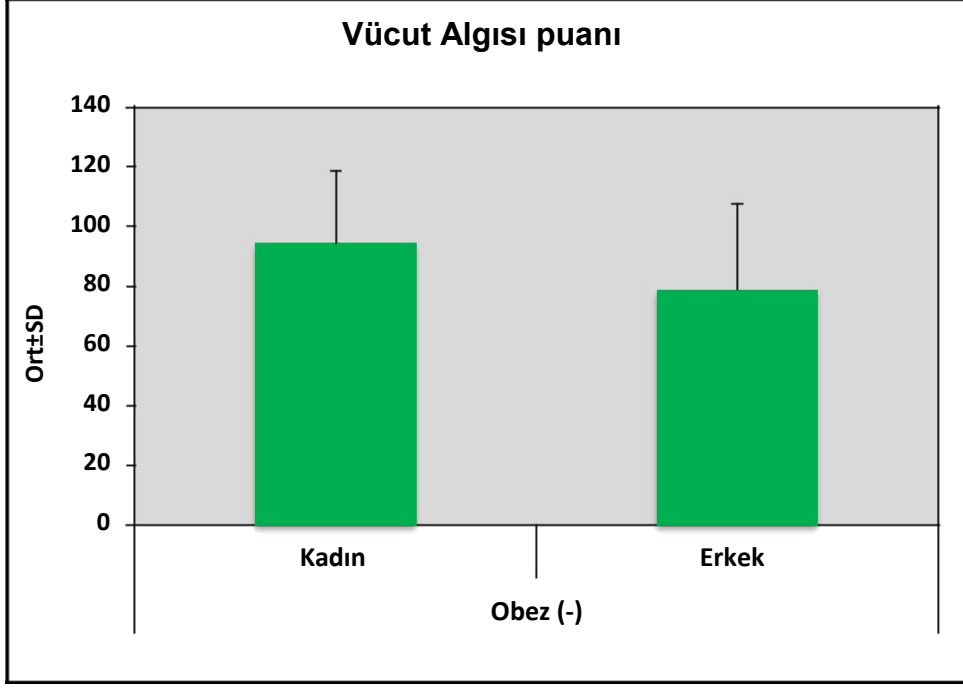
Şekil 17: Obez olgularda cinsiyete göre vücut algısı düzeyleri dağılımı

Tablo 18: Obez Olmayan Olgularda; Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

	Cinsiyet		Test değeri	p
	Kadın (n=51)	Erkek (n=39)		
Obez (-)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
Yeme Tutumu Toplam Puan	19,73±12,9 (16)	24,38±15,17 (19)	Z: -1,555	^b 0,120
Beck depresyon puanı	10,75±8,13 (8)	11,76±8,99 (12)	Z: -0,368	^b 0,713
Vücut Algısı puanı	94,33±24,32	78,56±29,11	t: 2,893	^a 0,005**

		(92)	(79)
Benlik Saygısı puanı		0,98±0,75 (0,8)	0,79±0,51 (0,8) Z: -0,901^b 0,368
		n (%)	n (%)
Yeme Tutumu	< puan	30 46 (90,2)	32 (71,1)
	≥ puan	30 5 (9,8)	13 (28,9)
Beck depresyon	< puan	17 39 (76,5)	30 (66,7)
	≥ puan	17 12 (23,5)	15 (33,3)
Benlik Saygısı	Orta	4 (7,8)	2 (4,4)
	Yüksek	47 (92,2)	43 (95,6)
^a Student t Test		^b Mann Whitney U Test	*p<0.05
**p<0.01			

Obez olmayan olgularda cinsiyete göre olguların yeme tutumu puanları, beck depresyon ve benlik saygısı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05). Obez olmayan kadın olguların vücut algısı (p=0.005) puanlarının, obez olmayan erkeklerden yüksek olması ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).



Şekil 18: Obez olmayan olgularda cinsiyete göre vücut algısı düzeyleri dağılımı

İstatistiksel İncelemeler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

BÖLÜM V

TARTIŞMA, YORUM, ÖNERİLER

Tartışma ve Yorum

Bu araştırmada kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkide obezitenin etkisi incelenmiştir. Bu bağlamda kronik ağrıya sahip 186 kişiye araştırma için ölçekler uygulanmıştır. Toplanan veriler ile ampirik bir çalışma yürütülmüştür. Kronik bir ağrı ve obeziteye sahip olan bir grup ile kronik bir ağrıya sahip ama obeziteye sahip olmayan bir grup karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmaya başlarken beklentimiz yurtiçi ve yurtdışında yapılmış olan klinik çalışmalar ve literatüre paralel olarak kronik ağrı ve depresyon ilişkisi üzerinde obezitenin etkisini incelemek üzerine geliştirdik. Bu doğrultuda Beck Depresyon Envanteri, Yeme Tutumu Testi, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden alınan sonuçlar karşılaştırıldığında beklentilerimizle uyumlu ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bir sonuç şekildedir. Kronik ağrıya sahip ve obez olan bireylerin depresyon skorları kronik ağrıya sahip ve obezitesi olmayan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Yani obezitesi olan birey, obeziteye sahip olmayan bireye göre daha yüksek depresyon skoruna sahiptir. Elde ettiğimiz bu sonucumuzla ilgili literatür incelendiğinde ulaşılan araştırma sonuçları şu şekildedir.

Obezite de hem hareketi kısıtlaması hem de önemli bir yük oluşturması nedeni ile kronik ağrıya kötü bir prognoza neden olur (Tütün, 2010).

Çetin N. ve arkadaşları (2009) kronik ağrı ve depresyon arasında mütemediyen güçlü bir ilişki olduğunu ifade etmiştir.

Pan ve arkadaşları 2012 yılında obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğunu bulguyan bir çalışma yapmışlardır. 10 yıl boyunca izlenen orta yaşlı ve yaşlı Amerikalı kadınlardan oluşan bu grupta yapılan çalışmanın sonuçlarında şu veriler elde edilmiştir. İlk ölçümlerde depresyonu olan kadınların obezite geliştirme riskleri yüksek

olduğu ve bununla birlikte ilk ölçümlerde obez olan kadınların ileride depresyon geliştirme risklerinin %21 yüksek olduğu bildirilmiştir (Uzun, 2014)

Çetin (2009), ağrı ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde söz konusu olan 3 olasılığın; ağrının depresyona yol açtığı, depresyonun ağrıya yol açtığı veya her ikisi de altta yatan ortak bir olayın sonucunda ortaya çıkarak beraberce geliştiği şeklinde olduğunu belirtmektedir.

Obezite ile ilgili en önemli psikolojik sorun depresyondur. Obezlerin anksiyete ve depresyona yanıt olarak fazla yedikleri, obezite gibi yeme hastalığı olanların yaklaşık %50'sinde klinik depresyon olduğu belirtilmektedir (Wardle, 1995).

Obezitesi olan bireyin, obeziteye sahip olmayan bireye göre daha yüksek depresyon skoruna sahip olacağı sonucumuzla ilgili şu şekilde düşünmekteyiz. Obezite, kişiye getirdiği hareket kısıtlaması ve ağırlıkla, sahip olunan kronik ağrı veya ağrıları olumsuz etkileyen bir faktördür. Kişi obeziteyle kolaylaşan hareketsizliğiyle ağrıları için gerekli olan eylemleri yerine getirmekte motivasyon düşüklüğü yaşayabilmektedir. Bu eylemsizlik ve ağrılara eşlik eden iyilik halinde düşme ve sosyal hayattan çekilme beraberinde depresyona yol açabilir. Obezite ile güçlenen kronik ağrılar ve bu durumla beslenen depresyon kişinin hayatında bir kısır döngü olarak devam edebilmektedir. Kronik ağrı ve depresyon arasındaki ilişkiyi obezitenin etkilediği varsayımımız ile ilgili elde ettiğimiz bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bir başka sonuç şu şekildedir. Obezite varlığına göre olguların ağrı sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Obez olguların ağrı sıklığının her gün olma oranı, obez olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Elde ettiğimiz bu sonuçla ilgili literatür çalışmalar incelendiğinde ulaşılan araştırmalar şu şekildedir.

Aytar (2007), ağrı sebebiyle artan fiziksel aktiviteden kaçınma durumunun ilerleyen süreçte kişinin kas kuvvetinde ve esnekliğinde azalmaya sebep olabileceğinden söz etmektedir. Bu sonuç beraberinde kilo almaya yol açabilir. Dolayısıyla kişinin BKİ düzeyinin yüksek olması ile sahip olduğu ağrısı arasında bir ilişki bulunmaktadır.

Altındağ ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada kronik ağrılı hastalarda süre uzadıkça depresif duygudurum belirtilerinin de ortaya çıkma ihtimali olacağını belirtmiştir. Yapılan çalışmada ağrı süresi arttıkça eşlik eden depresyon bulgularında

artış görülmüştür. Evcik ve Ay'ın (2008) çalışmasında hastalarda ağrı süresi ile depresif belirti düzeyleri arasında korelasyon bulunmuştur.

Çetin (2009), bazı çalışmaların ağrının süresi ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin ortaya koyulduğunu belirtmiştir.

Obezite varlığına göre olguların ağrı sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılığın saptandığı sonucumuzla ilgili şu şekilde düşünmekteyiz. Obezite eylemsizliğe yönelik motivasyonda artışa yol açabilmekte ve bu durum kronik ağrı için olumsuz bir koşul oluşturabilmektedir. Sık yaşanan ağrı dönemleri kişide dinlenme isteği oluşturduğu için günlük işlev kaybına, sosyal hayattan çekilmeye bir başka deyişle eylemsizliğe sebebiyet verebilmektedir. Bu bağlamda araştırma sonucumuzda da elde ettiğimiz sonuç gibi obeziteye sahip kişilerde ağrı sıklığı oranının obez olmayan kişilere göre daha yüksek görülebileceği düşünmekteyiz. Buna ek olarak elde ettiğimiz bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamız sonunda elde ettiğimiz bir sonuç şu şekildedir. Obeziteye sahip kişilerin yaş ve kilo düzeylerinin, obez olmayanlardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna ek olarak elde edilen bir diğer sonucumuz da şekildedir. Obeziteye sahip kişilerin cinsiyet dağılımları ve eğitim düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Elde edilen bu sonucumuz doğrultusunda literatür incelendiğinde ulaşılan sonuçlar şu şekildedir.

Akbulut (2007), cinsiyete göre obezite sıklığı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde kadın ve erkek arasındaki farkı şu şekilde ifade etmektedir. Kadınlarda obezite sıklığının ilerleyen yaşlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü araştırmaları 2008 verilerine göre yetişkinlerde 1,4 milyardan fazla kişinin fazla kilolu olduğu, bunlar arasındaki 200 milyondan fazla erkeğin ve neredeyse 300 milyon kadının obez olduğu bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında dünya yetişkin popülasyonununun %10'undan fazlasının obez olduğu söylenebilir (WHO, 2013).

Yaşlılar ile ilgili bir araştırmada 50-69 yaş aralığındaki obez kadınların beden kitle indeksi 25 kg/m² altındaki yaşlı gruptan daha fazla depresyon belirtilerine sahip olduğu bulunmuştur. (Deveci ve ark. ,2005)

Araştırmamızda obeziteye sahip kişilerin yaş ve kilo düzeylerinin, obez olmayanlardan yüksek olmasının istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu sonucumuzla ilgili şu şekilde düşünmekteyiz. Araştırmalar incelendiğinde ilerleyen yaş ve kilo eğrisi ilerledikçe obezitenin kişi hayatında varlığının arttığı söylenebilmektedir. Kişinin obezitesi ile mücadelesinde yaşı, fiziksel olarak kilo verebilmekte önemli bir faktör olduğu için ilerleyen yaşlarda kilo verme oranı ve motivasyonu daha düşük olduğu düşünülmektedir. Literatür incelemeleri de bu sonucumuzu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda ulaştığımız bir diğer sonuç şu şekildedir. Medeni durumlarına göre olguların obezite düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Boşanmış/dul olguların obez olma oranları anlamlı düzeyde yüksektir.

Elde ettiğimiz bu sonuçla alakalı şu şekilde düşünmekteyiz. Kayıp ya da ayrılıkla biten ilişkiler sonrası kişilerin yaşadığı depresif dönem başa çıkma yöntemlerine bağlı olarak çeşitli şekillerde yaşanır. Bu süreç kimi kişilerde depresyona dönüşebilmektedir. Depresyon bireyin rutinde işlev kaybına neden olduğu için beraberinde getirdiği hareketsizlik obeziteye zemin oluşturabilmektedir. Aynı zamanda öz bakımın da düşmesi artan kilonun göz ardı edilmesine sebep olabilmektedir. Bu bağlamda elde ettiğimiz sonuçta boşanmış/dul kişilerde görünen obezite oranının yüksek olmasını bu şekilde yorumlamaktayız.

Bazı çalışmalarda evli olup olmamanın obezite üzerinde etkisi olduğu sonuçları elde edilmiştir. Kişilerin medeni durumları kilo durumlarını etkilemekte ve evlendikten sonra kilolarında değişiklikler yaşanabilmektedir. Literatürde evlilik durumu ile obezite arasındaki ilişkiye yönelik birbirinden farklı sonuçlar olmakla birlikte özellikle erkeklerde evlilik durumu ile obezite arasındaki doğrusal ilişkiyi gösteren veriler çoğunluktadır (Ayar, 2009). Araştırma sonuçlarımızda evli olup olmamanın obezite üzerinde etkisinde anlamlı bir farklılık olmadığı yönünde sonuç elde ettik.

Aynı zamanda çalışmamızda şu sonucu da elde ettik. Obez kadın olguların beck depresyon düzeylerinin, obez erkek olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir. Elde ettiğimiz bu sonucumuzla ilgili literatür incelendiğinde şu araştırmalara ulaşılmıştır.

Obezitenin depresyon için risk oluşturduğu sonucunu elde eden çalışmalar, beden algısının depresyonu etkilediği yönünde bulgular elde etmiştir. Kendisini fazla kilolu

olarak algılayan kadınlarda intihar düşünceleri ve buna yönelik davranışlar anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Whetstone ve ark 2007).

Kadınlar toplumsal ve kültürel etmenlerle ilişkili olarak fiziksel görünümüne daha çok önem vermektedir. Bu nedenle obezite, beden imajında sorunlara ve hoşnutsuzluğa yol açabilmekte, benlik saygısının azalması ile birlikte psikolojik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Cash, 1993).

Chen ve arkadaşları (2009)'nın kesitsel olarak yürüttükleri çalışmasında artan vücut ağırlığının depresyonun gelişimi için uygun zemini oluşturduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada, normal kilolu kadınlarla karşılaştırıldığında fazla kiloluluk ve obeziteye sahip olmak depresyon riskini %43 oranında arttırdığı belirtilmiştir.

Ergenlik dönemindeki kızlarla yapılan bir çalışmada vücut ağırlığının kişide depresyonu geliştirme açısından önemli bir faktör olduğunu ortaya koyan bulgular elde edilmiştir (Boutelle ve ark., 2010).

Elde edilen bulguların araştırılan literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Ancak elde ettiğimiz sonuçla uyumlu olmayan araştırma sonuçları da literatürde mevcuttur. Bunlar incelendiğinde şu araştırmaya ulaşılmıştır.

Crisp ve Guinness (1976) "Jolly fat" (neşeli şişman) hipotezini geliştirmiştir. Bu ifadeyle orta yaş grubundan obezitesi olan kadınlarda anksiyetenin, erkeklerde ise hem anksiyetenin hem depresyonun düşük olduğunu bildirmiştir.

Araştırmamızda elde edilen bir diğer sonuç şu şekildedir. Vücut algısı puanı ile benlik saygısı puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızın sonunda benlik saygısı puanı arttıkça, vücut algısı puanı da artan bir sonuç elde ettik. Elde ettiğimiz bu sonuçla ilgili literatür incelemesi yapıldığında ulaşılan çalışmalar şu şekildedir.

Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkili birbiriyle sebep sonuç bağı olan kavramlardır. Tekdemir (2013), kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirenler, kişilerarası ilişkilerde daha güvenli ve işlerinde daha başarılı olurken, kendinde birçok kusurlu yanın bulunduğunu düşünen insanlar ise zaman zaman ya da sürekli olarak huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler.

Tekdemir (2013) obeziteye sahip bireylerin vücut algıları ile ilgili çalışmalarda BKİ düzeyinin artmasının beden hoşnutsuzluğuna yüksek düzeyde etkisi olduğunu ifade etmiştir. Buna ek olarak obez gruplarla obez olmayan grupların karşılaştırılmasında obeziteye sahip bireylerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip olduğunu belirtmektedir.

Rosen (2002), yaptığı bir çalışmada obez bireylerin görünüşlerinden duydukları hoşnutluğun kilo kaybetmeye yönelik isteklerini oluşturan bir faktör olduğundan söz etmiştir. Aynı çalışmada obeziteye sahip kişilerin kilo kaybı sonrası çekiciliklerinin artacağına ve kendilerini daha iyi hissedeceklerine inanacaklarını ifade etmektedir.

Deveci (2005) Literatürde obez hastalarda benlik saygısı ile ilgili araştırmalarda benlik değerlerinin azaldığını belirtmektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bir diğer sonuç şu şekildedir. Obeziteye sahip gruplarda benlik saygısı düzeylerinin, obez olmayan gruplara göre daha düşük olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen araştırmalar şu şekildedir.

Deveci (2005), literatür incelendiğinde obeziteye sahip hastalarda benlik değerlerinin azaldığını ifade etmektedir.

Ricca ve arkadaşlarının 1996 yılında obez ve obez olmayan iki grup üzerinde yaptığı karşılaştırmalı araştırmada depresyon oranının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre yeme bozuklukları ile duygudurum bozuklukları arasında önemli denebilecek bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Ulaştığımız sonuçlar literatürler uyumlu şekildedir.

Araştırmamızda elde edilen, obeziteye sahip gruplarda benlik saygısı düzeylerinin, obez olmayan gruplara göre daha düşük olduğu sonucuyla ilgili şu şekilde düşünmekteyiz. Obezitenin kişide fiziksel ve ruhsal olarak kendine yönelik olumsuz inançların gelişmesinde zemin hazırladığı söylenebilmektedir. Obeziteye sahip bireylerde depresif ruh haline yatkınlığın yükselmesiyle kişinin benlik saygısında düşme görülmesinin beklenebilir bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bir diğer sonuç şu şekildedir. Obez olgularda cinsiyete göre olguların benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

saptanmıştır ($p=0.043$; $p<0.05$); obez erkek olguların benlik saygısı düzeyleri, obez kadın olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuçla ilgili literatür çalışmaları incelendiğinde şu araştırmalara ulaşılmıştır.

Yücel (2008), yapılan bir çalışmada beden kitle endeksi yüksek olan kadınlarda benlik saygısı değeri düşük bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlarla yapılan polklinik görüşmeleri sonucunda kadınları kilo kaybetmeye yönelik isteklerinin sağlıklarına yönelik bir kaygıdan değil, daha güzel ve çekici görünmeye yönelik motivasyonlarının yüksekliğinden kaynaklandığını belirtmiştir.

Elde ettiğimiz sonucumuza ve eşlik eden araştırmalara bakıldığında şunlar söylenebilmektedir. Günümüzde kadınların görselliğinin ön planda olduğu bir toplumsal gerçeklik söz konusudur. Reklamlar ve filmler çoğunlukla çekici olan bir kadının, zayıf olduğunda güzel ve çekici olabileceği mesajını verir niteliktedir. Oluşan bu genel algının bir sonucu olarak kadınların obeziteye sahip olduğu durumlarda benlik saygılarında düşme görülebileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bir diğer sonucumuz da şu şekildedir. Obez olmayan grupta; beck depresyon puanı ile benlik saygısı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişkinin görüldüğü ve görülmediği çalışmalarla karşılaşılmaktadır.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bu sonucumuzla ilgili şu şekilde düşünmekteyiz. Depresyon puanının düşmesiyle benlik saygısının yükselmesi beklenen bir sonuçtur ancak kesinliği söz konusu değildir. Kişilerde depresyonun eşlik etmediği her durumda benlik saygısının da yüksek olması beklenmemektedir. Dolayısıyla araştırmamızda elde edilen beck depresyon puanı ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmamış olması, kişilerin depresyon ve benlik saygısına sahip olmasına sebep olan faktörlerdeki çeşitlilikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çeşitlilikte benlik saygısı puanı düşük olmasına rağmen depresyona girmesini engelleyen destekleyicilere sahip kişiler düşünülebilmektedir. Aynı şekilde benlik saygısı yüksek ama bir yaşam olayı (yas, doğal afet, kaza, vb.) sonrası depresyona girmiş kişiler olabileceği de düşünülebilmektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bir diğer sonuç şu şekildedir. Obez olmayan kişilerde depresyon düzeyi arttıkça, yeme tutumu puanının da arttığı sonucuna ulaştık. Bu sonuca ilişkin araştırmalar incelendiğinde elde edilen araştırmalar şu şekildedir.

Yeme tutumu testinin geçerliğine ilişkin yapılan analizlerde ise YTT toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olarak belirlenmiştir (Batur, 2004).

Eren ve Erdi (2003), yaptıkları bir araştırmada bireyin ruhsal durumları ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve karşılıklı bir etkileşim bulmuştur. Araştırmalarına göre bireyin yeme davranışının o an veya o dönem sahip olduğu neşe, üzüntü, öfke ya da depresyon ve anksiyete gibi farklı duygu ve durumlara göre değiştiğine yönelik bulgular elde etmişlerdir.

Üniversite öğrencilerini örneklem grubu olarak seçen bir diğer çalışmada kızlar ve erkekler arasında yeme tutumu açısından anlamlı fark saptanmış ve genel olarak yeme tutumu ve depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Büyükgöze ve Kavaş, 2007)

Yeme tutumu ve depresyon arasındaki ilişki ile ilgili elde ettiğimiz sonuçlar literatür ile uyumlu şekildedir. Elde ettiğimiz bu sonucumuz ve yapılan çalışmalara doğrultusunda, yeme davranışıyla elde edilen doyma hissinin getirdiği iyi hissetme hali depresif anlarda ya da depresyonun eşlik ettiği dönemlerde bireyin anlık rahatlama -iyi hissetme- ihtiyacını karşılar nitelikte olduğu düşünülmektedir.

ÖNERİLER

Yapılacak Araştırmalara ve Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1. Araştırma İstanbul ili ile sınırlıdır. Farklı il ve ilçelerde uygulamalar yapılarak sonuçlar karşılaştırılabilir.
2. Araştırmamızda kronik ağrıya sebep olan hastalıkla ilgili bir sınırlandırma koyulmamıştır. Çalışma belirgin bir kronik ağrıya sahip kişiler üzerinde yapılabilir.
3. Araştırma bütün sosyo-ekonomik grupların mevcut olduğu bir örneklem grubuyla yapılabilir. Böylece sosyo-ekonomik düzeyin de etkisine bakılma fırsatı elde edilebilir.
4. Araştırma 18 yaş ve üzeri kişilerle yapılmıştır. Yaş aralığının belirgin olduğu bir grupla yapılabilir. Buna ek olarak sınırları belirlenmiş birbirinden farklı yaş grupları karşılaştırılabilir.

Uygulamalara Yönelik Öneriler

1. Görsel basında, televizyonda ve sosyal medyada obezite ile ilgili bilgilendirmelere daha çok yer verilebilir.
2. Obezite ve depresyon ile ilgili belediyelerde kamu kuruluşlarında, halka açık yerlerde bilgilendirme amaçlı broşürlere yer verilebilir. Bu amaçla düzenlenecek halka açık seminerlerin tanıtımları daha kapsamlı yapılabilir.
3. Ebeveynlere ve ergenlik dönemindeki gençlere yeme davranışı ve obezite ile ilgili seminerler hazırlanabilir. Bu çalışmalar Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve gönüllü kuruluşların işbirliği ile eğitimler düzenlenebilir.
4. Psikolojik desteğin önemine yönelik farkındalık oluşturmak adına broşürler, reklamlar arttırılabilir.
5. Ücretsiz psikolojik danışmanlık merkezlerinin tanıtımları güçlendirilebilir. Halk ulaşabileceği hizmet konusunda bilinçlendirilebilir. Bu konuyla alakalı belediyeler ve gönüllü kuruluşlar işbirliği yapabilir.
6. Depresyon konusundaki bilgi kirliliğini önlemek ve verilen bilginin anlaşılır ve öğretici olması adına basın ve sosyal medya üzerinden bir çalışma organize edilebilir. Sağlık Bakanlığı ve belediyeler işbirliği ile bu konu hakkında bir proje oluşturabilir.

Uygulamalara Yönelik Kısıtlılıklar

1. Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0.475, ölçeğimizin düşük derecede güvenilir olduğunu söylenebilir. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin ilk 10 maddesi kullanılmıştır.

KAYNAKÇA

- Akbulut G, Özmen M, Besler T. (2007). *Obezite*. TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi Mart, ek s. 2-15.
- Alp, G.(2014). *Özel Bir Fizik Tedavi Merkezinde Uygulanan Obezite Tedavisinin Kilo Verme Üzerine Etkisinin Saptanması*, Başkent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Altındağ, Ö., Altındağ, A., Soran, N. (2006). *Kronik Ağrılı Hastalarda Depresyon Düzeyinin Ağrı Şiddeti ve Süresi ile İlişkisinin Araştırılması*, s.178.
- Ay, S., Evcik, D. (2008). *Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi*. Yeni Tıp Dergisi, s.230.
- Ayar K. (2009). *Normal Kilolu, Kilolu ve Obez Bireylerin Obezite ve Obezite İlişkili Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması*, Uludağ Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Bursa.
- Aytar A.(2007). *Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Bağlı Kronik Ağrıların Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri*, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ataman, E.. (2011). *Stres Veren Yaşam Olayları Karşısında Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon ve Kaygı Düzeylerini Belirlemedeki Rolü*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Babacan Gümüş, A. ve Çam, O. (2011). *Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları İle Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler*. Nobel Medicus Dergisi. Cilt 7 – Sayı 9, s. 46-52.
- Başbakkal, Z; Karayağz, G; Akçay, N; Bolışık B;(2007). *Obezite Çocuklarda Düşük Benlik Saygısına Neden Oluyor Mu?*. Ege Pediatri Bülteni, 14(3), s.151-156.
- Batur, S. (2004). *Yeme Tutum Bozukluğu Gösterenlerde ve Göstermeyenlerde Temel Bilişsel Şemalar*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Beck, A.T., vd.(1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Binbay, Z. (2011). *Major Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri*. Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi. İstanbul.
- Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. (2012). *Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. Health Psychology*,; 29(3): 293–298.
- Büyükgoze-Kavaş A. (2007) *Eating attitudes and depression in a Turkish sample. Eur Eat Disord Rev*, 15: 305-310.
- Ceylan, M.E., ve Oral, E.T. (2001), “Duygudurum Bozuklukları Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri”, Klinik Psikiyatri Dergisi, İstanbul
- Chen Y, Jiang Y, Mao Y. (2009). *Assosiation between obesity and depression in Canadians. Journal of Women’s Health*, 18(10):1687-1692.
- Crisp, A.H., Mc Guinness, B. (1976). “Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population”. *Br Med J*. 1:7-9
- Çetin, N., Öztop, P., Bayramoğlu, M., Coşar, S., Özçümümez, G. (2009). *Diz Osteoartritli Hastalarda Ağrı, Özürlülük ve Depresyon Arasındaki İlişki*. *Turk J Rheumatol*, s.4.
- Deveci, A. (2005). “Obez hastalarda psikopatoloji, aleksimiti ve benlik saygısı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, s. 89.
- Doğan R. (2012). *Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*, Osmangazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Epidemic. “Report of a WHO Consultation on Obesity Geneva”, Publication No. WHO/NUT/NCD/98.1, 1998.

Erdine, S. (1987). “Ağrı Sendromları ve Tedavileri”. Nobel Tıp Yayınevi, s. 341. İstanbul.

Erdine, S. (1991). “Ağrılar”. İstanbul.

Erdoğan, D., (2008). *Juvenil İdiyopatik Artrit’te Anksiyete, Depresyon ve Ağrı*. Yayımlanmamış uzmanlık tezi lisans tezi, s.7,18. İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu”. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Eşel, E. (2002). “Depresyonda Nöroendokrinolojik Değişiklikler”, Klinik Psikiyatri Dergisi. Ek 4:35-40.

Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. “Evidence - for prospective associations among depression and obesity in population based studies”. Obesity Reviews, 2011; 438-45.

Freud, S. (1977). *Endişe*. (Çev. L. Özcengiz). Dergah Yayınları, İstanbul

Gümüşler, A., (2006), *Rize Çayeli ilçesindeki lise öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları*, Yüksek Lisans Tezi, Kardeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon

Gürel, D. (2010). “Kronik Ağrı Tedavisinde Güncel Bir Psikoterapotik Yaklaşım: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaşma ve Yeniden Yapılandırma”. Klinik Psikiyatri. s.37, 38.

Hamurcu, P. (2014). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi*, İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Hovardaoglu, S.(1993). *Body Cathexis Scale*. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji 3P Dergisi;1(1):26-32.

Işık, E. (2003). “Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar”, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 6-498. Ankara.

Jorm, A.F. (2000). *Does old age reduce the risk of anxiety and depression. A review of epidemiological studies across the life span*. Psychological Medicine, 30: 11-22.

- Kabalak, T. (1995). “Obezitenin diyetle tedavisi”, Ed: Yılmaz C, *Obezite*, Nobel Tıp Kitapevleri, 107-137.
- Kandemir, N. (2000). “Obezitenin Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri”. *Katkı Pediatri Dergisi*. 21 (4): 500-506.
- Kara, H., Abay, E. (2000). “Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. s. 94, 95.
- Karamahmutoğlu F. (2007). *Dirençli Hipertansiyonun Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi*, YUT, İstanbul.
- Kaya, B., Kaya, M. (2007). “1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış”. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 3-10.
- Kaya, B. (2007). “Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 10(6), s.11-20.
- Keskin, Y. (2014). *Behçet Hastalığında İnterferon Kullanımı ve Depresyonun Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Fakültesi. İstanbul.
- Koç, İ.Y.(2013). *KPSS'ye Hazırlanan Öğretmen Adaylarının Öğrenme Stilleri ile Sınav Kaygıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Köknel, Ö.(1989). “Genel ve Klinik Psikiyatri”, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Köksal G, Özel H. (2008). *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Klasmat Matbaacılık. Ankara.
- Köroğlu, E.(2000). “DSM-V-TR Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı”. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köse, H. (2009). *Dağcılar ve Sedanterlerde Öz Bilinç İle Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi*. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya.
- Kurt, A. (2005). *Kanser Ağrılı ve Kanser Dışı Kronik Ağrılı Hastaların Psikolojik Faktörler (Depresyon, Kaygı, Başa Çıkma) Açısından Karşılaştırılması*,

Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. s.4, 8, 11, 13, 27. İstanbul.

Küey, L. (1998). “Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme”. *Psikiyatri Dünyası*, 1:5-12.

Limnili, G.(2010). *Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İzmir.

Odağ, C. (1999). “Nevrozlar 1”, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları:1:27-36. İzmir.

Oğuz, A., Temizhan, A., Abacı, A. et al. (2008). *Obesity and abdominal obesity; an alarming challenge for cardio-metabolic risk in Turkish adults*. *Anadolu Kardiyol Dergisi*. 8:401-6.

Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Çakmakçı ÇA, Şen N, Erbay DP, Taşkın EO. (2007). *The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents*. *BMC Public Health*, 7(80):1-7

Öner, N. (2006). “Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler”, 2. Baskı. s.446-847. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi. İstanbul.

Özdamar, K. (2004). “Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi”. Kaan Kitabevi, 5. Baskı, 633. Eskişehir.

Özfidan, A. (2011). *Obezite ve Gece Yemesi Sendromunun Rorschach Testi ile Değerlendirilmesi. Yansıtma-Yetişkin Depresyonu*. Bağlam Yayınları. İstanbul.

Öztora, S. (2005). “İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, İstanbul

Öztürk, M., Uluşahin, A. (2008). “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”. 11.Basım, Cilt 1, s.337-427. Ankara.

Parlak, A. Çetinkaya, Ş. (2006). “Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler”, Antalya.

Polat Güven, S. (2014). *Obezitenin Temel Boyutları, Diyarbakır'da Obezite ve Obeziteye Karşı Alınması Gereken Önlemler*, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Price, R. A., Cadoret, R. J., Stunkard, A. J., Troughton, E.(1987). *Genetic contributions to human fatness: an adoption study*. Am J Psychiatry. 144: 1003-8.

Ricca, V. (1996). "Psychopathological and clinical features among the ambulatory population of obese patients". Minerva Psichiatr. 37:53-58.

Rosen JC. Obesity and body image. In C.G. Fairburn and K.D. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, Newyork:Guilford,:399-402.

Savrun, M.(1999). *Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi*. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 11-17. İstanbul.

Sertel-Berk, H.Ö. ve Bahadır, G. (2007). "Kronik Ağrı Yaşantısı ve Ağrı İnançları". *Ağrı Dergisi*, 19(4), 5-15

Serter, R. (2003). "Obezite Atlası". Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği. Ankara.

Şarbat, G., Demirkol, M. (1999). "Obezite". Ed: Ekşi A. "Ben Hasta Değilim", Nobel Tıp Kitapevi.

Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). "Yeme Tutum Testi: Anoreksiye Nervoza Belirtiler Endeksi". *Türk Psikoloji Dergisi*, 7 (23), 19-25.

Şireli, Ö. (2012). *Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi-Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.

Tekdemir, Ş. (2013). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğine Başvuran Obez Bireylerin Beden Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*, Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

Tezel, A. (2003). *Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması*. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2012. Haber Bülteni, 2013; Sayı: 13490.

Tütüncü, R., Günay, H.(2011). Kronik Ağrı, Psikolojik Etmenler ve Depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*, s.257, 258.

Uzun N. (2014). *Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite için Koruyucu ve Risk Faktörleri*, Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Uçan, Ö., Ovayolu, N. (2007). “Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 2, Sayı 4.

Uçan, Ö., Ovayolu, N., Savaş, C. (2007).” Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopisi İşleminde Dinletilen Müziğin Hastaların Bazı Değerlerine, Memnuniyete ve İşlemin Başarısına Etkisi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.

Ünal, S. (2010). *Ankara ili Gölbaşı ilçesi 2 nolu sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş dilimi şiddet gören ve görmeyen kadınlarda beck depresyon ölçeğine göre depresif öge yükü*. Ankara.

Üney, M. (2014). *Ergenlik Döneminde Obezite ve Ruhsal İşleyişin Değerlendirilmesi*, Okan Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yağbasan, A.(2009). *Farklı Obezite Evrelerinin Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal ve Tiroid Hormon Akılarınin Obezite Parametreleri ve İnsülin Direnci ile İlişkisinin Değerlendirilmesi*, Uludağ Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Bursa.

Yemez, B., Alptekin, K. (1998). “Depresyon Etiyolojisi”. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri. İzmir.

Yıldız Ü., *Üniversite Öğrencilerinde Obezite Oluşumunda İnternet Bağımlılığının Etkisinin Saptanması*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2014.

Yılmaz, E. (2006). *Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. s.4,6,7. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul.

Yılmaz, A. E.(2013). *Ankara'da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne Başvuran Gebelerde "Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler*. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Yumuk, VD.(2005). "Prevalence of Obesity in Turkey". *Obes rev.* 6(1):9-10.

Wardle, J. (1995). "Social variation in attitudes to obesity in children", *Int J Obes Relat Metab Disord*, 19(8):562-569.

Whetstone, L.M, Morrissey, S.L, Cummings, D.M. (2007) *Children at Risk: The Association Between Perceived Weight Status and Suicidal Thoughts and Attempts in Middle School Youth*. *Journal of School Health*, 77(2): 59-66.

WHO. World Health Organization (2013). *Obesity and Overweight Fact Sheet*, No:311.

EKLER

EK-1

Bilgi Formu

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans programı bitirme tezi için yapılmaktadır. Çalışma, 6 farklı ölçekten oluşmaktadır. Her birinin yönergesi üst kısmında yer almaktadır. Ölçek sonuçları **sadece araştırma sonuçları için kullanılacaktır**, vermiş olduğunuz **bilgilerin gizliliği korunacaktır**. Soruları **eksiksiz cevaplamanız** çalışmanın geçerli sayılması ve sonuçların sağlıklı olabilmesi adına önemlidir.

Bu bir sınav değildir, doğru ya da yanlış cevap yoktur. Verdiğiniz her içten ve gerçekçi cevap yapılan araştırmayı çok daha verimli kılacaktır.

Bu bilimsel çalışmaya destek verdiğiniz için teşekkürleri sunarım. Psk. Merve Terzioğlu

BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

Yaşınız: _____ Boy: _____ Kilo: _____

Eğitim Durumunuz: İlköğretim Lise Yüksekokul
Üniversite Yüksek lisans/ Doktora

Medeni durumunuz:

Evli Boşanmış

Bekar Dul

Ağrılarınızı ne sıklıkla yaşıyorsunuz?

- Her gün
- İki haftada bir
- Haftada 2-3 gün
- Diğer (belirtiniz) _____

EK-2

Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi işaretleyiniz.			
1-	a) Üzgün ve sıkıntılı değilim. b) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. c) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. d) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.		
2-	a) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. b) Gelecek için karamsarım. c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.		
3-	a) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. b) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. c) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.		
4-	a) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. b) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. c) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. d) Her şeyden sıkılıyorum.		
5-	a) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. b) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. c) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. d) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.		
6-	a) Kendimden memnunum. b) Kendimden pek memnun değilim. c) Kendime kızgınım. d) Kendimden nefret ediyorum.		
7-	a) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum b) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum. c) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. d) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.		
8-	a) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. b) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. c) Kendimi öldürmek isterdim. d) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.		
9-	a) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. b) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. c) Çoğu zaman ağlıyorum. d) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.		
10-	a) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. b) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. c) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. d) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.		
11-	a) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. b) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. c) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. d) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.		

12-	a) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. b) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. c) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. d) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.				
13-	a) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. b) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. c) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. d) Kendimi çok çirkin buluyorum.				
14-	a) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. b) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. c) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. d) Artık hiçbir iş yapamıyorum.				
15-	a) Uykum her zamanki gibi. b) Eskisi gibi uyuyamıyorum. c) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. d) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.				
16-	a) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. b) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum. c) Her şey beni yoruyor. d) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.				
17-	a) İştahım her zamanki gibi. b) Eskisinden daha iştahsızım. c) İştahım çok azaldı. d) Hiçbir şey yiyemiyorum.				
18-	a) Son zamanlarda zayıflamadım. b) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. c) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. d) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.				
19-	a) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok. b) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. c) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. d) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.				
20-	a) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. b) Eskisine oranla sekse ilgim az. c) Cinsel isteğim çok azaldı. d) Hiç cinsel istek duymuyorum.				
21-	a) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum. b) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum. c) Cezamı çekmeyi bekliyorum. d) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.				

EK-3

Yeme Tutumu Testi

Aşağıda her bir madde için bulunan 6 seçenekten (daima, çok sık, sıklık, bazen, nadiren, hiçbir zaman) birini işaretleyiniz. Lütfen dikkatli okuyunuz ve size en uygun seçeneği işaretleyiniz.						
	<u>DAİMA</u>	<u>ÇOK SIK</u>	<u>SIK SIK</u>	<u>BAZEN</u>	<u>NADİREN</u>	<u>HİCBİR ZAMAN</u>
1. Başkaları ile birlikte yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemek yemeye başlamadan önce gergin olurum.						
4. Şişmanlamaktan dehşet derecede korkarım						
5. Acıktığımda yemek yemeye çalışırım.						
6. Zihnim sürekli yemekle meşguldür.						
7. Durduramayacakmışım gibi hissettiğim aşırı yemelerim olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim besinlerin kalorisini bilirim.						
10. Yüksek karbonhidratlı besinlerden özellikle kaçınırım. (örn; ekmek, patates piriç vb.)						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Yakınlarım daha fazla yememi ister.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Daha zayıf olma arzusu sürekli aklımdadır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için enerjim tükenene kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu sıkıca saran giysilerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı besinleri tüketirim.						
22. Egzersiz yaparken harcadığım kalorileri düşünürüm.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Çevremdekiler aşırı zayıf olduğumu düşünür.						
25. Vücudumun yağlanması düşüncesi sürekli aklımdadır.						
26. Yemeklerimi yemem başkalarinkinden uzun sürer.						
27. Restoranlarda yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet besinleri yerim.						

	<u>DAİMA</u>	<u>ÇOK SIK</u>	<u>SIK SIK</u>	<u>BAZEN</u>	<u>NADİREN</u>	<u>HİCBİR ZAMAN</u>
31.Yiyeceğin yaşamımı kontrol ettiğini düşünürüm.						
32.Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Çevremdekilerin daha çok yemem konusunda baskı yaptığını düşünürüm.						
34.Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Sürekli diyet yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Besin değeri yüksek yeni yiyecekler denemekten hoşlanırım.						
40.Yemeklerden sonra kusma dürtüsü gelir.						

EK-4

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıda her bir madde için bulunan 4 seçenek (çok doğru, doğru, yanlış, çok yanlış) birini işaretleyiniz.				
Lütfen dikkatli okuyunuz ve size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Lütfen boş bırakmayınız.				
	ÇOK DOĞRU	DOĞRU	YANLIŞ	ÇOK YANLIŞ
1-Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2-Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3-Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4-Bende diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar şeyler yapabilirim.				
5-Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6-Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7-Genel olarak kendimden memnunum.				
8-Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9-Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.				
10-Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.				

EK-5

Vücut Algısı Ölçeği

Aşağıda bedeninizle ilgili her bir madde için bulunan 5 seçenektan sizin için en uygun olanını işaretleyiniz.					
Lütfen dikkatle okuyunuz ve boş bırakmayınız					
	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1-Saçlarım					
2-Yüzümün Rengi					
3-İştahım					
4-ellerim					
5-Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6-Burnum					
7-Fiziksel Gücüm					
8-İdrar-Dışkı Düzenim					
9-Kas Kuvvetim					
10-Belim					
11-Enerji/Aktivite Düzeyim					
12-Sırtım					
13-Kulaklarım					
14-Yaşım					
15-Çenem					
16-Vücut Yapım					
17-Profilim					
18-Boyum					
19-Duyularımın Keskinliği					
20-Ağrıya Dayanıklılığım					
21-Omuzlarımın Genişliği					
22-Kollarım					
23-Göğüslerim					
24-Gözlerimin Şekli					
25-Sindirim Sistemim					
26-Kalçalarım					
27-Hastalığa Direncim					
28-Bacaklarımın					
29-Dişlerimin Şekli					
30-Cinsel Gücüm					
31-Ayaklarım					
32-Uyku Düzenim					
33-Sesim					
34-Sağlığım					
35-Cinsel Faaliyetlerim					
36-Dizlerim					
37-Vücudumun Duruş Şekli					
38-Yüzümün Şekli					
39-Ağırlığım					
40-Cinsel Organlarım					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

1990 doğumlu Merve TERZİOĞLU, İstanbul'da ikamet etmektedir.

Eğitim Durumu

Lisans eğitimini 2008-2012 yılları arasında İstanbul Kültür Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde tamamladı.

2013 yılı Bahar döneminden itibaren Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programına devam etmektedir.

İş Deneyimi

2013 yılı Ocak ayında İBB Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi'nde psikolog olarak göreve başlamış ve halen çalışmaya devam etmektedir. Saha psikologu olarak başladığı görevinde belediyeye gelen talepler doğrultusunda oluşturulan programa göre seminerler düzenlemiştir. Seminer konuları öfke kontrolü, iletişim, çocuk psikolojisi, evlilik hayatı vb. başlıklardan oluşmaktadır.

2013 Haziran ayı itibariyle psikolojik danışmanlık birimine yetişkin psikologu olarak geçiş yapmıştır. Günde 10 seans sayısıyla halen kurumda çalışmaktadır.

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar

Okan Üniversitesi 17. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi lisans bitirme tezinin bildirisini yayınlamıştır (2012).

Lisans Bitirme Tez Konusu; Kronik Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkide İyileşme Umudunun Rolü