



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON
BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Can PAHALI

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR

İstanbul - 2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Bilimsel Etik Kurul Onayı.....	iii
Tez Kabul Formu.....	iv
Teşekkür.....	v
Özgeçmiş.....	vi
Özet.....	vii
Summary.....	viii
Kısaltmalar.....	ix
Tablolar Listesi.....	x
Ekler Listesi.....	xiii
GİRİŞ.....	1
1.KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR.....	4
1.1. Obezite.....	4
1.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	6
1.1.2. Obezite Epidemiyolojisi.....	7
1.1.3. Obezite Etyolojisi.....	9
1.1.4. Obeziteye Katkı Sağlayan İlaçlar.....	11
1.1.5. Obezite Tedavisi.....	11
1.2. Beden Kitle İndeksi.....	13
1.3. Depresyon.....	15
1.3.1. Depresyonun Tanımı.....	16
1.3.2. Depresyon Tanısı.....	16
1.3.3. Depresyon Etyoloji ve Prognozu.....	18
1.4. Anksiyete.....	19
1.4.1. Anksiyete Tanımı.....	20
1.4.2. Anksiyete Tanısı.....	21
1.4.3. Anksiyete Etyoloji ve Prognozu.....	22

2. AMAÇ VE YÖNTEM.....	24
2.1. Amaç.....	24
2.2. Yöntem.....	24
2.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	24
2.2.2. Örneklem.....	24
2.2.3. Veri Toplama Araçları.....	26
2.2.3.1. Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu....	26
2.2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	27
2.2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	28
2.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3. BULGULAR.....	30
4.TARTIŞMA.....	51
5.SONUÇ.....	57
EK.1 Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu.....	58
EK.2 Beck Depresyon Ölçeği.....	59
EK.3 Beck Anksiyete Ölçeği.....	62
6.KAYNAKÇA.....	63



www.uskudar.edu.tr
REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Atatürkçe Mah. Halıç Türkmen Sok. No:16 F.K.34652 Üsküdar - / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 21 Fax: +90 216 474 12 50 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN) ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAVİ: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2014 / 67

01 Eylül 2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. F. Gökben Hızlı Sayar
(Can Pahalı)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20 Ağustos 2014 tarihinde, 10 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "*Beden Kitle İndeksinin Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Üzerine Etkisi*" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet YAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102100		
Öğrenci Adı Soyadı	: Can Pakal		
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Yüksek Lisans		
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Gülşen Hızlı Sayar		
Tezin Başlığı	: Beden kitle indeksinin anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkisi		
Toplantı Tarihi	: 15.06.2015	Saati	: 16:30
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.			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE , düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
ile karar verilmiştir.			
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.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Gülşen Hızlı Sayar	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Gül Eryılmaz	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Tarih : 15.6 / 2015

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Not : Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

TEŞEKKÜR

Gerek yüksek lisans eğitimim süresince derslerdeki katkılarıyla, gerekse tez çalışmalarım sürecinde önerileri, rehberliği ve örnek iletişim biçimiyle bana yardımcı olan değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR'a,

Verilerin istatistiki değerlendirmelerinde destek olan Dr. Serdar AY'a, verilerin toplanmasında yardımcı olan hastane çalışanlarına,

Yıllardır süregelen eğitimim ve çalışmalarım boyunca yanımda olan ve bana güvenen anne-babama, tez çalışmalarını sırasında beni destekleyen Selvi ve Doğan DURMUŞ'a, varlığı, katkıları ve paylaşımlarıyla yaşamıma anlam katan ve güzelleştiren arkadaşım, dostum ve eşim Funda PAHALI'ya, kızlarım Melis ve Ekin'e

TEŞEKKÜRLERİMLE...

Can PAHALI

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Doğum Tarihi / Yeri: 13.08.1959 / Antakya

Eğitim Bilgileri :

Mezun olduğu üniversite: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yabancı Dil (ler) ve düzeyi

İngilizce - Orta

İş deneyimi

1984 – 1986 Siirt Beşiri Sağlık Ocağı

1986 – 1988 İzmir Alsancak Devlet Hastanesi

1989 – 1993 İzmir Devlet Hastanesi

1993 – 2009 İskenderun Doğum Evi

(PAHALI, Can, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

Beden Kitle İndeksinin Anksiyete ve Depresyon Belirtileri İle İlişkisi

Özet: Obezitenin, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yaptığı çalışmalarla, ABD ve Avrupa ülkeleri başta olmak üzere Türkiye'de de görülme sıklığının arttığı ve bir halk sağlığı sorunu haline geldiği ortaya konmuştur. Günümüz yaşam koşullarında ruh hastalıkları da küresel anlamda giderek artan bir oranda toplumları etkilemektedir. Bu çalışmada obezitenin sınıflandırılmasında kullanılan beden kitle indeksinin depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemini NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yatarak veya ayakta tedavi gören, 12-82 yaşları arasında 575 hasta oluşturmuştur. Değerlendirmeler araştırmacı tarafından hazırlanan "Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu", "Beck Depresyon Envanteri" ve "Beck Anksiyete Ölçeği" aracılığıyla yapılmıştır. Veriler SPPS istatistik programı aracılığıyla Non-parametrik testler, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-kare testi ve Spearman korelasyonu ile değerlendirilmiştir. İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda beden kitle indeksi ile Beck Depresyon Ölçeği Depresyon Ölçeği puanı arasında çok zayıf, fakat anlamlı bir pozitif korelasyon ($r=0.096$, $p=0.021$), Beck Anksiyete Ölçeği Anksiyete Ölçeği puanı arasında anlamlı fakat zayıf bir pozitif korelasyon ($r=0.143$, $p=0.001$) olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak obeziteyle mücadelede depresyon ve anksiyete belirtilerine de odaklanmanın önemli olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: beden kitle indeksi, depresyon, anksiyete

(PAHALI, Can, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

The Relationship of Body Mass Index with symptoms of anxiety and depression

Abstract:

According to the studies performed by World Health Organization (WHO), the prevalence of obesity is increasing especially in USA and in European countries, and also in Turkey, and it has become a public health problem. Psychiatric disorders affect publics globally in an increasing manner due to living conditions. The aim of this study is to investigate the relationship between body mass index, which is used to classify obesity with symptoms of anxiety and depression. The sample of the study is composed of 575 inpatients and outpatients aged between 12 to 82 years, who were treated in NPIstanbul Neuropsychiatry Hospital. Patients were evaluated by using Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Body Mass Index Evaluation Form, formed by the investigator. Non-parametric tests (Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Chi Square test and Spearmann correlation test) and SPSS software were used to analyze the data. Significance level was $p < 0.05$. There were weak but significantly positive correlations between body mass index and Beck's Depression Score, and body mass index and Beck's Anxiety Score. Consequently, it is determined that depression and anxiety symptoms should also be focused on, when treating obesity.

Keywords: body mass index, depression, anxiety

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
DSM	Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
WHO	World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 01: Obezite riskini arttıran ilaçlar

Tablo 02: Yetişkinlerde BKİ'ye göre obezite sınıflandırması

Tablo 03: Örneklemedeki hastaların demografik özellikleri

Tablo 04: Hastaların eğitim süreleri (yıl)

Tablo 05: Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı

Tablo 06: Hastaların medeni duruma göre dağılımı ve yaş ilişkisi

Tablo 07: Hastaların meslek gruplarına dağılımı ve yaş ilişkisi

Tablo 08: Cinsiyete göre beden kitle indeksinin karşılaştırılması

Tablo 09: Medeni duruma göre BKİ'nin karşılaştırılması

Tablo 10: Meslek grupları ile BKİ'nin karşılaştırılması

Tablo 11: Geçmiş tedavi ile BKİ'nin karşılaştırılması

Tablo 12: İlaç uyumu (yok, var, ilaçsız grupları) ile beden BKİ karşılaştırması

Tablo 13: Sistemik hastalıklarla BKİ karşılaştırılması

Tablo 14: İntihar girişimi ile BKİ karşılaştırılması

Tablo 15: Sigara kullanımı ile BKİ karşılaştırması

Tablo 16: Alkol kullanımı ile BKİ karşılaştırması

Tablo 17: Madde kullanımı ve BKİ karşılaştırması

Tablo 18: Hasta tanıları ile BKİ karşılaştırması

Tablo 19: Hastaların kullandığı ilaç tipi ile BKİ'nin karşılaştırılması

Tablo 20: Hastaların ilaçları kullanım süresi ile BKİ'nin karşılaştırılması

Tablo 21: Medeni durum ile Beck Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırması

Tablo 22: Meslek grupları ve Beck Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırması

Tablo 23: Hastaların geçmiş tedavilerinin olup olmaması ile Beck Depresyon Ölçeği Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 24: İlaç uyumunun olup olmaması ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 25: Sistemik hastalık varlığı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırması

Tablo 26: Hastaların intihar girişimi ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 27: Sigara kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

- Tablo 28:** Alkol kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırması
- Tablo 29:** Madde kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırılması
- Tablo 30:** Hasta tanı grupları ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 31:** Hastaların kullandığı ilaç tipi ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 32:** Üçten fazla ilaç kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında karşılaştırma
- Tablo 33:** Hastaların ilaç kullanım süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 34:** Cinsiyetin Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile karşılaştırması
- Tablo 35:** Medeni durum ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırılması
- Tablo 36:** Meslek gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile karşılaştırılması
- Tablo 37:** Geçmiş tedavinin olup olmaması ile Beck Anksiyete Ölçeği puanının karşılaştırılması
- Tablo 38:** Hastaların ilaç uyumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 39:** Sistemik hastalık varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırılması
- Tablo 40:** İntihar girişiminin olup olmama durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 41:** Sigara kullanımı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanının karşılaştırılması
- Tablo 42:** Alkol kullanımıyla Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırılması
- Tablo 43:** Madde kullanımı ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırması
- Tablo 44:** Hasta tanıları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırması
- Tablo 45:** Kullanılan ilaç tipi ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı arasındaki karşılaştırma
- Tablo 46:** Üçten fazla ilaç kullanma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanının karşılaştırması
- Tablo 47:** İlaç süresi ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırması
- Tablo 48:** Farklı BKİ değerlerine sahip gruplarla Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 49:** Farklı BKİ değerlerine sahip gruplarla Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 50:** Beck Depresyon Ölçeği puanı ile hasta yaşı, eğitim süresi, hastalık süresi ve beden kitle indeksi arasındaki ilişki

Tablo 51: Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile hasta yaşı, eğitim süresi, hastalık süresi ve beden kitle indeksi arasındaki ilişki



EKLER LİSTESİ

- EK 1** Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu
EK 2 Beck Depresyon Ölçeği
EK 3 Beck Anksiyete Ölçeği



GİRİŞ

Obezite, fiziksel sağlık ve psikolojik iyilik hali üzerine negatif etkileri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Son yıllarda Avrupa ülkeleri ve ABD başta olmak üzere Türkiye’de de görülme sıklığının giderek arttığı ve ciddi boyutlara vardığı çalışmalarla gösterilmiştir (Yumuk et al., 2005; Raymond et al., 2006).

Obezite “ besinlerle alınan enerjinin tüketilen enerjiden fazla olması ve artan enerjiyle bedende yağ birimi sonucu ortaya çıkan, yaşam sürecini olumsuz etkileyen bir hastalık ” olarak tanımlanır. Beden kitle indeksinin 30 ve üzerinde olması erişkinlerde “obezite” olarak değerlendirilir. Beden Kitle İndeksi (BKİ), kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile elde edilir (Forhan, 2009). Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu sınıflandırmaya göre, BKİ’nin 25-29.9 arasında bulunması fazla kilolu olmak, 30-34.9 arasında bulunması 1.derece obezite, 35-39.9 aralığında olması 2. derece obezite, 40 ve üzerinde olması ise 3. derece (morbid) obezite olarak değerlendirilir (Sirtori, 2012; Vranesia, 2012).

DSÖ’nün yaptığı çalışmalar bir obezite pandemisinin olduğunu göstermektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, her yaşta, bütün sosyoekonomik gruplarda obezite prevalansı giderek artmaktadır. DSÖ’nün 2008 yılına ilişkin olarak yaptığı değerlendirmeler yaklaşık olarak 1.5 milyar erişkin insanın fazla kilolu, 400 milyon erişkin insanın obez olduğunu ortaya koymuştur. Yine DSÖ’ye göre 2015 yılında yaklaşık olarak 2,3 milyar insanın fazla kilolu, 700 milyon insanın da obez olacağı düşünülmektedir (URL 2; Nazlıcan,2008). Son yıllarda yapılan çalışmalarda obezite görülme sıklığının erkeklerde daha hızlı arttığını ve kadınlara yaklaşmakta olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemizde son on yılda obez sayısı kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında artmıştır. Türkiye’de 2008 yılında obezite prevalansı; erkeklerde %21.7, kadınlarda %34 olarak belirtilmiştir (URL 2). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-II) çalışmasında 2013 yılında Türkiye’de obezite prevalansı %36 olarak bulunmuş olup, 2002 yılında yayınlanmış olan TURDEP çalışmasına oranla obezite prevalansında %40’lık bir artış olduğu bildirilmiştir (Satman, 2013).

Genetik, etnik köken, cinsiyet, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, emosyonel ve mental durum, sedanter yaşam tarzı, beslenme düzeninin değişimi ve fiziksel etkinliklerin azalması gibi gerek genetik, gerekse çevresel pek çok etken obeziteden sorumludur

(Taveras et al., 2013; Kelishadi and Poursafa, 2014). Beslenme alışkanlığının belirgin bir şekilde hazır gıdalara kaymasının, ayaküstü tüketilen hamburger, patates kızartması gibi yiyeceklerin aşırı alınmasının obezitenin ortaya çıkmasında etkisi büyüktür. Endüstriyel gelişimin sonucu olarak şehir yaşamının baskın olması, çalışma yaşamına giren ebeveyn sayısındaki artış; yaşam biçiminin farklılaşmasına ve gıdalarda kullanılan ve obeziteye zemin hazırlayan endüstriyel katkı maddelerinin ve tüketime hazır ürünlerin yemeklerimizde daha çok yer almasına yol açmıştır. Ailelerin beslenme konusunda yeterli bilince sahip olmaması, reklamların etkileyici olması, hazır yiyecek gıdalarının daha kolay erişilebilirliği ve daha ekonomik olmasının da katkısı fazladır (Hamşioğlu, 2013).

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklar da obezite yönünden yüksek oranda risk altındadır. Çocukluk dönemi obezitesi gelecekte erişkin obezitesi olarak devam etmesi, komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalitede önemli artışlar yaşanması ve çoğu zaman engellenebilir olması nedeniyle üzerinde durulması gereken önemli bir sağlık sorunudur (Şimşek vd., 2005; Öztora vd., 2006).

Obezite son yıllarda giderek artan bir şekilde yaygın bir sağlık sorunu durumuna gelen komplikasyonlara bağlı olarak erken ölümlerin artması nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline gelmiştir. Yol açtığı tıbbi komplikasyonları arasında diyabet, metabolik sendrom, kalp ve damar sistemi hastalıkları, bazı kanser türleri (özellikle kolon, meme, endometrium, böbrek), hareket sistemi hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar gelmektedir. Mortalite ve morbiditeye neden olmasının yanı sıra, psikososyal alanlarda da sıkıntılara yol açmaktadır (Sertöz ve Mete, 2005; Gortmarker, 1993).

Obezite, yalnızca artmış kalori alımı, kilo kontrol sorunu ve pek çok kronik hastalığa yol açmasıyla değil, frontal lob kökenli azalmış bilişsel işlevler gibi nörobilişsel olaylarla da bağlantılıdır (Cserje et al., 2009). Bilişsel işlevleri farklı şekillerde etkileyebilen obezite ile ilgili veriler çoğunlukla yönetimsel fonksiyonları azaltabileceği yönündedir. Yönetici işlevler dikkat, motor kapasite ve dil gibi süreçlerle bağlantılıdır. Bunlardan birinde ortaya çıkan bozulma yönetimsel disfonksiyona neden olur. Obezite bunlara ek olarak majör depresif bozukluk, anksiyete, agresif kişilik özellikleri, beyin volümünde azalma, Alzheimer Hastalığı ve demans gibi psikolojik

rahatsızlıklarla da ilişkilendirilmiştir (Macit ve Karadağ, 2014; Smith et al., 2011; Ells et al., 2006).

Pek çok çalışma obezite ve psikopatoloji bağlantısını araştırmış olmakla birlikte konu yeterli düzeyde anlaşılmış değildir. Crisp ve Guinness (1975) “neşeli şişman” (jolly fat) hipoteziyle obez kadınlarda anksiyetenin, erkeklerde hem anksiyetenin hem de depresyonun düşük olduğunu ortaya koymuştur. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalar, obez bireylerde anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtilerin normal kiloya sahip bireylere göre daha fazla görüldüğünü ortaya koymuşlardır (Simon et al., 2008; Zhong et al., 2010). Obezitenin psikopatolojiyle bağlantısını araştıran çalışmalar, obez olan bireylerde anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarının sıklıkla görüldüğünü ortaya koymuşlardır (Black et al., 1992; Scott et al., 2008).

Bu çalışmanın amacı BKİ'nin anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkisini ortaya koymaktır. Çalışmanın hipotezi BKİ ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında çift yönlü pozitif bir ilişki olduğudur.

1. KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR

1.1. OBEZİTE

Obezite sözcüğünün kökeni Latince'de yemek yeme anlamında kullanılan obesus'tan gelmektedir. Geçmiş yıllardan yakın tarihe kadar obezite güçlü olmayı, kudretli olmayı, güzelliği, gösterişi ve zenginliği ifade ederdi (Serter, 2004). Günümüzde ise obezite morbidite ve mortalitesi yüksek pek çok patolojiye yol açan, tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak görülmektedir. Obezite modern toplumların en yaygın olarak görülen kronik fiziksel hastalığıdır (Dixon et al., 2003).

Obezite ile bağlantılı sağlık riskinin temel göstergelerinden birisi vücut- yağ dağılımıdır. Vücutta mevcut yağlar, karında (android obezite modeli) veya kalça ve uyluk çevresinde (jinekoid obezite modeli) lokalize olabilir. Son çalışmalar, android obezite modelinin abdominal viseral organların etrafında yağ toplanmasını yansıttığını ve hipertansiyon, dislipidemi ve glikoz intoleransı dâhil olmak üzere metabolik bozukluklarla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Bunlara bağlı olarak, aynı oranda fazla kilolu olursa bile viseral yağ miktarı daha fazla olan bireyler, viseral yağ miktarı daha az olan bireylere oranla obezite ile bağlantılı sağlık sorunlarına sahip olmaya veya bunların gelişmesine daha eğilimli olmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi viseral yağ dokusunu doğru bir şekilde değerlendiren yöntemler olmalarına karşılık pahalıdır ve rutin kullanım için uygun değildir; bundan dolayı bel çevresi ölçümleri pratik ve kolay uygulanabilen bir yöntem olarak viseral yağ dokusunun değerlendirilmesinde bu yöntemlerin yerini alabilir. Karın çevresinin, kadınlarda 88 santimetreyi, erkeklerde ise 102 santimetreyi geçmesi artan sağlık riskiyle ilişkilendirilmektedir. Özellikle viseral yağdaki artışlar; insülin rezistansı, dislipidemi, metabolik sendrom, enflamasyon, inme, safra kesesi taşı, böbrek taşı, hiperürisemi, osteoartrit, polikistik over sendromu, infertilite, venöz tromboz, karaciğer steatozu, pulmoner embolizm, hiperürisemi, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri (kolorektal, safra kesesi, prostat, meme, endometrium) ve Tip II DM gibi çok sayıda ve ciddi sonuçları olan sağlık durumu ile bağlantılıdır (Chang et al., 2012).

Obezite ile bağlantılı olarak vücutta metabolik ve fizyolojik pek çok değişiklik ortaya çıkmaktadır. Bu değişiklikler bilişsel fonksiyonları da etkileyebilmektedir. Bu etkilenme en çok yönetici işlevler üzerinde kendini gösterir. Yönetici işlevler dikkat, motor kapasite ve dil gibi süreçlerle ilgilidir. Bunlardaki bir bozulma yönetici işlevlerde disfonksiyona yol açar (Smith et al., 2011). Obezite bilişsel fonksiyonları etkilemesi ile birlikte depresyon, anksiyete, alzheimer, beyin volümünde azalma, agresif kişilik özellikleri ve sosyopati gibi psikolojik bozukluklarla da ilişkilendirilmiştir (Ells et al., 2006; Davis et al., 2005). Obezite ile beraber bipolar bozukluk, panik bozukluk, agorafobi ve majör depresyon prevalansı da artış gösterir. Artmış kilo ve azalmış bilişsel işlevler arasında bu olası ilişkiyi destekleyen çalışmalar vardır (Farr et al., 2008; Li et al., 2008).

Obezitede sitokin, nörotransmitter, nöropeptid, hormon ve çeşitli metabolitlerin düzeylerinde değişiklikler ortaya çıkmakta, dalgalanmalar olmakta ve beyin yapısı etkilenebilmektedir. Kilo artışına bağlı subklinik iltihabi değişimler ve beyaz cevherin dismiyelinizasyonu gibi farklılıklar obezitede bilişsel işlevleri bozduğu düşünülen anomalilerdendir (Guxens et al., 2009). Proinflamatuvar maddelerin ve sitokinlerin salınımındaki farklılıklar mental durumu çeşitli şekillerde etkileyebilmektedir. Obezitede C-reaktif protein, tümör nekroz faktörü ve amiloid A düzeylerinde artış olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (Hancı vd., 2012; Yang et al., 2006). Adipoz dokudan proinflamatuvar maddelerle birlikte leptin, adinopektin gibi salgılarla da salgılanmaktadır. Adinopektinlerin anormal düzeyleri insülin direncine yol açar. İnsülin reseptör işleyişindeki değişim demiyelizasyona yol açabilir. İnsülin mental sağlığın gelişmesine beyin işlevlerini düzenleyerek yardım eder. Ek olarak bellekte de önemli bir role sahiptir. Beyinde medial temporal bölgede bulunan insüline duyarlı glukoz taşıyıcıları ve insülin reseptörleri normal bilişsel fonksiyonun devamında önemli bir işleve sahiptir. Bu yüzden insülin salınımındaki bu değişiklikler bellek fonksiyonunda bozukluklara yol açabilir (Smith et al., 2011; Naderali et al., 2009). Leptinin de insüline benzer şekilde bilişsel işlevlerle ilgili önemli etkileri vardır. Obez bireylerde, metabolik sendrom varlığı durumunda insüline benzer şekilde leptin direnci görülebilir. Leptinin hipokampal alandaki etkilerinin azalması bilişsel bozukluklara yol açabilir (Greco, et al., 2013).

Obez bireylerde değişikliklerin görüldüğü durumlardan biri olan nörotransmitter ve nöropeptid salınımındaki dengesizlikler mental sağlığı etkilemektedir. Mental harabiyetin altında yatan nörotransmitter ve nöropeptid sistemlerdeki fonksiyon bozukluğu obezite ile ilişkilidir. Etkilenen nöropeptidler; kortikotropin serbestleştirici faktör, nöropeptid Y, nörotransmitterler ise serotonin, dopamin ve norepinefrindir. Bunlardan dopamin, besin alınımını kontrol altında tutan nörotransmitterlerden biridir (Malhotra and McElroy, 2002).

Normalin üstünde vücut ağırlığı ile zekâ puanı ve bilişsel fonksiyonu ilişkilendiren çalışmalar vardır. Obez bireylerdeki düşük bilişsel işlevler beyin hacmindeki azalmayla bağlantılıdır. Bu verilerden beyin hacmindeki azalmanın zekâ düzeyinde azalmaya yol açabileceği öngörülebilir. Bununla birlikte aralarındaki ilişki tam olarak açıklanabilmiş değildir. Bir kısım araştırmalar obezitenin zeka düzeyinde düşüğe yol açabileceğini gösterirken, diğerleri düşük zeka düzeyinin obeziteye yol açabileceğini göstermektedir (Guxens et al., 2009; Kivimaki et al., 2009). Küçük yaşlardaki zekâ puanı ile yetişkinlik obezitesini ilişkilendiren çalışmalarda yüksek zekâ düzeyine sahip çocukların sebze, meyve, balık, tam tahıllı ekmek tüketiminin yüksek, cips, kek, bisküvi tüketiminin düşük olduğu; düşük zekâ düzeyine sahip çocukların ise daha fazla alkol, sigara kullandığı ve ileride obeziteye yol açabilecek kötü beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları bulunmuştur. Yüksek zeka puanlarının gelecekte iyi sosyo-ekonomik düzey ve statü sağlayarak obezite riskini düşüreceği sonucuna varılmıştır (Yu et al., 2010).

1.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite genel sağlıkta riski ortaya koyan anormal ya da aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır (WHO, 2000). Obezitenin sınıflandırılması en sık beden kitle indeksi kullanılarak yapılır. DSÖ'nün yaptığı sınıflandırmada Sınıf 1 obez erişkinler beden kitle indeksi ≥ 30 , Sınıf 2 ≥ 35 , Sınıf 3 ≥ 40 değerlerine sahiptirler. Ancak BKİ'nin önemli bir sınırlılığı, sağlıkla ilgili riskin bağımsız bir göstergesi olan vücut yağ dağılımını kapsamamasıdır. Bundan dolayı, fazla kilo ve obezite ile ilişkili sağlık riskinin değerlendirilmesinde BKİ'nin ve vücut yağ dağılımının birlikte kullanılması

önerilmektedir. Yalnızca BKİ'nin kullanımı durumunda, vücut yağının direkt olarak ölçülememesine bağlı olarak, kimi bireylerde farklı sonuçlarla karşı karşıya kalınabilir. Örneğin bazı kaslı kişiler (vücut geliştirme sporu yapanlar veya atletler gibi) obez olarak yanlış sınıflandırılabilirler. Yaşlı bireylerde beden yapısı ve yaşla birlikte boydaki değişikliklere bağlı olarak, obezite derecesinin belirleyicisi BKİ'nin kullanımının geçerliliği tartışmalıdır (Jensen and Hsiao, 2010). Yaşlı bireyler için morbidite ve mortaliteyi öngörmeye vücut yağ dağılımının daha iyi bir gösterge olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur (Chang et al., 2012). Yeni araştırmalar, yaşlı bireylerde bel çevresi ile işlevsel durumda kötüleşme arasında da pozitif yönde bir ilişki bildirmiştir. Bundan dolayı, santral adipozitenin bir göstergesi olan bel çevresi ölçümleri potansiyel olarak, obez yaşlı bireyler için BKİ kadar bir risk etkenidir (Donini et al., 2012).

Son dönemde yapılan çalışmalar, "normal kilolu obezite" olarak adlandırılan yeni bir kavram tanımlamıştır. Normal kilolu obezite, BKİ'nin 25'in altında olmasına rağmen vücut yağının %130'un üzerinde olması şeklinde tanımlanır. Bu durum riskli lipid profili ve enflamatuvar profil ile bağlantılıdır. Sonuç olarak, normal kilolu obezite normal vücut ağırlığı ve normal BKİ ile birlikte olan aşırı vücut yağı ile karakterize bir durumdur (Vranesie and Krznarie, 2012).

1.1.2. Obezite Epidemiyolojisi

Obezitenin başlangıcı çoğu zaman çocukluk dönemindedir. Obez olan çocukların yağ hücre sayısı normal vücut ağırlığına sahip olan çocukların yağ hücre sayısının yaklaşık olarak üç katı kadar olduğu hesaplanmıştır. Bireylerin yağ hücre sayısı çocuklukta artar, adölesan dönemden sonra ise pek değişmez. Buna karşılık sonraki dönemlerde yağ hücreleri belirgin bir şekilde hacim kazanırlar. Normal vücut ağırlığına sahip olan anne ve babanın çocuklarında obezite sıklığı %8-9, anne babadan birinin obez olduğu ailelerde %40, her ikisi de obez olan ailelerin çocuklarında ise %80'dir. Çoğu zaman bu ailelerin tükettikleri yemeklerin kalori değeri yüksektir ve bütün aile bireyleri fazla enerjili beslenmektedirler (Siranuş vd., 2006).

Fazla kilolu veya obez insanların sayısı 1980'lerden beri artmakta ve özellikle gelişmiş ülkelerde salgın boyutlarında bir halk sağlığı sorununun doğmasına yol açmaktadır (URL 1). Son veriler bütün dünyada obezite prevalansının 1980'den 2008'e kadar uzanan süreçte ikiye katlandığını ve kadınlarda %14'e, erkeklerde %10'a ulaştığını göstermektedir (Marcus et al., 2012). Gelişmiş ülkelerde obezite riski, düşük geliri olan bireylerde daha fazla iken, gelişmekte olan ülkelerde yüksek geliri olan bireylerde fazladır (Pirinççi vd., 2007). Obezite alkol ve sigara gibi kansere yol açan en önemli nedenlerden biri olup Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde önlenebilir hastalıklar arasında sigaradan sonra ikinci sırada gelmektedir. Erken ölümlerin de sigaradan sonra ikinci önlenebilir nedenidir (Han et al., 2013; Lobstein et al., 2004).

Toplumumuz beslenme durumu açısından, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını içermekte olup obezite daha çok orta ve yüksek gelirli ailelerde görülmektedir. Ülkemizde bireylerin beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre değişiklikler göstermektedir. Gelir dağılımındaki dengesizlik, beslenme sorunlarının niteliğini ve sıklığını etkilemektedir. Bunlara ek olarak beslenme konusundaki bilgisizlik yanlış besin seçimine, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama metodlarının uygulanmasına yol açarak beslenme sorunlarının artmasına neden olmaktadır. DSÖ tarafından yayınlanan Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre obesitenin artmasına yol açan önemli etkenlerden biri, hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşmasıdır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam modelinin önemli bileşeni olduğu bilinmekte, fiziksel hareketliliği artmış bir toplumda, sağlık harcamalarının ciddi miktarda azalacağı ve ülke ekonomisine katkı sağlayacağı kabul edilmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'nın verilerine göre; 30 yaş üstü 15468 bireyde obezite görülme sıklığı erkeklerde %21.2, kadınlarda %41.5 olarak bulunmuştur. Bunun yanısıra BKİ değeri 40-69 yaş arasında doğrusal olarak artmakta, 70 yaşından sonra doğrusal olarak düşmektedir.

Obezite; sıklıkla diyabet, koroner arter hastalıkları, osteoartrit ve solunum sistemi hastalıkları gibi komorbid hastalıklarla birlikte ortaya çıkar (Kopelman, 2007).

Keza obeziteye psikiyatrik bozukluklar da eşlik edebilir (Robert vd., 2003; Scott vd., 2008; Allison et al., 2009).

1.1.3. Obezite Etyolojisi

Obezitenin ortaya çıkışında özellikle genetik yatkınlık, içinde yaşanılan ortam ve kişisel alışkanlıklar önemli bir rol oynamakta, alınan kalori miktarı harcanan kalori miktarından fazla olmaktadır.

Normalde yemek yeme hızı, bedendeki karbonhidrat ve yağ depolarıyla orantılı bir şekilde regüle edilmektedir. Normal koşullarda bir insanda söz konusu depoların optimal düzeyi aşması durumunda aşırı depolanmayı engellemek amacıyla beslenme hızı azaltılmaktadır. Buna karşılık obez olan bireylerde bu durum gerçekleşmez. Bu bireylerde gıdaların alınması beden ağırlığının çok üzerine çıkmadığı sürece azaltılmaz. Bunun nedeni ya düzenlemeyi etkileyen psikolojik faktörlerden ya da düzenleyici sistemin kendisindeki anormalliklere bağlı olabilir (Guyton, 2001).

Obezite gelişmesindeki etkenlerden birinin bebeklik dönemindeki beslenme şekli olduğu ve obezite görülme sıklığının, anne sütü ile beslenen çocuklarda anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranda olduğu, anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanının da obezite gelişimini etkilediği bildirilmektedir (Öztor, 2005).

Yemeğe başlama, iştah ve tokluk hissinde etkin görevleri olan leptin ve grelin, vücut ağırlığının kontrolünü düzenleyen hormonlardır. Leptin kişinin tokluk algılamasını, grelin hormonunun ise yemekten kısa süre önce yükselerek yemeğe başlanmasını sağladığı ve bu öğün ilişkili gastrointestinal sinyallerin besin alımının sıklığını ve miktarını etkilediği literatürde bildirilmektedir (Adan et al., 2008; Kim et al., 2004).

Obezitenin en sık görülen nedeni, sağlıklı beslenmenin günde yalnızca üç öğün şeklinde ve eksiksiz olması gerektiği inancıdır. Çocukların büyük bir çoğunluğu, yetiştirildikleri aileleri tarafından buna zorlanır ve yaşamları boyunca da bu yanlış alışkanlığı devam ettirme eğiliminde olurlar. Buna karşın sağlıklı beslenme için temel olan, abartıdan kaçınmak şartıyla üç öğün alınan normal diyetin hafif ara öğünlerle desteklenmesidir.

Hipotalamusun ventro-medial çekirdeklerinde görülen lezyonlar abartılı yeme sonucunda obeziteye yol açar. Bununla birlikte bu lezyonlar aşırı insülin yapımına da neden olur. İnsülin ise yağ depolanmasını sağlar. Ayrıca hipotalamusa doğru uzanan hipofiz adenomu olan bireylerin çoğunda gelişen ilerleyici obezite, insanlarda hipotalamus lezyonları sonucu şişmanlama eğilimi gelişebileceğini kesin olarak göstermektedir. Bununla beraber obez insanlarda hemen hemen hiçbir hipotalamik hasara rastlanmaması fonksiyonel organizasyonunun ağırlık artışıyla değişebileceğini gösterebilir (Guyton, 2001).

Beslenmenin temel işleyişi beyin sapındaki merkezler tarafından kontrol edilmektedir (Fox, 2004). İştahı etkileyen merkezlerden bir de hipokampusla yakından ilişkili olan amigdala ve prefrontal kortektir. Amigdalanın lezyonları bazı alanların beslenmeyi arttırdığını bazı alanların beslenmeyi azalttığını göstermektedir. Ayrıca amigdalanın bazı alanlarının uyarılması beslenmeyi mekanik olarak kolaylaştırır (Berthoud, 2004; Killgore et al., 2003).

Obezitenin ailelerle ilgili bir durum olduğu kesindir. Genler beslenme derecesini çeşitli yollardan etkilerler. Bunlar; beslenme merkezinin enerji deposunun düzenlenmesindeki anormallikler, bir rahatlama merkezi olarak iştahı açan ya da kişiyi yemeğe sevkeden anormal ve kalıtsal psikolojik faktörler, karbonhidrat ve yağ depolanması ile ilgili genetik bozukluklar olarak sıralanabilir (Guyton, 2001). Obezitenin genetik boyutu ile ilgili çalışan bazı araştırmacılar yalnız diyabete yatkınlığı değil, aynı zamanda şişmanlama eğilimine de neden olduğu sanılan bir geni (OB geni) tanımlamıştır (Bouchard, 2001).

Yaşamımıza teknolojinin daha çok girmesi, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, hazır gıdaların artması, fiziksel aktivitenin belirgin olarak azalması, sıklıkla kullanılan ilaçlar, sigarayı yeni bırakmış olmak ve alkol alımı obezitenin gelişimine ciddi katkı sağlamaktadır (Serter, 2004; Başkal, 2003). Anksiyete, depresyon ve stres gibi durumlarda yemek alışkanlıkları ile ilişkili hipotalamik merkezler etkilenip obezite ortaya çıkabilmektedir (Başkal, 2003; Özata, 2003). Suçluluk duyguları ve etiketlenme insanların olumsuz beden ve kendilik algısına odaklanmasına neden olmaktadır. Bunlardan dolayı obez olan bireylerin kilo verme istekleri ve sosyal normları yakalayabilme amacıyla katı ve sınırlı yemek yeme davranışı ve olumsuz beden, olumsuz kendilik algısı geliştirdikleri belirtilmektedir (Jackson et al., 2000). Hızlı bir

şekilde kilo verme çoğu zaman kilo alımına neden olmaktadır. Obez bireylerin diyet yapma çabaları sürecinde görülen kontrol kayıpları yeme bozuklukları riskini, özellikle de tıkanırcasına yeme bozukluğu riskini arttırmaktadır. Psikolojik etkenler de dahil olmak üzere pek çok faktörün etkileşim içinde olması obezitenin önlenmesini ve tedavisini zorlaştırmaktadır (Taşan, 2005).

1.1.4. Obeziteye Katkısı Olan İlaçlar

İlaç tüketiminde sıklıkla gözden kaçan ve yan etki olarak ortaya çıkan kilo artışı obeziteye neden olabilmektedir. İlaçların bir bölümü iştah merkezi ile ilgili nörotransmitterleri etkileyerek bir bölümü de enerji kaybındaki düşüşe yol açarak obezite riskini arttırmaları (Güldiken, 2005).

Tablo 1: Obezite riskini arttıran ilaçlar

Antidepresanlar
Antipsikotikler
Antihistaminikler
Antikonvülzanlar
Antidiyabetikler
Antineoplastikler
Kontraseptifler
Beta blokerler
Migren ilaçları
Glukokortikoidler

Yaygın olarak kullanılan antidepresanlardan trisiklik grubu, lityum ve MAO inhibitörleri, antikonvülzanlardan valproat ve karbamazepin, antidiyabetiklerden insülin ve sulfanilüre obeziteye yol açabilmektedir (Nazlıcan, 2008).

1.1.5. Obezite Tedavisi

Obez bireylerde öncelikli amaç, fiziksel sağlık, fonksiyonel bağımsızlık ve iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır. Obezite tedavisinde kilo vermeyi amaçlayan pek çok tedavi seçeneği mevcuttur. Fiziksel egzersiz programları, ilaç tedavileri, düşük kalori içeren diyetler, bilişsel davranışçı terapiler başta olmak üzere psikoterapiler ve cerrahi

müdahaleler etkili tedavi yöntemlerindedir. Bunların bireye özgü olarak ve birlikte kullanımları günümüzdeki obezite tedavisinin esasını oluşturmaktadır. Bunlar arasında en etkili sonuçları uzun bir sürece yayılmış, beslenme , yemek yeme ve fiziksel egzersiz davranışlarını değiştiren tedavi yaklaşımlarının verdiği belirtilmektedir (Perri et al., 2001; Leibrand and Fichter, 2002; Ayyad and Anderson, 2000).

Ailede obez çocukları olanlara, obez genç ve erişkinlere, obezitenin zararları öğretilmeli, bireylerin gelecekte sağlıklı olabilmeleri için motivasyon kazandırılarak zayıflama programlarına katılımları sağlanmalıdır. Eğitim ve psikoterapi yöntemleri ile obez bireylerin kendi sağlık koşullarına uygun olan ve sadece diyetisyen tarafından düzenlenen, doktor kontrolündeki sağlıklı beslenme programlarının uzun vadeli uygulanmasının gerekliliği öğretilmelidir. Kısa bir zaman diliminde abartılı kilo verdiren diyet programlarının yarar yerine zarar verdiği, diyetle ilgili uygulamaların durdurulmasından sonra verilen kiloların fazlasıyla geri alındığı açıklanmalıdır. Kalori içeren gıdalardan tamamıyla yoksun bırakılarak yaptırılan açlık diyetleri tıbbi gözetim altında uygulandığında bireylerde günlük 0.5-1 kg kayıp elde edilebilir, ancak bunun ciddi yan etkileri vardır (Orhan ve Özbey, 2002).

Obez bireyin kilo vermesinde, psikolojik olarak kendini hazır hissetmesinin ve motivasyonunun desteklenmesi önemlidir. Anksiyete ve depresyonun varlığı, yoğun yaşanan uykusuzluk gibi durumlar programın başarı şansını azaltır. Bireylerin eğitimden geçirilmesi, obezitenin yol açtığı risklerinin anlatılması, ailenin uyarılması gibi girişimler diyet ve egzersiz programlarının düzgün uygulanmasını sağlar.

Rehabilitasyon ve fiziksel tıp yönünden akupunktur, ısı uygulamaları, elektrik akımları, mekanik araçlar, masaj ve egzersizler kilo vermeye katkı sağlayan yararlı yöntemlerdir (Siranuş vd., 2006).

Obezitenin ilaçla tedavisi, bireyin BKİ'nin 27-30 kg/m² 'den büyük olması, obeziteyle ilgili risk etkenleri veya komplikasyonlarından (diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, uyku apnesi ve dislipidemi vb.) en az birinin varlığı ile sağlıklı beslenme ve egzersizi içeren davranış tedavisine yanıt alınamaması durumunda başvurulmaktadır (Orzano and Scott, 2004). Obezitenin farmakolojik tedavisi önemli bir sağlık konusudur. İdeal özelliklerde bir obezite tedavi ilacı, dozla ilişkili kilo kaybı

yapmalı, ulaşılan hedef kilonun sürekliliğini sağlamalı, uzun süreli kullanıldığında güvenilir olmalı, tolerans gelişmemeli ve kötüye kullanım ya da bağımlılık yapmamalıdır. Obezite uzun süreli ve tekrarlayan bir durum olduğu için, farmakolojik tedavi sürekli kullanım hedefiyle başlatılmalıdır. Bu amaçla uzun süreli tedavide yan etkileri azaltılmış ve kilo vermede başarı sağlayan orlistat, sibutramin ve rimonabant tedavi seçenekleri vardır (Hainer and Hainerova, 2012).

1.2. BEDEN KİTLE İNDEKSİ

Beden kitle indeksi kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi obezite ile ilişkili durumlarda gelecekteki riski belirlemek için klinikte ve halk sağlığı uygulamalarında on yıllardan beri rutin olarak kullanılmaktadır (Bastien et al., 2014).

Beslenmeyle ilgili olarak bireylerin durumlarının belirlenmesinde onların zayıf mı normal mi ya da şişman mı olduğunun ölçülmesi önemlidir. Bununla bağlantılı olarak pek çok formül geliştirilmiştir. Obezitenin belirlenmesinde kullanılan formüllerden en pratik ve en iyi sonuç vereni beden kitle indeksidir (İlgaz, 2001). Tanım olarak BKİ kilogram olarak vücut ağırlığının metre olarak boyun karesine bölünmesiyle elde edilen değerdir (Güneş, 2005).

BKİ Formülü:

$$\text{Beden Kitle İndeksi} = \frac{\text{Beden ağırlığı (kg)}}{\text{Boyun karesi (m}^2\text{)}}$$

Gerek yetişkinlerde gerekse çocuklarda beslenme ile ilgili durumu ortaya koyan ve kolaylıkla hesaplanabilen iyi bir ölçüttür. Ciltaltı ve total olarak vücuttaki yağın etkili bir göstergesi olup obezite düzeyinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılır (Sarria, et al., 2001). Vücut-yağ oranının ırk, etnik köken ve cinsiyet gibi faktörlerden etkilenmesi nedeniyle ortak bir referans değer farklı sonuçlara yol açabilmektedir. BKİ ile ilgili referans değerler farklı ülkelerde farklı değerler göstermekte, aynı ülkenin ayrı

bölgelerinde de değişmektedir. Giderek daha çok ülke BKİ ile ilgili kendi referans değerlerini belirlemektedir (Sivaslı vd., 2006).

BKİ değerleri özellikle 19-70 yaşları arasındaki çoğu bireyler için sağlıklı ve güvenilir sonuçlar verir. Ancak kas kitlesi fazla olan aktif sporcularda, gebelerde, emziren kadınlarda, çocuklarda ve kronik hastalıkları olanlarda BKİ değerleri güvenilir sonuçlar vermez (Tuygar, 2009; Weinstein et al., 2008).

Erişkinlerde BKİ'nin obezite ile ilgili olarak değerlendirilmesinde en çok dikkate alınan ve sıklıkla kullanılan sınıflandırma DSÖ'nün belirlediği ölçütlere göre yapılan sınıflandırmadır (Seidell, 2002).

Yetişkinlerde obezite ile ilişkili BKİ'nin Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sınıflandırılması Tablo 1'de gösterilmiştir (URL 1).

Tablo 2: Yetişkinlerde BKİ'ye göre obezite sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Normal	18,50-24,99
Fazla Kilolu	25-29,99
Obez	≥30
1. Derece Obez	30-34,99
2. Derece Obez	35-39,99
3. Derece Obez (morbid)	≥40

1.3. DEPRESYON

Depresyonun önemi küresel düzeyde giderek artmaktadır. Ve 2010 yılında işlevsellikteki yetersizliğin en sık ikinci nedeni olduğu belirlenmiştir (Ferrari et al., 2013; Muray et al., 2012; Vos et al., 2012). Depresyon yaşamın bütün alanlarındaki işlevsellikte yetersizliğe yol açmakta, intihar ve kötü genel sağlık durumu ile ilişkili olmaktadır (Hawton and van Heeringen, 2009; Kawakami et al., 2012; Kesler and Bromet, 2013; Moussavi et al., 2007 and Wells et al., 1989). Böylece hastalığın negatif sonuçlarından kurtulmak için tedavi arayışına giren insanların sayısının her geçen gün artması sürpriz değildir (OECD, 2013).

Ruhsal çöküntü, işlevlerin azalması, yaşamsal enerjinin düşmesi veya çökkünlük gibi anlamlar taşıyan depresyon kelimesi Latince kökenli sözcük olan *depressus*'tan gelmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili ilk kullanımı Kraepelin'e aittir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Depresyon yaşamı olumsuz yönde etkileyen, üretkenliği sıkıntıya sokan ve mevcut diğer hastalıkların kötüleşmesine neden olan ciddi bir sağlık sorunudur (Nease and Malouin, 2003).

Yetişkinlik döneminin başlarından yaşlılığa doğru uzanan süreçte giderek artan ve oldukça yaygın görülen bir ruh sağlığı problemidir. Yapılan çalışmalar depresyonun 44-55 yaşları arasında en yüksek noktaya ulaştığını ortaya koymaktadır. Fiziksel bir hastalığı olmayan bireylerde depresyonun görülme sıklığı %1-5 oranında bulunurken, tıbbi veya cerrahi nedenlerle hastaneye yatanlarda %12 oranında olduğu belirlenmiştir (Hybels et al., 2001; Eker, 2004). Pek çok toplumda bireylerin yaşam süreçlerinin bir döneminde depresyonla karşılaşma oranı %20-25 olarak bulunmuştur (Güleç, 2009; WHO, 2004). Depresyonun önümüzdeki yıllarda dünyada en önemli ve en büyük sağlık sorunu olacağı DSÖ tarafından ilan edilmiştir. ABD'de çalışma gücünü engelleyen hastalıklar arasında depresyon ikinci sırada yer almaktadır (Tarhan, 2013).

Ruh sağlığı sorunları arasında giderek gündelik yaşamın içine giren ve insanların yaşam enerjisini azaltan depresyon özellikle teknolojik gelişmelerin ulaştığı hız, bireylerin buna uyumda sıkıntı yaşamaması, gerek bölgesel gerek küresel ekonomik krizlerden büyük oranda beslenmektedir (Serhan vd., 2013). Depresyon yalnızca bireyi ve çevresindekileri değil sosyal ve ekonomik sıkıntılara da yol açarak toplumun tümünü

zarara uğratmaktadır (Bilgel, 2003). Kronik hastalıkların depresyona yol açabileceği ve depresyonun da kronik hastalıkları olumsuz yönde etkileyeceği pek çok çalışmayla ortaya konmuştur (Elbi, 2008). Ruh sağlığı hastalıkları başta depresyon olmak üzere toplumlarda psikolojik, ekonomik ve sosyal etkileriyle birlikte fiziksel hastalıkların da riski oranını arttırmaktadır (WHO, 2004). Kronik fiziksel hastalıklara depresyonun eşlik ettiği durumlarda iyileşme süreci olumsuz yönde etkilenmekte ve ekonomik maliyetler de artmaktadır (Libiger, 2005).

1.3.1. Depresyon Tanımı

Depresyon, bireyin yaşamla ilgili arzusunun azaldığı, daha karamsar bir bakış açısına sahip olduğu, geleceğe iyi bakamayıp kendini kötü hissettiği, geçmişle ilgili olarak suçluluk hissedip pişmanlık duygularını taşıdığı, intihar eylemine varabilen ölüm düşüncelerinin olabildiği, cinsel yaşam, yemek yeme isteği ve uyku düzeni vb. bedensel ve ruhsal gereksinmelerin karşılanmasında sıkıntı yaşanan bir bozukluktur. Ek olarak çevreye olan ilgide düşüş, kendini küçük görme, hor görme, sitem, kınama ve benlik saygısında azalma vardır (Çevik ve Volkan, 1993). Depresyonla ilgili baskın olan duygular mutsuzluk, çaresizlik, keder, üzüntü, isteksizlik, umutsuzluk, suçluluk, kendini küçük görme ve karamsarlıktır (Özmen vd., 1997).

1.3.2. Depresyonu Tanısı

DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısı konulabilmesi için aşağıdaki kriterlerin karşılanmış olması gerekir:

A. İki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme veya zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örneğin üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder, umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca

gözlenir (örneğin ağlamaklı görünür) .

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinimsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir, yalnızca öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik, içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir, yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkiye bağlanamaz.

A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemi oluşturur. Önemli bir yitim (kayıp, örneğin yas, parasal çöküntü, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon

döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülerine göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

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

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir (DSM 5, 2013).

1.3.3. Depresyon Etiyoloji ve Prognozu

Depresyon nedenleri açık olarak ortaya konabilmiş değildir. Ancak çocukluk dönemi olayları ve süregelen psikososyal zorluklar önemli görünmektedir. Son çalışmalar genetik faktörlerin de önemli olabileceğini ve pek çok kromozomal bölgeyle ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte fenotipler klasik mendel kalıtım yasalarının geçerli olmadığını göstermektedir. Psikiyatrik araştırmalar depresyonda psikososyal faktörlerin (örneğin sosyal bağlar, kişilik boyutları) rolü üzerine odaklanmıştır. Pek çok teori bireylerin ruhsal rahatsızlıklara karşı incinebilirliğini arttırabilen ve adaptasyon sistemlerindeki farklılıkları ortaya koyabilen mizaç özelliklerine vurgu yapmaktadır. Keza sosyal ilişkilerdeki yetersizlik, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve işlevsel olmayan biliş te önemli bir rol oynayabilir (Butler et al., 2006).

Majör depresyon bozukluk ilk epizodunu gösteren bireylerin yaklaşık yarısı sonraki on yıl içinde daha ileri semptomlar göstereceklerdir (Judd et al., 1988). Bir sistematik derlemede prognozun özellikle tekrarlayan veya kronik depresyonu olan yaşlı hastalarda kötü olduğunu göstermektedir (Cole et al., 1999). Diğer bir sistematik derlemede yaşlılardaki depresyonun artmış mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Saz and Dewey, 2001).

1.4. ANKSİYETE

Modern yaşamdaki gelişmelerle birlikte anksiyetenin yaşanma sıklığı ve anksiyete bozukluklarının prevalansı artmış, en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olarak da son yıllarda ilgi odağı olmuştur. Anksiyete bozuklukları duygudurum bozuklukları ile beraber toplumlarda oldukça yaygın olarak bulunmakta, önemli işgücü kaybı ve yeti yitimine yol açmaktadır (Dowbiggin, 2009; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Hastalar öncelikle birinci basamak hekimleri ve psikiyatri uzmanları dışındaki hekimlere başvurduklarından, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Klinisyenler ise, çoğu zaman hastalığın önemi ve kronik gidişatının farkında değildirler. Yaygın anksiyete bozukluğu yalnızca endişeli olmaktan ibaret değildir; anksiyete her zaman hissedilmektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, yaygın anksiyete bozukluğunun oldukça sık ve birinci basamak hekimlikte en sık karşılaşılan anksiyete bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur (Kessler, 2002; Roy-Byrne, 2004). Ayrıca, başta depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları olmak üzere pek çok psikiyatrik rahatsızlığın ortaya çıkmasında bir risk faktörüdür. Bundan dolayı, adölesan ya da erken erişkinlik döneminde tanınması, halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Anksiyetenin yaşam boyu prevalansı %4-7, yıllık insidansı %1-4 olarak bildirilmektedir (Katzman et al., 2014). Yaygın kaygı bozukluğuna en çok depresyon ve diğer kaygı bozuklukları eşlik etmektedir (Tyrer and Baldwin, 2006; Hoge et al., 2012; Katzman et al., 2014). Majör depresif bozukluk %58-70, sosyal kaygı bozukluğu %34 oranında eşlik etmektedir (Hoge et al., 2012). Bipolar bozukluk veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan hastaların yaklaşık yarısı bir kaygı bozukluğu tanısı almaktadır (Katzman et al., 2014). Yaygın kaygı bozukluğu olan hastaların %47'sinde kişilik bozuklukları olduğu rapor edilmektedir (Latas and Milovanovic, 2014).

Yaygın anksiyete bozukluğu erken yaşta ve sinsi başlangıca sahip bir hastalıktır. Az sayıda remisyon dönemleri ile birlikte, belirtilerde alevlenme ve sönmeler karakteristiktir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla daha yüksektir. Kadınların olumsuz yaşam olayları nedeniyle erkeklere göre daha hassas olmaları ve menstürel döngülerle ortaya çıkan sıkıntılar nedeniyle erkeklerden daha çok etkilenmesi

çalışmalarla ortaya konmuştur (Howell, 2001). Genellikle hastaların hekimlere başvuru nedenleri arasında fiziksel yakınmalar psikolojik yakınmalardan belirgin bir yoğunlukla daha ön plandadır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların psikiyatristler dışındaki hekimlere başvurma oranı psikiyatristlere başvurma oranına göre iki kat daha fazladır. Hastaların kardiyooloji polikliniklerine başvurma sıklığı panik bozukluğu olan hastaların başvurma sıklığı ile hemen hemen eşit orandadır. İrritabl barsak sendromu, hiperventilasyon sendromu ve çabuk yorulma yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların diğer başvuru yakınmalarını oluşturmaktadır. Hastalar anksiyete belirtilerini sıklıkla yaşamları boyunca taşırlar. Bu duruma alıştıkları için tedavi isteği başvurusu; depresyon, diğer anksiyete bozuklukları ya da madde kötüye kullanımı gibi komorbid durumlar sonrası olabilmektedir (Barış ve Balcıoğlu, 2006; Ercan vd., 2003).

Anksiyetenin başlangıç yaşı bimodal olabilir: Çocuklarda ve adölesanlarda tipik olarak 10-14 yaş, erişkinlerde ortalama başlangıç yaşı ise 31 olarak bulunmuştur. İnatçı bir kaygı bozukluğu 35 yaşından sonra başlamışsa yaygın anksiyete bozukluğundan farklı bir hastalığı akla getirebilir (Katzman et al., 2014).

1.4.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete sıklıkla uykusuzluk, huzursuzluk, kas gerginliği ve konsantrasyon sorunlarının eşlik ettiği kronik aşırı endişe ve stresle karakterize bir hastalıktır (Tyrer and Baldwin, 2006; Hoge et al., 2012).

Anksiyete varoluşun devamında ve bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi durumunda kişiyi gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan temel duygulardandır (Ohman, 2008). Bütün insanların zaman zaman yaşadığı korkuya benzeyen bir duygudur. Birey bunu, sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belirsiz olan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve yaşar. Anksiyete, bilinçdışı olan ve nesnesi birey tarafından tanınmayan, içsel tehditlere karşı oluşan bir tepkidir (Dilbaz, 2006; Doğan, 2002). Anksiyete Hint-Germen kaynaklı “angh” kelimesinden türemiş olup, “sıkıca bastırmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelmektedir. Çoğu zaman benzer durumlar için anksiyete, kaygı, korku gibi terimler birbirlerinin yerine kullanılmasına rağmen aslında bu terimler farklı anlamlar

taşımaktadır. Endişe ve kaygı aynı anlamlarda kullanılmasına karşın, genellikle anksiyetenin bilişsel göstergesi olarak kabul edilmektedirler. Korku ise var olan bir tehdide karşı geliştirilen bir reaksiyon olup, Yunan kökenli “phobos” sözcüğünden türemiştir (Curtis, 1998).

İlk kez DSM-III’te yer verilen ve anksiyete bozukluklarını içeren “nevrotik reaksiyonlar” kategorisi veya nevroz kavramını anımsatan tanımlamalar DSM-IV’te tamamen ortadan kaldırılarak, yerini “anksiyete bozuklukları” sınıflamasına bırakmıştır. Bu tanı kategorisi, agorafobinin eşlik ettiği veya etmediği panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere altı grupta toplanmıştır. DSM-5’te ise travma sonrası stres bozukluğu anksiyete bozuklukları sınıflamasından çıkarılmış, ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm) ve maddenin/ilacın yol açtığı bozukluklar da sınıflandırmaya dahil edilmişlerdir. Bir başka tanısal sınıflama sistemi olan ICD’de de anksiyete bozuklukları nevroz kavramı ile tümleşik bir şekilde sekizinci basımdan itibaren yer alan bir tanıdır. Sekizinci basımda yer alan “anksiyete nevrozu” sınıflandırması tıpkı DSM-IV’te yapılan değişiklik gibi, ICD-10’da yerini “anksiyete bozuklukları” na bırakmıştır.

1.4.2. Anksiyete Tanısı

Yaygın kaygı bozukluğunun tanısı için olan gereklilikler zamanla değişmiştir. Belirtiler her zaman yaygın kalıcı, aşırı kaygıya ek olarak çeşitli fizyolojik ve somatik şikayetlerin kombinasyonunu içermiştir. DSM-5’e göre yaygın anksiyete bozuklukları için gerekli koşullar şunlardır:

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, bir takım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır.
- B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):
 1. Dinginleşememe ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
4. Kolay kızma.
5. Kas gerginliği.
6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

1.4.3. Anksiyete Etyoloji ve Prognozu

Anksiyetede çevresel etkilerle ortaya çıkabilen olası genetik bir temelin varlığını gösteren çalışmalar vardır (Tyrrer and Baldwin, 2006). Biyolojik temel tam bilinmemekle beraber yaygın anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği bazı biyolojik karakteristikler vardır. Bunlar; amigdala ve prefrontal korteks hacminde artma, prefrontal korteks aktivitesinde artma, azalmış hipokampus volümü, prefrontal korteks ve amigdala arasında azalmış bağlantı, serotonin ve kortizol sistemlerinin anormal fonksiyonları ve artmış norepinefrin düzeyleridir.

Anksiyetede olası risk faktörleri; ailede kaygı bozukluğu veya diğer ruh hastalıklarının bulunması, kadın olmak, fiziksel veya duygusal travma, düşük sosyoekonomik durum, içselleştirilmiş sorunlar, çocuk suistimali gibi stresle dolu yaşam olayları. Ayrıca ayrılmış ya da boşanmış olma, yalnızlık, işsizlik, ev hanımı olma, düşük eğitim düzeyi ve engellenmiş davranışlar diğer risk faktörleridir. Adölesan dönemindeki sigara içiciliği erken erişkinlik döneminde kaygı bozuklukları riskini arttırabilir.

Anksiyetede sık sık nükslerin eşlik ettiği kronik bir gidiş söz konusudur (Fricchione, 2004; Weisberg, 2009; Katzman et al., 2014). Sağlıksız aile ilişkileri, diğer

ruhsal hastalıkların varlığı ve kadın olmak daha düşük iyileşme oranlarına eşlik eder. 5-12 yıl sürecindeki remisyon oranı %50'den azdır (Kimberly et al., 2000). Kişilik bozuklukları da remisyon olasılığını azaltır (Massion et al., 2002). Kesitsel bir araştırma yaygın anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerin %42'sinin intihar düşüncesi taşıdığını, %12.1'nin intihar girişiminde bulunduğunu ortaya koymuştur (Sareen et al., 2005). Yaygın anksiyete bozukluğuna artmış majör depresyon bozukluğu riski eşlik eder (Bittner et al., 2004).



2. AMAÇ VE YÖNTEM

2.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan ve ayaktan ya da yatarak tedavi görmüş hastaların BKİ ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkinin ve bunlarla bağlantılı değişkenlerin belirlenmesidir.

2.2. Yöntem

2.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın veri toplama aşaması NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi polikliniğinde 01.Ocak.2015 – 31 Mart 2015 tarihleri süresince, 01.06.2006-31.03.2015 tarihleri arasında başvuruda bulunmuş, BKİ değerleri, Beck depresyon ve anksiyete ölçekleri mevcut olan hastaların dosyaları taranarak gerçekleştirilmiştir.

2.2.2. Örneklem

Araştırmanın örneklemini NPIstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yatarak veya ayakta tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Çalışmaya 12-82 yaşları arasında 575 hasta dahil edilmiş olup örnekleme ilişkin veriler aşağıda verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %50,6'sı kadın (n:291), %49,4'ü ise erkektir (n:284). Örneklemdeki kadınların yaş ortalaması $39,6 \pm 13$, erkeklerin yaş ortalaması ise $36,8 \pm 12$ 'dir.

Tablo 3: Örneklemdeki hastaların demografik özellikleri

Hastalar	N (%)	Yaş				
		Ortalama (yıl)	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil
Kadın	291 (50.6)	39,6	13	37	31	47
Erkek	284 (49.4)	36,8	12	35	27,5	44
Toplam	575 (100)	38,2	12,5	36,0	29,0	45,0

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi tüm hastaların yaş ortalaması $38,2 \pm 12,5$ olup, 25 ve 75. persantil değerleri 29,0 ve 45,0'dır.

Tablo 4: Hastaların eğitim süreleri (yıl)

		Eğitim süresi						
		N	Ortalama (yıl)	Standart Sapma	Medyan	25. Persantil	75. Persantil	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	291	10,4	4,1	11,0	6,0	14,0	%50,6
	Erkek	284	11,2	4,1	11,0	8,0	15,0	%49,4
Toplam		575	10,8	4,1	11,0	8,0	15,0	%100,0

Örneklemdaki kadınların eğitim süreleri ortalama $10,4 \pm 4,1$ yıl iken, erkekler için bu değer $11,2 \pm 4,1$ yıldır.

Tablo 5: Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı

		N	%
Eğitimler	Okur Yazar	16	%2,8
	İlkokul	101	%17,6
	Ortaokul	58	%10,1
	Lise	132	%23,0
	Üniversite	236	%41,0
	Yüksek Lisans	32	%5,6

Hastaların eğitim düzeyleri gözden geçirildiğinde üniversite ve daha ileri düzeyde eğitim alanların oranı %46,6'dır. Bu oran hastaların yarıya yakınının ileri düzeyde eğitim aldıklarını göstermektedir. Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi örnekleme oluşturan hastaların %23'ü lise, %10,1'i ortaokul, %17,6'sı ilkokul mezunu iken %2,8'i okuryazardır.

Tablo 6: Hastaların medeni duruma göre dağılımı ve yaş ilişkisi

		Hastanın yaşı						p*
		N(%)	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persantil	75. Persantil	
Medeni durum	Evli	319(%55,5)	42,3	11,0	40,0	35,0	49,0	<0.0001
	Bekar	223(%38,8)	30,6	9,4	28,0	24,0	36,0	
	Boşanmış veya dul	33(%5,7)	48,9	17,1	45,0	35,0	63,0	

Hastalar, medeni durum açısından incelendiğinde %55,5'inin evli (n:319), %38,8'inin bekar (n:223) , %5,7'sinin ise boşanmış veya dul (n:33) olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Hastaların meslek gruplarına dağılımı ve yaş ilişkisi

		Hastanın yaşı						p*
		N(%)	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Meslek	İşsiz	55(9,6)	32,2	8,9	31,0	25,0	37,0	<0.0001
	Öğrenci	66(11,5)	24,3	5,7	23,0	21,0	26,0	
	Ev hanımı	126(21,9)	44,4	13,1	41,0	36,0	53,0	
	Memur	72(12,5)	39,8	9,0	39,0	33,0	45,5	
	İşçi	31(5,4)	38,1	10,9	36,0	31,0	47,0	
	Esnaf	112(19,5)	38,4	10,2	37,0	31,0	44,0	
	Emekli	20(3,5)	60,6	9,3	62,5	50,5	66,5	
	Beyaz Yaka	56(9,7)	38,1	10,3	35,0	31,5	44,0	
	Diğer	37(6,4)	35,4	10,3	34,0	28,0	42,0	

Meslek gruplarına bakıldığında en kalabalık grubu %21,9 oranı ile (n:126) ev hanımları oluşturmaktadır. Hastaların %19,5'u esnaf (n:112), %12,5'u memur (n:72), %11,5'u öğrenci (n:66), %9,7'si beyaz yaka (n:56), %9,6'sı işsiz (n:55), %6,4'ü diğer (n:37), %5,4'ü işçi (n:31) ve %3,5'i emeklilerdir (n:20).

2.2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla hasta dosyalarına bakılarak Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu (EK 1), Beck Depresyon Ölçeği (EK 2) ve Beck Anksiyete Ölçeği (EK 3) puanları doldurulmuştur.

2.2.3.1. Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu:

BKİ Araştırma Kayıt Formu; araştırmacı tarafından oluşturulan ve çalışmaya

dâhil edilen bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durumu ve meslek gibi sosyodemografik özelliklerle birlikte tanıları, geçmiş tedavilerinin olup olmadığı, sistemik hastalıkların varlığı, madde kullanımının olup olmadığı ve hastalık süresi gibi durumlarla ilgili kişisel soruları içeren bir bilgi formudur.

2.2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği:

Ruh sağlığı taramaları ve depresyon ile bağlantılı araştırmalarda çok sık olarak kullanılan ölçeklerden biridir. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik testleri birbirinden bağımsız olarak Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler temel olarak depresyondaki hastaların psikoanalitik tedavileri sürecinde yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyonla bağlantılı davranışlar ve belirtiler bir dizi cümle ile tanımlanmıştır. Likert tipi öz bildirim ölçeği olan ve 21 maddeden oluşan ölçek, depresyonun duygusal, bilişsel, fiziksel ve motivasyonel semptomlarını ölçer. Bu semptomların içinde uyku ile ilgili sorunlar, yorgunluk, bitkinlik, huzursuzluk, suçluluk duygusu, doyumsuzluk, karamsarlık, başaramama duygusu, kararsızlık, sinirlilik, iştah azalması, ağlama krizleri, sosyal çekilme, iştah azalması, zayıflama, cezalandırılma duygusu, bedenle ilgili yakınmalar, cinsel isteğin olmaması ve iş yapmakta sıkıntı gibi depresif yakınmalar yer alır. Ölçeğin doldurulması ile ilgili süre hastanın eğitim düzeyine göre değişmekle beraber ortalama 15 dakika zaman almaktadır. Önemli düzeyde obsesyonu olanlarda süre daha uzun olmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği'nin hastanın kendisi tarafından doldurulması (öz bildirim), özel bir eğitim gerektirmemesi, kolay anlaşılır ve basit bir dile sahip olması ve puanlamanın pratik oluşu sıklıkla kullanılmasına katkı sağlayan önemli özellikleridir.

Ölçekte yer alan her soru 0-3 arası puanlama olmak üzere hafif bir tablodan ağır bir tabloya doğru sıralanan 4 seçenek içerir. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Depresyon puanı bütün soruların puanlarının toplanması ile belirlenir. Hisli (1988) tarafından yapılan ölçek uyarlama çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Bu değer ve daha yüksek olan ölçek puanlarının tedaviyi gerekli kılacak düzeydeki depresyonu %90 doğrulukla saptayabileceği bildirilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı 0-9 arasında “depresyon yok”, 10-16 arasında “hafif düzeyde depresyon”, 17-23 arasında “orta düzeyde depresyon”, 24 ve üzeri ise şiddetli depresyon olduğu anlamına gelir.

Beck Depresyon Ölçeği ile farklı depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon belirgin olarak yüksektir. Psikiyatrik olgularda , depresyonun klinik ölçümü ile BDÖ arasındaki korelasyon 0.55-0.96 arasında değerler almaktadır. Psikiyatrik olmayan olgulardaysa korelasyon 0.55-0.73 değerleri aralığındadır. Hamilton Depresyon Ölçeği ile BDÖ'nün arasındaki korelasyon ortalaması ise 0.73 değerinde bulunmuştur (Guy, 1976).

Türkçe versiyon güvenilirliği; BDÖ'nün iki yarım test güvenilirlik katsayısı üniversite öğrenci grubu için .78, depresyon belirtileri olan bireyler için .61 olarak bulunmuş, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .65 olarak saptanmıştır. Türkçe versiyon geçerliği: Depresyonda Bilişsel Tepkiler ile BDÖ skorları arasındaki korelasyon katsayıları sağlıklı deneklerde .20, depresyon belirtileri olan deneklerde .52, şizofrenik deneklerde ise .33 olarak saptanmıştır (Savaşır ve Şahin, 1997).

2.2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği:

Ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından adölesan ve erişkin bireylerin yaşadığı anksiyete semptomlarının şiddetini ölçmek amacıyla 1988 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin son bir hafta içinde anksiyetenin yaygın semptomları olarak ifade ettikleri duyguları içeren 21 maddeden oluşmaktadır. Hastanın kendisi tarafından doldurulan, dörtlü likert tipi ve 17-80 yaş aralığındaki bireyler için kullanılabilen öz bildirim ölçeğidir.

Beck Anksiyete Ölçeği'nin (BAÖ) maddeleri duygusal, fizyolojik ve kaygının (depresyonun değil) bilişsel semptomlarını tanımlar. BAÖ yalnızca temel bir okuma düzeyi gerektiren (entelektüel düzeye sahip olmayan bireylerin de doldurabileceği) ve 5-10 dakikalık süre içinde tamamlanabilecek bir ölçektir. Başlangıcında yönergenin verildiği ve bireyin kendi durumuna göre en iyi uyan ifadeyi işaretlenmesinin istendiği ölçekte en yüksek puan toplam puan 63'tür. İşaretlenen seçenekler 0-3 arasında bir puan alır ve toplam puandaki artma anksiyetenin şiddetinin artması anlamına gelir. Belirtilerin işaretlenmesinde 0 “hiç yok”, 1 “hafif düzeyde”, 2 “orta düzeyde”, 3

“şiddetli düzeyde” anlam ifade eder. Puanlama sonuçlarının klinik klasifikasyonunda önerilen değerler şöyledir: 0-7 minimal anksiyete, 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta düzeyde anksiyete, 26-63 şiddetli anksiyete. Ölçeğin kesme puanı 16 olarak saptanmıştır (Beck and Steer, 1993).

BAÖ'nün Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Türkçe versiyonun geçerliği; Ölçeğin Durumluk Kaygı Envanteri ile korelasyonu .45, Sürekli Kaygı Envanteri ile .53, Beck Depresyon Envanteri ile .46, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile .34 ve Otomatik Düşünceler Ölçeği ile .41 olarak saptanmıştır. Ortaya konan çalışmada ölçeğin anksiyete olgularını diğer tanılara sahip olgulardan belirgin olarak ayırabildiği gösterilmiştir. Türkçe versiyonun güvenilirliği; Psikiyatrik hastaların oluşturduğu bir grup üzerinde gerçekleştirilen çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak saptanmış, madde-toplam puan korelasyon katsayılarının da .45 ve .72 aralığında değiştiği ortaya konmuştur. BDÖ'nün Türkçe versiyonun test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .57 olarak bildirilmektedir.

2.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi:

Hastaların dosyalarına bakılarak doldurulmuş olan Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu'ndaki veriler SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programına girilerek değerlendirmeye alındı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, medyan (%25-75. persantiller) ve yüzdeler olarak verildi. Normal dağılım göstermeyen ölçümsel verilerin analizinde non-parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grubun karşılaştırılması amacıyla ise Kruskal Wallis testleri uygulandı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve gereğinde Fisher testleri kullanıldı. Korelasyon testlerinde Spearmann testi uygulandı. $p < 0.05$ istatistik anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

3. BULGULAR

Hastaların Beden Kitle İndeksi Kayıt Formu'ndaki veriler SPSS 22 programına girilerek aşağıdaki değerlendirmeler yapılmıştır:

Tablo 8: Cinsiyete göre BKİ'nin karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Cinsiyet	Kadın	291	26,138	5,228	25,710	22,480	29,300	<0.0001
	Erkek	284	27,530	4,500	27,150	24,490	30,000	

Hastaların cinsiyetleri ile BKİ'leri karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.0001$). Kadınlarda medyan değer 25,710 (25 ve 75. persantiller 22,480 ve 29,300), erkeklerde 27,150 (24,490 ve 30,000).

Tablo 9: Medeni duruma göre BKİ karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Medeni durum	Evli	319	27,627	4,713	27,250	24,000	30,590	<0.0001
	Bekar	223	25,744	5,250	25,240	22,260	28,330	
	Boşanmış	29	26,086	3,001	26,340	23,450	28,660	

Medeni durum ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.0001$). En yüksek BKİ değerleri evlilerde bulunmuş olup medyan değer 27,250 (25 ve 75. persantil değerleri 24,000 ve 30,590). En düşük BKİ değerleri bekarlarda saptanmış olup medyan değer 25,744 (25 ve 75. persantil değerleri 22,260 ve 28,330).

Tablo 10: Meslek grupları ile BKİ karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Meslek	İşsiz	55	26,847	6,163	25,820	23,040	29,620	0.010
	Öğrenci	66	25,218	5,168	24,575	20,760	28,040	
	Ev hanımı	126	28,031	4,904	27,510	24,000	31,220	
	Memur	72	26,121	4,955	26,345	22,825	28,420	
	İşçi	31	27,730	5,096	26,670	24,910	29,220	
	Esnaf	112	26,709	4,518	26,415	23,430	29,760	
	Emekli	20	27,802	3,265	27,305	25,475	29,980	
	Beyaz yaka	56	26,216	4,251	25,860	23,170	29,250	
	Diğer	37	26,919	4,415	26,850	23,830	29,070	

Meslek grupları ile BKİ değerleri karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.010$). Ev hanımı grubu en yüksek BKİ değerlerine sahip olup medyan değer 27,510 iken 25. ve 75. persantiller 24,000 ve 31,220 dir. BKİ değerlerinin en düşük olduğu grup 24,575 medyan değeri ile öğrenci grubudur (25. ve 75. persantiller 20,760 ve 28,040).

Tablo 11: Geçmiş tedavinin varlığı ve yokluğu ile BKİ'nin karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Geçmiş tedavi	Yok	181	25,539	4,310	25,710	22,760	28,090	<0.0001
	Var	392	27,399	5,079	26,830	23,660	30,555	

Geçmiş tedavinin olup olmaması ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.0001$). Geçmişte tedavi gören grupta BKİ değerleri daha yüksek saptanmış olup medyan değer 26,830 olarak bulunmuştur.

Tablo 12: İlaç uyumu (yok, var, ilaçsız grupları) ile BKİ karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İlaç uyumu	Yok	193	26,964	4,700	26,440	23,530	30,460	<0.0001
	Var	199	27,874	5,424	27,220	23,690	30,820	
	İlaçsız	183	25,540	4,286	25,710	22,760	28,090	

İlaç kullanımına uyum durumu ile BKİ değerleri arasındaki farklılık anlamlıdır ($p<0.0001$). İlaça uyumu olanlarda en yüksek BKİ değerleri saptanırken (medyan 27,220), ilaca uyumu olmayanlarda daha düşük değerler belirlenmiştir (medyan 26,440). En düşük BKİ değerleri 25,710 medyan değeri ile ilaçsız olan gruptadır.

Tablo 13: Sistemik hastalıklarla BKİ'nin karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Sistemik hastalık	Yok	412	26,370	4,883	26,020	23,100	29,070	0.0001
	HT	43	29,153	4,194	28,690	26,080	31,900	
	DM	22	30,059	5,023	29,350	26,800	32,600	
	Hipotiroidi	21	28,349	4,080	28,430	24,720	30,590	
	Menopoz	17	29,080	5,780	27,950	25,710	32,200	
	Cerrahi menopoz	3	31,160	2,813	29,740	29,340	34,400	
	Diğer	57	25,654	4,563	25,200	22,830	28,300	

Sistemik hastalıklarla BKİ değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.0001$). Diyabet ve cerrahi menopoz sistemik hastalık grubunda en yüksek BKİ değerleri saptanırken (medyan değerleri 29,350 ve 29,740), sistemik hastalığı olmayanlarda 26,020 medyan değeri ile daha düşük bir değer belirlenmiştir.

Tablo 14: İntihar girişimi öyküsü ile BKİ karşılaştırması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İntihar girişimi	Yok	517	26,805	4,772	26,440	23,440	29,390	0.786
	Var	56	27,203	6,205	26,265	22,530	29,800	

İntihar girişiminin olup olmamasıyla BKİ değerleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.786$).

Tablo 15: Sigara kullanımı ile BKİ karşılaştırması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Sigara kullanımı	Yok	340	26,709	5,094	26,440	23,155	30,000	0.664
	Var	235	26,994	4,681	26,410	23,500	29,120	

Sigara kullanımı ile BKİ arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.664$).

Tablo 16: Alkol kullanımı ile BKİ karşılaştırması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Alkol kullanımı	Yok	514	26,916	4,966	26,505	23,440	29,830	0.089
	Var	61	26,065	4,552	25,200	23,030	28,430	

Alkol kullananlarla kullanmayanlar arasında BKİ değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.089$).

Tablo 17: Madde kullanımı ve BKİ karşılaştırması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Madde kullanımı	Yok	518	26,884	4,997	26,450	23,320	29,740	0.301
	Var	57	26,296	4,247	25,820	23,360	28,490	

Hastalarda madde kullanımının olup olmaması ile BKİ değerleri arasındaki fark anlamlı değildir (p=0.310).

Tablo 18: Hasta tanıları ile BKİ karşılaştırması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Tanılar	Depresyon	286	26,705	4,988	26,570	22,960	29,830	0.234
	Bipolar boz	43	28,448	5,825	27,640	24,560	30,820	
	Yaygın anksiyete Boz	74	25,745	4,158	26,025	23,050	28,410	
	Panik Boz	11	28,139	9,595	26,440	21,320	32,520	
	Sosyal fobi	4	29,145	8,326	27,205	23,740	34,550	
	OKB	28	28,452	3,993	28,920	25,790	30,580	
	PTSD	4	24,910	6,307	22,620	21,295	28,525	
	Şizofreni	15	28,326	3,640	29,070	25,540	30,850	
	Sanrılı boz	6	26,882	3,815	26,680	22,760	30,460	
	Şizoaffektif boz	17	26,262	2,573	26,250	24,340	27,810	
	Diğer psikotik boz	13	25,858	4,892	25,000	23,040	26,450	
	Alkol bağımlılığı	6	23,627	2,585	24,370	22,530	25,010	
	Diğer madde bağımlılığı	31	27,435	4,976	26,230	23,360	30,820	
	Somatoform boz	5	25,706	4,629	23,490	22,340	29,690	
	Uyku boz	3	28,193	5,521	26,350	23,830	34,400	
	Mental retardasyon	6	26,013	3,040	26,590	25,820	28,360	
Dürtü kontrol boz	8	26,138	4,127	26,425	23,010	28,955		
Diğer	7	24,624	2,361	25,200	23,510	26,380		

Tanı grupları ile BKİ değerleri arasında anlamlı fark bulunmazken (p=0.234), en yüksek BKİ değerlerine sahip iki tanı grubunun şizofreni ve OKB olduğu görülmektedir (medyan değerleri sırasıyla 29,070 ve 28,920). BKİ değerlerinin en düşük olduğu grup ise 22,620 medyan değeri ile PTSD tanı grubudur. Depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanı grupları diğer tanı grupları arasında orta düzeyde BKİ değerlerine sahip

tanı grupları olarak görülmektedir.

Tablo 19: Hastaların kullandığı ilaç tipi ile BKİ'nin karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Kullanılan ilaç tipi	İlaçsız	178	25,625	4,336	25,815	22,760	28,150	0.007
	SSRI	244	27,049	4,927	26,690	23,445	30,000	
	Trisiklik	22	28,682	5,015	29,485	23,790	32,670	
	SNRI	34	27,680	5,952	26,910	23,490	32,650	
	Atipik AP	60	27,770	4,911	26,530	24,485	30,820	
	Tipik AP	12	29,698	6,853	29,100	24,455	31,250	
	Benzodiyazepinler	8	24,883	4,085	24,000	22,320	28,455	
	DDD	10	27,519	5,175	27,205	23,900	28,430	
	Sedatif	4	24,958	4,036	23,920	22,120	27,795	
	Stimulan	0						
	Diğer	3	31,583	3,682	30,590	28,500	35,660	

Kullanılan ilaç tipleri ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.007$). Trisiklik ve tipik antipsikotik ilaç grubundaki hastaların en yüksek BKİ değerlerine sahip hasta grupları olduğu belirlenmiştir (medyan değerleri sırasıyla 29,485 ve 29,100). Benzodiyazepinleri ve sedatif ilaçları kullanan hasta grupları ise en düşük BKİ değerlerine sahip olan gruplardır (medyan değerleri sırasıyla 24,000 ve 23,920).

Tablo 20: Hastaların ilaçları kullanım süresi ile BKİ'nin karşılaştırılması

		Beden Kitle İndeksi						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İlaç süresi	İlaçsız	179	25,594	4,345	25,770	22,760	28,150	<0.0001
	0-6 ay	43	25,745	4,613	25,620	21,400	29,220	
	6-12 ay	44	25,816	3,954	25,510	22,455	28,865	
	1-5 yıl	197	27,809	4,982	26,910	24,220	31,010	
	5-10 yıl	80	28,176	5,772	28,015	24,430	30,835	
	10 yıldan fazla	32	27,129	5,101	26,965	23,595	29,590	

İlaç kullanım süresi ile BKİ arasında anlamlı bir fark belirlenmiş olup ($p<0.0001$), 5-10 yıl arası ilaç kullananlar hasta grubu 28,015 medyan değeri ile en yüksek BKİ değerine sahip grup olarak dikkati çekmektedir (25 ve 75. Persentil değerleri 24,430 ve 30,835).

Tablo 21: Medeni durum ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Medeni durum	Evli	319	18,9	10,8	19,0	11,0	26,0	0.673
	Bekar	223	19,4	11,3	18,0	10,0	28,0	
	Boşanmış	29	20,2	8,2	21,0	15,0	24,0	
	Diğer	3	21,7	11,0	28,0	9,0	28,0	

Hastaların medeni durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte ($P=0.673$) ayrı yaşayanların veya evli olmayıp birlikte yaşayanların yer aldığı grup olan diğer grubu yüksek Beck Depresyon Ölçeği puanı ile öne çıkılmaktadır (medyan değeri 28,0).

Tablo 22: Meslek grupları ve Beck Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Meslek	İşsiz	55	19,3	11,0	21,0	10,0	28,0	0.514
	Öğrenci	66	17,9	10,8	16,0	9,0	25,0	
	Ev hanımı	126	20,9	10,0	21,0	14,0	27,0	
	Memur	72	19,0	12,4	16,5	9,0	28,0	
	İşçi	31	19,8	10,6	20,0	13,0	27,0	
	Esnaf	112	18,2	10,1	18,0	11,0	26,0	
	Emekli	20	20,2	11,9	18,5	10,5	28,0	
	Beyaz yaka	56	18,4	11,6	17,5	9,0	27,0	
	Diğer	37	17,9	11,3	17,0	11,0	22,0	

Meslek gruplarının Beck Depresyon Ölçeği puanına göre anlamlı bir farklılığa sahip olmadığı saptanmıştır ($p=0.514$). Diğer gruplara göre ev hanımları ve işsizlerin oluşturduğu iki grubun Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (medyan değerleri her iki grubun da 21,00). Öğrenci ve memur grubu sırasıyla 16,0 ve 16,5 medyan değerleri ile en düşük Beck Depresyon Ölçeği puanına

sahip olan gruplardır.

Tablo 23: Hastaların geçmiş tedavi varlığı ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Geçmiş tedavi	Yok	181	17,6	10,5	16,0	9,0	26,0	0.021
	Var	392	19,9	11,0	20,0	11,5	27,0	

Geçmiş tedavi ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık olup ($p=0.021$), geçmişte tedavi alan grubun Beck Depresyon Ölçeği puanları tedavi almayan gruba göre daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Tablo 24: İlaç uyumunun olup olmaması ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İlaç uyumu	Yok	193	20,4	11,4	21,0	12,0	28,0	0.0320
	Var	199	19,4	10,6	18,0	11,0	26,0	
	İlaçsız	183	17,6	10,4	16,0	9,0	26,0	

İlaç uyumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p=0.0320$). İlaç uyumu olmayan grup 21,0 medyan değeri ile en yüksek Beck Depresyon Ölçeği puanına sahip gruptur.

Tablo 25: Sistemik hastalık varlığı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Sistemik hastalık	Yok	412	19,1	11,0	18,0	11,0	27,0	0.432
	HT	43	19,7	11,8	21,0	10,0	28,0	
	DM	22	16,6	9,4	16,0	9,0	23,0	
	Hipotiroidi	21	17,7	10,7	17,0	8,0	26,0	
	Menopoz	17	17,8	11,0	19,0	13,0	22,0	
	Cerrahi menopoz	3	30,7	6,4	27,0	27,0	38,0	
	Diğer	57	20,3	10,1	20,0	13,0	26,0	

Sistemik hastalıklarla Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.432$). Sistemik hastalıklar arasında cerrahi menopoz en yüksek Beck Depresyon Ölçeği puanına sahip olan gruptur (medyan değer 27,0).

Tablo 26: Hastaların intihar girişimi ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İntihar girişimi	Yok	517	18,6	10,7	18,0	10,0	26,0	<0.0001
	Var	56	24,3	11,5	24,0	15,5	31,5	

İntihar girişimi ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($p<0.0001$). İntihar girişiminde bulunanların Beck Depresyon Ölçeği puanları diğer gruba oranla belirgin bir şekilde daha yüksek olup medyan değer 24,0'dır (25 ve 75. persantiller 15,5 ve 31,5).

Tablo 27: Sigara kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Sigara kullanımı	Yok	340	18,7	10,9	18,0	10,0	27,0	0.242
	Var	235	19,7	10,8	20,0	12,0	27,0	

Sigara kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.242$).

Tablo 28: Alkol kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Alkol kullanımı	Yok	514	19,3	10,9	19,0	11,0	27,0	0.267
	Var	61	17,7	10,5	17,0	10,0	25,0	

Alkol kullanım ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.267$).

Tablo 29: Madde kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Madde kullanımı	Yok	518	19,1	11,0	18,0	11,0	27,0	0.777
	Var	57	18,9	9,6	21,0	11,0	27,0	

Madde kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.777$).

Tablo 30: Hasta tanı grupları ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Tanılar	Depresyon	286	22,1	10,1	21,5	15,0	29,0	<0.0001
	Bipolar boz	43	16,3	12,2	14,0	6,0	25,0	
	Yaygın anksiyete Boz	74	14,1	10,3	12,0	6,0	21,0	
	Panik Boz	11	10,7	4,9	11,0	6,0	14,0	
	Sosyal fobi	4	28,0	10,1	27,5	20,0	36,0	
	OKB	28	19,7	11,6	17,0	10,5	29,0	
	PTSD	4	28,8	12,3	29,0	19,5	38,0	
	Şizofreni	15	18,1	10,6	21,0	7,0	27,0	
	Sanrılı boz	6	9,7	11,0	7,5	0,0	15,0	
	Şizoaffektif boz	17	16,2	11,2	18,0	9,0	24,0	
	Diğer psikotik boz	13	12,2	10,7	13,0	3,0	21,0	
	Alkol bağımlılığı	6	6,7	3,6	7,5	6,0	9,0	
	Diğer madde bağımlılığı	31	18,6	9,8	18,0	8,0	28,0	
	Somatoform boz	5	22,6	6,5	23,0	20,0	28,0	
	Uyku boz	3	18,7	12,7	25,0	4,0	27,0	
	Mental retardasyon	6	11,2	8,4	10,0	7,0	11,0	
Dürtü kontrol boz	8	21,6	7,9	20,5	17,0	28,5		
Diğer	7	14,0	7,3	14,0	8,0	22,0		

Hastaların tanı grupları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında saptanan fark anlamlıdır ($p < 0.0001$). Bütün tanı grupları arasında Beck Depresyon Ölçeği puanı açısından saptanan en yüksek değer PTSD grubuna aittir (medyan değer 29,0). İkinci yüksek değere sahip grup ise 27,5 medyan değeri ile sosyal fobi grubudur. Alkol bağımlılığı ve sanrılı bozukluk tanısı alan gruplar en düşük Beck Depresyon Ölçeği puanı medyan değerine sahiptir (her iki grubun da 7,59).

Tablo 31: Hastaların kullandığı ilaç tipi ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
ilaç tipi	İlaçsız	178	17,6	10,6	16,0	9,0	26,0	0.002
	SSRI	244	19,7	10,7	20,0	12,0	26,0	
	Trisiklik	22	21,9	9,0	21,0	15,0	28,0	
	SNRI	34	25,3	11,2	25,0	17,0	32,0	
	Atipik AP	60	16,9	11,5	15,0	7,0	27,0	
	Tipik AP	12	20,2	9,0	20,0	16,0	25,5	
	Benzodiyazepinler	8	25,9	10,7	25,5	18,5	34,5	
	DDD	10	16,2	10,2	18,5	9,0	22,0	
	Sedatif	4	11,0	14,8	5,0	2,5	19,5	
	Diğer	3	8,3	6,7	10,0	1,0	14,0	

Kullanılan ilaç tipi ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p=0.002$). Benzodiyazepin ilaçları kullanan grup en yüksek Beck Depresyon Ölçeği puanlarına sahip olan gruptur (medyan değer 25,5). Bu değere yakın olan, ikinci en yüksek Beck Depresyon Ölçeği puanına sahip olan grup ise SNRI grubudur (medyan değer 25,0). Sedatif ilaçları kullanan hasta grubu, belirgin bir şekilde diğer ilaçları kullanan hasta gruplarından daha düşük Beck Depresyon Ölçeği puanlarına sahiptir (medyan değer 5,0).

Tablo 32: Üçten fazla ilaç kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında karşılaştırma

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Üçten fazla ilaç	Yok	514	19,0	10,8	18,0	10,0	27,0	0.261
	Var	61	20,6	11,1	21,0	14,0	25,0	

Üçten fazla ilaç kullanım durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.261$).

Tablo 33: Hastaların ilaç kullanım süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
ilaç süresi	ilaçsız	179	17,6	10,5	16,0	9,0	26,0	0.147
	0-6 ay	43	18,5	10,1	18,0	11,0	24,0	
	6-12 ay	44	21,0	10,0	21,5	13,5	27,5	
	1-5 yıl	197	19,4	10,5	20,0	12,0	27,0	
	5-10 yıl	80	19,5	11,8	20,0	10,5	27,5	
	10 yıldan fazla	32	23,1	13,4	20,5	15,0	31,0	

İlaç kullanım süresinin Beck Depresyon Ölçeği puanıyla karşılaştırılmasında anlamlı bir fark çıkmamakla birlikte ($p=0.147$), 6-12 ay ilaç kullananlarda Beck Depresyon Ölçeği puanları diğer grupların Beck Depresyon Ölçeği puanlarından daha yüksekti (medyan değer 21,5).

Tablo 34: Cinsiyetin Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile karşılaştırması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Cinsiyet	Kadın	291	20,1	12,8	18,0	10,0	29,0	0.007
	Erkek	284	17,5	12,9	14,0	7,5	26,0	

Cinsiyet, Beck Anksiyete Ölçeği puanıyla karşılaştırıldığında ortaya çıkan fark anlamlıdır ($p=0.007$). Kadınlarda Beck Anksiyete Ölçeği puanı erkeklerin Beck Anksiyete Ölçeği puanlarından belirgin olarak daha yüksekti (18,0 medyan değerine karşılık 14,0 medyan değeri).

Tablo 35: Medeni durum ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Medeni durum	Evli	319	19,2	13,0	18,0	8,0	27,0	0.090
	Bekar	223	17,7	12,7	14,0	8,0	26,0	
	Boşanmış	29	22,6	12,7	20,0	15,0	27,0	

Medeni durumla Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmemiştir ($p=0.090$). Evli ve bekar gruplarına göre puanlar boşanmış grupta daha yüksekti (medyan değer 20,0).

Tablo 36: Meslek gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Meslek	İşsiz	55	17,5	12,1	14,0	10,0	27,0	0.003
	Öğrenci	66	16,4	10,8	14,0	8,0	22,0	
	Ev hanımı	126	21,8	12,5	21,5	13,0	30,0	
	Memur	72	17,2	13,1	13,5	7,0	25,0	
	İşçi	31	23,3	13,0	22,0	16,0	31,0	
	Esnaf	112	17,7	13,3	14,0	7,5	25,0	
	Emekli	20	21,4	11,9	20,5	13,0	29,5	
	Beyaz yaka	56	16,2	13,0	14,0	6,0	24,5	
	Diğer	37	20,6	14,9	20,0	7,0	32,0	

Mesleklerin Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.003$). Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu iki grup işçiler ve ev hanımları grubudur (medyan değerleri sırasıyla 22,0 ve 21,5).

Tablo 37: Geçmiş tedavinin olup olmaması ile Beck Anksiyete Ölçeği puanının karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Geçmiş tedavi	Yok	181	16,2	12,1	14,0	6,0	25,0	0.001
	Var	392	20,1	13,1	18,0	10,0	28,0	

Hastaların geçmişte tedavi görme durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasındaki fark anlamlıdır (p=0.001). Tedavi gören hastalarda puanlar daha yüksektir (medyan değeri 18,0).

Tablo 38: Hastaların ilaç uyumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İlaç uyumu	Yok	193	19,9	14,2	16,0	9,0	29,0	0.002
	Var	199	20,3	11,9	19,0	11,0	28,0	
	İlaçsız	183	16,2	12,0	14,0	6,0	25,0	

İlaç uyumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0.002). Hasta gruplarından ilaç uyumu olanlarda Beck Anksiyete Ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur (medyan değer 19,0).

Tablo 39: Sistemik hastalık varlığı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Sistemik hastalık	Yok	412	18,3	12,9	15,5	8,0	27,0	0.128
	HT	43	24,2	13,8	22,0	17,0	32,0	
	DM	22	17,5	12,0	15,0	10,0	20,0	
	Hipotiroidi	21	19,7	13,1	19,0	9,0	26,0	
	Menopoz	17	17,8	10,8	18,0	13,0	24,0	
	Cerrahi menopoz	3	24,7	7,4	22,0	19,0	33,0	
	Diğer	57	18,6	12,5	15,0	10,0	27,0	

Hastaların sistemik hastalıkları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmemiştir ($p=0.128$). Hipertansiyon ve cerrahi menopoz gruplarının puanları diğer gruplara oranla daha yüksektir.

Tablo 40: İntihar girişiminin olup olmama durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İntihar girişimi	Yok	517	18,4	12,9	16,0	8,0	27,0	0.017
	Var	56	22,5	12,7	20,5	12,0	33,5	

Hastaların intihar girişiminde bulunup bulunmama durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,017$). İntihar girişiminde bulunanların puanları belirgin olarak daha yüksekti (16,0 medyan değerine karşılık 20,5 medyan değeri).

Tablo 41: Sigara kullanımı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanının karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Sigara kullanımı	Yok	340	18,4	12,4	16,0	8,0	27,0	0.521
	Var	235	19,4	13,5	18,0	9,0	28,0	

Sigara kullanımı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.521$).

Tablo 42: Alkol kullanımıyla Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Alkol kullanımı	Yok	514	19,2	13,0	17,0	9,0	27,0	0.060
	Var	61	15,8	11,2	13,0	8,0	20,0	

Alkol kullanımı ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.060$).

Tablo 43: Madde kullanımı ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Madde kullanımı	Yok	518	18,9	13,0	17,0	8,0	27,0	0.787
	Var	57	18,1	11,8	15,0	10,0	26,0	

Madde kullanımı ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırmasında aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.787).

Tablo 44: Hasta tanıları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						P
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Tanı	Depresyon	286	19,5	12,4	17,0	10,0	27,0	0.002
	Bipolar boz	43	15,5	11,4	14,0	7,0	22,0	
	Yaygın anksiyete Boz	74	18,7	13,1	16,0	7,0	26,0	
	Panik Boz	11	22,8	13,7	24,0	10,0	38,0	
	Sosyal fobi	4	23,8	12,2	20,5	15,5	32,0	
	OKB	28	17,8	15,2	10,5	5,0	29,0	
	PTSD	4	39,3	4,6	39,5	35,5	43,0	
	Şizofreni	15	22,9	14,5	24,0	10,0	32,0	
	Sanrılı boz	6	14,7	12,8	15,5	0,0	28,0	
	Şizoafektif boz	17	13,3	12,7	11,0	7,0	15,0	
	Diğer psikotik boz	13	10,7	13,0	7,0	0,0	14,0	
	Alkol bağımlılığı	6	8,5	6,6	9,0	3,0	11,0	
	Diğer madde bağımlılığı	31	20,1	12,2	19,0	10,0	28,0	
	Somatoform boz	5	42,6	8,6	39,0	38,0	49,0	
	Uyku boz	3	17,0	13,2	22,0	2,0	27,0	
	Mental retardasyon	6	18,8	12,4	14,5	10,0	31,0	
Dürtü kontrol boz	8	16,6	7,2	16,5	10,5	22,5		
Diğer	7	12,3	10,8	8,0	4,0	25,0		

Hastaların tanı grupları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmıştır (p=0.002). PTSD ve somatoform bozukluk tanı gruplarının diğer tanı gruplarından belirgin bir şekilde daha yüksek Beck Anksiyete

Ölçeği puanlarına sahip oldukları görülmektedir (medyan değerleri sırasıyla 39,5 ve 39,0).

Tablo 45: Kullanılan ilaç tipi ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı arasındaki karşılaştırma

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Kullandığı ilaç tipi	İlaçsız	178	16,4	12,1	14,0	7,0	25,0	<0.0001
	SSRI	244	19,7	13,2	18,0	10,0	27,0	
	Trisiklik	22	23,7	14,0	22,5	14,0	32,0	
	SNRI	34	25,9	12,0	24,5	16,0	35,0	
	Atipik AP	60	16,5	12,1	14,0	7,0	26,5	
	Tipik AP	12	20,7	10,4	22,5	13,0	27,0	
	Benzodiyazepinler	8	29,1	13,0	33,5	16,0	40,5	
	DDD	10	14,3	8,8	14,5	9,0	22,0	
	Sedatif	4	16,5	18,4	10,5	3,0	30,0	
	Diğer	3	8,3	4,7	10,0	3,0	12,0	

Hastaların kullandığı ilaç tipleri ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.0001$). Benzodiyazepin ilaç grubunu kullanan hastalarda, Beck Anksiyete Ölçeği puanları en yüksektir (medyan değer 33,5). Sedatif ilaç grubunu kullananlarda puanlar, diğer ilaç gruplarını kullananlara göre daha düşüktür (medyan değer 10,5).

Tablo 46: Üçten fazla ilaç kullanma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği puanının karşılaştırması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Üçten fazla ilaç	Yok	514	18,9	13,0	17,0	8,0	27,0	0.929
	Var	61	18,5	11,5	16,0	12,0	26,0	

Üçten fazla ilaç kullanma durumuna göre hastalardaki Beck Anksiyete Ölçeği puanının anlamlı farklı olmadığı izlendi ($p = 0.929$).

Tablo 47: İlaç süresi ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı karşılaştırması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
İlaç süresi	İlaçsız	179	16,4	12,1	14,0	7,0	25,0	0.002
	0-6 ay	43	23,0	13,8	20,0	14,0	29,0	
	6-12 ay	44	23,7	14,8	20,0	12,5	33,5	
	1-5 yıl	197	18,5	11,9	17,0	9,0	26,0	
	5-10 yıl	80	18,2	13,3	18,0	7,0	27,5	
	10 yıldan fazla	32	23,7	14,4	20,5	13,5	35,0	

Hastalar ilaç kullanım sürelerine göre sınıflandırıldığında Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile anlamlı fark olduğu saptandı ($p=0.002$). Beck Anksiyete Ölçeği puanının en yüksek olduğu grup 20,5 medyan değeri ile 10 yıldan fazla ilaç kullananların olduğu gruptur.

Tablo 48: Farklı BKİ değerlerine sahip gruplarla Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	15	17,4	10,9	16,0	8,0	27,0	0.066
	Normal kilolu	196	18,1	11,4	17,5	8,0	26,0	
	Fazla kilolu	228	18,8	10,2	18,0	12,0	26,0	
	Obez	33	23,0	11,7	25,0	16,0	30,0	
	Morbid obez	5	26,2	11,5	23,0	20,0	30,0	

Beden kitle indeksi değerlerine göre ayrılan gruplarla Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte ($p=0.066$), klinik açıdan önemli olabilecek, zayıf olarak nitelendirilen hasta grubundan obez olarak nitelendirilen hasta grubuna doğru giderek artan BKİ puanları olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan farklılığın anlamlı çıkmamasının çalışmaya alınan hasta sayısının yetersizliğine bağlı olabileceği düşünüldü.

Tablo 49: Farklı BKİ değerlerine sahip gruplarla Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Beck Anksiyete Ölçeği puanı						p
		N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	25. Persentil	75. Persentil	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	15	14,4	11,1	12,0	5,0	25,0	0.022
	Normal kilolu	196	17,3	13,1	14,0	8,0	25,5	
	Fazla kilolu	228	18,8	12,5	16,0	9,5	27,0	
	Obez	33	21,9	14,3	22,0	9,0	33,0	
	Morbid obez	5	31,6	9,7	34,0	23,0	40,0	

BKİ gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği puanlarına göre farklılığının anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.022$). Hastalar zayıf, normal kilolu, fazla kilolu, obez ve morbid obez olarak sınıflandırıldığında, beden kitle indeksi arttıkça hastalardaki Beck Anksiyete Ölçeği puanının arttığı izlendi.

Tablo 50: Beck Depresyon Ölçeği puanı ile hasta yaşı, eğitim süresi, hastalık süresi ve beden kitle indeksi arasındaki ilişki

		Hastanın yaşı	Eğitim süresi	Hastalık süresi	Beden kitle indeksi
Beck Depresyon Ölçeği puanı	r	-0,010	-0,052	0,056	0,096
	p	0,803	0,217	0,179	0,021
	N	575	575	575	575

Beck Depresyon Ölçeği puanı ile beden kitle indeksi arasında çok zayıf, fakat anlamlı bir pozitif korelasyon ($r=0.096$, $p=0.021$) vardır. Hasta yaşı, eğitim süresi ve hastalık süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında korelasyon tespit edilmedi.

Tablo 51: Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile hasta yaşı, eğitim süresi, hastalık süresi ve beden kitle indeksi arasındaki ilişki

		Hastanın yaşı	Eğitim süresi	Hastalık süresi	Beden kitle indeksi
Beck Anksiyete Ölçeği puanı	r	0,067	-0,100	0,056	0,143
	p	0,108	0,016	0,180	0,001
	N	575	575	575	575

Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile beden kitle indeksi arasında anlamlı fakat zayıf bir pozitif korelasyon ($r=0.143$, $p=0.001$), eğitim süresi ile anlamlı fakat zayıf negatif korelasyon ($r=-0.100$, $p=0.016$) bulunmaktadır.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma ayaktan ya da yatarak tedavi gören ve ruhsal rahatsızlığı bulunan hastalarda temel olarak beden kitle indeksinin depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Ayrıca beden kitle indeksinin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek grupları, geçmiş tedavi durumu, ilaç uyumu, sistemik hastalıklar, intihar girişimi, sigara, alkol ve madde kullanımı, ruhsal hastalık tanıları, kullanılan ilaç tipleri ve ilaç kullanım sürelerini de içeren değişkenlerle ilişkisi incelenmiş, BKİ sınıflandırmasındaki gruplarla beek depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır.

Yapılan çalışmada BKİ ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında anlamlı bir pozitif korelasyon ($r=0.096$, $p=0.021$) saptanmıştır. BKİ arttıkça fiziksel aktivitenin azalması, endorfin düzeylerinin etkilenmesi, fiziksel hastalıkların artmasıyla keyif verici ve doyum sağlayan etkinliklerin yapılamaması psikolojik belirtileri ortaya çıkarabilmektedir. Yapılan çalışmada alınan sonuçlar bazı araştırma sonuçları ile tutarlılık gösterirken, bazı araştırma sonuçları ile tutarsızlık göstermektedir. Wit ve arkadaşlarının (2010) bir meta-analiz çalışmasında (toplam 204,507 katılımcı ve 17 araştırma) obezite ile depresyon arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptamışlardır. Scott ve arkadaşları (2008) obezite ve depresyonun ortaya çıkışında fiziksel rahatsızlık ve stres faktörleri gibi çevresel özelliklerle serotoninerjik dengenin bozulmasının etkili olduğu ve sıklıkla birlikte görüldüğünü belirtmişlerdir. Araştırmamızın sonuçları Britz ve arkadaşları (2000), Onyike ve arkadaşları (2003) , Dong ve arkadaşları (2004), Deveci ve arkadaşları (2005), Pan ve arkadaşlarının (2011) araştırma sonuçlarıyla da tutarlılık göstermektedir. Bu araştırmalardan farklı olarak Askari ve arkadaşları (2013) 400 katılımcıyla (200 obez, 200 normal ağırlıkta birey) yaptıkları çalışmada obezlerde depresyon belirtilerinde bir artış olmadığını ortaya koymuşlardır. Stunkard ve arkadaşları da (1986) buna uygun sonuçlar elde etmiştir. Bu araştırmalar arasındaki farkın nedeni kültürel çeşitlilik, stigmatizasyon düzeyinin değişmesi, farklı beden imajı algılarının varlığı ve değişik dönemlerde, değişik coğrafi ortamlarda yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre BKİ ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı arasında anlamlı pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonucun uyumlu olduğu, Black ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları çalışmada obez bireylerde anksiyete bozukluğu sıklığının ve anksiyete belirtilerinin fazla olduğu, özgül fobi, agorafobi ve PTSD'nin sıklıkla ortaya çıktığı belirlenmiştir. Ashmore ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, toplumun obeziteye verdiği tepki ve stigmatizasyona bağlı olarak iş bulma güçlüğü, eğitim ve iş ortamlarından reddedilme gibi sosyal sorunlarla karşı karşıya kalarak somatik belirtiler geliştirilebildiğine vurgu yapılmakta ve obezlerde anksiyetenin daha sık görüldüğü ortaya konmaktadır. Black ve arkadaşları (1992), Eren ve Erdi (2003), Chen ve arkadaşları (2009) ve Keddie'nin (2011) yaptığı araştırma sonuçlarıyla da yapılan çalışmanın sonucu tutarlılık göstermektedir. Bunlardan farklı olarak Bayraktar ve arkadaşları (1995) yaptıkları çalışmada hastanede tedavi gören hastalarda orta derecede anksiyete belirtileri olduğunu ve obez hastaların belirti düzeylerinin diğer hastalardan daha yüksek olmadığını saptamışlardır.

Yapılan çalışmada hastaların cinsiyetleri ile BKİ'leri karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. BKİ puan ortalaması erkeklerde daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (2008) fazla kilolu olma ve obezite oranlarının erkeklerde %63,6, kadınlarda %58,4 olarak saptadığı çalışmasıyla uyumludur. Araştırmamızın sonucu TNSA'nın (2008) ve Styne'nin (2001) yaptığı çalışma sonucu ile uyumlu olsa da bunun tersi olarak, literatürde daha yaygın bir düzeyde, obezitenin kadınlarda daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır. Gavin ve arkadaşlarının (2010), Malnick ve Nobler'in (2006) yaptığı araştırmalarda da obezitenin kadınlarda daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Araştırmalardaki farklı sonuçlar farklı coğrafyalara, farklı kültürlere, erkek ve kadına ilişkin biçilen farklı rollere ve sorumluluklara bağlı olabilir.

Hastaların medeni durumu ve BKİ değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiş ve en yüksek BKİ puanlarının evliler grubuna ait olduğu saptanmıştır. Evlilikle birlikte yaşın artması ve buna bağlı olarak fiziksel aktivitenin azalması, gebelik ve doğumlar, menopoz, sosyal etkileşimler bu duruma katkıda bulunuyor olabilir. Evlilikte kilo fazlalığı ile ilgili çevre baskısının ve estetik

kaygıların azaldığının vurgulandığı Yalçın'ın (2013) araştırmasında da obezitenin evlilerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

Meslek gruplarına göre BKİ değerlerine bakıldığında ev hanımı ve emekli grubuna ait puanların en yüksek olduğu saptanmıştır. Meslek grupları ile BKİ arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Toplumumuzda genel anlamda ev hanımı olan kadınlar geleneksel görevlerini yapmakta, yemek yapma ve günlük ev işleriyle uğraşmakta, sosyal yaşamın getirdiği hareketlilikten uzak kalmaktadır. Emekliler de ileri yaş ve ilgili kronik hastalıklara bağlı olarak geçmişteki sosyal ve hareketli yaşam tarzından kopmakta ve gündelik yaşamlarını daha çok ev içerisinde sürdürmektedir. Bu etkenler ev hanımı ve emekli grubundaki bireylerin daha yüksek BKİ puanına sahip olmasına katkı sağlıyor olabilir. Literatüre bakıldığında araştırmamızın meslek grupları ile ilgili sonuçları Erkol ve Khorshid (2004) ve aktif meslek gruplarına göre daha az fiziksel güç gerektiren meslek gruplarında, dolayısıyla ev hanımları ve emeklilerde obezitenin daha sık görüldüğünün saptandığı Satman ve Yılmaz'ın (2001) araştırma sonuçları ile uyumludur.

Hastaların geçmiş tedavilerinin olup olmamasına bakıldığında BKİ değerleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Geçmişte tedavi gören bireylerde daha yüksek BKİ puanları olduğu saptanmıştır. Ruhsal rahatsızlıkların olması, geçmişte kullanılan ve kullanımı süregelen psikotrop ilaçların varlığı geçmiş tedavisi olan grubun BKİ değerlerini arttırdığı düşünüldü. Brownell ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada depresyon, bipolar ve psikotik bozuklukların tedavisinde olanların 3-10 kilo aldıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada antidepresanlardan trisiklik grubunun ve antipsikotiklerden olanzapin ve klozapin ilaçlarının belirgin olarak kilo aldıkları saptanmıştır.

Hastalarda ilaç kullanımına uyum durumu ile BKİ değerleri arasında saptanan farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. İlaça uyumu olanlar en yüksek BKİ değerlerine sahipken, ilaca uyumu olmayanlarda daha düşük, ilaçsız olanlarda en düşük değerler saptanmıştır. Çalışmadaki örnekleme yer alan bireyler ruhsal hastalık tanılarına sahip oldukları için yaygın olarak psikotrop ilaçların kullanımı söz konusudur. İlaça uyumun olmasının psikotrop ilaçların daha çok kullanımına ve yan etki olarak daha çok kilo alınmasına neden olduğu düşünüldü. Literatüre bakıldığında, buna uyumlu olarak Brownell ve arkadaşlarının (2007) özellikle psikotrop ilaçlarla ilgili, Keller ve arkadaşlarının

(2011) ise pek çok hastalıkla ilgili farklı ilaçların kilo artışına yol açtığını yaptıkları çalışmalarla ortaya koydukları görülmektedir.

Sistemik hastalıkları olan bireylerin BKİ puanlarının sistemik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu dikkati çekerken, sistemik hastalıklarla BKİ değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Sistemik hastalıkların varlığı açısından bakıldığında diyabet ve cerrahi menopoz grubunun en yüksek BKİ puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Davis ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada uzun süreli tedavi gerektiren sistemik hastalıkların varlığında obezitenin daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Kronik hastalıkların sosyal yaşamdan geri çekilmeye neden olduğu ve daha az hareketli yaşamı getirdiğinin vurgulandığı Işık ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da sistemik hastalıkları olanların daha yüksek BKİ puanları olduğu ortaya konmuştur. Obezitenin insülin direncini arttırması ve antidiyabetiklerin kilo yapıcı etkileri diyabet grubunda BKİ puanlarını arttırırken, cerrahi menopoz grubunda sıklıkla kullanılan hormon replasman tedavilerinin yüksek BKİ puanlarına yol açabileceği düşünüldü.

Yapılan çalışmada intihar girişiminin olup olmaması ile ilgili olarak BKİ değerlerine bakıldığında istatistiksel açıdan aralarındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin ruhsal hastalıklarının olması genel popülasyondan farklı sonuçlara neden olabilir. Literatüre bakıldığında, Jian ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada BKİ değerleri ile intihar girişimi arasında cinsiyetler açısından farklı sonuçlar saptandığı görülmüştür. Erkeklerde yüksek BKİ değerleri daha düşük oranda intihar girişimi ve tamamlanmış intiharla bağlantılı iken, kadınlarda daha yüksek oranlarda intihar girişimi ve daha düşük oranlarda tamamlanmış intiharla bağlantılı olduğu ortaya konmuştur. Carpenter ve arkadaşları (2000), Dong ve arkadaşları da (2006) çalışmalarında obezite ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında pozitif yönde ilişki saptamışlardır.

Hastalarda BKİ değerleri ile sigara, alkol ve madde kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmamıştır. Psikotrop ilaçların kullanımı ve yan etkileri, sonucu farklı kılmış olabilir. Yalçın'ın (2013) çalışmasında da obezite ile sigara ve alkol arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ancak sigaranın metabolizma hızını arttırdığı ve iştahı azalttığı bilinmektedir. Buna uygun olarak Molarius ve arkadaşları (1999) çalışmalarında BKİ değerlerinin sigara içenlerde daha

düşük olduğunu saptamışlardır. Alkol kullanımı, Yaluğ ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında kontrol grubuna oranla obezlerde daha yüksek çıkmıştır. Araştırmamızın sonucuyla uyumlu olarak, Mather ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da BKİ değerleri ile madde kullanımı arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Literatürde farklı sonuçlar veren çalışmalar da vardır. McLaren ve arkadaşları (2008) BKİ değerleri ile madde kullanımı arasında pozitif yönde bir korelasyon belirlerken, Desai ve arkadaşları (2009) araştırmalarında negatif yönde bir korelasyon saptamışlardır.

Yapılan araştırmada hasta tanıları ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olsa da klinik açıdan önemli olabilecek düzeyde en yüksek BKİ puanlarının 29,070 medyan değeri ile şizofreni tanı grubuna ait olduğu dikkati çekmektedir. İstatistiksel olarak farkın anlamlı çıkmamasında, 25 ayrı tanı grubu için örnekleme oluşturan hasta sayısının yetersizliği olabilir. Literatüre bakıldığında Manual ve arkadaşlarının (2012) araştırması aydınlatıcı olarak değerlendirilebilir. Yaptıkları araştırmada hastalığın kronik bir gidişinin ve süregelen antipsikotik ilaç tedavisinin olması nedeniyle şizofreni tanısı alan hastalarda diğer ruhsal hastalıklara oranla daha yüksek BKİ değerleri saptandığı belirtilmiştir. Saarni ve arkadaşlarının (2009) çalışma sonuçları da bu yöndedir.

Hastaların kullandıkları ilaç tipleri ile BKİ değerleri karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Trisiklik antidepresan kullanan grup tüm gruplar içinde en yüksek BKİ puanlarına sahip olan gruptur. Tipik antipsikotikler ikinci en yüksek BKİ puanlarına sahip olan gruptur. Erkol ve Korshild'in (2004) çalışmasında ilaçlar arasında özellikle trisiklik antidepresan grubun obeziteye yol açtığı belirtilmiştir. Reedt Dortland ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da trisiklik antidepresan grubun obeziteye yol açtığı ve yüksek oranda abdominal obezite ile kendini gösterdiği ortaya konmuştur. Smits ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada psikotrop ilaçlar arasında iki grubun, antipsikotikler ve antidepresan ilaçların diğerlerine oranla daha çok obeziteye neden oldukları saptanmıştır.

Hastaların ilaç kullanım süresi ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. 5-10 yıl ilaç kullanım süresi olan hastaların daha kısa ilaç kullanım süresi olan hastalardan daha yüksek BKİ puanlarına sahip olduğu

görülmektedir. İlaç kullanım süresinin uzaması hem psikotrop ilaçların kilo aldırıcı yan etkisine daha çok maruz kalmaya hem de yaş ortalamasının daha yüksek olmasına neden olur. Yaş ortalamasının yüksek olması daha çok kronik hastalığa ve daha az fiziksel aktiviteye yol açarak BKİ puanlarını yükseltiyor olabilir. Ancak 10 yıldan fazla ilaç kullanan grubun BKİ değerlerinin 5-10 yıl ilaç kullanan gruba göre daha düşük olması bu açıklamalarla uyuşmamaktadır. Bu durumun 10 yıldan fazla ilaç kullanan grubu oluşturan hasta sayısının az olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Yapılan çalışmada hastaların BKİ değerleri ile yaşları, eğitim süreleri ve hastalık süreleri arasında bir korelasyonun olmadığı saptanmıştır. Yaş açısından çalışmamızın sonucu Güneş ve arkadaşlarının (2000) araştırma sonucuyla uyumludur. Literatürde farklı sonuçların bulunduğu ve son yıllarda çocuk ve adölesan obezitesinde artış olduğu dikkati çekmektedir. Eğitimle ilgili olarak literatüre bakıldığında, daha yaygın olarak, eğitim süresi arttıkça BKİ değerlerinin düştüğü yönündedir. Işık ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ilköğretim mezunlarının, orta ve yükseköğretim mezunlarından daha fazla obez oldukları belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sosyoekonomik koşullar daha iyi olmakta, iş olanakları artmakta, sağlıklı beslenme bilinci gelişmekte ve beden imajı daha önemli olmaktadır. Bunlara bağlı olarak eğitim arttıkça obezite oranı düşmektedir. Araştırmamızda korelasyonun saptanmamış bulunması, örnekleme oluşturan bireylerin ruh hastalıkları tanılarının olması ve bununla bağlantılı olarak psikotrop ilaç kullanımlarına bağlı olabilir.

5. SONUÇ

Tüm veriler gözden geçirildiğinde çalışmayla elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir.

Beden Kitle İndeksi ile aşağıdaki değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

- Cinsiyet
- Medeni durum
- Meslek grupları
- Geçmiş tedavi
- İlaç uyumu
- Sistemik hastalıklar
- İlaç tipleri
- İlaç kullanım süreleri

Beck Depresyon Ölçeği puanı ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir pozitif korelasyon belirlenmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir pozitif korelasyon saptanmıştır.

Giderek yaygınlaşan ve halk sağlığı sorunu konumuna gelen obezite ve depresyonun komorbid oluşları, tedavilerinde başarı için multidisipliner ve bütüncül yaklaşımları zorunlu kılmaktadır. Konuyla ilgili sağlık politikalarının üretilmesi için de ara değişkenlerin kontrol edildiği daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

EKLER

Ek. 1 Beden Kitle İndeksi Araştırma Kayıt Formu

Protokol:	Yaş:			
Cinsiyet: <input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> erkek	Eğitim süresi:yıl			
Medeni durum: <input type="checkbox"/> evli <input type="checkbox"/> bekar <input type="checkbox"/> boşanmış <input type="checkbox"/> diğer				
Meslek: <input type="checkbox"/> öğrenci <input type="checkbox"/> ev hanımı <input type="checkbox"/> memur <input type="checkbox"/> beyaz yaka <input type="checkbox"/> işsiz <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> esnaf <input type="checkbox"/> emekli <input type="checkbox"/> diğer				
Geçmiş tedavisi: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok	İlaç uyumu: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok <input type="checkbox"/> ilaçsız			
Hastalık süresi: <input type="checkbox"/> 0-6 ay <input type="checkbox"/> 6-12 ay <input type="checkbox"/> 1-5 yıl <input type="checkbox"/> 5-10 yıl <input type="checkbox"/> 10 yıldan fazla				
Sistemik hastalık: <input type="checkbox"/> Steroid kullanımı <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hipotiroidi <input type="checkbox"/> Menopoz <input type="checkbox"/> Cerrahi menopoz Diğer:.....				
İntihar girişimi: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok				
Sigara: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok				
Alkol: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok				
Madde: <input type="checkbox"/> var <input type="checkbox"/> yok				
Tanı 1.				
Tanı 2.				
BKI:	Boy:	Kilo:		
Beck Depresyonu Puanı:	Beck Anksiyete Puanı:			
Kullandığı ilaçlar:				
İlaç süresi:				

Ek. 2 Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıdaki, 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 dikkatli okuyunuz. **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçimlerinizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. 0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0) Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
1) Gelecekte karamsarım.
2) Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
3) Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1) Kendimi çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.
2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3) Kendimi tümü ile başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. 0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1) Herşeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.
2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3) Herşeyden sıkılıyorum.
5. 0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. 0) Kendimden hoşnutum.
1) Kendi kendimden pek hoşnut değilim.
2) Kendime çok kızıyorum.
3) Kendimden nefret ediyorum.
8. 0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
9. 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
2) Kendimi öldürmek isterdim.
3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. 0) İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2) Çoğu zaman ağlıyorum.
3) Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. 0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1) Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
2) Şimdi hep sinirliyim.
3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. 0) Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1) Başkalarıyla eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
3) Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
13. 0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2) Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

15. 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2) Bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3) Hiçbir şey yapamıyorum.
16. 0) Her zamankinden daha iyi uyuyabiliyorum.
1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
17. 0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1) Her zamankiden daha çabuk yoruluyorum.
2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0) İştahım her zamanki gibi.
1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
2) İştahım çok azaldı.
3) Artık hiç iştahım yok.
19. 0) Son zamanlarda kilo vermedim.
1) İki kilodan fazla kilo verdim.
2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. 0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
3) Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. 0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3) Cinsel konulara ilgimi tamamen kaybettim.

Toplam BECK-D Skoru:.....

Ek. 3 Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç 0	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi 1	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildim 2	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım 3
1	Bedeninizin her hangi bir yerinden uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/Ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme korkusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklilik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				
		Toplam BECK-A skoru:			

KAYNAKÇA

- Adan, R.A.H., Vanderschuren, L.J.M. and Lafleur, S.E., 2008, "Anti-obesity drugs and neural circuits of feeding", *Trends Pharmacol Sci*, 29(4):208-17.
- Allison, D.B. et al., 2009, "Obesity among those with mental disorders: National Institute of Mental Health meeting report", *Am J Prev Med*, 36:341-350.
- Askari, J. et al., 2013, "The relationship between obesity and depression", *Social and Behavioral Sciences*, 84:796-800.
- Ashmore, J.A. et al., 2008, "Weight-based stigmatization, psychological distress and binge eating behavior among obese treatment-seeking adults", *Eat Behav*, 9:203-209.
- Bastien, M. et al., 2014, "Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease", *Prog Cardiovasc Dis*, 56(4):369-81.
- Başkal, N., 2003, "Obesity", *Klinik Endokrinoloji*, s. 325-353, Ankara.
- Bayraktar, E., 1995, *Obezitenin Psikolojik Yönleri*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Beck, A.T. et al, 1961, "An inventory for measuring depression", *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beck, A.T. et al., 1988, "An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties", *J Consult Clin Psychol*, 56:893-7.
- Beck, A.T. and Steer, R.A., 1993, *Beck Anxiety Inventory manual*, Psychological Corporation, San Antonio.
- Berthoud, H.R., "Mind versus metabolism in the control of food intake and energy balance", *Physiol Behav*, 81:781-793.
- Bilgel, N., 2003, "Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri", *Birinci Basamak için Psikiyatri*, (2):1.
- Bittner, A. et al., 2004, "What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder", *J Clin Psychiatry*, 65(5):618-26.
- Black, D.W., Goldstein, R.B. and Mason, E.E., 1992, "Prevalance of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients", *Am J Psychiatry*, 149:227-234.
- Bouchard, C., 2001, "The genetics of human obesity: recent progress", *Bull Mem Acad R Med Belg*, 156:455-462.
- Britz, B. et al., 2000, "Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study", *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24:1707-1714.

Brownell, K.D., Wadden, T.A. and Phelan, S., 2007, Obezite, İn: Aydın H, Bozkurt A, Çev Ed., Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, Güneş Kitapevi, Ankara.

Butler, R. et al., 2006, "Depressive Disorders", American Family Physician, 73(11):1999-2004.

Carpenter, K.M. et al., 2000, "Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempts: results from a general population study", Am J Public Health, 90:251-7.

Chang et al., 2012, "A systematic review of body fat distribution and mortality in older people", Maturitas, 72:175-191.

Chen, Y., Jiang, Y. and Mao, Y.J., 2009, " Association between obesity and depression in Canadians", Womens Health, 18:1687-1692.

Cole, M.G., Bellavance, F. and Mansour, A., 1999, "Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta analysis", Am J Psychiatry, 156:1182-9.

Crisp, A.H. and Mc Guines, B., 1976, "Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population", Br Med J, 3:7-9.

Curtis, G.C. et al., 1998, "Specific fears and phobias: epidemiology and classification", Br J Psychiatry, 173:212-17.

Çevik, A. ve Volkan, V.D., 1993, "Depresyonun psikodinamik etiyojisi", Depresyon Monografaları Serisi, 2:109-22.

Davis, E.M., Rovi, S. and Johnson, M.S., 2005, "Mental health family, function and obesity in African-American women", J Natl Med Assoc, 97:478-482.

Desai, R.A. et al., 2009, "Gender differences in association between body mass index and psychopathology", CNS Spectr, 14:372-383.

Deveci, A. vd., 2005, "Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:84-91.

Dilbaz, N., 2006, Anksiyete Bozukluğunda Son Gelişmeler, Ankara.

Dixon, J.B, Dixon, M.E. and O'Brien, P.E., 2003, "Depression in association with severe obesity: Changes With Weight Loss", Archives of Internal Medicine, 163:2058-2065.

Doğan, O., 2002, "Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:174-182.

Dong, C. et al., 2006, "Extreme obesity is associated with suicide attempts: results from a family study", In J Obes, 30:388-90.

Dong, C., Sanchez, L.E. and Price, R.A., 2004, "Relationship of obesity to depression: a family-based study", International Journal of Obesity, 28:790-795.

Donini, L.M. et al., 2012, "A systematic review of the literature concerning the relationships between obesity and mortality in the elderly", J Nutr Health Aging, 16:89-98.

DSM-5, 2013, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Eker, E. ve Noyan, A., 2004, "Yaşlılarda depresyon ve tedavisi", Klinik Psikiyatri Dergisi, 2:75-83.

Elbi, M.H., 2008, "Kronik hastalık ve depresyon", Klinik Psikiyatri Dergisi, 11:3-18.

Ells, L.J. et al., 2006, "Obesity and disability – a short review", Obesity reviews, 7:341-345.

Ercan, S. vd., 2013, "Yaygın anksiyete bozukluğunda sosyodemografik özelliklerin belirti şiddeti ile ilişkisi", Anatol J Clin Investing, 7(1):46-49.

Eren, İ. ve Erdi, Ö., 2003, "Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı", Klinik Psikiyatri, 6:152-157.

Erkol, A. ve Khorshid, I., 2004, "Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi", SSK Tepecik Hastanesi Dergisi, 14(2):101-107.

Ferrari, A.J. et al., 2013, "Burden of depressive disorders by country, sex, age and year: findings from the Global Burden of Disease Study", Plos Med, 10(11):540-547.

Forhan, M., 2009, "An analysis of disability models and the application of the ICF to obesity", Disabil Rehabil, 33:1382-1388.

Fox, E.A. and Byerly, M.S., 2004, "A mechanism underlying mature-onset obesity: evidence from the hyperphagic phenotype of brain-derived neurotrophic factor mutants", Am Physiol Regul Integr Comp Physiol, 286:994-1004.

Fricchione, G., 2004, "Clinical practice. Generalized anxiety disorder", The New England Journal of Medicine, 351(7):675-82.

Gavin, A.R., Simon, G.E. and Ludman, E.J., 2010, "The association between obesity, depression and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction", J Psychosom Res, 69:573-581.

Gortmarker, S.L. et al., 1993, "Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood", *New Eng J Med*, 30(329):1008-1012.

Greco, S.J. et al., 2013, "Leptin rescues neurons from Alzheimer's disease-related pathways triggered by lipid burden", *Advances in Alzheimer's Disease*, 2:31-39.

Guy, W., 1976, *Clinical Global impressions: ECDEU Assesment Manual for Pharmacology*, revised edition, Education and Welfare Publication, Rockville.

Guyton, A.C. and Hall J.E., 2001, *Textbook of Medical Physiology*, Nobel Kitapevi, İstanbul.

Guxens, M. et al., 2009, "Cognitive function and overweight in preschool children", *Am J Epidemiology Advance Access*, 170:438-446.

Güldiken, S., 2005, "Sekonder obezitenin ayırıcı tanısı", *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1(37):14-17.

Güleç, C., 2009, *Psikiyatri'nin ABC'si*, 2. Baskı, Say Yayınları, İstanbul.

Güneş, G., Genç, M. ve Pehlivan, E., 2000, "Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki erişkin kadınlarda obezite", *Turgut Özalp Tıp Merkezi Dergisi*, 78(1):48-53.

Güneş, Z., 2005, *Spor ve Beslenme*, Nobel Yayınları, İstanbul.

Hainer, V. and Hainerova, I.A., 2012, "Do we need anti-obesity drugs", *Diabetes Metab Res Rev*, 28(2):8-20.

Hamşioğlu, A.B., 2013, "Fastfood ürünleri satın alan tüketicilerin yaşam tarzlarını belirlemeye yönelik bir uygulama", *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 6(11):17-4.

Han, J.H., Lawlor, D.A. and Kimm, S.Y.S., 2010, "Childhood obesity", *Lancet*, 375(15):1737-48.

Hancı, T. Vd., 2012, "Yüksek duyarlıklı C-reaktif protein ve obezite ilişkisi", *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 10(1):1-7.

Hawton, K. and van Heeringen, K., 2009, "Suicide", *Lancet*, 373:1372-1381.

Hisli, N., 1988, "Beck Depresyon Ölçeği envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği", *Psikoloji Dergisi*, 7(23):3-13.

Howell, H.B. et al., 2001, "Generalized anxiety disorder in women", *Psychiatr Clin North Am*, 24:165-178.

Hoge, E.A, Ivkovic, A. and Fricchione, G.L., 2012, "Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment", *British Medical Journal*, 345(7885):37-42.

Hybels, C.F., Blazer, D.G. and Pieper, C.F., 2001, "Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample", *Gerontologist*, 41:357-65.

Ilgaz, Ş., 2001, *Obesite ve tedavisi*, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planması Genel Müdürlüğü Yayınları, 280:1364-1367.

Işık, E. et al., 2013, "Aile hekimliğine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği", *F N Hem Derg*, 21(2):107-115.

Jensen, G.L. and Hsiao, P.Y., 2010, "Obesity in older adults: relationship to functional limitation", *Curr Open Clin Nutr Metab Care*, 13:46-51.

Jian, Z. et al., 2013, "Body mass index and suicidal behaviors: a critical review of epidemiological evidence", *Journal of Affective Disorders*, 148:147-160.

Judd, L.L. et al., 1988, "A prospective 12 year study of subsyndromal and syndromal depressive symptom in unipolar major depressive disorders", *Arch Gen Psychiatry*, 55:694-700.

Katzman, M.A. et al., 2014, "Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders", *BMC Psychiatry*, 14(1):S1.

Kawakami, N. et al., 2012, "Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys", *Biol Psychiatry*, 72(3):228-237.

Keddie, A.M., 2011, "Associations between severe obesity and depression : results from the National Health and Nutrition Examination Survey", *Prev Chronic Dis*, 8:57.

Kelishadi, R. and Poursafa, P.A., 2014, "Review on the genetic, environmental and lifestyle aspects of the early life origins of cardiovascular disease", *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 44(3):54-72.

Keller, L. et al., 2011, "The obesity related gene, FTO, interacts with APOE, and is associated with Alzheimer's disease risk: a prospective cohort study", *J Alzheimers Dis*, 23:461-469.

Kesler, R.C. and Bromet, E.J., 2013, "The epidemiology of depression accros cultures *Annu. Rev.*", *Public Health*, 34:119-138.

Kessler, R. and Wittchen, H., 2002, "Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples", *J Clinical Psychiatry*, 63:4-10.

Killgore, W.D. et al., 2003, "Cortical and limbic activation during viewing of high-versus low calorie foods", *Neuroimage*, 19:1381-1394.

Kim, M.S. et al., 2004, "Anti-obesity effects of alfa-lipoic acid mediated by suppression of hypothalamic AMP-activated protein kinase", *Nature Medicine*, 10(7):727-33.

Kimberly, A. et al., 2000, "Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder", *The British Journal of Psychiatry*, 176:544-9.

Kiwimaki, M. et al., 2009, "Association between common mental disorder and obesity over the adult life course", *Br J Psychiatry*, 195:149-155.

Kopelman, P., 2007, "Health risks associated with Overweight and obesity", *Obesity Reviews*, 8(1):13-17.

Latas, M. and Milovanovic, S., 2014, "Personality disorders and anxiety disorders: what is the relationship", *Curr Opin Psychiatry*, 27(1):57-61.

Libiger, J., 2005, "Depression is frequent in primary care", *WPA Bulletin on Depression*, 10(29):1-4.

Lobstein, T., Baur, L. and Uauy, R., 2004, "Obesity in children and young people: a crisis in public health", *The International Association for the Study of Obesity*, 5(1):4-85.

Macit, S. ve Karadağ, M.G., 2014, "Obezitede bilişsel fonksiyon bozukluğu ve beslenme ilişkisi: güncel bakış", *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4):241-247.

Malhotra, S. and McElroy, S.L., "Medical management of obesity associated with mental disorders", *J Clin Psychiatry*, 4:24-32.

Malnick, S.D.H. and Nobler, H., 2006, "The medical complications of obesity", *Q J Med*, 99:565-579.

Manuel, G. et al., 2012, "Overweight and obesity in patients with bipolar disorder or schizophrenia compared with a non-psychiatric sample", *Progress in Neuro Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 37:169-175.

Marcus, M. et al., 2012, "Depression: Public Health Concern", *World Federation of Mental Health*, World Health Organisation: Perth, Australia.

Massion, A.O. et al., 2002, "Personality disorders and time to remission in generalised anxiety disorder, social phobia and panic disorder", *Arch Gen Psychiatry*, 59(5):430-40.

Mather, A.A. et al., 2009, "Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behavior in a nationally representative sample", *J Psychosom Res*, 66:277-285.

McLaren, L. et al., 2008, "The relationship between body mass index and mental health: a population-based study of the effects of the definition of mental health", *Social Psychiatry Epidemiol*, 43:63-71.

Molarius, A. et al., 1999, "Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 population of the WHO MONICA Project", *J Clin Epidemiol*, 52:1213-1224.

Moussavi, S. et al., 2007, "Depression, chronic disease and decrements in health: Results from the World Health Surveys", *Lancet*, 370:851-858.

Murray, C.J.L. et al., 2012, "Disability-adjusted life years for 291 disease and injuries in 21 region, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study", *Lancet*, 380:2197-2223.

Naderali, E.K., Rachliffe, S.H. and Dale, M.C., 2009, "Body weight and cognitive function in old age", *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 24:445.

Nazlıcan, E., 2008, "Adana ili Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi", *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.*

Nease, D.E. and Malouin, J.M., 2003, "Depression Screening: a practical strategy", *The Journal of Family Practice*, 52(2):118-126.

OECD, 2013, *Health at a Glance 2013: OECD Indicators.*

Ohman, A., 2008, *Fear and anxiety: overlaps and dissociation*, In *Handbook of Emotions*, 3rd edition, New York.

Onyike, C.U. et al., 2003, "Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey", *Am J Epidemiol*, 158:1139-1147.

Orhan, Y. ve Özbey, N., 2002, *Obezitede Diyet Tedavisi*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Orzano, A.J. and Scott, J.G., 2004, "Diagnosis and treatment of obesity in adults: an applied evidence-based review", *Journal of The American Board of Family Medicine*, 17(5):359-369.

Özata, M., 2003, *Obezite Tanı ve Tedavisi*, GATA Basımevi, Ankara.

Özmen, E., Aydemir, Ö. ve Bayraktar, E., 1997, "Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar", *Hekimler Yayın Birliği*, s:117-9.

Öztor, S., 2005, "İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması", Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Öztürk, M. ve Uluşahin, A., 2008, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11.Basım, Ankara.

Pan, A. et al., 2011, "Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women", Int J Obes (Lond), doi: 10.1038/ijo.2011.111.

Pirinççi, E. vd., 2007, "Prevalence and risk factors of overweight and obesity among urban school children in Elazığ city, Eastren Turkey", Ann Human Biol, 37(1):44-56.

Raymond, S.U., Leeder, S. and Greenberg, H.M., 2006, "Obesity and cardiovascular disease in developing countries: a growing problem an economic threat", Curr Open Clin Nutr Metab Care, 9:111-116.

Reedt Dortland, A.K.B. et al., 2010, "Metabolic syndrome abnormalities are associated with severity of anxiety and depression and with tricyclic antidepressant use", Acta Psychiatr Scand, 122:30-39.

Roberts, R.E. et al., 2003, "Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study", International Journal of Obesity Relat Metab Disord, 27:514-521.

Roy-Byrne, P.P. and Wagner, A., 2004, "Primary care perspectives on generalized anxiety disorder", J Clin Psychiatry, 65:20-26.

Sareen, J. et al., 2005, "Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study adults", Arch Gen Psychiatry, 62(11):1249-57.

Sarria, A. et al., 2001, "Body mass index, triceps, skinfold and waist circumference in screening for adiposity ins male children and adolescents", Acta Paediatr, 90:387-392.

Satman, I. et al., 2013, "Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults", Eur J Epidemiol, 28:168-180.

Satman, I. ve Yılmaz, M.T., 2001, "Dünyada ve Türkiye'de obezite epidemiyolojisi", Aktüel Tıp Dergisi, 6:9-12.

Savaşır, I. ve Şahin, N.H., 1997, Bilişsel-davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 9, Ankara.

Saz, P. and Dewey, M.E., 2001, "Depression, depressive syptoms and mortality inpersons aged 65 and older living in the community", Int J Geriatr Psychiatry, 16:622-30.

Scott, K.M. et al., 2008, "Obesity and mental disorders in the general population: result from the world mental health surveys", *International Journal of Obesity*, 32:192-200.

Seidell, J.C., 2002, *Obezitenin Epidemiyolojisi*, *International Textbook of Obesity*, Çev. Kahramanoğlu M., Göteborg.

Serhan, N. vd., 2013, "Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates", *J Clin Nurs*, 22(1-2):279-84.

Serter, R., 2004, *Atlas of Obesity*, 1. Baskı, s:26-70, Ankara.

Sertöz, Ö.Ö. ve Mete, H.E., 2005, "Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkileri: sekiz haftalık izlem çalışması", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15:119-126.

Simon, G.E. et al., 2008, "Association between obesity and depression in middle-aged women", *General Hospital Psychiatry*, 30:32-39.

Siranuş, K., Özdemir, F. ve Zateri, Ç., 2006, "Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri", *Trakya Üniv Tıp Fak Derg*, 23(1):47-54.

Sirtori, A. et al., 2012, "Obesity is a marker of reduction in QoL and disability", *Scientific World Journal*, 2012:167520.

Sivaslı, E. vd., 2006, "Gaziantep yöresinde 7-15 yaşındaki çocuklarda vücut kitle indeksi referans değerleri", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49:30-35.

Smith, E. et al., 2011, "A review of the association between obesity and cognitive function across the lifespan: implications for novel approaches to prevention and treatment", *Obesity Reviews*, 12:740-755.

Smits, J.A.J. et al., 2010, "Psychotropic medication use mediates the relationship between mood and anxiety disorders and obesity: findings from a nationally representative sample", *Journal of Psychiatric Research*, 44:1010-1016.

Styne, D.M., "Childhood and adolescents obesity, prevalence and significance", *Pediatr Clin North Am*, 48:823-854.

Stunkard, A.J., Stinnet, J.L. and Smoller, J.W., 1986, "Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity", *Am J Psychiatry*, 143:417-429.

Şimşek, F. vd., 2005, "Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58:163-6.

Tarhan, N., 2013, *Kendinizle Barışık Olmak, Duyguların Eğitimi*, 20. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul.

Taşan, E., 2005, "Identification, Evaluation and Epidemiology of Obesity", Türkiye Klinikleri Dergisi, 1(37):1-4.

Taveras, E.M. et al., 2013, "Reducing racial/ethnic disparities in childhood obesity: the role of early life risk factors", JAMA Pediatr, 167(8):731-8.

Teğin, B., 1980, Depresyonda bilişsel süreçler: Beck modeline göre. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara.

TNSA, 2008, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Tuygar, S.F., 2009, "Bağımlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğitiminin beden kitle indeksi üzerine etkisi", Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Tyrer, P. and Baldwin, D., 2006, "Generalised anxiety disorder", Lancet, 368(9553):2156-66.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Ulusoy, M., Şahin, N.H. ve Erkmen, H., 1998, "Turkish version of the Beck anxiety inventory: psychometric properties journal of cognitive psychotherapy", An International Quarterly, 12:21-8.

URL 1, WHO 2013, Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>, erişim tarihi: 29 Nisan 2015.

URL 2, WHO 2011, Noncommunicable Disease Country Profiles, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf, erişim tarihi: 30 Nisan 2015.

Ünsalver, B.Ö. ve Balcıoğlu İ., 2006, "Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler", Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 37:115-120.

Vos, A.D. et al., 2012, "Years lived with disability for 1160 sequel of 289 disease and injuries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study", Lancet, 380:2163-2196.

Vranesie, B.D. and Krznanie, Z., 2012, "Nutritional and behavioral modification therapies of obesity: facts and fiction", Dig Dis, 30:163-167.

Weinstein, A.R. et al., 2008, "The joint of physical activity and body mass index on coronary heart disease risk in women", Arch Intern Med, 168(8):884-90.

Weisberg, R.B., 2009, "Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation and course", The Journal of Clinical Psychiatry, 70(2):4-9.

Wells, K. et al., 1989, "The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study", *Jama*, 262:914-919.

Wit, L. et al., 2010, "Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies", *Psychiatry Researches*, 178:230-235.

WHO, 2000, "Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic", World Health Organisation, Geneva.

WHO, 2004, *Prevention of mental disorders: effective intervention and policy options: a summary report*, Geneva.

Yalçın, C., 2013, "Obezite tanısı almış hastalarda psikiyatrik komorbidite araştırması", *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon.

Yaluğ, İ. vd., 2005, "Obezite tedavisi için başvuran hastalarda madde kullanım yaygınlığı ve ilişkili faktörler", *Journal of Dependence*, 6:27-32.

Yang, R.Z. et al., 2006, "Acute-phase serum amyloid A: an inflammatory adipokine and potential link between obesity and its metabolic complication", *Plos Medicine*, 3(6):287.

Yu, Z.B. et al., 2010, "Intelligence in relation to obesity: a systematic review and meta-analysis", *Obesity Reviews*, 11:656-670.

Yumuk, V.D. et al., 2005, "High Prevalence of obesity and diabetes mellitus in Konya, a central Anatolian city in Turkey", *Diabetes Res Clin Pract*, 70:151-158.

Zhong, W. et al., 2010, "Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam Offspring Study population", *Depress Anxiety*, 27:846-851.