



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**MAJÖR DEPRESYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN
BESLENME DURUMLARININ VE AŞIRI BESİN
İSTEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzm. Dyt. Selen Müftüoğlu

DOKTORA TEZİ

**ANKARA
2016**



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN
BESLENME DURUMLARININ VE AŞIRI BESİN
İSTEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ

Uzm. Dyt. Selen Müftüoğlu

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gül KIZILTAN

EŞ DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK

ANKARA, 2016

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Doktora Programı çerçevesinde Selen Müftüoğlu tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30/06/2016

Tez Konusu: "Majör Depresyon Tanısı Almış Hastaların Beslenme Durumlarının ve Aşırı Besin İsteklerinin Değerlendirilmesi"

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Gül KIZILTAN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Gül Kızıltan

Doç. Dr. Mendane Saka

Yrd. Doç. Dr. Aydan Ercan

Prof. Dr. Nevin Şanher

Doç. Dr. Aslı Uçar

Başkent Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Gazi Üniversitesi

Ankara Üniversitesi

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 30... / 06... / 2016 tarih ve ..0.87... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması aşamalarında bilimsel katkıları, desteği, hoşgörü ve sabrından dolayı değerli tez danışmanım ve çok sevgili hocam Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Gül Kızıltan'a,

Tezimin hazırlık aşamasından sonuna kadar bana inanan, güç veren, her türlü istatistiksel desteği esirgemeyen çok sevgili hocam Prof. Dr. Mehtap Akçil Ok'a,

Birlikte çalışmaktan her zaman mutluluk ve onur duyduğum değerli bölüm hocalarım; Doç. Dr. Mendane Saka, Prof. Dr. Emine Aksoydan, Prof. Dr. Muhittin Tayfur, Yrd. Doç.Dr. Perim Türker, Doç. Dr. Aydan Ercan, Dr. Dyt. Sinem Metin, Dr. Dyt. Esra Köseleler, Dr. Dyt. Esen Sezer, Uzm. Dyt. Beril Yılmaz ve Uzm. Dyt. Merve Susuzlu'ya

Her konuda yardımlarını esirgemeyen bölüm sekreterimiz Hatice Şahin'e,

Uzun süren veri toplama sürecimde bana yardımlarını esirgemeyen ve odalarını benimle paylaşan tüm diyetisyen ve psikolog arkadaşlarıma,

Göstermiş oldukları sonsuz sevgi ve destek için başta annem ve ağabeyim olmak üzere tüm aileme,

Fiziken yanımda olamasada her daim elini omzumda hissettiğim ve her şeyden çok sevdiğim sevgili babama,

Tezimin birçok aşamasında hem tezimle ilgili hemde manevi destekleriyle her zaman yanımda olan canım arkadaşlarım Uzm. Dyt. Hale Avşar ve Dyt. Merve Avcı'ya,

Herşeyin kendisiyle anlam kazandığı, hayallerimi gerçekleştirebilmem için hayatımın her döneminde olduğu gibi çalışma hayatımda da beni sonsuz destekleyen, yüreklendiren ve her zaman yanımda olan bitanecik eşim, herşeyim Ahmet Müftüoğluna,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Müftüoğlu S. Majör Depresyon Tanısı Almış Hastaların Beslenme Durumlarının ve Aşırı Besin İsteklerinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Doktora Tezi, 2016.

Bu araştırma; majör depresyon tanısı almış hastaların beslenme durumlarının ve aşırı besin isteklerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma 3 psikiyatri merkezinde, majör depresyon tanısı almış, yaşları 20-64 yıl arasında, toplam 203 (144 kadın, 59 erkek) hasta üzerinde yapılmıştır. Çalışmada öncelikle hastaların aşırı besin isteklerinin değerlendirilebilmesi için uygulanacak olan Aşırı Besin İsteği Ölçeği (ABİS)'nin Türkçe uyarlaması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve orijinal ölçekteki tüm faktör boyutları elde edilmiştir. Çalışmada hastalara; kişisel özellikleri, yaşam tarzı alışkanlıkları ve hastalıklarına ilişkin bilgileri saptamak amacıyla anket formu uygulanmıştır. Hastaların beslenme durumları ile ilgili bilgiler besin tüketim sıklık formu ile saptanmıştır. Hastaların antropometrik ölçümleri alınmış, vücut bileşimleri ve fiziksel aktivite düzeyleri belirlenmiştir. Çalışmada; hastaların yaş ortalaması 37.1 ± 11.98 yıl olarak belirlenmiştir. Erkek hastaların depresyon süresi ortalama 13.1 ± 7.78 ay, kadın hastaların 12.5 ± 7.45 aydır. Erkek hastaların %79.7'si, kadın hastaların ise %79.2'si antidepresan ilaç kullanmaktadır. Hastaların %55.2'sinin inaktif, %42.4'ünün minimum aktif ve %2.5'inin çok aktif olduğu saptanmıştır. Beden Kütle İndeksi (BKI) değerlerine göre erkek hastaların %44.1'inin, kadın hastaların ise %34.0'ının hafif şişman olduğu tespit edilmiştir. Erkek hastaların %9.4'ünün, kadın hastaların %50.2'sinin bel/kalça oranları normal kabul edilen değerlerin üzerindedir. Ayrıca erkek hastaların %18.2'sinin, kadın hastaların %43.8'inin vücut yağ yüzdeleri normal kabul edilen değerlerin üzerindedir. Bireylerin vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, kalça çevresi ve yağ dokusu (kg) ile ABİS puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli bir korelasyon saptanmıştır ($p < 0.05$). Vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı, vücut yağı (%) ve yağ dokusu (kg) ile duygu durumu puanları arasında ise negatif yönde ve istatistiksel açıdan önemli bir korelasyon saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların beslenme durumları incelendiğinde; %62.1'i A vitaminini,

%49.3'ü E vitaminini, %91.1'i tiamini, %68.0'ı riboflavini, %87.7'si B6 vitamini, %61.6'sı B12 vitaminini ve %62.1'i C vitaminini yetersiz almaktadır. Buna ek hastaların %84.7'si kalsiyumu, %90.1'i çinkoyu, %90.6'sı magnezyumu, %92.1'i demiri ve %73.9'u ise bakırı yetersiz almaktadır. Diyetle protein (g) ve demir alımı ile ABİS puanları arasında pozitif yönde; protein (%), folat ve B6 vitamini ile depresyon süresi arasında negatif yönde; protein (g), niasin, B₆ vitamini ve çinko ile duygu durumu puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel açıdan önemli ilişkiler saptanmıştır (p<0.05). Aşırı istek duyulabilecek besin çeşitlerinden çikolata ve çikolatalı ürünler, kremalı pasta ve pastane ürünleri, fast-food türü yiyecekler, patates kızartması ve hamur işleri ile aşırı besin isteği ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli ilişkiler saptanmıştır (p<0.05). Antidepresan ilaç kullanan hastaların cips, gazlı içecekler, fast food tarzı yiyecekler ve patates kızartması gibi besinlere daha fazla istek duydukları yönünde verdikleri puanlar antidepresan kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p<0.05). Tüm bu sonuçlar neticesinde majör depresyon hastalarının diyetleri planlanırken; besin ögesi yetersizlikleri, bazı besin türlerine aşırı istek duyma durumları, vücut bileşimindeki değişimler, antidepresan ilaç kullanımları gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda, hem hastalara uygulanan diyet tedavisinde başarının yakalanması, hemde hastaların yaşam kalite düzeylerinin artmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Majör depresyon, beslenme durumu, aşırı besin isteği

ABSTRACT

Muftuoglu S. Assessment of the Nutritional Status and Food Craving of the Patients Diagnosed with Major Depression. Baskent University, Institute of Health Sciences, Department of Nutrition and Dietetics. Doctoral Thesis, 2016.

The aim of the present study was to investigate the nutritional status and food craving of the patients diagnosed with major depression. The study was conducted on 203 patients (144 females, 59 males) between the ages of 20-64 who were diagnosed with major depression in 3 different psychiatry centres. At the first stage of the study, validity and reliability studies were performed for the Turkish version of the Food Craving Questionnaire (FCQ) to be used for the assessment of the food craving behaviours of the patients and all the factors included in the original scale were obtained. A questionnaire was applied to patients including demographic, life style and disease characteristics of the patients. Information about the nutritional status of the patients was gained through the food consumption frequency questionnaire. Anthropometric measurements and body compositions of the patients were carried out and their physical activity levels were determined. The average age of the patients was found to be 37.1 ± 11.98 years. Whereas the male patients had a depression period that lasted for 13.1 ± 7.78 months on average, the depression period of the female patients lasted for 12.5 ± 7.45 months on average. 79.7% of the male patients and 79.2% of the female patients were using antidepressant drugs. 55.2% of the patients were inactive, 42.4% of them were minimally active and 2.5% of them were very active. The Body Mass Indexes (BMI) of the male and female patients were analysed and considering the maximum ratios it was found out that; 44.1% of the male and 34.0% of the female patients were overweight. The waist/hip ratios of 9.4% of the male and 50.2% of the female patients were above the average values. Body fat percentages of 18.2% of the male and 43.8% of the female patients were above the average values. In the study, a positive and statistically significant correlation was found between FCQ score and the body weight, BMI, waist circumference, hip circumference and fat tissue (kg) ($p < 0.05$).

In the study, a negative and statistically significant correlation was found between the emotional state and the body weight, BMI, waist circumference, hip circumference, waist/hip ratio, body fat (%) and fat tissue (kg) ($p < 0.05$). When the nutritional status of the patients were analysed, 62.1% of them were observed to have vitamin A deficiency, 49.3% of them vitamin E deficiency, 91.1% of them thiamine deficiency, 68.0% of them riboflavin deficiency, 87.7% of them vitamin B₆ deficiency, 61.6% of them B₁₂ deficiency and 62.1% of them vitamin C deficiency. In addition to these; 84.7% of the patients were observed to have calcium deficiency, 90.1% of them zinc deficiency, 90.6% of them magnesium deficiency, 92.1% of them iron deficiency and 73.9% of them copper deficiency. There was a positive and statistically significant correlation between FCQ scores and dietary protein (g) and iron intake; a negative and statistically significant correlation between the duration of depression and protein (%), folate and vitamin B₆ intake; a negative and statistically significant correlation between the emotional state and protein (g), niacin, vitamin B₆ and zinc intake ($p < 0.05$). There was a positive and statistically significant correlation between FCQ scores and chocolate, chocolate products, cake and pastries, fast-food, potato chips and bakery products ($p < 0.05$). The patients who were using antidepressant drugs gave higher scores for their consumption of crisps, fizzy drinks, fast-food and potato chips compared to the ones who were not using such drugs and the differences between these two groups were found to be statistically significant ($p < 0.05$). In conclusion of all these results it is considered that; if the factors such as nutritional deficiencies, food cravings and the use of antidepressant drugs are taken into consideration when planning the diets of the patients of major depression, the dietary treatment could be successful and the quality of their life style could be improved.

Key words: Major depression, nutritional status, food craving

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLO LİSTESİ	xiii
ŞEKİL LİSTESİ	xv
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Majör Depresyonun Tanımı	3
2.2. Majör Depresyonun Tanı Yöntemleri	4
2.3. Majör Depresyonun Epidomiyolojisi	14
2.4. Majör Depresyonun Etiyolojisi	16
2.4.1.Genetik Nedenler	16
2.4.2. Biyokimyasal Nedenler	18
2.4.3.Psikososyal Nedenler	20
2.5. Majör Depresyon Etiyolojisinde Beslenmenin Rolü	21
2.5.1. Antioksidan Vitamin-Mineraller ve Majör Depresyon	22
2.5.2. B Grubu Vitaminleri ve Majör Depresyon	24
2.5.3. Elzem Yağ Asitleri ve Majör Depresyon	25
2.5.4. Bazı Önemli Aminoasitler ve Majör Depresyon	26
2.6. Majör Depresyonda Görülen Beslenme Sorunları	27
2.6.1. Vücut Ağırlığı Değişimleri	28
2.6.2. Konstipasyon	29
2.6.3. Dehidratasyon	29
2.6.4. Serum Vitamin Düzeyleri	29
2.6.5. Yeme Bozuklukları	29
2.6.6. Aşırı Besin İsteği	30
2.7. Majör Depresyonda Genel Tedavi Yaklaşımı	32
2.8. Antidepresan İlaç Tedavisi	32

2.8.1. Trisiklik Antidepresanlar	33
2.8.2. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri	34
2.8.3. Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri	34
2.8.4. Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri	35
2.8.5. Diğer Antidepresanlar	35
2.9. Majör Depresyonda Beslenme Tedavisi	36
2.9.1. Enerji ve Makro Besin Öğeleri	36
2.9.2. Yeterli Sıvı Alımı	37
2.9.3. Posa Alımı	38
2.9.4. Vitamin ve Mineral Alımı	38
2.10. Majör Depresyonda Özel Diyetler	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	41
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	41
3.2. Araştırma Genel Planı, Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	41
3.2.1. Araştırma Planı	41
3.2.2. Kişisel Özellikler	41
3.2.3. Besin Tüketiminin Saptanması	42
3.2.4. Antropometrik Ölçümler ve Vücut Bileşiminin Analizi	42
3.2.5. Fiziksel Aktivite Kaydı	44
3.2.6. Görsel Analog Skalası	45
3.2.7. Aşırı Besin İsteği Anket Formu	46
3.2.7.1. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Analizi	48
3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	49
4. BULGULAR	51
5. TARTIŞMA	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	121
7. KAYNAKLAR	132
8.EKLER	
EK 1: Onay Formu	
EK 2: Etik Kurul Onayı	
EK 3: Anket Formu	
Ek 4: Görsel Analog Skalası	

EK 5: Besin Tüketim Sıklığı Kayıt Formu

EK 6: Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu

EK 7: Aşırı Besin İsteği Ölçeği



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABİS	Aşırı Besin İsteği Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDNF	Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
BeBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BİA	Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
CIDI	Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı
CRH	Kortikotropin Salıcı Hormon
DHA	Dokosaheksaenoik Asit
DIS	Tanısal Görüşme Programı
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EPA	Eikosa Pentaenoik Asit
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
MAOI	Monoamin Oksidaz İnhibitörü
MHPG	3-Metoksi 4-Hidroksifenilglükol
MINI	Mini Uluslararası Tanı Görüşmesi
MOOD	Duygu Durumu
MD	Majör Depresyon
NE	Norepinefrin
NMDA	N-Metil-D-Aspartat
ROT	Reaktif Oksijen Türleri
SCAN	Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Programı
SED	Sosyoekonomik Durum
SSRI	Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSA	Trisiklik Antidepresanlar
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar

Tablo		Sayfa
Tablo 2.1	Türkiye’de Psikiyatri Alanında Klinikte Kullanılan Majör Depresyon Değerlendirme Ölçekleri	8
Tablo 2.2	Majör Depresyona (MD) Sebep Olan Risk Faktörleri	10
Tablo 2.3	Majör Depresyon Belirtilerine Yol Açan İlaçlar	12
Tablo 2.4	Majör Depresyon Belirtilerine Yol Açabilen Bedensel Hastalıklar	13
Tablo 2.5	Tiraminden Zengin Besinler	39
Tablo 3.1	BKİ’ya göre değerlendirme	43
Tablo 3.2	Bel/Kalça oranına göre değerlendirme	44
Tablo 4.1.1	Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları	52
Tablo 4.2.1	Hastaların hastalıklarına ilişkin verilerin dağılımları	53
Tablo 4.3.1	Hastaların genel alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımları	54
Tablo 4.4.1	Hastaların cinsiyete göre majör depresyon durumlarına ilişkin verilerin dağılımları	56
Tablo 4.5.1	Hastaların cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS) değerleri	58
Tablo 4.5.2	Hastaların cinsiyete göre antropometrik ölçümlerine ilişkin verilerin dağılımları	59
Tablo 4.5.3	Hastaların cinsiyete göre bel/kalça oranları ve vücut yağ oranları değerlerine ilişkin verilerin dağılımları	60
Tablo 4.6.1	Hastaların beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımı	62
Tablo 4.6.2	Hastaların kendi vücut ağırlıklarını değerlendirme ve daha önce diyet uygulama durumlarına ilişkin verilerin dağılımları	64
Tablo 4.6.3	Hastaların bazı besinlere aşırı istek duyma durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler	67
Tablo 4.6.4	Hastaların cinsiyete göre günlük enerji ve makro besin öğeleri tüketim ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri	69
Tablo 4.6.5	Hastaların cinsiyete göre günlük mikro besin öğeleri alım ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri ile DRI karşılama yüzdeleri	71

Tablo 4.7.1	ABİS ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonuçları	73
Tablo 4.7.2	Doğrulayıcı faktör analizine göre ABİS ölçeğinin uyum istatistikleri	76
Tablo 4.8.1	ABİS ölçek maddelerinin güvenilirlik analizleri sonuçları	79
Tablo 4.9.1	Hastaların ABİS ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS) değerleri	83
Tablo 4.10.1	Hastaların ABİS puanları, depresyon süresi ve duygu durumu ile yaş, cinsiyet, kronik hastalık, ilaç kullanımı, yaşam tarzı ve çeşitli beslenme alışkanlıkları arasındaki korelasyonlar	86
Tablo 4.10.2	Hastaların ABİS puanları, depresyon süresi ve duygu durumu ile aşırı istek duyalan besin çeşitleri arasındaki korelasyonların incelenmesi	83
Tablo 4.10.3	Katılımcıların ABİS puanları, depresyon süresi ve duygu durumu ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri tüketimleri arasındaki korelasyonlar	89
Tablo 4.10.4	Hastaların ABİS puanları, depresyon süreleri ve duygu durumları ile antropometrik ölçümler arasındaki korelasyonlar	91
Tablo 4.11.1	Hastaların medeni durum, yaşam şekli, eğitim durumu, çalışma durumu ve fiziksel aktivite durumu ile aşırı besin isteği ölçek puanları, depresyon süreleri ve duygu durumlarına yönelik tanımlayıcı istatistikler	94
Tablo 4.12.1	Hastaların antidepresan ilaç kullanım durumları ile bazı besinler aşırı istek duyma puanları arasındaki korelasyonlar	97
Tablo 4.12.2	Hastaların antidepresan ilaç kullanım durumları ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri tüketim durumları arasındaki korelasyonlar	98

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
Şekil 2.1	Serotonin, Dopamin ve Norepinefrinin Nörobiyokimyası	27
Şekil 2.1.	ABİS ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi ile dokuz faktörlü modele uyum şeması	77



1. GİRİŞ

Majör depresyon; kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozuklar sonrasında gelişen duygu durumu bozukluğudur (1). Kişinin belirli bir süre, göreceli olarak değişmez biçimde içinde bulunduğu duygulanım durumuna ‘duygu durum (mood)’ adı verilir. Kişilerin duygu durum halleri çeşitli etkenlere bağlı olarak dalgalanmalar gösterir. Bu dalgalanmaların aşırı boyutlara ulaşp uzun süre devam ettiği durumlar “duygulanım bozukluğu” olarak nitelendirilir ve duygulanım bozukluklarının en sık görülen türü majör depresyondur (2).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde majör depresyonu dördüncü sırada göstermiştir (3). Dünya genelinde her beş kadından ve her on erkekten biri yaşamının herhangi bir döneminde duygu durum bozukluklarına yakalanmaktadır (4). Özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde bu oran çok daha yüksektir ve yaklaşık her 4 kişiden biri majör depresyon tanısı almaktadır (5). Türkiye’de bu oran Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’na göre %17.2 olarak saptanmıştır (6).

Yetersizlik ve iş görememe gibi sorunları beraberinde getiren majör depresyon dünya genelinde en çok maluliyete neden olan dördüncü hastalıktır ve bu artış hızı ile 2020 yılında dünya genelinde tüm yaş grupları için hastalıklar arasında görülme sıklığı açısından ikinci sıraya yükselmesi beklenmektedir (4).

Majör depresyon görülme sıklığının bu denli yüksek ve yaygın oluşu ile tedavi edilmediğinde intihara kadar varan ciddi sonuçlara sebep olması; bu rahatsızlığın tedavisinin önemini ve tedavi edilmesinin kaçınılmaz bir zorunluluk olduğunu göstermektedir. Majör depresyon tedavisinde psikoterapi ve ilaç tedavisinin yanı sıra bu tedavileri destekleyen, kişiye özgü beslenme tedavisinin de uygulanması önem taşımaktadır (7).

Özellikle depresif bireylerin klinik tablosunda; iştah değişimleri, belli besin gruplarının tüketiminde artış ve buna bağlı vücut ağırlığı değişimleri, konstipasyon, dehidratasyon, serum vitamin düzeylerinde değişiklikler gibi durumlar sıklıkla izlenmektedir. Ayrıca kullanılan antidepresan ilaçlar ağırlık kontrolü üzerine de etki gösterebilmektedir (7).

Bu alışma, Aşırı Besin İsteği Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin tespiti ile majör depresyon tanısı almış hastaların beslenme durumlarının ve aşırı besin isteklerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütölmüştür.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Majör Depresyonun Tanımı

Majör depresyon; şiddeti, belirti tipleri ve hastalık seyri açısından değişkenlik gösteren ve oldukça geniş bir yelpaze içinde incelenmesi gereken bir sendromdur (8). Genel olarak kalıtımsal, çevresel ya da hormonal bozuklar sonrasında gelişen bir duygu durum bozukluğu olan majör depresyon, normal üzüntü halinden şiddetli ve psikotik belirtilere uzanan çok farklı klinik tablolara sahip kişilerde görülebilmektedir (9).

Bir kişinin belirli bir süre içinde bulunduğu duygulanım durumuna ‘duygu durum (mood)’ adı verilir. Kişilerin duygu durum halleri çeşitli etkenlere bağlı olarak dalgalanmalar gösterir. Bu dalgalanmaların aşırı boyutlara ulaşp uzun süre devam ettiği durumlar “duygulanım bozukluğu’ olarak tanımlanır ve duygulanım bozukluklarının en sık görülen türü depresyondur (10). Duygulanım bozukluğu herkesin zaman zaman normal olarak yaşadığı duygulanımlardaki dalgalanmalardan daha uzun süre, daha şiddetli ve daha yoğun yaşandığında kişilerde majör depresyon varlığından söz edilebilir (10,11).

Genel olarak majör depresyon; çevresel değişikliklere uygun olmayan tepkiler gösterme, iç yaşamda sürekli çelişkiler içinde olma, yaşama istek ve zevkinin kaybolması, geleceğe ilişkin karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duyma, umutsuzluk, ciddi hü­zün, günlük yaşamdan geri çekilme, çevrede olup bitene karşı büyük bir ilgisizlik, diğer insanlarla olan ilişkilerin sınırlandırılması, benlik saygısında azalma ve bazen ölüm düşüncesi gibi duygulara eşlik eden fizyolojik fonksiyonlar ve mental aktivitede yavaşlamanın olduğu bir hastalıktır (11,12). Bu duruma motor aktivitede yavaşlamayla birlikte çökkün bir görüntü, uyku bozuklukları, iştah ve kilo değişimleri, cinsel ilgi ve güçte azalma, gastrointestinal sistem işlevlerinin bozulması gibi yakınmaları kapsayan biyolojik ve vejetatif semptomlar eşlik eder (12,13).

Çeşitli enfeksiyon hastalıkları, endokrin bozukluklar, metabolik bozukluklar, merkezi sinir sistemi hastalıkları, travma, beslenme yetersizliği ve bazı ilaçların kullanımı sonrası hastalarda majör depresyona benzer belirtiler gözlenebilmektedir. Özellikle kronik hastalık ve kanser olgularının en az %25' i majör depresyon tanısı ve ölçülerini karşılamaktadır (14). Bu nedenle bir kişinin majör depresyon tanısı alması için ayrıntılı bir değerlendirme ve sonrasında bir süre iyi bir takip zorunludur.

2.2. Majör Depresyon Tanı Yöntemleri

Klinik uygulamada en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluk olan majör depresyonun; psikolojik belirtilerin doğru ifade edilmesi durumunda çeşitli tanı yöntemleri aracılığıyla tanısının konulması ve tedavisi güç değildir. Ancak bazı durumlarda belirtiler doğrudan ifade edilirken, bazı durumlarda ise çeşitli fiziksel belirtilere ya da var olan kronik bir hastalığa eşlik eden bir majör depresyon gelişimi gözlemlenmektedir. Böyle durumlarda gelişen duygu durumundaki bozukluğun birincil hastalıktan ayrılıp majör depresyon tanısını alması biraz daha güçlük taşımakla birlikte, çeşitli yöntemlerle tanısı konmuş ve tedavi edilmiş bir majör depresyon, hem kişinin yaşam kalitesini arttırmakta, hem de eşlik eden hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemektedir (15).

Psikiyatrik bozuklukların tümü için bütün dünyada en yaygın kullanılan tanı ve sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'dır (16). İlk olarak 1952 yılında DSM-I kitabı oluşturulmuş, sonrasında değişen ve yenilenen bilgiler doğrultusunda (örneğin başlarda depresyon bir kişilik bozukluğu olarak kabul edilirken, DSM-III'den itibaren duygu durum bozukluğu olarak kabul edilmiştir). 1968 yılında DSM-II, 1980 yılında DSM-III, 1987 yılında DSM-III-R, 1994 yılında DSM-IV, 2000 yılında DSM-IV-TR ve 2013 yılında güncel olarak şu anda kullanılan DSM-V basılmıştır (17).

Majör depresyon ile ilgili DSM-V'de yer alan bilgilere göre bir kişiye depresyon tanısının konulabilmesi için;

1. ökkün duygu durum, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örneğin üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örneğin ağlamaklı görüntü). (Not: Çocuk ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Ağırılık kaybetmeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) ağırılık kaybetme ya da kazanma (ortalama bir ay içerisinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse hergün yeme isteğinde azalma ya da artma (Not: çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısals 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 (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

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.

Aynı iki haftalık dönem boyunca, yukarıdaki dokuz belirtiden en az beşi veya daha fazlasının olduğu ve bu belirtilerden en az birinin çökkün duygu durumu veya ilgisini yitirme veya zevk almama olması major (yeğın) depresyon döneminin varlığını göstermektedir (17). Bunlara ek bu belirtilerin sosyal ve mesleki işlevi bozacak kadar şiddetli olması ve bir maddenin fizyolojik etkilerine ya da tıbbi bir tabloya doğrudan bağlı olmaması beklenir. Ancak önemli bir yitim (yas, parasal çöküntü, önemli bir hastalığa yakalanma veya yeti yitimi v.b.) karşısında gösterilen tepkiler major depresyon belirtilerine benzerlik gösterebilmektedir. Bu belirtiler yaşanan yitime uygun bulunsa dahi ortaya çıkabilecek bir major depresyon durumu göz ardı edilmemelidir (16,17).

Majör depresyon bozukluğunda;

-Dönemin geçirilmiş tek dönem mi yoksa yineleyen dönem mi olduğu (bir dönemin yineleyen dönem olması için ayrı dönemler arasında major depresyon dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanmadığı en az ardışık iki aylık bir ara olmalıdır),

-Majör depresyonun şiddeti (ağır olmayan depresyon, orta dereceli depresyon, ağır depresyon),

-Psikoz varlığı (psikoz-sanrı özellikleri gösteren veya göstermeyen),

-Yatışma durumu (tam olmayan yatışma gösteren, tam yatışma gösteren ve atipik durum)

-Süregiden major depresyon bozukluğu (kronik depresyon-distimi: majör depresyonun en az iki yıl süreyle çoğu gün, günün büyük bir bölümünde kişinin söylediği ya da başkalarının gözlemlenen çökkün duygu durumu başta olmak üzere majör depresyon belirleyicilerinin sürmesi hali) durumlarına göre depresyonun tipi ve tedavi şekli belirlenmektedir (16,17).

Klinikte daha rahat ve daha kısa bir kullanım için DSM ve ICD (Internatioanl Classification Disease)'den geliştirilmiş olan çeşitli porgramlar kullanılmaktadır. Bu programlar Tanısal Görüşme Programı (DIS), Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı (CIDI), Mini Uluslararası Tanı Görüşmesi (MINI) ve Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Programı (SCAN) dır (16).

Diğer yandan klinikte açıklanamayan kronik yorgunluk, süregelen çeşitli pelvik, göğüs ve sırt ağrıları, iritabl bağırsak sendromu, uzun süreli mutsuzluk, isteksizlik, uyku problemi ve benzeri gibi bir çok şikayete sahip kişiler DSM tanı kriterlerini karşılamazken, bu kişilere uygulanan çeşitli psikolojik değerlendirme ölçekleri ile yapılan sorgulamalarda majör depresyon, anksiyete ya da somatizasyon varlığı görülebilmektedir (18).

Psikiyatride son dönemlerde meydana gelen yöntem değişiklikleri, objektif ölçüm yapılması ve nesnel verilere ulaşılması gerekliliği ile birlikte psikolojik değerlendirme ölçeklerinin önemi ve kullanımı artmıştır (19). Tarama, tanı koyma, hastalığın şiddetini ve bu şiddetin tedaviyle değişimini belirleme amacıyla kullanılan psikolojik değerlendirme ölçekleri kişinin davranışsal özelliklerini, toplumsal ilişkilerini ve duygu durumunu sayısal olarak ifade etmeye ve karşılaştırma yapmaya yaramaktadır (20,21).

Özellikle psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen majör depresyon bozukluğu ile ilgili dünyada çok sayıda farklı ölçek geliştirilmiş ve halende geliştirilmektedir (20,21). Bu konu ile ilgili çalışma yapacak olan araştırmacı ya da klinisyen amacına uygun bir ölçek seçerek hasta hakkında bilgi edinebilmekte ve tedavisini ya da çalışmasını bu doğrultuda sürdürebilmektedir (19).

Ülkemizde ise psikiyatri alanında klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri Tablo 2.1'de verilmiştir (19-21).

Tablo 2.1. Türkiye’de Psikiyatri Alanında Klinikte Kullanılan Majör Depresyon Değerlendirme Ölçekleri

Ölçek Adı	Ölçek Türü	Uygulanacak Grup	Uygulayıcının Niteliği	Türkçe Geçerlik Güvenirlik Makalesi
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	Kendini değerlendirme	Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları	Özel eğitim gerektirmez	Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989;23:3-13.
Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ)	Kendini değerlendirme	Depresyon tanısı konan hastalar	Özel eğitim gerektirmez	Ceyhun B, Akça F. Zung Depresyon Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliği TürkPsikologlar Derneği Yayınları. 1994:20-6.
Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)	Kendini değerlendirme	60 yaş ve üzerinde belirgin işitme güçlüğü, orta-ağır demansı olmayan kişiler	Özel eğitim gerektirmez	Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi1997;34:71.
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	Kendini değerlendirme	Doğum sonrası dönemdeki kadınlar	Özel eğitim gerektirmez	Engindeniz A,N, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlik ve güvenilirlik çalışması.Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1996. s.51-2.
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	Kendini değerlendirme	Toplum ve hastane örneklemi	Özel eğitim gerektirmez	Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği.Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8:280-7.

Tablo 2.1. Türkiye’de Psikiyatri Alanında Klinikte Kullanılan Majör Depresyon Değerlendirme Ölçekleri (devamı)

Ölçek Adı	Ölçek Türü	Uygulanacak Grup	Uygulayıcının Niteliği	Türkçe Geçerlik Güvenirlik Makalesi
Çocukluklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	Kendini değerlendirme	9-13 yaş çocuklarına	Özel eğitim gerektirmez	Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği:Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2:132-6
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	Klinisyenin değerlendirmesi	Depresif belirtileri olan kişilerde	Psikopatoloji bilgisi gerekir	Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği güvenirliliği Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4:251-9
Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADDÖ)	Klinisyenin değerlendirmesi	Majör depresyon tanısı alan kişilerde	Psikopatoloji bilgisi gerekir	Torun F, Önder E, Torun SD, TuralÜ Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirliliği. Psikofarmakoloji Dergisi 2002;10:319-30.
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CFİDÖ)	Klinisyenin değerlendirmesi	Şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hasta grubu	Psikopatoloji bilgisi gerekir	Aydemir Ö, Danacı EA, Deveci A ve ark. Şizofrenide Depresyon Ölçeği Türkçe versiyonu Nöropsikiyatri Arşivi 2000;37:210-3.
Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ)	Klinisyenin değerlendirmesi	Demans hastaları	Psikopatoloji bilgisi gerekir	Amuk T, Karadağ F, Oğuzhan N Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Güvenirliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2003;14:263-71.

Tüm bunlara ek majör depresyon hastalarında sıklıkla bedensel yakınmalar görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar Araştırması'nın Türkiye bölümünde, majör depresif bozukluğu olan hastaların %60'ının bedensel yakınmalarla, %24'ünün ise ruhsal yakınmalarla hastaneye başvurduğu saptanmıştır (22). Ayrıca majör depresyonun bedensel yakınmalarla dışa vurulmasının özellikle kırsal bölgelerde, Doğu Anadolu'da, düşük eğitim düzeyinde ve kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir (23,24).

Majör depresyonda görülen bedensel belirtiler çok değişkendir ve çevresel faktörlere göre farklılık göstererek herhangi bir somut bedensel nedene bağlanamamaktadır. Ayrıca bilinmektedir ki majör depresyon yineleyici bir bozukluktur. Hasta daha önceki dönemde majör depresyon ya da herhangi bir mani nöbeti geçirmiş olabilir. Bu nedenle tanı yöntemlerinin tamamına ek olarak kişinin medikal değerlendirilmesi, hastalık ve geçmiş medikasyon öyküsünün ayrıntılı bir şekilde alınması gerekmektedir (25).

Tablo 2.2.'de majör depresyona sebep olan risk faktörleri verilmiştir (25).

Tablo 2.2. Major Depresyona (MD) Sebep Olan Risk Faktörleri

Cinsiyet	Kadın/erkek=2/1
Yaş	Gençlerde daha yüksek (ortalama yaş:27)
İrk ya da etnik köken	Fark yok
Sosyoekonomik durum (SED)	Düşük SED'de daha yüksek, işsizlerde risk 3 kat artıyor.
Medeni durum	Boşanmış veya Dul olanlarda daha fazla risk artıyor.
Aile öyküsü	Birinci derece akrabalarda MD varsa risk 2-3 kat artıyor.
Çocukluk yaşantısı	Küçük yaşta anne-baba kaybı riski artırıyor
Stresli yaşam	Riski artırıyor
Gebelik ve postpartum dönem	Riski artırıyor

Bazı durumlarda ise majör depresyon bir maddenin fizyolojik etkilerine ya da tıbbi bir tabloya bağılı gelişmektedir. Bu yaklaşıma göre direk olarak altta yatan hastalığın tedavisi ya da kullanılan ilacın kesilmesi ile depresyon belirtilerinin düzelebileceğı düşünölmektedir. Ancak bu tartışmalı bir konudur.

Bazı araştırmacılar majör depresyona yol açtığı düşünölen birçok bedensel hastalık ve ilaçla majör depresyon arasında bire bir nedensel bir ilişki olmadığını, yatkınlığı olan kişilerde bedensel hastalık ve ilaçların majör depresyonu tetiklediğı görüşünü savunmaktadır (26).

Majör depresyona yol açabilen ilaçlar arasında özellikle çok sık kullanılan antihipertansifler bu tür etkileri görölen ilaç grubudur. Yapılan bazı çalışmalarda reserpin, metildopa ve benzeri bazı antihipertansif ilaçların özellikle hasta daha önce majör depresyon geçirmişse ya da ailede majör depresyon öyküsü varsa majör depresyona neden olabileceğini göstermektedir (27)

Majör depresyona yol açabilen bazı ilaçlar Tablo 2.3'de verilmiştir (8,27).

Tablo 2.3. Majör Depresyon Belirtilerine Yol Açan İlaçlar

Tansiyon ilaçları	Reserpin hastaların %27'sinde ilk 4-6 ayda MD' a neden olmaktadır. Özellikle yüksek dozlarda risk artar. Metildopa kullanan hastaların %17'sinde MD görülmektedir. Belirtiler kullanımdan hemen sonra ilk birkaç günde hızla ortaya çıkar. Kesildikten sonra genellikle 1 hafta içerisinde yatıştır. Beta-blokerların ise MD ile ilişkisi tartışmalıdır.
Doğum kontrol ilaçları	Özellikle yüksek doz östrojen içeren doğum kontrol ilacı içeren kişilerin %7-34'ünde MD görüldüğü, düşük doz östrojen içerenler de ise riskin daha düşük olduğu bildirilmiştir.
Kortikosteroidler	MD, mani, psikoz, delirium gibi çeşitli ruhsal belirtilere yol açabilmektedir. Özellikle etkiler ilaç başlandıktan sonraki 1 hafta içerisinde başlar, ilaç kesildikten sonra 4-6 haftada etki yatıştır.
Benzodiazepinler	40 mg/gün üzerindeki dozlarda MD rapor edilmiştir.
Kanser ilaçları	Bazı türlerinde (vinkristin, vinblastine, prokarbazin, amfoterisin B, interferon v.b.) MD rapor edilmiştir.
Histamin₂ reseptör antagonistleri	MD vakaları rapor edilmiştir. Belirtiler ilaç başladıktan 3 gün ile 1 hafta arasında ortaya çıkar ve ilaç kesildikten hemen sonra ortadan kalkar.
Psikoaktif maddeler	Alkol bağımlılığı, amfetamin, kokain vb etki gösteren maddelerde sıkça MD rapor edilmiştir.
Anabolik steroidler	Sıkça MD ve mani rapor edilmiştir.

Majör depresyona neden olabilen bedensel hastalıklar ise Tablo 2.4.'de verilmiştir (8,27).

Tablo 2.4. Majör Depresyon Belirtilerine Yol Açabilen Bedensel Hastalıklar

İnme	Inme sonrası MD görülme sıklığı %30-50'dir. Bu hastalarda MD'nin tedavi edilmemesi mortaliteyi 3 kat arttırmaktadır.
Parkinson hastalığı	MD görülme sıklığı %4-70 arasındadır.
Multipl skleroz	MD görülme sıklığı %27-54 arasındadır.
Epilepsi	Özellikle odak sol hemisferde ise MD görülme sıklığı daha yüksektir. Yapılan çalışmalar bu hastalarda intihar oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.
Demans	Sıklıkla depresyonun eşlik ettiği bir hastalıktır. Özellikle vasküler demansta MD görülme oranı daha yüksektir.
Hipertiroidizm	MD görülme sıklığı %31'dir. Özellikle antitiroid tedavi ile depresyon belirtilerinin düzeldiği saptanmıştır.
Hipotiroidizm	Yaşam boyu depresyon görülme oranı %56'dır. Buradada tiroid replasmanı MD belirtilerinde yatışma sağlar.
Cushing sendromu	Ekzojen steroidlere bağlı mani ve depresyon görülür. Tedaviden sonra 1 yıla kadar MD belirtileri devam edebilmektedir.
Hiperparatiroidizm	MD görülme oranı %30'dur. Depresyon şiddeti serum Ca düzeyi ile ilişkilidir.
Kanser	Türü ile ilişkili özellikle pankreas, meme, orofarenks kanserlerinde daha sık MD görülmektedir.
HIV	Hastaların %17.3'ünde MD görülmektedir. Hastalar arasında intihar oranı yüksektir.

2.3. Majör Depresyonun Epidemiyolojisi

Majör depresyon (MD) yinelemelerle devam eden yüksek yeti yitimine neden olan ve sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Araştırma yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle birbirinden oldukça farklı oranlar saptansa dahi, insidans ve prevelansın oldukça yüksek olduğu konusunda araştırmacılar tarafından tam bir görüş birliği sağlanmıştır. Ancak bilinmektedir ki bu konuyla ilgili yapılan insidans çalışmaları prevelans çalışmalardan çok daha azdır (30).

Majör depresyonda 12 aylık yaygınlık %6.6, yaşam boyu yaygınlık ise %16.2 olarak saptanmıştır (31). Majör depresyonda insidans erkeklerde 80-200/100.000, kadınlarda 250-600/100.000 olarak bildirilmiştir. Buna göre yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8-12, kadınlar için ise %20-26 olarak saptanmış ve özellikle ağır derecede depresyonun kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğü vurgulanmaktadır (32). Ancak son dönemde yapılan çalışmalardan elde edilen verilere bakıldığında; kadın ve erkeklerde major depresyon görülme oranı arasındaki farkın giderek azaldığı görülmektedir (32,33).

Önceki dönemlerden elde edilen verilerde MD görülme yaşı kadınlar için 35-45 yıl, erkekler içinse 55 yıl olduğu saptanmışken, son zamanlarda genç adolesan dönemde MD görülme oranının çok daha fazla arttığı gösterilmiştir (33). Buna ek yapılan bir çalışmada her beş kadından ve her on erkekten birinin yaşamının herhangi bir döneminde en az bir kez depresif bozukluklara yakalandığı gösterilmiştir (34).

WHO; 2000 yılındaki verilere göre; başta yeti yitimine sebep olması sebebiyle MD'yi tüm dünyadaki en acil dördüncü halk sağlığı sorunu olarak tanımlamıştır. 2020 yılında ise en fazla yeti yitimine yol açan ikinci hastalık olacağı ön görülmektedir. Ayrıca WHO'ya göre iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak majör depresyon gösterilmektedir (35).

Yapılan bir çalışmada; genel hastane başvuruları incelenmiş; bedensel hastalığı olanlarda ve hastaneye yatan hastalar arasında majör depresyon görülme oranı genel popülasyondan daha yüksek bulunmuştur (36). Ayrıca major depresyonun varlığı, eşlik ettiği bedensel hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte, mortaliteyi ve bedensel hastalığın yol açtığı yeti yitimini arttırmaktadır. Özellikle koroner arter hastalıkları, inme, kanser, yaşamı tehdit eden akut bedensel hastalıklar ve diyaliz hastalarında majör depresyon ek tanısı morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (37).

Depresyon intihara bağlı ölüm riski açısından da büyük öneme sahiptir. Yapılan bir çalışmada özkıyım olguları incelenmiş ve %50-70'inin duygu durum bozukluğundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Özellikle batı ülkelerinde MD hastalarının mortalitesinin %18.9'unun sebebinin intihara bağlı ölüm olduğu saptanmıştır (38).

Tüm bu gerçeklere karşın temel sağlık hizmetlerinde major depresyon hastalığı o kadar önemsenmemekte ve major depresyon tanısı konulmadığı için hastalar gereken tedaviyi alamamaktadır. Toplumda her beş kadından ve her on erkekten birinin yaşamının herhangi bir döneminde depresyon geçirmesine karşılık, ancak yaklaşık %40'ı bu konuyla ilgili tedavi görmektedir (39,40).

Gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere toplumun ruhsal sorunlara karşı önyargısı ve ailelerin hastalıkları saklama eğilimleri yüzünden major depresyon hastalarının tedavi görme olanakları azalmaktadır. MD; sıklığı, ağır iş gücü yitimine neden olması ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen tedavi olanaklarının yeteriz kalması sebebiyle önemli ve yaygın bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (39,40).

2.4. Majör Depresyonun Etiyolojisi

Birçok farklı etmen, özellikle biyolojik yatkınlığı olan kişilerde majör depresyon gelişimine sebep olabilmekte ve bu etmenler çoğu zaman birbirleri ile ilişkilendirilmektedir. Bireyin biyolojik yatkınlığını, başta genetik faktörler olmak üzere, bir takım nörokimyasal ve nörofizyolojik etkenler belirler. Bunlar daha sonra, madde kullanımı, psikolojik stres, travma vb bir takım epigenetik faktörlerden de etkilenirler (41). O nedenle majör depresyonun ortaya çıkmasına yol açan nedenleri genetik nedenler, biyokimyasal nedenler ve psikosoyal nedenler olmak üzere üç ana başlık altında incelenebilir (42).

2.4.1. Genetik Nedenler

Hatalı bir gen, ya yanlış bir protein ya da daha az veya daha çok sayıda protein üretebilmektedir. O nedenle psikiyatrik hastalıkların fenotipik özelliklerini anlayabilmek için gen ekspresyonu ve beyindeki protein sentezi üzerinde durmak gerekmektedir. Bunun için nöronal dokudan elde edilen örneklerde psikiyatrik hasta ve kontrol grubu denilen sağlıklı bireylerde eksprese olan mRNA'ların farklı olup olmadıklarına bakılmaktadır. Bu şekilde tek tek bütün nöronlardaki gen ekspresyonu incelenerek hastalığa sebep olan genetik durum hakkında bilgi edinilebilir. Ayrıca bu tekniklerle çevresel faktörler, beyin travması, ilaçlar, hormonlar ve bunlara benzer dış etkenler sonucunda değişikliğe uğrayan gen ekspresyonlarını da belirlemek mümkün olabilmektedir (43).

Majör depresyon gelişiminde genetik etkenlerin önemli rolü olduğu bilinmektedir. Majör depresyonlu bireylerin birinci derece akrabalarında hastalık varlığı genel popülasyona göre 2-3 kat daha fazladır (44). Özellikle bu konuyla ilgili yapılan ikiz çalışmalarında monozigot ikizlerdeki MD riski %60-70 oranında iken; dizigot ikizlerde bu oranın %20 civarında olduğu bildirilmiştir (44,45).

Duygu durum bozuklukları kalıtımının klasik mendeliyen kurallarına uymadığı ve daha çok poligenik bir kalıtım gösterdiği için moleküler bağlantı analizleri sonucunda hastalıktan sorumlu tek bir gen saptanamamaktadır. Yapılan çalışmalarda elde edilen çeşitli aday genler ise daha çok monoamin sentezinde yer alan genler ya da duyu durum bozukluklarına neden olabileceği düşünülen reseptör genleridir (45,46).

Son dönemde majör depresyon ile ilişkisi olduğu saptanmış aday genler; serotonin taşıyıcı gen, glukokortikoid reseptör geni, monoamin oksidaz A geni, glutamaterjik genler, beyin kaynaklı nörotrofik gen (BDNF)'dir. Bu genlerde meydana gelen polimorfizmler ile duyu durum bozuklukları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Son dönemde özellikle BDNF ve serotonin taşıyıcı gen en sıklıkla üzerinde durulan aday genlerdir. Serotonin taşıyıcı genin bir kısa, bir uzun aleli bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda; çocukluk çağında olumsuz bir yaşama sahip kişilerde birde buna ek kısa alel mevcutsa, erişkinlik döneminde daha ağır depresyon ve daha yüksek özkıyım risklerinin olduğu öngörülmektedir (47,48).

Üzerinde durulan diğer bir konuda dopamin nörotransmisyonudur. Özellikle dopamin nörotransmisyonunun başta şizofreni gibi nöropsikiyatrik hastalıklar dahil olmak üzere duyu durum bozuklukları için de geçerli bir mekanizma olduğu bildirilmiştir. DRD₃ (Dopamin D₃ reseptörü); limbik bölgedeki lokalizasyonu ve beyindeki serotonerjik aktiviteyle ilişkisi nedeniyle dopamin reseptörleri arasında duygudurum bozuklukları ile en yakın ilişkili olduğu düşünülen reseptördür. Ayrıca DRD₃ reseptör geninin beyindeki ekspresyonu ile, davranışı, kognisyonu ve duyguları kontrol ettiği düşünülmektedir. Bu genin kodladığı protein aynı zamanda psikotrop ilaçların da hedefi olduğundan hem duyu durum bozukluklarının patofizyolojisinde hem de tedavide etkili olabileceği ön görülmektedir. Ayrıca son dönemde başta dopamin olmak üzere tüm katekolaminleri metabolize eden bir enzim olan katekolamin metil transferaz (COMT) enzimini kodlayan genlerin de duyu durum bozuklukları ile ilişkili aday genler olma olasılıklarının üzerinde durulmaktadır (47,48).

Tüm bu veriler ışığında majör depresyonda genetik etkenlerin önemli olduğu kabul edilirken, geçişin nasıl olduğu hakkında halen tam ve net bilgilere ulaşılamamıştır. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bazı türdeki gen ekspresyonları ile majör depresyon arasında direk bir ilişki elde edilsede, bu duruma uymayan ve direk bir ilişkinin saptanmadığı çalışmalarda mevcuttur. O nedenle majör depresyondaki genetik etki ile ilgili genel olarak kabul edilen görüş; genetik geçişin tam olmayan bir penetrasyonla, poligenetik ve heterojen olduğu hipotezidir (49,50).

2.4.2. Biyokimyasal Nedenler

Genel olarak merkezi sinir sistemindeki bazı biyojenik aminlerde ortaya çıkan anormallikler veya inaktivasyon durumu majör depresyon gelişimi ile ilişkilidir. Özellikle duygu durum bozuklukları ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda; hastaların kan, idrar ve beyin omurilik sıvısı (BOS) örneklerinde biyojenik amin metabolitlerinde anomaliler tespit etmiştir (51,52). Örneğin intihar olgularının beyin örnekleri incelendiğinde, serotoninin metaboliti olan 5-hidroksi-indol-asetik-asit (5-OH-IAA) konsantrasyonunda azalma görülmektedir (52,53). Bu ve bunun gibi örnekler psikiyatrik bozukluklarda biyokimyasal düzeyin değiştiğini göstermektedir. Ancak biyokimyasal düzeyde ortaya çıkan bu değişikliklerin psikiyatrik bozuklukların nedeni mi, yoksa psikiyatrik bozukluk sonucu moleküler düzeyde gerçekleşen değişiklikler mi olduğu halen tartışılmaktadır (51-53).

Özellikle norepinefrin, serotonin ve dopamin majör depresyonu biyolojik temelde açıklamaya yönelik hipotezlerde merkezi rol oynayan nörotransmitterlerdir. Buna göre;

-Norepinefrin (NE): NE yetersizliği teorik olarak; ilgi azalması, konsantrasyon eksikliği, unutkanlık, psikomotor retardasyon, yorgunluk, halsizlik, majör depresyon, şizofreni ve Alzheimer hastalığı ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle majör depresyon hastalarının büyük bir kısmında NE temel yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol (MHPG) düzeylerinin idrarda ve beyin omurilik sıvılarında oldukça azaldığı gözlemlenmiştir (52,53).

Buna ek çalışmalar, özellikle metildopa, propranolol ve reserpin gibi ilaçların kullanımları ile majör depresyon arasındaki ilişkiyi, bu ilaçların NE düzeyini azaltmalarına bağlamaktadır. Ayrıca son dönemde hem klinik hem de deneysel çalışmalar depresyonda NE sentezinde hız kısıtlayıcı bir enzim olan tirozin hidroksilazla ilgili bir bozukluk olabilme ihtimali üzerinde durmaktadır. Ayrıca NE sentezinde fenilalaninin tirozine dönüştürülmesinde temel kofaktör olan Tetrahidrobiopterin (BH₄)'dir. Depresyon hastalarında BH₄ konsantrasyonunun düşük olmasının, depresif atakların görülmesi konusunda diğer etkili bir mekanizma olduğu ifade edilmektedir (52-54).

-Serotonin; Serotoninin; uyku regülasyonu, normal davranış kalıbının sürdürülmesi, majör depresyon ve anksiyete, iştah ve yemenin düzenlenmesi, cinsel istek, nöroendokrin regülasyon, beden ısısı ve kan basıncının düzenlenmesi gibi birçok işlevde çok önemli ve düzenleyici görevleri bulunmaktadır. Majör depresyon oluşumunda en fazla sözü edilen nörotransmitter olan serotoninin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili ortaya çıkan serotonerjik işlev yetersizliği ve özellikle de limbik alanda serotonin azalması, majör depresyonla ilişkilendirilmektedir. Majör depresyon vakalarında BOS'da düşmüş serotonin konsantrasyonları ve trombositlerde serotonin bağlanan bölgelerin yoğunluğunda azalma gözlenmesi bu düşüncüyü desteklemektedir. Bir diğer yandan doğuştan serotonin taşıyıcı gen polimorfizmi olduğu gözlenen bireylerin, ileriki dönemlerde yaşam stresine daha duyarlı ve majör depresyon geçirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır. Ayrıca serotoninin ana yıkım ürünü olan 5-Hidroksi-indol-asetik-asit (5-OH-IAA) düzeylerinin BOS'da düşük bulunması, majör depresyonda serotonerjik etkinlikte bir azalma olabileceğinin kanıtı niteliğindedir (53-56).

Serotonerjik etkiyi azaltan bir diğer durum akut triptofan azlığı ve plazma triptofan/nöral aminoasit oranının azalmasıdır. Bu tür durumlarda tedavide yaygın olarak kullanılan seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'ler) ile depresif atakların azaldığı görülmektedir. Bu nedenle birçok serotonin reseptör alt tiplerinin tanımlanması majör depresyonda daha özgül tedavilerin geliştirilmesini sağlamaktadır (55).

-Dopamin; majör depresyonlu hastaların BOS'larında dopaminin major metaboliti olan homovalinik asit düzeyinde düşüklük saptanmıştır. Buna ek özellikle dopamin taşımının azaldığı durumlarda, dopamin taşımını arttıran ilaçların kullanımının antidepresan etkilerinin olması, majör depresyonda dopaminin önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçların (reserpin gibi) kullanımında ve dopamin konsantrasyonunu azaltan hastalıkların (Parkinson hastalığı gibi) varlığında sıkça majör depresyondan söz edilmektedir (57).

-Diğer nörokimyasal ve nöroendokrinolojik faktörler; yapılan çalışmaların ışığında elde edilen veriler henüz net sonuç çıkarılabilecek noktada olmasa da genel olarak; aminoasit nörotransmitterlerin (özellikle gamma aminobütirik asit-GABA), nöroaktif peptidlerin (özellikle vazopressin ve endojen opiatlar), BDNF, somatostatin, leptin, asetil kolin, tirotropin salgılatıcı hormon ve kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) gibi birçok biyolojik maddenin duygu durum bozukluklarının patofizyolojisinde rol oynadığı öngörülmektedir (56-58).

2.4.3. Psikososyal Nedenler

Duygu durum bozuklukları için önemli risk faktörlerinden biri de psikososyal nedenlerdir ve bu nedenler arasında bireyin kişilik özellikleri, yaşadığı olaylar, aile ve çevresi yer almaktadır. Hastalık öncesi kesin bir kişilik tipi belirlenememesine karşın bağımlı, obsesif kompulsif ve histrionik kişilik özelliği olan kişilerde majör depresyona eğilimin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Genellikle aşırı mesuliyet duygusuna sahip, aşırı titiz, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, güvensiz, olaylar karşısında sürekli kendini suçlayan, sürekli çaresiz hisseden, mükemmelliyetçi ve kuruntulu kişilerin majör depresyon eğilimleri daha yüksektir (59,60). Ayrıca majör depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak yerleşmiş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar mevcuttur. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olmaktadır (60,61).

Majör depresyon bozukluğunun başlangıcı ve seyri aile dinamikleriyle oldukça ilişkilidir. Psikoanalitik görüşe göre majör depresyonda ciddi bir sevgi kaybı söz konusudur. O nedenle MD; boşanmış, ayrılmış veya dul bireylerde daha sık görülmektedir. Erken yaşta kayıp ve ayrılıkların reseptör düzeyinde değişiklikler yaptığı ve ileri yaşlarda depresyona yatkınlık oluşturduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Buna göre çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destek alan bireylerin kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korudukları ve özellikle sosyal destek ağı kalabalık olanlarda psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azaldığı söylenebilmektedir (59,60).

2.5. Majör Depresyonun Etiyolojisinde Beslenmenin Rolü

Majör depresyon yaşam kalitesini ciddi oranda azaltan ve yüksek sağlık harcamalarına sebep olan bir hastalıktır. Örneğin Avustralya'da son 20 yılda majör depresyon nedeniyle 14.9 milyon dolar kadar bir sağlık harcaması yapılmıştır. Özellikle majör depresyonda kullanılan farmakoterapik tedaviler bu harcamaya en büyük katkıyı sağlamaktadır (61). Bu nedenle hastalıkların tümünde olduğu gibi majör depresyonda da önleyici ve alternatif tedavi yöntemleri önem kazanmaktadır (61,62). Beslenme durumunun depresyonun hem etiyolojisinde hem de tedavisindeki yadsınamaz önemi nedeniyle bu konu üzerinde durulan stratejilerin başında gelmesine neden olmuştur (61,62).

Bilindiği üzere; sinir sisteminin oluşumu, gelişimi ve işleyişi beslenme durumu ile yakından ilişkilidir. Sinir sisteminin esas ögesi olan beynin çalışması, onarılması kısaca fonksiyonlarının devamlılığı için yeterli ve dengeli beslenmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin yağ ve protein gibi makro besin öğeleri özellikle miyelin kılıfların yapımı, onarımı ve sinir hücrelerinin metabolizmasında çok önemli role sahiptir. Bir diğer yandan sodyum ve potasyum gibi çeşitli mikro besin öğeleri de sinir hücrelerinin uyarılmasını veya mesaj iletimi yeteneğinin arttırılmasında görev alır (62,63).

Genel olarak MD'li hastalarda görülen en yaygın beslenme yetersizlikleri; antioksidan vitamin ve mineral yetersizliği, B grubu vitaminleri yetersizliği, elzem yağ asitleri yetersizliği ve nörotransmitterlerin öncüsü olan bazı aminoasitlerden yetersizliğidir (63).

2.5.1. Antioksidan Vitamin-Mineraller ve Depresyon

Birçok kronik hastalık ve nörodejeneratif hasarın patogeneğinde rolü olan oksidatif stres; şizofreni, duyu durum bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiper aktivite bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların patogeneğinde de önemli rol oynamaktadır. Özellikle majör depresyonda bazı hormonların salınımının artması (örneğin CRH) bağışıklık sisteminin sürekli etkinleşmesine sebep olarak çeşitli proinflamatuvar sitokinlerin, tümör nekroz faktörlerinin ve C-reaktif proteinin yükselmesine neden olmaktadır. Sitokinlerdeki bu artış ile majör depresyon belirtilerinin şiddeti arasında ilişki bulunmaktadır. Hatta bazı antidepresan ilaç grupları direk sitokinler üzerinde etki göstererek, artan sitokinlerin üretilmesini baskılayarak depresif belirtilerin normale dönmesini sağlamaktadır. Oksidatif stres; reaktif oksijen türlerinin (ROT) oluşumu ile antioksidan savunma mekanizmaları arasındaki dengenin bozulması sonucu ortaya çıkar. Dokuların oksijen kullanımıyla ilişkili oluşan ROT oldukça toksiktir ve lipitler, proteinler, karbonhidratlar ve nükleik asitler ile etkileşir (64,65).

Beyin vücut ağırlığının %2'sini oluşturmasına rağmen toplam oksijen tüketiminin %20'sinden sorumludur. Yani, beyinde birim ağırlık başına düşen oksijen tüketimi fazladır. Ayrıca beyin sınırlı antioksidan kapasite, yüksek enerji gereksinimi, yüksek lipit ve demir içeriğine bağlı olarak oksidatif strese oldukça duyarlıdır. Aynı zamanda oksidatif stresteki artış nekroz ve apoptozis aracılığı ile hücre ölümüne neden olur. Bu hasar 8-hidroksi-2-deoksiguanozin markerı ile DNA yapısı üzerine de etki gösterir. Oksidatif stresin azalması yani ROS'un vücuttan uzaklaştırılması iki mekanizma ile gerçekleşir. Birincisi; ROS'un enzimatik inaktivasyonu; ikincisi ise antioksidan vitamin-mineral ve diğer moleküllerin diyetle eklenmesidir (64,65). Buna göre;

-Çinko; Demirden sonra beyinde konsantrasyonu en yüksek ikinci metal çinkodur. Çinko; spesifik nöronların sinaptik aktarımını modüle eder ve sinaptik kesecikler de nörotransmitter benzeri fonksiyon gösterir. Ayrıca çinko DNA sentezi, hücre membran stabilitesi, enzimatik proteinlerin yapısal ve fonksiyonel düzenlenmesinden de sorumlu antioksidan özellik gösteren bir metaldir. Bu antioksidan özelliği ile vücutta endokrin homeostazı ve birçok immun fonksiyonun düzenlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca çinko; antidepresan benzeri etki gösteren serotonerjik N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerinin fonksiyonlarını düzenler ve beyinde BDNF seviyelerini yükseltir. Bu nedenle çinko seviyelerinde meydana gelecek bir değişiklik uzun dönemde nörolojik ve psikiyatrik etkilere sebep olabilmektedir (66).

Özellikle majör depresyon tanısı almış kişilerde serum çinko düzeylerinin genel popülasyona göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Buna ek serum çinko konsantrasyonu ile majör depresyonun şiddeti arasında negatif bir korelasyon olduğu ya da diyetle çinko alımının artmasıyla kişilerin majör depresyon skorları yaklaşık %50 oranında azalmaktadır. Bu nedenle MD'li bireylerde düşük serum çinko seviyelerinin majör depresyon hastalığının inflamatuvar yanıtın bir göstergesi olduğu ve antidepresan ilaç tedavisini olumsuz yönde etkilediği öngörülmektedir (67).

-Selenyum: Beyin fonksiyonları için oldukça önemli bir antioksidan olan selenyumun spesifik olarak yetersizliği sonucu beyin; kas, böbrek veya karaciğer gibi dokulardan selenyum çekmeye başlar. Bu durum beyin dışında diğer dokularda da selenyum yetersizliği oluşmasına neden olur. Selenyum duygu durumu üzerinde düzenleyici etkiye sahiptir. Yüksek selenyum içeren diyet tüketen MD'li bireylerin depresyon semptomları ve hastanede kalış süreleri azalmakta, duygu durum skorları ise artmaktadır. Selenyumun en büyük özelliği glutatyon peroksidaz gibi güçlü bir antioksidan enzim sistemi yapısına girerek nöronal membranları lipid peroksidasyonundan korumaktadır. Ayrıca tiroid fonksiyonları üzerinde de düzenleyici görevleri bulunur. MD üzerine etkisini bu yollar üzerinden yaptığı öngörülmektedir (68).

-C Vitamini: C vitamini de oksidatif stresten korunmak için gerekli olan kuvvetli bir antioksidandır. Oksidatif stres üzerindeki rolü nedeniyle yeterli C vitamini alımı MD'li hastalarda semptomları azaltmakta ve sağlıklı kişilerde ise depresif skorları düşürmektedir (69).

-E Vitamini: Özellikle lipid peroksidasyonundan membranları koruyucu etkisi sebebiyle E vitamini MD'de oldukça önemli bir diğer antioksidan vitamindir. MD'li hastalarda serum E vitamini düzeyi sağlıklı popülasyona göre daha düşük bulunmuştur (70).

Tüm bu bilgilerin ışığında batı diyetleri yerine akdeniz diyetlerine yönelimin artması ile meyve ve sebze tüketimindeki artış, antioksidan kapasitenin artmasına sebep olacağından, majör depresyon gelişme riskinin azaltılabileceği sonucu öngörülmektedir (69).

2.5.2. B Grubu Vitaminleri ve Depresyon

B grubu vitaminleri ve majör depresyon arasındaki ilişki bu vitaminlerin santral sinir sisteminde monoamin metabolizması üzerine direkt etkileri ile açıklanmaktadır. B grubu vitaminleri metioninden S-adenozilmetionin (SAM) oluşmasında koenzim görevi görmektedir. SAM; DNA, RNA, hücre zarı lipitleri ve nörotransmitterlerde gerçekleşen çeşitli metilasyon reaksiyonlarında metil donorü olarak görev yapmaktadır. Bu durum beyin işlevi için gerekli olan metabolitlerin (fosfotidil kolin, miyelin, melatonin gibi) oluşmasını sağlar (71).

Diğer yandan düşük B grubu vitamin seviyeleri hiperhomosisteinemiye yol açmakta ve bu durum birçok nöropsikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmektedir. Bunun sebebi SAM'lar, S-adenozil homosisteine (SAH), o da homosisteine dönüşmektedir. Bu dönüşüm çift yönlüdür. Yetersiz B grubu vitamini alımı metilleşemeyen homosistein birikmesine neden olur. Bu durum da majör depresyon oluşumuna katkı sağlamaktadır (72). Buna göre;

-Folat ve B₁₂ vitamini: Folat ve B₁₂ vitamini merkezi sinir sistemi fonksiyonları başta olmak üzere birçok mekanizmada görev alan vitaminlerdir. Bu iki vitamin tekli karbon sistemlerinin metabolizması, serotonin sentez ve metabolizması, diğer monoamin nörotransmitterler ve katekolaminlerin sentez ve metabolizması gibi birçok önemli görev için elzemdir. Folatın aktif formu 5-metiltetrahidrofolat; direk olarak serebrospinal sıvıda SAM yapısına girerek serotoninin ve dopaminin yer aldığı monoaminlerin döngüsünde görev alır. O nedenle folat ve B₁₂ vitamini ile nöropsikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki oldukça önemlidir (72,73).

MD'li hastaların serum ve kırmızı kan hücrelerinde folat ve vitamin B₁₂ düzeylerinin düşük olduğunu ve folat eksikliğinin; serotonerjik fonksiyonlar üzerindeki etkisi nedeniyle antidepresan yanıtı azalttığı ve bilişsel performansı düşürdüğü gözlemlenmiştir (73).

-Diğer B grubu vitaminleri: Özellikle B₆ ve B₁ vitaminleri ile nöropsikiyatrik hastalıklar arasında ilişki bulunmaktadır. B₆ vitamini homosistein metabolizmasındaki rolü nedeniyle mental bozukluklarla ilişkilendirilirken, B₁ vitamini ise biyoaktif formu olan tiamindifosfat üzerinden glikoz metabolizmasındaki koenzimin görevi görerek özellikle serotonin salınımı ve sinir iletimi ile direk ilişki içerisindedir. Ayrıca B₁ vitamininin yetersizliği mitokondriyal disfonksiyon ve kronik oksidatif stresin artmasına neden olmaktadır (73,74).

2.5.3. Elzem Yağ Asitleri ve Depresyon

Elzem yağ asitlerinden özellikle α -linolenik asit, eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) beyin gelişimi ve fonksiyonları için oldukça önemlidir (75).

Genel olarak elzem yağ asitleri sinaptik hücre membranlarının yapısına katılırlar ve yetersizlikleri durumunda hücre membran yapısının değişmesine neden olmaktadır. Bunların dışında prostoglandinler ve lökotrienlerin yapısına girerek vazodilatör etkileri ile platelet agresyasyonunu inhibe edici, sitokin ve mitojen sentezini engelleyerek inflamasyon oluşumunu azaltıcı, serotonin reseptör duyarlılığını artırıcı ve beynin ihtiyaç duyduğu diğer kimyasalların öncüsü olmaları ile birlikte sinyal iletimi üzerinde de etkileri bulunmaktadır (75).

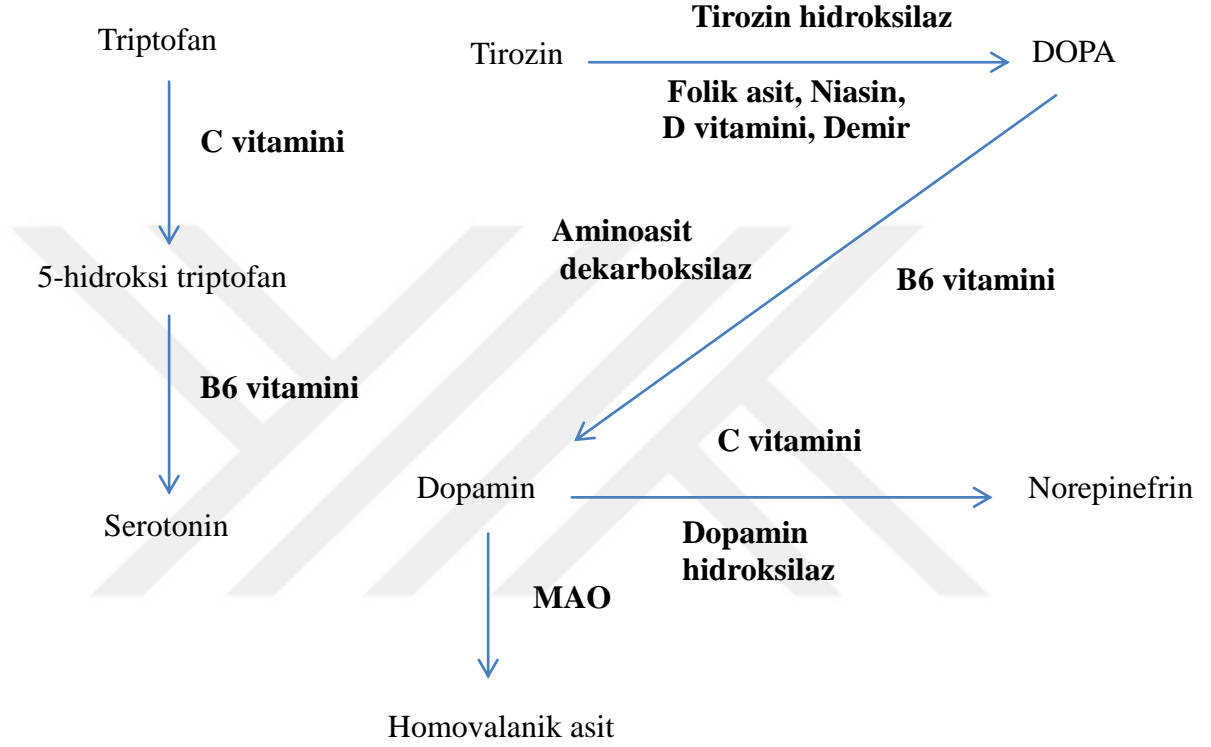
Tüm bunlardan yola çıkarak elzem yağ asitleri ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Genel olarak yapılan çalışmalarda toplumlarda elzem yağ asitleri tüketimi azaldıkça majör depresyon vakalarının arttığı; diyetin özellikle omega-3 yağ asidi açısından yetersiz olması ile depresyon semptomları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve hastaların özellikle yeterli n-3 yağ asidi alımları ile duygu-durum profillerinin olumlu yönde geliştiği, sinir, endişe ve depresyon skorlarında azalmalar olduğu tespit edilmiştir (75-77).

2.5.4. Bazı Aminoasitler ve Depresyon

Beyindeki 5-hidroksitriptamin (5-HT) yani serotonin seviyesinin ruh hali üzerine etkili olduğu ve serotonin seviyesindeki düşüşlerin bazı bireylerde majör depresyon etiyojisine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Serotonin sentezi için gerekli olan triptofan seviyelerindeki düşüşler serotoninin azalmasına sebep olmaktadır. Bu durum tüm bireylerde olmasa da genel olarak duygu durumunda bir dalgalanma ile sonuçlanmaktadır. Bir monoamin olan serotonin seviyesindeki düşüşler aynı zamanda besin alımı ve enerji harcaması mekanizmaları üzerine de etkilidir (78,79).

Mental bozukluklarda; serotoninin yanı sıra dopamin, noradrenalin, GABA, biyolojik yapıların önemi nedeniyle bu maddelerin öncüleri olan triptofan, tirozin, fenilalanin ve metionin gibi diğer elzem aminoasitlerin diyetle yeterli miktarda alınması majör depresyon dahil birçok duygu durum bozukluğunun tedavisinde oldukça önemlidir (78,79).

Özetle; depresyon ve beslenme arasındaki ilişkinin bu kadar önemli olmasının sebebi beslenme ile vücuda alınan makro ve mikro besin öğelerinin doğrudan depresyonun etiyolojisinde rol oynayan biyolojik maddelerin yapısına girmesidir. Şekil 2.1’de bu ilişki özetlenmiştir (62,63).



Şekil 2.1. Serotonin, Dopamin ve Norepinefrinin Nörobiyokimyası

2.6. Majör Depresyonda Görülen Beslenme Sorunları

Majör depresyon gibi duygu durum bozuklukları besin alımı, tat duygusu ve besin seçimi gibi birçok mekanizmayı etkilemektedir (80). Buna göre depresyonda en sık görülen beslenme sorunları aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:

2.6.1. Vücut Ağırlığı Değişimleri

Genel olarak MD'li hastalarda en sık karşılaşılan beslenme sorunu vücut ağırlığı değişimleridir (80). Depresif bireylerde iştah durumu bireyden bireye ve uygulanan farmakolojik tedaviye göre değişiklik göstermektedir. Buna göre bazı bireylerde iştah azalması ve belirgin ağırlık kayıpları gözlemlenir (80,81). Bu durum biyolojik olarak serotonin değerlerinin düşüşüyle ilişkilendirilmektedir. Serotonin düzeyindeki azalma, paraventriküler nukleusun uyarılması ile enerji harcamasında da bir miktar artışa neden olarak vücut ağırlığı ve iştahın azalmasına sebep olmaktadır (79-81)

Diğer yandan MD'li hastalarda daha önce zevk aldıkları yiyeceklerden artık zevk almama ve besinlere karşı ilgisizlik gelişir. Öğün zamanlarının düzensizleşmesi, öğün atlama, besin seçiminin kötüleşmesi ve ağırlığın korunması ile ilgili sorunlar ortaya çıkar. Bunun sonucunda beslenme yetersizlikleri ile toplam enerji alımındaki azalmaya bağlı vücut ağırlığı kayıpları, ciddi halsizlikler ve depresif semptomların artışı gerçekleşmektedir (80,81).

Bu durumun tam tersi bazı hastalarda ise dengesiz besin alımı ve karbonhidrat içeren besinlerin aşırı tüketimine bağlı olarak vücut ağırlığında artış görülmektedir (82). Özellikle MD'li hastalarda görülen yüksek karbonhidratlı yiyeceklerin tüketimi ile insülin salınımı artmaktadır. Anabolik bir hormon olan insülinin antiproteolitik özelliği ile beyine giden triptofan oranının artmasına neden olur ve bunun sonucunda medial hipotalamusta serotonin üretimi arttırmaktadır. MD'li hastaların karbonhidrattan zengin beslenme istekleri bu duruma bağlanmaktadır (80,81). Bir diğer yandan majör depresyonda yüksek karbonhidrat içeren besinlerin tüketiminin, örneğin çikolata gibi, endorfin salgısının artışı ile ilişki olabileceği de düşünülmektedir (82).

Tüm bunlara ek MD'li hastalarda vücut ağırlığı artışından, bu hasta grubundaki fiziksel inaktivite ve uzun süreli ilaç kullanımı da sorumlu tutulmaktadır (81).

2.6.2. Konstipasyon

MD'li hastalarda en sık rastlanan sorunlardan bir diğeri konstipasyondur. Konstipasyonun birçok nedeni olabileceği gibi MD'li hastalarda özellikle beslenme durumlarında gelişen bozukluklar ve fiziksel inaktiviteye bağlı olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan bu hastaların kullandıkları antidepresan ilaçların yan etkileri ve antikolinergik etkileri MD'li hastalarda gelişen konstipasyonun nedeni olarak gösterilmektedir (83).

2.6.3. Dehidratasyon

Besin ve sıvı alımındaki azalma, susuzluk hissinin kaybına bağlı olarak MD'li bireylerde dehidratasyon sorunlarına neden olmaktadır. MD'li bireylerin farkında olmadan sıvı alımlarını azalttıkları görülmektedir. Ayrıca MD'li bireylerde gelişen dehidratasyonun en büyük nedeni, bu bireylerin daha çok besin alımlarının izlenmesi, ancak sıvı alımlarının takibinin pek yapılmamasıdır. Oysaki dehidratasyon; konstipasyon ve sekonder üriner sistem enfeksiyonlarına yol açabileceğinden üzerinde durulması gereken önemli bir sağlık sorunudur (84).

2.6.4. Serum Vitamin Düzeyleri

Majör depresyon hastalarında besin yetersizlikleri veya sağlıksız besin seçimleri nedeniyle başta serum riboflavin, pridoksin, folik asit olmak üzere birçok vitamin ve mineral yetersizliği gözlemlenmiştir (85).

2.6.5. Yeme Bozuklukları

Özellikle ergenlik döneminde gelişen majör depresyona anoreksiya nervosa başta olmak üzere çeşitli yeme bozuklukları eşlik etmektedir. Hastalarda sıkça görülen suçluluk duygusu ve kendini cezalandırma istekleri sebebiyle kendini aç bırakmaya eğilim artmaktadır. Bunun tam tersi bazı MD'li hastalarda hastalığın ağırlaştığı dönemde çeşitli bulimik ataklar da gözlemlenmektedir (86).

Vücut ağırlığında sıkça değişim yaşanması bu hasta grubunda yeme bozukluklarının görülme oranının artmasına sebep olmaktadır (86).

2.6.6.Aşırı Besin İsteği

Aşırı Besin İsteği (Food Craving) son yıllarda gündemde olan ve hakkındaki literatür giderek artan bir kavramdır. Genel olarak Yeme Bağımlılığı (Food Addiction) kavramı ile de tanımlanabilen bu durum, yapılan laboratuvar, epidemiyolojik, klinik ve genetik araştırmaların sonuçları ile klinik geçerliliğini kısmen gösterse de nörobiyolojik araştırmalarda aynı madde bağımlılığında olduğu gibi bir ödül sistemine dayandığı ifade edilmektedir (87,88).

Yeme Bağımlılığı kavramı için bazı otoriteler; hayatta kalmak için herkesin beslenmek zorunda olduğunu ve besin maddelerinin bağımlılık yapıcı etkileri olan maddeler olarak tanımlanmasının pek de uygun olmadığını belirtmişlerdir. Yiyecek, cinsellik, bakım verme gibi işlevlerin doğal ödüller olarak bilindiğini ve patolojik olan kumar, alkol ve madde bağımlılıklarından farklı bir yerde değerlendirilmesinin uygun olduğunu ileri sürmüşlerdir (89).

Genel olarak yapılan çalışmalarda her yiyecek maddesinin vücutta aşırı istek uyandırmadığını, özellikle tuzlu, yağlı, şekerli ve katkı maddeleri içeren besinlerin bu etkilerinin daha belirgin olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle klinik araştırmalar özellikle çikolata, şeker ve benzeri gibi karbonhidrattan zengin yiyeceklere aşırı isteğin gelişmesi üzerine odaklanmıştır (87,88). Bu tür besinlerin doğrudan ölçülebilir psikoaktif etkilerinin olduğu; tüketim sonrasında öfke, gerilim ve çeşitli depresif semptomların azaldığı gözlemlenmiştir (90).

Merkezi sinir sistemi, enerji metabolizmasını birçok nöral ve hormonal devreler aracılığı ile düzenlemektedir. Yürütülen klinik ve prelinik araştırmalar çoğunlukla beslenmenin merkezi sinir sistemindeki ödül sistemi ile olan ilişkisine odaklanmıştır (91,92).

Beslenmenin hem homeostatik hem de homeostatik olmayan yönü birbiri ile ilişkilidir ve iki sistem arasında birçok nöral devre tanımlanmaktadır. Yeme davranışının homeostatik ve hedonik olmak üzere iki farklı sistem tarafından düzenlendiği öngörülmektedir (91,92). Beslenmenin sadece homeostatik sistemler tarafından kontrol edilmesi halinde herkesin ideal kilosunda olacağını ancak beyin ödül sisteminin lezzet ve haz alma süreci ile olan ilişkisinin bazı besin maddelerinin aşırı tüketilmesi ile sonuçlandığını belirtmiştir (92). Tüketilen besin maddesine göre farklı fizyolojik etkilerin ortaya çıkması, örneğin besin maddesinin niteliği (şekerli ve/veya yağdan zengin), yeme davranışını pekiştirmektedir. Ayrıca bu tür besinlerin tüketimi ile başta dopamin olmak üzere çeşitli biyolojik maddelerin salınımı da yeme davranışı üzerinde etkilidir (92,93).

Beyin görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan klinik araştırmalarda; çoğunlukla lezzetli ve keyif verecek bir yemeği tatmaya hazırlanırken, sıradan bir yiyeceğin tüketiminden farklı olarak orta beyin, ventral striatum ve posterior sağ amigdala artmış dopaminerjik etkinliğin olduğu saptanmıştır. Keyif veren içecek beklentisi ise amigdala ve mediodorsal talamus etkinliğinde artışa neden olmaktadır. Beyin görüntüleme ve klinik deneylerinin yapıldığı bu araştırmaların çoğu; bu durumun dopaminerjik sistem ile bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (93,94). Bu konuda yapılan genetik araştırmalar ağırlıklı olarak ödül sisteminde temel rolü olan dopaminin işlevini düzenleyen birçok gen üzerinde yoğunlaşmıştır. Saptanan birkaç tane gen ve bu genlerde gelişen polimorfizmler aşırı besin isteği ile ilişkili bulunmuştur, ancak bu konudaki çalışmalar halen kesin ve net bir şeyler söylenebilmesi için yeterli düzeyde değildir (93-95).

Tüm bunlara ek yeme davranışının niteliği ve niceliği kişilerde duygusal değişikliklere neden olmaktadır. Bu duygusal değişiklikler aşırı besin isteme, obezite, tıknırcasına yeme davranışı, bulimia nervosa gibi psikopatolojik süreçlerle sonuçlanabilmektedir. O nedenle bu konuyla ilgili bilişsel, psikolojik ve nörobiyolojik süreçlerin daha ayrıntılı değerlendirilebilmesi ve bir davranışın ‘aşırı’ olarak tanımlanıp tanımlanmayacağını netlik kazması gerekmektedir (95).

2.7. Majör Depresyonda Genel Tedavi Yaklaşımı

Son 20 yılda yapılan çalışmalarda duygu durum bozukluklarının seyrinin gittikçe kötüleştiği ve doğru tedavinin önemi vurgulanmaktadır. Şöyle ki; duygu durum bozukluklarında geçirilen tek bir nöbetin tedavi edilme olasılığı daha yüksekken, hastalığın yinelenme özelliği unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda majör depresyon hastalarının %50'sinde hastalığın tekrarlandığı saptanmıştır (96,97).

Her tekrarlanan majör depresyon nöbeti, sonraki nöbetlerin görülme olasılığını arttırmaktadır. Buna göre; tek bir majör depresyon nöbeti geçirenlerin %50-60'ında ikinci nöbet, iki nöbet geçirenlerin %70'inde üçüncü nöbet, üç nöbet geçirenlerin %90'ında dördüncü nöbet gelişmektedir (96,97). Bu kadar yüksek oranlarda tekrar karşılaşılabilecek bir hastalık olan majör depresyon için doğru ve erken tedavi oldukça önemlidir.

Genel olarak depresyonda tedavi aşamasına geçmiş bir hasta için 3 tür tedavi yaklaşımı izlenmektedir. Bunlar; psikoterapi, ilaç tedavisi ve beslenme tedavisidir (7).

2.8. Antidepresan İlaç Tedavisi

Günümüzde majör depresyon tedavisi büyük ölçüde antidepresan ilaçlara dayanmaktadır. Son 50 yılda majör depresyonun sağaltımında etkili çok sayıda ilaç geliştirilmiş olup her geçen gün yeni ilaçlar geliştirilmeye devam edilmektedir (98).

Majör depresyon ilaçları; etki mekanizmaları, ilaç etkileşimleri ve yan etkileri açısından farklılık göstermekle birlikte, etkinlikleri ve etki hızları açısından birbirinden çokta farklı değildir. Dolayısıyla antidepresan ilaç seçiminde yan etki ve ilaç etkileşim özellikleri dikkate alınmalıdır (98).

Antidepresan ilaçların çok çeşitli yan etkileri bulunmaktadır. Bu yan etkilerin birçoğu hastayı rahatsız eden, çok sık görülen ancak çok tehlikeli olmayan yan etkilerdir. Antidepresan ilaç kullanımına bağlı en sık görülen yan etkiler; antikolinergik, nörolojik (çeşitli uyku bozuklukları), kardiyovasküler (hipotansiyon), hematolojik (lökeni), gastrointestinal (konstipasyon ve kusma), endokrinolojik ve metabolik (iştah artışı, vücut ağırlığında artış veya anoreksi) ile dermatolojik (ürtiker) sorunlardır. Antidepresan ilaçların sayılan bu yan etkileri daha çok akut ve başlangıç döneminde ortaya çıkmakta, sonraki dönemlerde azalarak devam ettiği görülmektedir (98,99).

Günümüzde kullanılan antidepresanların neredeyse tümünün etki mekanizması serotonerjik ve/veya katekolomin dizgeleri üzerindedir. Bazı ilaçlar geri alım önleyici, bazıları yıkım engelleyici, bazıları ise reseptör agonisti ya da antagonist etkileri nedeniyle çeşitli gruplara ayrılmaktadır. İlaçların çoğu organizmadaki bu etkilerini G proteinlere bağlanarak oluşturmaktadır. Ancak bazı durumlarda reseptör ve G protein arasındaki hatalı bir bağlanma, hücre içerisinde oluşması gereken sinyalizasyon etkisini azaltmaktadır. Bu nedenle ilaçlar bazı hastalarda yeterli etkinliği gösterememektedir (98,99).

2.8.1. Trisiklik Antidepresanlar (TSA):

TSA'lar (etken maddeler: amitriptilin, imipramin, klomipramin, desipramin, doksepin, opipramol, protriptilin, trimipramin) norepinefrin ve serotonin geri alımını inhibe ederek etki etmektedir. Farklı trisiklik ilaçların bu nöral ileticilerin her birini etkileme dereceleri farklıdır. Ancak antihistaminik, antikolinergik, antiadrenerjik yan etkileri başta olmak üzere, sedasyon, konstipasyon, bulanık görme, kardiyotoksik ve ağız kuruluğu başlıca yan etkileridir (99).

Ayrıca bu ilaç grubunu kullanan hastalarda sıklıkla ciddi iştah artışları ve karbonhidrattan zengin besinleri yeme istekleri neticesinde vücut ağırlığı artışları gözlemlenmektedir (99)

2.8.2. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI):

MAOI'lar (etken madde: fenelzin, tranilspramin, isokarboksazid, moklobemid, selejin) etkilerini MAO enzim inhibisyonu yaparak gösterirler. Bu enzimi geri dönüşsüz (fenelzin, tranilspramin, isokarboksazid) ve geri dönüşlü (moklobemid) olarak etkilemelerine göre iki grup altında toplanırlar.

MAOI'ları kullanan hasta grubunda tehlike yaratan yan etkilerinin bulunması ve diğer ilaçlarla birlikte kullanımı ile ilgili kontraendikasyonları nedeniyle hastaların özel bir diyet uygulanması ve sık takiplerinin yapılması gerekmektedir. Kullanılan ajan türüne göre değişiklik gösterse de genel olarak MAOI tedavisinde hastalarda vücut ağırlığı artışı gözlemlenmektedir. Örneğin en sık vücut ağırlığının artışı tranilspramin kullanımında olurken fenelzin kullanımında bu artışın daha az olduğu görülmektedir. Buna ek MAOI tedavisi, insülin aktivitesindeki artışa bağlı ciddi hipoglisemilere de neden olmaktadır (99,100).

2.8.3. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

SSRI'lar (etken madde: sertralin, essitalopram, sitalopram, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin) serotonin taşıyıcısının inhibisyonu ile serotonin geri alımının seçici ve güçlü inhibisyonunu yaparak etki etmektedirler. Serotonin tüm beyin alanlarını eşit şekilde etkilemediği için, depresyonun tüm semptomlarına da eşit şekilde etki göstermemektedir (99,101).

Genel olarak huzursuzluk, cinsel fonksiyon bozuklukları, bulantı, motor hareketlerde değişim, uykusuzluk, sinirlilik, diyare, baş ağrısı gibi yan etkileri vardır. Bu grup ilaçların daha çok anoreksi etkisi bulunmaktadır. Genellikle yan etkileri tolere edilebilir düzeyde olduğundan kullanımları daha fazladır (99,101).

2.8.4. Serotonin Norepinefrin Gerialım İnhibitörü (SNRI)

SNRI'lar (etken madde: venlafaksin, duloksetin, milnasipram) hem serotonin hem de norepinefrinin geri alımını bloke eden antidepresanlardır. SNRI'lar klinikte en sık reçete edilen kullanımı giderek artan antidepresan ilaçlardır.

SNRI'lar; SSRI'ların güçlü inhibisyon özellikleri ile norepinefrin taşıyıcısının belli derecelerde inhibisyonunun birleştirilmiş halidir. Ayrıca bu ajanların gelişimi birinci jenerasyon trisiklik antidepresanların antikolinergik, antihistaminik ve antiadrenergik gibi yan etkilerinin önlenmesini sağlamıştır (99,101).

2.8.5. Diğer Antidepresanlar

Noradrenergik ve dopamin gerialım inhibitörleri (NDRI-etken madde: bupropion), seçici noradrenergik gerialım inhibitörleri (SNDRI-etken madde: reboksetin), noradrenergik ve seçici serotonergik gerialım önleyicileri (etken madde: mirtazapin, mianserin) olmak üzere çoğu yeni nesil antidepresanlar olarak adlandırılan bu tür ilaçlar genel olarak serotonin, noradrenalin ve dopamin üzerinden etki etmektedir (99).

Birinci jenerasyon antidepresanların; antikolinergik, antihistaminik ve antiadrenergik yan etkileri başta olmak üzere yeni nesil bu ajanların daha az yan etkisi olduğu görülmektedir. Ancak bu grup ilaçlarında kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalar vardır (99).

Özellikle seçici serotonergik gerialım inhibitörleri, sitokrom P-450 enzim sisteminde inhibisyona neden olduğundan, aynı sistemle metabolize olan diğer ilaçların kan düzeyini ve yan etkilerini arttırmaktadır (99).

2.9. Majör Depresyonda Beslenme Tedavisi

Majör depresyon tedavisinde psikoterapi ve ilaç tedavisinin yanı sıra bu tedavileri destekleyen, kişiye özgü beslenme tedavisinin de uygulanması önem taşımaktadır. Depresif bireylerin klinik tablosunda; iştah değişimleri, yetersiz ve dengesiz beslenme, belli besin gruplarının tüketiminde artış ve buna bağlı vücut ağırlığı değişimleri, konstipasyon, dehidratasyon, serum vitamin düzeylerinde değişiklikler sıkça görülmektedir. Ayrıca kullanılan antidepresan ilaçların ağırlık kontrolü üzerinde olan etkileri de göz ardı edilmemelidir (7,102).

Tüm bu nedenlerden dolayı depresyonda beslenme tedavisi multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde, bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak, bireye özgü beslenme desteğinin sağlanması ile gerçekleşir. Beslenme desteği planlanırken sadece hastanın ağırlık kontrolü ve besin gereksinmesi değil içinde bulunduğu duygu durumu ve kullandığı ilaçlarında dikkate alınması gerekir. Çünkü bu hasta grubunun içinde bulunduğu duygu durumları ve bireydeki davranış bozuklukları pek çok güçlük yaratabilmektedir (7,102).

MD'li hastaların beslenme tedavileri ile ilgili herhangi bir protokol bulunmamaktadır. Ancak çalışmaların sonuçlarına göre uygun bir beslenme programı şu başlıklar altında incelenebilir:

2.9.1. Enerji ve Makro Besin Öğleri

MD'li hastaların beslenme alışkanlıklarının belirlenebilmesi ve olumsuzlukların saptanabilmesi için detaylı bir beslenme anamnezi alınması gerekmektedir. Buna göre öncelikle diyetin enerjisi optimum vücut ağırlığı sağlanacak şekilde düzenlenmelidir. Vücut ağırlığı artışı gözlenen hastaların beslenme tedavisinde ilk hedef; özellikle sağlıklı, yüksek karbonhidrat ve yağ içeren besinlerin alımının azaltılması olmalıdır (7,102).

Bu duruma ters vücut ağırlığı kaybı görülen depresif bireylerde ise besin alımı dengelenmeli, yeterli enerji ve sağlıklı besinlerin tüketilmesi artırılmalı, özellikle diyetle iştah arttırıcı besinler seçilerek vücut ağırlığı kazanımı sağlanmalıdır (7,102).

Genel olarak depresif bireylerde yapılan çalışmalar daha çok karbonhidrattan zengin bir diyet tükettiklerini göstermektedir. Özellikle bu hasta grubunun karbonhidrat alımlarının daha fazla olmasının ana nedeni basit şeker içeren besin maddelerini oldukça fazla tüketmeleridir. Karbonhidrat alımının artmasının altında yatan neden ise depresyonun karakteristik bulgusu olan “karbonhidrat tüketme isteğinin artması” duygusundan kaynaklanmaktadır (103). Bu hastaların diyetlerindeki basit karbonhidratın azaltılması ve daha sağlıklı karbonhidrat kaynaklarının diyetle eklenmesi gerekmektedir.

Özellikle psikiyatrik hastalıkların tümünde olduğu gibi majör depresyonda da diyetle alınan toplam yağın örüntüsü ve elzem yağ asitlerinin dağılımı oldukça önem taşımaktadır. Genel olarak n-3 yağ asitlerinin yetersiz alımı, depresif semptomlar ve kognitif gerilemeyle ilişkilidir. O nedenle MD’li hastaların diyetleri planlanırken n-3 yağ asiti içeriği ve n-6/n-3 oranının uygunluğu oldukça önem taşımaktadır (77).

Diğer yandan majör depresyonun etiyolojisinde serotonin, dopamin, noradrenalin ve GABA gibi nörotransmitterlerin eksikliği etkin rol oynamaktadır. Bu nörotransmitterlerin öncü maddeleri bazı elzem aminoasitler (triptofan, tirozin, fenilalanin ve metionin) olduğundan diyetin protein içeriğide oldukça önem taşımaktadır. Bu sebeple de MD’li hastaların diyetlerine kaliteli protein kaynaklarının eklenmesi beslenme tedavisinin etkinliği açısından çok önemlidir (79).

Düşük gelir, kötü yaşam koşulları veya alkolizm gibi altta yatan nedenlerin olduğu hastalarda ise yetersiz ve dengesiz besin alımlarına bağlı sağlık sorunları oluşmaktadır.

MD'li hastaların varolan koşullarına uygun yeterli ve dengeli enerji ve besin ögesi alımının sağlanması majör depresyon semptomlarının düzelmesinde oldukça önemlidir (7,102).

Depresif bireylerde sıkça görülen vücut ağırlığı artışının nedenlerinden biri de fizisel aktivite düzeylerinin azalmasıdır. Egzersiz sırasında bireyde nörotrofik destek ile nörojenezis artmakta ve bu durum strese karşı organizmada bir bariyer oluşturarak antidepresan bir etki göstermektedir (103). O nedenle MD'li bireylerin fiziksel aktiviteye yönelmeleri ve bu konuda destek almaları oldukça önemlidir.

2.9.2. Yeterli Sıvı Alımı

MD'li hastalarda sıkça görülen sorunlardan bir diğeri de dehidratasyondur. Özellikle besin ve sıvı alımı reddi görülen hastalarda sıkça dehidratasyon görülmektedir. Bu nedenle hastaların sıvı alımlarının takibi yapılmalı ve yetersizlik söz konusu ise diyetlerinde gereken düzenlemeler ile yeterli sıvı alımları sağlanmalıdır (84).

2.9.3. Posa Alımı

Konstipasyon depresif bireylerde sıkça görülen önemli bir fizyolojik sorundur. MD'li hastalarda görülen konstipasyonun birçok nedeni olabilmektedir. Özellikle bu hasta grubunda sıkça görülen yetersiz ve dengesiz beslenme başta olmak üzere dehidratasyon ve kullanılan antidepresan ilaçların yan etkileri konstipasyona neden olmaktadır. O nedenle majör depresyon hastalarının beslenme programları oluşturulurken posa alımının artırılması gerekmektedir (85).

2.9.4. Vitamin ve Mineral Alımı

Depresif bireylerde besin alımındaki dengesizlikler nedeni ile vitamin, mineral ve iz element yetersizlikleri görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda folat, B₁₂ vitamini, demir, çinko ve selenyum yetersizliklerinin depresyonlu bireylerde sağlıklı bireylere göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Vitamin mineral yetersizliklerinin düzeltilmesi için hastaların beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, meyve sebze tüketimlerinin artırılması ve daha sağlıklı besin seçimleri yapmaları sağlanmalıdır. Bu hasta grubunun vitamin ve mineral düzeyleri hakkında bilgi edinebilmek için sık klinik takip şarttır (85,105). Vitamin ve mineral düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle suplemantasyon üzerine yoğunlaşmıştır ancak suplemantasyonlarla ilgili net doz ve süre hakkında kesin yargılar bulunmamaktadır (85,105).

2.10. Majör Depresyonda Özel Diyetler

MAOI türevi ilaç kullanan bireylerde özel bir beslenme programı uygulanması gerekmektedir. Bu hastalarda monoamin oksidaz enzim aktivitesi baskılanmakta ve bunun sonucunda serotonin ile norepinefrin düzeyleri ve basit feniletıl aminlerin (tramin ve dopamin) serum düzeyleri artış göstermektedir. Özellikle serumda seviyesi artan Tiramin anormal beyin fonksiyonları, artan kan basıncı, migren, ödem gibi birçok sağlık sorununa yol açmaktadır Tüm bunlar nedeniyle MAOI tedavisi alan hastalara tiraminden fakir diyet programı uygulanması gerekmektedir (106).

Genel olarak tiramin fermente edilmiş ürünlerde yüksek miktarda bulunur. Buna göre tiraminden zengin besinler Tablo 2.5’de verilmiştir (106).

Tablo.2.5. Tiraminden Zengin Besinler

Peynir çeşitleri (öz. eskimiş peynirler)	Bakla
Çikolata	Alkol çeşitleri (şarap ve bazı biralar)
Maya ekstraları	Tütsülenmiş veya salamura balık
Nitrit içeren besinler	Kafein (kahve, kola, enerji içecekleri)
Yoğurt	Olgun muz
Soya ürünleri	Tavuk karaciğeri
Aspartam içeren yiyecek ve içecekler	Lahana turşusu

MAOI diyetleri ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olmasına karşın genel olarak tiraminin 100 mg/kg ve üzerindeki değerlerde migren atakları ve ödeme neden olduğu; 100-800 mg/kg arası değerler de ise toksikasyonun başladığı eşik değeri olduğu kabul edilmektedir. Bu diyetlerin oldukça kısıtlı olması uygulamada ve yaşam tarzına uyarlamada hastalar açısından güçül yaratmaktadır. O nedenle MAOI diyetlerinin dikkatli bir şekilde düzenlenmesi, pratik ve güvenilir hale getirilmesi gerekmektedir (106).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma; Ocak 2015-Mart 2015 tarihleri arasında 3 psikiyatri merkezinde majör depresyon tanısı almış hastalardan gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, yaşları 20-64 yıl arasında olan toplam 203 hasta üzerinde yürütülmüştür. Bireylerden çalışmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onay formu alınmıştır (Ek 1). Bu çalışma için Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14/126 sayılı ve 17/12/2014 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır (Ek 2).

3.2. Araştırma Genel Planı, Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.2.1. Araştırma Planı

Çalışmada öncelikle geçerlik ve güvenilirliği yapılacak olan Aşırı Besin İsteği Ölçeği Türkçe'ye çevrilmiş ve daha sonra küçük bir gruba uygulanarak ön çalışması yapılmıştır. Yapılan bu ön çalışmada ölçeğin dilinde ve anlaşılmasında bir zorluk olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmanın yapılacağı psikiyatri merkezlerindeki majör depresyon hastalarına "yüz yüze görüşme yöntemi" ile anket formu uygulanarak hastaya ve hastalığına ait genel bilgiler, hastanın beslenme durumu, ve alışkanlıklarına yönelik sorularla birlikte Aşırı Besin İsteği Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler neticesinde hem majör depresyon hastalarının mevcut beslenme durumları hemde Aşırı Besin İsteği Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.2.2. Kişisel özellikler

Bireylerin kişisel özelliklerini saptamak için 43 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır (Ek 3).

Anket formu bireylerin; demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu v.b.), antropometrik ölçümlerini (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi v.b.), vücut kompozisyonlarını (vücut yağ kütlesi, yağsız doku kütlesi, vücut suyu), hastalığa ilişkin bilgilerini (depresyon süresi, kullanılan ilaçlar, eşlik eden hastalıklar v.b.), alkol ve sigara kullanım durumlarını, beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgilerini (ana ve ara öğün tüketimi, öğün atlama, diyet tedavisi uygulama, bazı besinlere duyulan aşırı istek v.b.) içermektedir. Anket formu araştırmacı tarafından bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

3.2.3. Besin tüketiminin saptanması

Bireylerin beslenme alışkanlıklarını ve beslenme durumunu saptamak amacıyla besin tüketim sıklık formu kullanılmıştır (Ek 5).

Günlük diyetle alınan enerji ve besin öğeleri, Türkiye için geliştirilen "Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)" kullanılarak analiz edilmiştir. Bu program aracılığıyla hesaplanan besin öğeleri değerleri cinsiyete ve yaşa göre önerilen "Diyetle Referans Alım Düzeyi" (Dietary Reference Intake=DRI) önerilerine göre değerlendirilmiştir (107). Referans değerlerin $\leq 67\%$ 'sini karşılayanlar yetersiz, $67\%-133\%$ arasını karşılayanlar yeterli, $\geq 133\%$ 'ünü karşılayanlar ise aşırı alım şeklinde değerlendirilmiştir (108).

3.2.4. Antropometrik ölçümler ve vücut bileşiminin analizi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin boy uzunlukları, vücut ağırlıkları, bel ve kalça çevreleri ölçülerek anket formuna kaydedilmiştir. Hastaların vücut ağırlıkları ± 0.1 kg hassasiyetindeki elektronik tartı ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü ise, boy ölçer baskülün uzunluk ölçme aleti ile yapılmıştır. Birey hazır ol durumda, başın üst kısmının en yüksek noktasına boy ölçerin sürgüsü getirilerek ölçüm alınmıştır(110).

Bireylerin boy uzunluğu ölçümleri alınırken, ayaklarının birleşik olmasına ve frankfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olmalarına dikkat edilmiştir (110).

Bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna dayalı olarak beden kütle indeksleri $BKİ = [\text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (m)}^2]$ olarak hesaplanmıştır. Bireylerin BKİ sonuçları Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü değerlerine ilişkin bulgular Tablo 3.1’de belirtilmiştir (109).

Tablo 3.1. BKİ’ye göre değerlendirme

Sınıflandırma	BKİ(kg/m ²)
	Kesişim Noktası
Zayıflık	<18.50
Ağır düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Hafif Şişman	≥25.00
Hafif şişmanlık	25.00 - 29.99
Obez	≥30.00
I. derece obez	30.00 - 34.99
II. derece obez	35.00 - 39.99
III. derece obez	≥40.00

Bireylerin bel çevresi ölçümleri en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası orta noktadan geçen çevre mezür ile ölçülmüştür. Bel çevresi ölçümleri Dünya Sağlık Örgütünün sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Buna göre kadınlarda ≥80 cm; erkeklerde ise ≥94 cm ve üzeri sağlık açısından risk oluşturmaktadır (109).

Kalça çevresi ölçümleri ise kalça hizasında en yüksek noktadan çevre ölçümü ile yapılmıştır. Buna göre çalışmaya katılan bireylerin Bel/Kalça oranları; Bel/Kalça oranı: [Bel çevresi (cm) / Kalça çevresi (cm)] olarak hesaplanmıştır. Bireylerin Bel/Kalça oranları WHO sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (109).

Buna göre Dünya Sağlık Örgütü değerlerine ilişkin bulgular Tablo 3.2’de belirtilmiştir (109).

Tablo 3.2. Bel/Kalça oranına göre değerlendirme

Cinsiyet	Bel/Kalça oranı
Erkek	<0.90
Kadın	<0.85

Bireylerin vücut bileşimleri (vücut yağ kütlesi, yağsız doku kütlesi ve vücut suyu) Biyoelektrik İmpedans Analiz [Tanita Mc 980] cihazı ile ölçülerek anket formuna kaydedilmiştir. Antropometrik ölçümler ve vücut analizleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.2.5. Fiziksel aktivite kaydı

Araştırma kapsamında hastaların fiziksel aktiviteleri ile ilgili bilgiler Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) kullanılarak kaydedilmiştir (Ek 6).

IPAQ, Dr. Micheál Booth (Sidney-Avustralya) tarafından 1996 yılında, toplumun sağlık ve fiziksel aktivite düzeylerini ve bunların arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tasarlanmıştır. Bunu takiben Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Grubu bu ankete dayanarak IPAQ’i geliştirmişlerdir. IPAQ, yetişkinlerin fiziksel aktivite ve sedanter hayat biçimlerini tespit etmek için kısa ve uzun form şeklinde tasarlanmıştır.

1998-1999 yılları arasında, 6 kıtada bulunan toplam 12 ülke ve 14 araştırma merkezinde IPAQ test-retest yöntemiyle geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar neticesinde IPAQ'nın fiziksel aktiviteyi belirlemek için geçerli ve güvenilir bir yöntem olduğu açıklanmıştır (111). Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Öztürk tarafından yapılmıştır (112).

IPAQ; 4 ayrı bölüm ve toplam 7 sorudan oluşmaktadır. Anket son 7 gün içerisinde en az 10 dakika ve üzeri yapılan fiziksel aktivite ile ilgili sorular içermektedir. Buna göre IPAQ'da ilk üç bölümde; son 7 gün içerisinde kaç gün ve her bir gün için ne kadar süre ile ağır fiziksel aktivite (AFA), orta yoğunlukta fiziksel aktivite (OFA) ve yürüyüş (Y) yapıldığı sorgulanmaktadır. Son bölümde ise günlük olarak hareket etmeden (oturarak, yatarak v.b.) harcanan zaman belirlenmektedir. Fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için ise MET yöntemi kullanılmaktadır. İstirahat halindeyken her kişi kilogram başına bir dakikada içerisinde 3.5 mL oksijen tüketmektedir [1 MET=3.5 mL/kg/dk]. Buna göre Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi'nde bir kişi AFA için 8.0 MET, OFA için 4.0 MET, Y için ise 3.3 MET harcadığı kabul edilmektedir.

Her bir kişinin haftada kaç gün ve ne kadar süre ile AFA, OFA ve Y yaptığı tespit edilerek bu üç farklı fiziksel aktiviteden harcanan toplam MET değeri hesaplanır. Buna göre hesaplanan MET değeri ile fiziksel aktivite düzeyleri 3 kategoride incelenir. Bu kategoriler:

I kategori: İnaktif olanlar: <600 MET- dk/hf

II kategori: Minimum aktif olanlar: 600< - <3000 MET- dk/hf

III kategori: Çok aktif olanlar: >3000 MET- dk/hf

3.2.6. Görsel analog skalası

Görsel Analog Skalası (Visual analogue scale-VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır.

10 cm'lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Bu hat düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş de olabilir. VAS'ın kullanılması bireylere çok iyi anlatılmalıdır. Ancak VAS'ın doğruluğunu kanıtlamanın mümkün olmadığı belirtilmektedir (113).

Geçerlik: Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Değerlendirme: Kişiler için elde edilen değerlerin ortalaması alınır.

Sonuç ve Yorum: Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir (Ek 4).

Bu çalışmada majör depresyon hastalarından mevcut duygu durumlarını VAS ile değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca çalışma kapsamında hastalara bazı yiyeceklere ne kadar yeme isteği duydukları hakkında bilgi alabilmek için, bu besin yiyecek çeşitlerini VAS ile puanlamaları istenmiştir.

3.2.7. Aşırı besin isteği anket formu

Aşırı besin isteği; fizyolojik veya psikolojik durumun etkisiyle besin alımının arttırılması olarak tanımlanmaktadır. Literatürde yaygın olarak aşırı besin isteği duygu durum bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (114).

Buradan yola çıkarak Cepeda-Benito ve arkadaşları (115), aşırı besin isteğinin objektif olarak ölçülebilmesi amacıyla İngiltere'de 2000 yılında Food Cravings Questionnaires (FCQ) ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek; davranışsal, bilişsel ve psikolojik durumların yeme davranışı üzerindeki etkilerinden yola çıkılarak oluşturulmuştur.

Bu konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada kullanılan çeşitli psikometrik verilerin ışığında; çeşitli duygu durumları örneğin 'aşırı stresli olma' ya da çeşitli fizyolojik durumlar örneğin 'kendini uzun süre aç bırakma' gibi aşırı besin isteğine sebep olan durumlarda ölçek içerisinde değerlendirilmiştir (116,117).

Araştırmacılar, aşırı besin isteğini tanımlamak ve ölçebilmek için geliştirilen 9 faktör ve 39 maddeden oluşan ölçeğe 'FCQ-Trait' adını vermiştir. FCQ-Trait 6'lı Likert skalası ile değerlendirilmektedir (6 puan: Her zaman, 5 puan: Çoğunlukla, 4 puan: Sık Sık, 3 puan: Ara Sıra, 2 puan: Nadiren, 1 puan: Hiçbir zaman). Buna göre bireyin ölçekten aldığı puanın artışı, aşırı besin isteğinin geliştiği anlamına gelmektedir. Aynı zamanda araştırmacılar daha kısa ve uygulama açısından daha kolay olan FCQ-State ölçeğini geliştirmiştir. Her iki ölçekte uygulama alanı ve elde edilebilecek sonuçlar açısından benzerlik göstermektedir (116,117).

FCQ-State; FCQ-Trait ölçeği içerisinde seçilen 5 faktör ve 15 maddeden oluşan ve 5'li Likert skalası ile değerlendirilen bir ölçektir (5 puan: Kesinlikle Katılıyorum, 4 puan: Katılıyorum, 3 puan: Kararsızım, 2 puan: Katılmıyorum, 1 puan: Kesinlikle Katılmıyorum). İngiltere'de her iki envanterin tüm geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Sonrasında çeşitli validasyon çalışmaları ile ölçek İspanyolca, Almanca, Korece ve İtalyanca'ya çevrilmiş ve bu ülkelerde de kullanılmaya başlanmıştır (113-115).

Bu çalışmada; daha kapsamlı veriler elde edilebileceği için aşırı besin isteği, FCQ-Trait formu kullanılarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması olmadığı için öncelikle ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış, daha sonra majör depresyon hastaları üzerinde uygulanmıştır.

3.2.7.1.Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizi

İlk olarak ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması amacıyla; 39 maddeden oluşan Aşırı Besin İsteği Ölçeği; Başkent Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Amerikan Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden bir öğretim üyesi ile Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden iki öğretim üyesi olmak üzere toplam üç uzman tarafından, yaklaşık 2 haftalık bir süre içerisinde önce İngilizce'den Türkçe'ye daha sonra Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir.

Bu üç ayrı çeviri birlikte değerlendirilerek aralarındaki tutarlılık karşılaştırılmış ve üzerinde tartışılarak anlam ve dilbilgisi açısından gerekli düzeltmeler yapılmış ve sonuç olarak üzerinde uzlaşılan bir Türkçe ölçek oluşturulmuştur. Daha sonra oluşturulan bu ölçek; Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde görev yapan 10 öğretim elemanının görüşlerine sunulmuştur. Elde edilen geri dönüşler sonrasında ölçekte anlaşılmayan herhangi bir ifade ve madde olmadığı ancak birkaç yazım hatası olduğu saptanmış ve gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğin son şekli oluşturulmuştur.

Araştırma kapsamında Aşırı Besin İsteği Ölçeğinin uygulanacak olan grupta anlaşılmasında bir zorluk olup olmadığını saptanması ve ortalama uygulama süresinin belirlenmesi amacıyla majör depresyon tanısı almış 10 kişilik bir gruba ön uygulama yapılmıştır. Yapılan bu ön uygulama çalışması ile anket ve ölçeğin cevaplandırılmasının ortalama 15-20 dakika sürdüğü ve anlaşılmasında hiçbir sorun olmadığı tespit edilmiştir. Ön uygulama dahilinde yapılan bu çalışmada elde edilen veriler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesinin ön koşulu olan örneklem sayısı ve korelasyon yeterliliği analiz edilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ile örneklem büyüklüğünün yeterliliği, Bartlett Küresellik Testi ile de faktör analizinin uygulanabilmesi için maddeler arasında yeterli korelasyonun olup olmadığı incelenmiştir.

Türkçe'ye uyarlanan ABİS ölçeğinin orijinal ölçeğe olan uyumu Doğrulayıcı Faktör Analizi ile değerlendirilmiştir. Uyum göstergeleri olan ki-kare (χ^2) İyi Uyum İndeksi, Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü ve Tahmini Ortalama Karekök Hatası İndeksileri kullanılmıştır. Ölçeğin 9 faktörüne ilişkin puanlar ile ölçeğin toplam puanları arasındaki korelasyonlar Pearson Korelasyon Katsayısı ile verilmiştir.

Ölçeğin maddeleri arasında iç tutarlılığın (güvenirliliğin) ne düzeyde olduğu, madde toplam korelasyonları ve Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayıları ile incelenmiştir. Son olarak ölçeğinin test-tekrar test güvenirliliğini bulabilmek için ortalama 35 hastaya, hastaların ölçeği unutmaları beklenerek en az 4 hafta sonra aynı ölçek tekrar uygulanmıştır. Böylece hem ölçeğin genel puanının hemde 9 faktörün test-tekrar test güvenirlilik katsayısının belirlenmesi sağlanmış ve bunun için de Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri ve tabloların oluşturulması amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21.0 istatistik yazılım programı kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının teorik modele uyumunu analiz edebilmek için kullanılan Doğrulayıcı Faktör Analizi yöntemi AMOS Version 21 programından yararlanılarak yapılmıştır. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler), ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin (nitel değişkenler) sunumu için ise frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır.

Nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında ilk olarak parametrik test koşullarının (Birey sayısı ve normal dağılıma uygunluğun araştırılması) sağlanıp sağlanmadığı araştırılmıştır. Normal dağılım testlerinden en sık kullanılan Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks testleri kullanılmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişki iki yönlü korelasyon testi (Normal dağılan parametreler için Pearson, normal dağılmayan parametreler için Spearman) ile araştırılmıştır (117).

Yapısal geçerliliğin sınanması açıklayıcı faktör analizi ile, güvenilirliğin (iç tutarlılığın) analizi ise güvenilirlik ve madde analizi (Cronbach α katsayısı) ile yapılmıştır. Teoride var olan faktör boyutlarının geçerliliğini ispatlamak için ise Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi uygulanmıştır. Gereken tüm bu faktör analizlerinin yapılabilmesi için ölçekte yer alan madde sayısının 5-10 katı kadar sayıda kişiye uygulama yapılmıştır (118-120). Uygulama yapıldıktan sonra aynı bireylere 2 hafta sonra ölçeye ait sorular tekrar uygulanmıştır. Bu sınırlar içinde alınan örnekleme bağlı toplanan veriler için Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi olarak $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Genel Özellikleri

Çalışmaya, çeşitli psikiyatri merkezlerinde depresyon tedavisi gören 20-64 yaş arası, 144'ü kadın (%70.9) ve 59'u erkek (%29.1) olmak üzere toplam 203 majör depresyonlu hasta alınmıştır. Hastaların medeni durum, yaşam şekli, eğitim durumu ve çalışma durumu ile ilgili veriler Tablo 4.1.1'de gösterilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması 37.1 ± 11.98 yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların medeni durumları incelendiğinde; %56.1'i evli, %35.0'ı bekar ve %8.9'u dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %23.6'sının yalnız, %1.0'ünün arkadaşıyla ve %75.4'ünün ise ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde, %1.0'ünün okur yazar olmadığı, %3.4'ünün ilkokul mezunu, %5.4'ünün ortaokul mezunu, %34.5'inin lise mezunu, %48.3'ünün üniversite mezunu ve %7.4'ünün yüksek lisans veya doktora mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde ise; %11.8'inin öğrenci, %15.9'unun memur, %16.7'sinin serbest meslek, %10.8'inin emekli, %20.2'sinin ev hanımı, %18.2'sinin işçi ve %6.4'ünün işsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları

Demografik Özellikler	Hastalar (n=203)	
	S	%
Yaş,yıl ($\bar{X}\pm SS$)	37.1±11.98	
Cinsiyet		
Erkek	59	29.1
Kadın	144	70.9
Medeni Durum		
Evli	114	56.1
Bekar	71	35.0
Dul/Boşanmış	18	8.9
Yaşam Şekli		
Yalnız	48	23.6
Arkadaş	2	1.0
Aile (anne/baba/eş/çocuk)	153	75.4
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	2	1.0
İlkokul	7	3.4
Ortaokul	11	5.4
Lise	70	34.5
Üniversite	98	48.3
Yüksek lisans/Doktora	15	7.4
Çalışma Durumu		
Öğrenci	24	11.8
Memur	32	15.9
Serbest meslek	34	16.7
Emekli	22	10.8
Ev hanımı	41	20.2
İşçi	37	18.2
İşsiz	13	6.4

4.2. Hastaların Hastalık Durumları

Araştırma kapsamında, hastaların hastalık durumlarına ilişkin veriler Tablo 4.2.1’de gösterilmiştir.

Hastaların %57.6’sının doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir hastalığı bulunmazken; %0.8’inde kanser, %15.4’ünde kalp damar hastalığı, %19.2’sinde hipertansiyon, %3.8’inde şeker hastalığı, %11.5’inde sindirim sistemi hastalıkları, %1.5’inde böbrek hastalıkları, %8.4’ünde kadın hastalıkları, %1.5’inde eklem ve kemik hastalıkları, %17.1’inde tiroid hastalıkları, %6.2’sinde solunum yolu hastalıkları, %1.5’inde kansızlık, %3.1’inde migren hastalıkları ve %10.0’unda insülin direncinin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.1. Hastaların hastalıklarına ilişkin verilerin dağılımları

Hastalık Durumu	Hastalar (n=203)	
	S	%
Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık		
Var	86	42.4
Yok	117	57.6
Hastalık Türü*		
Kanser	1	0.8
Kalp Damar Hastalıkları	20	15.4
Hipertansiyon	25	19.2
Şeker Hastalığı	5	3.8
Sindirim Sistemi Hastalıkları	15	11.5
Böbrek Hastalıkları	2	1.5
Kadın Hastalıkları	11	8.4
Eklem ve Kemik Hastalıkları	2	1.5
Tiroid Hastalıkları	22	17.1
Solunum Yolu Hastalıkları	8	6.2
Anemi	2	1.5
Migren	4	3.1
İnsülin Direnci	13	10.0

*Yüzdeler çoklu cevaba göre alınmıştır.

4.3. Hastaların Genel Alışkanlıkları

Hastaların mevcut genel alışkanlıklarına ilişkin bulgular Tablo 4.3.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %36’sının sigara kullandığı, %64.0’inin ise sigara kullanmadığı saptanmıştır. Sigara içen hastaların, sigara içme süre ortalamalarının 14.0±9.38 yıl ve günlük içilen sigara sayısının ise ortalama 14.7±7.82 adet olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1.).

Hastaların %33.5’inin alkol tükettiği, %66.5’inin ise alkol tüketmediği saptanmıştır. Alkol tüketen hastaların alkol içme süre ortalamaları 11.7±8.00 yıl, alkol tüketim miktarları ise ortalama 159.5±118.04 ml/gün olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.1.).

Hastaların fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında; %55.1’inin inaktif, %42.4’ünün minimum aktif ve %2.5’inin çok aktif olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.1.).

Tablo 4.3.1. Hastaların genel alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımları

Genel Alışkanlıklar	Hastalar (n=203)	
	S	%
Sigara kullanma durumu		
Evet	73	36.0
Hayır	130	64.0
Alkol tüketim durumu		
Evet	68	33.5
Hayır	135	66.5
Fiziksel aktivite durumu		
İnaktif	112	55.1
Minimum aktif	86	42.4
Çok aktif	5	2.5
	$\bar{X}\pm SS$	
Sigara içme süresi, yıl	14.0±9.38	
Günlük içilen sigara, adet	14.7±7.82	
Alkol içme süresi, yıl	11.7±8.00	
Alkol tüketim miktarı, ml/gün	159.5±118.04	

4.4.Hastaların Majör Depresyon ve İlaç Kullanma Durumları

Çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre majör depresyon hastalıklarına ilişkin bulguları Tablo 4.4.1’de verilmiştir. Buna göre erkek hastaların depresyon süreleri ortalama 13.1 ± 7.78 ay, kadın hastaların 12.5 ± 7.45 ay olarak belirlenmiştir.

Hastaların 1 puandan 10 puana kadar duygu durumlarını puanladıkları VAS sonuçlarına göre; erkek ve kadın hastaların duygu durumu puanlarının medyanı 5 puan, erkek hastaların duygu durum puanlarının 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan; kadın hastaların duygu durum puanlarının 1. çeyrek değeri 4 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.1.).

Çalışmaya katılan erkek hastaların %79.7’si, kadın hastaların %79.2’si antidepresan ilaç kullanmaktadır. Erkek hastaların %42.5’i SSRI, %34.0’ı SNRI, %19.1’i NDRI ve %4.4’ü ise SNDRI türü antidepresan ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.4.1.).

Kadın hastaların ise %42.1’i SSRI, %44.7’si SNRI ve %13.2’si NDRI türü antidepresan ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.4.1.).

Tablo 4.4.1. Hastaların cinsiyete göre majör depresyon durumlarına ilişkin verilerin dağılımları

	Hastalar (n=203)			
	Erkek		Kadın	
	S	%	S	%
Depresyon süresi, ay ($\bar{X}\pm SS$)	13.1±7.78		12.5±7.45	
Duygu durumu (Medyan, Q1*-Q3**)	5, 3-6		5, 4-6	
Antidepresan kullanımı				
Evet	47	79.7	114	79.2
Hayır	12	20.3	30	20.8
İlaç türü				
SSRI	20	42.5	48	42.1
SNRI	16	34.0	51	44.7
NDRI	9	19.1	15	13.2
SNDRI	2	4.4	-	-

*Q₁: 1. çeyrek değer

**Q₃: 3. çeyrek değer

4.5. Hastaların Antropometrik Ölçümleri ve Vücut Kompozisyonları

Hastaların cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümlerinin ve vücut kompozisyonlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Tablo 4.5.1'de gösterilmiştir. Bu tabloya göre; erkek hastaların vücut ağırlıklarının alt ve üst değerleri 67.0-133.0 kg; ortalaması 80.9±13.58 kg olarak saptanmıştır. Erkek hastaların boy uzunluklarının ortalaması ise 174.5±7.31 cm olarak belirlenmiştir. Kadın hastaların vücut ağırlıklarının alt ve üst değerleri 42.8-113.0 kg; ortalaması 70.6±14.8 kg olarak belirlenmiştir. Kadın hastaların boy uzunluklarının ortalaması ise 162.8±6.02 cm olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların tümünün vücut ağırlıklarının ortalaması ise 73.6±5.31 kg'dır (Tablo 4.5.1.).

Çalışmaya katılan erkek hastaların BKI alt ve üst değerleri 19.9-38.4 kg/m², ortalaması 26.5±4.12 kg/m² iken; kadın hastaların BKI alt ve üst değerleri 16.5-47.3 kg/m², ortalaması 26.8±5.73 kg/m² dir. Çalışmaya katılan hastaların tümünün BKI ortalaması 26.7±5.31 kg/m² dir (Tablo 4.5.1.).

Erkek hastaların bel/kalça oranlarının alt ve üst değerleri 0.74-1.06 cm, ortalaması 0.88±0.07 cm; kadın hastaların bel/kalça oranlarının alt ve üst değerleri 0.65-1.20 cm ve ortalaması 0.87±0.08 cm'dir. Hastaların tümünün bel/kalça oranlarının ortalaması 0.86±0.08cm'dir (Tablo 4.5.1.).

Çalışmaya katılan hastaların vücut kompozisyonları incelendiğinde erkek hastaların vücut yağ oranı ortalama %29.4±8.82, yağ dokusu ortalama 26.8±8.94 kg, yağsız doku kütlesi ortalama 53.6±9.99 kg ve vücut suyu ortalama 38.6±8.64 litredir. Kadın hastaların vücut yağ oranı ortalama %34.9±7.98, yağ dokusu ortalama 29.8±10.8 kg, yağsız doku kütlesi ortalama 45.0±5.80 kg ve vücut suyu ortalama 34.3±4.38 litredir (Tablo 4.5.1.).

Tablo 4.5.1. Hastaların cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ve vücut kompozisyonlarının ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS) değerleri

Antropometrik ölçümler ve vücut kompozisyonları	Hastalar (n=203)							
	Erkek (n=59)				Kadın(n=144)			
	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS
Vücut ağırlığı (kg)	67.0	133.0	80.9	13.58	42.8	113.0	70.6	14.8
Boy uzunluğu (cm)	155.0	190.0	174.5	7.31	148.0	176.0	162.8	6.02
BKI (kg/m²)	19.9	38.4	26.5	4.12	16.5	47.3	26.8	5.73
Bel çevresi (cm)	66.0	116.0	89.5	11.20	58.0	136.0	89.6	15.81
Kalça çevresi (cm)	81.0	132.0	101.2	10.40	78.0	145.0	104.6	12.42
Bel/Kalça oranı	0.74	1.06	0.88	0.07	0.65	1.20	0.87	0.08
Vücut yağ oranı (%)	8.0	48.1	29.4	8.82	8.6	52.4	34.9	7.98
Yağ dokusu (kg)	5.7	44.8	26.8	8.94	3.7	64.4	29.8	10.8
Yağsız doku kütlesi (kg)	35.2	84.0	53.6	9.99	30.2	51.6	45.0	5.80
Vücut suyu (L)	21.0	44.0	38.6	8.64	25.3	46.5	34.3	4.38

Tablo 4.5.2’de ise hastaların cinsiyete göre BKI değerlerine ilişkin verilerin dağılımları gösterilmektedir. Hastaların tümü değerlendirildiğinde %7.9’unun zayıf, %34.0’inin normal, %36.9’unun hafif şişman, %14.3’ünün 1.derece şişman, %4.9’unun 2.derece şişman ve %2.0’inin ise 3.derece şişman olduğu belirlenmiştir.

Erkek ve kadın hastaların BKI değerleri ayrı ayrı incelenip en yüksek oranlara bakıldığında, erkek hastaların %44.1’inin, kadın hastaların ise %34.0’inin hafif şişman olduğu görülmektedir (Tablo 4.5.2.).

Tablo 4.5.2. Hastaların cinsiyete göre BKI değerlerine ilişkin verilerin dağılımları

BKI değerleri	Hastalar					
	Erkek		Kadın		Toplam	
BKI, kg/m ² (n=203)	S	%	S	%	S	%
≤18.5, zayıf	2	3.4	14	9.7	16	7.9
18.5-24.9, normal	21	35.6	48	33.3	69	34.0
25-29.9, hafif şişman	26	44.1	49	34.0	75	36.9
30.00-34.99, 1.derece şişman	8	13.6	21	14.6	29	14.3
35.00-39.99, 2.derece şişman	2	3.4	8	5.6	10	4.9
≥40.00, 3.derece şişman	-	-	4	2.8	4	2.0

Tablo 4.5.3’de hastaların cinsiyete göre bel/kalça oranları ve vücut yağı değerlerine ilişkin verilerin dağılımları gösterilmektedir. Hastalardan bazıları ölçülmek istemedikleri için çalışmaya katılmamışlardır. Hastaların bel/kalça oranları değerlendirildiğinde; erkek hastaların (n=52) %16.3’ünün bel/kalça oranı 0.90 cm ve altında, %9.4’ünün ise 0.90 cm’in üzerinde olduğu; kadın hastaların (n=138) %17.7’sinin bel/kalça oranı 0.85 cm ve altında, %50.2’sinin 0.85 cm’in üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların vücut yağ yüzdeleri incelendiğinde; erkek hastaların (n=49) %5.9'unun vücut yağ yüzdesinin %25 ve altında, %18.2'sinin vücut yağ yüzdesinin %25'in üzerinde olduğu; kadın hastaların (n=139) ise %24.6'sının vücut yağ yüzdesinin %32 ve altında, %43.8'inin ise vücut yağ yüzdesinin %32'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.3.).

Tablo 4.5.3 Hastaların cinsiyete göre bel/kalça oranları ve vücut yağ oranları değerlerine ilişkin verilerin dağılımları

Bel/kalça ve vücut yağ oranları	Hastalar	
	S	%
Bel/kalça oranı, cm		
Erkek (n=52)		
≤0.90	33	16.3
>0.90	19	9.4
Kadın (n=138)		
≤0.85	36	17.7
>0.85	102	50.2
Vücut yağı, %		
Erkek (n=49)		
≤25	12	5.9
>25	37	18.2
Kadın (n=139)		
≤32	50	24.6
>32	89	43.8

4.6. Hastaların Beslenme Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan hastaların beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımı Tablo 4.6.1’de gösterilmiştir. Hastaların %1’i 1 ana öğün, %46.3’ü 2 ana öğün ve %52.7’si 3 ana öğün tüketmektedir. Hastaların %19.2’si 1 ara öğün, %35.5’i 2 ara öğün, %17.7’si 3 ara öğün, %3.9’u 4 ara öğün tüketirken, %23.6’sı hiç ara öğün tüketmediklerini belirtmiştir. Buna göre hastaların tükettikleri ana öğün sayısının medyanı 3, 1.çeyrek değeri 2 ve 3. çeyrek değeri 3 iken; ara öğün sayısının medyanı 2, 1. çeyrek değeri 1 ve 3. çeyrek değeri 2 olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %47.2’si öğün atladıklarını, %52.8’i ise öğün atlamadıklarını belirtmiştir. Öğün atlayan hastaların % 32.0’ı sabah öğünü, %54.7’si öğle öğününü, %13.3’ü akşam öğününü atladığını belirtmiştir. Hastaların öğün atlama nedenleri içerisinde %7.2’sinin zayıflama, %40.5’inin zaman yetersizliği, %28.7’sinin canının istememesi, %14.9’unun üşengeçlik ve %8.7’sinin ise unutma olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.1.).

Çalışmaya katılan hastalara yemek yeme hızları sorulduğunda %0.5’i çok yavaş, %10.8’i yavaş, %42.9’u orta, %38.4’ü hızlı ve %7.4’ü ise çok hızlı yemek yediğini ifade etmiştir (Tablo 4.6.1.).

Tablo 4.6.1. Hastaların beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	Hastalar	
	S	%
Ana öğün sayısı (n=203)		
1	2	1.0
2	94	46.3
3	107	52.7
Ara öğün sayısı (n=203)		
0	48	23.6
1	39	19.2
2	72	35.5
3	36	17.8
4	8	3.9
Öğün Atlama		
Evet	96	47.2
Hayır	107	52.8
Atlanan öğün*		
Sabah	58	32.0
Öğle	99	54.7
Akşam	24	13.3
Öğün atlama nedeni*		
Zayıflamak	14	7.2
Zaman yetersizliği	79	40.5
Canı istemiyor	56	28.7
Üşeniyor	29	14.9
Unuttuyor	17	8.7
Yeme yeme hızı (n=203)		
Çok yavaş	1	0.5
Yavaş	22	10.8
Orta	87	42.9
Hızlı	78	38.4
Çok hızlı	15	7.4
	Medyan, Q₁-Q₃	
Ana öğün sayısı	3, 2-3	
Ara öğün sayısı	2, 1-2	

* Yüzdeler çoklu cevaba göre alınmıştır.

Hastaların kendi vücut ağırlıklarını değerlendirme ve daha önce diyet uygulama durumlarına ilişkin verilerin dağılımları Tablo 4.6.2’de verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların %70.9’u daha ince olmayı istediklerini, %26.6’sı şuan ki vücut ağırlıklarından memnun olduklarını ve %2.5’i ise daha kilolu olmak istediklerini bildirmişlerdir.

Hastaların %40.5’i son 1 yıl içerisinde ağırlık kaybı yaşarken, %59.6’sı herhangi bir ağırlık kaybı yaşamamıştır. Hastalar son 1 yıl içerisinde minimum 1 kg, maksimum 35 kg ve ortalama 7.5 ± 5.50 kg ağırlık kaybetmişlerdir. Hastaların %61.1’i son 1 yıl içerisinde ağırlık kazanmış, %38.9’u ise herhangi bir ağırlık kazanımı yaşamamıştır. Hastalar son 1 yıl içerisinde minimum 1 kg, maksimum 20 kg ve ortalama 7.04 ± 4.36 kg ağırlık kazanmışlardır (Tablo 4.6.2.).

Hastaların %33.0’ı diyet programı uygularken, %67.0’ı herhangi bir diyet programı uygulamamaktadır. Diyet programı uygulayanların %25.6’sı diyetisyen kontrolünde, %1.0’ı doktor kontrolünde, %0.5’i dergi veya gazete aracılığıyla, %5.9’u ise kendi kendilerine geliştirdikleri diyet programını uygulamaktadır (Tablo 4.6.2.).

Çalışmaya katılan hastaların %27.1’i zayıflama diyeti, %0.5’i hastalığa yönelik bir diyet ve %5.4’ü sağlıklı beslenmeye yönelik bir diyet programı uygulamaktadır (Tablo 4.6.2.).

Tablo 4.6.2. Hastaların kendi vücut ağırlıklarını değerlendirme ve daha önce diyet uygulama durumlarına ilişkin verilerin dağılımları

Vücut Ağırlıklarını Değerlendirme ve Diyet Yapma Durumları	Hastalar	
	S	%
Kendi vücut ağırlığını değerlendirme (n=203)		
Daha zayıf olmayı istiyor	144	70.9
Şimdiki vücut ağırlığından memnun	55	26.6
Daha kilolu olmayı istiyor	5	2.5
Diyet tedavisi uygulama (n=203)		
Uyguluyor	67	33.0
Uygulamıyor	136	67.0
Diyet tedavisi alınan kişi/yer (n=67)*		
Diyetisyen	52	25.6
Doktor	2	1.0
Dergi/gazete	1	0.5
Kendim beslenme alışkanlığımı değiştirdim	12	5.9
Uygulanan diyet türü (n=67) *		
Zayıflama diyeti	55	27.1
Hastalığa yönelik bir diyet	1	0.5
Sağlıklı beslenmeye yönelik bir diyet	11	5.4
Son 1 yıl içerisindeki ağırlık kaybı (n=203)		
Var	82	40.4
Yok	121	59.6
Son 1 yıl içerisindeki ağırlık kazanımı (n=203)		
Var	124	61.1
Yok	79	38.9
Vücut ağırlığı değişimleri		
	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$
Ağırlık kaybı, kg	1-35	7.5 \pm 5.50
Ağırlık kazanımı, kg	1-20	7.04 \pm 4.36

* Yüzdeler çoklu cevaba göre alınmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların bazı besinlere aşırı istek duyma durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.6.3’de verilmiştir. Buna göre hastaların çikolata ve çikolatalı ürünlere aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 6 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak saptanmıştır.

Hastaların kremalı pasta ve pastane ürünlerine aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 0-10 puan, medyanı 4 puan, 1. çeyrek değeri 2 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan olarak saptanmıştır. Hastaların cipse aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 0-10 puan, medyanı 3 puan, 1. çeyrek değeri 1 puan ve 3. çeyrek değeri 5 puan olarak belirlenmiştir.

Hastaların gazlı içeceklere karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 4 puan, 1. çeyrek değeri 1 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak belirlenmiştir. Fast-food yiyeceklere karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 4 puan, 1. çeyrek değeri 2 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan olarak gözlemlenmiştir. Hastaların patates kızartmasına karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri ise 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.6.3.).

Çalışmaya katılan hastaların ekmek çeşitlerine karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak belirlenmiştir. Makarnaya karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri ise 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.6.3.).

Hastaların hamur işlerine karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 6 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak belirlenmiştir. Kuru yemiş çeşitlerine karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri ise 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.6.3.).

Hastaların dondurmaya karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak saptanmıştır. Son olarak hastaların meyveye karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan medyanı 7 puan, 1. çeyrek değeri 5 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6.3.).

Çalışmaya katılan majör depresyon hastalarına bu besinlerin dışında aşırı istek duydukları diğer besinler sorulduğunda; 53 kişi kebab ve çeşitleri, 8 kişi pilav, 13 kişi şerbetli tatlı, 5 kişi sütlü tatlı, 10 kişi simit ve 9 kişi kızartma şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.6.3.).

Tablo 4.6.3. Hastaların bazı besinlere aşırı istek duyma durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Aşırı İstek Duyulan Besinler (n=203)	Alt	Üst	Medyan	Q₁	Q₃
Çikolata ve çikolatalı ürünler	1	10	6	3	8
Kremalı pasta ve pastane ürünleri	0	10	4	2	6
Cips	0	10	3	1	5
Gazlı içecekler	1	10	4	1	7
Fast-food yiyecekler	1	10	4	2	6
Patates kızartması	1	10	5	3	8
Ekmek çeşitleri	1	10	5	3	7
Makarna	1	10	5	3	7
Hamur işleri	1	10	6	3	8
Kuru yemiş çeşitleri	1	10	5	3	7
Dondurma	1	10	5	3	8
Meyve	1	10	7	5	8
Diğer seçenekleri					
Kebap v.b. (n=53)	6	10	10	8	10
Pilav(n=8)	7	10	10	8	10
Şerbetli tatlılar (n=13)	5	10	10	8	10
Sütlü tatlılar (n=5)	6	10	10	8	10
Simit (n=10)	7	10	10	8	10
Kızartma (n=9)	7	10	8	7	9

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre günlük enerji ve makro besin öğeleri tüketim ortalamaları, standart sapmaları, alt ve üst değerleri Tablo 4.6.4'de gösterilmiştir. Hastaların günlük enerji tüketim ortalamaları 1770.0 ± 476.67 kkal olarak saptanmıştır. Hastaların makro besin öğeleri alım ortalamaları değerlendirildiğinde; karbonhidrat, protein ve yağ tüketim ortalamaları sırası ile 202.8 ± 77.44 g, 62.2 ± 21.15 g, 73.9 ± 26.81 g olarak saptanmıştır. Toplam enerjinin karbonhidrattan gelen oranı $\%47.0 \pm 10.18$, proteinden gelen oranı $\%14.8 \pm 4.04$ ve yağdan gelen oranı ise $\%37.8 \pm 9.80$ olarak saptanmıştır.

Enerjinin doymuş yağ asitlerinden gelen oranı $\%24.6 \pm 9.48$, tekli doymamış yağ asitlerinden gelen oranı $\%26.7 \pm 11.55$ ve çoklu doymamış yağ asitlerinden gelen oranı $\%17.3 \pm 11.41$ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin günlük posa tüketim ortalaması 18.1 ± 7.88 g olarak bulunmuştur (Tablo 4.6.4).

Çalışmaya katılan erkek hastaların enerji, makro besin öğelerinin tamamı ve posa alım ortalamaları, kadın hastaların alım ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.4).

Tablo 4.6.4. Hastaların cinsiyete göre günlük enerji ve makro besin öğeleri tüketim ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

Enerji ve Makro Besin Öğeleri	Hastalar (n=196)											
	Erkek (n=55)				Kadın (n=141)				Toplam			
	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS
Enerji (kkal/gün)	1055.4	3196.4	1878.4	442.18	786.9	3224.6	1728.2	484.44	786.9	3224.6	1770.0	476.67
Karbonhidrat (g)	80.9	436.6	217.3	78.78	48.0	454.3	197.2	76.45	48.0	454.3	202.8	77.44
Karbonhidrat (TE %)	20.0	72.0	47.5	10.72	16.0	72.0	46.7	9.99	16.0	72.0	47.0	10.18
Protein (g)	24.1	118.7	65.2	20.5	11.0	139.6	61.0	21.35	11.0	139.6	62.2	21.15
Protein (TE %)	8.0	26.0	14.5	3.98	6.0	31.0	13.8	4.08	6.0	31.0	14.8	4.04
Toplam yağ (g)	40.3	124.5	77.5	26.12	29.2	189.9	72.4	27.04	29.3	189.9	73.9	26.81
Toplam yağ (TE %)	17.0	62.0	37.5	10.58	16.0	65.0	35.9	9.51	16.0	65.0	37.8	9.80
Doymuş yağ asidi (%)	11.6	48.0	25.3	9.40	0.2	54.2	24.4	9.54	0.25	54.27	24.6	9.48
Tekli doymamış yağ asidi (%)	9.9	59.4	27.7	9.85	0.0	45.8	26.2	12.15	0.00	99.86	26.7	11.55
Çoklu doymamış yağ asidi (%)	4.0	50.6	19.2	12.31	0.9	51.4	16.6	10.99	0.90	71.5	17.3	11.41
Posa (g)	7.9	50.6	19.0	7.29	3.9	52.7	17.7	8.09	3.91	52.7	18.1	7.88

*TE:Toplam Enerji

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre vitamin ve mineral alımlarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Tablo 4.6.5'de verilmiştir. Buna göre; A vitamini alım ortalaması erkek hastalar için 1002.0 ± 615.35 µg RE, kadın hastalar için ise 783.7 ± 536.99 µg RE'dir. E vitamini alım ortalaması erkek hastalar için 18.4 ± 10.58 mg, kadın hastalar için 16.2 ± 9.67 mg'dır. Hastaların B grubu vitamin alımları incelendiğinde ise tiamin, riboflavin, niasin, B₆ ve B₁₂ vitamini alım ortalamaları erkek hastalar için sırası ile 0.7 ± 0.23 mg, 1.3 ± 0.89 mg, 23.2 ± 9.01 mg, 1.1 ± 0.38 mg ve 5.7 ± 7.43 mcg; kadın hastalar için ise sırasıyla ile 0.6 ± 0.31 mg, 1.1 ± 0.70 mg, 21.0 ± 8.72 mg, 1.0 ± 0.43 mg ve 4.0 ± 4.97 mcg olduğu belirlenmiştir. Hastaların folat alım ortalaması erkek hastalar için 271.4 ± 94.51 mcg, kadın hastalar için 248.7 ± 109.91 mcg'dır. C vitamini alım ortalaması ise erkek hastalar için 98.1 ± 90.02 mcg, erkek hastalar içinse 84.0 ± 89.90 mcg olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların günlük mineral alımları incelendiğinde; kalsiyum alımlarının ortalaması erkek hastalar için 638.6 ± 303.9 mg, kadın hastalar için 596.8 ± 280.33 mg; çinko alımlarının ortalaması erkek hastalar için 10.1 ± 3.35 mg, kadın hastalar için 5.7 ± 0.96 mg; magnezyum alımlarının ortalaması erkek hastalar için 234.3 ± 76.31 mg, kadın hastalar için 231.2 ± 96.59 mg; demir alımlarının ortalaması erkek hastalar için 10.8 ± 3.18 mg, kadın hastalar için 9.7 ± 3.65 mg ve bakır alımlarının ortalaması erkek hastalar için 1.7 ± 0.54 mcg, kadın hastalar içinse 1.7 ± 0.98 mcg olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6.5).

Hastaların mikro besin öğeleri alım ortalamaları, Diyetle Referans Alım Düzeyi (DRI) ile karşılaştırılmıştır. Buna göre hastaların %62.1'i A vitaminini, %49.3'ü E vitaminini, %27.1'i niasini, %91.1'i tiamini, %68.0'ı riboflavini, %87.7'si B₆ vitaminini, %27.6'sının B₁₂ vitaminini, %62.1'i C vitaminini yetersiz almaktadır. Hastaların mineral alımları incelendiğinde, %84.7'si kalsiyumu, %90.1'i çinkoyu, %90.6'sı magnezyumu, %92.1'i demiri ve %73.9'u ise bakırı referans değerlerin altında almaktadır. Çalışmaya katılan erkek hastaların mikro besin öğelerinin tamamı için alım ortalamalarının kadın hastaların alım ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6.5).

Tablo 4.6.5. Hastaların cinsiyete göre günlük mikro besin öğeleri alım ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri ile DRI karşılaştırma yüzdeleri

Mikro Besin Öğeleri	Hastalar (n=196)										
	Erkek (n=55)				Kadın(n=141)				Toplam(n=196)		
	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Yetersiz (%)	Yeterli (%)	Aşırı (%)
Vitaminler											
A vitamini (µg/RE)	195.5	2935.2	1002.0	615.35	155.4	3465.2	783.7	536.99	62.1	29.6	4.9
E vitamini (mg)	2.8	45.3	18.4	10.58	1.9	42.1	16.2	9.67	49.3	35.5	11.8
Tiamin (mg)	0.3	1.3	0.7	0.23	0.2	2.8	0.6	0.31	91.1	4.9	0.5
Riboflavin (mg)	0.5	5.3	1.3	0.89	0.3	5.9	1.1	0.70	68.0	26.1	2.5
Niasin (mg)	6.5	48.4	23.2	9.01	3.5	58.6	21.0	8.72	27.1	65.0	4.4
Folat (mcg)	111.5	653.4	271.4	94.51	77.7	710.4	248.7	109.91	89.7	5.9	1.0
B ₆ vitamini (mg)	0.4	2.1	1.1	0.38	0.3	2.8	1.0	0.43	87.7	7.9	1.0
B ₁₂ vitamini (mcg)	0.1	43.3	5.7	7.43	0.0	45.8	4.0	4.97	27.6	61.6	7.4
C vitamini (mg)	5.1	505.4	98.1	90.02	5.3	886.5	84.0	89.90	62.1	31.5	3.0
Mineraller											
Kalsiyum (mg)	240.2	1495.6	638.6	303.9	164.2	1495.8	596.8	280.33	84.7	11.8	0.0
Çinko (mg)	4.9	24.9	10.1	3.35	1.5	8.7	5.7	0.96	90.1	6.4	0.0
Magnezyum (mg)	93.2	429.3	234.3	76.31	86.8	614.1	231.2	96.59	90.6	5.4	0.5
Demir (mg)	5.31	18.0	10.8	3.18	2.3	21.4	9.7	3.65	92.1	4.4	0.0
Bakır (mcg)	0.99	3.41	1.7	0.54	0.6	8.7	1.7	0.98	73.9	22.7	0.0

4.7. Aşırı Besin İsteği Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri Sonuçları

4.7.1. Açıklayıcı (Explanatory) Faktör Analizi

Çalışmada Faktör Analizinin ön koşulu olan maddeler arasında korelasyon olup olmadığı Bartlett Küresellik Testi ile, örneklem büyüklüğünün yeterliliği ise KMO ile incelenmiştir. Buna göre; örneklem yeterliliği istatistiği sonuçları, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir (KMO=0.94). KMO değerinin 0.50'den büyük olması, o ölçek verisinin örneklem sayısının yeterliliğini göstermektedir. Ayrıca Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre de maddeler arasında faktör analizi yapılabilecek yeterli düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($\chi^2=6609$; $p=0.00$).

Bu çalışmada 39 maddelik Aşırı Besin İsteği Ölçeği (ABİS)'nin; orijinalinde belirtildiği şekilde 9 faktör (boyut) altında toplandığı sonucuna varılmıştır. Her faktörün faktör yükü 0.40'ın üzerinde ve varyans açıklama yüzdesi %30'un üzerinde olduğundan ABİS ölçeğinin bu faktörlerde değerlendirilebileceği sonucuna varılmıştır. ABİS ölçeğinin açıklayıcı faktör analiz sonuçları Tablo 4.7.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7.1. ABİS ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonuçları*

Maddeler	Faktör 1 Besin tüketme niyeti ve planı olma	Faktör 2 Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi	Faktör 3 Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi	Faktör 4 Yeme üzerine kontrolün olmaması
ABİS5	0.86			
ABİS18	0.87			
ABİS23	0.75			
ABİS9		0.79		
ABİS10		0.75		
ABİS15		0.74		
ABİS24		0.77		
ABİS38		0.81		
ABİS16			0.86	
ABİS19			0.87	
ABİS21			0.87	
ABİS2				0.80
ABİS3				0.85
ABİS22				0.79
ABİS25				0.80
ABİS26				0.85
ABİS29				0.79

*Tablo içindeki değerler faktör yükleridir.

Tablo 4.7.1. ABİS ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonuçları (devamı)*

Maddeler	Faktör 5 Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti	Faktör 6 Fizyolojik olarak aşırı istek duyma	Faktör 7 Besin aşırı isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular	Faktör 8 Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar
ABİS6	0.84			
ABİS8	0.86			
ABİS27	0.89			
ABİS28	0.75			
ABİS31	0.83			
ABİS32	0.83			
ABİS33	0.85			
ABİS11		0.75		
ABİS12		0.81		
ABİS13		0.78		
ABİS14		0.75		
ABİS20			0.89	
ABİS30			0.84	
ABİS34			0.79	
ABİS39			0.89	
ABİS1				0.79
ABİS35				0.81
ABİS36				0.84
ABİS37				0.88

*Tablo içindeki değerler faktör yükleridir

Tablo 4.7.1. ABİS ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonuçları (devamı)*

Maddeler	Faktör 1 Besin tüketme niyeti ve planı olma	Faktör 2 Yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi	Faktör 3 Yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi	Faktör 4 Yeme üzerine kontrolün olmaması	Faktör 5 Yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti	Faktör 6 Fizyolojik olarak aşırı istek duyma	Faktör 7 Aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular	Faktör 8 Aşırı besin isteğini tetikleyen uyarılar	Faktör 9 Yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk
ABİS4									0.76*
ABİS7									0.90*
ABİS17									0.84*
Özdeğer	2.053	3.008	2.26	3.99	4.93	2.40	2.90	2.78	2.11*
Varyans açıklama yüzdesi	68.43	60.16	75.24	66.350	70.40	60.05	72.70	69.60	70.58

*Tablo içindeki değerler faktör yükleridir.

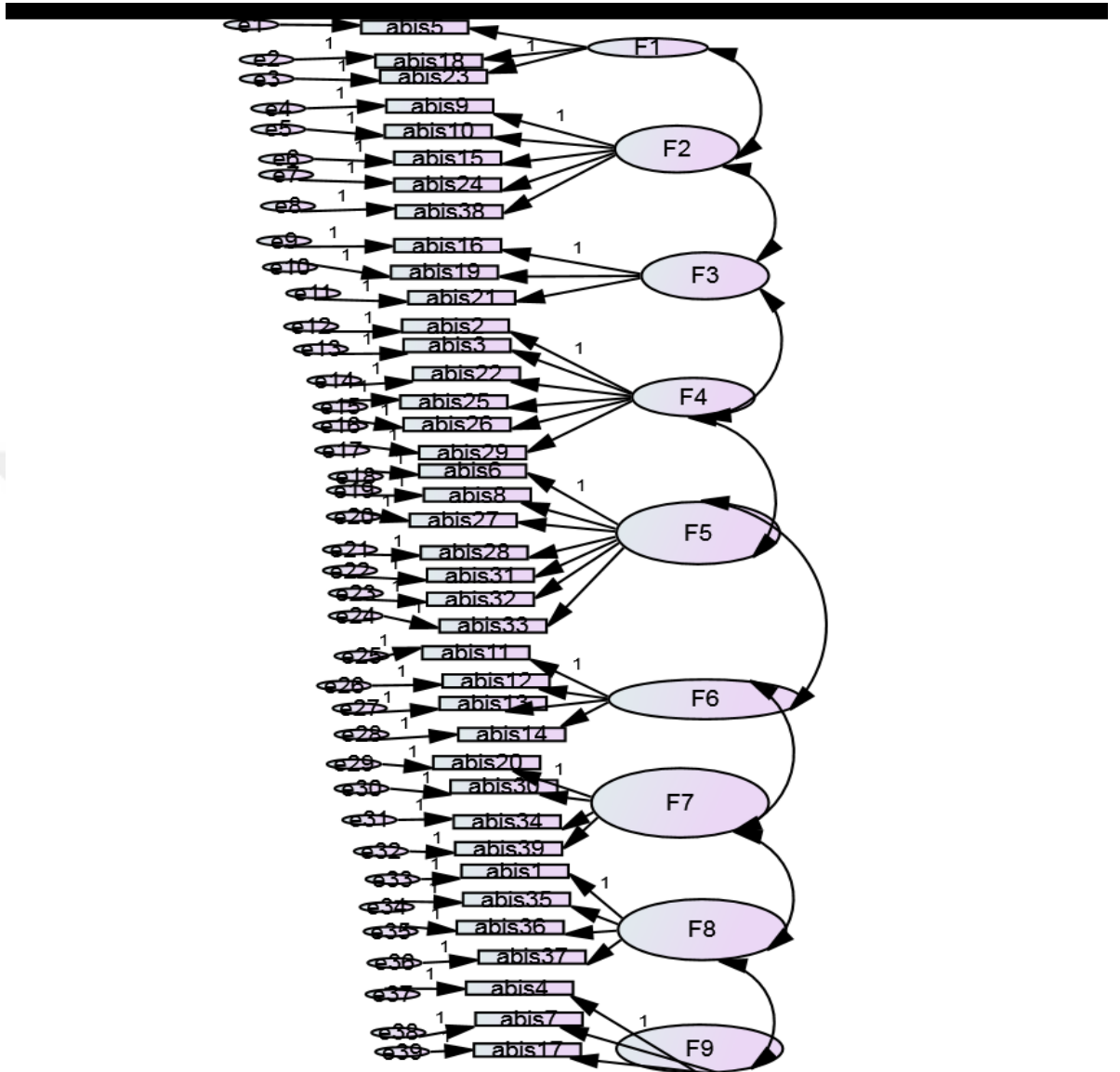
4.7.2. Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi

Çalışmada ABİS ölçeğinin doğrulayıcı yapı geçerliliği için orijinali temel alınarak 9 faktörlü yapı test edilmiştir. Toplanan verinin istenilen modele uygunluğu AMOS Yapısal Eşitlik Modeli ile analiz edilmiştir. Modelin uyum istatistikleri Tablo 4.7.2’de ve uyum şeması Şekil 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7.2. Doğrulayıcı faktör analizine göre ABİS ölçeğinin uyum istatistikleri

Uyum indeksleri	Kriterler	ABİS ölçeği
χ^2/sd	$3 < \chi^2/sd < 4-5$	4.27
AGFI	≥ 0.90	0.96
RMR	≤ 0.05	0.045
RMSEA	0.06-0.08	0.068

Modelin uyumunun değerlendirilmesinde farklı indeksler kullanılabilir. Bu çalışmada kullanılan Ki-kare (χ^2) İyi Uyum İndeksi göz önüne alındığında ölçeğin mükemmel bir uyuma sahip olduğu görülmektedir. Buna ek; Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi (Adjusted Goodness Of Fit Index-AGFI) 0.96 olarak bulunmuştur. Bu değer 0.90’ın üzerinde olması modelin iyi uyumlu olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde; RMR (Root Mean Square Residual)-Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü 0.05’in altında olduğunda ve RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)-Tahmini Ortalama Karekök Hatası’nın 0.08’den küçük olması modelin iyi uyumunu göstermektedir. Bu ölçekte saptanan değerler ABİS ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanmasının kabul edilebilirliğini ve uygulanabilirliğini göstermektedir (Tablo 4.7.2).



Şekil 2.1. ABİS ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi ile dokuz faktörlü modele uyum şeması

4.7.3. Ayırt edici geçerlik

ABİS ölçeğinin 9 faktörüne ilişkin puanlar ile ölçeğin toplam puanları arasındaki korelasyonlar Pearson Korelasyon Katsayıları ile verilmiştir. Buna göre toplam ABİS ölçek puanı ile besin tüketme niyeti ve planı olma alt boyutu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.88$, $p=0.000$); yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi olma alt boyutu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.82$, $p=0.000$); yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi alt boyu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.81$, $p=0.000$); yeme üzerine kontrolün olmaması alt boyu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.91$, $p=0.000$); yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti alt boyu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.89$, $p=0.000$); fizyolojik olarak aşırı istek duyma alt boyu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.79$, $p=0.000$); besin aşırı isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular alt boyu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.84$, $p=0.000$); aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar alt boyu arasındaki korelasyon pozitif ve güçlü ($r=0.83$, $p=0.000$); yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk uyaranları alt boyu arasındaki korelasyon ise pozitif ve güçlü ($r=0.64$, $p=0.000$) olarak saptanmıştır. Bu güçlü ve pozitif korelasyonlar ölçeğin ayırt edici geçerliliğinin kanıtını oluşturmaktadır.

4.8. Güvenirlilik Analizleri Sonuçları

4.8.1. İç tutarlılık

ABİS ölçeğinin maddeleri arasında iç tutarlılığının (güvenirliliğinin) ne düzeyde olduğu, madde toplam korelasyonları ve Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayıları ile incelenmiştir.

4.8.1.1. ABİS ölçek maddelerinin güvenirlilik analizleri sonuçları

ABİS ölçek maddelerinin güvenirlilik analizleri sonuçları Tablo 4.8.1'de gösterilmektedir. Abis ölçeğinin bütünlüğü için Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur.

Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Bu katsayının 1'e yaklaşması ölçeğin mükemmel derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.8.1.'de de görülebileceği gibi tüm maddelerin toplam puanla korelasyonu pozitif ve 0.40'ın üzerindedir. Bu durumun anlamı ölçeğin bir bütün olarak aşırı besin isteğini ölçebileceğidir. Aynı şekilde hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmaması gerektiği, madde silindikten sonra hesaplanan Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısından görebilmektedir (Tablo 4.8.1.).

Tablo 4.8.1. ABİS ölçek maddelerinin güvenilirlik analizleri sonuçları

Maddeler	Madde-ölçek toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha Katsayısı
ABİS1	0.594	0.970
ABİS2	0.639	0.970
ABİS3	0.669	0.969
ABİS4	0.437	0.971
ABİS5	0.714	0.969
ABİS6	0.798	0.969
ABİS7	0.623	0.970
ABİS8	0.764	0.969
ABİS9	0.727	0.969
ABİS10	0.629	0.970
ABİS11	0.660	0.969
ABİS12	0.569	0.970
ABİS13	0.549	0.970
ABİS14	0.584	0.970
ABİS15	0.453	0.970
ABİS16	0.645	0.969

Tablo 4.8.1. ABİS ölçek maddelerinin güvenilirlik analizleri sonuçları (devamı)

Maddeler	Madde-ölçek toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach Alpha Katsayısı
ABİS17	0.458	0.970
ABİS18	0.746	0.969
ABİS19	0.698	0.969
ABİS20	0.684	0.969
ABİS21	0.720	0.969
ABİS22	0.759	0.969
ABİS23	0.658	0.969
ABİS24	0.568	0.970
ABİS25	0.757	0.969
ABİS 26	0.726	0.969
ABİS27	0.786	0.969
ABİS28	0.610	0.970
ABİS29	0.778	0.969
ABİS30	0.615	0.970
ABİS31	0.676	0.969
ABİS32	0.731	0.969
ABİS33	0.713	0.969
ABİS34	0.830	0.969
ABİS35	0.670	0.969
ABİS36	0.720	0.969
ABİS 37	0.707	0.969
ABİS38	0.701	0.969
ABİS39	0.666	0.969

ABİS ölçeğinin Doğrulamalı Faktör Analizinde onaylanan 9 alt boyutu için güvenilirlik katsayıları; besin tüketme niyeti ve planı olma alt boyutu için 0.76; yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi alt boyutu için 0.81, yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi alt boyutu için 0.84, yeme üzerine kontrolün olmaması alt boyutu için 0.89, yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti alt boyutu için 0.93, fizyolojik olarak aşırı istek duyma alt boyutu için 0.78, besin aşırı isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular alt boyutu için 0.88, aşırı besin isteğini tetikleyen uyarılar alt boyutu için 0.85, yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk alt boyutu için 0.79 olarak saptanmıştır.

4.8.2. Test-tekrar test güvenilirlik analizleri sonuçları

ABİS ölçeğinin tekrar test güvenilirliğini bulabilmek için 35 hastaya 4 hafta sonra aynı ölçek tekrar uygulanmıştır. Böylece hem ölçeğin genel puanının hem de 9 faktörün test-tekrar test güvenilirlik katsayısını belirlenmesi sağlanmış ve bunun içinde Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Ölçek toplam puanı için; hem öncesi hem de sonrası arasındaki korelasyon katsayısı 0.98 olarak bulunmuştur. Bu değer ABİS ölçeğinin mükemmel derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Buna ek olarak test ve tekrar testin alt boyuları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; besin tüketme niyeti ve planı olma 0.89; yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi 0.88, yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi 0.92, yeme üzerine kontrolün olmaması 0.93, yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti 0.95, fizyolojik olarak aşırı istek duyma 0.88, besin aşırı isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular 0.95, aşırı besin isteğini tetikleyen uyarılar 0.89, yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk 0.93 olduğu saptanmıştır. Tüm bunların sonucunda görülmektedir ki tüm alt boyutlardaki korelasyonlar pozitif ve istatistiksel açıdan güçlü olarak saptanmıştır ($p=0.000$).

4.9. Aşırı Besin İsteği Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastalara uygulanan aşırı besin isteği ölçeği ve alt boyutlarından elde edilen veriler Tablo 4.9.1’de gösterilmiştir. 9 faktör ve 39 maddeden oluşan ABİS ölçeği 6’lı Likert skalası ile değerlendirilmektedir. Seçenekler arasında; her zaman 6 puan, çoğunlukla 5 puan, sık sık 4 puan, ara sıra 3 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 1 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Hastanın ölçek puanının artması aşırı besin isteğinin arttığı anlamına gelmektedir. Buna göre ABİS ölçeğinden minimum 39 puan; maksimum 234 puan alınabilmektedir. Bu çalışmaya katılan hastalar ölçekten minimum 49 puan, maksimum 219 puan ve ortalama 119.8 ± 40.11 puan almıştır.

Çalışmaya katılan hastalar ölçeğin 1. alt boyutu olan besin tüketme niyeti ve planı olma alt boyutundan minimum 3 puan, maksimum 17 puan ve ortalama 9.0 ± 3.53 puan; ölçeğin 2. alt boyutu olan yemeğin sonucunda oluşabilecek pozitif destek beklentisi alt boyutundan minimum 5 puan, maksimum 30 puan ve ortalama 16.7 ± 5.71 puan; ölçeğin 3. alt boyutu olan yemeğin sonucu olarak negatif duygulardan ve durumlardan rahatlama beklentisi alt boyutundan minimum 3 puan, maksimum 18 puan ve ortalama 8.8 ± 3.75 puan; ölçeğin 4. alt boyutu olan yeme üzerine kontrolün olmaması alt boyutundan minimum 6 puan, maksimum 36 puan ve ortalama 19.5 ± 7.38 puan; ölçeğin 5. alt boyutu olan yiyecek ile ilgili düşünceler veya zihin meşguliyeti alt boyutundan minimum 7 puan, maksimum 38 puan ve ortalama 17.1 ± 8.26 puan; ölçeğin 6. alt boyutu olan fizyolojik olarak aşırı istek duyma alt boyutundan minimum 4 puan, maksimum 24 puan ve ortalama 13.0 ± 4.41 puan; ölçeğin 7. alt boyutu olan aşırı besin isteği ve beslenme sırasında veya öncesinde tecrübe edilen duygular alt boyutundan minimum 4 puan, maksimum 24 puan ve ortalama 12.1 ± 5.62 puan; ölçeğin 8. alt boyutu olan aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar alt boyutundan minimum 4 puan, maksimum 23 puan ve ortalama 13.1 ± 5.13 puan ve ölçeğin 9. alt boyutu olan yemek isteme ve/veya yemek istemeye karşı koyamama halinde hissedilen suçluluk alt boyutundan ise minimum 3 puan, maksimum 18 puan ve ortalama 10.1 ± 4.25 puan almışlardır (Tablo 4.9.1.).

Tablo 4.9.1. Hastaların ABİS ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS) değerleri

Hastalar (n=203)					
ABİS ölçeğinin ve alt boyutların olması gereken alt ve üst puan aralıkları					
		Alt	Üst	\bar{X}	SS
ABİS Skoru	39-234	49	219	119.8	40.11
1. alt boyut	3-18	3	17	9.0	3.53
2. alt boyut	5-30	5	30	16.7	5.71
3. alt boyut	3-18	3	18	8.8	3.75
4. alt boyut	6-36	6	36	19.5	7.38
5. alt boyut	7-42	7	38	17.1	8.26
6. alt boyut	4-24	4	24	13.0	4.41
7. alt boyut	4-24	4	24	12.1	5.62
8. alt boyut	4-24	4	23	13.1	5.13
9. alt boyut	3-18	3	18	10.1	4.25

4.10. Aşırı Besin İsteği Ölçeği, Depresyon Süresi ve Duygu Durumu İle İlgili Korelasyonlar

Çalışmaya katılan hastaların aşırı besin isteği ölçek puanları, depresyon süreleri ve duygu durumları ile yaş, cinsiyet, kronik hastalık, ilaç kullanımı, yaşam tarzı ve çeşitli beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişki Tablo 4.10.1’de verilmiştir. Buna göre; yaş ile ABİS puanı ($r = -0.010$, $p = 0.891$), depresyon süresi ($r = -0.004$, $p = 0.959$) ve duygu durumu ($r = -0.013$, $p = 0.854$) arasında negatif yönde bir ilişki saptanmış ancak bu durum istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır. Cinsiyet ile ABİS puanı arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde; kadınların ABİS ölçeğinden aldıkları puanın erkeklerin aldıkları puandan daha yüksek olduğu görülmüş ancak aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Aynı şekilde cinsiyet ile depresyon süresi arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların depresyon sürelerinin erkeklerden daha uzun olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ve duygu durumu arasındaki ilişki incelendiğinde ise; erkeklerin duygu durumu puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak iki durum içinde aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.1).

Çalışmada kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı olan bireylere göre ABİS puanlarının, depresyon sürelerinin ve duygu durumu puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış, fakat aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.1).

Çalışmada sigara içen bireylerin sigara içmeyen bireylere göre ABİS puanları ve depresyon süreleri daha yüksekken; sigara içmeyen bireylerin sigara içenlere göre duygu durum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış ancak aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.1).

Çalışmaya katılan ve alkol tüketen bireylerin, alkol tüketmeyen bireylere göre ABİS puanlarının ve depresyon sürelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşın alkol tüketmeyen bireylerin alkol tüketen bireylere göre duygu durum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş ancak aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.1).

Çalışmada antidepresan kullanım durumu ile ABİS puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; antidepresan kullanan bireylerin ABİS puanları, kullanmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Antidepresan kullanan bireylerin depresyon süreleri ve duygu durumu puanları antidepresan kullanmayan bireylere daha yüksek saptanmış ve aradaki farklar istatistiksel açıdan oldukça önemli bulunmuştur ($r=0.258$, $p=0.000$; $r=0.184$, $p=0.008$) (Tablo 4.10.1).

Ana öğün tüketme sayısı ile ABİS puanı, depresyon süresi ve duygu durumu arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmış ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Bireylerin ara öğün tüketme sayısı ile ABİS puanı ve depresyon süresi arasında pozitif yönde; duygu durumu ile ise negatif yönde bir ilişki saptanmış ancak bu durumda istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.1).

Çalışmaya katılan hastaların yemek yeme hızı ile ABİS skoru arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.241$, $p=0.001$). Bireylerin yemek yeme hızı ile depresyon süresi ve duygu durumu arasında ise negatif yönde ancak istatistiksel açıdan önemli olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.1).

Çalışmada diyet tedavisi almayan bireylerin ABİS puanlarının ve depresyon sürelerinin daha yüksek olduğu saptanmış fakat aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna ek çalışmada diyet tedavisi alan bireylerin duygu durumları almayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($r=0.216$, $p=0.002$) (Tablo 4.10.1).

Tablo 4.10.1. Hastaların ABİS puanları, depresyon süresi ve duygu durumu ile yaş, cinsiyet, kronik hastalık, ilaç kullanımı, yaşam tarzı ve çeşitli beslenme alışkanlıkları arasındaki korelasyonlar

	ABİS Puanı		Depresyon Süresi		Duygu Durumu	
	r	p	r	p	r	p
Yaş	-0.010	0.891	-0.004	0.959	-0.013	0.854
Cinsiyet[#]	-0.028	0.687	-0.033	0.639	0.060	0.392
Kronik hastalık[#]	-0.088	0.212	-0.028	0.689	0.135	0.055
Sigara içme[#]	0.027	0.701	0.015	0.828	-0.72	0.309
Alkol tüketme[#]	0.063	0.368	0.077	0.275	-0.073	0.300
Antidepresan kullanımı[#]	0.007	0.918	0.258	0.000*	0.184	0.008*
Ana öğün sayısı	0.024	0.735	0.092	0.193	0.100	0.155
Ara öğün sayısı	0.075	0.285	0.131	0.062	-0.022	0.752
Yemek yeme hızı[#]	0.241	0.001*	-0.022	0.751	-0.113	0.109
Diyet tedavisi[#]	-0.108	0.124	-0.135	0.054	0.216	0.002*

*p<0.05

[#] point-biserial korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

Çalışmada hastaların ABİS puanları, depresyon süreleri ve duygu durumları ile aşırı istek duyulan besin çeşitleri arasındaki korelasyonlar Tablo 4.10.2’de verilmiştir. Buna göre besin çeşitlerinin tümü ile ABİS puanı, depresyon süresi ve duygu durumu arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmıştır. Bunlar arasında çikolata ve çikolatalı ürünler, kremalı pasta ve pastane ürünleri, fast-food türü yiyecekler, patates kızartması ve hamur işleri ile ABİS puanı arasındaki pozitif ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p<0.05). Kremalı pasta ve pastane ürünleri ve cips ile duygu durumu arasındaki pozitif ilişki de istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.10.2. Hastaların ABİS puanları, depresyon süresi ve duygu durumu ile aşırı istek duyulan besin çeşitleri arasındaki korelasyonlar

Besin Çeşitleri	ABİS Puanı		Depresyon Süresi		Duygu Durumu	
	r	p	r	p	r	p
Çikolata ve çikolatalı ürünler	0.147	0.036*	0.108	0.124	0.062	0.377
Kremalı pasta ve pastane ürünleri	0.314	0.000*	0.120	0.087	0.178	0.011*
Cips	0.099	0.160	0.023	0.748	0.175	0.013*
Gazlı içecekler	0.108	0.124	0.011	0.872	0.133	0.059
Fast-Food	0.225	0.001*	0.009	0.893	0.027	0.702
Patates kızartması	0.202	0.004*	0.004	0.950	0.028	0.689
Ekmek çeşitleri	0.137	0.052	0.002	0.975	0.002	0.976
Makarna	0.112	0.113	0.048	0.493	0.015	0.833
Hamur işleri	0.252	0.000*	0.064	0.365	0.000	0.999
Kuru yemiş çeşitleri	0.108	0.125	0.025	0.719	0.062	0.378
Çekirdek	0.077	0.275	0.042	0.547	0.061	0.384
Dondurma	0.123	0.080	0.099	0.159	0.007	0.921
Meyve	0.079	0.263	0.087	0.219	0.075	0.269

*p<0.05

Çalışmaya katılan hastaların aşırı besin isteği ölçek puanları, depresyon süreleri ve duygu durumları ile makro ve mikro besin öğeleri tüketimleri arasındaki korelasyonlar Tablo 4.10.3'de verilmiştir. Buna göre protein (g) (r=0.183, p=0.01) ve demir (r=0.148, p=0.038) ile ABİS puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır.

Enerji, karbonhidrat (g), protein (g), protein (%), toplam yağ (g), toplam yağ (%), doymuş yağ asidi (%), tekli doymamış yağ asidi (%), posa, A vitamini, tiamin, riboflavin, niasin, folat, B₆ vitamini, B₁₂ vitamini, çinko, magnezyum ve bakır ile ABİS puanı arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmış ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.3).

Karbonhidrat (%), yağ (%), çoklu doymamış yağ asidi (%), E vitamini, C vitamini ve kalsiyum ile ABİS puanı arasında negatif yönde ancak istatistiksel açıdan önemli olmayan bir korelasyon saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.3).

Karbonhidrat (%), toplam yağ (g), toplam yağ (%), doymuş yağ asidi (%), tekli doymamış yağ asidi (%), çoklu doymamış yağ asidi (%), E vitamini ve B₁₂ vitamini ile depresyon süresi arasında pozitif yönde ancak istatistiksel açıdan önemli olmayan bir korelasyon saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.3).

Protein (%) ($r=-0.147$, $p=0.040$), folat ($r=-0.0184$, $p=0.010$) ve B₆ vitamini ($r=-0.173$, $p=0.015$) ile depresyon süresi arasında negatif yönde ve istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır. Enerji, karbonhidrat (g), protein (g), posa, A vitamini, tiamin, riboflavin, niasin, C vitamini, kalsiyum, çinko, magnezyum, demir ve bakır ile depresyon süresi arasında negatif yönde korelasyonlar saptanmış ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.3).

Karbonhidrat (%) ve toplam yağ (%) ile duygu durumu arasında pozitif yönde ancak istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir korelasyon saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.3).

Protein (g) ($r=-0.143$, $p=0.046$), niasin ($r=-0.207$, $p=0.004$), B₆ vitamini ($r=-0.159$, $p=0.026$) ve çinko ($r=-0.141$, $p=0.049$) ile duygu durumu arasında negatif yönde ve istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır. Enerji, karbonhidrat (g), protein (%), toplam yağ (g), doymuş yağ asidi (%), tekli ve çoklu doymamış yağ asitleri (%), posa, A, E, C, B₁, B₂ ve B₁₂ vitaminleri, folat, kalsiyum, magnezyum, demir ve bakır ile duygu durumu arasında negatif yönde ancak istatistiksel açıdan önemli olmayan korelasyonlar saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.3).

Tablo 4.10.3. Hastaların ABİS puanları, depresyon süresi ve duygu durumu ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri tüketimleri arasındaki korelasyonlar

Enerji ve Besin Öğeleri	ABİS Puanı		Depresyon Süresi		Duygu Durumu	
	r	p	r	p	r	p
Enerji (kcal/gün)	0.094	0.192	-0.009	0.902	-0.135	0.059
Karbonhidrat (g)	0.060	0.407	-0.007	0.920	-0.056	0.437
Karbonhidrat (TE %)	-0.016	0.819	0.021	0.772	0.037	0.609
Protein (g)	0.183	0.010*	-0.120	0.094	-0.143	0.046*
Protein (TE %)	0.136	0.057	-0.147	0.040*	-0.054	0.451
Toplam yağ (g)	0.038	0.594	0.017	0.814	-0.087	0.228
Toplam yağ (TE %)	-0.054	0.452	0.023	0.751	0.028	0.694
Doymuş yağ asidi (%)	0.086	0.229	0.030	0.681	-0.032	0.659
Tekli doymamış yağ asidi (%)	0.043	0.551	0.014	0.850	-0.055	0.446
Çoklu doymamış yağ asidi (%)	-0.027	0.707	0.003	0.969	-0.092	0.202
Posa (g)	0.044	0.536	-0.118	0.099	-0.055	0.444
A vitamini (µg/RE)	0.012	0.869	-0.017	0.810	-0.070	0.332
E vitamini (mg)	-0.018	0.801	0.005	0.948	-0.047	0.511
Tiamin (mg)	0.053	0.462	-0.044	0.540	-0.124	0.084
Riboflavin (mg)	0.094	0.191	-0.027	0.710	-0.101	0.159
Niasin (mg)	0.134	0.060	-0.062	0.392	-0.207	0.004*
Folat (mcg)	0.069	0.334	-0.0184	0.010*	-0.114	0.111
B ₆ vitamini (mg)	0.077	0.281	-0.173	0.015*	-0.159	0.026*
B ₁₂ vitamini (mcg)	0.124	0.084	0.032	0.659	-0.122	0.090
C vitamini (mg)	-0.068	0.344	-0.125	0.080	-0.112	0.119
Kalsiyum (mg)	-0.017	0.811	-0.078	0.274	-0.040	0.573
Çinko (mg)	0.136	0.057	-0.033	0.649	-0.141	0.049*
Magnezyum (mg)	0.055	0.448	-0.113	0.115	-0.120	0.094
Demir (mg)	0.148	0.038*	-0.084	0.241	-0.070	0.330
Bakır (mcg)	0.083	0.245	-0.123	0.086	-0.097	0.177

*p<0.05

Çalışmada hastaların aşırı besin isteği ölçek puanları, depresyon süreleri ve duygu durumları ile antropometrik ölçümleri arasındaki korelasyonlar Tablo 4.10.4'de verilmiştir. Buna göre vücut ağırlığı ($r=0.154$, $p=0.028$), BKI ($r=0.157$, $p=0.025$), bel çevresi ($r=0.204$, $p=0.005$), kalça çevresi ($r=0.203$, $p=0.005$) ve yağ dokusu (kg) ($r=0.181$, $p=0.013$) ile ABİS puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli korelasyonlar saptanmıştır. ABİS puanı ile bel/kalça oranı, vücut yağı (%) ve yağsız doku arasında pozitif yönde; vücut suyuyla ise negatif yönde korelasyonlar saptanmış ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bel/kalça oranı ve vücut suyu ile depresyon süresi arasında negatif yönde; diğer tüm antropometrik ölçümler ile pozitif yönde korelasyonlar saptanmıştır ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.4).

Vücut ağırlığı ($r=-0.239$, $p=0.001$), BKI ($r=-0.216$, $p=0.002$), bel çevresi ($r=-0.212$, $p=0.003$), kalça çevresi ($r=-0.184$, $p=0.011$), bel/kalça oranı ($r=-0.156$, $p=0.032$), vücut yağı (%) ($r=-0.187$, $p=0.010$) ve yağ dokusu ($r=-0.238$, $p=0.001$) ile duygu durumu arasında negatif yönde ve istatistiksel açıdan önemli korelasyonlar saptanmıştır. Yağsız doku (kg) ve vücut suyu ile duygu durumu arasında da negatif yönde bir korelasyon saptanmış ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.4).

Tablo 4.10.4. Hastaların ABİS puanları, depresyon süreleri ve duygu durumları ile antropometrik ölçümler arasındaki korelasyonlar

Ölçümler	ABİS Puanı		Depresyon Süresi		Duygu Durumu	
	r	p	r	p	r	p
Vücut ağırlığı	0.154	0.028*	0.047	0.502	-0.239	0.001*
BKI	0.157	0.025*	0.041	0.559	-0.216	0.002*
Bel çevresi	0.204	0.005*	0.017	0.818	-0.212	0.003*
Kalça çevresi	0.203	0.005*	0.048	0.513	-0.184	0.011*
Bel/kalça oranı	0.121	0.097	-0.034	0.643	-0.156	0.032*
Vücut yağı (%)	0.125	0.088	0.012	0.873	-0.187	0.010*
Yağ dokusu (kg)	0.181	0.013*	0.023	0.750	-0.238	0.001*
Yağsız doku (kg)	0.033	0.655	0.088	0.230	-0.137	0.061
Vücut suyu (L)	-0.051	0.488	-0.056	0.444	-0.138	0.060

*p<0.05

4.11. Aşırı Besin İsteği Ölçeği, Depresyon Süresi ve Duygu Durumu İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmaya katılan hastaların medeni durum, yaşam şekli, eğitim durumu, çalışma durumu ve fiziksel aktivite durumu ile aşırı besin isteği ölçek puanları, depresyon süreleri ve duygu durumlarına yönelik tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.11.1’de verilmiştir. Buna göre toplam ABİS puanı; evlilerde ortalama 118.7±41.71 puan, bekarlarda ortalama 117.5±37.60 puan ve dul/boşanmışlarda ise ortalama 135.6±37.90 puan olarak saptanmıştır.

Evlilerin depresyon süresi ortalama 12.6±7.25 ay, bekarların ortalama 12.3±7.72 ay ve dul/boşanmışların ortalama 14.6±8.61 ay olduğu belirlenmiştir. Evlilerin duygu durumu ortalama 4.5±1.71 puan, bekarların ortalama 4.8±1.47 puan ve dul/boşanmışların ise ortalama 3.6±1.64 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.11.1).

Toplam ABİS puanı; yalnız yaşayanlarda ortalama 122.3 ± 39.13 puan, arkadaş ile yaşayanlarda ortalama 110.0 ± 12.72 puan, aile ile yaşayanlarda ise ortalama 119.1 ± 40.74 puan olarak saptanmıştır. Yalnız yaşayanların depresyon süresi ortalama 14.0 ± 8.77 ay, arkadaş ile yaşayanların ortalama 21.0 ± 4.24 ay, aile ile yaşayanların ise ortalama 12.2 ± 7.05 ay olduğu belirlenmiştir. Yalnız yaşayanların duygu durumu puanları ortalama 4.4 ± 1.60 puan, arkadaş ile yaşayanların ortalama 4.0 ± 1.41 puan, aile ile yaşayanların ise ortalama 4.6 ± 1.67 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.11.1).

Çalışmada okur yazar olmayan bireylerin toplam ABİS puanı ortalama 174.5 ± 3.53 puan, ilkokul mezunu olanların ortalama 114.1 ± 43.10 puan, ortaokul mezunu olanların ortalama 125.9 ± 49.00 puan, lise mezunu olanların ortalama 117.9 ± 42.70 puan, üniversite mezunu olanların ortalama 117.4 ± 37.90 puan ve lisansüstü eğitim alanların ortalama 134.7 ± 31.19 puan olarak belirlenmiştir (Tablo 4.11.1).

Okur-yazar olmayanların depresyon süreleri ortalama 21.0 ± 4.24 ay, ilkokul mezunu olanların ortalama 17.0 ± 5.80 ay, ortaokul mezunu olanların ortalama 10.3 ± 7.72 ay, lise mezunu olanların ortalama 12.4 ± 6.99 ay, üniversite mezunu olanların ortalama 12.3 ± 7.75 ay ve lisansüstü eğitim alanların ise ortalama 15.0 ± 8.54 ay olduğu saptanmıştır. Duygu durumu açısından değerlendirildiğinde okur-yazar olmayanların duygu durumu puanları ortalama 5.5 ± 0.70 puan, ilkokul mezunu olanların ortalama 3.7 ± 2.13 puan, ortaokul mezunu olanların ortalama 4.5 ± 1.96 puan, lise mezunu olanların ortalama 4.4 ± 1.68 puan, üniversite mezunu olanların ortalama 4.7 ± 1.52 puan ve lisansüstü eğitim alanların ortalama 4.2 ± 1.86 puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.11.1).

Çalışmaya katılan bireyler çalışma durumları açısından değerlendirildiğinde öğrencilerin toplam ABİS puanları ortalama 122.7 ± 32.76 puan, memurların ortalama 130.1 ± 40.61 puan, serbest meslek sahiplerinin ortalama 115.3 ± 37.99 puan, emeklilerin ortalama 104.0 ± 37.15 puan, ev hanımlarının ortalama 117.4 ± 42.68 puan, işçilerin ortalama 121.7 ± 42.35 puan ve işsizlerin ortalama 129.3 ± 44.55 puan olduğu görülmektedir (Tablo 4.11.1).

Öğrencilerin depresyon süreleri ortalama 10.5 ± 6.45 ay, memurların ortalama 11.4 ± 8.13 ay, serbest meslek sahiplerinin ortalama 13.4 ± 7.69 ay, emeklilerin ortalama 11.6 ± 7.71 ay, ev hanımlarının ortalama 12.1 ± 6.28 ay, işçilerin ortalama 15.6 ± 8.39 ay ve işsizlerin ortalama 13.2 ± 7.10 ay olarak belirlenmiştir. Duygu durum puanları değerlendirildiğinde ise öğrencilerin duygu durumu puanları ortalama 5.0 ± 1.58 puan, memurların ortalama 4.5 ± 1.45 puan, serbest meslek sahiplerinin ortalama 4.8 ± 1.53 puan, emeklilerin ortalama 4.4 ± 1.99 puan, ev hanımlarının ortalama 4.4 ± 1.83 puan, işçilerin ortalama 4.6 ± 1.64 puan ve işsizlerin ortalama 4.5 ± 1.50 puan olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11.1).

Çalışmada hastalar fiziksel aktivite düzeylerine göre değerlendirildiğinde inaktif hastaların toplam ABİS puanları ortalama 124.2 ± 40.77 puan, minimum aktif hastaların ortalama 115.7 ± 39.11 puan ve çok aktif hastaların ortalama 90.8 ± 25.41 puan olduğu saptanmıştır. İnaktif hastaların depresyon süreleri ortalama 13.5 ± 7.82 ay, minimum aktif hastaların ortalama 11.9 ± 7.05 ay ve çok aktif hastaların ortalama 7.8 ± 7.01 ay olduğu görülmektedir. Son olarak duygu durum puanları açısından değerlendirildiğinde inaktif hastaların duygu durum puanları ortalama 4.5 ± 1.58 puan, minimum aktif hastaların ortalama 4.6 ± 1.75 puan ve çok aktif hastaların ortalama 5.8 ± 0.44 puan olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11.1).

Tablo 4.11.1. Hastaların medeni durum, yaşam şekli, eğitim durumu, çalışma durumu ve fiziksel aktivite durumu ile aşırı besin isteği ölçek puanları, depresyon süreleri ve duygu durumlarına yönelik tanımlayıcı istatistikler

	Hastalar (n=203)											
	ABİS Puanı				Depresyon Süresi, ay				Duygu Durumu			
	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst
Medeni Durum												
Evli (n=114)	118.7	41.71	49	219	12.6	7.25	1	30	4.5	1.71	1	7
Bekar (n=71)	117.5	37.60	54	219	12.3	7.72	1	30	4.8	1.47	1	7
Dul/ Boşanmış (n=18)	135.6	37.90	83	201	14.6	8.61	5	36	3.6	1.64	1	6
Yaşama Şekli												
Yalnız (n=48)	122.3	39.13	54	201	14.0	8.77	1	36	4.4	1.60	1	7
Arkadaş (n=2)	110.0	12.72	101	119	21.0	4.24	18	24	4.0	1.41	3	5
Aile (n=153)	119.1	40.74	49	219	12.2	7.05	1	30	4.6	1.67	1	7
Eğitim Durumu												
Okur-yazar değil (n=2)	174.5	3.53	172	177	21.0	4.24	18	24	5.5	0.70	5	6
İlkokul (n=7)	114.1	43.10	61	171	17.0	5.80	10	24	3.7	2.13	1	6
Ortaokul (n=11)	125.9	49.00	58	199	10.3	7.72	1	24	4.5	1.96	1	7
Lise (n=70)	117.9	42.70	49	219	12.4	6.99	1	30	4.4	1.68	1	7
Üniversite (n=98)	117.4	37.90	54	219	12.3	7.75	1	30	4.7	1.52	1	7
Lisansüstü (n=15)	134.7	31.19	83	183	15.0	8.54	6	36	4.2	1.86	1	7

Tablo 4.11.1. Hastaların medeni durum, yaşam şekli, eğitim durumu, çalışma durumu ve fiziksel aktivite durumu ile aşırı besin isteği ölçek puanları, depresyon süreleri ve duygu durumlarına yönelik tanımlayıcı istatistikler (devamı)

	Hastalar (n=203)											
	Toplam Abis Skoru				Depresyon süresi, ay				Duygu Durumu			
	\bar{X}	SS	Min	Max	\bar{X}	SS	Min	Max	\bar{X}	SS	Min	Max
Çalışma Durumu												
Öğrenci (n=24)	122.7	32.76	63	171	10.5	6.45	1	24	5.0	1.58	2	7
Memur (n=32)	130.1	40.61	66	203	11.4	8.13	1	36	4.5	1.45	1	7
Serbest Meslek (n=34)	115.3	37.99	54	198	13.4	7.69	2	24	4.8	1.53	1	7
Emekli (n=22)	104.0	37.15	58	201	11.6	7.71	2	24	4.4	1.99	1	7
Ev hanımı (n=41)	117.4	42.68	49	219	12.1	6.28	2	24	4.4	1.83	1	7
İşçi (n=37)	121.7	42.35	52	219	15.6	8.39	2	30	4.6	1.64	1	7
İşsiz (n=13)	129.3	44.55	54	177	13.2	7.10	5	24	4.5	1.50	2	7
IPAQ												
İnaktif (n=112)	124.2	40.77	52	219	13.5	7.82	1	30	4.5	1.58	1	7
Minumum aktif (n=86)	115.7	39.11	49	219	11.9	7.05	1	36	4.6	1.75	1	7
Çok aktif (n=5)	90.8	25.41	66	133	7.8	7.01	2	20	5.8	0.44	5	6

4.12. Hastaların Antidepresan İlaç Kullanım Durumları İle İlgili Korelasyonlar

Çalışmada hastaların antidepresan ilaç kullanım durumları ile bazı besinlere aşırı istek duyma puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.12.1'de verilmiştir. Buna göre; antidepresan ilaç kullanan hastaların cips ($r=0.170$, $p=0.015$), gazlı içecekler ($r=0.217$, $p=0.002$), fast food tarzı yiyecekler ($r=0.160$, $p=0.022$) ve patates kızartması ($r=0.163$, $r=0.020$) gibi besinlere daha fazla istek duydukları yönünde verdikleri puanlar antidepresan kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve bu korelasyonlar istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur.

Antidepresan kullanan hastaların kremalı pasta ve pastane ürünleri, ekmek çeşitleri, hamur işleri, kuruyemiş çeşitleri, çekirdek ve dondurma gibi besinlere daha fazla istek duydukları yönünde verdikleri puanlar antidepresan kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve bu korelasyonlar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12.1).

Antidepresan kullanmayan hastaların çikolata ve çikolatalı ürünler, makarna ve meyve gibi besinlere daha fazla istek duydukları yönünde verdikleri puanlar antidepresan kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve bu korelasyonlar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12.1).

Tablo 4.12.1. Hastaların antidepresan ilaç kullanım durumları ile bazı besinlere aşırı istek duyma puanları arasındaki korelasyonlar

Besin Çeşitleri	Antidepresan Kullanma Durumu[#]	
	r	p
Çikolata ve Çikolatalı Ürünler	-0.031	0.659
Kremalı Pasta ve Pastane Ürünleri	0.137	0.052
Cips	0.170	0.015*
Gazlı İçecekler	0.217	0.002*
Fast-Food	0.160	0.022*
Patates Kızartması	0.163	0.020*
Ekmek Çeşitleri	0.000	0.995
Makarna	-0.044	0.529
Hamur İşleri	0.082	0.245
Kuru Yemiş Çeşitleri	0.116	0.098
Çekirdek	0.037	0.600
Dondurma	0.011	0.882
Meyve	-0.029	0.678

*p<0.05

[#] point-biserial korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

Çalışmada hastaların antidepresan ilaç kullanım durumları ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri tüketim durumları arasındaki korelasyonlar ise Tablo 4.12.2’de verilmiştir. Buna göre; antidepresan kullanan hastaların enerji, karbonhidrat (g), karbonhidrat (%), protein (%), toplam yağ (%), doymuş yağ asidi (%), A vitamini, riboflavin, folat, B₆ vitamini, B₁₂ vitamini, C vitamini, kalsiyum, magnezyum ve bakır tüketimleri, antidepresan kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve bu korelasyonlar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır (p>0.05).

Antidepresan kullanmayan hastaların protein (g), toplam yağ (g), tekli doymamış yağ asidi (%), çoklu doymamış yağ asidi (%), posa, E vitamini, tiamin, niasin, çinko ve demir tüketimleri ise antidepresan kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve bu korelasyonlar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12.2).

Tablo 4.12.2. Hastaların antidepresan ilaç kullanım durumları ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri tüketim durumları arasındaki korelasyonlar

Enerji ve Besin Öğeleri	Antidepresan Kullanma Durumu [#]	
	r	p
Enerji (kkal/gün)	0.063	0.380
Karbonhidrat (g)	0.94	0.190
Karbonhidrat (TE %)	0.057	0.426
Protein (g)	-0.054	0.454
Protein (TE %)	0.037	0.607
Toplam yağ (g)	-0.047	0.511
Toplam yağ (TE %)	0.013	0.861
Doymuş yağ asidi (%)	0.004	0.951
Tekli doymamış yağ asidi (%)	-0.073	0.310
Çoklu doymamış yağ asidi (%)	-0.075	0.293
Posa (g)	-0.078	0.276
A vitamini (µg/RE)	0.065	0.362
E vitamini (mg)	-0.053	0.458
Tiamin (mg)	-0.005	0.940
Riboflavin (mg)	0.058	0.417
Niasin (mg)	-0.096	0.180
Folat (mcg)	0.015	0.835
B ₆ vitamini (mg)	0.065	0.365
B ₁₂ vitamini (mcg)	0.105	0.145
C vitamini (mg)	0.130	0.070
Kalsiyum (mg)	0.044	0.542
Çinko (mg)	-0.078	0.275
Magnezyum (mg)	0.036	0.614
Demir (mg)	-0.045	0.529
Bakır (mcg)	0.029	0.684

[#] point-biserial korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

5.TARTIŞMA

Majör depresyon; belirti ve atak kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan bir sendromdur. Ayrıca görülme sıklığının oldukça fazla olması nedeniyle de ciddi bir toplum sağlığı sorunu konumundadır (121).

Majör depresyon tipik olarak; daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama, yoğun ilgi kaybı, çökkün ve karamsar bir ruh hali ile kendini gösteren, enerji azlığı, uyku bozuklukları, vücut ağırlığı değişimleri ve psikomotor yavaşlama gibi hem mental hem fizyolojik sistemlerde gelişen çeşitli bozuklukların görüldüğü bir psikiyatrik hastalıktır (122). Majör depresyonda yaşanan bu durumlar kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozacak düzeyde yoğun olarak izlenmektedir. Bu nedenle majör depresyon hastalığı uygun bir şekilde tedavi edilmediğinde, yüksek tedavi maliyetleri, yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle ciddi bir toplumsal soruna dönüşebilmektedir (123).

Dünya genelinde yaşam boyu majör depresyon görülme sıklığı Angst ve arkadaşları (122) tarafından %4.4-%19.6 olarak saptanmışken; Kessler ve arkadaşları (125) bu oranı %17 olarak belirtmiştir. Son dönemde yayınlanmış bir çalışmada ise depresyonun yaşam boyu görülme sıklığının %1.5 ile %19 aralığında olduğu bildirilmiştir (123). Ülkemizdeki depresyon yaygınlığının ise %8-%20 aralığında olduğu saptanmıştır (126).

Prevelansı oldukça yüksek olan majör depresyon, tek bir nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülebilmektedir. Genel olarak majör depresyon bozukluğu geçiren 3 hastadan birinde yinelemeler yaşam boyunca sürmektedir (122). Majör depresyon her yaşta görülebilen ancak orta yaşlarda ve özellikle 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülmektedir. Genel olarak her 4 kadından ve her 8-10 erkekten biri yaşamları boyunca en az bir kez majör depresyon hastalığı geçirmektedir (124).

Dünya Sağlık Örgütü; dünya genelinde depresyonun 350 milyon insanı etkilediğini belirtmiştir (3). Bu oran depresyonun tüm nüfusu etkileyen en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir.

Majör depresyon tedavi edilmediğinde erken ölüm ve genel sağlık durumunda ciddi bozulma gibi olumsuz sonuçlara sebep olurken, doğru tanı ve uygun tedavi ile hastaların yaşam kalitelerinin artırılması mümkündür. Bu nedenle depresyon tedavisinde her geçen gün önleyici ve alternatif tedavi yöntemleri önem kazanmaktadır. Beslenmenin majör depresyonun hem etiolojisinde hem de tedavisindeki yadsınamaz önemi nedeniyle, son dönemde majör depresyonda beslenme üzerinde durulan stratejilerin başında gelmektedir.

5.1.Hastaların Genel Özellikleri

Majör depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak sonuç, depresyon sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu şeklindedir. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda MD riski erkeklerin 2 katı olarak saptanmıştır (127-129). Depresif bozukluklar yaşamları süresince erkeklerin %5-12'sini, kadınların ise %10-25'ini etkilemektedir (130).

MD'nin kadınlarda erkeklerin 2 katı olmasının nedenleri arasında; hormonal farklılıklar, genetik duyarlılık, MAO yüksekliği, tirod hastalıkları, menstruasyon gibi biyolojik etmenler başta olmak üzere, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, toplumsal rolleri ve kendisinden beklenenlerin fazlalığı (ev işleri, çocuk doğurma, çocuk yetiştirme, eşe karşı sorumluluklar v.b.), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler gösterilmektedir (129-132). Bu çalışmaya majör depresyon tedavisi gören 144'ü kadın (%70.9), 59'u erkek (%29.1) olmak üzere toplam 203 hasta alınmıştır. Bu çalışmada da örneklemin büyük bir kısmını kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 4.1.1).

Majör depresyon her yaş grubunda görülebilen ancak orta yaşlarda daha sık izlenen bir hastalıktır. Birçok çalışmada gösterilen başlangıç yaşı ortalaması birbirine benzer şekilde 20'li yaşların sonları olarak belirtilmektedir. Örneğin ECA çalışmasında MD ortalama başlangıç yaşı 27.4 yıl olarak saptanmışken, NEMESİS çalışmasında ise 29.9 yıl olarak belirtilmiştir (134,135). Özetle özellikle 25-44 yaşlarının depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı olduğu söylenebilmektedir (133). Bu çalışmada ise hastaların yaş ortalaması 37.1 ± 11.98 yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

Majör depresyon ve medeni durum arasındaki ilişki ile yapılan çalışmalarda genel olarak MD riskinin bekar ve dul/boşanmış bireylerde, evli bireylere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Buna ek MD riski hiç evlenmemiş bireylerde, dul/boşanmış bireylere göre daha düşük bulunmuştur (136,137). Türkiye'de de dünyaya benzer şekilde MD riskinin; ayrı yaşayan, boşanmış ve dul bireylerde en yüksek, evli bireylerde ise en düşük oranda olduğu saptanmıştır (138). Majör depresyon riski özellikle ileriki yaşlarda yalnız yaşayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur (139). Tüm bunlara karşın bu çalışmada MD'li hastaların %56.2'si evli, %35.0'ı bekar ve %8.9'u dul veya boşanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların %23.6'sı yalnız, %1.0'ı arkadaşıyla ve %75.4'ü ise ailesiyle yaşamaktadır (Tablo 4.1.1).

Majör depresyon için risk faktörlerinden biri de düşük gelir ve eğitim düzeyidir (140). Yapılan bir çalışmada düşük gelir düzeyindeki bireylerde, okur-yazar olmayan grupta ve ev hanımlarında MD riskinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (141). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir çalışmada ise MD görülme sıklığı, okur-yazar olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (142). Eğitim durumu ve MD arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalara bakıldığında; eğitim durumu yükseldikçe majör depresyon riskinin azaldığı görülmektedir (143,144). Buna ek işsiz bireylerde depresyon oranı, iş sahibi olanların neredeyse 3 katı kadarken aynı şekilde yoksul bireylerde bu oranın 2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (140).

Bu çalışmada ise bireylerin eğitim durumları incelendiğinde, %1.0'ının okur yazar olmadığı, %3.4'ünün ilkokul mezunu, %5.4'ünün ortaokul mezunu, %34.5'inin lise mezunu, %48.3'ünün üniversite mezunu ve %7.4'ünün yüksek lisans veya doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Bireylerin çalışma durumları değerlendirildiğinde ise; %11.8'inin öğrenci, %15.9'unun memur, %16.7'sinin serbest meslek, %10.8'inin emekli, %20.2'sinin ev hanımı, %18.2'sinin işçi ve %6.4'ünün işsiz olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.1).

Bu çalışmadaki örneklemin büyük bir kısmı özel bir psikiyatri merkezinden alındığından buraya gelen kişilerin sosyoekonomik durumlarının daha yüksek olması, eğitim ve çalışma durumlarındaki dağılımların nedeni olabilir.

5.2. Hastaların Hastalık Durumları

Kronik hastalık varlığı herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini arttırmaktadır (145). Bu konu ile ilgili yapılan epidemiyolojik bir çalışmada yatarak tedavi gören hastaların %30-58'inde depresif semptomatoloji, %11-26'sında ise psikopatolojik türde depresyon geliştiği saptanmıştır (146). Özellikle kronik hastalıklarda yaşam kalitesi hastalığa eşlik eden majör depresyonla daha da bozulmaktadır. Kronik hastalığın yarattığı fiziksel semptomlar ve sosyal izolasyon depresif duygulanıma yol açarken, majör depresyon da hastalıkla mücadele etme gücünü azaltmakta ve hastalığa toleransı zayıflatmaktadır (147). Kronik hastalığa eşlik eden majör depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabını, prognozunu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir (148).

Bu çalışmada, bireylerin %57.6'sı gibi büyük bir bölümünün doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerde en fazla görülen hastalıklar sırası ile hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, tiroid hastalıkları ve sindirim sistemi hastalıklarıdır (Tablo 4.2.1.).

5.3. Hastaların Genel Alışkanlıkları

Sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları olan bireylerde, olmayan bireylere göre depresyon görülme sıklığını anlamlı derecede yüksek bulan çalışmalar mevcutken aynı zamanda bu çalışmalar depresyonda kalınan dönem uzadıkça sigara ve alkol tüketim miktarında arttığını göstermektedir (149-151). Örneğin yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığının genç yetişkinlerde daha yüksek olduğu ve bu durum ile depresif belirtiler arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (149).

Majör depresyon ile alkol ve madde bağımlılığı arasındaki ilişki üzerine yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır (152-154). Genel olarak alkol ve madde bağımlılığı özellikle depresif duygu durumu, başedilemeyen stres, kişilik bozuklukları, travmatik çocukluk dönemi, düşük benlik saygısı gibi durumlarla ilişkilendirilmektedir (153). Özellikle genç yaşlarda yüksek alkol kullanımı ile ciddi majör depresyon atakları arasında ilişki olduğu saptanmıştır (154).

Bu çalışmada ise hastaların %36'sı sigara içmekte, %64.0'ı ise sigara içmemektedir. Sigara içen hastaların, sigara içme süre ortalamalarının 14.0 ± 9.38 yıl ve günlük içilen sigara sayısının ise ortalama 14.7 ± 7.82 adet olduğu belirlenmiştir. Hastaların %33.5'i alkol tüketmekte, %66.5'i ise alkol tüketmemektedir. Alkol tüketen hastaların alkol içme süre ortalamaları 11.7 ± 8.00 yıl, alkol tüketim miktarları ise ortalama 159.5 ± 118.04 ml/gün olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.1.).

Çalışmada sigara ve alkol tüketiminin düşük oranlarda çıkmasının sebeplerinden biri de bireylerin bu konudaki sorulara cevap vermek istememeleri, bu soruları genellikle geçiştirmek istemeleridir. Kişilerin doğru cevapları saklayabilecek olmaları göz ardı edilmemelidir.

Fiziksel aktivitenin beden sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin yanı sıra ruh sağlığı açısından da sayısız yararı bulunmaktadır. Genel olarak fiziksel aktivite ile; stres, anksiyete ve majör depresyon düzeyleri arasında ters orantılı; benlik saygısı ve benlik algısı ile ise doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır (155). Ayrıca düzenli egzersiz yapan bireylerin çevre ve aile içi ilişkilerinde daha az çatışma yaşaması, iş veya akademik başarılarının daha yüksek olması, alkol ve madde kullanımlarının daha az olması gibi durumlar neticesinde fiziksel aktivitenin ruhsal hastalıkların tedavisinin bir parçası olduğu düşünölmektedir (156).

Tüm bunlara ek fiziksel aktivite esnasında bireyde gelişen nörotrofik destek ile nörojenezis artmakta ve bu durum strese karşı organizmada bir bariyer oluşturarak antidepresan bir etki göstermektedir (103). O nedenle MD'li bireylerin fiziksel aktiviteye yönelmeleri ve bu konuda destek almaları oldukça önemlidir.

Bu çalışmada ise MD'li hastaların %55.2'si inaktif, %42.4'ü minimum aktifken yalnızca %2.5'i çok aktif olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1.). Çalışmaya katılanların tümünün majör depresyon hastası olması nedeniyle, fiziksel aktivite ve depresyon durumu arasındaki ilişkiye bu çalışmada bakılamamıştır. Ancak göröldüğü gibi çalışmaya katılan hastaların %95'inden fazlası düzenli bir fiziksel aktivite yapmamaktadır.

5.4.Hastaların İlaç Kullanma ve Duygu Durumları

Duygu durumu; organizma için anlam ifade eden dışsal ya da içsel olaylara tepkiyi gösteren, beyin tarafından koordine edilen, otonom ve göreceli olarak belirli bir dönemi ifade eden bir durumdur (157).

Bu konu ile ilgili literatür incelendiğinde, ilk göze çarpan durum terminolojik tercihler konusunda bir görüş birliğinin sağlanamamasıdır. Bazı araştırmacılar kişilerin içinde oldukları ruh halini direk duygu durumu (mood) ifadesiyle tanımlarken, bazıları yalnızca duygu (emotion), bazı araştırmacılar duyuş (affect) bazıları ise his (feeling) terimlerini tercih etmektedir (158).

Arařtırmacılarđan bazıları bu terimlerin eş anlamlı olduğunu söylerken, bazıları ise aralarında çok keskin farklar olduğunu ve birbirlerinin yerine kullanılamayacağını belirtmektedir (158).

Genel olarak duygu durumu; saatler, günler ya da haftalarca süren düşük yoğunluktaki durumu ifade etmek için kullanıldığından en sık tercih edilen terimdir. lm yollarından en sık kullanılanı ise, kişinin kendi bildirimine dayalı self-report tarzı ölçümlerdir. Self-report lme araçlarından biri Albersnagel (1998) tarafından geliştirilmiş ‘Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale/VAS)’dır (159). Psikoloji literatüründe sıklıkla kullanılan VAS’da, bireyler o andaki psikolojik deneyimlerinin yoğunluğunu en iyi temsil eden noktayı işaretlemektedir ve duygular genel olarak olumlu ve olumsuz şeklinde iki temel kategoride değerlendirilerek bireylerin durumu hakkında bilgi edinilmektedir (160).

Bu çalışmada hastaların 1 puandan 10 puana kadar duygu durumlarını puanladıkları VAS sonuçları değerlendirildiğinde; duygu durumu puanlarının medyanı 5 puan, 1. eyrek değerı 3 puan ve 3. eyrek değerı 6 puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.1.). Çalışmada VAS’ın bir u noktasına 1 puan ‘ok mutsuz’, diğer u noktasına ise 10 puan ‘ok mutlu’ yerleştirilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların aldıkları puanlar değerlendirildiğinde ortalama bir duygu durumuna sahip oldukları söylenebilir.

Majör depresyon tedavisinde farmakolojik destek ve psikoterapilerin etkinlikleri kanıtlanmıştır. Ancak tüm dünyada depresyonun yaygınlığı, hasta sayısının fazlalığı, psikoterapi yapabilecek personelin sayıca eksikliği, ekonomik nedenler, zaman ve mekan sorunları gibi sebeplerden ötürü, majör depresyon tedavisinde birinci ve ikinci basamakta en sık kullanılan yöntem antidepresan ilaçların reçete edilmesidir (161,162).

Birbirinden farklı ve çok sayıda antidepresan ilaç grupları bulunmaktadır. Özellikle batı ülkeleri başta olmak üzere son 20 yılda bu ilaçların kullanımındaki artış ve sahip oldukları yan etkiler nedeniyle, yeni nesil antidepresanlar adı altındaki ilaçların kullanımını artış göstermiştir (163,164).

Genel olarak kullanılan antidepresanların birçoğunun etki mekanizması serotonerjik ve/veya katekolomin dizgeleri üzerindedir. Bazı ilaçlar geri alım önleyici, bazıları yıkım engelleyici, bazıları ise reseptör agonisti ya da antogonisti etkileri nedeniyle kullanılmaktadır (98,99). O nedenle antidepresanların etki mekanizmalarının yanında, sahip oldukları yan etkileri ve bunların tolere edilebilirlik düzeyleri önem kazanmaktadır.

Buna göre; Trisiklik Antidepresanlar (örneğin; Laroxyl, Tofranil, Anafranil, Norpramin, Sinequan v.b.), antihistaminik, antikolinerjik, antiadrenerjik yan etkileri başta olmak üzere, sedasyon, konstipasyon, bulanık görme, ağız kuruluğu ve kardiyotoksik etkileri ile iştah ve vücut ağırlığı artışları gibi yan etkilere sahiptir (99). Monoamin Oksidaz İnhibitörleri'nin ise (örneğin; Nardil, Parnete, Marplan, Aurorix, Emsan v.b.) tehlike yaratan yan etkilerinin bulunması ve diğer ilaçlarla birlikte kullanımı ile ilgili kontraendikasyonları nedeniyle, bu grup antidepresan kullanan hastaların özel bir diyet uygulanması ve sık takiplerinin yapılması gerekmektedir (100).

Kullanılan ilaç türü, Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI) veya Serotonin Norepinefrin Gerilim İnhibitörleri (SNRI) ise (örneğin; Lustral, Cipralext, Cipram, Prozac, Seroxat, Faverin, Eflexor, Cymbalta, Ixel v.b.) huzursuzluk, cinsel fonksiyon bozuklukları, bulantı, motor hareketlerde değişim, uykusuzluk, sinirlilik, diyare, baş ağrısı gibi daha tolere edilebilir yan etkilere sahiptir. İştah ve vücut ağırlığı değişimleri üzerine etkilerine bakıldığında bazı hastalarda anoreksijenik etkiler görülürken, bazı hastalarda ciddi iştah artışları görülebilmektedir (101).

Bu çalışmada hastaların %79.3'ü düzenli antidepresan ilaç kullanırken, %20.7'si antidepresan ilaç kullanmamaktadır. Hastaların kullandıkları antidepresan ilaçlarının %9.1'i Efoxor, %14.6'sı Lustral, %11.0'ı Cipram, %10.6'sı Cipralax, %13.0'ı Prozac, %0.4'ü Mirtazamin, %3.9'u Depakin, %1.2'si Akeneton kullanmaktadır (Tablo 4.3.1.). Buna göre çalışmaya katılan hastaların büyük bir kısmının, SSRI ve SNRI grubu yeni nesil antidepresan ilaçları kullandıkları görülmüştür.

5.5. Hastaların Antropometrik Ölçümleri

Günümüzde insanların vücut ağırlıkları ve vücut şekilleri ile benlik saygıları ve duygu durumları ilişki içerisinde. Vücut ağırlığındaki artışlar; düşük bilişsel fonksiyon, sosyopati, agresif kişilik özellikleri, anksiyete, major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk veya agorafobi gibi psikolojik bozukluklarla ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalar vücut ağırlığına bağlı en sık görülen psikolojik sorunların düşük benlik saygısına bağlı disforik somatizasyon ve majör depresyon olduğunu göstermektedir (165,166). Örneğin yapılan bir çalışmada; $BKI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan bireylerin %81.3'ünde major depresyon, % 22.6'sında ise ciddi sosyal fobi olduğu görülmüştür (167). Bu konu ile ilgili yapılan bir başka çalışmada ise; $BKI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olan bireyler için, duygu durum bozuklukları ve major depresyon görülme oranının %40-%70 arasında olduğu bildirilmiştir (168).

Benlik saygısı, duygu durumu ve beden memnuniyetsizliğinin sosyal normlar ve ağırlık ile karşılaştırılması amaçlanan bir çalışmada, obez bireylerde majör depresyon oranının arttığı ve benlik saygılarının daha düşük olduğu; zayıf bireylerde ise depresyon oranının azaldığı fakat benlik saygılarında beklenen düzeyde bir artış olmadığı saptanmıştır (169). Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise $BKI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan bireylerde anksiyete, kişilik bozuklukları, panik atak, çeşitli fobiler, majör depresyon, manik ataklar, antisosyal davranış ve obsesif kompulsif bozukluklar gözlemlenmiştir (170).

Vücut kompozisyonu ve psikopatoloji arasındaki ilişkide cinsiyet ve yaş oldukça önemli birer faktördür. Vücut ağırlığı ile depresif bozukluklar arasında cinsiyetler arası farklar olduğu ve kadınların erkeklere göre vücut ağırlıkları arttıkça psikiyatrik ve psikososyal bozukluklara daha yatkın oldukları görülmektedir (171,172). Buna ek vücut ağırlığı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkide yaşın da etkili olduğu, özellikle orta yaş grubu bireylerde, genç yaşta bireylere göre vücut ağırlığı artışının depresif bozuklukları daha çok arttırdığı görülmektedir (173).

Genel olarak vücut ağırlığındaki artışın depresif bozukluklar için bir risk faktörü olduğu kabul edilen bir gerçektir. Ayrıca bu dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Çünkü vücut ağırlığı arttıkça gelişen depresif ruh hali bir süre sonra depresif ruh hali tedavi edilmedikçe artan vücut ağırlığı şeklinde bir kısır döngü halini alabilmektedir. O nedenle vücut ağırlığı artışı ile ortaya çıkan depresif semptomlar, ağırlık kaybı ile azalabilmektedir (173).

Bu çalışmada hastaların; %7.9'unun zayıf, %34.0'nın normal, %36.9'unun hafif şişman, %14.3'ünün 1.derece şişman, %4.9'unun 2.derece şişman ve %2.0'inin ise 3.derece şişman olduğu saptanmıştır. Erkek hastaların %16.3'ünün bel/kaçla oranı 0.90 cm ve altında, %9.4'ünün ise 0.90 cm'in üzerinde olduğu; kadın hastaların %17.7'sinin bel/kaç oranının 0.85 cm ve altında, %50.2'sinin ise 0.85 cm'in üzerinde olduğu belirlenmiştir. Buna ek erkek hastaların %5.9'unun vücut yağ yüzdesinin %25 ve altında, %18.2'sinin ise %25'in üzerinde olduğu; kadın hastaların %24.6'sının vücut yağ yüzdesinin %32 ve altında, %43.8'inin ise %32'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.2).

Buna göre; çalışmaya katılan hastaların en yüksek oranda hafif şişman grubunda oldukları görülmektedir. Özellikle kadın hastaların yarısından fazlasının bel/kaç oranlarının normal değerlerin üstünde olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde kadın hastaların büyük bir çoğunluğunun vücut yağ oranı da normal değerlerin üzerindedir.

Erkek hastaların büyük bir çoğunluğunda bel/kaçla oranı olması gereken değerler arasındayken vücut yağ yüzdesi açısından değerlendirildiğinde büyük çoğunluğun normal değerlerin üstünde olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin tümünün depresyon hastası oldukları göz önünde bulundurulduğunda antropometrik ölçüm sonuçları beklendiği gibi çoğunlukla olması gereken değerlerin üzerindedir.

5.6.Hastaların Beslenme Alışkanlıkları

Psikiyatrik ve psikosoyal bozukluklarla yeme davranışı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Özellikle yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresif ruh hali gibi farklı durumlara göre değiştiği bilinmekte ve kabul edilmektedir (174).

Yeme davranışı fiziksel, ruhsal ve sosyal faktörlerden etkilenen ve özellikle beyinde ödül mekanizmasının harekete geçmesiyle geçici mutluluğa sebep olan bir durumdur. O nedenle özellikle depresif kişiler üzüntü, stres ve kaygının arttığı durumlarda daha çok yemek yiyerek mutlu olmaya çalışmaktadır (174).

Depresif bireylerin klinik tablosunda; iştah değişimleri, yetersiz ve dengesiz beslenme, belli besin gruplarının tüketiminde artış ve buna bağlı vücut ağırlığı değişimleri, konstipasyon, dehidratasyon, serum vitamin düzeylerinde değişiklikler sıkça görülmektedir (102). Ayrıca kullanılan antidepresan ilaçların uyku düzeni üzerine olan etkileri nedeniyle de öğün atlama, ağırlık kontrolünün sağlanamaması, gece yeme sendromu gibi durumlarda oluşabilmektedir (174). Örneğin 481 kişinin katıldığı bir çalışmada, haftada 5 gün kahvaltı yapan 167 kişilik bir grup ile 214 kişilik kahvaltı yapmayan bir grup karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda kahvaltısını atlamayan grupta depresif semptomlar çok daha az gözlemlenmiştir (175).

Bu çalışmada hastaların beslenme alışkanlıklarının belirlenebilmesi için öncelikle ana ve ara öğün tüketimleri hakkında bilgiler alınmıştır.

Buna göre elde edilen en yüksek oranlar değerlendirildiğinde; hastaların %52.7'sinin 3 ana öğün; %46.3'ünün ise 2 ara öğün tükettikleri saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %47.2'si öğün atladıklarını, %52.8'i ise öğün atlamadıklarını belirtmiştir. Öğün atlayan hastaların %54.7'si öğle öğününü atladığını ve %40.5'i ise zaman yetersizliği sebebiyle öğün atladığını söylemiştir (Tablo 4.6.1.).

Çalışmada hastalardan kendi vücut ağırlıklarını değerlendirmeleri istenmiş ve %70.9'u daha ince olmayı istediklerini belirtmiştir. Buna göre vücut ağırlığı normal değerler arasında olan hastaların da daha ince olmayı istedikleri görülmektedir. Çalışmaya katılanların tümünün depresyon hastası oldukları göz önünde bulundurulduğunda hastalarda bozulmuş beden algısının geliştiği söylenebilir. Buna ek çalışmaya katılan hastaların %61.1 gibi büyük bir çoğunluğunun son 1 yıl içerisinde ortalama 7.04 ± 4.36 kg ağırlık kazandığı saptanmıştır (Tablo 4.6.2.).

Beden memnuniyetsizliği, düşük benlik saygısı ve depresyon arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalardan birinde; 40-65 yaş arasında 4543 kadın değerlendirilmiş ve beden imajındaki memnuniyetsizlik depresyonla ilişkili bulunmuştur (176). Örneklem grubunu kadınların oluşturduğu bir başka çalışmada ise beden imajındaki sorunlar ve düşük benlik saygısının psikopatolojik etkilerinin olduğu belirlenmiştir (177).

Depresif bireylerin diyet örüntüleri incelendiğinde daha çok karbonhidrattan zengin bir diyet örüntüsüne sahip oldukları görülmektedir (103). Karbonhidrat tüketimindeki yüksek oranların ana nedeni, manik ataklar esnasında basit şeker içeren besin maddelerini oldukça fazla tüketmelerine bağlanmaktadır. Ayrıca karbonhidrat alımının artmasının altında yatan bir diğer neden ise majör depresyonun karakteristik bulgusu olan “karbonhidrat tüketme isteğinin artması” duygusundan kaynaklandığı düşünülmektedir (103).

Majör depresyon ve tüketilen besin çeşitleri arasındaki ilişki ile ilgili yapılan bir çalışmada; sebze, meyve, sığır eti, koyun eti, balık ve tam tahıl tüketimi düşük depresyon düzeyi ile ilişkili bulunurken; çörek, işlenmiş et, pizza, cips, hamburger, beyaz ekmek, şeker, çeşitlendirilmiş sütlü içecekler ve bira tüketimi ile yüksek depresyon düzeyi ilişkili bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada meyve, salata, tofu, balık, çerez ve yoğurt ile depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır (178). 432 erkek ve 751 kadın ile yapılan bir başka çalışmada ise; depresyon düzeyi ile yeşil yapraklı sebze, balık ve kırmızı et tüketimi arasında negatif; soslu makarna ve yağlı dondurma tüketimi ile pozitif bir ilişki bulunurken; tahıl, süt ürünleri ve kümes hayvanlarının tüketimi ile ise bir ilişki saptanamamıştır (179).

Bu çalışmada ise hastalar en çok çikolata ve çikolatalı ürünler ile hamur işlerine aşırı istek duyduklarını belirtirken bunları patates kızartması, ekmek çeşitleri, makarna, kuru yemiş ve dondurma gibi yiyecekler takip etmektedir. Kremalı pasta, cips, gazlı içecekler ve fast-food tarzı yiyeceklere daha az istek duyduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hastalardan bu besinlerin dışında kendilerinin en çok istek duydukları besinleri yazmaları istenilmiş ve kebab çeşitleri, pilav, şerbetli tatlı, sütlü tatlı, simit ve kızartma şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 4.6.3). Litaratüre bezner şekilde bu çalışmada majör depresyon hastalarının karbonhidrat içeriği yüksek besinlere daha çok istek duydukları görülmektedir.

Beslenmenin depresyonun hem etiolojisinde hem de tedavisindeki yadsınamaz önemi nedeniyle günlük diyetle alınan enerji, makro ve mikro besin öğeleri oldukça önem taşımaktadır. Örneğin yağ ve protein gibi makro besin öğeleri özellikle sinir sistemi içerisinde miyelin kılıfların yapımı, onarımı ve sinir hücrelerinin metabolizmasında çok önemli role sahiptir. Bir diğer yandan her kronik hastalıkta olduğu gibi psikiyatrik hastalıklarda da artan oksidatif stresi önlemek ve tedavi etmek içinde antioksidan vitamin ve minerallere ihtiyaç bulunmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı düşük diyet kalitesinin depresyon için bir risk faktörü olduğu öngörülmektedir (62,63).

MD'li hastalarda görülen en yaygın beslenme yetersizliklerinin; antioksidan vitamin ve mineral yetersizliği, B grubu vitaminleri, elzem yağ asitleri yetersizliği ve nörotransmitterlerin öncüsü olan bazı aminoasitlerden yetersiz beslenmedir (63). Antioksidan sistem elemanlarından biri olan çinkonun MD'li bireylerde serum düzeylerinin genel popülasyona göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Buna ek serum çinko konsantrasyonu ile majör depresyonun şiddeti arasında negatif bir korelasyon olduğu ya da diyetle çinko alımının artmasıyla kişilerin depresif skorlarının yaklaşık %50 oranında azaldığı görülmüştür. Bu nedenle MD'li bireylerde düşük serum çinko seviyelerinin bu hastalığın inflamatuvar yanıtın bir göstergesi olduğu ve antidepresan ilaç tedavisini olumsuz yönde etkilediği öngörülmektedir (67).

Antioksidan sistem elemanlarından bir diğeri olan selenyum ile ilgili yapılan çalışmalar yüksek selenyum içeren diyet tüketen MD'li bireylerde depresif semptomlarının ve hastanede kalış sürelerinin azaldığı, duyu durum skorlarının ise arttığını görülmüştür (68). Oksidatif stresten korunmak için gerekli olan kuvvetli bir antioksidan olan C vitamini alımı MD'li hastalarda semptomları azalttığı, sağlıklı kişilerde ise depresif skorları düşürdüğü görülmüştür (69). Özellikle oksidatif strete lipid peroksidasyonundan membranları koruyucu etkisi sebebiyle E vitamini MD'de oldukça önemli bir diğer antioksidan vitamindir. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada MD'li hastalarda serum E vitamini düzeylerinin sağlıklı popülasyona göre daha düşük olduğu saptanmıştır (70). Bu konuyla ilgili yapılan bir başka çalışmada da; bireylerin plazma E vitamini düzeyi ve diyetle E vitamini alımları belirlenmiş ve MD'li bireylerin plazma alfa tokoferol düzeyi, sağlıklı bireylere göre düşük bulunmuştur. Ancak bu çalışmaya katılan bireylerin diyetle E vitamini alımları değerlendirildiğinde %80'nin E vitamini alımlarının önerileri karşıladığı veya önerilerin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle diyetle alım, plazma alfa tokoferol düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır (180).

Bu çalışmada hastaların antioksidan vitamin ve mineral alımları incelendiğinde; E vitamini alım ortalaması 17.0 ± 9.95 mg, C vitamini alım ortalaması 88.0 ± 106.07 mcg, çinko alım ortalaması 9.7 ± 3.55 mg, bakır alımlarının 1.7 ± 0.88 mcg olduğu belirlenmiştir. Bu vitamin ve mineral alımları DRI referansları ile karşılaştırılmış ve buna göre hastaların %49.3'ü E vitaminini, %62.1'i C vitamini, %90.1'inin çinkoyu, %73.9'unun ise bakırı referans değerlerin altında aldığı görülmüştür (Tablo 4.6.5).

Majör depresyon hastalarında sıkça eksiliği görülen bir diğer vitamin grubu B grubu vitaminleridir. MD'li hastaların serum ve kırmızı kan hücrelerinde B₁₂ ve folat düzeylerinin sağlıklı gruplara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca folat eksikliğinin; serotonerjik fonksiyonlar ile antidepresan yanıtı azalttığı ve bilişsel performansı düşürdüğüde bilinmektedir (73). Yapılan bir çalışmada; 4 ay süre ile folik asitten yetersiz beslenmenin uykusuzluk, huzursuzluk, agresyon, halsizlik, isteksizlik gibi depresif belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olduğu ve bu bulguların folik asit desteği sonucu düzeldiği gösterilmiştir (181).

B₆ ve B₁₂ vitaminleri ve depresyon arasındaki ilişkide bu vitaminlerin homosistein metabolizması üzerindeki etkisine bağlanmaktadır. Şöyleki yaşları 46-64 yıl arasında değişen 924 erkek birey serum homosistein düzeyine göre 3 gruba ayrılmış ve homosistein düzeyi en yüksek olan grupta, en düşük olan gruba göre depresif semptomlar daha sık görülmüştür (181). 140 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise 3 aylık B₁₂ vitamin takviyesinin depresif semptomlarını iyileştirdiği gözlemlenmiştir (182). Aynı şekilde yapılan bir vaka çalışmasında ise; 10 gün boyunca kişilere 1000 µg/gün kobalamin takviyesi yapılmış ve kişilerin psikiyatrik sonuçlarında iyileşmeler gözlenmiştir (183). Buna ek yapılan bir müdahale çalışmasında ise; MD'li bireylerde antidepresan kullanımı ile birlikte B₆ vitamini takviyesi yapılmış ve tedavi sürecinde oldukça yararlı etkilerinin olduğu görülmüştür (184).

Bu çalışmada hastaların B grubu vitamin alımları değerlendirildiğinde tiamin, riboflavin, niasin, B₆, B₁₂ ve folat alım ortalamaları sırası ile 0.7±0.29 mg, 1.2±0.76 mg, 21.6±8.83 mg, 1.0±0.42 mg ve 4.5±5.80 mcg ve 225.5±106.07 mcg'dır. Buna göre hastaların %65.0'ı niasini yeterli düzeyde alırken; %91.1', tiamini ve %68.0'ı riboflavini yetersiz düzeyde almaktadır. Benzer şekilde %87.7'si B₆ vitamini, %61.6'sı B₁₂ vitaminini ve %87.2'si ise folatı yetersiz düzeyde aldığı görülmüştür (Tablo 4.6.5).

Diyetin makro besin ögesi içeriğinde majör depresyon ile oldukça ilişkilidir. Özellikle diyetin doymamış yağ asidi örüntüsü psikiyatrik hastalıkların etiolojisinde oldukça önemli bir role sahiptir. Doymamış yağ asitlerinin sinaptik hücre membranlarının yapısına katılımları ve yetersizlikleri durumunda hücre membran yapısının değişmesine neden olmaları MD için bir risk faktörü halini alabilmektedir. Özellikle inflamasyon oluşumunu azaltıcı, serotonin reseptör duyarlılığını arttırıcı ve beynin ihtiyaç duyduğu diğer kimyasalların öncüsü olmaları MD ile direk bir ilişki içinde olduklarının göstergesidir (75). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda toplumlarda elzem yağ asitleri tüketimi azaldıkça majör depresyon vakalarının arttığı; diyetin özellikle omega-3 yağ asidi açısından yetersiz olması ile majör depresyon semptomları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve hastaların özellikle yeterli n-3 yağ asidi alımları ile duygu durum profillerinin olumlu yönde geliştiği, sinir, endişe ve kaygı skorlarında azalmalar olduğu tespit edilmiştir (76,77).

Aynı şekilde diyetin enerji, protein ve karbonhidrat miktarı ile majör depresyon skorları arasında da ilişki mevcuttur. Yapılan bir çalışmada düşük düzeyde enerji ve karbonhidrat (800 kkal; % 58 protein ve %42 yağ) içeren bir beslenme tarzı ve karbonhidrat takviyesi yapılmış olan bir beslenme (1000 kkal; % 42 protein, % 30 yağ ve %28 karbonhidrat) tarzının kişilerin duygu durumu üzerindeki etkileri araştırılmıştır. 10 günlük süreç boyunca karbonhidratsız diyeti tüketen grupta diğer gruba göre psikolojik iyilik hali gözlenirken daha sonraki dönemde duygudurum yaklaşımları oldukça depresif bir hal almıştır (185).

28 birey ile yapılan bir başka çalışmada ise yüksek proteinli (%30 protein, %40 karbonhidrat ve %30 yağ) ve düşük proteinli (%15 protein, %55 karbonhidrat, %30 yağ) beslenen gruplar oluşturulmuş ve yüksek proteinli diyet ile beslenen grupta depresyon düzeyinde azalma sağlanmıştır. Ayrıca yüksek proteinli diyet tüketenlerin benlik saygısı düzeylerinde artışlar gözlenmiştir. Fakat depresyon ve benlik saygısı düzeylerinde çıkan bu sonuçların, yüksek protein ile beslenmeden mi ya da düşük karbonhidrat ile beslenmeden mi, yoksa ikisinin kombinasyonundan dolayı mı olduğu hala açık değildir (186).

Bu çalışmada hastaların enerji ve makro besin öğeleri tüketimleri incelendiğinde; günlük enerji tüketim ortalamalarının 1770.0 ± 476.67 kkal olduğu belirlenmiştir. Günlük karbonhidrat, protein ve yağ tüketim ortalamaları ise sırasıyla 202.8 ± 77.44 g, 62.2 ± 21.15 g, 73.9 ± 26.81 g'dır. Toplam enerjinin karbonhidrattan gelen oranı $\%47.0 \pm 10.18$, proteinden gelen oranı $\%14.8 \pm 4.04$ ve yağdan gelen oranı ise $\%37.8 \pm 9.80$ olarak saptanmıştır Enerjinin doymuş yağ asitlerinden gelen oranı $\%24.6 \pm 9.48$, tekli doymamış yağ asitlerinden gelen oranı $\%26.7 \pm 11.55$ ve çoklu doymamış yağ asitlerinden gelen oranı $\%17.3 \pm 11.41$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6.4). Buna göre bu çalışmaya katılan bireylerin beslenme örüntüleri incelendiğinde; enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesinin düşük, yağdan gelen yüzdesinin ise önerilerin üzerinde olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların günlük posa alım ortalaması 18.1 ± 7.88 g olarak saptanmıştır. Bu miktar önerilen günlük posa alım düzeyinin altındadır. Özellikle MD'li hastalarda kullanılan antidepresanların yan etkileri başta olmak üzere özellikle sağlıksız ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak sıkça konstipasyon gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (83).

Özetle majör depresyon ve beslenme arasındaki ilişkinin bu kadar önemli olmasının sebebi; beslenme ile vücuda alınan makro ve mikro besin öğelerinin doğrudan majör depresyonun etiyolojisinde rol oynayan birçok biyolojik maddenin yapısına girmesi olduğu düşünülebilir. Tüm bu sebepler nedeniyle depresyon tedavisinde psikoterapi ve ilaç tedavisinin yanı sıra bu tedavileri destekleyen, kişiye özgü beslenme tedavisinin de uygulanması önem taşımaktadır.

5.7.Aşırı Besin İsteği

Aşırı Besin İsteği (Food Craving) son yıllarda oldukça gündemde olan ve görülme sıklığı git gide artan bir çeşit yeme bozukluğudur. Genel olarak Yeme Bağımlılığı (Food Addiction) kavramı ile de tanımlanabilen bu durum yapılan laboratuvar, epidemiyolojik, klinik ve genetik araştırmaların sonuçları ile klinik geçerliliğini kısmen gösterse de nörobiyolojik araştırmalarda aynı madde bağımlılığında olduğu gibi bir ödül sistemine dayandığı ortaya çıkmaktadır (87,88). Ancak yeme bağımlılığı kavramı için bazı otoriteler; hayatta kalmak için herkesin beslenmek zorunda olduğunu ve besin maddelerinin bağımlılık yapıcı etkileri olan maddeler olarak tanımlanmasının pek de uygun olmadığını belirtmişlerdir. Yiyecek, cinsellik, bakım verme gibi işlevlerin doğal ödülleri olarak bilindiğini ve patolojik olan kumar, alkol ve madde bağımlılıklarından farklı bir yerde değerlendirilmesinin uygun olduğunu ileri sürmüşlerdir (89).

Genel olarak aşırı besin isteği; fizyolojik veya psikolojik durumların etkisiyle besin alımının artması olarak tanımlanabilir ve bu durum duygu durum bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (113,114). Buradan yola çıkarak bir kişide aşırı besin isteğinin olup olmadığının ölçümlenebilmesi için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan biride Cepeda-Benito ve arkadaşlarının geliştirdikleri Aşırı Besin İsteği Ölçeği (FCQ-Food Cravings Questionnaires)'dır. Aşırı besin isteğinin objektif olarak ölçülebilmesi amacıyla geliştirilen ölçek; davranışsal, bilişsel ve psikolojik durumların yeme davranışı üzerindeki etkilerini ölçmektedir (115-117).

FCQ; İngiltere'de 2000 yılında geliştirilmiş, tüm geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Sonrasında çeşitli validasyon çalışmaları ile FCQ; İspanyolca, Almanca, Korece ve İtalyanca'ya çevrilmiş ve bu ülkelerde de kullanılmaya başlanmıştır (113-115).

Bu çalışmaya katılan MD'li hastalarda aşırı besin isteğinin olup olmadığını ölçümlemek için ABİS-FCQ ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkiye'de geçerliği ve güvenilirliği olmadığı için öncelikle geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, sonrasında çalışmaya katılan hastalar üzerinde uygulanmıştır. Çalışmada öncelikle ölçeğin faktör ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Buna göre ölçekteki maddeler arasında yeterli korelasyonun olup olmadığı ve örneklem büyüklüğünün yeterliliği incelenmiş; örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu (KMO=0.94) ve maddeler arasında faktör analizi yapılabilecek yeterli düzeyde ilişkinin olduğu saptanmıştır ($\chi^2=6609$; $p=0.00$) (Tablo 4.7.1).

Ölçeğin uyumunun değerlendirilmesinde Ki-kare (χ^2) İyi Uyum İndeksi kullanılmış ve bunun sonucunda ölçeğin mükemmel bir uyuma sahip olduğu saptanmıştır. ABİS ölçeğinin 9 faktörüne ilişkin puanlar ile ölçeğin toplam puanları arasında pozitif ve güçlü korelasyonlar saptanmıştır (Tablo 4.7.2).

ABİS ölçeğinin maddeleri arasında iç tutarlılığın (güvenirliliğin) ne düzeyde olduğu, madde toplam korelasyonları ve Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayıları ile incelenmiş ve buna göre ölçeğinin bütünlüğü için Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı 0.97 bulunmuştur. Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı 0-1 arasında bir değer almaktadır. Bu katsayının 1'e yaklaşması ölçeğin mükemmel derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Ayrıca tüm maddelerin toplam puanla korelasyonu pozitif ve 0.40'ın üzerinde bulunmuştur. Bu durum ölçeğin bir bütün olarak aşırı besin isteğini ölçebilecek düzeyde olduğu anlamına gelmektedir (Tablo 4.8.1.).

ABİS ölçeğinin tes-tekrar test güvenilirliğinin saptanabilmesi için rastgele yöntemle seçilen 35 hastaya 4 hafta sonra aynı ölçek tekrar uygulanmıştır. Böylece hem ölçeğin genel puanının hem de 9 faktörün test-tekrar test güvenilirlik katsayısını belirlenmesi sağlanmış ve bunun içinde Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Ölçek toplam puanı için; hem öncesi hem de sonrası arasındaki korelasyon katsayısı 0.98 olarak bulunmuştur. Bu değer ABİS ölçeğinin mükemmel derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

ABİS ölçeğın geçerlik ve güvenirligi tamamladıktan sonra çalışmaya katılan hastalara uygulanmış ve hastaların ölçekten aldıkları puanların alt ve üst değerleri 49-219 puan, ortalaması 119.8±40.11 puandır. Genel olarak ABİS ölçeğinden alınabilecek puanlar için alt ve üst değerler 39-234 puandır. Ölçek değerlendirilirken; alınan puan arttıkça, aşırı besin isteğininde arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Buna göre bu çalışmaya katılan hastaların aşırı besin isteklerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Çalışmada hastaların ABİS ölçeğinden aldıkları puanlar, depresyon süreleri ve duygu durumları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Buna göre yaş ile ABİS puanı, depresyon süresi ve duygu durumu arasında negatif yönde ancak istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir korelasyon saptanmıştır ($p>0.05$). Yani yaş arttıkça hastaların aşırı besin istekleri ve duygu durum puanları azalırken, depresyon süreleri artmaktadır. Cinsiyet ile ABİS puanı, depresyon süresi ve duygu durumu arasındaki korelasyon incelendiğinde; kadınların erkeklere göre ABİS puanının daha yüksek olduğu, kadınların depresyon sürelerinin erkeklerden daha uzun olduğu ve erkeklerin duygu durumu puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmış ve bu korelasyonlar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.10.1).

Çalışmada antidepresan kullanan hastaların kullanmayanlara göre ABİS puanları, depresyon süreleri ve duygu durumları daha yüksek bulunmuş ve bu korelasyonlar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.1). Bu durum antidepresan ilaçların iştah değişimi üzerine olan etkileri nedeniyle gelişmiş olabilir.

Çalışmada hastaların yemek yeme hızı ile ABİS skorları arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bunun yanı sıra diyet tedavisi almayanların ABİS puanlarının ve depresyon sürelerinin daha yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki korelasyon istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Kişilerin sağlıklı ve dengeli beslenmeyi öğrenmelerinin aşırı besin isteklerinin azalmasına neden olduğu düşünülebilir.

Majör depresyonda aşırı besin isteği ile ilgili yapılan çalışmalarda elde edilen ortak sonuç her yiyecek maddesinin vücutta aşırı istek uyandırmadığı, özellikle yağlı, tuzlu, şekerli ve katkı maddeleri içeren besinlerin bu etkilerinin daha belirgin olduğu yönündedir. Bu nedenle klinik araştırmalar özellikle çikolata ve şeker gibi basit karbonhidrat içeren yiyeceklerin üzerinde odaklanmıştır. Bu tür besinlerin doğrudan ölçülebilir bir psikoaktif etkilerinin olduğu; tüketim sonrasında öfke, gerilim ve çeşitli depresif semptomların azaldığı gözlemlenmiştir (87-90).

Beslenmenin; yalnızca homeostatik sistemler tarafından kontrol edilmesi halinde herkesin ideal kilosunda olması gerektiği ancak beyinin ödül sisteminin lezzet ve haz alma ile olan ilişkisi sebebiyle bazı besin maddelerini aşırı tüketimine yönelmesine neden olduğu düşünülmektedir. Tüketilen besin maddesine göre farklı fizyolojik etkilerin ortaya çıkması, örneğin besin maddesinin niteliği (şekerli ve/veya yağdan zengin) gibi, yeme davranışını pekiştirmektedir. Ayrıca bu tür besinlerin tüketimi ile başta dopamin olmak üzere çeşitli biyolojik maddelerin salınımı da yeme davranışı üzerinde etkilidir (92,93).

Örneğin beyin görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan klinik araştırmalarda; çoğunlukla lezzetli ve keyif verecek bir yemeği tüketirken, sıradan bir yiyeceğin tüketiminden farklı olarak orta beyin, ventral striatum ve posterior sağ amigdalada artmış dopaminerjik etkinliğin olduğunu görülmüştür. Diğer yandan keyif veren bir içecek beklentisinin ise, amigdala ve mediodorsal talamus etkinliğinde artışa neden olduğuda belirlenmiştir. Beyin görüntüleme ve klinik deneylerinin yapıldığı bu araştırmaların çoğu; bu durumun dopaminerjik sistem ile bağlantılı olduğunu öngörmektedir (93,94).

Bu çalışmada ise beklenildiği şekilde hastaların aşırı istek duydukları besin çeşitlerinin tümü ile ABİS puanları, depresyon süreleri ve duygu durumu puanları arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmıştır.

Bunlar arasında okolata ve okolatalı ürünler, kremalı pasta ve pastane ürünleri, fast-food türü yiyecekler, patates kızartması ve hamur işleri ile ABİS puanı arasındaki pozitif ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kremalı pasta ve pastane ürünleri ve cips ile duygu durumu puanları arasındaki pozitif ilişki de istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10.2).

Son olarak çalışmada beklenildiği gibi hastaların vücut ağırlıkları, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve yağ dokusu ile ABİS puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10.4). Ayrıca hastalar fiziksel aktivite düzeylerine göre değerlendirildiğinde ise inaktif hastaların toplam ABİS puanlarının ve depresyon sürelerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülürken, çok aktif hastaların ise duygu durum puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11.1). Elde edilen bu sonuçlar neticesinde hastaların fiziksel aktivite düzeyleri azaldıkça ABİS puanlarının arttığı görülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

1. Çalışmaya 20-64 yaş arası, 144'ü kadın (%70.9) ve 59'u erkek (%29.1) olmak üzere toplam 203 majör depresyonlu hasta katılmıştır.
2. Hastaların yaş ortalaması 37.1 ± 11.98 yıl olarak belirlenmiştir.
3. Hastaların %56.2'si evli, %35.0'ı bekar ve %8.9'u dul veya boşanmıştır.
4. Hastaların %23.6'sı yalnız, %1.0'ı arkadaşıyla ve %75.4'ü ise ailesiyle yaşamaktadır.
5. Hastaların %1.0'ının okur yazar olmadığı, %3.4'ünün ilkokul mezunu, %5.4'ünün ortaokul mezunu, %34.5'inin lise mezunu, %48.3'ünün üniversite mezunu ve %7.4'ünün yüksek lisans veya doktora mezunu olduğu saptanmıştır.
6. Hastaların %11.8'inin öğrenci, %15.9'unun memur, %16.7'sinin serbest meslek, %10.8'inin emekli, %20.2'sinin ev hanımı, %18.2'sinin işçi ve %6.4'ünün işsiz olduğu belirlenmiştir.
7. Hastaların %57.6'sının doktor tarafından tanısı konulmuş başka bir hastalığı bulunmazken; %0.8'inde kanser, %15.4'ünde kalp damar hastalığı, %19.2'sinde hipertansiyon, %3.8'inde şeker hastalığı, %11.5'inde sindirim sistemi hastalıkları, %1.5'inde böbrek hastalıkları, %8.4'ünde kadın hastalıkları, %1.5'inde eklem ve kemik hastalıkları, %17.1'inde tiroid hastalıkları, %6.2'sinde solunum yolu hastalıkları, %1.5'inde kansızlık, %3.1'inde migren hastalıkları ve %10.0'unda ise insülin direnci vardır.
8. Hastaların %36.0'ı sigara içmekte, %64.0'ı ise sigara içmemektedir. Sigara içen hastaların, sigara içme süre ortalamalarının 14.0 ± 9.38 yıl ve günlük içilen sigara sayısının ise ortalama 14.7 ± 7.82 adet olduğu belirlenmiştir.
9. Hastaların %33.5'i alkol tüketmekte, %66.5'i ise alkol tüketmemektedir. Alkol tüketen hastaların alkol içme süre ortalamaları 11.7 ± 8.00 yıl, alkol tüketim miktarları ise ortalama 159.5 ± 118.04 ml/gün olarak belirlenmiştir.
10. Hastaların %55.2'sinin inaktif, %42.4'ünün minimum aktif ve %2.5'inin çok aktif olduğu saptanmıştır.

11. Erkek hastaların depresyon süreleri ortalama 13.1 ± 7.78 ay, kadın hastaların 12.5 ± 7.45 ay olarak belirlenmiştir.
12. Genel toplamda hastaların duygu durumu puanlarının medyanı 5 puan, erkek hastaların duygu durum puanlarının 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan; kadın hastaların duygu durum puanlarının 1. çeyrek değeri 4 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan olarak saptanmıştır.
13. Erkek hastaların %79.7'si, kadın hastaların %79.2'si antidepresan ilaç kullanmaktadır.
14. Kadın hastaların kullandıkları antidepresan ilaçlarının %11.1'i Efoxor, %20.1'i Lustral, %12.5'i Cipram, %13.2'si Cipralex, %18.1'i Prozac, %0.7'si Mirtazamin, %3.5'i Depakin'dir.
15. Erkek hastaların vücut ağırlıklarının alt ve üst değerleri 67.0-133.0 kg; ortalaması 80.9 ± 13.58 kg olarak saptanmıştır. Erkek hastaların boy uzunluklarının ortalaması ise 174.5 ± 7.31 cm olarak belirlenmiştir.
16. Kadın hastaların vücut ağırlıklarının alt ve üst değerleri 42.8-113.0 kg; ortalaması 70.6 ± 14.8 kg olarak belirlenmiştir. Kadın hastaların boy uzunluklarının ortalaması ise 162.8 ± 6.02 cm olarak belirlenmiştir.
17. Erkek hastaların BKI alt ve üst değerleri 19.9-38.4 kg/m^2 , ortalaması 26.5 ± 4.12 kg/m^2 dir.
18. Kadın hastaların BKI alt ve üst değerleri 16.5-27.3 kg/m^2 , ortalaması 26.8 ± 5.73 kg/m^2 dir.
19. Hastaların tümü değerlendirildiğinde %7.9'unun zayıf, %34.0'ının normal, %36.9'unun hafif şişman, %14.3'ünün 1.derece şişman, %4.9'unun 2.derece şişman ve %2.0'ının ise 3.derece şişman olduğu belirlenmiştir.
20. Erkek ve kadın hastaların BKI değerleri ayrı ayrı incelenip en yüksek oranlara bakıldığında, erkek hastaların %44.1'inin, kadın hastaların ise %34.0'ının hafif şişman olduğu görülmektedir.
21. Erkek hastaların %16.3'ünün bel/kalça oranı 0.90 cm ve altında, %9.4'ünün ise 0.90 cm'in üzerindedir.
22. Kadın hastaların %17.7'sinin bel/kalça oranı 0.85 cm ve altında, %50.2'sinin 0.85 cm'in üzerindedir.

23. Erkek hastaların %5.9'unun vücut yağ yüzdesi %25 ve altında, %18.2'sinin vücut yağ yüzdesi %25'in üzerindedir.
24. Kadın hastaların %24.6'sının vücut yağ yüzdesi %32 ve altında, %43.8'inin vücut yağ yüzdesi %32'nin üzerindedir.
25. Hastaların %1'i 1 ana öğün, %46.3'ü 2 ana öğün ve %52.7'si 3 ana öğün tüketmektedir.
26. Hastaların %19.2'si 1 ara öğün, %35.5'i 2 ara öğün, %17.7'si 3 ara öğün, %3.9'u 4 ara öğün tüketirken, %23.6'sı hiç ara öğün tüketmediklerini belirtmiştir.
27. Hastaların %47.2'si öğün atladıklarını, %52.8'i ise öğün atlamadıklarını belirtmiştir.
28. Öğün atlayan hastaların % 32.0'ı sabah öğünü, %54.7'si öğle öğününü, %13.3'ü akşam öğününü atladığını belirtmiştir.
29. Hastaların öğün atlama nedenleri içerisinde %7.2'sinin zayıflama, %40.5'inin zaman yetersizliği, %28.7'sinin canının istememesi, %14.9'unun üşengeçlik ve %8.7'sinin ise unutma olduğu saptanmıştır.
30. Hastaların %0.5'i çok yavaş, %10.8'i yavaş, %42.9'u orta, %38.4'ü hızlı ve %7.4'ü ise çok hızlı yemek yediğini ifade etmiştir.
31. Hastaların çikolata ve çikolatalı ürünlere aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 6 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak saptanmıştır.
32. Hastaların kremalı pasta ve pastane ürünlerine aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 0-10 puan, medyanı 4 puan, 1. çeyrek değeri 2 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan olarak saptanmıştır.
33. Hastaların çipse aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 0-10 puan, medyanı 3 puan, 1. çeyrek değeri 1 puan ve 3. çeyrek değeri 5 puan olarak belirlenmiştir.
34. Hastaların gazlı içeceklere karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 4 puan, 1. çeyrek değeri 1 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak belirlenmiştir.

35. Fast-food yiyeceklere karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 4 puan, 1. çeyrek değeri 2 puan ve 3. çeyrek değeri 6 puan olarak gözlemlenmiştir.
36. Hastaların patates kızartmasına karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri ise 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak saptanmıştır.
37. Hastaların ekmek çeşitlerine karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak belirlenmiştir.
38. Hastaların makarnaya karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri ise 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak saptanmıştır.
39. Hastaların hamur işlerine karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 6 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak belirlenmiştir.
40. Hastaların kuru yemiş çeşitlerine karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri ise 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 7 puan olarak saptanmıştır.
41. Hastaların dondurmaya karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan, medyanı 5 puan, 1. çeyrek değeri 3 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak saptanmıştır.
42. Hastaların meyveye karşı aşırı istek duyma durumlarının alt ve üst değerleri 1-10 puan medyanı 7 puan, 1. çeyrek değeri 5 puan ve 3. çeyrek değeri 8 puan olarak belirlenmiştir.
43. Hastaların günlük enerji tüketim ortalamaları 1770.0 ± 476.67 kkal olarak saptanmıştır.
44. Günlük alınan toplam enerjinin karbonhidrattan gelen oranı ortalama $\%47.0 \pm 10.18$, proteinden gelen oranı ortalama $\%14.8 \pm 4.04$ ve yağdan gelen oranı ise ortalama $\%37.8 \pm 9.80$ olarak belirlenmiştir.
45. Hastaların günlük posa tüketim ortalaması 18.1 ± 7.88 g olarak bulunmuştur.
46. Erkek hastaların enerji, makro besin öğelerinin tamamı ve posa alım ortalamaları kadın hastaların alım ortalamalarından daha yüksektir.

47. Hastaların %62.1'inin A vitaminini ve %49.3'ünün E vitaminini, %91.1'i tiamini, %68.0'ı ise riboflavini, %87.7'sinin B₆ vitamini, %61.6'sının B₁₂ vitaminini, %62.1'i C vitaminini yetersiz almaktadır.
48. Hastaların %84.7'si kalsiyumu, %90.1'i çinkoyu, %90.6'sı magnezyumu, %92.1'i demiri ve %73.9'u ise bakırı yetersiz almaktadır.
49. Erkek hastaların mikro besin öğelerinin tamamı için alım ortalamalarının kadın hastaların alım ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür.
50. Yaş ile ABİS puanı ($r = -0.010$, $p = 0.891$), depresyon süresi ($r = -0.004$, $p = 0.959$) ve duygu durumu ($r = -0.013$, $p = 0.854$) arasında negatif yönde bir ilişki saptanmış ancak bu durum istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır.
51. Kadınların ABİS ölçeğinden aldıkları puanın erkeklerin aldıkları puandan daha yüksek olduğu görülmüş ancak aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).
52. Kadınların depresyon süreleri erkeklerden daha uzun olduğu belirlenmiş ancak aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).
53. Erkeklerin duygu durumu puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmış ancak aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).
54. Antidepresan kullanan bireylerin ABİS puanları, kullanmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).
55. Antidepresan kullanan bireylerin depresyon süreleri ve duygu durumu puanları antidepresan kullanmayan bireylere daha yüksek saptanmış ve aradaki farklar istatistiksel açıdan oldukça önemli bulunmuştur ($r = 0.258$, $p = 0.000$; $r = 0.184$, $p = 0.008$).
56. Ana öğün tüketme sayısı ile ABİS puanı, depresyon süresi ve duygu durumu arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmış ancak aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).
57. Bireylerin ara öğün tüketme sayısı ile ABİS puanı ve depresyon süresi arasında pozitif yönde; duygu durumu ile ise negatif yönde bir korelasyon saptanmış ancak bu durumda da aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

58. Hastaların yemek yeme hızı ile ABİS skoru arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır ($r=0.241$, $p=0.001$).
59. Diyet tedavisi almayan bireylerin ABİS puanlarının ve depresyon sürelerinin daha yüksek olduğu saptanmış fakat aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).
60. Diyet tedavisi alan bireylerin duygu durumları almayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($r=0.216$, $p=0.002$).
61. Aşırı istek duyulan çeşitlerinin tümü ile ABİS puanı, depresyon süresi ve duygu durumu arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmıştır. Bunlar arasında çikolata ve çikolatalı ürünler, kremalı pasta ve pastane ürünleri, fast-food türü yiyecekler, patates kızartması ve hamur işleri ile ABİS puanı arasındaki pozitif ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).
62. Diyetle protein (g) ($r=0.183$, $p=0.01$) ve demir ($r=0.148$, $p=0.038$) alımı ile ABİS puanı arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır.
63. Diyetle enerji, karbonhidrat (g), protein (g), protein (%), toplam yağ (g), toplam yağ (%), doymuş yağ asidi (%), tekli doymamış yağ asidi (%), posa, A vitamini, tiamin, riboflavin, niasin, folat, B₆ vitamini, B₁₂ vitamini, çinko, magnezyum ve bakır alımı ile ABİS puanı arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmış ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).
64. Diyetle karbonhidrat (%), yağ (%), çoklu doymamış yağ asidi (%), E vitamini, C vitamini ve kalsiyum alımı ile ABİS puanı arasında negatif yönde ancak istatistiksel açıdan önemli olmayan bir korelasyon saptanmıştır ($p>0.05$).
65. Vücut ağırlığı ($r=0.154$, $p=0.028$), BKİ ($r=0.157$, $p=0.025$), bel çevresi ($r=0.204$, $p=0.005$), kalça çevresi ($r=0.203$, $p=0.005$) ve yağ dokusu (kg) ($r=0.181$, $p=0.013$) ile ABİS puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli korelasyonlar saptanmıştır.
66. Vücut ağırlığı ($r=-0.239$, $p=0.001$), BKİ ($r=-0.216$, $p=0.002$), bel çevresi ($r=-0.212$, $p=0.003$), kalça çevresi ($r=-0.184$, $p=0.011$), bel/kalça oranı ($r=-0.156$,

$p=0.032$), vücut yağı (%) ($r=-0.187$, $p=0.010$) ve yağ dokusu ($r=-0.238$, $p=0.001$) ile duygu durumu arasında negatif yönde ve istatistiksel açıdan önemli korelasyonlar saptanmıştır.

67. Toplam ABİS puanı; evlilerde ortalama 118.7 ± 41.71 puan, bekarlarda ortalama 117.5 ± 37.60 puan ve dul/boşanmışlarda ise ortalama 135.6 ± 37.90 puandır.
68. Evlilerin depresyon süresi ortalama 12.6 ± 7.25 ay, bekarların ortalama 12.3 ± 7.72 ay ve dul/boşanmışların ortalama 14.6 ± 8.61 aydır.
69. Evlilerin duygu durumu ortalama 4.5 ± 1.71 puan, bekarların ortalama 4.8 ± 1.47 puan ve dul/boşanmışların ise ortalama 3.6 ± 1.64 puandır.
70. Toplam ABİS puanı; yalnız yaşayanlarda ortalama 122.3 ± 39.13 puan, arkadaş ile yaşayanlarda ortalama 110.0 ± 12.72 puan, aile ile yaşayanlarda ise ortalama 119.1 ± 40.74 puandır.
71. Yalnız yaşayanların depresyon süresi ortalama 14.0 ± 8.77 ay, arkadaş ile yaşayanların ortalama 21.0 ± 4.24 ay, aile ile yaşayanların ise ortalama 12.2 ± 7.05 aydır.
72. Yalnız yaşayanların duygu durumu puanları ortalama 4.4 ± 1.60 puan, arkadaş ile yaşayanların ortalama 4.0 ± 1.41 puan, aile ile yaşayanların ise ortalama 4.6 ± 1.67 puandır.
73. Okur yazar olmayan bireylerin toplam ABİS puanı ortalama 174.5 ± 3.53 puan, ilkokul mezunu olanların ortalama 114.1 ± 43.10 puan, ortaokul mezunu olanların ortalama 125.9 ± 49.00 puan, lise mezunu olanların ortalama 117.9 ± 42.70 puan, üniversite mezunu olanların ortalama 117.4 ± 37.90 puan ve lisansüstü eğitim alanların ortalama 134.7 ± 31.19 puandır.
74. Okur-yazar olmayanların depresyon süreleri ortalama 21.0 ± 4.24 ay, ilkokul mezunu olanların ortalama 17.0 ± 5.80 ay, ortaokul mezunu olanların ortalama 10.3 ± 7.72 ay, lise mezunu olanların ortalama 12.4 ± 6.99 ay, üniversite mezunu olanların ortalama 12.3 ± 7.75 ay ve lisansüstü eğitim alanların ise ortalama 15.0 ± 8.54 aydır.
75. Duygu durumu açısından değerlendirildiğinde okur-yazar olmayanların duygu durumu puanları ortalama 5.5 ± 0.70 puan, ilkokul mezunu olanların ortalama 3.71 ± 2.13 puan, ortaokul mezunu olanların ortalama 4.54 ± 1.96

puan, lise mezunu olanların ortalama 4.47 ± 1.68 puan, üniversite mezunu olanların ortalama 4.78 ± 1.52 puan ve lisansüstü eğitim alanların ortalama 4.26 ± 1.86 puandır.

76. Öğrencilerin toplam ABİS puanları ortalama 122.7 ± 32.76 puan, memurların ortalama 130.1 ± 40.61 puan, serbest meslek sahiplerinin ortalama 115.3 ± 37.99 puan, emeklilerin ortalama 104.0 ± 37.15 puan, ev hanımlarının ortalama 117.4 ± 42.68 puan, işçilerin ortalama 121.7 ± 42.35 puan ve işsizlerin ortalama 129.3 ± 44.55 puandır.

77. Öğrencilerin depresyon süreleri ortalama 10.5 ± 6.45 ay, memurların ortalama 11.4 ± 8.13 ay, serbest meslek sahiplerinin ortalama 13.4 ± 7.69 ay, emeklilerin ortalama 11.6 ± 7.71 ay, ev hanımlarının ortalama 12.1 ± 6.28 ay, işçilerin ortalama 15.6 ± 8.39 ay ve işsizlerin ortalama 13.2 ± 7.10 aydır.

78. Öğrencilerin duygu durumu puanları ortalama 5.0 ± 1.58 puan, memurların ortalama 4.5 ± 1.45 puan, serbest meslek sahiplerinin ortalama 4.8 ± 1.53 puan, emeklilerin ortalama 4.4 ± 1.99 puan, ev hanımlarının ortalama 4.4 ± 1.83 puan, işçilerin ortalama 4.6 ± 1.64 puan ve işsizlerin ortalama 4.5 ± 1.50 puandır.

79. İnaktif hastaların toplam ABİS puanları ortalama 124.2 ± 40.77 puan, minimum aktif hastaların ortalama 115.7 ± 39.11 puan ve çok aktif hastaların ortalama 90.8 ± 25.41 puandır.

80. İnaktif hastaların depresyon süreleri ortalama 13.5 ± 7.82 ay, minimum aktif hastaların ortalama 11.9 ± 7.05 ay ve çok aktif hastaların ortalama 7.8 ± 7.01 aydır.

81. İnaktif hastaların duygu durum puanları ortalama 4.5 ± 1.58 puan, minimum aktif hastaların ortalama 4.6 ± 1.75 puan ve çok aktif hastaların ortalama 5.8 ± 0.44 puandır.

82. Antidepresan ilaç kullanan hastaların cips ($r=0.170$, $p=0.015$), gazlı içecekler ($r=0.217$, $p=0.002$), fast food tarzı yiyecekler ($r=0.160$, $p=0.022$) ve patates kızartması ($r=0.163$, $r=0.020$) gibi besinlere daha fazla istek duydukları yönünde verdikleri puanlar antidepresan kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur.

83. Antidepresan kullanan hastaların kremalı pasta ve pastane ürünleri, ekmek çeşitleri, hamur işleri, kuruyemiş çeşitleri, çekirdek ve dondurma gibi

besinlere daha fazla istek duydukları yönünde verdikleri puanlar antidepresan kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

84. Antidepresan kullanmayan hastaların çikolata ve çikolatalı ürünler, makarna ve meyve gibi besinlere daha fazla istek duydukları yönünde verdikleri puanlar antidepresan kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

85. Antidepresan kullanan hastaların enerji, karbonhidrat (g), karbonhidrat (%), protein (%), toplam yağ (%), doymuş yağ asidi (%), A vitamini, riboflavin, folat, B₆ vitamini, B₁₂ vitamini, C vitamini, kalsiyum, magnezyum ve bakır tüketimleri, antidepresan kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş; ancak aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

86. Antidepresan kullanmayan hastaların, protein (g), toplam yağ (g), tekli doymamış yağ asidi (%), çoklu doymamış yağ asidi (%), posa, E vitamini, tiamin, niasin, çinko ve demir tüketimleri ise antidepresan kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

6.2.ÖNERİLER

Son 20 yılda yapılan çalışmalar major depresyonun görülme prevalansının gittikçe arttığını göstermekte ve bu nedenle bu konuda çeşitli stratejiler geliştirmeyi hedeflemektedir. Major depresyon hayat kalitesini ciddi oranda azaltan ve yüksek sağlık harcamalarına sebep olan bir hastalıktır. Genel olarak major depresyonda tedavi aşamasına geçmiş bir hasta için 3 tür tedavi yaklaşımı izlenir. Bunlar; psikoterapi, ilaç tedavisi ve beslenme tedavisidir.

Son dönemde depresyon tedavisinde psikoterapi ve ilaç tedavisinin yanı sıra bu tedavileri destekleyen, kişiye özgü beslenme tedavisinin de uygulanması önem taşımaktadır. Özellikle depresyonda kullanılan farmakoterapik tedavilerin meydana getirdiği yüksek maddi harcamalar ve yan etkileri nedeniyle hastalıkların tümünde olduğu gibi depresyonda da önleyici ve alternatif tedavi yöntemleri önem kazanmaktadır. Beslenme durumunun depresyonun hem etiolojisinde hem de tedavisindeki yadsınamaz önemi nedeniyle bu konuda üzerinde durulan stratejilerin başında gelmesine neden olmuştur.

Yeterli ve dengeli beslenme organizmadaki tüm faaliyetler için gerekli olduğundan düşük diyet kalitesi depresyon için bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Ayrıca yapılan çalışmalar depresif bireylerin klinik tablosunda; iştah değişimleri, yetersiz ve dengesiz beslenme, belli besin gruplarının tüketiminde artış ve buna bağlı vücut ağırlığı değişimleri, konstipasyon, dehidratasyon, serum vitamin düzeylerinde değişiklikler sıkça göstermektedir.

Tüm bu sebepler nedeniyle depresyonda beslenme oldukça önemlidir ve hastalara bir beslenme tedavisi uygulanacaksa bu multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde, bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak, bireye özgü beslenme desteğinin sağlanması ile olanaklıdır. Ayrıca beslenme desteği planlanırken sadece hastanın ağırlık kontrolü ve besin gereksinmesi değil içinde bulunduğu duygu durumu ve kullandığı ilaçların da dikkate alınması gerekmektedir.

Bunlara ek olarak çalışmada Aşırı Besin İsteği leği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve ölçek majör depresyon hastalarında uygulanmıştır. ABİS leğinin majör depresyon hastaları için oldukça uygun bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur.



KAYNAKLAR

1. Işık E. Duygulanım bozuklukları: Depresyon ve mani. Boğaziçi, 1991.
2. Richards D. Prevalence and clinical course of depression. *Clinical Psychology Review* 31:1117–1125, 2011.
3. WHO Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry, Geneva, 2001. Erişim (<http://www.fao.org/3/a-y5686e.pdf>) Erişim tarihi: 01.03.2015
4. Ayuso JL, Vazquez L, Dowrick C. Depressed disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry* 179(4):308–316, 2001.
5. Young JF, Mufson L, Davies M. Impact of comorbid anxiety in effectiveness in American adults. *Journal of the American Academy of Psychiatry* 45:904-912, 2006.
6. Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz dergisi* 12: 41-45, 2004.
7. Çiftçi H, Yıldız E, Mercanlıgil SM. Depresyon ve beslenme tedavisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28:3-369, 2008.
8. Uluşahin A. Depresyona genel yaklaşım. *İç Hastalıkları Dergisi* 10:79-88, 2003.
9. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Güneş Kitapevi Ankara, 2007.
10. Bektaş S, Çağlar A. Öğretmenlerin kişilik özellikleri ve kişisel sağlık davranışları ile depresif belirtileri arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17:1, 2013.
11. Baygut H. Yakın Doğu Üniversitesinde okuyan öğrencilerin depresyon ve beslenme durumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2013.
12. Ouwens M, Strien T, Leeuwe JF. Possible path ways between depression, emotional and external eating. *Appetite*, 53:245-248, 2009.
13. Oğuzhanoğlu NK. Tıbbi durumlar ve depresyon. *Duygudurum Bozuklukları ve Depresyon*, 3:116-125, 2001.

14. Raison, CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biological psychiatry*, 54:283-294, 2003.
15. Beck AT, Alford BA. *Depression: causes and treatments*. Philadelphia University of Pennsylvania Press, 2009.
16. American Psychological Association Guidelines for the Evaluation of Psychology. 2012.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
18. Özen EM. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:1, 2010.
19. Jackson C. *Understanding psychological testing*. Britanya: Martston Book Services Limited, 25-31, 1996.
20. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86: 39-47, 2011.
21. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. *HYB Basın Yayın Ankara*. 21-30, 2009.
22. Uluşahin A, Başoğlu M, Paykel ES. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29: 31-9, 1999.
23. Üstün TB, Von Korff M. Primary mental health services: Access and provision of care. *Mental Illness in General Health Care*, 347-60, 1995.
24. Mirsal H, Gürdal A. Tedavi davranışını etkileyen sosyokültürel faktörlerin araştırılması. *3P Dergisi*, 6: 185-95, 1998.
25. Türkçapar Hakan. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4: 12-16, 2004.
26. Akiskal HS. Mood disorders: Introduction and overview. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol I. 7th ed. 1284-98, 1999.
27. Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG. Depression. *American Psychiatric Press*, 307-38, 2002.
28. Akiskal HS. Mood disorders: clinical features. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 702-709, 2005.

29. Bandelow B. Epidemiology of depression and anxiety. *Medical Psychiatry*, 21:49-68, 2003.
30. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample the National Comorbidity Survey. *Am Psychiatric Assoc*, 24: 24-7, 1994.
31. Sağduyu A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:3-16, 2000.
32. Üstün TB. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 386-392, 2005.
33. Stasiak MS. Depression in young people. *Improving the Transition*, 191, 2011.
34. Ünal FE. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon ve anksiyete sıklığının saptanması ve sosyodemografik faktörlerin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008.
35. Kessler RC. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *American Journal of Psychiatry*, 25-29, 2006.
36. Silverstone PH. Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in medically ill. *J Psychosom Res*, 41: 161-70, 1996.
37. Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG. Depression: textbook of consultation-liason psychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC, 307-38, 2002.
38. Takahashi Y. Depression and suicide. *Japan Medical Association Journal*, 44: 359-363, 2001.
39. Ormel J, Costa e Silva JA. The impact of psychopathology on disability and health perceptions. *Mental Illness in General Health Care*, 335-46, 1995.
40. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, 367:153-167, 2006.
41. Duman RS, Malberg J, Nakagawa S. Neuronal plasticity and survival in mood disorders. *Biol Psychiatry*, 48:732-739, 2000.

42. Ayyıldız H. Major depresyon ve panik bozuklukta serum s100b seviyeleri. Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008.
43. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Oxford textbook of psychiatry, Oxford University Pres, 126-131, 2001.
44. Levinson DF. The genetics of depression: a review. Biological psychiatry, 60: 84-92, 2006.
45. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Oxford textbook of psychiatry: mood disorders Oxford University Pres, 287-289, 2001.
46. Dikeos DG, Papadimitriou GN, Avramopoulos D. Association between the dopamine D3 receptor gene locus (DRD3) and unipolar affective disorder. Psychiatr Genet, 9(4):189-195, 1999.
47. Chiaroni P, Azorin JM, Dassa D. Possible involvement of the dopamine D3 receptor locus in subtypes of bipolar affective disorder. Psychiatr Genet, 10(1): 43-49, 2000.
48. Mynett-Johnson LA, Murphy VE, Claffey E. Preliminary evidence of an association between bipolar disorder in females and the catechol-O methyltransferase gene. Psychiatr Genet, 8(4):221-225, 1998.
49. Eşel E, Sofuoğlu S. Depresyonun nöroendokrinolojisi. Duygudurum Bozuklukları, 3:132-144, 2001.
50. Tözün M, Ünsal A. 40 Yaş ve üzeri bireylerde eşik üstü depresif belirti gösterenlerin sıklığı. TAF Prev Med Bull, 7(6): 485-490, 2008.
51. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 17(1): 27-33, 2004.
52. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. Depression and Anxiety, 12 (1): 2-19, 2000.
53. Seth R. Combination treatment with noradrenalin and serotonin reuptake inhibitors in resistant depression. The British Journal of Psychiatry, 161(4): 562-565, 1992.
54. Uğuz Ş, Yurdağül E. Noradrenergik sistem ve depresyon. Klinik Psikiyatri, 5(4):19- 23, 2002.

55. Healy D. Serotonin and depression. *BMJ*, 350: 1771, 2015.
56. Mann JJ. Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behaviour. *Neuro psychopharmacology*, 21(2):99-105, 1999.
57. Rampello L, Nicoletti F. Dopamine and depression. *CNS drugs*, 13(1):35-45, 2000.
58. Özpoyraz N. Depresyonda nöroanatomik bağlantılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5: 58-72, 2002.
59. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz dergisi*, 12(2): 63-73, 2004.
60. Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and environmental medicine*, 65(7): 438-445, 2008.
61. Pelletier JE, Graham DJ, Laska MN. Social Norms and Dietary Behaviors among Young Adults. *Am J HealthBehav*, 38:1, 2015.
62. Küçükgoncu S, Beştepe E. Majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında gece yeme sendromu. *Archives of Neuropsychiatry*, 51: 368-375, 2014.
63. Harrbottle L, Schonfelder N. Nutrition and depression: A review of the evidence. *Journal of Mental Health*, 17(6); 576 – 587, 2008.
64. Khanzode SD, Dakhale GN, Khanzode SS. Oxidative damage and majör depression: the potential antioxidant action of selective serotonin reuptake inhibitors. *Redox Report*, 8(6):365-370, 2003.
65. Martha E, Payne P, Susan E. Fruit, vegetable, and antioxidant intakes are lower in older adults with depression. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, 112:12, 2012.
66. Phungamla VH. Dietary zinc is associated with a lower incidence of depression: findings from two Australian cohorts. *Journal of affective disorders*, 166:249-257, 2014.
67. Swardfager W. Zinc in depression: a meta-analysis. *Biological psychiatry*, 74(12):872-878, 2013.

68. Sujuan G. Selenium level and depressive symptoms in a rural elderly Chinese cohort. *BMC psychiatry*, 12:1, 2012.
69. Kesse-Guyot E, Valentina A, Lassale C. Mediterranean diet and cognitive function: a French study. *Am J Clin Nutr*, 97:369–76, 2013.
70. Maes M. Lower serum vitamin E concentrations in major depression: another marker of lowered antioxidant defenses in that illness. *Journal of affective disorders*, 58(3): 241-246, 2000.
71. Roberts S, Bedson E, Tranter R. Half-baked? B vitamins and depression. *Am J Clin Nutr*, 92:269–70, 2010.
72. Dimopoulos N, Piperi C, Salonicoti A. Correlation of folate, vitamin B12 and homocysteine plasma levels with depression in an elderly Greek population. *Clinical Biochemistry*, 40: 604-608, 2007.
73. Tiemeier H. Vitamin B12, folate, and homocysteine in depression: the Rotterdam Study. *American Journal of Psychiatry*, 32:76-89, 2002.
74. Ramos MI, Allen LH, Haan MN. Plasma folate concentrations are associated with depressive symptoms in elderly Latina women despite folic acid fortification. *Am J Clin Nutr*, 80:1024-28, 2004.
75. Fontani G, Corradeschi F, Felici A. Cognitive and physiological effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in healthy subjects. *European Journal Of Clinical Investigation*, 35(11):691-699, 2005.
76. Lucas M, Mirzaei F, O'Reilly EJ. Dietary intake of n-3 and n-6 fatty acids and the risk of clinical depression in women: a 10-y prospective follow-up study. *Am J Clin Nutr*, 93:1337–43, 2011.
77. Tiemeier H, Hofman A, Kiliaan AJ. Plasma fatty acid composition and depression are associated in the elderly: the Rosterdam Study. *Am J Clin Nutr*, 78:40-6, 2003.
78. Hensler JG. Handbook of the behavioral neurobiology of serotonin; serotonin in mood and emotion. *Handbook of Behavioral NeuroScience*, 21:367–378, 2010.
79. Robinson OJ, Sahakian BJ. A double dissociation in the roles of serotonin and mood in healthy subjects. *Biol Psychiatry*, 65(1): 89-92, 2009.

80. Croft H. Effect on body weight of bupropion sustained-release in patients with major depression treated for 52 weeks. *Clinical therapeutics*, 24(4):662-672, 2002.
81. Dess NK, Chapman C. Individual differences in taste, body weight, and depression in the “helplessness” rat model and in humans. *Brain research bulletin*, 24(5): 669-676, 1990.
82. Wurtman RJ, Wurtman JJ. Carbohydrates and depression. *Sci Am*, 260(1): 68-75, 1989.
83. Cheng C. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 18(3): 319-326, 2003.
84. Oliver AE, Ann E, Crowe LM. Methods for dehydration-tolerance: depression of the phase transition temperature in dry membranes and carbohydrate vitrification. *Seed Science Research*, 8(02): 211-221, 1998.
85. Sanchez-Villegas A. Mediterranean diet and depression. *Public health nutrition*, 9 (8A): 1104-1109, 2006.
86. Casper RC. Depression and eating disorders. *Depression and anxiety*, 1:96-104, 1998.
87. Wilson GT. Eating disorders, obesity and addiction. *Eur Eat Disord Rev*, 18:341-351, 2010.
88. Öyekçin DG, Deveci A. Yeme bağımlılığının etiyolojisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2):138-153, 2012.
89. Avena NM, Gold MS. Food and addiction - sugars, fats and hedonic overeating. *Addiction*, 106:1214-1215, 2011.
90. Nasser JA, Bradley LE, Leitzsch JB. Psychoactive effects of tasting chocolate and desire form or chocolate, *Physiol Behav*, 104:117-12, 2011.
91. Luquet S, Magnan C. The central nervous system at the core of the regulation of energy homeostasis. *Front Biosci*, 1:448-465, 2009.
92. Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*, 36:199-211, 2002.

93. Davis CA, Levitan RD, Reid C. Dopamine for “wanting” and opioids for “liking”: a comparison of obese adults with and without binge eating. *Obesity Research*, 17:1220-1225, 2009.
94. O’Doherty JP, Deichmann R, Critchley HD. Neural responses during anticipation of a primary taste reward. *Neuron*, 33:815-826, 2002.
95. Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 2:572-582, 2010.
96. Solomon DA, Keller MB, Leon AC. Recovery from depression. A 10 year prospective follow-up across multiple episodes. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 1001-6, 1997.
97. Furukawa TA, Kiturama T, Takahashi K. Time to recovery of an inception cohort with hitherto untreated unipolar major depressive episodes. *Br J Psychiatry*, 177: 331-5, 2000.
98. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Tuna Matbaacılık, 11. Baskı, Ankara, 337-405, 2008.
99. Doğan O. Antidepresan ilaçların klinik kullanımları. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(1): 32-40, 2006.
100. Thase ME, Trivedi MH, Rush JA. MAOIs in the contemporary treatment of depression. *Neuro psycho pharmacology*, 12(3): 185-219, 1995.
101. Smith D. Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 180(5):396-404, 2002.
102. Harbottle L, Schonfelder N. Nutrition and depression: A review of the evidence. *Journal of Mental Health*, 17(6): 576-587, 2008.
103. Wurtman RJ, Wurtman JJ. Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. *Obesity Research*, 3: 477S-480, 1995.
104. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 116(6): 777-784, 2009.
105. Tiemeier H. Vitamin B12, folate, and homocysteine in depression: the Rotterdam Study. *American Journal of Psychiatry*, 21:46-61, 2002.

106. McCabe BJ. Dietary tyramine and other pressor amines in MAOI regimens: a review. *Journal of the American Dietetic Association*, 86(8):1059-1064, 1986.
107. Dietary reference intakes (DRI) for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. The National Academies Press, 2005.
108. Pekcan G. Hastanın Beslenme Durumunun Saptanması. *Diyet El Kitabı*, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
109. WHO Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 2000. Erişim (<http://www.who.int/healthinfo>) Erişim tarihi: 07.05.2016
110. Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N. *Diyet el kitabı*. 5. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2008.
111. Atenz AA. A review of empirically based physical activity program for middle-aged to older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9(1):38-55, 2001.
112. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
113. Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu, Erişim (<http://www.spinetr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf>) Erişim tarihi: 14.05.2016
114. Meule A, Hermann T, Kübler A. A short version of the Food Cravings Questionnaire—Trait: the FCQ-T-reduced. *Frontiers in psychology*, 5, 2014.
115. Cepeda-Benito A, Gleaves DH, Williams TL. The development and validation of the state and trait food-cravings questionnaires. *Behavior Therapy*, 31(1): 151-173, 2001.
116. Cepeda-Benito A, Fernandez MC, Moreno S. Relationship of gender and eating disorder symptoms to reported cravings for food: construct validation of state and trait craving questionnaires in Spanish. *Appetite*, 40(1): 47-54, 2003.

117. Innamorati M. Food Cravings Questionnaire–Trait (FCQ–T) Discriminates between obese and overweight patients with and without binge eating tendencies: The Italian version of the FCQ–T. *Journal of personality assessment*, 96(6): 632-639, 2014.
118. Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Art Ofset Matbaacılık Yayıncılık Organizasyon Ltd. şti. Ankara, 2011.
119. Balcı A. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: yöntem, teknik ve ilkeler. A.Ü.Eğitim Bilimleri Fakóltesi, Ankara, 1997.
120. Karasar N. Araştırmalarda rapor hazırlama. A.Ü.Eğitim Bilimleri Fakóltesi, Ankara, 1994.
121. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. Detay Yayıncılık, Ankara, 2010.
122. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları: epidemiyoloji. *Comprehensive Text book of Psychiatry*. 8. Baskı. Öncü Basımevi, Ankara, 2007.
123. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara, 2013.
124. Olchanski N, McInnis-Myers M, Halseth M. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4): 512-522, 2013.
125. Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. 1. cilt. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 389-428, 1997.
126. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1): 8-9, 1994.
127. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası, 1994.
128. Horwath E, Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of depressive and anxiety disorders. *Textbook in psychiatric epidemiology*, 389-426, 2002.
129. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1): 33-43, 2010.

130. Drevets WC. Neuroimaging studies of mood disorders. *Biological psychiatry*, 48(8): 813-829, 2000.
131. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Archives of women's mental health*, 7(2):133-148, 2004.
132. Noble R E. Depression in women. *Metabolism*, 54(5):49-52, 2005.
133. Lee L, Casanueva C, Martin SL. Depression among female family planning patients: prevalence, risk factors, and use of mental health services. *Journal of Women's Health*, 14: 225-232, 2005.
134. Drennan MD. The effects of depression and age on the Horne-Ostberg morningness-eveningness score. *Journal of affective disorders*, 23(2): 93-98, 1991.
135. Regier DA. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19): 2511-2518, 1990.
136. Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(2): 71-77, 2000.
137. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:7-10, 2004.
138. Rothschild AJ. Mood disorders. *The Harvard Guide to Psychiatry*, 281-307, 1999.
139. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye ruh sağlığı profili rapuru. 1. Baskı, Ankara, 1998.
140. Prince MJ. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *Psychological medicine*, 27(2): 323-332, 1997.
141. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(1): 35-47, 1993.
142. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Jokela M. Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: A

- longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. *Social Science & Medicine*, 74(6):923-929, 2012.
143. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6):3-10, 2007.
144. Nakao M. Depression and education as predicting factors for completion of a behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. *Behavioral Medicine*, 26(4): 177-184, 2001.
145. Ross CE, Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution?. *Social science & medicine*, 6(5): 1400-1413, 2006.
146. Gagnon LM, Patten SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. *Can J Psychiatry*, 47:149-52, 2002.
147. Hall RCW, Rundel JR, Popkin MK. Cost-effectiveness of the Consultation-Liasion Service. *American Psychiatric Publishing*, 25-32, 2002.
148. Özkan S. Genel tıpta depresyon. *Hipokrat dergisi*, 10:79-83, 2001.
149. Üskül TB. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanımlarının ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Archives of Lung*, 7(1): 11-15, 2006.
150. Gulec M, Bakir B, Ozer M. Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. *Psychiatry Res*, 134: 281-286, 2005.
151. Sezer H, Guler N, Sezer RE. Smoking among nurses in Turkey: comparison with other countries. *J Health Popul Nutr*, 25(1): 107- 111, 2007.
152. Güleç C. Toplum ruh sağlığı açısından psikiyatrik epidemiyoloji. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Güneş Kitabevi, Ankara, 442-454, 1997.
153. Bilir Ş, Mağden D. Hacettepe üniversitesi öğrencilerinin sigara-alkol-ilaç alma ve uyuşturucu madde kullanma alışkanlıklarının araştırılması. *Sağlık Dergisi*. 58: 15-30, 1990.
154. Sher L. Depression and alcoholism. *QJM*, 97(4):237-240, 2004.
155. Kendler KS. Alcoholism and major depression in women: a twin study of the causes of comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 50(9): 690-698, 1993.

156. Berger BG, Owen DR. Mood alteration with swimming-summers really do “feel better”. *Psychosom Med*, 45:425-433, 1983.
157. Krechtle B. Influence of physical activity on mental well-being and psychiatric disorders. *Schweiz Rundsch Med Prax*, 93:1403-1411, 2004.
158. Araz AAA, Asan AA. Görsel Analog Ölçeği ve Duygu Kafesi: Kültürümüze Uyarlama Çalışması. *Türk Psikolojileri Yazıları*, 14(27):1-13, 2011.
159. Davidson RJ, Scherer KR, Goldsmith H. *Handbook of affective sciences*. Oxford University Press, 2002.
160. Albersnagel FA. Velten and music mood induction procedures: A comparison with accessibility of thought associations. *Behavioral Research and Theory*, 26: 79- 96, 1988.
161. Besser A, Priel B. Emotional responses to a romantic partner’s imaginary rejection: The roles of attachment anxiety, covert narcissism, and self-evaluation. *Journal of Personality*, 77:287-325, 2009.
162. Trivedi MH. Treating depression to full remission. *J Clin Psychiatry*, 70:1, 2009.
163. Kulaksızoğlu IB. Mood and anxiety disorders in patients with myasthenia gravis: aetiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 21:473-81, 2007.
164. Yüksel N. Antidepresan ilaçlar. *Psikofarmakoloji, Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara, 169-264, 2003.
165. Polat S, Gürz NY, Cimil CH. Change in the preference of the psychotropic drugs and consultation liaison psychiatry practice. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 17:167-173, 2007.
166. Özgür G, Gümüş AB, Palaz C. Obez bireylerin depresif belirti düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3):77-85, 2008.
167. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JL. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1:155–167, 2004.

168. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(3): 152-157,2003.
169. Oktay C. Beden kitle indeksinin yeme bağımlılığı, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi, Tez, Başkent Üniversitesi, 2015.
170. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 20(3):272-277, 1996.
171. Petry MN, Barry D, Pietrzak RH. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions, *Psychometric Medicine*, 70: 288-297, 2008.
172. Claesson IM, Josefsson A, Sydsjo G. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. *BMC Public Health*, 10:766, 2010.
173. Harlow BL, Cramer DW, Annis KM. Association of medically treated depression and age at natural menopause. *American journal of epidemiology*, 141(12): 1170-1176, 1995.
174. Crisp AH, Mc Guinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *Br Med J*, 3: 7-9,1975.
175. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite, *Ankara Med J*, 14(3): 74-84,2014.
176. Gollub EA, Weddle DO. Improvements in nutritional intake and quality of life among frail homebound older adults receiving home-delivered breakfast and lunch. *Journal of the american dietetic association*, 1227-1235, 2004.
177. Gavin AR, Simon GE, Ludman EJ. The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *J Psychosom Res*, 69: 573-581, 2010.
178. Cash TF. Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. *Percept Mot Skills*, 77: 1099-1103, 1993.
179. Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A. Association of western and traditional diets with depression and anxiety in women. *Am J Psychiatry*, 167:1-7,2010.

180. Crichton GE, Bryan J, Hodgson JM. Mediterranean diet adherence and self-reported psychological functioning in an Australian sample. *Appetite* 70:53–59, 2013.
181. Owen AJ, Batterham MJ, Probst YC. Low plasma vitamin E levels in major depression: diet or disease? *European Journal of Clinical Nutrition*, 59:304–306, 2015.
182. Walker JG, Batterham PJ, Mackinnon AJ. Oral folic acid and vitamin B-12 supplementation to prevent cognitive decline in community-dwelling older adults with depressive symptoms—the Beyond Ageing Project: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*, 95:194–203, 2012.
183. Hintikka J, Tolmunen T, Tanskanen A. High vitamin B12 level and good treatment outcome may be associated in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 3:17, 2003.
184. Rao NP, Kumar NC, Raman BRP. Role of vitamin B12 in depressive disorder a case report. *General Hospital Psychiatry*, 30: 185–186, 2008.
185. Merete MS, Falcon LM, Tucker KL. Vitamin B6 Is associated with depressive symptomatology in massachusetts elders. *Journal of the American College of Nutrition*, 27(3): 421–427, 2008.
186. Rosen JC, Gross J, Loew D. Mood and appetite during minimal-carbohydrate and carbohydrate-supplemented hypocaloric diets. *Am J Clin Nutr*, 42:371.-379, 1985.
187. Galletly C, Moran L, Noakes M. Psychological benefits of a high-protein, low-carbohydrate diet in obese women with polycystic ovary syndrome—A pilot study. *Appetite* 49: 590–593, 2007.

EK-1: Onay Formu

Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, araştırmacı sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1.ARAŞTIRMANIN ADI

Majör Depresyon Tanısı Almış Hastaların Beslenme Durumlarının ve Aşırı Besin İsteklerinin Değerlendirilmesi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmadaki gönüllü sayısı; Ocak 2015- Mayıs 2015 tarihleri arasında çeşitli psikiyatri merkezlerine başvurup majör depresyon tanısı almış, 20-64 yaşları arasında çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden hastaların toplamı kadardır.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için ön görülen süre 30 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; majör depresyon tanısı almış hastaların beslenme durumlarının ve aşırı besin isteklerinin değerlendirilmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz
2. 20-64 yaş arası olmanız
3. Majör depresyon tanısı almış olmanız

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi özelliklerinizi belirlemek amacı ile bir anket formu uygulanacaktır. Ayrıca bu anket formunda beslenme alışkanlıklarınızın belirlenmesi için besin tüketim sıklık formu ve fiziksel aktivite durumunuzun değerlendirilebilmesi içinse uluslararası fiziksel aktivite anketi-kısa formu tarafımdan size uygulanacaktır. Boy, bel, kalça ölçümlerinizi mezura ile tarafımdan, ağırlığınız, bazal metabolizma hızınız, vücut yağ yüzdeniz, vücut yağ ağırlığınız, toplam vücut suyunuz, vücut yağı harici bileşenleriniz vücut kompozisyonunu analiz edebilen bir tartı ile yapılacaktır. Ayrıca Çalışmada aşırı besin isteğinin ölçülmesi için aşırı besin isteği ölçeği kullanılacaktır. 39 sorudan oluşan bu ölçeğin Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması olmadığı için bu çalışmada öncelikle ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılacak ve ölçek tarafımdan sizlere uygulanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Anket formunda yer alan sorulara doğru ve güvenilir yanıtlar vermektir.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Bu çalışma bilimsel amaçlıdır. Sizin doğrudan yarar görmeniz ya da tedavinizin seyrini değiştirmesi beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar sizin gibi tanı almış diğer hastaların tedavisinin planlanmasına katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmadan kaynaklanabilecek olası bir risk yoktur.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırmadan kaynaklanan herhangi bir zararlanma durumu yoktur.

11.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Diyetisyenin Adres ve Telefonları:

Uzman Dyt. Selen Yılmaz

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Eskişehir Yolu 20. Km Bağlıca/Ankara 06810

İş:0(312) 246 66 71 **Cep:** 0(532) 432 64 96

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Çalışmamız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14.GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Araştırmaya katılmanız ve soruları yanıtlamanız durumunda araştırma dışı bırakılmayı gerektirecek bir durum söz konusu değildir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız bu araştırmada herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Uzm. Dyt. Selen Yılmaz tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalınca bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen bu durum tıbbi bakımıma ve hekimle olan ilişkiye zarar vermeyeceğini biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

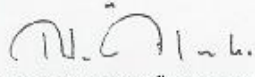
EK-2:Etik Kurul Onayı

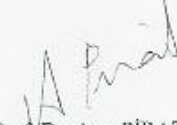
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

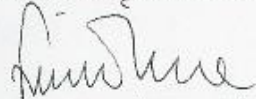
KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
17/12/2014	14/126	KA14/323

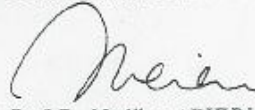
Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Doktora Programı öğrencisi Selen Yılmaz tarafından yürütülecek olan KA14/323 nolu ve "Majör depresyon tanısı almış hastaların beslenme durumlarının ve besin bağımlılıklarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.


• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ


• Prof. Dr. Araç PİRAT


• Prof. Dr. Füsun ÖNER EYÜBOĞLU

Katılmadı.
• Prof. Dr. Hulusi B. ZEYNELOĞLU


• Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Katılmadı.
• Doç. Dr. H. Seyra ERBEK


• Yrd. Doç. Dr. Rafat V. YILDIRIM

EK-3:Anket Formu

Majör Depresyon Tanısı Almış Hastaların Beslenme Durumlarının ve Aşırı Besin İsteklerinin Değerlendirilmesi Çalışması Anket Formu

Anket No:

Görüşülen Kişinin Adı ve Soyadı:

Tel.No:

Tarih:

GENEL BİLGİLER

1-) Cinsiyet: K K

2-) Yaş:

3-) Ağırlık(kg):

4-) Boy(cm):

5-)BKI (kg/m²):

6-) Bel çevresi(cm):

7-)Kalça çevresi (cm):

8-)Bel/kalça oranı:

9-) Vücut bileşimi:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. Vücut yağı (%):..... | 2. Yağsız doku (kg):..... |
| 3. Yağ dokusu (kg):..... | 4. Vücut suyu (L):..... |

10-)Medeni Durum:

- | | | |
|---------|----------|-----------------|
| 1. Evli | 2. Bekar | 3. Dul/Boşanmış |
|---------|----------|-----------------|

11-) Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- | | |
|------------------------------|------------|
| 1. Yalnız | 2. Arkadaş |
| 3. Aile (Anne/baba/Eş/Çocuk) | 4. Akraba |
| 5. Diğer | |

12-)Eğitim Durumu:

- | | | | |
|------------------------|---------------|--------------------------|-------------|
| 1. Okur-yazar
değil | 2. Okur-yazar | 3. İlkokul | 4. Ortaokul |
| 5. Lise | 6. Üniversite | 7. Yüksek lisans/Doktora | |

13-)Çalışma Durumu:

- | | | | |
|-----------------|----------|-------------------|-----------|
| 1. Öğrenci | 2. Memur | 3. Serbest meslek | 4. Emekli |
| 5. Ev
hanımı | 6. İşçi | 7. Diğer..... | |

14-) Doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?

- | | |
|----------------------------|---------|
| 1.Evet,, | 2.Hayır |
|----------------------------|---------|

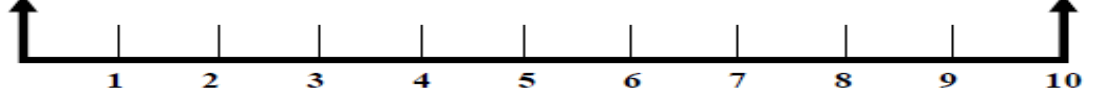
15-) Ne kadar süredir depresyon hastasıısınız?

..... Yıl/ay/hafta/gün

16-)Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? (Tüm ilaçlar ve vitamin-mineral ilaç ve destek ürünleri dahildir)

- | | |
|----------------------------|---------|
| 1.Evet,, | 2.Hayır |
|----------------------------|---------|

17-)Şu anki duygu durumunuzu ‘1 çok mutluyum’ ile ‘10 çok mutsuzum’ arasında değerlendirirseniz kendinize kaç puan verirdiniz? (Lütfen size uygun rakamı yuvarlak içine alınız)



18-)Sigara içiyor musunuz? Cevabınız evet ise ne kadar süredir ve günde kaç adet içiyorsunuz?

1.Evet (süresi:.....yıl veyaay veyahafta/ adet.....) 1. Hayır

19-) Alkol tüketiyor musunuz?

1.Evet (süresi:.....yıl veyaay veyahafta/ miktarı.....) 1. Hayır

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

20-) Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz?

.....ana öğün.....ara öğün

21-) Öğün atlar mısınız?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

22-) Cevabınız “Evet” veya “Bazen” ise genellikle hangi öğünü atlarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Sabah 2. Öğle 3. Akşam

23-) Öğün atlıyorsanız nedeni nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Zayıflamak için 2. Zaman yetersizliğinden
3. Canım istemediği için 4. Üşendiğim için
5. Unuttuğum için 6. Diğer(.....)

24-) Şimdiki kilonuzu nasıl buluyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Daha ince olmayı isterdim. 2. Şimdiki kilomdan memnunum.
3. Daha kilolu olmayı isterdim. 4. Diğer(.....)

25-) Son bir yıl içerisinde hiç kilo kaybettiniz mi?

1.Evetkg 2.Hayır

26-) Son bir yıl içerisinde hiç kilo aldınız mı?

1.Evetkg 2.Hayır

27-) Son bir yıl içerisinde herhangi bir diyet tedavisi uyguladınız mı?

1. Evet 2. Hayır

28-) **Yanıtız evet** ise uyguladığınız tedaviyi kimden aldınız?

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. Diyetisyen | 4. Radyo/televizyon |
| 2. Doktor | 5. Dergi/gazete |
| 3. Arkadaşlar | 6. Diğer..... |

29-) **Yanıtız evet** ise ne tür bir diyet uyguladığınız?

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1.Zayıflama diyeti | 2.Kilo almaya yönelik bir diyet |
| 3.Hastalığa yönelik bir diyet | 4.Sağlıklı beslenmeye yönelik bir diyet |
| | 5.Diğer..... |

30-) Yemek yeme hızınız nasıldır?

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. Çok Yavaş | 2. Yavaş |
| 3. Orta | 4. Hızlı |
| | 5. Çok Hızlı |

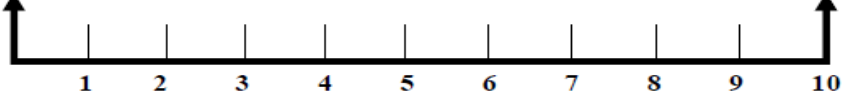


EK-4: Görsel analog skalası

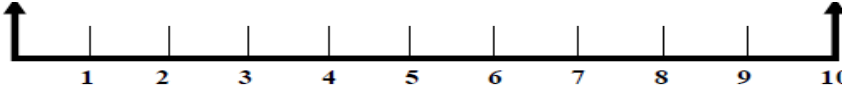
Aşağıdaki besinleri yemek için duyduğunuz aşırı isteği '1 çok az' ile '10 çok fazla' arasında nasıl değerlendirirsiniz? (Lütfen size uygun rakamı yuvarlak içine alınız)

BESİNLER

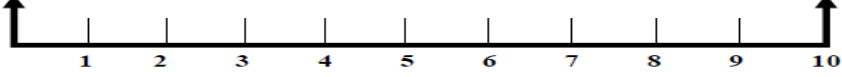
31.Çikolata ve Çikolatalı Ürünler



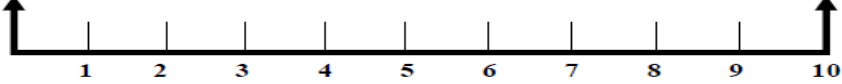
32.Kremalı Pasta ve Pastane Ürünleri



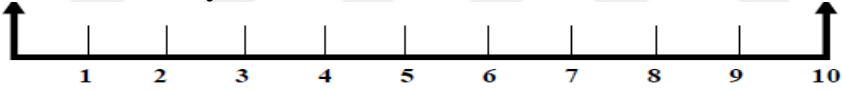
33.Cips



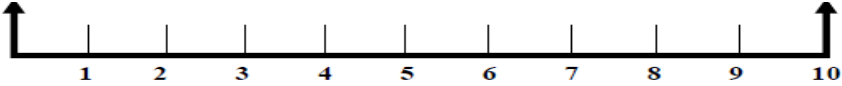
34.Gazlı İçecekler



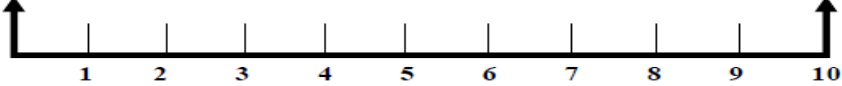
35.Fast-Food Yiyecekler



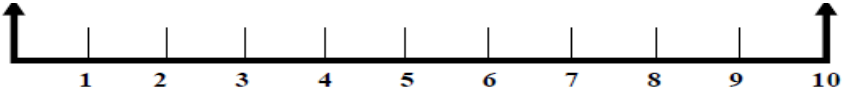
36.Patates Kızartması



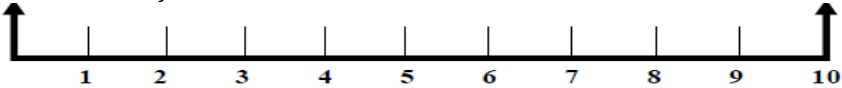
37. Ekmek Çeşitleri



38.Makarna



39.Hamur İşleri



40.Kuru Yemiş Çeşitleri



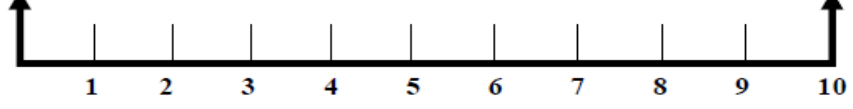
41.Çekirdek



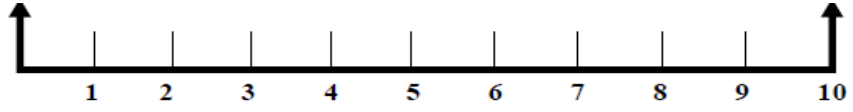
42.Dondurma



43.Meyve



44. Yukarıda yazan yiyeceklerin dışında yemek için **aşırı istek duyduğunuz bir besini** yazıp '1 çok az' ile '10 çok fazla' arasında nasıl değerlendiriniz
Besin Adı:



Ek-5: Besin Tüketim Sıklığı Kayıt Formu

Besin Tüketim Sıklığı Kayıt Formu

	BESİNLER	TÜKETİR Mİ?		TÜKETİM SIKLIĞI							MİKTAR			
		evet	hayır	Her gün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	Ayda 2	Ayda 1	Yılda 1-2/hiç	Ölçü	Ağırlık /hacim	1 günlük ortalama miktar
1.	Süt–tam yağlı													
2.	Süt-yarım yağlı-light													
3.	Yoğurt, sade													
4.	Yoğurt,meyveli													
5.	Peynir, beyaz													
6.	Peynir, kaşar													
7.	Peynir,çökelek													
8.	Peynir (.....)													
9.	Ayran													
10.	Dondurma													
11.	Sütlü tatlılar													
12.	Yumurta, tavuk (.....)													
13.	Yumurta, bıldırcın													
14.	Soya kuşbaşı													
15.	Soya kıyma													
16.	Kırmızı et (.....)													
17.	Tavuk (.....)													
18.	Hindi (.....)													
19.	Balık (.....)													
20.	Deniz ürünleri (.....)													
21.	Sakatatlar (işkembe,ciğer vb)													
22.	Salam, sosis (.....)													
23.	Nohut													
24.	Kurufasulye													
25.	Yeşil mercimek													
26.	Kırmızı mercimek													
27.	Barbunya													

28	Börülce																		
29	Bakla																		
30	Soya filizi																		
31	Soya fasulyesi																		
32	Ceviz, fındık																		
33	Yerfıstığı, şam fıstığı																		
34	Çekirdekler (ay,kabak,karpuz vb)																		
35	Çerezler(leblebi,nohut vb)																		
36	Mısır gevreği (corn flakes)																		
37	Ekmek,beyaz																		
38	Ekmek, esmer																		
39	Bazlama																		
40	Kepekli ekmek																		
41	Çavdar ekmeği																		
42	Yulaf ekmeği																		
43	Pide																		
44	Yufka																		
45	Pirinç																		
46	Bulgur																		
47	Makarna, erişte																		
48	Mantı																		
49	Hamur tatlıları																		
50	Hamur işleri (gözleme, simit vb.)																		
51	Pizza, sebzeli																		
52	Bisküvi (.....)																		
53	Pasta ,kuru/yaş																		
54	Kek																		
55	Pişmiş etli sebze yemekleri (.....)																		
56	Zeytinyağlı sebze																		

.	yemekleri (.....)													
57	Sebze salataları (...../.....)													
58	Garnitürler (.....)													
59	Sebze kızartmaları (patlıcan, biber)													
60	Patates(kumpir, haşlama, salata, vb)													
61	Patates kızartması													
62	Cipsler (.....)													
63	Domates (yemeklerin içindeki hariç)													
64	Havuç													
65	Sarımsak(.....)													
66	Turunçgiller (portakal, mandal. vb)													
67	Diğer kış meyveleri (elma, armut)													
68	Kurutulmuş meyveler (kayısı,erik..)													
69	Pestil, cevizli sucuk													
70	Zeytinyağı													
71	Ayçiçek yağı													
72	Kanola yağı													
73	Mısırözü yağı													
74	Soya yağı													
75	Fındık yağı													
76	Margarin,mutfaklık													
77	Margarin,kahvaltılık													
78	Tereyağı													
79	İçyağı-kuyruk yağı													
80	Hazır meyve suları													
81	Taze sıkılmış meyve suları													
82	Havuç suyu													
83	Domates suyu													
84	Aromalı, kolalı gazlı içecekler													

85	Gazsız içecekler																			
86	Enerji veren içecekler																			
87	Maden suyu,soda																			
88	Siyah çay																			
89	Bitkisel çaylar																			
90.	Kahve (.....)																			
91.	Alkollü içecekler (.....)																			
92.	Su																			
93.	Zeytin																			
94.	Turşu																			
95.	Salamura besinler (yaprak vb.)																			
96.	Şeker (içecekler içinde)																			
97.	Bal																			
98.	Reçel																			
99	Pekmez																			
10 0	Tahin																			
10 1	Çikolata gofret, nugat																			

Ek-6: Fiziksel Aktivite Kayıt Formu

ULUSLAR ARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler; zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada _____ gün Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde _____ saat Günde ___ dakika Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? (Yürüme hariç)

Haftada _____ gün Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat Günde 30 dakika Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___gün Yürümedim. →(7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat Günde 30 dakika Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde _____ saat Günde ___ dakika Bilmiyorum/Emin değilim

Ek-7: Aşırı Besin İsteği Ölçeği

AŞIRI BESİN İSTEĞİ ANKETİ

1. Çok sık yemek yiyen birinin yanında olmak beni acıktırır.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
2. Bir besine aşırı istek duyduğumda, bir kez yemeye başlayınca kendimi durduramayacağımı biliyorum.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
3. Eğer aşırı istediğim bir şeyi yersem, sıklıkla kontrolümü kaybederim ve çok yerim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
4. Aşırı besin isteğine teslim olduğum zaman bundan nefret ederim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
5. Aşırı besin isteği bende sürekli istediğim besini elde etmenin yollarını düşündürür.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
6. Her zaman aklımda yiyecekler varmış gibi hissediyorum.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
7. Bazı yiyeceklere karşı aşırı istek duyduğumda kendimi sıklıkla suçlu hissedirim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
8. Kendimi sürekli yiyecekleri düşünürken bulurum.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
9. Kendimi daha iyi hissetmek için yerim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
10. Bazen yemek yemek bazı şeylerin mükemmel görünmesini sağlar.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>

11. Sevdiğim yiyecekleri düşünmek ağzımı sulandırır.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
12. Midem boş olduğu zaman besinlere karşı aşırı istek duyarım.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
13. Vücudumun bazı besinleri istediği düşüncesine kapılırım.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
14. Öyle açlık hissedirim ki, midem bana dipsiz bir kuyu gibi görünür.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
15. Aşırı derecede istediğim bir yiyeceği yemek beni daha iyi hissettirir.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
16. Aşırı istediğim yiyecekleri yediğimde, kendimi daha az depresif hissedirim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
17. Aşırı istediğim bir yiyeceği yediğim zaman suçluluk hissedirim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
18. Bir besini aşırı istediğim zaman, kendimi onu yemek için plan yaparken bulurum.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
19. Yemek beni sakinleştirir.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
20. Sıkıldığım, sinirlendiğim ya da üzgün olduğum zaman, besinlere aşırı istek duyarım.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
21. Yemek yedikten sonra kendimi daha az kaygılı hissedirim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>

22. Eğer aşırı istek duyduğum besini elde edersem, onu yemekten kendimi alamam.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
23. Bazı yiyeceklere aşırı istek duyduğumda, olabildiğince çabuk onları yemeye çalışırım.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
24. Aşırı istek duyduğum besini yediğim zaman, kendimi çok iyi hissederim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
25. Aşırı besin isteğime karşı direnecek gücüm yoktur.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
26. Bir kez yemeğe başlarsam durmakta zorlanırım.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
27. Ne kadar uğraşsam da yemek yemeği düşünmeyi durduramam.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
28. Bir dahaki sefere ne yiyeceğimi düşünmek için çok zaman harcarım.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
29. Eğer aşırı besin isteğime teslim olursam, tüm kontrolümü kaybederim.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
30. Aşırı stresli olduğum zaman, aşırı besin isteğim olur.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>
31. Yiyecek konusunda hayallere dalarım.	Her zaman <input type="radio"/>	Çoğunlukla <input type="radio"/>	Sık sık <input type="radio"/>	Ara sıra <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir zaman <input type="radio"/>

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