



T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. TUĞBA UĞUR

ANKARA, 2018



**T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. TUĞBA UĞUR
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
UZM. DR İREP KARATAŞ ERAY**

ANKARA,2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgisini, deneyimini ve zamanını benimle paylaşan, başta tez danışmanım Uzm. Dr. İrep Karataş Eray'a olmak üzere; Prof. Dr. Mehmet Uğurlu'ya, Prof. Dr. Yusuf Üstü'ye, Yrd. Doç. Dr. Ahmet Keskin'e, Yrd. Doç. Dr. Basri Furkan Dağcıoğlu'na ve Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş'a,

Dostlukları ve yardımları için başta Ebru Çetin, Merve Beşer, Begül Kaya, Başak Özsayın Kılıç, Esra Özçelik Şenocak ve Özlem Nimet Yılmaz'a olmak üzere, Aile Hekimliği Anabilim Dalının tüm araştırma görevlilerine,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tuğba Uğur

Ankara 2018

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obezite	2
2.1.1.Obezite Tanımı.....	2
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Obezite Etyolojisi.....	4
2.1.4.Obezitenin Komplikasyonları	5
2.2. Depresyon	7
3.GEREÇ VE YÖNTEM	9
3.1. Araştırmanın Türü	9
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	9
3.3. Araştırmanın Dahil Etme ve Dışlama Ölçütleri	9
3.4. Araştırmanın Yürütülmesi.....	9

3.5. Veri Toplama Araçları	10
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	10
3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	10
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	10
3.7. Etik Kurul Onayı	11
4. BULGULAR	12
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	12
4.2. Hipotez Testleri.....	13
5.TARTIŞMA	16
6. SONUÇ	19
7.KAYNAKLAR	20
8. EKLER.....	25
9. ÖZGEÇMİŞ	32

ÖZET

GİRİŞ: Beden kitle indeksi (BKİ) ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki çok sayıda araştırmaya konu olmuş ve olmaya da devam etmektedir. Bu konuda yapılmış çalışmalar incelendiğinde özellikle obezite ve depresyon arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu çalışmadaki amacımız yetişkinlerde beden kitle indeksi ve depresyon arasında nasıl bir ilişki olduğunu araştırmaktır.

YÖNTEM: Çalışmamızda hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü hastalardan, daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almamış, 270 gönüllüye sosyodemografik verilerden oluşan bir anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. Ayrıca hastaların boy ve kilo ölçümleri alınarak BKİ hesaplanmıştır. Hastaların BDÖ skoru ve BKİ arasındaki ilişki araştırılmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya veri toplama araçlarını eksiksiz olarak cevaplayan 270 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $38,89 \pm 11,83$ yıldır. Hastaların %63'ü (n=170) kadın, %37'si (n=100) ise erkektir. Katılımcıların BKİ ile BDÖ puanlarının korelasyonuna bakılmıştır. Aralarında anlamlı bir korelasyon görülmemiştir ($p=0,660$; $r=0,027$). Kadınlarda BKİ erkeklerden anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,001$). Kadınlarda BDÖ puanları erkeklerden anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,007$). Medeni durum BDÖ puanları üzerinde anlamlı değişiklik oluşturmazken ($p=0,959$), evlilerin BKİ'leri evli olmayanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,016$). Çalışma durumu BDÖ puanları üzerinde anlamlı değişiklik oluşturmazken ($p=0,114$), çalışmayan bireylerin BKİ'leri çalışan bireylerden anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,018$). Katılımcılarda tanı konulmuş bir tıbbi rahatsızlık varlığı BKİ ($p=0,051$) ve BDÖ ($p=0,066$) puanları üzerine anlamlı etki etmemiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda BKİ ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlarımız tedavi arayışında olmayan daha geniş örneklem grupları ile yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Beden kitle indeksi, Beck Depresyon Ölçeği, Depresyon, Obezite

ABSTRACT

INTRODUCTION: The relationship between body mass index and psychiatric diseases has been the subject of numerous researches and continues to exist. When studies on this subject are examined, it is seen that there is a relation between obesity and depression especially. Our aim in this study is to investigate the relationship between body mass index and depression in adults.

METHODS: A questionnaire consisting of sociodemographic data and Beck Depression Scale were administered to 270 patients who applied to our family medicine outpatient clinics, were 18 years of age or older and did not have a previous psychiatric diagnosis. Body mass index was also calculated by taking measurements of height and weight of the patients. The relationship between Beck Depression Scale score and body mass index was investigated. Analysis of the obtained data was done using SPSS program.

RESULTS: 270 patients who responded fully to the data collection tools were included in the study. The average age of participants was $38,89 \pm 11,83$ years. 63% of the patients (n = 170) were female and 37% (n = 100) were male. Correlations of participants' body mass index and Beck Depression Scale scores were investigated. There was no statistically significant correlation between body mass index and Beck Depression Scale scores ($p=0,660$; $r=0,027$). Body mass index in women was significantly lower than men ($p=0,001$). Beck Depression Scale scores in females were significantly higher than males ($p=0,007$). While the marital status did not significantly change the Beck Depression Scale scores ($p=0,959$), the body mass indexes of the married couples were significantly higher than the unmarried ones ($p=0,016$). While the working status did not significantly change the Beck Depression Scale scores ($p=0,114$), the body mass indexes of the non-working individuals were significantly higher than the working individuals ($p=0,018$). The presence of a medical illness in participants did not have a significant effect on body mass index ($p=0,051$) and Beck Depression Scale score ($p=0,066$).

CONCLUSION: There was no significant relationship between body mass index and depression levels in our study. Our results should be supported by studies with larger sample groups that are not seeking treatment.

KEYWORDS: Body mass index, Beck Depression Scale, Depression, Obesity



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1: BKİ- BDÖ puanı ilişkisi	13
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1: Yetişkinlerin beden kitle indeksine göre sınıflandırılması.....	2
Tablo 4.1: Kategorik verilerin detaylı grafiği.....	12
Tablo 4.2: Sayısal verilerin detaylı grafiği.....	13
Tablo 4.3: Cinsiyet ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	14
Tablo 4.4: Medeni durum ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	14
Tablo 4.5: Çalışma durumu ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	15
Tablo 4.6: Tanı konulmuş tıbbi rahatsızlık ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi.....	15

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

TOHTA: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması

MONICA: Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease

TEKHARF: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Araştırması

n: Gruptaki birey sayısı

p: İstatistiksel anlamlılık düzeyi

%: Yüzde

m: Metre

kg: Kilogram

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite günümüzde tüm dünyayı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Önlenebilir ölüm nedenleri arasında sigaradan sonra ikinci sırada gelmektedir. Başlangıçta gelişmiş ülkelerin sorunu olarak görülürken, gelişmekte olan ülkelerde de gelir seviyelerinin artması, batı yaşam tarzının benimsenmesi, enerji alımı artarken enerji harcanmasının azalması ve köyden kente göçlerin olması ile birlikte kaçınılmaz olmuştur. Türkiye’de obezite prevalansı gelişmiş batı ülkelerine yakın düzeydedir. Türk erişkin popülasyonunda obezite prevalansı, özellikle kadınlarda %30 gibi yüksek oranlara ulaşmıştır (1).

Obezite en basit şekilde vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obezite tanımını BKİ (Ağırlık [kg] / Boy [m²]) ‘ye dayanarak yapmaktadır. $BKİ \geq 30 \text{ kg/ m}^2$ olması obezite olarak kabul edilmektedir (1).

Obezite pek çok sağlık sorununu da beraberinde getirmekte ve yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyebilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kas-iskelet sistemi hastalıkları, bazı kanser türleri gibi pek çok rahatsızlığın oluşmasında önemli rol oynamaktadır.

Obezite ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki ise pek çok araştırmaya konu olmuş ve olmaya da devam etmektedir. Obez kişilerde eşlik eden psikiyatrik hastalıklar obezitenin yol açtığı diğer kronik rahatsızlıkların tedavisini güçleştirebilmektedir. Bu nedenle obez kişilerde psikiyatrik hastalık sıklığını saptamaya yönelik çalışmalar obezitenin multidisipliner tedavisi açısından önem arz etmektedir.

Günümüzde oldukça sık görülen bir psikiyatrik rahatsızlık olan depresyon ve obezite arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bakıldığında ise çalışma sonuçlarında bir tutarsızlık olduğu göze çarpmaktadır. Bazı çalışmalarda obezite ve depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken (2-6); bazı çalışmalarda negatif bir ilişki bulunmuş (7, 8), bazılarında ise herhangi bir ilişki bulunamamıştır (9-11).

Biz bu araştırmamızda beden kitle indeksi ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Obezite Tanımı

Obezite sağlıkta bozulmaya neden olabilen anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (12). Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının yaklaşık %15-20'sini, kadınlarda ise %25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Vücuttaki yağ oranının belirlenmesi kolay olmayacağı için obezite daha çok aşırı kilo olarak tanımlanmaktadır. DSÖ obezitenin tanımını BKİ' ye göre yapmaktadır (1).

BKİ, kişinin kilosunun kilogram (kg) cinsinden değerinin, boyunun metre (m) cinsinden değerinin karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır (kg/m^2). Bireyler beden kitle indeksine göre zayıf, normal, fazla kilolu, obez olarak sınıflandırılmaktadır. Beden kitle indeksinin 30 ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilmektedir. Obez bireyler de kendi içinde BKİ değerlerine göre sınıflandırılmaktadır (13). Yetişkinlerde BKİ değerine göre sınıflama Tablo 2.1' de verilmiştir (13).

Tablo 2.1: Yetişkinlerin beden kitle indeksine göre sınıflandırılması

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

2.1.2. Epidemiyoloji

Obezite tüm dünyada çok yaygın görülen bir halk sağlığı sorunudur ve giderek bir epidemi halini almaktadır. DSÖ verilerine göre; 1980 yılından günümüze obezite oranları dünya genelinde iki kat artmıştır (1).

Gelişmiş ülkelerin %25'inin obez, %25'inin fazla kilolu, %25'inin de normal kilolu, ancak genetik olarak obeziteye meyilli olduğu kabul edilmektedir. Bu son grup, sürekli diyet ve egzersiz yaparak kilosunu koruyup, bunlara dikkat etmediği zaman kolayca kilo olarak kilolu veya obez sınıfına geçebilecek bireyleri kapsamaktadır (1).

DSÖ tarafından yapılan, Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (MONICA) isimli çalışmada obezite prevalansının 10 yılda %10-30 arasında arttığı saptanmıştır (14). Bu çalışma 21 ülkede yapılmış ve toplamda 12 yıl sürmüştür.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1991-1999 yılları arasında obezite sıklığının %50 ila 70 oranında arttığı tespit edilmiştir (15). Obezite görülme oranları bakımından tüm dünyada başı çeken Amerika'da, artışın bu hızda devam etmesi halinde 2025 yılında obezite sıklığının %50 olması öngörülmektedir (16).

İngiltere'de 1980-1991 yılları arasında hem erkek hem de kadınlar arasında fazla kilolu bireylerin prevalansı yaklaşık %25, obez bireylerin prevalansı ise yaklaşık %100 oranında artmıştır (17). Hollanda'da ise 1976 yılından 1997 yılına kadar, 37 ila 43 yaş arası bireylerde obezite görülme sıklığı kadınlarda %6,2'den %9,3'e, erkeklerde ise %4,9'dan %8,5'e çıkmıştır (18).

Avrupa'da yetişkin bireyler üzerinde yapılan bazı çalışmalara göre fazla kilolu bireylerin prevalansı kadınlarda %28-78, erkeklerde ise %32-79 arasında saptanmış; obezite prevalansı ise kadınlarda %7-36, erkeklerde ise %5-23 arasında tespit edilmiştir (19).

Türkiye'de obezite prevalansı gelişmiş batı ülkelerine yakın düzeydedir. 1999-2000 yılları arasında 23.888 kişinin katıldığı 'Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA)'nda obezite oranları genel toplumda %25, kadınlarda %36, erkeklerde %21.5 olarak bulunmuştur (20).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 3.681 kişi üzerinde yapılan Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında, 1990-2000 yılları arasında ülkemizde obezite prevalansının erkeklerde %75; kadınlarda %36 oranında arttığı saptanmıştır (1). Obezite görülme sıklığının erkeklerde %25.2, kadınlarda ise %44.2 olduğu tespit edilmiştir (21).

Ülkemizde obezite prevalansını araştırmak amaçlı yapılan bir diğer çalışma da Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması’dır. 2010 yılında 20 yaş üstü 24.788 kişinin katılımıyla gerçekleşen TURDEP-II çalışmasında obezite prevalansı; kadınlarda %29.9, erkeklerde %12.9 olarak bulunmuştur (19).

2.1.3. Obezite Etiyolojisi

Obezite etiolojisinde yer alan çok sayıda faktör bulunmakla birlikte; aşırı ve yanlış beslenme ile yetersiz fiziksel aktivite en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Ayrıca çevresel, genetik, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumunda rol almaktadır (19).

Obezite etiolojisinde yer alan başlıca etkenler aşağıda sıralanmıştır (22, 23):

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

- Alkol kullanımı
- Bazı ilaçlar

Obezite gelişiminde etkili faktörlerden biri de hayatın ilk yıllarındaki beslenme biçimidir. Yapılan çalışmalara bakıldığında anne sütü ile beslenen çocuklarda obezite görülme oranlarının anne sütüyle beslenmemiş çocuklara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca anne sütünü alma süresi, verilen ek besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının da obezite oluşumunda rol oynadığı görülmektedir (24, 25).

2.1.4. Obezitenin Komplikasyonları

Obezitenin pek çok sağlık sorununa neden olduğu bilinmekte olup morbidite ve mortaliteyi artırıcı etkisi de ortaya konulmuştur. Fazla kilolu olma Avrupa'da her yıl 1 milyondan fazla ölüm ve hasta olarak geçirilen 12 milyon yılın sorumlusu olarak tutulmaktadır (19, 26).

Obezitenin neden olduğu başlıca sağlık sorunları aşağıda sıralanmıştır (1, 22, 23, 27, 28):

- Metabolik sendrom
- Hipertansiyon
- Tip 2 Diyabet
- Hiperlipidemi
- İnsülin rezistansı
- Koroner arter hastalığı
- Konjestif kalp yetmezliği
- Osteoartrit
- Hepatosteatoz
- Bazı kanser türleri (erkeklerde kolon ve prostat kanseri; kadınlarda endometrium, safra kesesi, meme ve over kanserleri)
- Safra kesesi hastalıkları
- Kas – iskelet sistemi hastalıkları

- Serebrovasküler hastalık
- Solunum güçlüğü
- Obstrüktif uyku apnesi sendromu
- Gebelik komplikasyonları
- Astım
- Psikiyatrik sorunlar
- Kılınma artışı
- Menstrüasyon düzensizlikleri
- Ameliyat öncesi ve sonrasında komplikasyon riskinde artış

Obezite özellikle kalp-damar hastalıklarına bağlı olmak üzere mortalite riskini artırmaktadır. Literatüre bakıldığında bazı çalışmalarda obezitenin konjestif kalp yetmezliği gelişmesi açısından önemli ve bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmüştür (29, 30). Konjestif kalp yetmezliği morbid obezitenin sık komplikasyonlarından biri ve mortalitenin en sık sebebidir (29).

Obezite ile hipertansiyon riski 5 kat artmaktadır. Beden kitle indeksindeki her bir puan artış koroner arter hastalığı riskini 3,6 kat artırmaktadır. Hipertansiyon tanısı olan obez kadınların %70' inde sol ventrikül hipertrofisi bulunmaktadır. Kalp yetmezliği tanısı olan hastaların %10'dan fazlasında obezite yardımcı etmendir (31). Obez bireylerde ayrıca aritmiler, kardiyomiyopati, ani ölüm ve venöz tromboembolik hastalıklar da sık görülmektedir. Hastaların birçoğunda bu klinik durumların birden fazlası aynı anda bulunabilmektedir (32).

Polikistikover sendromu tanısı olan hastaların %30-70' inde obezite mevcuttur (33). Obezitenin bazı kanser türleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Obezite erkeklerde prostat ve kolorektal kanser sıklığını; kadınlarda ise meme, safra yolları, endometrium ve over kanseri sıklığını artırmaktadır (34).

Obez bireylerde alt ekstremitelerde dejeneratif eklem hastalığı sıklığı artmaktadır ve erken yaşlarda osteoartrit gelişebilmektedir (35).

Obezite cerrahi operasyonlara bağlı komplikasyon (enfeksiyon, insizyonel herni, anestezi ve yara komplikasyonları) sıklığını artırmaktadır (34).

Yapılan birçok araştırmada obez bireylerde başta depresyon olmak üzere psikiyatrik hastalıkların yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (36, 37).

Obezitenin demans için bir risk faktörü olduğu (38, 39) ve obeziteyle ilişkili ek hastalıkların bilişsel bozulma ve demans gelişimine sebep olduğu tespit edilmiştir (40, 41).

2.2. Depresyon

Depresyon elem duygusu ve düş kırıklığından yeti yitimine kadar değişen durumları kapsar. Depresif hastaları normal duyguduruma sahip bireylerden ayıran bazı özellikler bulunmaktadır. Bunlar; bedensel işlevlerde bozulma, toplumsal rolleri yerine getirmede yetersizlik, intihar düşüncesi veya girişimi ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmadır. Son iki bulgunun her hastada bulunması gerekmez (42).

Depresif duygudurumun olduğu veya neredeyse tüm aktivitelerde ilgi veya zevk kaybının yaşandığı en az 2 haftalık bir periyodun olması majör depresyonun temel özelliğidir (43).

Majör depresyon, toplumun tüm kesimlerinde oldukça sık görülen, kronik seyir gösteren, yinelemelerle gidebilen, yeti yitimine yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur (44).

Depresyon ruhsal bozukluklar içinde en yaygın görülenidir (45). Her yaş grubunda görülebilmekle birlikte özellikle 25-44 yaş arasında daha sık görülmektedir (46). Hayat boyu majör depresif bozukluk görölme sıklığı 1992'de yapılan bir çalışmada (47) %4.4-%19.6 olarak bulunurken; 1994'te yapılmış başka bir çalışmada (48) ise %17 olarak tespit edilmiştir. Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada ise majör depresyonun hayat boyu görölme yaygınlığı %1.5-%19 olarak belirtilmiştir(49). Depresyonun ülkemizde görölme sıklığı ise %8 ile %20 arasında bulunmuştur (50).

Depresyon görölme sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda majör depresyon görölme riski kadınlarda erkeklerin 2 katı olarak tespit edilmiştir (51-55). Depresyon hayatları boyunca kadınların %10-25'ini; erkeklerin ise %5-12'sini etkilemektedir (56).

Majör depresyon toplumda oldukça yaygın görölmesinin yanında, yeti yitimine

neden olabildiği için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (44). DSÖ tarafından 2000 yılında yapılan Hastalıkların Toplam Yüğü Çalışması' nda (The Global Burden of Disease), majör depresyona bağıly yeti yitiminin diğer hastalıklara bağıly olanla kıyaslandığında ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Benzer şekilde ülkemizde 2004 yılında, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yürütölen 'Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi' sonuçlarına göre majör depresyon yeti yitimine yol açması bakımından birinci sırada; hastalık yüğü bakımından dördüncü sırada yer almaktadır.

Majör depresyon, bireylerin işlevselliğini olumsuz yönde etkilemesinin yanında intihar riski açısından da önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar majör depresyon hastalarının %15'inin yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir (57). Tamamlanmış intiharların %60'ında kişinin majör depresyonu olduğu tespit edilmiştir (58, 59). Majör depresyon intihar riskini 20 kat artırmaktadır (60).

Depresyon tanısı almış hastaların %97'si enerji azlığından yakınır. Hastaların %80'i uyku bozukluğundan şikâyet eder. Çok sayıda hastada iştahta azalma ve kilo kaybı olurken bazı hastalarda da iştahta artma ve kilo alımı olur ve normalden daha çok uyurlar (61).

Depresyonun sık görölen belirtilerinden olan kaygı hastaların %90'ında görölr. Diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik obtrüktif akciğer hastalığı ve kalp hastalıkları gibi eşlik eden fiziksel hastalıkların seyrini etkileyebilir (61).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların, BKİ ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastalardan çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kişiler oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Dahil Etme Ve Dışlama Ölçütleri

18 yaş üstü olmak, daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak ve araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmak araştırmaya dahil edilme ölçütleridir.

18 yaş altı olmak, daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak, araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmamak, alkol ve madde kullanım bozukluğu olması araştırmanın dışlama ölçütleridir.

3.4. Araştırmanın Yürütülmesi

25.09.2017-25.11.2017 tarihleri arasında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üstü hastalardan, daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almamış, gönüllülere sosyodemografik verilerden oluşan bir anket formu ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. Ayrıca hastaların boy ve kilo ölçümleri alınarak BKİ hesaplanmıştır. Hastaların BDÖ skoru ve BKİ arasındaki ilişki araştırılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi sosyodemografik verilerini içermektedir. Sosyodemografik veri formu Ek-1 'de sunulmuştur.

3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan, toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içeren, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan bir ölçektir (62). Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir (63). BDÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin çalışmalar ülkemizde Tegin (64) ve Hisli (65) tarafından yapılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan BDÖ formu Ek-2' de sunulmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde sayısal veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Sayısal verilerin dağılımına histogram grafikleri ile bakılmıştır. İki ayrı grupta sayısal veriler Student t testi ile analiz edilmiştir. Çoklu sayısal verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler Tek Yönlü ANOVA, normal dağılım göstermeyen veriler Kruskal-Wallis testi ile analiz edilmiştir. Ayrıca Post-Hoc analizlerde Tukey testi kullanılmıştır. Beden kitle indeksi ile toplam Beck depresyon puanının korelasyonuna Pearson korelasyon testi ile bakılmıştır. p anlamlılık değeri <0,05 olarak kabul edilmiştir. Analizlerde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır.

3.7. Etik Kurul Onayı

Bu çalışmanın protokolü Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından onaylanmış ve Ek-3'te sunulmuştur.



4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler:

Çalışmamıza veri toplama araçlarını eksiksiz olarak cevaplayan 270 hasta dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $38,89 \pm 11,83$ yıl idi. Hastaların %63'ü (n=170) kadın, %37'si (n=100) ise erkekti. Hastalara ait kategorik veriler tablo 4.1 de sayısal veriler ise tablo 4.2 de verilmiştir.

Tablo 4.1: Kategorik verilerin detaylı grafiği

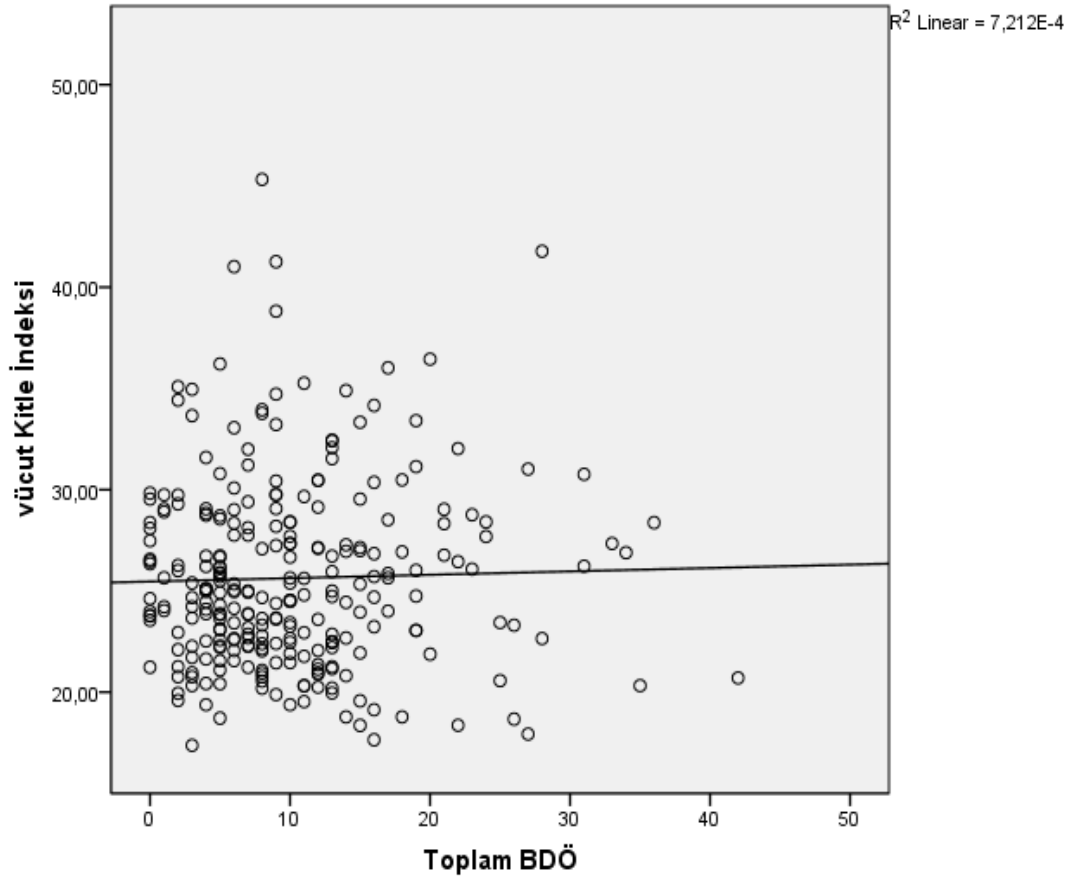
		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	170	63,0
	Erkek	100	37,0
Medeni Durum	Evli olanlar	173	64,1
	Evli olmayanlar	97	35,9
Eğitim Durumu	Okur-yazar	2	0,7
	İlkokul	23	8,5
	Ortaokul	18	6,7
	Lise	50	18,5
	Yüksekokul\Üniversite	177	65,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	202	74,8
	Çalışmıyor	68	25,2
Meslek	Memur	136	50,4
	İşçi	46	17,0
	Öğrenci	17	6,3
	Serbest meslek	18	6,7
Gelir Düzeyi Durumu	Gelir giderden az	56	20,7
	Gelir gidere denk	151	55,9
	Gelir giderden fazla	63	23,3
Tanı konulmuş bir tıbbi rahatsızlık varlığı	Var	104	38,5
	Yok	166	61,5

Tablo 4.2: Sayısal verilerin detaylı grafiği

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş (yıl)	270	18	70	38,89	11,84
Boy (m)	270	1,38	2,03	1,68	0,09
Kilo (kg)	270	38	142	72,70	15,46
BKİ (kg/ m ²)	270	17,37	45,33	25,63	4,64
Toplam BDÖ	270	0	42	10,02	7,45

4.2. Hipotez Testleri

Katılımcıların BKİ ile BDÖ puanlarının korelasyonuna bakıldı. Aralarında anlamlı bir korelasyon görülmedi ($p=0,660$; $r=0,027$) (Şekil 4.1).



Şekil 4.1: BKİ- BDÖ puanı ilişkisi

Cinsiyetin BKİ ve BDÖ puanları üzerine etkisi incelendi. Kadınlarda BKİ erkeklerden anlamlı düşük bulundu ($p=0,001$). Kadınlarda BDÖ erkeklerden anlamlı yüksek bulundu ($p=0,007$) (Tablo 4.3).

Medeni durumun BKİ ve BDÖ puanları üzerine etkisi incelendi. Medeni durum BDÖ üzerinde anlamlı değişiklik oluşturmazken ($p=0,959$), evlilerin BKİ'leri evli olmayanlardan anlamlı yüksek bulundu ($p=0,016$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.3: Cinsiyet ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	p
BKİ (kg/ m ²)	Kadın	170	24,92	4,72	0,001
	Erkek	100	26,84	4,24	
Toplam BDÖ	Kadın	170	10,96	7,50	0,007
	Erkek	100	8,43	7,12	

Tablo 4.4: Medeni durum ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

		n	Ortalama	Standart Sapma	p
BKİ (kg/ m ²)	Evli olmayanlar	97	24,35	4,05	0,016
	Evli olanlar	173	26,35	4,80	
Toplam BDÖ	Evli olmayanlar	97	10,00	7,18	0,959
	Evli olanlar	173	10,03	7,62	

Çalışma durumunun BKİ ve BDÖ puanları üzerine etkisi incelendi. Çalışma durumu BDÖ üzerinde anlamlı değişiklik oluşturmazken ($p=0,114$), çalışmayan bireylerin BKİ'leri çalışan bireylerden anlamlı yüksek bulundu ($p=0,018$) (Tablo 4.5).

Katılımcılarda tanı konulmuş bir tıbbi rahatsızlık varlığı BKİ ve BDÖ puanları üzerine anlamlı etki etmemiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.5: Çalışma durumu ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

		n	Ortalama	Standart Sapma	p
BKİ (kg/ m ²)	Çalışıyor	202	25,23	4,27	0,018
	Çalışmıyor	68	26,83	5,45	
Toplam BDÖ	Çalışıyor	202	9,32	6,98	0,114
	Çalışmıyor	68	12,12	8,42	

Tablo 4.6: Tanı konulmuş tıbbi rahatsızlık ile BKİ ve BDÖ puanı ilişkisi

	Tanı konulmuş bir tıbbi rahatsızlık varlığı	n	Ortalama	Standart Sapma	p
BKİ (kg/ m ²)	Var	104	26,33	4,87	0,051
	Yok	166	25,19	4,44	
Toplam BDÖ	Var	104	11,08	7,72	0,066
	Yok	166	9,36	7,23	

5. TARTIŞMA

Obezite günümüzde tüm dünyayı etkileyen bir halk sağlığı sorunudur ve giderek küresel bir epidemi halini almaktadır (1). Aynı şekilde depresyon da tüm dünyada yaygın olarak görülmesinin yanında, önemli ölçüde yeti yitimine neden olabildiği için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (44). Literatüre bakıldığında, çağımızın iki önemli halk sağlığı problemi olan obezite ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. BKİ ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların nispeten daha az olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda BKİ ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Katılımcıların BKİ ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,660$; $r=0,027$). Bu sonuç daha önce yapılmış çalışmaların bazılarıyla uyumlu iken (9-11, 66), BKİ ile depresyon arasında pozitif (2-6, 67, 68) veya negatif (7, 8) ilişki bulunmuş bazı çalışma sonuçları ile çelişmektedir. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın nedeni yapılan çalışmalarda obezite ve depresyon için kullanılan tanımlardaki farklılıktan veya ölçümlerdeki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Ayrıca yapılan çalışmalarda örneklem grubunun özelliklerinin farklı olması da sonuçlardaki farklılığa neden olmuş olabilir.

Obezite ve psikiyatrik hastalık ilişkisinin araştırıldığı bazı çalışmalarda cinsiyet farklılığına vurgu yapılmaktadır. Obezitesi olan ve olmayan erkekler arasında psikiyatrik hastalık açısından fark bulunmazken, obezitesi olan kadınlarda olmayanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (69-71). Yetişkin kadınlar üzerinde yapılmış bir izlem çalışmasında obezite ile depresyon arasında iki yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada dört yıllık izlem süresi sonrasında, obezitesi olan kadınlarda normal kilolulara göre depresyon riskinin arttığı, benzer şekilde depresyonu olan kadınlarda da obezite riskinin arttığı saptanmıştır (72). Başka bir çalışmada, obezitesi olan kadınlarda depresyon belirtilerinin yüksek olduğu, depresif belirtilerin varlığı ile BKİ arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (73). Bizim çalışmamızda kadın katılımcıların sayısı erkeklerden oldukça fazla olmasına rağmen BKİ ve depresyon düzeyleri arasında benzer bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda kadınların ortalama BKİ değerleri erkeklerden anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,001$). Bu durum çalışmamızın toplum tabanlı olmayışından kaynaklanmış olabilir. Örneklem grubumuzdaki kadınların çoğunluğunun çalışan kişiler olması böyle bir sonucun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda evli bireylerin BKİ'leri evli olmayanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu sonuç daha önce yapılmış bazı çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (74, 75).

Fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyon morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir klinik sendromdur (76-78). Majör depresyonun genel toplumdaki görülme sıklığı, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış bir çalışmada %3,7-%6,7 olarak tespit edilmiştir (79). Fiziksel hastalığı olan yatan hastalarda majör depresyon sıklığı %5-10, ayaktan takip edilenlerde %9-16, kanserli hastalarda ise %1,5-50'dir(80-83). Fiziksel hastalığı olanların %41'inde olmayanlara göre psikiyatrik hastalıklardan herhangi birini geçirme riski vardır. Çoğu bireyde hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanmak depresyon gelişimine sebep olmaktadır. Diabetes mellitus, kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalıkları gibi genel popülasyonda daha sık gözlenen fiziksel hastalıklarda duygudurum bozukluklarının sıklığının arttığı gösterilmiştir (84). Bizim çalışmamızda hastalarda tanı konulmuş bir fiziksel hastalık varlığı BDÖ puanları üzerine anlamlı etki etmemiştir. Çalışmamız bu yönüyle daha önce yapılmış pek çok çalışmanın sonuçlarıyla çelişmektedir.

Çalışmamız bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran, tedavi arayışındaki bireylerin değerlendirildiği tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma sonuçları bu bağlamda değerlendirilmelidir. Araştırmamızda birçok çalışmada obezite değerlendirilmesinde antropometrik ölçüm olarak kullanılan BKİ kullanılmıştır. BKİ vücuttaki yağ miktarını doğrudan ölçmemekle birlikte obezite ile ilişkili sağlık sorunları araştırılırken en sık kullanılan belirleyicidir (85). Bazı kişilerde ve etnik gruplarda BKİ değerleri dikkatle yorumlanmalıdır. Vücuttaki yağ miktarı ve BKİ arasındaki ilişki, vücut yapısı ve oranına göre değişkenlik gösterir; ölçüt olarak kabul edilen bir BKİ değeri tüm toplumlarda aynı şişmanlık derecesine denk olmayabilir. Kaslı vücut yapısına sahip, çok uzun, çok kısa veya ekstremiteleri gövdelerine oranla çok uzun veya çok kısa olan kişilerde, BKİ risk belirleyicisi olarak sınırlılıklar taşımaktadır (85). Çalışmamızda hastalar anatomik yapılarına göre gruplandırılmamıştır. Vücut yapısı ile

ilgili bu değişkenlerin dikkate alınmamış olması, sadece BKİ' nin kullanıldığı tüm araştırmalarda olduğu gibi bizim araştırmamızın da sınırlılıkları arasındadır.

Örneklem sayımız nedeniyle temsil yeteneğinin düşük olması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır. Sonuçlarımız tedavi arayışında olmayan daha geniş örneklem grupları ile yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir.



6. SONUÇ

Çalışmamızda BKİ ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan benzer çalışmaların bazıları bizim çalışma sonucumuz ile uyumluyken, bazılarında ise BKİ ve depresyon düzeyleri arasında pozitif veya negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kadınlarda BKİ erkeklerden anlamlı düşük bulunmuştur. Yine kadınlarda BDÖ puanları erkeklerden anlamlı yüksek bulunmuştur. Medeni durum ve çalışma durumu BDÖ puanları üzerinde anlamlı bir değişiklik oluşturmazken; evlilerin BKİ'leri evli olmayanlardan, çalışmayan bireylerin BKİ'leri de çalışan bireylerden anlamlı yüksek bulunmuştur. Katılımcılarda tanı konulmuş bir tıbbi rahatsızlık varlığı BKİ ve BDÖ puanları üzerine anlamlı etki etmemiştir.

Obezite ve depresyon birinci basamakta oldukça sık karşılaştığımız iki önemli halk sağlığı problemidir. Bu iki hastalığın da yönetiminde birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Eğer yapılabilirse; kişilerin anatomik yapıları dikkate alınarak yapılan BKİ hesabı ile obezite tanısı koyulan hastalara gerekli danışmanlık verilmelidir. Yine hastalara depresyon tarama testi uygulanması konusunda yol göstermesi açısından iki soruluk kısa test uygulanarak, bu sorulara verilecek olumlu yanıtlarda tarama testi uygulanması depresyon teşhisi açısından yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. TEMD. Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu. 5 ed. Ankara/ Türkiye 2017.
2. Noppa H, Hallstrom T. Weight gain in adulthood in relation to socio economic factors, mental illness, and personality traits: A prospective study of middle-aged women. *J Psychosom Res* 1981; 117:3-20.
3. Istavan J, Zavelta K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANES. *Int J Obesity* 1992; 16:999-1003.
4. Onyike CU, Crum RM, Lee HB. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158:1139-1147.
5. Simon GE, Von Korff M, Saunders K. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:824-830.
6. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özkay Kafesçiler S, Özmen E, Hekimsoy Z, ve ark. Obezitede tedaviye yanıt ve aleksitimi. *Klinik Psikiyatri* 2006; 9:170-176.
7. Crisp AH, Mc Guinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in the general population. *Br Med J* 1976; 1:7-9.
8. Carpenter H. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation and sui-cide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90:251-257.
9. Ross CE. Overweight and depression. *J Health Soc Behav* 1994; 35:63-79.
10. Faubel M. Body image and depression in women with early and late onset obesity. *J Psychol* 1989; 123:385-395.
11. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygı-sı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6:84-91.
12. WHO. Obesity and overweight fact sheet No:311.
13. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical Report Series No: 894, WHO, Geneva, 2000.
14. Molarius A, Seidel JC, Sans S, Toumlehto J, K. K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *J Clin Epidemiol.* 1999;52:1213-24.
15. Zimmerman RL. *Clin Fam Pract* 2002; 4(2):229.
16. Bahçeci M, Tuzcu A, Arıkan Ş, Gökalp D. Hipertansiyon obezite ve lipit metabolizması hekim için tanı ve tedavi rehberi. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği* ;2009. 58-80.
17. Bjorntorp P. *Lancet* 1997; 350: 423-26.
18. Visscher TLS. *Int J of Obesity* 2002; 26: 1218-1224.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı , Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü , Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı. 2010-2014. p. 18.
20. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi.* 2002;11(1):1-16.
21. Onat A. TEKHARF. Türkiye’de obezitenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2003;31:279-289.
22. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007.
23. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A ve ark. Ulusal Obezite Rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını, 1999.

24. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007.
25. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, Technical Report Series No: 916, WHO, Geneva, 2003.
26. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index) In: Ezzati M et al., eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol.1:497-596. WHO, Geneva, 2004.
27. Tüzün M, Obezite Tanım, Sıklık, Tanı, Sınıflandırma, Tipleri, Dereceleri ve Komplikasyonları. (Ed.Yılmaz C) s. 1-20 Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 1995.
28. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, 2.baskı, s.277-280, Ankara, 2003.
29. Cho E, Manson JE, Stampfer MJ, Solomon CG, Colditz GA, Speizer FE, et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease among diabetic women. *Diabetes Care* 2002;25: 1142- 8.
30. Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz GA, Rosner B, Speizer FE, Hennekens CH. Weight, weight change, and coronary heart disease in women. Risk within the 'normal' weight range. *JAMA* 1995;273:461-65.
31. Kopelman P. Health Risks Associated with Overweight and Obesity. *Obesity reviews*. 2007; 8(1): 13-17.
32. Coppack SW. Şişmanlık ve kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyon. Şişmanlık ve ilişkili hastalıkların tedavisi. Kopelman PG (editör). Çev editörü: Dursun AN. 1. baskı. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. 2003; 4:.
33. Vrbikova J, Hainer V. Obesity and polycystic ovary syndrome. *Obes Facts*. 2009;2:26-35.
34. Kalan I, Yeşil Y. Şişmanlık ile ilgili kronik hastalıklar. *Türk Eczacılar Birliği MİSED*. 2010: 23-24; 78-81.
35. Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, Walker AM, Meenan RF. Obesity and knee osteoarthritis. The Framingham Study. *Ann Intern Med*. 1988; 109: 18-24.
36. Sullivan M, Karlsson J, Sjöstrom L ve ark. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1993; 17:503-512.
37. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*. 1992; 149:227-234.
38. Whitmer, R. A., Gunderson, E. P., Barrett-Connor, E., Quesenberry, C. P., Jr. & Yaffe, K. Obesity in middle age and future risk of dementia: A 27 year longitudinal population based study. *BMJ*, (2005). 330(7504):1360.
39. Whitmer, R. A., Gustafson, D. R., Barrett-Connor, E., Haan, M. N., Gunderson, E. P., & Yaffe, K. Central obesity and increased risk of dementia more than three decades later. *Neurology*. (2008). 71(14), 1057–1064.
40. Luchsinger, J. A., Tang, M. X., Shea, S., & Mayeux, R. Hyperinsulinemia and risk of Alzheimer disease. *Neurology*. (2004). 63(7), 1187–1192.
41. Tiehuis, A. M., van der G. Y., Visseren, F. L., Vincken, K. L., Biessels, G. J., Appelman, A. P., Kappelle, L. J., Mali, W. P. Diabetes increases atrophy and vascular lesions on brain MRI in patients with symptomatic arterial disease. *Stroke*. (2008). 39(5),1600–1603.

42. Doğan, O., Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi, 2000. 1: p. 29-38.
43. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5, Page 163.
44. Öğüt Ç. Major Depresyonun Dürtüselliğin Farklı Boyutları ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.2017.
45. Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 1999; 17:11-17.
46. FH Çelik, Ç Hocaoğlu, Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, Journal Of Contemporary Medicine 2016;6(1): 51-66.
47. Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106(1), S71-S74.
48. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). 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.
49. Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
50. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G,(1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası.
51. Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.
52. Horwath, E., Cohen, R. S., & Weissman, M. M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. *Textbook in psychiatric epidemiology*, 2002, 389-426.
53. Myer, L., Smit, J., Roux, L. L., Parker, S., Stein, D. J., & Seedat, S. (2008). Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales. *AIDS patient care and STDs*, 22(2), 147-158.
54. McIntosh, E., Gillanders, D., & Rodgers, S. (2010). Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1), 33-43.
55. Akiskal HS., (2000). Mood disorders. Introduction and overview. İn: BJ Sadock, VA Sadock (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh edition*. Baltimore:Lippincott Williams and Wilkins 2000; 1284-98.
56. Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Archives of women's mental health*, 7(2), 133-148.
57. Chen YW., Dilsaver SC. (1996) Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Bio Psychiatry* 39: 896-9.
58. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, ve ark., (1994) Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 151: 1063–1068.
59. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med*. 33: 395-405.

60. Osby U, Brandt L, Correia N, ve ark. (2001) Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 58: 844–850.
61. Sadock, B.J., P. Ruiz, and V.A. Sadock, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. 2014: Lippincott Williams & Wilkins.
62. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
63. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6:84-91.
64. Tegin B. Depresyonda bilişsel süreçler. Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi* 1987; 6:116-21.
65. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118-126. .
66. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, et al. The association of self esteem depression and body satisfaction and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007; 7:80.
67. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000; 152:163-170.
68. Katz JR, Taylor NF, Goodrick S, Perry L, Yudkin JS, Coppack SW. Central obesity, depression and the hypo-thalamo-pituitary-adrenal axis in men and postmenopausal women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24:246-251.
69. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parlslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27:434-440.
70. Chen Y, Jiang Y, Mao Y. Association between obesity and depression in Canadians. *J Womens Health (Larchmt)* 2009; 18:1687-1692.
71. Keddie AM. Associations between severe obesity and depression: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Prev Chronic Dis* 2011; 8:A57.
72. Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OL, Lucas M, manson JE, Ascherio A, Hu FB. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *Int J Obes* 2012; 36:595-602.
73. Ma J, Xiao L. Obesity and depression in US women: results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity (Silver Spring)* 2010; 18:347-353.
74. Nyaruchuca CN, Achen JH, Msuya JM, Shayo NB, Kulwa KB Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. *East Afr Med J* 2003; 80(2):68-72.
75. Yalçın C, Obezite Tanısı Almış Hastalarda Psikiyatrik Komorbidite Araştırması, Uzmanlık tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2013.
76. Cassem NH (1991) Depression, in Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 3. Baskı, NH Cassem (Ed), St. Louis, MO, Mosby Year-Book, s.237-268.
77. Sutor B, Rummans TA, Jowsey SG ve ark. (1998) Major depression in medically ill patients. *Mayo Clin Proc*, 73:329-337.
78. Katon W, Ciechanowski P (2002) Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res*, 53:859-863.

79. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM ve ark. (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry, 41:949-958.
80. Katon W (1987) The epidemiology of depression in medical care. Int J Psychiatry Med, 17:93-112.
81. Katon W, Schulberg H (1992) Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry, 14:237-247.
82. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR ve ark. (1995) Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry, 52:89-99.
83. Silverstone PH, Lemay T, Elliott J ve ark. (1996) The prevalence of major depressive disorder and low self-esteem in medical inpatients. Can J Psychiatry, 41:1101-1102.
84. Sertöz Önen Ö, Elbi Mete H, Bedensel Hastalıklarda Depresyon. Klinik psikiyatri 2004; Ek 2:63-69.
85. KARAGÖL A, ÖZÇÜRÜMEZ G, TAŞKINTUNA N, NAR A. Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15(3).

8. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

Hastanın boyu(m):

Hastanın kilosu(kg):

1- Doğum tarihiniz?

2- Cinsiyetiniz?

1. Kadın

2. Erkek

3- Medeni durumunuz?

1. Evli

2. Evli değil (bekar, dul, boşanmış)

4- Eğitim durumunuz?

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul

4. Ortaokul

5. Lise

6. Yüksekokul\Üniversite

5-Çalışma durumunuz?

1. Çalışıyor

2. Çalışmıyor

6- Çalışıyorsanız mesleğiniz?

1. Memur

2. İşçi

3. Öğrenci

4. Serbest meslek

5. Çiftçi

7- Ailenizin gelir düzeyini nasıl ifade edersiniz?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere denk
3. Gelir giderden fazla

8- Tanı konulmuş bir tıbbi rahatsızlığınız var mı? (Hipertansiyon, diyabet, guatr, migren, kalp hastalığı vs.). Varsa lütfen belirtiniz.

1. Var:
2. Yok



Ek-2: Beck Depresyon Ölçeği Formu

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

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

- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Herşeyden sıkılıyorum.

- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6 (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime kızgınım.
 - (3) Kendimden nefret ediyorum.

- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendime kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

- 19 (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi Őikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
 - (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.
 - (3) Saęlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, baŐka hiçbir Őey dűŐünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karŐı ilginde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
 - (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
 - (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken Őeyler yaptığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi dűŐünüyorum.
 - (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
 - (3) Sanki cezamı bulmuŐum gibi geliyor.

Ek-3: Etik Kurul Onayı



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 177

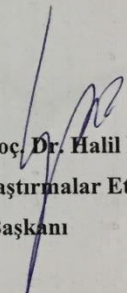
20.09.2017

KONU : 20.09.2017 Tarih ve 175 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “**Bir Üniversite Hastanesinde Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Hastaların Beden Kitle İndeksi ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**” isimli **Dr. Tuğba UĞUR**' un tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **20/09/2017** tarih ve **175** sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.


Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası
Bilkent Yolu 3.Km. Çankaya /Ankara
Telefon: 0(312) 291 25 25 / 36 45

9. ÖZGEÇMİŞ

Tuğba Uğur 1990 yılında Aksaray’da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Aksaray’ da tamamladı. 2014 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı yıl Siirt Devlet Hastanesi çocuk acil bölümüne atandı ve burada 3 ay pratisyen hekim olarak çalıştı. 2015 yılı ocak ayından beri Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniğinde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

