



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OBEZİTE TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ BİREYLERİN
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Eylül TURGUT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2021

**OBEZİTE TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ BİREYLERİN
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Eylül TURGUT

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ KLİNİK
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. MERYEM KARAAZİZ

LEFKOŞA
2021

KABUL VE ONAY

Eylül TURGUT tarafından hazırlanan “**Obezite Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Depresyon Düzeyleri Ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma, .../.../2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ (Danışman)
Yakındoğu Üniversitesi
Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Ana Bilim Dalı

.....
Yrd. Doc. Dr. Başak BAĞLAMA
Yakındoğu Üniversitesi
Atatürk Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü

.....
Dr. Bingül HARMANCI
Yakındoğu Üniversitesi
Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Ana Bilim Dalı

.....
Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Eylül TURGUT

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her aşamada yardım ve desteğini esirgemeyen, her zaman beni cesaretlendiren ve bilimsel alanda tüm bilgi, birikim ve emeğini benden esirgemeyen hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz'e,

Hayatım boyunca benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen her zaman yanımda olan aileme ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Eylül TURGUT

Lefkoşa, 2021

ÖZ

OBEZİTE TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ BİREYLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada, obezite tanısı almış ve almamış bireylerde depresyon ve kaygı düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada nedensel karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen 50 obezite tanısı almamış birey ve amaçsal örnekleme yöntemi ile seçilen 50 obezite tanısı almış toplam 100 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçme araçları; Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) aracılığıyla elde edilmiştir. Obezite tanısı almış 50 birey ve obezite tanısı almamış 50 bireyin depresyon ve kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırmada istatistiksel olarak Non- parametrik testlerden yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda obezite tanısı almış bireylerin depresyon ve kaygı düzeyleri kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur ve depresyon ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Elde edilen veriler sonucunda obezite, depresyon, kaygı arasında göz ardı edilemeyecek kadar anlamlı bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir. Obezitede yaşanan ruhsal problemlerin de göz ardı edilmemesi, obezite tedavisinde diyetisyenler ve ruh sağlığı uzmanlarının ortak tedavi planı oluşturması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Depresyon, Kaygı.

ABSTRACT

EXAMINATION OF DEPRESSION LEVELS AND ANXIETY LEVELS OF INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT OBESITY DIAGNOSIS

In this study, depression and anxiety levels were investigated in individuals with and without obesity. The causal comparison method was used in the study. The sample of the study consists of 50 individuals who were not diagnosed with obesity, selected by the random sampling method, and a total of 100 participants, 50 with the diagnosis of obesity, selected by the purposive sampling method. Measurement tools used in the research; Socio-Demographic Information Form was obtained through Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Depression and anxiety levels of 50 individuals diagnosed with obesity and 50 individuals not diagnosed with obesity were compared. Non-parametric tests were used statistically in the study. As a result of the research, depression and anxiety levels of individuals diagnosed with obesity were found to be higher than the control group, and a significant relationship was found between depression and anxiety levels. As a result of the data obtained, it is mentioned that there is a significant relationship between obesity, depression and anxiety that cannot be ignored. It is recommended that the mental problems experienced in obesity should not be ignored and that dietitians and mental health specialists should create a joint treatment plan in the treatment of obesity.

Keywords: Obesity, Depression, Anxiety.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1 Problem Durumu	3
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Önemi	1
1.4 Sınırlılıklar	3
1.5 Tanımlar	3
2. BÖLÜM	5
KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER	5
2.1. Obezite	5
2.1.1. Obezitenin Tanımı	5
2.1.2. Obezitenin Sınıflandırılması	7
2.1.1. Obezitenin Yaygınlığı	8
2.1.2. Obezitenin Nedenleri	9
2.2. Depresyon	11
2.2.1. Depresyonun Tanımı	11
2.2.2 Depresyonun Nedenleri	14
2.2.3. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları	15
2.2.4. Depresyonun Yaygınlığı	16
2.2.6. Depresyon ve Obezite İlişkisi	17

2.3. Kaygı	18
2.3.1. Kaygının Tanımı.....	18
2.3.2. Kaygının Nedenleri Açıklamaya Yönelik Yaklaşımlar	19
2.3.3. Kaygının Yaygınlığı	20
2.3.4. Yaygın Kaygı Bozukluğu.....	20
2.1.1. Kaygı ve Obezite.....	22
3. BÖLÜM.....	24
YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Modeli	24
3.2. Evren ve Örneklem	24
3.3 Veri Toplama Araçları	25
3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	25
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	25
3.3.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	25
3.4. Veri Toplama İşlemi	26
3.5. Verilerin Analizi	26
4. BÖLÜM.....	28
BULGULAR.....	28
5. BÖLÜM.....	35
TARTIŞMA	35
6. BÖLÜM.....	41
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
6.1. Sonuçlar.....	41
6.2. Öneriler	41
KAYNAKÇA	45
EKLER.....	56
Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu.....	56

Ek 2 Sosyo-Demografik Bilgi Formu	57
Ek 3 Beck Depresyon Envanteri (Bde)	58
Ek 4 Bae.....	59
Ek 5 Ölçek İzinleri	60
Ek 6: Katılımcı Bilgilendirme Formu.....	61
İNTİHAL RAPORU	62
ETİK KURUL RAPORU.....	63

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ Sınıflandırması.....	7
Tablo 2. Normallik testi.....	27
Tablo 3. Obezite tanısı alan bireyler (OTAlan) ve Obezite tanısı almayan bireylerin (OTAlmayan) sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması	28
Tablo 4. Obezite tanısı alan ve Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre karşılaştırılması.....	30
Tablo 5. Obezite tanısı alan bireylerde Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre ilişkisinin incelenmesi	30
Tablo 6. Obezite tanısı alan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre ilişkisinin incelenmesi	31
Tablo 7. Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre ilişkisinin incelenmesi	31
Tablo 8. BAE'nin risk etkenlerinin incelenmesi.....	32
Tablo 9. BDE'nin risk etkenlerinin incelenmesi.....	33

KISALTMALAR

BDE : Beck Depresyon Envanteri BAE: Beck Anksiyete Envanteri N:
Katılımcı Sayısı

p : Anlamlılık

ss : Standart sapma sd: Standart hata

OT Alan : Obezite Tanısı Alan

OT Almayan: Obezite Tanısı Almayan

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Obezite bireyin harcadığı enerji ile aldığı enerji miktarı arasındaki farkın artması sonucunda vücutta aşırı derecede yağ oranının yükselmesi ile oluşmaktadır. Bir bireyin ihtiyacı olan miktardan daha fazla miktarda enerji alması, vücudunda yakılmayan enerjinin depolanarak yağa dönüşmesine neden olmaktadır ve kilo alımı böyle gerçekleşmektedir (Bek, 2008).

Obeziteyi tanımlamada ve sınıflandırmada ise bireylerin beden kitle indeksine (BKİ) bakılmaktadır. Bireylerin beden kitle indeksleri ise; vücut ağırlığının kg cinsinden, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilir. ($BKİ = \text{Kg} / \text{M}^2$) (Bozboru, 2002).

Obezite bir salgın hastalık gibi yayılmakta ve hareketsiz yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları gibi günümüzde hızla değişen yaşam standartları nedeniyle gün geçtikçe artmaya devam etmektedir (Doğan, 2012). Bilindiği üzere obeziteye sebebiyet veren birçok neden bulunmaktadır. Bunlardan bazıları genetik faktörler, fiziksel ve biyolojik yatkınlıklar, çevresel ve kültürel etmenler ve psikolojik nedenler olarak sıralanabilir (Efil, 2005). Aynı zamanda obezitenin neden olduğu hastalıklar da bulunmaktadır. Bunların başında ise; diyabet, tansiyon ve kalp rahatsızlıkları ve psikolojik rahatsızlıklar gelmektedir (Gülçelik vd., 2007).

Obezitenin neden olduğu psikolojik rahatsızlıkların başında, görülme sıklığı en yüksek olan depresyon gelmektedir. Depresyon ise kaygı ile ilişkili bir rahatsızlıktır. Yapılan birçok araştırmada depresyon ile kaygı arasında pozitif ve negatif yönlü bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir ve depresyonun mu

kaygıya yoksa kaygının mı depresyona yol açtığına dair birçok araştırmacı tarafından ortak bir görüşte birleşilememiştir (Hamurcu, 2014).

Bu araştırmanın temel amaçlarından birisi obezite tanısı almış bireylerde görülen depresyon ve kaygı düzeyleri ile depresyon ve kaygı arasındaki çift yönlü ilişkinin incelenmesi ve birbirine etki eden neden faktörlerinin belirlenmesidir. Obezite tedavisinde en önemli adımlardan birisi bireyi depresyon ve kaygı düzeyinin belirlenmesi ve gerekli tedavi planına ilişkin çalışmaların buna yönelik olarak yapılmasıdır (Tezcan, 2009). Yine bu bağlamda bakıldığında depresyon ve kaygı ile karakterize olarak ortaya çıkan yeme davranışının tanım, tedavi ve önleme çalışmalarında da bireyin genetik, fiziksel ve biyolojik olarak aynı zamanda da psikolojik olarak obezite ve yeme davranışına olan yatkınlığı araştırılmalı ve tedavi planı bu şekilde oluşturulmalıdır (Latner vd., 2014). Depresyon, kaygı ve obezite tedavisinde tek yönlü bir tedavi ve önleme planı yapmak bireyin diğer taraftan daha fazla tetiklenmesine neden olarak daha pasif kalan bir rahatsızlığını ortaya çıkarmaktadır (Phelan, 2015). Bu üç rahatsızlıkta fiziksel ve psikolojik etmenler birbirinden ayrı bağlamlarda değerlendirilmemelidir. Konu ile ilgili alan çalışmaları incelendiğinde görülmüştür ki obezitenin toplumumuzda salgın bir hastalık gibi yayılmasının ardından bu konuda çalışmalar hız kazanmıştır.

Yakın dönemde yapılmış olan bir alan araştırmasına göre fazla kilolu ve obez olarak tanı almış adölesanların yer aldığı incelemede alana önemli katkı yapılmıştır. Araştırmada adölesanların babalarının eğitim durumları ilköğretim ve üniversite mezunu olarak ayrılmış. Babaların eğitim düzeylerinin adölesanların depresyon ve kaygı düzeyleri ile olan ilişkisine bakılmış ve elde edilen sonuçlar anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Araştırmada kullanılan diğer cinsiyet, BKİ, annenin eğitim durumu, anne ve babanın mesleği gibi değişkenler açısından elde değerlerde ise anlamlı bir farklılık ve ilişki saptanamamıştır. Araştırmanın bize gösterdiği diğer bir önemli veri ise, fazla kilolu ve obez adölesanlarda görülen kaygı ve depresyon bulgularının ve buna eşlik eden stres bulgularının anlamlı ve dikkat çekici düzeyde yüksek bulunmasıdır. (Akçam vd., 2018)

Son yıllarda depresyon- obezite ilişkisine doğru yönelen çalışmalarda kaygının bu rahatsızlıklar üzerine olan etkisi ve birbirleri ile olan etkileşimleri üzerine yeterli çalışma ve araştırma yapılmamıştır. Obezite- depresyon- kaygı üçlüsünde nedensel olarak bir ilişki olduğu bilinmesine rağmen bu ilişkinin pozitif ya da negatif yönlü olup olmadığına dair kesin bir görüşte uzlaşılammıştır (Koban vd., 2014).

1.1 Problem Durumu

Obezitenin birey üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar mevcut olmakla birlikte tek bir yönden ele alınmış olan bu araştırmalar gerekli yeterlilikte değildir. İşbu çalışma bu bağlamda depresyon ve kaygı düzeyinin obezite tanısı olan bireyler üzerindeki etkisini anlayabilmek adına yapılmış olup çalışmanın temel problemi obezitenin depresyon ve kaygı düzeyiyle olan ilişkisinin detaylarıyla incelenmesidir.

Obezite birçok yaş grubunda hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Özellikle son 20 yılda tüm dünyada ve Türkiye’de görülen artış beraberinde de birçok kronik hastalığı getirmektedir. Obezitenin beraberinde getirdiği diyabet, tansiyon, safra kesesi hastalıkları, uyku problemleri, kilo artışına bağlı olan kas ve iskelet sistemi hastalıkları ve psikolojik problemler bunların başlıcalarıdır. Yapılan araştırmalar bize göstermektedir ki obezitenin beraberinde getirdiği psikolojik problemler kaygı, depresyon, benlik algısında görülen bozulmalar, özgüven problemleri her yaş grubunda etkisini göstermektedir ancak özellikle ergen bireylerde olan etkisi yaşamlarının önemli bölümünü etkilemektedir. (Abney vd., 2018)

Obezitenin görülme sıklığı 1975 yılından günümüze kadar yaklaşık üç katına çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2016 yılında 18 yaş ve üzeri yetişkin popülasyonunun 1,9 milyardan çoğu fazla kiloludur ve bunların 650 milyonu obezdir (Obesity and Overweight, 2018). Son yıllarda literatürde obezite ve depresyon ilişkisine ağırlık verilmektedir. Bu iki sağlık sorununun birbiriyle ilişkili olmasının en olası nedeni “Duygusal İştah”tır. Duygusal iştah negatif duygu durumuna karşı gelişen yeme davranışıdır. Yapılan araştırmalar daha önceleri obezitenin nedenleri ve tedavisi üzerinde yoğunlaşmıştı ancak son yıllarda yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular obezitenin tek taraflı

bir sorun olarak ele alınamayacağını ortaya çıkarmıştır. Nitekim depresyon ve kaygı ile obezitenin ilişkisine bakıldığında bireylerin yiyerek rahatlama davranışı ile kendileri sürecin stres yükünden azaltmaya çalıştıkları görülmüştür. Depresyon ve kaygı hastalarında genel tanı kriterlerine bakıldığında iştah azalması daha çok göze çarparken obezite ile kombine bir rahatsızlık durumu söz konusu olduğunda bunun tam tersi bir durum gözlenmektedir (Konttinen vd., 2010).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, obezite tanısı almış ve almamış bireylerin depresyon düzeyleri ile kaygı düzeylerinin incelenmesidir.

Obezite- depresyon- kaygı üçlüsünde nedensel olarak bir ilişki olduğu bilinmesine rağmen bu ilişkinin pozitif ya da negatif yönlü olup olmadığına dair kesin bir görüşte uzlaşılmamıştır. Bu araştırmanın yapılmasını güçlendiren nedenlerden birisi de bu ilişkinin incelenmek istenmesidir.

Belirtilen amaç, aşağıda belirtilen alt amaçlar doğrultusunda oluşturulmuştur:

1. Obezite tanısı almış ve almamış bireyler depresyon düzeyleri bakımından farklılık var mıdır?
2. Obezite tanısı almış ve almamış bireyler kaygı düzeyleri bakımından farklılık var mıdır?
3. Obezite tanısı almış ve almamış bireylerin depresyon ve kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. Obezite tanısı almış ve almamış bireylerde sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir değişiklik görülmekte midir?

Araştırmanın alt amaçlarına bakıldığında bu araştırmada; daha önceki yapılan ilgili araştırmalarda da görüldüğü ve bilindiği üzere obezite ve depresyon arasında olan ilişkinin varlığından, kaygı ile obezite arasında da bir ilişkinin varlığından bahsedilip bahsedilemeyeceğinin önemli bir yordayıcısı olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada amaçlanan diğer bir konu ise obezite tanısı almış bireylerde görülen depresyon ve kaygının düzeylerinin nedensel faktörler açısından birbirlerinden etkilenip etkilenmediğini saptamaktır. Bu bağlamda obezite hastalarında görülen kaygı belirtilerinin depresyon belirtilerini tetikleyip tetiklemediği ya da depresyon belirtilerinin hastalarda kaygıya yol açıp açmadığının saptanması hedeflenmektedir.

Araştırmanın diğer alt amaçlarına bakıldığında ise obezite tanısı almış ya da almamış hastalarda depresyon ve kaygı düzeyleri arasında negatif ya da pozitif yönlü bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi ve bu ilişkinin hangi nedensel faktörlerden meydana geldiği konusunda edinilen bilgiler doğrultusunda alana katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

1.3 Araştırmanın Önemi

Bu araştırmanın alana olan katkısı ve bu katkının önemi obeziteyi tek bir değişken üzerinden değil birden fazla değişken üzerinden inceleyerek ele almasıdır.

Obezite ile ilgili yapılan diğer alan çalışmalarına bakıldığında, üzerinde durulan ve ilişkisel olarak incelenen değişkenlerin benlik algısı, yaşam kalitesi, tıkanırcasına yeme bozukluğu, duygusal yeme bozukluğu, beslenme alışkanlıkları ve bireyin kişilik özellikleri gibi faktörler olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada ise depresyon ve kaygı gibi kişilerin psikolojik olarak sosyal ve bireysel yaşantılarını önemli ölçüde etkileyen rahatsızlıklarının değişken olarak incelenmesi ve obezite üzerindeki neden-sonuç ilişkisinin ortaya çıkarılmasıyla bireylerin obezite-depresyon-kaygı üçlüsünde gerekli psikolojik ve fiziksel tedavilerinin daha kapsamlı olarak araştırılmasını, tedavi uygulamalarında kombine şekilde ilerleme kaydedilmesini sağlayacağı düşünülmekte ve alana önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bağlamda daha önce tıp ve psikoloji alanlarında yapılan konu ile ilgili çalışmalarda da görülmüştür ki bireylerin fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları kombine tedavilerle desteklenmezse süreç yarım kalmakta ve tedaviler başarıya ulaşmamaktadır. Bu araştırmada tedavilerin gerekli şekilde yapılması ve bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi bilimsel açıdan başarıya ulaşmada önemli rol oynamaktadır. Obezite tanısı almış hastalarda, depresyon görülme sıklığının yüksek olmasının akıllarda yarattığı soru olan depresyon mu obeziteye yol açmaktadır ya da obezitenin sonuçları mı depresyon tanısını beraberinde getirmektedir, kaygının getirdiği yeme ile rahatlama davranışlarının sonucunda oluşan alışkanlığa bağlı olarak mı obezitenin ortaya çıktığı ya da obezitenin getirdiği psikolojik rahatsızlıklar sonucunda süreç içerisinde mi bireylerde kaygının arttığı gibi soruların tümüne yanıt aranması ve alana bu konuda katkı sağlanması araştırmamızın önemini oluşturmaktadır.

Denizli ilinde daha önce 850 çocuk ile yapılmış bir çalışma olmasına karşın yetişkinlerle yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Çocuklarla yapılan çalışmada elde edilen bulgular önlem alınmasını gerektirecek düzeyde bulgular olmasına karşın yetişkinlerle böyle bir çalışma yapılmamış olması bu konuda ne gibi bir bulguya rastlanılacağı konusunda belirsizlik yaratmaktadır.

Yapılan bu araştırma Denizli Devlet Hastanesi'ne başvuran ve obezite tanısı alan hastalardan oluşmaktadır. Bu hastalar gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiş ve herhangi bir cinsiyet ya da yaş grubu ayrımı yapılmamıştır. Araştırmanın alana olan katkılarından bir diğeri, obezite tanısı almış bireylerde fiziksel tedavi planının yanında psikolojik destek ve tedavi planının nasıl olması gerektiği konusunda yön gösterici olmasıdır.

1.4 Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- Bu araştırma Denizli ilinde obezite tanısı almış bireyler ile sınırlıdır.
- Bu araştırma katılımcı sayısı ile sınırlıdır.
- Bu araştırma katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.
- Bu araştırma ankette var olan sorular ile sınırlıdır.

1.5 Tanımlar

Araştırmadaki temel kavramlar; “obezite, depresyon ve kaygı”dır.

Obezite: Obezite, Latince iyi beslenmiş anlamına gelen ‘obesus’ kelimesinden türemiştir (Güçlü, 2016). İnsanlığın tarihsel gelişimine bakıldığında kilo ile ilgili sorunların tarihin her döneminde değişik nedenlerle görüldüğünü söyleyebiliriz. Eski zamanlardan bu yana değişen beslenme tarzı ve insanların yaşam tarzları bu konuda belirleyici etmen olmuştur. Günümüzün değişen yaşam koşulları insanların daha az hareket ederek daha fazla iş yürüttüğü bir düzene dayanmaktadır. Değişen beslenme alışkanlıkları ise doğal ve organik beslenmeden uzaklaşarak endüstriyel beslenme alışkanlıkları ile yer değiştirmektedir. En başta bu iki etmen göz önüne alındığında vücuda alınan besinlerin enerji miktarları bireylerin gün içinde bu enerjiyi yakacak kadar hareketli bir yaşam tarzı sürdürmüyor olmaları sebebiyle kilo artışı olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi; “sağlığı bozacak düzeyde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlamaktadır ve en riskli 10 hastalıktan biri olarak görmektedir (World Health Organization, 2018; Kolcu vd., 2014, s.15).

Depresyon: Bireyin içerisinde bulunduğu durum sebebiyle kendisini mutsuz, karamsar ve halsiz hissettiği, etkinliklere karşı isteksizlik, üzüntü hali ve hayattan zevk alamama durumu şeklinde tanımlanmaktadır (Reddy, 2011). Depresyon bir çok kombine semptom ile bireylerde kendini göstermektedir. Ruhsal anlamda kendini gösteren semptomlar fiziksel olarak bireylerin

hissettiği semptomlarla birleşmektedir bu durumun etkisi ile de bireylerin kişisel ve sosyal yaşantılarında bazı değişimlerle hem bireylerin kendilerinin hemde çevresindeki kişilerin değişen durumları fark etmelerine neden olmaktadır. Bu duruma bağlı olarak hastalar yaşam içindeki aktivitelerini sürdürmezler ve iş, aile ve sosyal yaşamları olumsuz etkilenir. Depresyon şu anda dünyada en fazla yeti kaybı oluşturan hastalıklar arasında yer almaktadır. DSÖ'ye göre yaklaşık 300 milyon kişinin depresyon tanısı vardır (World Health Organization. Depression, 2018). Depresyon kendini belli eden semptomların etkisiyle erken dönemde fark edilebilir ve uygun tedavi planı ile haftalar içinde bireyin tedavisi sağlanabilir. Burada önemli olan kişinin ve yakın çevresinin bireyde meydana gelen değişiklikleri fark ettiğinde uygun hekime yönlendirilmesi bu konuda desteklenmesidir.

Kaygı: Kaygı, genel tanımıyla tehlike ya da talihsizlik yaşama beklentisi veya korkusunun yarattığı bunalım, tedirgin olma hali; usdışı korku, şeklinde tanımlanmaktadır. Kaygı da önemli olan bir nokta bireylerin çevrelerinde olup biteni kontrol edemiyormuş hissine kapılmaları ve her an başlarına bir şey gelebileceği korkusunun zihinlerinde yarattığı şema ile ilgilidir. Bireylerdeki bu her an her şeyin olabileceği korkusu kendilerini sürekli savunma halinde ve tetikte hissetmelerine neden olmakta ve zihinsel olarak yorulmalarına neden olmaktadır (Budak, 2005).

Kaygı her bireyde görülmektedir ancak burada önemli olan yaşantıyı ne kadar etkilediği sosyal ve bireysel anlamda kişilere engel olup olmadığı konusudur. Herhangi bir olay ya da durum karşısında normal olarak görülen kaygı ve bu kaygıya verilen tepkiler kişilerin içsel ve zihinsel düzenlemeleri ile ilgilidir. Kaygıyı kontrol edemeyen ve sürekli kendisini tetikte hisseden bireylerde bu içsel ve zihinsel düzenlemelerde olaylara verilen tepki örüntülerinde bozulma görülmektedir.

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER

Bu kısımda kuramsal çerçeve ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Obezite

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre obezite 'bireyin yediklerinden aldığı enerjinin, gün içinde harcadığı enerjiden fazla olması nedeni ile vücutta sağlığı bozacak derecede anormal şekilde yağ birikimi olması' ile ifade edilmektedir (Uğur vd., 2015).

Yemek yeme alışkanlıklarına olan ilgi ve bakış açısı tarih içerisinde toplumlara göre her zaman değişiklik göstermiştir. Bu bakış açısı bireylerin beden algısı ve güzellik kriterlerine de etki eden bir durum olmuştur. Geçmiş zamanlarda kilolu olmak ve yemek çeşitliliğine sahip olmak zenginlik ve refahta olmanın sembolü olmuş olmasına rağmen günümüzde bu durumun tam tersi şekilde bir düşünce tarzı gelişmiştir, güzellik ve beden algısının temelini zayıflık ve fit bir görünüme sahip olma, sağlıklı beslenme gibi düşünceler eski düşünce biçimlerinin yerini almıştır (Choo vd., 2015).

Obezite, Türkiye'de olduğu gibi tüm Dünya ülkelerinde şuan hızla yayılmakta olan bir salgın hastalık olarak kabul edilmektedir. Obeziteye neden olan ve obezitenin neden olduğu diğer hastalıklar da göz önüne alındığında tedavi ve önleme çalışmalarının kombine olarak yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir (Forouzanfar, 2016).

Obezite ve nedenleri incelenirken genel olarak diğer fiziksel hastalıkların etkileri olup olmadığı araştırılmıştır. Bu hastalıklar diyabet, tansiyon,

metabolizma ile ilgili bozukluklar, hormonal bozukluklar ve genetik geçiş gibi hastalıklardır. Ancak son yıllara kadar psikolojik sorunların obezite üzerinde olan etkileri değerlendirilmemiştir. Yapılan araştırmalarda depresyon ile obezite arasında olan ilişkinin açıkça göz önüne serilmesinden sonra bu alanda yapılan değerlendirmeler artmıştır. 59.000 kişiyle yapılan bir çalışmada, obezite ve depresyonun birbirini etkilediği ve grlme sıklığını yükselttiği tespit edilmiştir. Obezite depresyonu arttırırken depresyonda obeziteyi arttırmaktaydı. Bu sonuçlar doğrultusunda obezite ve depresyon tek yönlü olarak incelenmek yerine birbirlerine olan etkileri göz önüne alınarak kombine değerlendirmeler yapılmasının uygun olacağına karar verildi. (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMĐ], 2019).

Gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalarda görülmüştür ki; obezite tanısı alan kişiler sadece fiziksel anlamda değil psikolojik anlamda da birçok sıkıntı ile karşı karşıya gelmektedir. Obezitenin getirdiği depresyon nedeniyle depresif belirtilerin kişilerin sosyal ve kişisel yaşantılarını zorlaştırdığı görülmüştür. Obezite ile bireylerin fiziksel olarak dış görünümlerinde meydana gelen değişiklikler toplum tarafından yargılanmalarına ve olumsuz davranışlara maruz kalmalarına sebep olabilmektedir. Bu durum bireylerde zgven eksikliği, benlik saygısında azalma ve duygusal çökkünlük gibi sorunlara neden olabilmektedir. Toplum tarafından dışlanıyormuş hissi ile sosyal çevreden uzaklaşma içe kapanma en sık görülen davranış biçimleri olarak karşımıza çıkmaktadır. (Yanıkkerem, 2017).

Obez ve fazla kilolu bireylere yönelik ön yargı, saygısızlık gibi davranışlar toplumda çok sık görülmektedir. Toplum tarafından bu tarz davranışlara maruz kalan bireyler yeterli sosyal desteği görememekte ve tedavi süreçleri negatif yönde sekmeye uğramaktadır. Gördükleri bu tarz tutum ve davranışlar sonucunda obez ve fazla kilolu bireylerde kendileri psikolojik açıdan rahatlatmak amacıyla daha çok yeme davranışa eğilim gösterdikleri saptanmıştır. (Akman, 2019).

2.1.2. Obezitenin Sınıflandırılması

Obezitenin tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında kullanılan yöntem beden kitle indeksinin hesaplanması ve bel çevresinin ölçümünün yapılmasıdır. Beden kitle indeksi, bireyin ağırlığının kg cinsinden, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. ($BKİ = \frac{KG}{M^2}$) (Kruijsdijk, 2009). Bu hesaplardan çıkan sonuçlara göre yapılan sınıflandırma ise aşağıda Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ Sınıflandırması

BKİ (kg/m ²)	DSÖ Sınıflandırması	Genel Tanım
<18.5	Düşük Kilo	Zayıf
18.5 – 24.9	Normal	Sağlıklı Normal
25.0 – 29.9	Pre-obez	Fazla Kilolu
30.0 – 39.9	Obez	Şişman
≥40	Morbid Obez	Aşırı Şişman

Yapılan diğer bir ölçüm ise bel çevresi / kalça oranına bakılmasıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki bireyin beden kitle indeksi 25'in altında olsa bile yapılan ölçümde yağ oranı %30'un üzerinde olabilmektedir. Bu sınıflandırmaya ise normal kilolu obezite denilmektedir (Champion, 1993).

Bel çevresi / kalça ölçüm oranında ise karın bölgesinde toplanmış yağ oranının yüksek olması daha fazla hastalık riski taşıdığına işaret etmektedir. Kadınlarda bel çevresinin ölçümü 88 cm, erkeklerde ise bel çevresi ölçümünün 102 cm'den fazla olması santral obezite olarak tanımlanmaktadır (Kim vd., 2010).

2.1.1. Obezitenin Yaygınlığı

Obezite, 2000'li yıllardan beri artış göstermekte olup Türkiye'de yapılmış olan Türkiye İstatistik Kurumu 2015 yılı verilerine göre obezite tanısında %31,1 oranında artış olduğu saptanmıştır, bu oran yüksekliği dikkat çekici noktalardan birisidir. Aşırı şişmanlık oranı ise üçte bir oranında bir artış göstererek %19,9 seviyelerine kadar çıkmıştır. Genel artış oranına bakıldığında ise kadınlarda %32,3 olan artış erkeklerde %24 oranında görülmüştür. Bu verilere bakıldığında ise Türkiye'de kadınlarda obezite artış oranının erkeklerden yaklaşık %10 oranında daha fazla olduğu saptanmıştır. (Alıcı, 2008).

Türkiye'de yapılan diğer bir çalışma ise 2010 yılında Diyabet Prevelans II çalışmasıdır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre ise; erişkinlerde görülen aşırı şişmanlığın oranları %31,2 seviyelerine ulaşmıştır. Aşırı şişmanlığın cinsiyet olarak dağılımına bakıldığında ise kadınlarda %34 erkeklerde ise %107 oranında bir artış gösterdiği tespit edilmiştir (Yumuk, 2015).

Yapılan araştırmalarda dikkat çekici olan bir diğer nokta ise kadın obezite oranlarının Türkiye'de diğer ülkelere göre daha yüksek olmasıdır. Bu konuda yapılan alan çalışmalarında Türkiye'deki doğum sayısı ve kadınların eğitim düzeyinin diğer ülkelere oranla daha düşük düzeyde olmasının bu konuda önemli bir fark oluşmasına neden olduğu görülmüştür (Erdim, 2014).

Obeziteyle ve depresyon ilişkisini araştıran çalışmalarda; obezite, vücutta görülen yağ oranları ve depresyon arasında ilişki saptanmıştır. Bu değişkenin birbirlerini etkiledikleri görülen artışların anlamlı düzeyde olduğu bildirilmiştir. (Taş vd., 2019, s.39; İner vd., 2017, s.102).

Kahramanmaraş'ta 245 kadın bireyle yapılan başka bir çalışmada yaş, boy uzunluğu, BKİ ve bel çevresiyle depresyona yatkınlık arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Depresyona yatkın olan kişilerin BKİ ve bel çevresi değerleri depresyona yatkın olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Depresyona yatkınlığı olan bireylerin farklı değişkenler açısından incelendiğinde bile obeziteye olan yatkınları önlem almayı ve bireylere gerekli bilgilendirmeyi yapmayı gerektirecek düzeydedir. (Bunsuz, 2018).

Obezite ve depresyon ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılan başka bir çalışma 35-60 yaş aralığında 112 erkek ve 113 kadın bireyden oluşan toplam 225 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Normal kilolu ve obez kişilerin sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada bel çevresi ölçümlerine göre BDÖ sonuçları kan basıncı değerleri ile değerlendirildiğinde anlamlı düzeyde yüksek bulunurken , BKİ kriterlerine göre, obezlerde BDÖ puanı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmamıştır (Ata vd., 2012, s.1).

Erkeklerde ve kadınlarda kilo alma ve obeziteye yakalanma riski açısından yaş ve yaşam olayları arasında bir bağlantı vardır. Kadınlarda kilo alma dönemi olarak doğum yapılan yıllar ve menopoz sonrası dönem gibi sağlıkla ilgili sorunlar yaşandığı zamanlar dikkat çekerken erkeklerde ise daha çok yaşam olaylarının etkisiyle yani askerlik, evlilik, sigara ve alkol kullanımı ve bırakılması gibi olaylarının etkisinin olduğu bilinmektedir (Aygün, 2012).

Obezitenin neden olduğu ölüm oranlarına dünya genelinde bakıldığında ise bu yaygın hastalığın ölüm sebebi olarak yüksek oranlara ulaşması dikkat çekicidir. Obezite, ölüm nedeni olarak 5. sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl yaşamını kaybeden birey sayısının yaklaşık 2,8 milyonu obezite ve aşırı kilo nedeni ile yaşamını yitirmektedir. Ayrıca obezitenin diyabet, kalp rahatsızlıkları ve bazı kanser türlerine de eşlik ettiği bilinmektedir (Sözmen, vd., 2016).

Türkiye’de yapılan diğer bir çalışma olan TURDEP I ve TURDEP II çalışmalarının arasında 12 yıl bulunmakta olup çalışmalar incelendiğinde 12 yılda elde edilen bulgular arasında yüksek fark olduğu görülmektedir. (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2018; Overweight and Obesity, 2018). Türkiye’de yetişkinlerde obezite görülme sıklığının %22,3’den %40 oranında artarak 2010’da %31,2’ye ulaştığı bulunmuştur. 12 yılda kadınlarda obezitenin %34, erkeklerde %107 oranında arttığı görülmektedir (Sözmen, vd., 2016).

2.1.2. Obezitenin Nedenleri

Obezitenin bilinen en yaygın nedeni vücuda alınan enerji miktarının harcanan enerji miktarından fazla olması nedeni ile vücutta depolanması ve bu

depolanan enerjinin de kiloya dönüşmesidir. Obeziteye yakalanma riskini yükselten temel faktörler ise; genetik, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, sosyo-ekonomik seviye, psikolojik faktörler, yaş ve cinsiyet olarak sıralanmaktadır (Frühbeck vd., 2013).

Obezitenin genetikle olan ilişkisine bakıldığında arada tam olarak bir bağ kurulamamasına rağmen, aile geçmişinde aşırı kilo veya obeziteye yatkınlık ve bir hastalık öyküsü bulunan bireylerde genetik yatkınlık olduğu görülmüştür. (Obezitenin Nedenleri, 2018) Bu bireylerde obeziteye yatkınlık düzeyi diğer bireylere oranla daha yüksek bulunmuştur. Geçmiş araştırmalar, ailede obezite tanısı ve gen geçişi olmasının obeziteye yatkınlıkta yüksek bir ihtimal olduğunu göstermektedir. Anne ve babada obezite tanısı olan bireylerde %80 oranında bir genetik yatkınlık, sadece anne ya da sadece babada obezite tanısı olan bireylerde ise %40 oranında bir genetik yatkınlık olduğu saptanmıştır (Moore, 2005).

Genetik yatkınlığın dışında bireyin obeziteye yakalanma riskini artıran nedenlerden diğeri ise beslenme alışkanlıklarıdır (Carlson, 1994). Bebeklikten itibaren yeme alışkanlıkları oluşmaya başlamakta ve hayat boyu bu alışkanlıklar bireyler tarafından sürdürülmektedir. Günümüzde ise sağlıklı besinlere göre daha ucuza satılan daha kolay tüketilen fast food besinler; kalori açısından yüksek, besin değeri açısından düşük olmaları nedeni ile toplumun kilo almasında rol oynayan ve göze çarpan nedenlerden birisidir. Bu yiyeceklere olan talep yüksekliğinin oluşmasında ise günlük hayat temposunda bireylerin yemek yeme ritüellerine ayırdıkları zamanın kısıtlı olması da rol oynamaktadır. Hazır gıdalar zaman ve maliyet açısından bireylere bir avantaj gibi görünüyor olsa bile sonuçları sağlık açısından çok büyük tehlikeler doğurmaktadır (Mertens, vd., 2000).

Günümüzde internet ve sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla beraber bireyler ihtiyaç duydukları her şeyi internet üzerinden ve telefonla temin edebilme imkânına sahip hale gelmiştir. Genel olarak bakıldığında fiziksel aktivite düzeyi olarak düşük bir toplum olunmasına ek olarak internet çağının getirdiği hareketsizlik ve eylemsizlik eklendiğinde görülen tablo önlem almayı gerektirecek düzeydedir. Bir bireyin haftanın beş günü yaklaşık 30 dakika

fiziksel aktivite ve spor yapmasının gerekli olduğunu bildiren DSÖ raporlarına rağmen ülkemizde böyle bir oran görülmemektedir. Hareketsiz kaldığımızda vücudumuzun daha az enerjiye ihtiyaç duyuyor olmasına rağmen alınan kalori miktarında azalma olmaması nedeniyle fiziksel olarak hareketsiz kalınması kilo alımında hızlandırıcı etkenlerden birisidir (Dedeli ve Fadiloğlu, 2011).

Bireylerin hayatlarını ve yaşam standartlarını etkileyen diğer bir değişken ise sosyo- ekonomik düzeydir. Sosyo-ekonomik seviye ise bireyin aldığı eğitim düzeyi yani akademik yaşantısından ve gelir düzeyinden oluşmaktadır. Yaşam standartlarını belirlemede en büyük etmen gelir düzeyidir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda ise obezite ile sosyo-ekonomik seviye arasındaki ilişki daha anlamlı hale gelmektedir. Yapılan araştırmalara göre düşük gelir düzeyine sahip bireylerin yüksek gelir düzeyine sahip bireylerden daha fazla obezite tanısı aldıkları gözlemlenmiştir. Bu durumun en büyük nedeni ise daha ucuz ve ulaşılabilir olan besinlerin daha düşük besleyici özellikte olması ve yüksek kalorili olması, besin değeri yüksek ve dengeli beslenmeyi sağlayan besinlerin ise daha maliyetli olması yani gıdanın birey açısından ulaşılabilirliği ile orantılıdır. (Silva vd., 2019).

Eğitim seviyesinin obeziteye yakalanma riski ile olan ilişkisine bakıldığında ise 12 yıldan daha az eğitim almış olan bireylerin, 12 yıldan daha uzun süre eğitim almış olan bireylere oranla daha yüksek oranda obezite olma ihtimali olduğu gözlemlenmiştir (Kutlutürk, vd.,2011).

2.2. Depresyon

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon; Eski Mısır, Eski Ahid ve antik çağlarda geçen öykülerde ve efsanelerde betimlendiği bilinmektedir. MÖ ki yıllarda Hipokrat ruhsal hastalıklar için melankoli tanımını kullanarak bugünkü tanımlaya benzer bir tanımlama yapmaktadır. Depresyonu karasafra miktarındaki artmaya bağlayarak biyolojik açıklamanın ilk örneklerinden birinide ortaya koymuştur. Antik Yunan'da mani ve depresyon terimleri bugünkü anlamına benzer şekilde kullanılmıştır (Türkçapar, 2018).

Genel olarak ruhsal çökkünlük ile tanımlanan depresyon, görülme sıklığı ve yaygınlığı açısından kronik bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Depresyon bireyin sosyal- işlevsel olarak istek kaybı yaşamasına, mutsuzluk, huzursuzluk, benlik saygısında düşüş, duygusal olarak çökkünlük, değersizlik hisleri, uykusuzluk ve keyifsizlikle karakterize bir duygulanım halidir. Depresyonda dikkat edilmesi gereken bir nokta intihar düşüncesinin varlığıdır. Aşırı umutsuzluk, çökkünlük, kendini değersiz hissetme ve suçluluk duygularının varlığı bazen intihar düşüncesini doğurabilmektedir. Depresyon belirtilerinin iki haftadan daha az bir süre görülmesi, herhangi bir olumsuz yaşam olayına bağlı olarak ortaya çıkması ve geçici belirtiler göstermesi depresif ataklar olarak sınıflandırılabilirken, daha uzun süreli olması ve bireyin sosyal ve kişisel yaşamında bozulmalara yol açarak kronikleşmesi Majör Depresif Bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır (Pınar, 2012).

Depresyon günümüzde üç anlam çerçevesinde değerlendirilmektedir. Birincisi, normal bir duygulanım olarak tanımlanmakta ve normal bir duygu halini anlatmaktadır. İkincisi, ruhsal bir belirti olarak tanımlanmakta ve hüznün, mutsuzluk ve üzüntünün eşlik ettiği normal dışı bir duygudurumu anlatmaktadır. Son olarak da, psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmakta ve daha önceleri melankoli olarak tanımlanan, belirti grubu ile giden bazen döngüsel bir nitelik gösteren farklı belirtiler olarak sınıflandırılmaktadır (Türkçapar, 2018).

Depresyonda tanı konulurken klinik bulgulara dikkat edilmesi gerekmektedir. Depresyon tanısı için kullanılan tanı kriterleri DSM- V tanı ölçütü kriterlerine göre belirlenmektedir (Özmen vd., 2003).

- Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri
 - A. Ardışık iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu Belirtilerden en az biri 1 ya da 2. Maddedir:
 1. Günün çoğunda depresif duygu durum hali (üzgün, boş, ümitsiz hissetme, dışardan bakılınca ağlamaklı görünmek), çocuklarda ve ergenlerde sinirli, alıngan ruh hali

2. Neredeyse her gün ve günün neredeyse tüm aktivitelerinde ilgi kaybı, aktivitelerden zevk alamama
 3. Hemen hemen her gün iştahın azalması veya artması, kilo alma veya diyet yapmadan kilo verme (bir ayda vücut ağırlığında %5 den fazla değişiklik olması), çocuklarda kilo alımı olmayabilir
 4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma
 5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon (sadece kendi hissettiği huzursuzluk ya da yavaşlama değil, başkaları tarafından da gözlemlenebilir olması)
 6. Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı
 7. Neredeyse her gün değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk duygusu (sanrısız olabilir)
 8. Hemen hemen her gün düşünme ve konsantrasyon becerisinde azalma (kendi farkettiği veya başkaları tarafından gözlemlenebilen)
 9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşüncesi ya da intihar girişimi veya intihar için özel bir plan
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olur.
- C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir (Örsel, 2004).

2.2.2 Depresyonun Nedenleri

Depresyon tanısına neden olan etmenlerden başlıcaları: genetik geçiş, biyolojik özellikler, bireyin yaşı ve cinsiyeti, maruz kalınan yaşam olayları ve bireyin sahip olduğu kişilik özellikleridir. Depresyonda gen geçişi yani aile öyküsünde daha önceden depresyon varlığı bireyin birinci derecede akrabalarında görülmüşse bu durum tanı riskini 2-3 kat artırmaktadır. Biyolojik özellikler ise her bireyin kendine ait olan duygusal ve mantıksal tepkilerinin kendine özgü oluşu ve depresif atak belirtilerine verilen yanıtları etkilemesinden kaynaklanmaktadır (Aydoğan, 2012).

Depresyon sıklığını günümüzde tespit etmek oldukça zordur. Tespit edilebilmesi için prospektif (ileriye dönük) çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. ECA (Epidemiologic Catchment Area, epidemiyolojik havza alanı) çalışmasında majör depresyonun yıl içerisinde sıklığı kadınlarda %1,89, erkeklerde %1,1 olduğunu söylemektedir (Yalvaç, 2012). Majör depresyon toplumda %15'lik, kadınlarda %25'lik yaşam boyu yaygınlık ile en sık görülen hastalıktır. Depresyon kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir. Bipolar bozukluk ise hem erkekte hem de kadında eşit sıklıkta görülmektedir (Ertan, 2008).

Depresyonun yaşla olan ilişkisinin incelendiği araştırmalar göstermektedir ki son yıllarda 20'li yaşların altında ruhsal çöküntü yaşama hali yükselmiştir. Genelde kadınlarda 35-45 yaşları arasında depresyon görülme sıklığı yüksek bulunurken, erkeklerde ise 55-70 yaşları arasında yüksek seviyeler görülmektedir. Kadınların orta yaşlarda depresif belirti gösterme sıklığının sebebi olarak ise iş, aile ve yaşam olaylarının sorumluluğunun kadınlardaki

yükünün daha fazla olması bile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Ören ve Gençdoğan, 2007).

Cinsel taciz, sevilen bir kişinin ya da yakınının kaybıyla yaşanan yas süreci, ekonomik olarak yaşanan krizler, ağır atlatılan yaşam olayları gibi stresli ve travmatik yaşam olayları bireylerde depresyon görülme riskini yükselten etmenlerdendir. Yaşanan travmatik olaylara her bireyin verdiği tepki, gösterdiği tolerans ve etkilenme düzeylerinin farklılığı depresif atak geçirme seviyelerinde değişikliğe neden olmaktadır, bunun belirleyicisi ise kişilik özellikleridir (Kotan vd., 2009).

Yaşamın erken dönemlerinde anne ve bebek arasında gelişen sevgide ve bağlanmada yaşanan kopukluk bireyin ilerleyen yaşam dönemlerinde depresyona yatkınlık geliştirmesine neden olabilmektedir. Yine aynı şekilde erken yaşam dönemlerinde sevgi nesnesi olarak içe atılan bir obje ya da bireyin kaybında yaşanan duygusal bağlanma eksikliği, yaşanan bir travmatik olayın bireyin kişilik gelişimine olan etkileri ilerleyen yaşam olaylarında verilen tepkilerin hazırlayıcıları olmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan olaylara karşı verilen tepkiler yaşamın ilerleyen yıllarında travmatik olaylara verilen tepkilerin hazırlayıcısı olmaktadır (Örsel, 2004)

Tetikleyicileri olarak, olası yaşam olayları arasında ev değişikliği, iş kaybı, ölüm, yas durumu, aile ve eş ile tartışma, iş memnuniyetsizliği, fiziksel veya ruhsal tükenme, yalnızlık, doğum, yaşın ilerlemesi yer almaktadır. Bu tetikleyiciler kişide kayıp duygusunu yaratmaktadır (Türkçapar, 2018).

2.2.3. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları

Psikodinamik yaklaşıma göre depresyon yaşamın erken dönemlerinde geliştirilen şemalarla ilişkilidir. Çocuğun sevgi nesnesi olarak içe attığı ve kaybettiği objenin içselleştirdiği ve buna verdiği tepkileri kişilik gelişimi ve benlik saygısı açısından belirleyici olmaktadır. Freud'un melankoli ve yas üzerine yazdığı yazısı ile yasta kaybedilen nesnenin dış dünyaya ait bir nesne olduğunu ancak melankolide ise bireyin kendi iç dünyasına ait bir kayıp yaşadığını, melankoli ve yas kayıplarında nesnelerin farklı olmasından dolayı yaşanan duygusal kayıp sürecinin etkilerinin farklı olduğu belirtilmiştir. Yas

sürecinde yaşanan duygular dış dünyaya yönlendirilirken melankoli sürecinde ise birey iç dünyasına ait duygulara yoğunlaşmaktadır. Erken çocukluk çağı deneyimleri yas ve melankolide olduğu gibi deneyimlenen duygular ileriki yaşam dönemlerinde depresyona hazırlayıcı etmenler olmaktadır (Örsel, 2004).

Davranışçı yaklaşım, psikanalitik yaklaşımın tam tersi yönünde açıklamalar geliştirmiştir. Davranışçı yaklaşıma göre bireyi depresif koşullara hazırlayan çevresel etmenlerdir. Yani birey davranışları ve eylemleri sonucunda çevresinde yeteri derecede tatmin edici, onaylayıcı pekiştireç göremediği zaman eylemleri sonucunda depresyona yatkınlık göstermektedir. Birey eylemlerinden sonra olumlu pekiştireçle etkileşime geçemediği takdirde daha depresif bir ruh haline sürüklenmekte ve yaptığı eylemlerden vazgeçmektedir. Sonraki dönemlerde de bu eylemlerden kaçınma gözlenmektedir. Depresif olaylarda yaşanan çaresizlik duygusu kişinin geçmiş yaşantısında yaşadığı olumsuz pekiştireçlerin ve pekiştireçlerin yokluğunda yaşadığı çaresizlik duygusunu tetiklemekte ve hatırlatmaktadır. Depresif ruh halinde kişinin olumsuz düşüncelerle çağrışım yapmasının nedeni bu durumdur (Kaya, 1999).

Bilişsel yaklaşım ise depresyonu açıklarken bu iki kuramdan çok farklı olarak bilişsel süreçlerin önemine vurgu yapmaktadır. Günümüzde bu görüş oldukça fazla kabul gören bir görüş olmuştur. Bireyin geliştirdiği olumlu ve olumsuz atıfları, düşünce içeriğine ait şemaları, bir başarısızlık karşısında geliştirdiği düşünceleri gibi süreçlerin bilişsel yapıyı etkilediği üzerinde durulmaktadır. Yaşam olayları sonucu depresif belirtilerin gözlemlenmesinde inançların ve düşüncelerin hatalı şemalardan oluşmasının bireyin yatkınlık göstermesine bağlı olduğu kuramın asıl düşüncesidir. Bir kayıp sonrasında bireyin geliştirdiği olumsuz şemalar dış dünyaya karşı olumsuz düşüncelerinde sabitleşme yaşamasına neden olmaktadır. Şemaların olumsuzluğu nedeni ile yaşanmış eski bir olayın aktive ettiği şemaların etkisiyle olumsuz bir düşünce kümesi ile bakış açısı olayın en başından itibaren bireyin düşüncelerini yönlendirmektedir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011).

2.2.4. Depresyonun Yaygınlığı

Depresyon bilindiği üzere en yaygın olarak karşılaşılan psikolojik rahatsızlıktır. Yaşam olaylarının etkisinin çok fazla görülmesi depresyonun yaygınlaşmasına neden olmuştur. Dünyada depresyon tanısı almış 322 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir. Cinsiyet açısından kadınlarda daha yaygın olan depresyonun dünya nüfusuna oranı %5,1 iken erkeklerde ise bu oran %3,6 seviyelerindedir. Depresyonda intihar riski çok yüksektir ve dikkat edilmesi gereken en önemli konudur. Ancak dünyada intihar en fazla ölüme neden olan olaylarda ikinci sırada yer almaktadır (Gülseren, 2012).

Depresyon 25-44 yaşları arasında daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni ise bozulan sosyal ilişkiler, ekonomik sıkıntılar, bireylerin sorumluluklarının artması ve gelecek kaygısı; yaş ortalamasının yükselmesine ve orta yaş gurubunda depresyonun daha fazla görülmesine neden olmaktadır (Aydemir, 2011).

2.2.6. Depresyon ve Obezite İlişkisi

Obezite ve depresyon, yaygınlığı çok yüksek olan ve kronik hastalık olarak tanımlanan toplumun büyük kısmını etkileyen iki hastalıktır. Obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara göre obezite tanısı konmuş hastalarda depresyon görüldüğü, depresyonu ağır ataklarla geçen hastalarda ise içinde buldukları sıkıntılı duygusal durumlardan kaçınmak için aşırı yeme davranışlarını sergiledikleri belirlenmiştir (Grundy vd., 2014).

Depresyon ve obezitenin birbirini tetikleyen bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Obezitenin, klinik tanı kapsamında depresyon riskini arttırdığı ve depresyonun ise obezitenin artışına etken olduğu gözlemlenmiştir (Erkul, 2018).

Obeziteye yakalanan bireylerde görülen özgüven ve benlik saygısındaki azalmaya ek olarak, karşı cinsle olan ilişkilerde zayıflama, sosyal hayatın sorumluluklarından kaçınmaya başlama, kendini yalnız hissetme düşünceleri gibi belirtilerin birer birer artmasıyla, aslında depresyonu karakterize eden belirtiler yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlamaktadır. Depresyon bireyleri yalnızlaştıran, onları sosyal hayatlarından uzaklaştıran ve bireylerde yalnızlık, umutsuzluk, değersizlik gibi duygular uyandıran bir süreçtir. Bireyin bu duygular nedeni ile kendi içine kapanmasına ve aksayan sosyal yaşantıyla ilgili

stres yaşamasına neden olan bir süreçtir. Bu süreçte kendisi ile yalnız kalan birey içinde bulunduğu stresli ortamdan uzaklaşabilmek adına bilinçsiz yeme davranışlarını sergilemeye başlayıp kendini rahatlatma ihtiyacını karşılayan eylemlere yönelmektedir. Duygusal yeme, tıkanırcasına yeme bozukluklarında görülen klinik gidiş seyri buna bir örnektir (TEMD,2019).

2.3. Kaygı

2.3.1. Kaygının Tanımı

Kaygı, bireyin bilincinde derinlere saklanmış olan dürtülerinden kaynaklanan, sosyal ve bireysel ilişkilerde ortaya çıkan bir korku durumudur. Korku ile kaygı genel anlamları açısından birbirine benziyor gibi görünseler bile aslında yöneldikleri düşünce içerikleri açısından farklılaşmaktadırlar. Korku ile hissedilen duyguda ve korkunun oluşmasına neden olan belirli bir nesneden bahsedilebilir. Korku ortaya çıktığında genelde anla ilgili olur, uzun bir sürece yayılan bir duygu değildir ancak kaygı içsel süreçlerin bize hissettirdiği bir hissiyat olması nedeni ile kaynağı da belli değildir. Kaygı, nesnesi belli olmayan, bir duruma karşı ve sürece yayılmış bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Korkular genelde sebebini bildiğimiz ve mantıklı bir açıklama yapılabilen durumlara karşı ortaya çıkarken kaygılar genelde mantıklı bir açıklaması yapılamamasına rağmen ortaya çıkan ve duygu olarak bireyi etkileyen bir süreçle karakterize olmuş bir süreçtir (Pınar, 2012).

Kaygı sebebi belli olan ya da olmayan bir duruma karşı ortaya çıkan bir duygudur. Eğer kaygı, aşırı düzeyde olmazsa herhangi bir tehlikeli durum ya da olay karşısında bireyi harekete geçiren itici gücün aktive olmasını sağlayabilir. Bununla birlikte kaygının düzeyi beklenenin çok üzerinde olursa bu durumda aksine bireylerin yaşantısının olumsuz yönde etkilenmesine, panik durumuna geçip bireyin fizyolojik ve psikolojik tepkilerinde artış olmasına neden olabilmektedir (Kennerley, 2018). Anksiyete belirtileri her bireyde farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Genel olarak bakıldığında kaygının fizyolojik belirtileri; çarpıntı, terleme, bayılacakmış hissi, nefes almada zorluk, çıldıracakmış hissi, boğuluyormuş gibi hissetme, vücudun bazı yerlerinde ağrılar, kusma, bulantı ve uykusuzluk olarak başlıca onları sıralanabilmektedir (Stewart vd., 2005).

- DSM-V Kaygı bozukluğu sınıflandırmasına göre Kaygı Bozuklukları:
 - Ayrılma Kaygısı
 - Seçici konuşmazlık
 - Özgül Fobi
 - Sosyal Fobi
 - Panik Bozukluk
 - Agorafobi
 - Yaygın Kaygı Bozukluğu
 - Maddenin / İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
 - Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
 - Tanımlanmış Bir Diğer Kaygı Bozukluğu
 - Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014)

2.3.2. Kaygının Nedenleri Açıklamaya Yönelik Yaklaşımlar

Kaygının oluşumunda birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Biyolojik etmenler, psikolojik süreçler ve bilişsel yapılanmalar kaygının meydana gelmesindeki temel unsurlardır (Faghihi vd.,2017).

Kaygıya neden olan biyolojik etmenlerden son yıllarda daha fazla yararlanılmaktadır. Teknolojinin gelişmesiyle beraber görüntüleme çalışmalarının hız kazanması biyolojik kuramların açıklanmasında ilerleme kaydedilmesine yardımcı olmuştur. Kaygının meydana gelmesinde ana etmen adrenalindir; kaygı ortaya çıktığında adrenal seviyesinde artış meydana gelmektedir. Aynı zamanda beyin bazı noktalarının aşırı uyarılması sonucunda da kaygı seviyesinin arttığı, görüntüleme çalışmaları ile elde edilen bilgiler arasındadır. Biyolojik psikiyatri, genel olarak kaygı bozukluklarının GABAerjik, noradrenerjik ve serotonerjik sistemlerle ilişkili olduğunu savunmaktadır (Corell vd., 2015).

Psikolojik açıdan bakıldığında kaygı, aslında bireylerin çevreden gelen uyarılara karşı kendisini korumaya çalışan bir alarm sistemi olduğu düşünülmektedir. Freud'a göre ise 3 çeşit kaygı bulunmaktadır. Bunlardan ilki gerçekliğe ilişkin ortaya çıkan kaygıdır. Yani bireyin korku yaşamasına neden olan bir olay gibi durumlarda hissettiği kaygıdır. İkincisi ise ahlaki kaygıdır.

Ahlaki kaygı ise günlük yaşantımızda ve toplumsal, sosyal hayatımızda yaşantılarımız sonucunda ego ve süper ego arasındaki gerilimden kaynaklı olarak ortaya çıkan kaygıdır. Bu kaygı bireyin deneyimlemek istediği yaşantılarla kural koyucu toplum arasındaki gerilimin ortaya çıkardığı kaygıdır. Son olarak nevrotik kaygı ise bilinçaltı süreçlerimizi oluşturan id ve ego arasındaki gerilimden meydana çıkan kaygıdır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bilişsel yaklaşıma göre bireylerin korku ve kaygılarının bireylerin özelliklerine göre sınıflanması gerekmektedir. Kaygı bozukluğu olan kişilerde görülen korku ve kaygı; patolojik özellikli olmakla beraber her kişinin bir yaşantıya verdiği tepkinin farklılığı, olay hakkındaki düşünceleri ve duyguları ile ilgili olduğunu savunmaktadır (Gülseren, 2012).

2.3.3. Kaygının Yaygınlığı

Kaygı, diğer birçok eş tanı ve hastalıktan, bireyin travmatik yaşam olaylarından etkilenmesi ve obezite, depresyon gibi bazı hastalıkların nedeni ya da sonucu olarak ortaya çıkabilen yaygın bir hastalıktır. Dünya üzerinde yaklaşık 264 milyon kaygı bozukluğu tanısı almış birey olduğu tahmin edilmektedir. Bu oran dünya nüfusunun yaklaşık %3,6'sı gibi bir orana tekabül etmektedir. Etkileşimli olduğu hastalıklarda olduğu gibi kaygı, kadınlarda erkeklerden daha fazla bir görülme oranına sahiptir. Yine dünya nüfusuna oranla bakıldığında, dünya üzerinde kadınların yaklaşık %4,6'sı erkeklerin ise %2,6'sı kaygı bozukluğu tanısı almıştır (Siegel vd., 2000).

Kaygının bireylerde görülmeye başladığı yaş aralığı 13-24 yaşları iken, bireylerin bunu bir hastalık olarak kabul edip doktora başvurdukları yaşlar genelde 30'lu yaşlar olmaktadır. Kaygının ortaya çıkış sebeplerine bakıldığında, ölüm, ekonomik krizler, boşanma oranlarının yükselmesi, eğitim seviyesinde düşüş görülmesi gibi sosyo-ekonomik sebeplerin büyük yer tuttuğu görülmektedir. Yapılan diğer bir araştırmaya göre ise son yıllarda her dört kişiden birinin kaygı bozukluğu tanısına sahip olduğu söylenmektedir (Stewart vd., 2005).

2.3.4. Yaygın Kaygı Bozukluğu

Yaygın kaygı bozukluğu kişinin sürekli olarak kendisini huzursuz, endişeli hissetmesiyle karakterize olmuş bir hastalıktır. Bireyler bu iç sıkıntısı ve endişe diye tanımladıkları duyguları kontrol etmekte ve yönetmekte güçlük çektikleri için uzun vadede sosyal işlevsel alanlarda bozulmalar yaşanmasına neden olmaktadır (Fairburn vd., 2009).

- Yaygın Kaygı Bozukluğu Tanı Kriterleri
 - A. En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar veya etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
 - B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
 - C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur).
 - a. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
 - b. Kolay yorulma.
 - c. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması.
 - d. Kolay kızma.
 - e. Kas gerginliği.
 - f. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
 - D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
 - E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi) olumsuz değerlendirme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünün kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrısız bozuklukta sanrısız inançların içeriği.

Yaygın kaygı bozukluğu tanısının konulabilmesi için yukarıda yer alan DSM-V tanı kriterlerinden en az 3 tanesinin en az 6 ay süreyle bireyde görülmesi gerekmektedir. Kişinin endişe ve kaygısına engel olamıyor olması ve bu düşüncelerinin iş, arkadaşlık, sosyal hayat, aile hayatı gibi sorumluluk alanlarında işlevlerini yerine getirmede aksamalara neden oluyor olması gerekmektedir. Hastalarda görülen fiziksel belirtiler ise; ağızda kuruluk, nefes almada güçlük, çarpıntı, terleme, bayılma ve boğulma hisleri, ellerde uyuşma, huzursuzluk ve uyaranlara aşırı tepki verme gibi fizyolojik belirtilerdir (Fang vd., 2010).

2.1.1. Kaygı ve Obezite

Obezite, depresif bozukluklar ve kaygı bozukluklarının sıklıkla birlikte ortaya çıktığı ve sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlar doğuracak şekilde birbirlerini ağırlaştırdıkları bilinmektedir (Milaneschi vd., 2019). Kaygı ve obezite arasında olan ilişki, depresyon ve obezite arasında olan ilişkiyle benzerlik taşımaktadır. Obezite tanısı almış bireylerde yapılan bir çalışma sonucunda; obezite tanısı alan hastaların %28'lik bir kısmının kaygı bozukluğu tanısı da aldığı görülmüştür. Obezite ile kaygı bozuklukları arasında çift yönlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Obezite riski yükseldikçe yaşanan stres ve kaygı düzeyindeki artış, bireyler görülen fizyolojik tepkiler ve olaylara karşı verilen duygusal tepkilerde kaygıya yatkınlık olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde kaygı bozukluğu tanısı alan bir bireyin, zaman içerisinde sosyal ilişkilerinden, arkadaşları ve ailesi ile olan iletişiminden kopması daha fazla yalnız kalmaya

yönelmesiyle birlikte duygusal yeme davranışlarında olan artış ve bu yemeden bir rahatlama ihtiyacı duyulur hale gelmesi bireylerin obeziteye olan yatkınlıklarını ve tanı alma risklerini yükselten etmenlerdir (Yetkin ve Aydın, 2014).

Yapılan başka bir çalışmada obezite tanısı almış bireylerin %32,7 gibi bir oranında herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık tanısı olduğu saptanmıştır.

%32,7'lik kesimde bulunan psikiyatrik tanısı olan bireylerin içinden ise kaygı bozukluğu tanısı olan hastaların oranı ise %30,2 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar obezite tanısı almış bireylerde bir kaygı bozukluğu olmasının ya da eş tanıli ilerleyen bir hastalığın olma oranının ne kadar yüksek olduğunu göstermektedir (Çömlekçi, 2011).

Bozuk yeme tutumuna sahip olan bir grubun, sağlıklı yemek yeme tutumuna sahip olan bir gruba ilişkin karakter ilişkilerinin değerlendirildiği bir araştırmada ise görülmüştür ki, sağlıklı yemek yeme tutumu olan bireyler, bozuk yemek yeme tutumu olan bireylere göre daha az kaygılı bireylerdir. Bozuk yemek yeme tutumuna sahip olan bireyler kendi kişiliklerini kaygılı ve endişeli olarak tanımlamışlardır (Grundy vd., 2014).

Aşırı kilolu ve obezite tanısı almış bireylerde daha kaygılı ve endişeli bir kişilik yapısı örgütlenmesi görülmektedir. Yine kaygı düzeyi yüksek, yaygın kaygı bozukluğu veya panik bozukluk, özgül fobi gibi tanıları olan bireylerde de yemek yeme davranışı sonucu kendisini ve kaygısını rahatlatma gibi davranışlar sergiledikleri bilinmektedir. Bu da bize göstermektedir ki depresyon, obezite, kaygı arasında çift yönlü ilişki bulunmaktadır. Bireyler, kendilerini rahatlatma davranışları olarak başka bir hastalığın daha oluşmasına neden olmaktadır. Obezite, depresyon ve kaygının tedavisinde dikkat edilmesi gereken nokta hastalıkları tek başına ele alarak değil hastalığa neden olan ve hastalığın neden olduğu faktörleri de inceleyerek tedaviye başlamaktır (Grundy vd., 2014).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın modeli, evreni ve örneklemini ve veri toplama araçları ele alınmaktadır. Bu araştırmada, obezite tanısı almış ve almamış bireylerde depresyon ve kaygı düzeyleri incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen obezite tanısı almamış 50 birey ve amaçsal örnekleme yöntemi ile seçilen 50 obezite tanısı almış birey toplam 100 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçüm araçları; Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) aracılığıyla elde edilmiştir. Obezite tanısı almış 50 birey ve obezite tanısı almamış 50 bireyin depresyon ve kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırmada istatistiksel olarak Non- parametrik testlerden yararlanılmıştır. Bu araştırma Denizli ilindeki obezite tanısı almış bireyler ile ve sadece iki değişkenle sınırlıdır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada Denizli ilinde obezite tanısı alan ve almayan hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi için nedensel karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini 2020 yılında Türkiye'nin Denizli ilinde bulunan 50 obezite tanısı almış birey ve 50 obezite tanısı almamış birey toplam 100 kişi oluşturmaktadır.

3.3 Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde kullanılan veri toplama aracı katılımcılara verilmeden önce bilgilendirilmiş onam ile araştırmanın gizlilik ve gönüllülük esasları hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirilmişlerdir. Bu araştırmada, veri toplama aracının ilk bölümünü sosyo-demografik bilgi formu oluşturmaktadır. İkinci aşamada katılımcıların depresyon düzeylerini ölçmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE), üçüncü aşamada ise katılımcıların kaygı düzeylerini ölçmek için Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların kişisel bilgilerini belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sosyo-demografik bilgi formu; kişilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi kişisel özelliklerinin olduğu toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları (1979) tarafından depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilen, bir kendini değerlendirme ölçeği olan BDE, 0 ile 3 arasında puanlanan 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte ve yüksek puanlar depresyon belirtilerinin şiddetinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin özgün formunun iki-yarım test güvenirlik katsayısının 0.86 olduğu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile korelasyonuna bağlı ölçüt bağıntılı geçerlilik katsayısının 0.75 olduğu saptanmıştır (Beck, Steer ve Carbin, 1988; Savaşır ve Şahin, 1997). Türkçe'ye Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlanan ölçeğin, iki-yarı güvenirlik katsayısının 0.74 olduğu (Hisli, 1989); MMPI'nin depresyon alt boyutuyla test edilen ölçüt geçerliğine ilişkin korelasyon katsayısının normal örnekleme 0.50, klinik örnekleme ise 0.63 olduğu bildirilmiştir (Hisli, 1988).

3.3.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Bu ölçek Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilerek, kaygı semptomlarının sıklığını ölçmek üzere hazırlanmıştır. 4'lü likert tipi olan bu ölçek kaygı semptomlarına yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-3 puan değeri arasında puan almakta olup, kaygı şiddetini ölçen fizyolojik belirtiler ile ilgili maddeler çoğunluktadır. Ölçek maddelerine ilişkin verilen cevap seçeneklerinde puanlama, "Hiç" 0 (sıfır) puan, "Hafif derecede" 1 puan, "Orta derecede" 2 puan ve "Ciddi derecede" 3 puan, şeklindedir. Toplam puanın yüksekliği, kaygının şiddetinin yüksekliğine işarettir.

Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını 1998 yılında Ulusoy vd. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının iç tutarlık katsayısı, orijinal metin ile tutarlı bir şekilde gerçekleşmiş ve 0,93 olarak elde edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise 0,45 ile 0,72 arasında değişmektedir. Bununla birlikte test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,57 olarak belirtilmiştir. Orijinal ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0,75 ve 0,67, iç tutarlılığı ise 0,92 olarak ifade edilmiştir (Ulusoy vd., 1998).

3.4. Veri Toplama İşlemi

Araştırma, Türkiye'nin Denizli ilinde yaşayan 50 obezite tanısı almış birey ve 50 obezite tanısı almamış birey ile yapılmıştır. Çalışma Ocak-Şubat 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Katılımcıları araştırmanın gizlilik ve gönüllülük esasları hakkında bilgilendirme amaçlı bilgilendirme formu ve izinlerini almak için aydınlatılmış onam verilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada 50 obezite tanısı almış birey ve 50 obezite tanısı almamış birey olmak üzere 100 katılımcı ele alınmıştır ve bu bireylerin depresyon ve kaygı düzeyleri incelenmiştir. Araştırmada oluşturulan veri tabanı Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı-21 (SPSS-21) ile oluşturulmuştur. İlk olarak hatalı kodlamalar silinmiş ve data temizlenmiştir. Yapılan normallik analizi sonucunda normallik testi puanı 383 bulunmuş, normal dağılım bulunmamıştır ve analizlerde non-parametrik testler kullanılmıştır. Obezite tanısı almış ve almamış bireyler sosyo-demografik değişkenler açısından dağılımlarında tanımlayıcı istatistiklerden Ki-kare analizi kullanılmıştır. Daha sonra depresyon ve kaygı düzeyi açısından Mann Whitney U analizi ile karşılaştırılmıştır ve

depresyon ile kaygı düzeyi arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiş olup normal dağılım olmadığı için Spearman analizi tercih edilmiştir. Son olarak depresyon ve kaygı düzeyleri risk faktörleri açısından Çoklu Regresyon analizi incelenmiştir. (Mann and Whitney, 1947; Spearman, 1940).

Tablo 2. Normallik testi

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDE	,383	50,000	0	,670	50,000	0
BAE	,383	50,000	0	,677	50,000	0

Bu araştırmada yapılan normallik dağılımına göre sig yani $p < 0.05$ değeri bulunmuştur veriler anlamlıdır ve normal dağılım bulunamamıştır. BDE ve BAE puanlarına göre normallik testi yapılmıştır. Katılımcı sayısı 50'den fazla olduğu için Kolmogorov-Smirnov test değerlerine bakılmıştır ve normal dağılım olmadığı görülmüştür. Normal dağılım olmadığı için analizlerin devamına Non-Parametrik testlerle devam edilmesi gerekmektedir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 3. Obezite tanısı alan bireyler (OTAlan) ve Obezite tanısı almayan bireylerin (OTAlmayan) sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması

	Obezite Tanısı Alan (OTAlan)		Obezite Tanısı Almayan (OTAlmayan)		Toplam		X ²	p
	n	%	N	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	35	70,0	27	54,0	62	62,0	2,71	,099
Erkek	15	30,0	23	46,0	38	38,0		
Yaş								
18-35	25	50,0	32	64,0	57	57,0	1,99	,157
36 üzeri	25	50,0	18	36,0	43	43,0		
Eğitim durumu								
Ortaokul aşağısı	11	22,0	2	4,0	13	13,0	9,58	,008*
Lise	13	26,0	24	48,0	37	37,0		
Üniversite ve üzeri	26	52,0	24	48,0	50	50,0		
Gelir düzeyi								
Kötü	15	30,0	10	20,0	25	25,0	12,38	,006*
Orta	6	12,0	17	34,0	23	23,0		
İyi	17	34,0	6	12,0	23	23,0		
Çok iyi	12	24,0	17	34,0	29	29,0		

Medeni durum								
Bekar	32	64,0	25	50,0	57	57,0	1,99	,157
Evli	18	36,0	25	50,0	43	43,0		
Çocuk sayısı								
2 ve aşağısı	8	16,0	10	20,0	18	18,0	,271	,603
3 ve üzeri	42	84,0	40	80,0	82	82,0		

Bu araştırmada obezite tanısı almış 35 (%70) kadın, 15 (%30) erkek, obezite tanısı almamış ise 27(%54,0) kadın, 23 (%46,0) erkek vardır. Obezite tanısı alan 18-35 yaş aralığında 25 (%50,0), 36 ve üstü yaşta 25 (%50,0) olgu vardır. Obezite tanısı almayan bireylerde ise 18-35 yaş aralığındaki olgular daha fazladır. Obezite tanısı almış bireyler ve obezite tanısı almamış bireyler eğitim durumuna göre $p<0.05$ olduğu için aralarında anlamlı ilişki vardır. Obezite tanısı alan ve obezite tanısı almayan bireyler eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır. Obezite tanısı alan bireylerde üniversite ve üstü eğitim durumuna sahip olgular daha fazladır. Obezite tanısı almayan bireylerde ise lise ve üniversite üstü eşit dağılım göstermektedir. Gelir düzeyine bakıldığında $p<0.05$ değerine sahip olduğu için anlamlı ilişki bulunmuştur. OTAAlan ve OTAlmayan bireylerin gelir düzeyine göre de farklılaştığı bulunmuştur. Obezite tanısı alan bireylerde gelir düzeyi iyi olanlar daha fazladır. Obezite tanısı almayan bireylerde ise gelir düzeyi orta ve çok kötü olanlar eşit dağılım göstermektedir. Medeni durum, cinsiyet, yaş ve çocuk sayısı değişkenlerinin OTAAlan ve OTAlmayan gruplara göre $p>0.05$ değerine göre anlamlı ilişki bulunamamış ve farklılaşmadığı görülmüştür.

Tablo 4. Obezite tanısı alan ve Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre karşılaştırılması

		N	Ort.	Z	p
BDE	OTAlan	50	73,97	-8,30	,000*
	OTAlmayan	50	27,03		
BAE	OTAlan	50	72,82	-7,93	,000*
	OTAlmayan	50	28,18		

Obezite tanısı alan ve Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre karşılaştırılması Non- parametriktest olan Mann-Whitney U analizi ile incelenmiştir. Test değerlerine göre $p < 0.05$ olarak bulunmuştur yani gruplar arasında anlamlı ilişki vardır. Yapılan istatistiksel analiz incelendiğinde, OTAlan bireylerde depresyon ve kaygı düzeyi OTAlmayan bireylere oranla daha yüksek bulunmuştur ve gruplar ile BDE ve BAE puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür.

Tablo 5. Obezite tanısı alan bireylerde Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre ilişkisinin incelenmesi

		BDE	BAE
BDE	R	1,000	,617"
	P	.	,000
BAE	R	,617"	1,000
	P	,000	.

Obezite tanısı almış ve obezite tanısı almamış bireylerin BDE ve BAE puan ortalamalarının ilişkisi korelasyon analizi olan Spearman ile incelenmiştir. Obezite tanısı almış ve almamış katılımcılarda $p < 0.05$ değerine göre depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan ilişki analizi sonucunda BDE ve BAE puanları arasında %61,7 oranında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 6. Obezite tanısı alan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre ilişkisinin incelenmesi

		BDE	BAE
BDE	R	1,000	,024
	P	.	,869
BAE	R	,024	1,000
	P	,869	.

Obezite tanısı almış bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre ilişkisinin incelenmesi Spearman analizi ile incelendiğinde $p > 0.05$ değerine göre, Obezite tanısı almış bireyler arasında yapılan depresyon ve kaygı düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır değerler arasında fark görülmemiştir.

Tablo 7. Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanlarına göre ilişkisinin incelenmesi

		BDE	BAE
BDE	R	1,000	-,317*
	P	.	,025
BAE	R	-,317*	1,000
	P	,025	.

Obezite tanısı almayan bireylerin BDE ve BAE puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. OTAAlan ve OTAlmayan bireylerde $p < 0.05$ değeri görülmüştür. BDE ve BAE puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Puanlar arasında %31,7 negatif yönlü bir ilişki vardır.

Tablo 8. BAE'nin risk etkenlerinin incelenmesi

	B	Std. hata	Beta	t	p	R ²	Adjusted R ²
BDE	,378	,075	,45	5,024	,000*	,489	,378
Eğitim durumu	,437	,19	,191	2,302	,024*		
Gelir durumu	,127	,114	,091	1,106	,272		
Alkol kullanımı	,329	,291	,102	1,131	,261		
Sigara kullanımı	,499	,275	,155	1,817	,073		
Kilo memnuniyeti	,686	,318	,214	2,155	,034*		
Sağlık sorunu	,973	,363	,223	2,683	,009*		
Neşeli olduğunda yemek yeme	-,014	,153	-,21	-2,743	,007*		
Öfkeli olduğunda yemek yeme	,043	,163	-,174	-1,885	,063		

BAE'nin risk etkenleri için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizin sonucunda depresyon, olguların eğitim durumları, kilolarından memnun olup olmamaları, sağlık durumları ve neşeli olduklarında yemek yeme durumlarının kaygı düzeyi için risk faktör olduğu bulunmuştur.

BAE, BDE, eğitim durumu, kilo memnuniyeti, sağlık durumu ve neşeli durumlarda yemek yeme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$).

BDE puanı 1 birim arttığında BAE için risk %37,8 artmaktadır. $P < 0,05$ değerine göre pozitif yönde anlamlı olarak etkilenmektedir.

Eğitim durumu 1 birim arttığında BAE için risk %43,7 artmaktadır. $P < 0,05$ değerine göre pozitif yönde anlamlı olarak etkilenmektedir.

Kilo memnuniyeti 1 birim arttığında BAE için risk %68,6 artmaktadır. $P < 0,05$ değerine göre pozitif yönde anlamlı olarak etkilenmektedir.

Sağlık sorunu 1 birim arttığında BAE için risk %97,3 artmaktadır. $P<0,05$ değerine göre pozitif yönde anlamlı olarak etkilenmektedir.

Neşeli olduğunda yemek yeme 1 birim arttığında BAE için risk %1,4 azalmaktadır. $P<0,05$ değerine göre negatif yönde anlamlı olarak etkilenmektedir.

Gelir durumu, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve öfkeli olduğunda yemek yeme değişkenleri açısından $p>0.05$ değerine göre BAE risk etmenleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 9. BDE'nin risk etkenlerinin incelenmesi

	B	Std. hata	Beta	t	p	R ²	Adjusted R ²
BAE	,580	,115	,487	5,024	,000*	,498	,447
Eğitim durumu	-,087	,242	-,032	-,360	,720		
Gelir durumu	,309	,139	,186	2,223	,029*		
Alkol kullanımı	,376	,360	,098	1,042	,300		
Sigara kullanımı	-,378	,344	-,099	-1,100	,274		
Kilo memnuniyeti	,350	,402	,092	,870	,386		
Sağlık sorunu	-1,359	,444	-,261	-3,059	,003*		
Neşeli olduğunda yemek yeme	,397	,504	,065	,788	,433		
Öfkeli olduğunda yemek yeme	-,736	,425	-,167	-1,729	,087		

BDE'nin risk etkenleri için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizin sonucunda kaygı, olguların gelir düzeyleri ve sağlık durumlarının depresyon düzeyi için risk etken olduğu bulunmuştur. BDE, BAE, gelir durumu ve sağlık durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık sorunu 1 birim arttığında BDE için riskin etkisi %135 azalmaktadır.

$P < 0,05$ değerine göre negatif yönde anlamlı olarak etkilenmektedir. BAE puanı 1 birim arttığında BDE için risk %58 artmaktadır. $P < 0,05$ değerine göre pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir. Gelir durumu 1 birim arttığında BDE için risk %30,9 artmaktadır. $P < 0,05$ değerine göre pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir. Eğitim durumu, alkol kullanımı, sigara kullanımı, kilo memnuniyeti, neşeli olduğunda yemek yeme ve öfkeli olduğunda yemek yeme değişkenlerine göre $p > 0.05$ değerine göre BDE risk etmenleri ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmada obezite tanısı almış ve almamış bireylerin depresyon ve kaygı düzeyleri incelenmiştir. Obezite tanısı almış ve almamış bireyler Tablo 3'de incelendiği üzere demografik değişkenleri açısından karşılaştırıldığında eğitim düzeyleri ve evegiren aylık gelirleri açısından anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Literatür incelendiğinde Chen, Jiang ve Mao (2009) obezite tanısı almış bireylerin depresyon düzeylerini incelediği araştırmada obezite tanısı konulmuş hastaların ve kontrol grubunun bireylerin eğitim seviyelerine göre farklılaştığını vurgulamışlardır aynı sonuçlar Tablo 3'te görülmektedir. Genç yetişkinlerde depresyon ve kaygı ile obezite arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla Herva ve arkadaşları (2006) obezitenin eğitim seviyesi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir bu çalışma sonuçlarına paralel sonuçları Tablo 3'te görmek mümkündür. Tüzün (2015)'de obezitenin orta ve yüksek gelir düzeyine sahip toplumlarda ve bireylerde daha çok görüldüğünü, yoksul kesimlerde ise obeziteye pek rastlanmadığını belirtmektedir. Obezitesi olan bireyler üzerinde yapılan bir başka araştırmada da bu araştırmaya paralel nitelikte sonuca varılarak obezite tanısı alan bireyler ve almayan bireylerin kişisel özellikleri karşılaştırıldığında gelir düzeyinin farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Obezitesi olan bireylerin çoğunluğunun yüksek gelir düzeyine sahip olduğuna vurgu yapılmıştır (Gürkan, 2012).

Araştırmada Tablo 4 verilerine göre obezite tanısı almış bireylerin almamış bireylere göre depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Amerika'da 284tane üniversite öğrencisinin üzerinde yapılmış olan bir çalışmada, daha pozitif bir vücut görüntüsüne sahip olan kişilerin daha az depresif belirtiler göstermiş oldukları bildirilmiştir (Gillen, 2015).

Yapılmış olan başka benzer bir araştırmada depresyonla obezitenin arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğu epidemiyolojik araştırmalarda gsterilmektedir. Depresyon tedavisi gormekte olan 512 hastanın uzerinde yapilmış olan bir çalışmada depresyonun bütun semptomlarının obezite olan bireylerde daha belirgin olduğu bulunmuştur (Lojko vd., 2015). Avustralya'da kadınların ve erkeklerin uzerinde yapilmış olan uzun süreli bir çalışmada obez bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Vashum, 2014).

Castelnuovo-Tedesco ve Schievel (1975) obezite olan bireylerde; hafif düzeyde ve orta düzeyde depresyonla, kişilik bozukluklarının sıklıkla görülmekte olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan başka bir araştırmada ise bu çalışma ile aynı sonuç elde edilmiş ve obezitesi olan hastalarda depresyonun görölme sıklığının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Wing vd., 2011, Istvan vd., 1992). Siegel ile arkadaşları (2000) obezitenin kadın bireylerde depresyon semptomlarıyla alakalı olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırmada incelenen diğer temel değişken ise obezite tanısı almış ve almamış bireylerin kaygı düzeyleridir. Obezite tanısı almış bireylerin kaygı düzeyleri Tablo 5 verilerine göre daha yüksek bulunmuştur. İlgili alan yazını incelendiğinde, obezite tanısı olan hastalarda kaygı bozukluklarının yüksek oranlarda görülmekte olduğu bildirilmiştir (Sullivan ve ark. 1993). Britz ve arkadaşları (2000) obez olan hastalarda duygu durumun, kaygının, somatoformun ve yeme bozukluklarının sağlıklı olan kontrollerden daha yüksek oranlarda görüldüğünü belirtmişlerdir. Aynı araştırma sonucunun elde edildiği başka bir incelemede yine, aşırı obez olan hastalarda duygu durumla kaygı bozukluklarının daha yüksek oranlarda görülmüş olduğu bildirilmiştir (Musante vd., 2008). Macht (2009) üzüntü ile neşenin yeme davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Öfke, depresyon, sıkıntı, kaygı ve yalnızlık gibi negatif emosyonlarla emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (Ganley 1989).

Yapılan bir çalışmada obez kişilerin kaygıya sahip olduklarında aşırı yemek yedikleri ve yemenin kaygı düzeylerini azalttığı ileri sürülmüştür (Kaplan ve Kaplan 1957). Hastane programında tedavi olmaya çalışmakta olan obez kişilerin ticari programlar ile tedavi olmaya çalışan kişilerden daha stresli

olduğu ve tedavi arayışında olan obez kişilerin psikolojik problemler ile yeme bozuklukları olma ihtimalinin tedavi olanaklarını aramayan kişilerden daha yüksek olduğu gösterilmektedir (Zwaan vd., 2002.; Foster ve Kendall, 1994).

Obezite ile diğer sağlık sorunları sebebiyle tedavi olanağını arayan kişilerde depresyon puanı ve kaygı puanının orta derecede artmakta olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar, disfori, kaygı ve depresyon gibi psikopatolojik olan bulguların obeziteye sebep olmaktan daha çok obezitenin sonuçları şeklinde ortaya çıkmakta olduğunu düşündürmektedir (David vd., 2005). Yapılan başka bir çalışmada aşırı obezitenin (eşlik etmekte olan kronik fiziksel hastalıklar, ailesel depresyonlar, demografik risk etmenlerinin kontrol edilmesine karşın) psikiyatrik hastalık risklerini artırmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dong vd., 2004).

Bu araştırmada obezite tanısı almış bireyler ve almamış bireylerin depresyon ve kaygı düzeyleri arasında Tablo 5 verilerine göre orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. İlgili alan yazını incelendiğinde, obezite ve etkili faktörlerin belirlenmesi ile ilgili yapılan araştırmada obezite tanısı konulmuş hastalarda depresyon ve kaygının ilişkili olduğu belirtilmiştir (Çayır vd., 2011).

Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi adlı çalışmada obez bireylerin depresyon ve kaygı düzeylerinin aynı seyirde arttığı ve ilişkili olduğu bulunmuştur (Kayar ve Utku, 2013). Yine yapılan benzer bir çalışmada kaygı ve depresyon arasında güçlü ilişki olduğu belirtilmiştir (Yetkin vd., 2010).

Bu araştırmada Tablo 8’de elde edilen verilere göre depresyon için kaygı, olguların gelir düzeyleri ve sağlık durumlarının risk etken olduğu bulunmuştur.

Depresyon ve meditasyonu inceleyen bir araştırmada olguların gelir düzeylerinin düşük olması ve ciddi fiziksel sağlık sorunlarının olması depresyon için risk barındırdığı bulunmuştur (Pinsky ve Levey, 2015). Kanseri hastalarında depresyon ve kaygıyı inceleyen bir araştırmada kaygının depresyon için yordayıcı olduğu bulunmuştur (Aydoğan, 2012). Depresyon ve kaygı bozuklukları adlı çalışmada da kaygı ve depresyonun birbiriyle ilişkili olduğu ve birbirlerini yordadıkları belirtilmiştir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Obezite tip 2 diyabetin temelini oluşturmaktadır. Bel çevresi yağlanmasıyla ilişkilendirilmesinde insülin değerlerinin normale indirilmesi tedavisi uygulanmaktadır (Lim vd., 2011). Tip 2 diyabet hastalarında depresyon ve kaygı yüksek oranlarda saptanmıştır. İnsülin ve diyabetin yeme davranışının artmasına neden olduğu açıklanmıştır (Nichols ve Brown., 2003).

Pearson ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında 1732 katılımcın (26- 36 yaş gruplarında) açlık kan şekeri ölçümleri yapılmıştır. Bu çalışmada insülin direnci varlığı saptanmış ve bu durumun depresyon ve yeme alışkanlıkları ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Sonucunda insülin direncinin dolaylı olarak yeme bozukluğu ve depresyon ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Başka bir çalışmada ise depresyon ve duygusal yeme alışkanlığının tip 2 diyabet ile ilişki üzerine çalışılmıştır. Çalışmada 31 erkek ve 30 kadın yer almıştır. Sonucunda tip 2 diyabet, depresyon ve duygusal yeme alışkanlığı arasında bir ilişki gözlemlenmiştir. Depresyon ve tip 2 diyabetin kadınlarda daha yüksek bulunduğu çalışmalarda mevcuttur (Gonzalez-Cantu vd., 2018). Bu bulgular ise depresyon kaynağının tip 2 diyabet kaynaklı olabileceğini göstermektedir. Doğrudan obezite ile depresyon ilişkisinden söz edilememektedir. Yapılan araştırmalarda obezitenin temelinde tip 2 diyabet söz konusudur.

Bu çalışma depresyon ve anksiyete bozukluğu görüldüğünü bildiren çalışmalardaki (Black vd., 1992, Britz vd., 2000) bulguları desteklemektedir.

Ancak bu bulgumuz obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların genel verilerden farklı olmadığını bildiren çalışmalarla uyumlu değildir (Stunkard vd., 1986). Araştırmacılar, beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve bozulmuş beden imajının obez hastaların önemli özelliklerinden olduğu konusunda hemfikirdirler (Stunkard vd., 1986, Tedesco ve Schievel 1975). Toplumda güzellik ve ince beden algısı gibi değerlere verilen önem obezlerin yetersiz oldukları ve çekici olmadıkları duygusuna neden olmaktadır.

Obez bireylerde kaygı ve depresyon durumları arasında fark olduğu Tablo 6'da görülmüştür. Bu sonuç obezitenin sınıflandırılmasından çok varlığının ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunu desteklemektedir. Bunlara ek olarak bireylerde ruhsal durum ve yeme davranışı arasında bir ilişki gözlemlenmiştir. Yeme miktarı ve sıklığı kaygı ve depresyon durumlarına göre değişim

göstermektedir. Bu değişim fizyolojik ihtiyaçlardan farklı olarak duygusal duruma bağlı olarak artmaktadır. Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğunu açıklanmıştır (Canetti vd., 2002). Öfke, depresyon, sıkıntı, kaygı ve yalnızlık gibi negatif duygu durumlarında yeme davranışında artışın ortaya çıktığı çalışmalar vardır (Ganley, 1989).

Bir çalışmada obez bireylerin kaygılı olduklarında aşırı yedikleri ve yemenin kaygılarını azalttığı öne sürölmüştür (Kaplan ve Kaplan 1957). Yemenin kaygıyı azaltma mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Bu durumun altında yatan etmenin protein ve karbonhidrat alımının özellikle serotonin sentezinde farklı etkileri olduğu düşünölmektedir.

Stresin yeme davranışını etkilediği bilinmektedir. Bunun yanı sıra yeme davranışındaki bozulmalarda stresin bir kaynağı olarak düşünölmektedir. Üniversite öğrencilerinin katıldığı bir çalışma bu durumu açıklamaktadır. Üniversite öğrencilerinin %12.8'inde algılanan stres düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (alışkan vd., 2018).

Bu alışma ile sınav döneminin öğrenciler üzerindeki etkileri açıklanmıştır. Öğrencilerin stres ölçekleri sınav dönemi oldukça artmaktadır. Kaygı, depresyon ve stres ile birlikte yeme davranışı üzerinde bir artış gözlemlenmiştir. Bu yeme alışkanlıklarında özellikle kafein ve yağlı yiyecekler tercih edilmektedir. Bu alışma ise stres ve kaygının obezitede artışını göstermektedir.

Bu araştırmada Tablo 9 verilerine göre kaygı için depresyon, eğitim düzeyi, dış görünüşten memnun olup olmamaları, sağlık durumları ve neşeli olduklarında yemek yeme durumlarının risk faktör olduğu bulunmuştur. Kaygı ve sosyo-demografik değişkenlerin karşılaştırılmasının yapıldığı bir araştırmada eğitim düzeyi, sağlık durumları gibi değişkenler kaygı düzeyini arttırmada risk olduğu bildirilmiştir (Akkaya, 2006). Bu araştırmaya benzer başka bir araştırmada kaygı ve depresyonun birbiri için risk olduğu bildirilmiştir (Singh, 2014). Yukarıda belirtilen literatür çalışmaları bu araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Duygu durum bozukluklarının yanında kaygı bozukluklarında da leptin ve ghrelin düzeyleri araştırılmıştır. Hormonlardan leptinden ziyade ghrelinin kaygı bozukluklarının nedensel mekanizmalarında rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (Özmen vd., 2019). Bu nedenle obez bireylerde bilişsel esneklik, öğrenme, depresyon ve kaygı arasındaki ilişki belirlenirken hormonal değişimlerin de derinlemesine incelenmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak major depresif bozukluk ve kaygı, obez hastalarda yüksek oranda görülmektedir. Ancak bu konuda net bilgiler için kontrollü ve geniş katımlı çalışmalara gereksinim vardır. Psikiyatrik hastalıkların obeziteye eşlik etmesi obezite tedavisini olumsuz etkilemektedir. Birlikte bulunan psikiyatrik bozukluğun tedavisi, hastanın uyumunu arttıracak, komplikasyonlarını azaltacak, tedavi ekibinin yaklaşımlarını kolaylaştırmaya olanak sağlayacaktır.

Bu nedenle obez hastaya psikiyatrik yardım ve desteğin obezitenin tedavisine ve yaşam kalitesine olumlu katkıları olacağı unutulmamalıdır. Depresyon ve kaygı belirtilerinin eşlik ettiği obez bireylerde cerrahi sonrası dönemde psikiyatrik yaklaşımların dahil edilmesi gereklidir. Böylece bu dönem obez birey için daha kolay ve rahat bir süreç tabii (Rabiei vd.,2017) olacaktır.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada obezite tanısı almış ve almamış bireylerde depresyon ve kaygı düzeyleri incelenmiştir. Obezite tanısı almış bireylerde almamış bireylere oranla depresyon ve kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Obezite tanısı almış ve almamış katılımcılarda BDE ve BAE arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Obezite tanısı almış bireylerde BDE ve BAE puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Obezite tanısı almamış bireylerin BDE ve BAE puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani obezite tanısı almamış bireylerde depresyon düzeyinde artış olması, kaygı düzeyinde azalma olmasına veya kaygı düzeyinde artış olması depresyon düzeyinde azalma olmasına sebep olmaktadır. Kaygı, olguların gelir düzeyleri ve sağlık durumlarının depresyon düzeyi için risk etken olduğu ve depresyon, olguların eğitim durumları, dış görünüşten memnun olup olmamaları, sağlık durumları ve neşeli olduklarında yemek yeme durumlarının kaygı düzeyi için risk faktör olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Elde edilmiş olan sonuçlar depresyonun, kaygının ve obezitenin arasında olan ilişki hakkında oldukça önemli bilgiler vermekte ve yapılacak yeni çalışmalar için de yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma Denizli ilindeki obezite tanısı almış bireyler ile ve sadece iki değişkenle sınırlıdır. Araştırma kapsamının genişletilerek obezitenin psikoloji ile ilişkisini inceleyen araştırmaların yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Günümüzde halk sağlığının sorunları arasında oldukça önemli bir yere sahip olan obezitede yaşanan ruhsal problemlerin de göz ardı edilmemesi, obezite tedavisinde diyetisyenler ve ruh sağlığı uzmanlarının ortak tedavi planı oluşturması klinisyenler tarafından da önerilmektedir.

Devletin obezite tanısının konulmuş olduğu kişiler için ücretsiz psikolojik danışmanlık desteğini sağlayabilmesi ve obez kişiler için sosyal etkinliklerin yaygınlaştırılması düşüncesi sağlık çalışanları tarafından da önerilmektedir.

Daha önce yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlara göre kadınlarda obezite tanısı alma oranı daha yüksek bulunmuş olmasına karşın, son zamanlarda yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlara göre erkeklerde bu oranın artışı daha fazla gözlemlenmiştir. Bu verilerle ilişkili olarak kaygı, depresyon ve obezite arasında anlamlı ilişki bulunmuş birbirini tetikleyen nedensel etmenler oldukları akademisyenler tarafından kabul görmüştür. Birbirlerini tetikleyen bu nedensel etmenler birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bireylerin yaşamsal farklılıklarına bağlı olarak en çok etkiyi, eğitim durumu, gelir düzeyi, dış görünüşten memnun olma gibi faktörler belirlemektedir. Daha önceki yıllarda yapılan araştırmalarda ekonomik gelir düzeyi kötü olan bireylerde obezite görölme oranı daha düşük iken son zamanlarda yapılan araştırmalarda bunun tam tersi veriler alan çalışmasını yürüten akademisyenler tarafından elde edilmiştir.

Bunun başlıca sebebi olarak daha ucuza alınan ve tüketilen besinlerin daha az besleyici ancak daha kalorili yiyecekler olması, sağlıklı besinlere ulaşmanın ekonomik gelir düzeyi düşük olan bireyler için daha zor olduğu görölmüştür. Diğer bir nedensel faktör olan eğitim düzeyi ise bireylerin obezite ve sağlıklı beslenme konusunda bilinçlenmeleri bunun yanında obezitenin beraberinde getirdiği kronik hastalıklardan da korunma düşüncesi ile etkili olmaktadır. Son zamanlarda birçok hastalığın birbirinin tetikleyicisi olduğunun ortaya çıkması bireyleri yaşam ve beslenme alışkanlıklarında değişimler yapmaya teşvik etmektedir. Sağlıklı beslenme konusunda kendini bilgilendiren ya da bu konuda destek alan bireyler, sadece kilo kontrolü ve obeziteden değil; diyabet, tansiyon, kolesterol ve kalp rahatsızlıklarından kendilerini mümkün oldukça koruyabildiklerini fark etmektedirler. Bu bağlamda bakıldığında obezite;

bireylerin yaşam ve sağlık kaliteleri ile ilgili birçok alanda etkiye sahiptir. Önlenebilmesi için ise tüm bu risk faktörleri açısından toplum hem klinisyenler hem de akademisyenler tarafından bilgilendirilmeli, gerekli tanı ve tetkiklerin devlet kurumları tarafından karşılanması gerekmektedir. Obezite, depresyon ve kaygı üçlüsüne bakıldığında aralarında bulunan ilişki bu alanda araştırma yapan birçok akademisyen tarafından kabul görecektir düzeyde anlamlı bulunmuştur. Bireylerin içinde buldukları yaşam olayları, travmalar, benlik algıları, ekonomik gelir düzeyleri gibi birçok nedensel etmenle ilgili olarak anlamlı düzeyde birbirlerinden etkilenmektedirler. Bir kişide depresif süreçlerin getirdiği sonuçlara bağlı olarak ortaya çıkan yeme alışkanlıkları kontrol altına alınamadığı takdirde obeziteyi de beraberinde getirebilirken, beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak obezite tanısı almış bir birey için bu süreç beraberinde depresyonu da getirebilmektedir. Kaygı için bakılacak olduğunda ise bireylerin kaygının getirdiği fizyolojik belirtileri hissetmeye başladıklarında kendilerini rahatlatmak için bir takım yeme alışkanlıkları geliştirdikleri ve bu durumun sürekli hale geldiğinde obeziteye neden olduğu yapılan araştırmalarda görülmüştür.

Diğer bir yandan bakıldığında ise obezitenin beraberinde getirdiği sağlık sorunlarıyla birlikte yaşam kalitelerinde ve sosyal ilişkilerinde yaşadıkları bozulmalar sonucunda obezite tanısı almış bireylerde yaygın kaygı bozukluğu görüldüğü bilinmektedir. Obezite tanısı almış bireylerin çeşitli tedavi yöntemleri arama ve uygun olanı seçebilme sürecinde de kaygı düzeylerinde anlamlı artışlar gözlemlenmiştir. Araştırmada elde edilen diğer bulgular göz önüne alındığında ise obezite tanısı almış bireylerde depresyon ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Depresyonun mu kaygıya neden olduğu, kaygının mı depresyona neden olduğu daha büyük bir örneklem grubuyla daha fazla değişken altında incelenmelidir. Tetikleyici olan birçok nedensel etmenleri olmasına rağmen ilişkiyi anlamlı kılacak veri elde edilememiştir. Obezite tanısı almamış bireylerde ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Obezite tanısı almamış bireylerde depresyon düzeyi yükselirken kaygı düzeyinde düşme görülmüş, kaygı düzeyi yükselirken ise depresyon düzeyinde düşme görülmüştür.

Tüm araştırma ve incelemeler göz önüne alındığında obezite, depresyon ve kaygı bireylerin yaşamlarında birbirleri ile bağımsız ele alınmaması gereken nedensel faktörlerdir. Tanı ve tedavi süreçlerinde hastaların psikolojik ve fiziksel olarak tüm belirtilerinin klinisyenler tarafından ayrıntılı olarak incelenmesi ve temel sebeplerin belirlenerek kombine şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Abney, B. H., Lusk, P., Hovermale, R., Melnyk, B. M. (2018), Decreasing Depression And Anxiety İn College Youth Using The Creating Opportunities For Personal Empowerment Program (Cope), Journal Of The American Psychiatric Nurses Association (25(2):89-98).
- Akçam, S. Ö., Selen, F., Demir, E., Demir, T. (2018), Cinsiyet Ve Yaş Farklılıklarının Ergenlerin Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Kendine Zarar Verme, Psikoz, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Alkol, Uyuşturucu Bağımlılığı Ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle İlişkili Sorunlara Etkisi, Dicle Tıp Dergisi (45 (3): 255-264).
- Akkaya, Ç. (2006), Anksiyete Depresif Bozukluğunun Tanımı Ve Sağaltımındaki Sistemin Görünümündekiler, Türk Psiyatri Dergisi, 17(2), 139-146.
- Akman, G. (2019), Fazla Kilolu Ve Obez Bireylerde Beden Algısı, Benlik Saygısı Ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Doyumuyla İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Alıcı, M., Pınar, R. (2012), Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Turkish Journal Of Research & Development İn Nursing, S. 10.
- Ashmore, J.A., Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Musante, G.J., Weightbased, S. (2008, Psychological Distress And Binge Eating Behavior Among Obese Treatment-Seeking Adults, Eat Behav, 9:203–209.
- Ata, A., Hayırlı, A., Ergün, A., Köse, S.K., (2012), Bel Çevresi Ve Kan Basıncı Değerleri İle Beck Depresyon Envanteri Puanları İlişkisi, Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci, 24(1).

- Aydemir, Ö., Yurtman Havlucu, D., İnanır, I. (2011), Behçetli Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon Ve Hastalık Hakkındaki Bilgiler, *Anatol J Clin Investig*, Manisa, 2011:5(2):82-88.
- Aydoğan, Ü., Tuna, M.K., Sarı, O., Kılıç, S., Cöngöloğlu, A., Atay, A. A., Kürekçi, A. E., Köseoğlu, V., Sağlam, K. (2012), Gatif Pediatrik Hematoloji Ve Onkoloji Klinik Durumlarında Bir Malignite Veya Hastalık Nedeniyle Takip Edilenlerin Çocuklarında Ebeveynlerindeki Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk Belirlemenmesi, *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Eylül/Ekim 2012, Cilt. 11 Sayı 5, S577-582.
- Aygün, M. (2012), Obezite Ve Yönetimi, İçinde: Durna Z. (Ed). *Kronik Hastalıklar Ve Bakım*, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık. 341-378.
- Bek, N. (2008), *Fiziksel Aktivite Ve Sağlık* (S.730: 5), Ankara.
- Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.E. (1992), Prevalence Of Mental Disorder İn 88 Morbidly Obese Bariatric Clinic Patients, *Am J Psychiatry*, 149:227-234.
- Bozbora, A. (2002), Obezitenin Cerrahi Tedavisi, *Ankem Dergisi* (C.16. S.3), İstanbul.
- Budak, S. (2005), *Psikoloji Sözlüğü*, Ankara: Bilim Ve Sanat Yayınları.
- Bunsuz, E. (2018), Kadınlarda Bel Çevresi Ve Beden Kitle İndeksi Ve Beck Depresyon Envanteri Puanlaması Arasındaki İlişkinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kayseri.
- Dong, C., Sanchez L.E., Price R.A. (2004), *International Journal Of Obesity*, 28: 790- 795.
- Canetti, L., Bachar, E., Berry, E.M. (2002), Food And Emotion, *Behav Processes*, 60:157-164.
- Carlson, J.T., Hedner, J.A., Ejnell, H., Peterson, L.E. (1994), High Prevalence Of Hypertension İn Sleep Apnea Patients Independent Of Obesity,

American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine, 150: 72-77.

Champion, V.L. (1993), Instrument Refinement For Breast Cancer Screening Behaviors, Nursing Research.

Choo, J., Turk, M.T., Jae, S.Y., Choo, I.H. (2015), Factors Associated With Health-Related Quality Of Life Among Overweight And Obese Korean Women, Women & Health (55: 152 – 166).

Collins, M. (1986), Sampling. Editors: Worcester, R.M. And Downham, J. Consumer Market Research Handbook, 3rd Edition, Esomar, Mcgraw-Hill, Maidenhead.

Correll, C.U., Detraux, J., Lepage, J., Hert, M. (2015), Effects Of Antipsychotics, Antidepressants And, Mood Stabilizers On Risk For Physical Diseases In People With Schizophrenia, Depression And Bipolar Disorder, World Psychiatry, Volume 14, Issue 2 Ss.119–136.

Çalışkan, S., Aydoğan, S., Işıklı, B., Metintaş, S., Yenilmez, F., Yenilmez, Ç. (2018), Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi Ve İlişkili Olabilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi, Estüdam Halk Sağlığı, 3: 40-49.

Çayır, A., Atak, N., Köse, S.K. (2011), Beslenme Ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 64(1): 13-19.

Çömlekçi, N. (2011), Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (lwqol- Lite) Türkçe Versiyonunun Psikometrik Değerlendirmesi, İü, Sbe, Yylt, İstanbul.

David, C., Wright, M.S., Pamela, D.S., (2001), Optimal Exercise Intensity For Individuals With Impaired Glucose Tolerance, Diabetes Spectrum. 18, 93-97.

Dedeli, Ö., Fadiloğlu, C. (2011), Development And Evaluation Of The Health Belief Model Scale In Obesity, Taf Prev Med Bull.10(5): 533-542.

- Doğan, R. (2012). Eskişehir Bykdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının Ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi (S. 8.), Esog, Sabe, Yylt, Eskişehir.
- Efil, S. (2005), Sağlık alışanlarında Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (S. 15), Ak, Sabe, Yylt, Afyon.
- El-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M., Nicklas, T. A. (2015), Maternal Depression, Stress And Feeding Styles, Towards A Framework For Theory And Research İn Child Obesity, Br J Nutr. 113.
- Erdim L., Ergun, A., Kuğuoğlu S., (2014), ocuklarda Obezitenin nlenmesi Ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü, Hsp;1(2):115-126.
- Erkul, C. (2018), Obezite Ve Depresyon Arasındaki İlişki: Diyet Polikliniğine Başvuran Obezite Tanısı Almış Kişiler zerinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tez,Okan Üniversitesi, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ertan, T. (2008), Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, S. 62.
- Faghihi, H., Dehghanmehr, S., Mansouri, A., Piri, F. (2017), The Effect Of Acupressure On The Anxiety Of Patients Undergoing Hemodialysis-A Review, Journal Of Pharmaceutical Sciences And Research, 2017; 9(12): 2580-4.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'connor, M. E., Palmer, R. L., Dalle Grave, R. (2013), Enhanced Cognitive Behaviour Therapy For Adults With Anorexia Nervosa: A Uk–Italy Study, Behaviour Research And Therapy, 51(1), 2-8.
- Fang, Y., Zhang, C., Sun, J., Zhu, X., (2010), Privacy And Security For Online Social Networks, Challenges And Opportunities, Ieee Network, 24 (4), 13-18.

- Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Erten, E., Duran, Ş., Sungur, Mz (2015), Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Güncel Kavramlar [Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Güncel Kavramlar], *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7 (3), 229–243.
- Fink, B. C., Shapiro, A. F. (2013), Coping Mediates The Association Between Marital Instability And Depression, But Not Marital Satisfaction And Depression, *Couple And Family Psychology: Research And Practice*, 2:1, 1-13.
- Fisher, J., Cabral De Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., Holmes, W. (2012) Prevalence And Determinants Of Common Perinatal Mental Disorders In Women In Low-And Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review, *Bull, World Health Organ*; 90 (2) :139–149.
- Forouzanfar, M.H., Afshin, A., Alexander, L.T., Anderson, H.R., Bhutta, Z.A., Biryukov, S., Brauer, M., Burnett, R., Cercy, K., Charlson, F.J., (2016), Global, Regional, And National Comparative Risk Assessment Of Behavioural, Environmental And Occupational, And Metabolic Risks Or Clusters Of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study 2015, *The Lancet*, 388: 1659-1724.
- Foster, G.D., Kendall, P.C. (1994), The Realistic Treatment Of Obesity, *Clin Psych*, 14, 701- 736.
- Frühbeck, G., Toplak, H., Woodward, E., Yumuk, V., Maislos, M., Oppert, J.M. (2013), Obesity: The Gateway To Ill Health-An Easo Position Statement On A Rising Public Health, Clinical And Scientific Challenge In Europe, *Obesity Facts*, 6: 117-120.
- Gallagher, M., Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., Gadol, E. (2013), Cognitive Inflexibility And Suicidal Ideation: Mediating Role Of Brooding And Hopelessness, *Psychiatry Research*, 210(1), 174–181.
- Ganley, R.M., (1989), Emotion And Eating In Obesity: A Review Of The Literature, *Int J Eat Disord*, 8:343-361.

- Gillen, M.M. (2015), Associations Between Positive Body Image And Indicators Of Men's And Women's Mental And Physical Health, *Body Image*, 13, Ss:67–74.
- Gonzalez, Cantu, A., Mireles, Zavala, L., Rodriguez, Romo A., Olavide, A., De La Garza, Hernandez N.E., Romero, Ibarquengoitia M.E. (2018), Eating Behaviors And Emotional Distress Are Predicted By Treatment And Adverse Outcome In Patients With Type 2 Diabetes, *Psychol Health Med*. 23(3):325-36.
- Grundy, A., Cotterchio, M., Kirsh, V.A., Kreiger, N. (2014), Associations Between Anxiety, Depression, Antidepressant Medication, Obesity And Weight Gain Among Canadian Women, *Plos One*, 9(6): E99780.
- Güçlü, L. P. (2016). Obez Bireylerde Ağırlık Kaybı İle Antropometrik Ölçümler, Bazı Biyokimyasal Bulgular Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (S. 23), Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.
- Gülçelik, N.E., Gürlek, A., Usman, A. (2007), Obezitenin Medikal Tedavisi ,*Hacettepe Tıp Dergisi* (C.38, S.4), İstanbul.
- Gülseren, Ş. (2012), Depresyon Ve Anksiyete, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, İzmir, 2012;Ek1:5-13.
- Gürkan, B. (2012), Şemalar Ve Baş Etme Yollarının Obezitesi Olan Bireylerin Kaygı, Depresyon, Benlik Saygısı Ve İntihar Oranları Üzerindeki Etkisinin Şema Kuramı Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (S. 7).
- Hamurcu, P. (2014), Obez Bireylerde Benlik Saygısı Ve Beden Algısının Değerlendirilmesi (S. 73), İstanbul İbü, Sabe, Yılt, İstanbul.
- Hemmingsson, E. (2014), A New Model Of The Role Of Psychological And Emotional Distress In Promoting Obesity: Conceptual Review With

Implications For Treatment And Prevention, *Obes Rev*, 15(9), 769-779.

İner, Ü., Ertürk, Z., Köksal, A.R., Özsenel, E.B., Harmankaya, Kaptanoğulları,Ö., (2017), What Is The Importance Of Body Composition İn Obesity-Related Depression?, *Eurasian J Med*, S. 49.

Istvan, J., Zavela, K., Weidner, G. (1992), Body Weight And Psychological Distress İn Nhanes I, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 16:999-1003.

Kaplan, H.I. Ve Kaplan, H.S. (1957), The Psychosomatic Concept Of Obesity, *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 125(2):181-201.

Karamustafaoğlu, O., Yumrukçal H.(2011), Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Kaya, B. (1999), Yaşlılık Ve Depresyon, Tanı Ve Değerlendirme, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 2 (2) : 76-82.

Kayar, H. Ve Utku, S. (2013), Çağımızın Hastalığı Obezite Ve Tedavisi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, Eczacılık Fakültesi, Mersin*; S. 2-7.

Kennerley, H. (2018). *Kaygı (Anksiyete)*, 3. Basım, İstanbul, Kuraldışı Yayınları.

Kim, K.K., Horan, M.L., Gendler, P., Patel, M.K. (1991), Development And Evaluation Of The Osteoporosis Health Belief Scale, *Research İn Nursing & Health*, 14: 155-163.

Koban, B., Vural, E., Işıtmangil, G., Gönenç I. (2017), The Effects Of Nutrition, Other Environmental Factors And Microbiota On The Epigenetics Of Obesity, *The Journal Of Turkish Family Physician* (2017, 8(4);108-17).

Kolcu, G., Yıldırım, A.E., Uğur, Ş. (2014), Obezite İle Mücadelede Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Değerlendirilmesi (S.15-20), *Smyrna Tıp Dergisi*.

Kontinen, H., Mannisto, S., Sarlio, Lahteenkorva, S., Silventoinen, K., Haukkala, A. (2010), Emotional Eating, Depressive Symptoms And

Self- Reported Food Consumption, A Populationbased Study, *Appetite*, (54(3):473-9).

Kotan, Z., Sarandöl, A., Eker, S.S. (2009), Depresyon, Nöroplastisite Ve Nörotrofik Faktörler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:22-35.

Kruisjdsijk, Rcm., Wall, E., Visseren, Flj. (2009), Obesity And Cancer: The Role Of Dysfunctional Adipose Tissue, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18: 2569-2578.

Kutlutürk, F., Öztürk, B., Yıldırım, B., Özüğurlu, F., Çetin, İ., Etikan, İ., Sazlıdere, H., Tetikçok, R., Akbaş, A., Şahin, İ. (2011), Obezite Prevalansı Ve Metabolik Risk Faktorleri İle İlişkisi, Tokat İli Prevalans Çalışması ,*Türkiye Klinikleri J Medsci*.31(1):156-63.

Latner, J.D., Barile, J.P., Durso, L.E., O'brien, K.S. (2014), Weight And Health-Related Quality Of Life: Them Moderating Role Of Weight Discrimination And İnternalized Weight Bias, *Eating Behaviors*(15: 586-590).

Lim, E.L., Hollingsworth, K.G., Aribisala, B.S., Chen, M.J., Mathers, J.C., Taylor, R. (2011), Reversal Of Type 2 Diabetes: Normalisation Of Beta Cell Function İn Association With Decreased Pancreas And Liver Triacylglycerol, *Diabetologia*, 54(10):2506-14.

Lojko, D., Buzuk, G., Owecki, M., Ruchala, M., Rybakowski, K.J. (2015), Atypical Features İn Depression: Association With Obesity And Bipolar Disorder, *Journal Of Affective Disorders*, 185:76–80.

Mertens, I.L., Van Gaal L.F. (2000), Overweight, Obesity, And Blood Pressure: The Effects Of Modest Weight Reduction, *Obesity Research*, 8: 270-278.

Milaneschi, Y., Simmons, W. K., Van Rossum, E. F., Penninx, B.W. (2019). Depression And Obesity: Evidence Of Shared Biological Mechanisms, *Molecular Psychiatry*, 24(1), 18-33.

- Miran, B. (2003), Temel İstatistik, Ege Üniversitesi Basımevi, S. 288, Bornova, İzmir.
- Moore, L.L., Visoni, A.J., Qureshi, M.M., Bradlee, M.L., Ellison, R.C., D'agostino, R. (2005), Weight Loss In Overweight Adults And The Long- Term Risk Of Hypertension: The Framingham Study, Archives Of Internal Medicine, 165: 1298-1303.
- Nichols, G.A., Brown, J.B. (2003), Unadjusted And Adjusted Prevalence Of Diagnosed Depression In Type 2 Diabetes, Diabetes Care, 26(3):744.
- Ören, N., Gençdoğan, B., (2007), Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(1): 85-92.
- Örsel, S., Canpolat, B., Akdemir, A., Ozbay, H. (2004), Diyet Yapan Ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı Ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(1): 5-15.
- Özmen, S., Şeker, A., Demirci, E. (2019), Ghrelin And Leptin Levels In Children With Anxiety Disorders, Journal Of Pediatric Endocrinology And Metabolism, 32(10), 1043-1047.
- Pearson, S., Schmidt, M., Patton, G., Dwyer, T., Blizzard, L., Otahal, P. (2010), Et Al, Depression And Insulin Resistance. Diabetes Care, 33(5):1128.
- Pinsky, D. Ve Levey T. G. (2015), Bir Dünya Tersine Döndü': Duygusal Emek Ve Profesyonel Hakimiyet, Cinsellikler ,18 (4): 438-458.
- Reddy, M.S. (2010), Depression: The Disorder And The Burden, Indian J Psychol Med (32(1), 1-3).
- Satman, İ., Ömer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B. (2013), Twelve-Year Trends In The Prevalence And Risk Factors Of Diabetes And Prediabetes In Turkish Adults, European Journal Of Epidemiology, 28: 169- 180.

- Siegel, J., Yancedy, A.K., Mccarthy, W.J. (2000) Overweight And Depressive Symptoms Among African American Women, *Prev Med*, 31: 232-240.
- Silva, D.A., Coutinho, E., Ferriani, L.O., Viana, M.C (2019), Depression Subtypes And Obesity In Adults: A Systematic Review And Meta-Analysis, *Obes Rev*.
- Singh, M. (2014), Mood, Food, And Obesity, *Front Psychol*, 2014; 5: 925.
- Sözmen, K., Ünal, B., Sakarya, S., Dinç, G., Yardım, N., Keskinli, B., Ergör, G. (2016), Türkiye'de Antropometrik Ölçüm Yöntemlerinin Kardiyovasküler Hastalık Riski İle İlişkisi, *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 43(1), 99-106.
- Stewart, D., Steiner, M., Streiner, D.L., Steinberg, S., Carter, D., Berger, C., Reid, R., Grover, D. (1999), The Measurement Of Premenstrual Mood Symptoms, *Journal Of Affective Disorders*, 53, 269-273.
- Stunkard, A.J., Stinnett, J.L., Smoller, J.W. (1986), Psychological And Social Aspects Of The Surgical Treatment Of Obesity, *Am J Psychiatry*, 143:417-429.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjostrom, L., Vd. (1993), 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*, 17:503-512.
- Taş, H.İ., Ertekin, H., Açar Yıldızoğlu, Ç., Ertekin, Y.H. (2019), Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Yeme Tutumu Ve Vücut Kompozisyonunun Depresyon Şiddetiyle İlişkisi, *Kafkas J Med Sci*, 9(1), 39-45.
- Türkçapar, A. (2018), Bariatrik Cerrahide Reoperasyon, Endoskopik Laparoskopik Ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi, 17(1), 46-55.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Obezitenin Nedenleri, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, Erişim: [Http://Beslenmehareket.Saglik.Gov.Tr/](http://Beslenmehareket.Saglik.Gov.Tr/).

- Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, Miki Matbaacılık, 2018: Ankara (S. 95).
- Tyler, C., Johnston, Ca., Foreyt, Jp. (2007), Themed Review: Lifestyle Management Of Obesity, American Journal Of Lifestyle Medicine, 1 (6), 423-429.
- Vashum, Kp., Mcevoy, M., Milton, A.H., Mcelduff, P., Hure, A., Byles, J. (2014), Dietary Zinc İs Associated With A Lower İncidence Of Depression: Findings From Two Australian Cohorts, J Affect Disord 2014;166:249- 57.
- World Health Organisation, Obesity And Overweight, (Factsheet No:311-324) Updated January 2015.
- Yanikkerem, E. (2017). Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 37-43.
- Yetkin S. Ve Aydın H. (2014), Bir Semptom Ve Bir Hastalık Olarak Uykusuzluk, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara,(S.2-8).
- Yetkin, S., Erdem, M., Çelik, C., Özgen, F. (2008), Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Öfke Düzeyi Ve Öfke İfade Tarzı, Anadolu Psikiyatri Dergisi,9:203-207.
- Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howel, L.M., Monson, N., Swan, Kremeier L., Roering, J.L., Kolotkin, R.L., Crosby, R.D. (2002), Two Measures Of Health-Related Quality Of Life İn Morbid Obesity, Obesity Research, 10 : 1143-1151.

EKLER

Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu

Bu araştırma Yakındoğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Eylül Turgut tarafından Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz'in danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezi için yapılmaktadır. Bu araştırmanın amacı obezite tanısı almış ve almamış bireylerde görülen depresyon ve kaygının düzeyleri ile aralarındaki pozitif ya da negatif yönlü korelasyonu incelemektir. Doldurmanız için size verilen ölçekler bu ilişkiyi anlamak ve araştırmak amacıyla kullanılacaktır. Verilen ölçekleri doldurduğunuz takdirde araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Sizden alınan kimlik bilgileriniz ve doldurduğunuz ölçeklerde bulunan bilgileriniz hiçbir şekilde üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Bizimle iletişime geçerek istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmadan çekilirseniz, sizden toplanan tüm veriler veri tabanımızdan silinecektir ve sizinle ilgili olan veriler çalışmada kullanılmayacaktır. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, bize aşağıdaki iletişim bilgilerden ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz;

YDÜ Psikoloji Bölümü, Bölüm Başkan Yardımcısı ve Öğretim Görevlisi; Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz, meryem.karaaziz@neu.edu.tr mail adresinden ya da YDÜ Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi; Psk. Dan. Eylül Turgut, eylulturgut777@gmail.com mail adresinden iletişim kurabilirsiniz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.

Ad / Soyad:

İmza:

Tarih:

Ek 2 Sosyo-Demografik Bilgi Formu**Cinsiyet:** Kadın / Erkek**Yaş:****Boy-Kilo:**

cm /

kg

Eğitim Durumu: (1) Okuryazar değil (2) Okuryazar (3) İlköğretim Mezunu (4) Ortaokul Mezunu (5) Lise Mezunu (6) Üniversite Mezunu (7) Yüksek Lisans/Doktora Mezunu**Meslek:** (1) Ev Hanımı – İşsiz (2) İşçi (3) Memur (4) Serbest Çalışan (5) Emekli (6) Öğrenci (7) Diğer**Aylık Gelir:** (1) 2000-3000 TL (2) 2000-3000 TL (3) 3000-4000 TL (4) 4000-5000 TL (5) 5000 TL ve üstü

Ek 3 Beck Depresyon Envanteri (Bde)

AÇIKLAMA: Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

A

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B

0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibigeliyor.

C

0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibihissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

Ek 4 Bae

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları.	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.	0	1	2	3

Ek 5 Ölçek İzinleri

Kullanılması öngörülen tüm ölçekler için telif hakkı sahiplerinden (Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin izin alındığına dair, mail üzerinden 'ölçek izinlerinin' yazışmaları aşağıdaki gibidir:

Beck Depresyon Envanteri Gelen Kutusu x



Gulsen T. <gulsenturk@yahoo.com>
Alıcı ben ▾

14 Ekim Paz 16:54 ☆ ↶ ⋮

Sayın Eylül Turgut,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

Beck Anksiyete Ölçeği Gelen Kutusu x



Gulsen T.
Alıcı ben ▾

27 Ekim Paz 22:49 ☆ ↶ ⋮

Sayın Eylül Turgut,

Beck Anksiyete Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

Ek 6: Katılımcı Bilgilendirme Formu

Bu araştırma, obezite tanısı almış ve almamış bireylerde görülen depresyon ve kaygının düzeylerini incelemek amacıyla Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümü tarafından yürütülmektedir. Veri toplamak amacıyla bir dizi anket hazırlanmıştır. Sorulara vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak ve istatistiksel olarak topluca değerlendirilecektir. Samimi cevaplar vermeniz araştırmanın geçerliliğini arttıracaktır. Katılımınız gönüllülük esasına bağlıdır.

Katılımınız için teşekkürler.

YDÜ Psikoloji Bölümü, Bölüm Başkan Yardımcısı ve Öğretim Görevlisi; Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz, meryem.karaaziz@neu.edu.tr mail adresinden ya da YDÜ Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi; Psk. Dan. Eylül Turgut, eyulturgut777@gmail.com mail adresinden iletişim kurabilirsiniz.

İNTİHAL RAPORU

OBEZİTE TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ BİREYLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİ VE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 12	% 12	% 3	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.baskent.edu.tr	% 2
	İnternet Kaynağı	
2	dergipark.org.tr	% 2
	İnternet Kaynağı	
3	www.psikolojiagi.com	% 1
	İnternet Kaynağı	
4	docs.neu.edu.tr	% 1
	İnternet Kaynağı	

ETİK KURUL RAPORU**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

07.07.2021

Sayın Eylül Turgut

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/593 proje numaralı ve **“Obezite Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Depresyon Düzeyleri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.