

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTENİN DEPRESYON
ANKSİYETE VE HEDONİK AÇLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel ÇEVİK BAŞDUVAR

Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı
Beslenme ve Diyetetik Programı

OCAK, 2024

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTENİN DEPRESYON
ANKSİYETE VE HEDONİK AÇLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel ÇEVİK BAŞDUVAR
(Y2216.050026)

Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı
Beslenme ve Diyetetik Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Haydar ÖZPINAR

OCAK, 2024

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon Anksiyete ve Hedonik Açlık Üzerindeki Etkisi”adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.
(07/01/2024)

Sibel ÇEVİK BAŞDUVAR

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez dönemimde her daim yanımda olan, bilgilerini ve deneyimlerini esirgemeyen ve her zaman benim için en iyisini düşünüp, bana yol gösteren danışmanım Prof. Dr. Haydar ÖZPINAR hocama,

Hayata geldiğimden bu yana her zaman olduğu gibi bu süreçte de yanımda olan, verdiğim kararlara her zaman saygı duyup, benimle beraber çabalayan ve maddi manevi her zaman yanımda olan Babam Ramazan ÇEVİK'e, Annem Ayşan ÇEVİK'e, kardeşlerime,

Her ihtiyacım olduğunda anında yanımda olan yol arkadaşım Hasan BAŞDUVAR'a

Tez sürecinde beni destekleyen arkadaşlarım Ece ÖZMEN ve Demet EKTİREN'e, yeğenim Berivan SOYSAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak, 2024

Sibel ÇEVİK BAŞDUVAR

YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTENİN DEPRESYON ANKSİYETE VE HEDONİK AÇLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

ÖZET

Obezite tüm dünyada kronik olarak seyreden ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde Obezite oranı hızla yükselmekte ve insanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Obezite ile depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar arasında ciddi bir bağlantı olduğu birçok çalışmada görülmüştür. Aynı zamanda hedonik açlık besinlere karşı ihtiyaçtan ziyade sadece lezzet ve haz almak için daha fazla besin tüketilmesi obeziteye neden olabilmektedir. Bu çalışmada yetişkin bireylerde obezitenin depresyon, anksiyete ve hedonik açlık arasındaki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın evren ve örneklem grubunu, Diyarbakır ilinde yaşayan 18-60 yaş aralığında, beden kütle indeksi (BKİ) 30 ve üstü 348 kadın 52 erkek toplam 400 gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır. Veri toplama tekniği olarak hazırlanan anket formu yüz yüze ve online olarak toplanmıştır. Katılımcılara, sosyo-demografik formu ve beck depresyon ölçeği (BDÖ), beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve besin göçü ölçeği (BGÖ) uygulanmıştır.

Obezite derecesi bakımından çalışmaya katılanların; %63,5 birinci derece Obez (BKİ 30-34.9), %26,2 ikinci derece Obez (BKİ 35-39,9), %10,2 üçüncü derece Obez (BKİ 40 ve üstü) belirlenmiştir. Katılımcıların obezite derecesi arttıkça depresyon anksiyete ve hedonik açlık düzeylerin arttığı belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Erkeklerin kadınlara göre BKİ, depresyon, anksiyete düzeyleri ve hedonik açlık düzeyleri daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). 41-50 yaş grubundaki katılımcıların BKİ, depresyon anksiyete ve hedonik açlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Karbonhidrat (hamur işi, şekerli besinler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların, sebze ve meyve ağırlıklı beslenen katılımcılara göre BKİ, depresyon anksiyete ve hedonik açlık düzeylerinin, daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0,05$), BKİ yüksek olan bireylerin 8 saatten daha fazla uydukları belirlenmiştir. Analiz sonucunda 1.

derece obezite olan katılımcıların depresyon, anksiyete ve hedonik açlık düzeylerinin 2. ve 3. düzey obezite olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Buna göre obezite düzeyi yüksek olan katılımcılarda depresyon, anksiyete ve hedonik açlık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Hedonik Açlık, Obezite

THE EFFECT OF OBESITY ON DEPRESSION, ANXIETY AND HEDONIC HUNGER IN ADULT INDIVIDUALS

ABSTRACT

Obesity is a serious public health problem that is chronic all over the world. In our country, the rate of obesity is increasing rapidly and negatively affects people's health-related quality of life. Many studies have shown that there is a serious link between obesity and psychiatric disorders such as depression and anxiety. At the same time, obesity stimulates the feeling of pleasure towards food and causes more food consumption. This study aimed to investigate the relationships between depression, anxiety and hedonic hunger in obese individuals.

The population and sample group of the study consisted of a total of 400 volunteer participants, 348 women and 52 men, aged 18-60 years, with a body mass index (BMI) of 30 and above, living in Diyarbakır province. The questionnaire form prepared as a data collection technique was collected face-to-face and online. The participants were administered the socio-demographic form, Beck depression scale (BDS), Beck anxiety scale (BAS) and Food Migration Scale (FMS).

In terms of weight, 63.5% of the participants were first degree obese (BMI 30-34.9), 26.2% second degree obese (BMI 35-39.9), and 10.2% third degree obese (BMI 40 and above). Men had higher BMI, depression, anxiety levels and hedonic hunger levels than women ($p \leq .05$). It was determined that participants who ate carbohydrate (pastry, sugary foods) and fried foods had higher BMI, depression, anxiety and hedonic hunger levels than participants who ate mainly vegetables and fruits ($p \leq .05$), and participants in the 41-50 age group had higher BMI, depression, anxiety and hedonic hunger levels ($p \leq .05$). It was determined that individuals with higher BMI were less compliant. As a result of the analysis, it was determined that the depression, anxiety and hedonic hunger levels of the participants with 1st degree obesity were lower than the participants

with 2nd and 3rd degree obesity. Accordingly, it can be said that depression, anxiety and hedonic hunger levels are higher in participants with higher obesity levels.

Keywords: Anxiety, Depression, Hedonic Hunger, Obesity

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER.....	4
A. Obezite.....	4
1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	4
2. Obezitenin Epidemiyolojisi	6
a. Dünyada obezite	6
b. Türkiye’de obezite	7
3. Obezitenin Etyolojisi	9
a. Genetik faktörler.....	9
b. Çevresel faktörler	10
c. Psikolojik faktörler	11
4. Obezite ve Psikolojik Rahatsızlıklar	11
5. Obezite Tedavisi	12

B. Depresyon	13
1. Depresyon Tanımı.....	13
2. Depresyon İçin Risk Faktörler	14
3. Depresyon Tanısı	15
4. Depresyon ve Obezite İlişkisi	16
C. Anksiyete	17
1. Anksiyete Tanımı.....	17
2. Anksiyete Tanısı	18
3. Anksiyete ve Obezite İlişkisi	19
D. Hedonik Açlık.....	19
1. Hedonik Açlık.....	19
2. Hedonik Açlığın Tanımı	20
3. Hedonik Açlığı Etkileyen Faktörler.....	21
a. Bireysel farklılıklar.....	21
b. Aşırı besin isteği	22
c. Dürtüsellik	22
d. Benlik saygısı	22
4. Hedonik Açlık ve Yeme bozuklukları	22
5. Hedonik Açlık ve Obezite ilişkisi	23
III. YÖNTEM VE VERİLERİN TOPLANMASI	25
A. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi Araştırmanın Yöntemi.....	25
B. Veri Toplama Yöntemi	25
1. Genel ve Sosyodemografik Bilgiler.....	26
2. Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)	26
3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	26
4. Besin Gücü Ölçeği (BGÖ).....	27

C. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	28
IV. BULGULAR.....	30
A. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	30
B. Katılımcıların BKİ Düzeyi, Depresyon Düzeyi Anksiyete Düzeyleri ve Hedonik Açlık düzeyleri	32
C. Katılımcıların BKİ Düzelerine Göre Anksiyete, Depresyon ve Hedonik Açlık Düzeylerinin Karşılaştırması.....	34
D. Katılımcıların BKİ, Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeyleri ile Çeşitli değişkenlikler Arasındaki İlişkiler.....	35
V. TARTIŞMA	52
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
A. Sonuç	64
B. Öneriler	67
VII.KAYNAKLAR	70
EKLER.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	102

KISALTMALAR LİSTESİ

APA	:	Amerika Psikiyatri Birliği
BAÖ	:	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
BGÖ	:	Besin Göcü Ölçeği
BKİ	:	Beden Kitle Endeksi
CM	:	Santimetre
DSM	:	Amerika Psikiyatri Birliği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
KG	:	Kilogram
LSD	:	Liserjik Asit Dietilamid
S.B.	:	Sağlık Bakanlığı
TUIK	:	Türkiye Sağlık Araştırması
TURDEP	:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1.	Dünya Sağlık Örgütü'nün Obezitenin Sınıflandırılması.....	5
Çizelge 2.	Bel Çevresi Ölçüm Değerleri.....	6
Çizelge 3.	Türkiye’de Yetişkinlerle Yapılmış Başlıca Obezite Çalışmaları.....	8
Çizelge 4.	Katılımcıların Obezite Dereceleri.....	32
Çizelge 5.	Katılımcıların Depresyon Düzeyi Ve Anksiyete Düzeyleri	33
Çizelge 6.	Katılımcıların Besin Gücü Ölçeği ve Alt Faktörlerinden Toplam Aldıkları Puanlara İlişkin değerlendirilmesi.....	34
Çizelge 7.	Katılımcıların BKİ Düzelerine Göre Anksiyete, Depresyon ve Hedonik Açlık Düzeylerinin Karşılaştırması	34
Çizelge 8.	Katılımcıların Boy, Kilo, BKİ, Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	35
Çizelge 9.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre BKİ Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	37
Çizelge 10.	Katılımcıların yaşlarına göre BKİ anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırması	38
Çizelge 11.	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	40
Çizelge 12.	Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	42
Çizelge 13.	Katılımcıların Beslenme Türlerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	44
Çizelge 14.	Katılımcıların Ara Öğün Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	46

Çizelge 15. Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	47
Çizelge 16. Katılımcıların Düzenli Olarak Fiziksel Aktivite Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	49
Çizelge 17. Katılımcıların Sosyo Ekonomik Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.	Yağ miktarlarına göre erkek ve kadınlarda obezite kriterleri	4
Şekil 2.	TURDEP-I ve TURDEP-II Çalışmalarındaki BKİ Dağılımı	9
Şekil 3.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	30
Şekil 4.	Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bilgiler	30
Şekil 5.	Katılımcıların Genel Alışkanlıkları Ve Sağlık Durumuna İlişkin Bilgiler	31
Şekil 6.	Beslenme alışkanlıkları ve Uyku Sürelerine ilişkin bilgiler.....	32
Şekil 7.	Katılımcıların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri	33
Şekil 8.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre BKİ Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması.....	38
Şekil 9.	Katılımcıların yaşlarına göre BKİ anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırması	40
Şekil 10.	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması.....	41
Şekil 11.	Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması.....	43
Şekil 12.	Katılımcıların Beslenme Türlerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması.....	46
Şekil 13.	Katılımcıların Ara Öğün Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması	47
Şekil 14.	Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması.....	48

- Şekil 15. Katılımcıların Düzenli Olarak Fiziksel Aktivite Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması..... 50
- Şekil 16. Katılımcıların Sosyo Ekonomik Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması 51

I. GİRİŞ

Obezite, vücutta fazla yağ birikimi nedeniyle sağlığı olumsuz yönden etkileyen bir durumdur (Özpınar, 2011). Alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması sonucunda yağ hücrelerinin artması ve büyümesiyle karakterizedir. Bu durum, beden kütle indeksi (BKİ) adı verilen, vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunu (cm) karesi bölünmeyle ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$) matematiksel oranla ölçülür. BKİ 30 kg/m^2 'nin üstünde olan bireyler obez olarak kabul edilir. Obezite, dünya genelinde ve Türkiye'de önemli bir küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde 600 milyonun üzerinde obez birey bulunmaktadır (WHO, 2023). Türkiye, 2022 Avrupa Obezite Raporu'na göre Avrupa'daki en yüksek, fazla kilolu ve obez oranlarına sahip bir ülke olarak öne çıkmaktadır (Yılmaz, 2023) Obezite farklı nedenlerle farklı bireylerde gelişebilir. Bunlar aşırı yeme, kötü beslenme, genetik etkenler, hareketsiz yaşam tarzı, ilaçlar ve diğer kronik tıbbi durumları içerebilir (Berberoğlu ve Hocoğlu, 2021).

Obez bireyler toplumsal alanlardan etkilenirler. Ayrımcılık ve dışlanma onlarda özsaygı azalmasına ve depresyona açık duruma gelmelerine yol açabilir. Ayrıca toplumun şişmanlığa gösterdiği tepkiler nedeniyle obez bireylerde anksiyete ve suçluluk duygusu gibi şikâyetler de gelişebilmektedir (Boru, 2018). Bu nedenle obezlerin toplumda farklı algılandığı düşünceleri onlarda benlik saygılarında ve özgüvenlerinde azalmaya ve dolayısıyla kaygı düzeylerinde artış yaparak anksiyeteye ve depresyona duyarlı hale gelmelerine yol açabilir (Çelik, 2019). Obezitenin değerlendirilmesi sırasında, genellikle hipertansiyon, diyabet ve lipid metabolizması bozuklukları gibi obezite ile ilişkilendirilen hastalıklara daha fazla odaklanılmaktadır. Bu hastalıklar, obezite ile doğrudan ilişkilendirilmiş ve sağlık sorunlarına yol açabilen önemli faktörler olduğuna kanat getirilmiştir (Tedik, 2017). Depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik sorunlar, obezitenin değerlendirilmesinde genellikle göz ardı edilen konulardır. Bu, psikiyatrik sorunların obezite ile ilişkisinin tam olarak anlaşılmadığını veya yeterince vurgulanmadığını göstermektedir (Tedik, 2017). Obezite ile depresyon

arasındaki ilişki karmaşık olabilir ve obezitenin depresyona neden olup olmadığı veya depresyonun obezitenin gelişimine etkisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Ancak, literatürde obezite ile depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar arasında çift yönlü ve önemli bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Tedik, 2017). Obez olan bireylerde psikiyatrik sorunların daha yaygın olduğu obez bireylerin nerdeyse %25-%30 depresyon veya herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıklar taşıdığı bildirilmektedir (Berberoğlu ve Hocoğlu, 2021). 59.000 kişiyle yapılan bir meta-analiz çalışmasında, obezitenin depresyon riskini yükselttiği ve depresyonun da obezitenin gelişme olasılığını arttırdığı görülmüştür (Nedime, Melis ve Elif, 2020). Psikolojik durumla yeme davranışı arasında bağlantı olduğunu gösteren bir çalışmada, depresyon ve anksiyete sıkıntı ve yorgunluk sırasında yeme miktarında artış olduğu; korku, gerilim ve ağrı sırasında ise yeme miktarda azalma olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada öfke, depresyon, anksiyete ve yalnızlık gibi olumsuz duygularla bireyin ruh hali yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmiştir (Berberoğlu ve Hocoğlu, 2021). Yirmibeş çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında obezitenin depresyonun nedeni ve/veya sonucu olabileceği görülmüştür. Bu çalışmaların 10'ununda obezitenin depresyona neden olduğu, 15'inde ise depresyonun obeziteye neden olduğu görülmüştür. Bu çalışmalarda, obezitenin depresyona neden olma oranı %80, depresyonun obeziteye neden olma oranı %53 olarak bulunmuştur. Bu nedenle, obezite değerlendirmelerinde psikiyatrik rahatsızlıkların daha fazla göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir (Eryılmaz 2018).

Hedonik açlık'da gereksinimin dışında sadece haz almak için alması gereken enerjinin çok üstünde enerji alınması nedeniyle yağ hücreleri sayısı artmakta ve önemli sağlık sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır (Bozkurt ve Yıldırım, 2022). Fizyolojik olarak vücudun açlık sinyalleri vermemesine rağmen besin tüketme isteği hedonik açlıkta görülmekte ve tüketilen gıdalar yüksek enerjili, tuzlu, şekerli ve yağlı besinlerdir. Lezzet oranı yüksek gıdaların sürekli ve yoğun tüketilmesi; yeme bozukluklarının, obezite ve obezite sonucu oluşan hastalıkların artmasına neden oluşturmaktadır (Lee and Dixon, 2017; Gündüz ve ark., 2020). Bu tip besinlere sık sık maruz kalma psikolojik etkilerle hedonik olarak yönlendirilen iştahı uyarmakta ve tüketimi arttırmaktadır. Aynı zamanda birçok kaynakta hedonik açlık durumunun yeme bozuklukları ve psikiyatri

rahatsızlıklara ile ilişkili olabileceği buda obeziteye yol açtığı görölmüştür (Nedime, Melis ve Elif, 2020).

Bu çalışmanın amacı yetişkin bireylerde obezitenin depresyon anksiyete ve hedonik açlık üzerindeki etkisini incelemektir.

II. GENEL BİLGİLER

A. Obezite

1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite sözcüğü Latince ‘iyi beslenmiş’ anlamına gelen ‘obesus’ kelimesinden türemiş olup, obesus kelimesi de obedere (oburca yemek) kelimesinden türemiştir (Ulutürk, 2020). Obezite, uzun yıllar boyunca bir sağlık problemi olarak görülmemiş hatta şişmanlık, önceki yüzyıllarda zenginliğin göstergesi olarak görülmüştür. Obezitenin sağlık açısından bir tehlike olduğu ilk olarak Hipokrat'ın eserlerinde ortaya konmuştur. Obezite, aşırı yemekten kaynaklanan birden fazla kronik hastalık içeren çok faktörlü bir hastalıktır. Obezite, Yaşamı tehdit edebilecek düzeye gelebilen, fiziksel, psikolojik, sosyal ve tıbbi problemler meydana getiren bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi “sağlığı tehdit edecek ölçüde vücutta aşırı ve anormal yağ birikimi” olarak tanımlamaktadır (Berberoğlu ve Hocoğlu, 2021). Obeziteyi ölçmek için birden fazla materyal var. Vücuttaki yağ miktarı, bel kalça oranı ve bunların en yaygını beden kütle indeksidir.

Yağ dokusu yetişkin erkek ve kadınlarda sırasıyla vücut ağırlığının %12-20 ve %20-30'unu oluşturur. Bu oranın erkeklerde %25'in, kadınlarda ise %33'un üzerinde olduğu durum obezite olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

	Kadın	Erkek
Normal	%20-30	%12-20
Kilolu	%31-33	%21-25
Şişman	>%33	>%25

Şekil 1. Yağ miktarlarına göre erkek ve kadınlarda obezite kriterleri

Obeziteyi belirlemek için dünya sağlık örgütünün baz aldığı beden kütle indeksi obezite sınıflandırması için kullanılmakta ve beden kütle indeks standart ve pratik bir yöntemdir. En yaygın kullanılan nesnel ölçümdür (Bulut, 2023).

Beden kütle indeksi, vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunu (cm) karesi bölünmeyle ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$) cinsinden sayaçla hesaplanır. BKİ vücut ağırlığı diğerlerini gösteren bir gösterge olup, vücuttaki yağ oranıyla ilgili bilgi vermemektedir. 18 altında zayıf 18-25 arasında normal 25-30 arası hafif kilolu 30 üstü aşırı kilolu (obez) olarak kabul edilir (Berberoğlu ve Hocoğlu, 2021).

Obezite etiyolojisi çok faktörlüdür. Ana faktör genetik yapı olarak kabul edilir. Çevresel faktörler ise endokrinolojik, nörolojik psikolojik sayılabilir. Obezitenin oluşumunda yaş faktörü önemli bir etkidir. Obezite tüm yaş gruplarında görülse de fizyolojik olarak insanlarda yağ birikiminin hızlı olduğu dönemlerde daha sık görülmektedir. Hızlı yağ birikiminin olduğu dönemler kişinin dünyaya geldiği ilk yıl, 5- 6 yaş arasında ve ergenlik döneminde olmaktadır. 40 yaşından sonra insanların obez olma ihtimali genç yaşlara oranla artmaktadır. Dünya genelinde anne olma yaşının artmasıyla birlikte dünyaya gelen çocukların obez olma ihtimalleri de artmaktadır. Yapılan çalışmalar annelik yaşının her 5 yıllık artışıyla beraber doğacak çocukların obez olma ihtimalleri de %14,4 oranında artış göstermektedir (Bulut, 2023: 7).

Çizelge 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün Obezitenin Sınıflandırılması

SINIFLAMA	TEMEL SINIFLAMA	BKİ(kg/m ²)
Zayıf	< 18.50	< 18.50
Ciddi düzey	< 16.00	< 16.00
Orta düzey	16.00-16.99	16.00-16.99
Hafif	17.00-18.49	17.00-18.49
Normal aralık	18.50-24.99	18.50-22.99 23.00-24.99
Hafif şişman	>25.00	>25.00
Pre-obez	25.00-29.99	25.00-27.49 27.50-29.9
Obez	>30.00	>30.00
Birinci derecen obez	30.00-34.99	30.00-32.49 32.50 - 34.99
İkinci derecen obez	35.00-39.99	35.00 - 37.49 37.50 - 39.99
Üçüncü dereceden obez	>40.00	>40.00

Kaynak WHO, (2023).

Obezite düzeyini belirleme yöntemlerinden bir diğeri de bel/kalça oranıdır. Son zamanlarda en çok kullanılan yöntemlerden biri aynı zamanda güvenilirliği yüksek bir yöntemdir. Kalça ölçüsü 105 den fazla olması istenmesede bu kişinin

yapısına göre değişkenlik gösterebilir. İdeal bel çevresi; kadınlarda 80 cm, erkeklerde 94 cm altında olmalıdır. Bel çevresinin kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm ve üzeri olması yüksek risk faktörüdür. Bel çevresinin ölçümü kalça çevresi ölçümüne bölmesiyle hesaplanır. Erkeklerde 1,0, kadınlarda ise 0,8 oranından yüksek çıkmaması gerekmektedir. Bu oranların üstüne çıkıldığında yani abdominal bölgedeki yağ birikimi kişinin obezite ve buna bağlı Diyabet, kardiyovasküler hastalıkların gelişmesine neden olduğu göstermektedir (Şengel,2021:8).

Çizelge 2. Bel Çevresi Ölçüm Değerleri

	Kadın	Erkek	
Bel Çevresi	>80 cm	>94 cm	Riskli
BelÇevresi	>88 cm	>102	Aşırı riskli/Obez

Kaynak: Bel Çevresi Ölçüm Değerleri(Şengel,2021)

2. Obezitenin Epidemiyolojisi

a. Dünyada obezite

Obezite, tüm dünyada hızlı bir şekilde artan küresel bir halk sorunudur. Son yıllarda obezite prevalansı salgın oranlarına ulaştı. Obezite prevalansı gelişmiş ülkelerde daha yüksek iken, gelişmekte olan ülkelerde Amerika Birleşik Devletlerinde görülen obezite seviyesine doğru ilerlemektedir. Aynı zamanda Avrupa da son 20 yılda obez oranı 3 kat artığı DSÖ tarafından rapor edilmiştir. Aynı zamanda İtalya, İspanya ve Birleşik Krallıklarında aralarında bulunduğu birçok ülkede obezite oranı %20 üzerinde olduğu rapor edilmiştir (WHO, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, obezite 2008 yılında 1,4 milyar insanı etkilemiş ve dünya çapında 200 milyondan fazla erkek ve 300 milyondan fazla kadın obez olduğu bildirilmiştir. 2014 verilerine göre ise 1,5 milyar kilolu ve 640 milyon obez bireyin olduğu kilolu ve obez kişilerin sayısı 2,1 milyarı aştığını belirtilmektedir (Şengel, 2021). Obeziteyi cinsiyete göre değerlendirdiğimizde ise obezite riskinin kadınların erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. 1980-2013 Aralığında BKİ verileri incelendiğinde; BKİ 25 ve üstü olan yetişkin kişilerin oranı yıllar içinde erkeklerde %28,8'den %36,9'a ve kadınlarda %29,8'den %38'e yükseldi (Şengel 2021). DSÖ'nün son yayınladığı DSÖ Avrupa

Bölgesi Obezite Raporu 2022'ye göre; Avrupa Bölgesi'ndeki yetişkinlerin %59'unun (erkeklerde %63, kadınlarda %54) fazla kilolu veya obezdir. (WHO, 2022)

Küresel ölçekte 2030 yılına kadar her 5 kadından 1'inin ve her 7 erkekten 1'inin obez olacağı düşünülmektedir (WOF, 2022). Tahminlere göre 2030 yılına kadar Obezite oranı, 2 milyardan fazla kilolu bireye ulaşılacağı aynı zamanda 1 milyardan fazla obez bireylerin olacağı ve pek çok eyalette obezite oranı %50 ulaşılacağı öngörülmektedir (Lee, 2019). Obezite ve obezite ilişkili hastalıklardan kaynaklı 2019 yılında dünya çapında 5 milyondan fazla ölüme neden olmuştur ve bu ölümlerin yarısından fazlası prematüre diye nitelenen 70 yaşın altında gerçekleşen ölümlerdir (GBD, 2020). Obezite yalnızca gelişmiş ülkelerin bir sorunu değildir farklı boyutlarıyla tüm ülkeleri etkilemektedir. Küresel bir halk sağlığı olan obezitenin ekonomik ve sosyal sonuçları ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği bir gerçektir (Eren, 2023).

b. Türkiye'de obezite

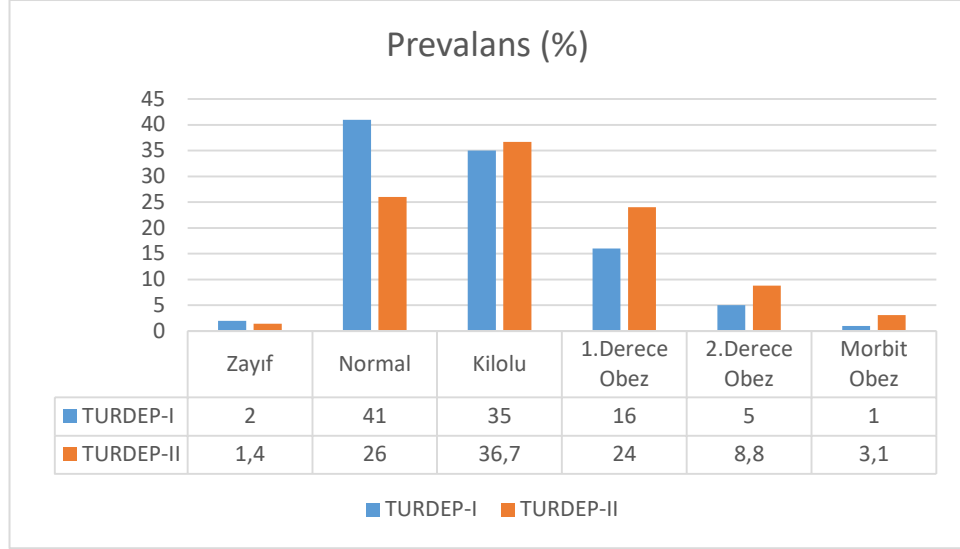
Türkiye, 2022 Avrupa Obezite Raporu'na göre Avrupa'daki en yüksek, fazla kilolu ve obez oranlarına sahip bir ülke olarak öne çıkmaktadır (Yılmaz, 2023). Ülkemizde yaşam tarzın değişmesiyle beslenme kültüründe etkilemiştir. Türkiye de obezite prevalansı diğer gelişmiş ülkeleri orantılı bir şekilde artmaktadır. Yetişkin popülasyonda ki obezite oranına bakıldığında, kritik derecede yüksek olan %30 seviyesini geçmiştir. Türkiyede Obeziteyi cinsiyete göre değerlendirdiğimizde kadınların erkeklere göre daha yüksekken son yıllarda erkeklerde ki hızlı artış görülmüştür (Bulut, 2023:23). Türkiye endokloji ve metabolizma derneği (TEMD) 2019 verilerine göre Cinsiyetlere göre bakıldığında kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında obezitede bir artış saptanmıştır. Obezite prevalansı, kadınlarda 45-74 yaş grubunda %50'yi ve erkeklerde 45-64 yaş grubunda %30'u geçtiği; ilerleyen yaşlarda ise azaldığı bulunmuştur. Türkiye de yetişkin toplumda yapılan başlıca obezite çalışmaları tablo 4 verilmiştir (Bulut, 2023:23).

Çizelge 3. Türkiye’de Yetişkinlerle Yapılmış Başlıca Obezite Çalışmaları

Çalışma/ Yazar	Katılımcı Sayısı/Yaş Grubu	Obezite Prevalansı (%)
Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması-I (TURDEP-I)/ Satman ve arkadaşları	(K: 13708,E: 11080) ≥20 yaş	Genel: 22,3 (K: 29,9 / E: 12,9)
Türkiye Obezite veHipertansiyon Araştırması (TOHTA) Yumuk ve arkadaşları	(K: 6969,E: 169191) ≥20 yaş	Genel: 19,4 (K: 24,3 / E: 14,4)
Türkiye Erişkin Kalp Sağlığıve Hipertansiyon Araştırmasıve Risk Faktörleri (TEKHARF)/Onat ve arkadaşları	3681/≥30 yaş 2269/≥30 yaş	(K: 43,0 / E: 21,1) (K: 44,2 / E: 25,2)
Başçova KardiyovaskülerHast Çalışması/(Ünal, 2008)	(K: 10528,E: 5552)≥30 yaş	Genel: 39,1 (K: 44,2 / E: 29,4) Genel:15,2
Türkiye Sağlık Araştırması/ TUIK	≥15 yaş	(K:18,5 / E: 12,3) Genel:16,9
Türkiye Beslenme ve SağlıkAraştırması (TBSA)	(K: 3038,E: 1815) ≥19 yaş	Genel: 30,3(K: 41,0 / E: 20,5)
TURDEP-II/Satman ve arkadaşları	(K: 16696,E: 9327) ≥20 yaş	Genel: 31,2 (K: 44,0 / E: 27,0)
Doğan ve arkadaşları	1947/≥18 yaş	Genel: 31,7 (K: 39,8 / E: 20,7)
Kutlutürk ve arkadaşları	1095 (K: 554, E: 541) ≥18 yaş	Genel: 23,4 (K: 33,6 E: 12,9)
Aydın ve arkadaşları	(K: 1418, E: 804) Ort. 50 yaş	Genel: 43,3 (K: 53,1 / E: 26,9)
Ustu ve arkadaşları	(K: 1885,E: 3277) ≥18 yaş	Genel: 29,5 (K: 22,3 / E: 33,6)

TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra aynı merkezlerde yapılan TURDEP-II çalışmasında, genel popülasyon da kadınlarda %44 obezite prevalansı, erkeklerde ise %27 oranında saptanmıştır. TURDEP-I ve TUDEP-2 çalışmaları yani 1998 ve 2010 yılları karşılaştırıldığında, Türkiye yetişkin popülasyonunun da obezite prevalansının %22,3'ten %31,2'ye çıktığı görülmüştür aynı zamanda iki çalışmanın arasında ortalama BMI, 26,6'dan 28,6 kg/m²'ye çıkmış ve Türkiye'de

ortalama bel kalınlığı 12 yıl boyunca 87,2'den 94,5 cm'ye çıkmıştır. 1997- 1998 yılları arasında yapılan TURDEP-I çalışması 2010 TURDEP-II çalışması ile karşılaştırıldığında obezite %44 arttı(Uzunalan, 2020) URDEP-I ve TURDEP-II çalışmalarındaki BKİ dağılımı Şekil 1.de verilmiştir.



Şekil 2. TURDEP-I ve TURDEP-II Çalışmalarındaki BKİ Dağılımı

Kaynak: (Uzunalan, 2020).

3. Obezitenin Etyolojisi

Obezite, aşırı yemekten kaynaklanan fazla enerji alımıyla ve harcanan enerji arasında ki dengesizlik olarak tanımlansada birden fazla faktör etkili bir hastalıktır. Bu faktörlerin birbiriyle etkileşimi obezitenin etyolojisini oluşturur (Berberoğlu ve Hocoğlu, 2021: 544). Genetik faktörler, çevrenin etkisi, psikolojik faktörler, obezitenin oluşmasını etkileyen faktörlerdendir.

a. Genetik faktörler

Genetik faktörler, kişisel olarak değiştirilemeyen tek risk faktörleridir. Genetik faktörlerin obezite üzerinde etkisi olduğu doğrudur. Obez bireyler üzerinde yapılan genetik çalışmalar, iştahın, vücudun enerji harcamasının, yağın vücudun belirli bölgelerine dağılımının ve yağ hücrelerinin sayı ve boyutunun hepsinin genlerle ilişkili olduğunu bulmuştur (Bulut, 2023:7).

Obezitenin genetik yönü üzerine yapılan çalışmalarda sadece diyabete yatkınlık değil, aynı zamanda obezite ve fazla kiloya yatkınlığa da neden olduğu düşünülen bir gen (OB geni) tanımlanmış (Çelik, 2019), bunun tip 2 diyabet

belirtileri gösterdiği gösterilmiştir. Bu çalışmada ob geni taşıyan farelerin şişmanlık ve yağ içeriği yüksek diyetlerle yakından ilişkili olan tip 2 diyabetin belirtileri göstererek kilo artışı ve aşırı miktarda yemelerine rağmen doymadıkları görülmüştür. Bu çalışmalara dayanarak, aynı gen insanlarda varsa, sadece diyabet için değil, aynı zamanda obeziteyi tedavi eden ilaçlar için de iyi bir hedef olabilir (Sönmez, 2018). Aile ve evlat edinme çalışmaları yoluyla obezitenin genetik üzerindeki etkisini gösteren ikiz çalışması tespit edilmiştir. Bununla birlikte, obezite ile ilişkili birkaç nadir hastalık dışında, çoğu obez hasta tam Mendel mirasına sahip değildir. BKİ tabanlı çalışmalarda, tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri veya ayrı ayrı büyütülen tek yumurta ikizleri, BKİ varyasyonunu incelerken yüksek bir kalıtım derecesini temsil eden %70 seviyesinde benzerlik gösterdi. Obez olmayanın evlat edinen aile ile etkileşimi %30 idi. Kendi aile üyeleri ile etkileşim %25-30 olarak bulundu (Brehl, 2015). Claude Bouchard, yaptığı bir çalışmada tek yumurta ikizlerinin ve çift yumurta ikizlerinin, diyet yapma veya aşırı yeme sorgulandığında bile benzer kilo artışı ve kaybı gösterdiğini buldu (Çelik, 2019). Obez ebeveynlerin çocukların obez olma oranı %80, ebeveynlerden birinin obez olması çocuğun obez olma oranı %40, ebeveynlerden hiç kimsenin obez olmaması çocuğun obez olma oranı %2 olarak belirtilmiştir (Medikal Akademi, 2023).

b. Çevresel faktörler

Hayatımıza teknolojinin girmesi, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve daha çok yüksek kalorili hazır gıdalara yönelmesi, ulaşımın daha kolay olmasıyla fiziksel aktivitenin belirgin olarak azalması, endokrin hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, sigara ve alkol alımı, sosyo-ekonomik durum ve uyku düzensizliği obezitenin gelişimine ciddi katkı sağlayan çevresel faktörlerdir (Şengel, 2021:10).

Genetik faktörlerin obezite oluşumunda %25-40'luk bir etkisi olmasına rağmen, obeziteyi etkileyen çevrenin etkisi de oldukça fazladır. Kişide genetik yatkınlık varsa obezite oranı yüksektir ancak seviyesini çevre koşulları belirler (Çelik, 2019).

c. Psikolojik faktörler

Psikoloji, olumlu ve olumsuz duygulardan oluşur. Psikolojik alan, Benlik saygısı, bedensel görüntü ve görünüm, kişisel inançlar, Başkaları ile sosyal ilişkiler, sosyal-ekonomi durum ve cinsel yaşam sayabiliriz. Bireyin duygu durumu (üzüntü, sevinç, öfke, mutluluk gibi duygu türleri) yemek yiyip yememeyi etkiler. Obeziteye neden olan birçok ruhsal hastalık vardır ve en yaygın ruhsal bozukluk anksiyete ve depresyondur. Kaygı, doyumsuzluk, depresyon ve kronik yorgunluk gibi ruhsal çöküntülerde yemek yeme eğiliminde artış gözlenir. Bu kişiler zamanla kilo alma ve kilo aldıkça mutsuz olma kısır döngüsüne kapılabilirler (Çelik, 2019).

En başta duygusal stres olmak üzere çeşitli stres türleri obeziteye neden olabilir. Duygusal stresin depresyona ve anksiyeteye neden olduğu saptanmış ve depresif hastaların önemli bir kısmında (%10-20) kilo artışı gözlemlenmiştir. Tıpkı mevsimsel depresyonun insanların kilo almasına neden olduğu gibi, duygusal stres de depresyona yol açar. Bu tür bir çöküntü, kış aylarında daha az güneş ışığının olduğu kuzey ülkelerinde daha yaygındır (Irmak, 2017).

Bir araştırma, yetişkin kadınların %83,8'inin stres veya üzüntüyle karşılaştıklarında yeme alışkanlıklarını değiştirdiğini ve %49,6'sının heyecan veya neşeye karşılaştıklarında yeme alışkanlıklarını değiştirdiğini buldu. Bu iki grup incelendiğinde, stres ya da üzüntü yaşayan kadınların, besin alımını azaltan ya da hiçbir değişiklik yapmayan kadınlara göre daha yüksek BKİ puanlarına sahip olduğu görülmüştür (Kaplan, 2022).

4. Obezite ve Psikolojik Rahatsızlıklar

Black ve ark. yaptıkları bir çalışmada, obez yetişkinlerin duygudurum bozuklukları, depresyon, kaygı bozuklukları, anksiyete ve bulimia nervozadan mustarip olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu gözlemledi (Mermi, 2018). Birey de psikiyatrik semptomlar ve psikopatolojinin varlıkları varsa yaşam kalitesinin kötüleştiği görülmektedir. Obezite ve psikopatoloji arasındaki bağlantı her zaman araştırmacıların ilgisini çekmiştir (Erşan, 2020).

Yapılan birçok çalışmada, depresyon ve anksiyetenin genellikle obezitesi olan bireylerde normal ağırlıklardaki kişilere kıyasla daha yaygın olarak gözlemlendiğini gösteren bulgular mevcuttur. Obezitenin depresyon riskini artırıp

artırmadığı sorusuna cevaplar hem evet hem de hayır verilebiliyor (Sobutay, 2023:14). Yapılan bazı çalışmalar obezitenin depresyona neden olma oranı %80, depresyonun obeziteye neden olma oranı %53 olarak bulunmuştur (Eryılmaz 2020). Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sosyal durum ve kronik hastalığın kesitsel bir analizi, obez bireylerde daha yüksek bir depresyon insidansı oluşturur (Sobutay, 2023:14).

5. Obezite Tedavisi

Obezite küresel olarak hızlı artışta olan bir hastalıktır. Genetik faktör başta olmak üzere, çevre yaşam tarzı, artan porsiyon büyüklüğü ile birlikte enerjisi yüksek gıdaların tüketimi kilo artışına yol açar. Kilo vermek için enerji alımı enerji harcamasından daha az olmalıdır. Kalori alımı kısıtlayarak, kilo kaybı elde edilebilir (Durmuşçelebi, 2020).

Obezite tedavisi uzun bir süreçtir ve hem hasta hem de hekim açısından sabırlı ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Obezite, herhangi bir kronik hastalıkta olduğu gibi, tedavisi olan yalnız tedavide başarı oranı düşük olan kronik bir hastalıktır. Obezite tedavisinde başarılı olmak için hayat boyu interdisipliner bir tedavi yaklaşımı izlenmelidir. Yaşam tarzı (diyet ve fiziksel aktivite) ve davranış değişikliği hakkında danışmanlık ve eğitim ve tedaviye dayalı kalıcı yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması, uzun vadeli tedavi başarısının en temel bileşenleridir. Tedavi ile obezite kontrol altına alınabilir yalnız tedavi bırakılırsa kilo artışı tekrarlanır. Tedavideki başarısızlığın en önemli etkeni, kişinin yaşam tarzını kalıcı değiştirmediklerinden kaynaklıdır (Berberoğlu ve Hocaoğlu, 2021:550).

Obezite tedavisi için çeşitli tedaviler vardır. Bu; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış tedavisi (yaşam tarzı), ilaç tedavisi (farmakoloji), kombinasyon tedavisi, cerrahi tedavidir. Obezite tedavisinde en önemli basamak tıbbi tedavidir. Obezite tıbbi tedavisinde genel hedefleri şunlardır:

1. Daha fazla kilo alımını önlemek
2. Mevcut vücut ağırlığını azaltmak
3. Kişiye doğru ve dengeli beslenmeyi benimsetmek ve yaşam kalitesini arttırmak.

Zararlı besinlerin vücuda emilimini önlemek için yanlış beslenme yerine sağlıklı, dengeli beslenme geçmelidir. Fazla kilolu kişilerin hastalık hakkında eğitilmesi ve doğru beslenme alışkanlıklarının öğretilmesi gerekir. Kilo vermenin en sağlıklı yolu, sağlıklı, dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile günlük enerji alımını azaltmaktır. Bu da fiziksel aktivite ile verilen kiloların daha kalıcı olduğunu gösterir. Fiziksel aktivite, obeziteyi hem tedavi etmeye hem de önlemeye yardımcı olabilir (Sönmez, 2018). Diyet ve egzersize bağlı kilo kaybı aşırı değilse Bu ilaçlar yağ emilimini baskılar ve enerji tüketimini artırır. Tedavinin temelinde hedefe ulaşılmaya ilaç tedavisine geçilerek kişinin motivasyonu yükseltip başarı sağlanabilir. Bir yıl boyunca yapılan diyet, fiziksel aktiviteler ve kullanılan ilaçlara rağmen tekrar sonuç alınmaya uygun morbid obezite hastalarında cerrahi tedavi düşünülebilir. Obezite tedavisinde, 6 aylık bir süreçte vücut ağırlığının %5-10 oranında azalması dislipidemi ve diyabet düzeylerinde anlamlı bir düzeyde yarar sağlamaktadır. Obezitenin sebep olduğu birçok hastalıkların ortaya çıkmasını engellenmesi için mutlaka tedavi edilmelidir (Dağbakan, 2022).

B. Depresyon

1. Depresyon Tanımı

Türkçe Bilimsel Terimler Sözlüğünde (2021) depresyon (çökkünlük, çöküntü); halsizlik, işlevlerde yavaşlama, güçte azalma, özgüven ve benlik saygısında düşüklük gibi belirtilerle birlikte üzüntü, kaygı, karamsarlık şeklinde tanı bulmuştur. Karıştırılmaması gereken bir kavram olan anksiyete bozuklukları ise; gerginlik, endişe ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan durumlar olarak tanımlanmaktadır (Alkan, 2023).

Depresyon en yaygın ruhsal bozukluklardan biridir. Depresyonu bir hastalık olarak tedavi etmek işi kolaylaştırır. Depresyon, her bireyin gördüğü ve bulduğu gerçeklere ve durumlara üzülmekten çok farklı bir tepkidir. Depresyon, halsizlik, yavaş işleyiş, düşük enerji, azalmış güven ve benlik saygısı ve üzüntü, kaygı ve karamsarlık duyguları gibi belirtilerle kendini gösteren bir ruhsal bozukluktur. Bu durum, olaylara ve durumlara verilen normal üzüntü tepkisinden farklıdır (Torun, 2020).

Depresyon iki farklı şekilde ortaya çıkabilir; birincil depresyon ve ikincil depresyon. Birincil depresyon, altta yatan bir fiziksel veya zihinsel bozukluk olmadan ortaya çıkar. Yani depresyonun altında yatan başka bir hastalık ya da bozukluk yoktur. İkincil depresyon, başka bir bozukluk veya hastalık nedeniyle ortaya çıkan bir depresyon halidir. Bu durumda depresyon belirtilerini asıl hastalıktan ayırt etmek zor olabilir (Sobutay, 2023:13).

Depresyon bir hastalık olarak görüldüğünde, durumun tedavi edilebilir olduğu ve uygun destek ve tedavi ile iyileşme şansı olduğu varsayılır. Tedavi genellikle ilaç, psikoterapi veya bunların bir kombinasyonu şeklinde olabilir. Depresyonun tanı ve tedavisi mutlaka uzman bir doktor veya psikolog tarafından yapılmalıdır.

2. Depresyon İçin Risk Faktörler

Depresyon, birçok faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkabilen karmaşık bir hastalıktır. Bunlar kişinin genetik durumu, sosyal ve psikolojik özellikleri olarak sıralanabilir (Sobutay, 2023:14):

Genetik Yatkınlık: Ailesinde depresyon öyküsü olan kişiler yüksek risk altında olabilir.

Kişilik Özellikleri: Düşük benlik saygısı, düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, özelliklerden korkma ve olumsuz düşünce kalıpları gibi bazı kişilik özellikleri depresyon için risk faktörleridir.

Travmatik Yaşam Olayları: Çocuklukta veya yetişkinlikte yaşanan travmatik olaylar (fiziksel veya cinsel istismar, kayıp) depresyon için risk faktörleridir.

Kronik Hastalıklar: Kronik diyabet, kalp hastalığı ve kanser gibi kronik hastalıkları olan kişiler de depresyon riski altında olabilir.

Çevresel Faktörler: Zor yaşam koşulları, maddi kaygılar, aile sorunları veya ilişki sorunları depresyonu tetikleyebilir.

Cinsiyet: Hormonal özellikler nedeniyle (hamilelik, doğum, menopoz), kadınlar erkeklerden daha fazla depresyon riski altında olabilir (Mermi, 2018).

3. Depresyon Tanısı

DSM¹ V'e göre depresyon tanısı konulması için, aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha çoğunun bulunması gerekmektedir (APA, 2018):

1. Günün büyük bölümünde, hemen hemen her gün, depresif duygudurum, ya kendi bildirdiği (örn., üzgün, boş ya da umutsuz) ya da başkaları tarafından gözlemlenen (örn., ağlamaklı görünüyor). (Not: Çocuklar ve gençler kolayca sinirlenebilir).

2. Günün büyük bölümünde, hemen hemen her gün, etkinliklerin tamamına veya neredeyse tamamına karşı ilgi veya zevkte belirgin bir düşüş var.

3. Kilo vermeye çalışmadığı halde (diyet yapmadan) çok kilo vermek veya çok kilo almak (örneğin, bir ayda vücut ağırlığında %5'ten fazla değişiklik) veya neredeyse her gün istekte azalma veya artış. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının sağlanamadığı dikkate alınmalıdır.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da çok fazla uyku.

5. Neredeyse her gün psikomotor provokasyon (huzursuzluk) veya yavaşlama (sadece öznel değil, başkaları tarafından gözlemlenebilir, rahatlayamama veya yavaşlamış hissetme).

6. Neredeyse her gün yorgunluk veya içsel güç eksikliği (düşük enerji).

7. Neredeyse her gün değersizlik veya aşırı veya mantıksız suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (sadece hastalıkla ilgili olarak kendini suçlama veya suçluluk duyma değil).

¹ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,), Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan, psikiyatri dünyası için tanı kriterleri kılavuzudur. DSM ilk olarak 2000 yılında çıktı ve bu tarihten sonra bazı değişikliklerle güncellendi. DSM, ruhsal bozukluklar, yetişkinler, tanınan özellikler, epidemiyolojik veriler ve klinik bilgiler için tanı kriterleri içerir. Bu tanı kriteri, tip uzmanlarının psikiyatrik temellerini tanımak, dikkate almak ve incelemek için temel sağlar.

DSM, anksiyete, depresyon, şizofreni, obsesif-kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi yaygın bozuklukları içeren çok çeşitli ruhsal bozuklukları kapsar. Bu kriterlere dayanarak, her bozukluk ve bozukluk için spesifik tanı kriterleri oluşturulur. DSM, tanı kriterlerine ek olarak, bunlar arasındaki ilişkileri, site düzenini ve diğer klinik bilgileri de içerir. Sağlık profesyonellerinin hastalarına doğru tanı koymak için referans olarak kullanabilecekleri bir kaynaktır. 2013 yılında DSM IV yerini DSM V (Beşinci Baskı) aldı.

8. Düşünmede veya konsantasyon da zorluk veya neredeyse her gün kararsızlık (öznel olarak veya başkaları tarafından gözlemlenir).

9. Yinelenen ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), belirli bir eylemi planlarken veya intihar etmek için belirli bir eylemi planlarken veya girişiminde bulunurken yinelenen intihar düşünceleri.

Bu semptomlar, klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. Bu süre, bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

4. Depresyon ve Obezite İlişkisi

Obezite ve depresyon toplum sağlığını olumsuz etkileyen ve geniş yaygınlığı olan önemli bir sağlık sorunlarıdır. Obezite ve depresyon ilişkisine girmeden önce obeziteye sebep olan aşırı yemek davranışının temel nedenlerini açıklamak gerekecektir. İnsan ve hayvan nörogörüntüleme çalışmalarına dayanarak; obeziteye sebep olan çok fazla yemek yeme davranışının, olası bir bağımlılık bozukluğu olduğuna inanılmaktadır. Buna göre şeker, yağ ve/veya tuz oranı yüksek lezzetli yiyeceklerde beyinde bağımlılık yapıcı maddelere benzer etkiler vardır. Madde bağımlılığı olan kişilerle aşırı yeme ve obezite sorunu olan kişilerde dopamin aktivitesinde azalma, düşük inhibisyon kontrolü ve azalan zevk hassasiyetinin benzer olduğu görülmüştür (Özkoca, 2020:38).

Çok sayıda araştırma, obez insanların obez olmayan insanlara göre depresyon ve anksiyete bozukluklarından daha sık muzdarip olduğunu ve depresyon ile obezite arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Ülkemizde obez ve normal kilolu bireylerin psikiyatrik değerlendirilmesine yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak yakın zamanda yayınlanan bir çalışma, depresyonun şiddeti ile duygusal yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Sobutay, 2023:18-19). Obez bireylerde depresyon gelişme riski normal ağırlıkta olan bireylere göre daha yüksek, depresyonlu bireylerde ise obezite gelişme riskinin depresyonu olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Eryılmaz 2018). ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme Çalışma Anketi (National Health and Nutritional Examination Survey NHANES-2013) sonuçlarına göre BKİ ve depresyon arasında pozitif ilişki olduğu

ve bu ilişkinin özellikle BKİ 30kg/m² ‘de anlamlı bir şekilde başladığı belirtilmiştir. (Eryılmaz 2018).

Obezite ve depresyon prevalansı dünya çapında artmaktadır ve bunlar güçlü bir şekilde bağlantılıdır. Obez insanlar, obez olmayan insanlara göre daha yüksek depresyon ve anksiyete bozuklukları riskine sahiptir. Depresyon ve obezite sistemik hastalıklara yol açmakta, yaşam beklentisini ve kalitesini düşürmekte ve sağlık hizmetlerine önemli bir yük getirmektedir (WHO, 2023).

Birçok çalışma, obezite ve depresyon arasındaki bağlantıyı doğrulamaktadır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları obez kişilerde daha sık görülür. Özellikle uzun süreli araştırmalar, depresyonun obeziteyi kronikleştirmediğini, ancak obezitenin depresyon riskini artırdığını göstermektedir. Türkiye’de obez ve normal kilolu bireylerin psikiyatrik değerlendirmesi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte, yakın tarihli bir çalışma, depresyonun şiddeti ile duygusal yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu, obezite ve depresyon arasındaki bağlantının karmaşık ve çok yönlü olduğunu göstermektedir. Obezite ve depresyon, sağlık sistemi üzerinde önemli bir yük oluşturmakta ve ortalama yaşam süresini ve kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle, obezite ve depresyonu tedavi ederken ve yönetirken bütüncül bir yaklaşım benimsemek ve multidisipliner bir ekip içinde çalışmak önemlidir.

C. Anksiyete

1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete, bireyin tehdit edici bir durum beklerken karşılaştığı korku, belirsizlik, çaresizlik ve endişe duygusudur (Huang ve ark 2021). Anksiyete, kişinin sıkıntı, kaygı, bir şey olacak korku ve endişesi gibi duygulara karşı kontrolsüz ve aşırı tepkiler vermesi, çarpıntı titreme gibi fiziksel belirtileri olan bir rahatsızlıktır. Anksiyetenin oluşmasını tetikleyen faktör; cinsiyet, işsiz olmak, medeni durum, düşük gelir düzeyi ve düşük eğitim düzeyi anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (Ergün ve ark 2020). İlk olarak Salkovskis ve Warwick tarafından tanımlanan sağlık kaygısı, bir kişinin somatik belirtileri yanlış yorumlaması nedeniyle ciddi bir hastalığa yakalandığı ya da sahip olacağı inancı ve sağlığıyla

aşırı derecede ilgilenmesidir. Sağlık kaygısı başlı başına bir psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirilebileceği gibi, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla da ilişkilendirilebilmektedir (Sunderland ve diğ., 2013). Dünya sağlık örgütünün 2022 yılında yayınladığı bilimsel özete göre 2019 yılında anksiyete prevalansı %25 artmıştır (WHO 2022). Ülkemizde yapılan ‘Türkiye Ruh Sağlığı Profili’ çalışmasında anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %6,7 olarak bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları, insanların çalışmasını veya öğrenim görmesini, günlük görevlerini tamamlamasını ve başkalarıyla iyi ilişkiler sürdürmesini zorlaştırabilir, bu da genellikle mali strese ve derin kişisel sıkıntıya neden olur. İnsanlar genellikle teşhis ve tedavi edilmeden önce yıllarca anksiyete bozuklukları ile yaşarlar (Kahraman, 2022).

2. Anksiyete Tanısı

Anksiyete bozukluklarının altı ana kategorisi vardır. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu (agorafobili veya agorafobisiz), obsesif-kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğudur (APA, 2018): Bu kaygı bozukluklarının her biri bazı açılardan farklılık gösterir, ancak hepsi aynı ayırt edici özellikleri paylaşır:

- Mantıksız ve aşırı korku
- Endişe ve gerginlik duyguları
- Günlük işlerle başa çıkmada zorluk.

Anksiyete bozukluğu, insanların çoğu zaman veya görünürde hiçbir sebep olmaksızın meydana gelebilecek kısa, yoğun dönemler sırasında endişeli hissetmelerine neden olabilir. Anksiyete bozukluğu olan kişiler, o kadar rahatsız edici anksiyete duygularına sahip olabilirler ki, günlük rutinlerden ve bu duyguları uyandırabilecek faaliyetlerden kaçınırlar. Bazı insanlar ara sıra o kadar şiddetli anksiyete nöbetleri geçirirler ki, endişeli veya hareketsiz hale gelirler. Anksiyete bozukluğu olan kişiler genellikle korkularının mantıksız ve aşırı doğasının farkındadırlar. Tedavi için geldiklerinde pek çok kişi “Korkularımın yersiz olduğunu biliyorum ama durduramıyorum” diyor (Dağbakan, 2022: 26).

3. Anksiyete ve Obezite İlişkisi

Anksiyete, depresyon ve yeme bozuklukları arasında güçlü bir bağlantıyı destekler (Martin ve ark.2019). Anksiyete, bireylerde korku ve endişe sebebiyle kontrol edilemeyen davranışlara sebep olmakta ve bireylerin besin seçimini etkileyerek farklı yeme davranışları göstermeleri ile ilişkilendirilebilmektedir. Bunun için anksiyete, stres ve depresyonu yönetmek yeme davranışlarını etkilemede çok önemli bir yere sahiptir. Yakın zamanda yapılan bir araştırma, obezite ve anksiyete arasında doğrusal bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Ma ve diğ. 2020). Ateş (2021) Yaptığı bir çalışmada BKİ ve anksiyete arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran 52 obez birey ve 43 obez olmayan BKİ'si normal bireyin katıldığı çalışmada obez olan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle obez olmayan kişilere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin fazla olduğu bulunmuştur. (Değirmenci, 2015).

D. Hedonik Açlık

1. Hedonik Açlık

Diyetle ilgili davranışlar, beslenme gereksinimlerinin ötesine geçen adetler ve alışkanlıklar tarafından şekillendirilebilir. Bu, uygunsuz ve dengesiz beslenme alışkanlıklarına, yemek sırasında dikkatin dağılmasına ve hızlı, tamamen hoşgörülü yeme alışkanlıklarına yol açabilir. Günümüzde lezzetli ve yüksek enerjili yiyeceklerin kolayca bulunabilmesi, insanların sadece enerji ihtiyaçlarını karşılamak için değil, aynı zamanda kendilerini tok hissettikleri zaman da yemeleri anlamına gelebilir. Bu besinleri tüketmeye dahil olan motivasyonel süreçler, dengesiz bir şekilde aşırı yemeyi tetikleyebilir. Örneğin, birçok kişi, atıştırmalık olarak yüksek yağlı, yüksek şekerli ve tuzlu yiyecekleri tercih edebilir. Bu tür yiyeceklerin yoğun tadı ve haz verici özellikleri, beyindeki ödül mekanizmalarını etkileyerek yeme isteğini artırabilir. Aynı zamanda sosyal etkileşimler, reklamlar ve çevresel faktörler de yeme alışkanlıklarını etkileyebilir. Bu motivasyonel süreçler bazı kişilerde aşırı yeme, yeme bozuklukları ve obezite gibi sorunlara yol açabilmektedir. Beslenme alışkanlıklarının sadece enerji ihtiyacını karşılamakla sınırlı olmadığını, psikolojik ve sosyal faktörlerin de iş başında olduğunu unutmamak önemlidir (Lau ve ark., 2017).

Bireylerin Yedikleri Yiyeceklerden Keyif Alma İstedikleri yiyecek tüketimini kontrol etmeyi zorlaştırabilir. Bu durum literatürde farklı şekilde ifade edilebilecek birkaç olgu içermektedir (Öney ve Şişman, 2023):

Hedonik Yeme: Bu, insanların yemekten zevk almak için yeme alışkanlıklarını ayarladıkları durumdur. Yiyeceklerin tadı ve keyfi, yiyecek isteklerini artırabilir ve yiyecek alımını kontrol etmeyi zorlaştırabilir.

Stres Yeme: Stresli durumlarda, insanlar stresi azaltmak veya rahatlamak için yiyecekler yeme eğilimindedir. Yiyeceklerin rahatlama ve duygusal tatmin sağlama yeteneği, stresi yönetmek için kullanılabilir.

Duygusal Yeme: Duygusal durumlar, özellikle olumsuz duygular (örneğin, üzüntü, öfke, keder) insanların yiyecek alımını etkileyebilir. Bu durumda yemek yemenin duygusal rahatlama ve moral yükseltme amaçlı olduğu görülebilir.

İyi Hissetmek İçin Yemek Yemek: İyi hissetmek için yemek yemektir. İnsanlar, yiyeceklerin verdiği geçici bir zevk ve mutluluk duygusuyla kendilerini rahat hissetmeyi umabilirler.

Besin Bağımlılığı: Bu, kişinin yiyeceğe karşı bağımlılık yaratan davranışlarda bulunduğu durumdur. Bazı gıdaların bileşenlerinin beynin ödül mekanizmalarını etkileyerek bağımlılık benzeri bir tepkiyi tetikleyebileceğine inanılmaktadır. Bu terimler, literatürde gıda tüketimi ile duygusal-motivasyonel süreçler arasındaki karmaşık ilişkiyi anlamak için kullanılan kavramlardır (Öney ve Şişman, 2023).

2. Hedonik Açlığın Tanımı

Hedonik açlık, homeostatik bir enerji açığı olmadan tüketilen yiyeceklerden zevk alma isteği ve iştahı olarak tanımlanır (Bülbül, 2021). Homeostatik açlık, fizyolojik olarak vücudun enerji ihtiyacını gidermek için yeterli miktarda besin alımıyla gerçekleşir. Hedonik açlık ise, fizyolojik olarak bir enerji ihtiyaç olmaksızın besin arzusunun hayal edilmesi ve besinden alınan zevk beklentisi dürtüleriyle ortaya çıkan iştah durumu olarak ifade edilmektedir. Lezzetli besinlerin tüketimiyle hedonik sinyaller homeostatik sinyallerin önüne geçerek aşırı beslenmeyi arttırmaktadır. Böylece lezzetli besinler ile artan besin tüketimi obeziteye neden olmaktadır (Coşkun, 2021)

Besin tadının iştah artışı üzerindeki etkisi, fizyolojik olarak kalori yoksunluğu ile ilgili olmayan yeme dürtüsünün ortaya çıkmasına kanıt sağlar. Günlük yaşamda lezzetli yiyeceklere sürekli maruz kalmak, aşırı yeme ile ilişkilendirilir. Hayvan modellerinde yapılan araştırmalar, lezzetli yemek yemenin beynin ödül sistemiyle ilişkili olduğunu gösteriyor. Hedonik açlıkla ilişkili beyin bölgelerine bilişsel ve duygusal beyin bölgeleri denir. Besin alımı, nöroendokrin sinyallerin dizilimi ile belirlenir ve besinden alınan zevke göre ödülün değerini belirler. Yiyecekleri bir ödül olarak değerlendirmek, duygular, stres ve metabolik durum gibi birçok faktörden etkilenen nöral yolları içerir. Ödül sisteminin merkezi bileşenleri, zevk veya ödül düzeyi ile ilgili tat ve motivasyon veya yemek yeme ihtiyacı ile ilgili olan aşermedir. İstemek, uyuşturuğu bağımlılığında olduğu gibi, bir ödül güdüsüne dayalı, sevgi duygusundan ayrı bir süreç olarak değerlenir. Doyum duygusu ve irade oluşumu hem bilinçli hem de istemsiz bir yönü olmalıdır (Bülbül, 2021).

3. Hedonik Açlığı Etkileyen Faktörler

a. Bireysel farklılıklar

Enerji alımı ve iştah düzenlemesinin altında yatan mekanizmalar oldukça karmaşıktır. Psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra fizyolojik koşullar da gıda alımını etkiler. Bir çalışma, farklı popülasyonlarda iştah derecelerinde farklılıklar olduğunu bulmuştur (şarahman, 2019).

Çoğu insan obez bir diyet ortamında yaşamasına rağmen, bazıları yaşamları boyunca normal vücut ağırlılığını koruyor gibi görünmektedir. Bu durum, gıdanın gıdayı nasıl etkilediği veya gıdayı nasıl hazırladığı konusunda bireyler arasında bireysel farklılıklar olduğunu düşündürmektedir. Bu; Yaş, cinsiyet, adet döngüsü, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, sigara içme alışkanlıkları, besin duyarlılığı ve vücut ağırlılığı, diyet ve kısıtlayıcı beslenme alışkanlıkları (şarahman, 2019). Örneğin, yaşlı erkeklerin genç erkeklere göre daha az aç hissettikleri iddia edilmektedir. İştah indeksleri açısından kadın ve erkek arasında fark olmasa da kadınlar erkeklere göre daha az açlık ve daha fazla tokluk gösteriyor. Kadının adet döngüsüne bağlı olarak açlık durumu değişkenlik gösterir. Adet döngüsündeki kadınlar, yumurtlama dönemindeki kadınlara göre daha fazla tokluk bildirmiştir (şarahman, 2019).

b. Aşırı besin isteği

Aşırme, belirli bir yiyeceği veya yiyecek türünü yemeye yönelik yoğun bir istektir. Genellikle yüksek enerjili yiyecekler için bir istek olsa da, insanlar belirli yiyecek türlerini (örneğin şekerleme, fast food vb.) ve tüketilen gıdanın türü önemli bir rol oynar. Ancak, kişilerin sıklıkla yedikleri besinlere karşı aşırı istek duyabilmeleri nedeniyle, güçlü yeme isteklerinin yeme alışkanlığının varlığıyla ilişkili olup olmadığı net değildir (Şarahman, 2019).

c. Dürtüsellik

Yerleşik güçlü motor tepkileri bastıramama, eylemlerin sonuçlarını değerlendirmek için mevcut bilgileri kullanmama ve kişinin daha sonra elde edeceği daha büyük bir ödülün yerine yeni aldığı küçük bir ödülü değiştirememesi olarak tanımlanır. (Sobutat, 2023).

d. Benlik saygısı

Benlik saygısı, diğer bir deyişle kişisel değer duygusu, Türkçede “self esteem”nin kavramsal karşılığı olarak kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi bir şekilde kendini değerlendirmesi sonucunda yeteneklerini ve güçlü yönlerini kabul etmesi ve kabul etmesi olarak tanımlanır ve kişinin kendisinde sahip olduğu sevgi, saygı ve güven duygusunu ifade eder. Kendini değerli hissetmek, yetenek, bilgi ve yeteneklerini ortaya koyabilmek, başarıya ulaşmak, başarısıyla övünmek, toplumda beğenilmek, kabul görmek, sevilme ve fiziksel özelliklerini kabul edip üstlenmek. Benlik saygısının oluşmasında ve gelişmesinde temel faktörlerdir (Sobutat, 2023).

4. Hedonik Açlık ve Yeme bozuklukları

Yeme bozukluklarını tanımlayarak, özellikle gençlerde giderek artan yaygınlığına ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından ciddi bir tıbbi durum olarak kabul edilmesine dikkat çekiyor (WHO, 2023). Ayrıca, yeme bozukluğu olan bireylerin, besin miktarının nesnel olarak fazla olmayabileceğini, ancak kontrol kaybı yaşadıklarını ve subjektif olarak aşırı besin aldıklarını belirtiyor (Witt, 2014, akt. Şahraman, 2019). Ayrıca, normal vücut ağırlığında olan ve obez bireylerde artan hedonik açlık puanlarının, tıknırcasına beslenme davranışına yol açarak gelecekte kilo artışının yüksek olabileceğini öne sürüyor. Bir çalışma,

tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez bireylerin, obez olmayan kontrollerle karşılaştırıldığında daha yüksek hedonik açlık seviyelerine sahip olduğunu göstermektedir (Davis, 2009, akt. Şahraman, 2019). Özetle, yeme bozukluğu olan bireylerde hem homeostatik hem de hedonik açlık durumlarını değerlendirmenin zor olduğunu vurgulanıyor.

5. Hedonik Açlık ve Obezite ilişkisi

Hedonik açlık ve obezite arasındaki ilişki, ödül sisteminin 'beğenme' ve 'isteme' davranışıyla ilgili iki temel hipotezle açıklanmaktadır. Oburluk hipotezi, dopaminerjik sinyallerin miktarı ile duyuşal yeme davranışlarından alınan zevk arasında pozitif bir ilişki olduğunu ileri sürer. Öte yandan, ödül açığı hipotezi, dopaminerjik sinyal eksikliğinin yiyeceklerden alınan zevkle telafi edilmesi gerektiğini öne sürüyor. Obezitenin anlaşılmasında vücudun besine olan "ihtiyaç" sonucu değil besine karşı oluşan "beğenme" ve "isteme" davranışları önemlidir. Bu durum, hedonik yemenin homeostatik yemenin önüne geçerek aşırı beslenmeye neden olabilmektedir.

Hayvan üzerinde gerçekleştirilen hayvan çalışmaları, her iki hipotezi de destekleyen kanıtlar sunmaktadır (Bello ve diğerleri 2002; Johnson ve Kenny 2010, akt: Bülbül, 2021). Hedonik açlığın temeli, yenen yemekten alınan zevktir. Yemek yerken ortaya çıkan haz duygusu, tat alma algısına bağlıdır. Tadı güzel olan yiyecekler çok fazla yağ ve şeker içerir. Bu tür gıdaların aşırı tüketimi obeziteye yol açar (Salbe ve ark.2004, akt. Bülbül, 2021).

Yüksek kalorili ve lezzetli yiyecekler, bunlara kolay erişim, büyük porsiyonlar ve yemek ortamındaki değişiklikler obez bir ortam yaratır. Tuz, şeker ve yağın fazla tüketilmesi nedeniyle bu tür gıdaların tüketimi ile obezite ve obeziteye bağlı hastalıklar artabilmektedir (Lee ve Dixon, 2017, aktaran Gündüz ve ark.2020). yapılan bir çalışmada Obez deneklerde, obez olmayan deneklere göre daha fazla hedonik açlık gözlemlendi. Bununla birlikte, glisemik kontrol ile ilişkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Çalışmalar, obez yetişkinlerin obez olmayan kontrol grubuna göre daha fazla hedonik açlık yaşadıklarını bildirmektedir. Bir çalışma, 12 haftalık bir kilo verme programından sonra hedonik açlıktaki değişiklikleri inceledi. Hedonik açlıktaki azalmaların, kilo kontrol davranışındaki iyileşme ile hedonik açlık arasında negatif bir korelasyon

ile daha fazla kilo kaybı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hafif kilolu veya obez kişilerde, kilo verme programlarına daha fazla katılım, daha düşük hedonik açlık ve daha fazla kilo kaybı ile sonuçlanmıştır. Hedonik açlıktaki iyileşmelerin, bu bireylerde kilo kaybı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, 12 aylık müdahale nedeniyle hedonik açlığın azalması, bireylerde daha iyi glisemik kontrol ve artan kilo kaybı ile ilişkilendirildi ve 6. ayda daha fazla kilo kaybı gözlemlendi (Cheung, 2018 aktaran Gündüz ve ark., 2020).

Kalorisi yüksek, yağ, şeker ve katkı maddeleriyle desteklenmiş, düşük besin değerli ve kolay ulaşılabilir besinlerin çok fazla tüketimi, obezite oluşumunu meydana getirebilir. Obezite, homeostatik beslenmeden daha çok hedonik beslenme ve besin ipuçlarına karşı aşırı duyarlılık sonucu ortaya çıkmaktadır. Aksi takdirde beslenme sadece homeostatik mekanizmaların kontrolünde olsaydı herkes ideal vücut ağırlığına sahip olurdu. Besinlerden sağlanan haz da tüketimi arttırmaktadır. Bu nedenle lezzetli besinlerin sunulduğu çevresel ortamlar ve lezzetli besinlerle beraber şekillenen beslenme tarzı hedonik açlığın ve obezitenin gelişmesine neden olmaktadır (Coşkun, 2021)

III. YÖNTEM VE VERİLERİN TOPLANMASI

A. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi Araştırmanın Yöntemi

Nicel araştırma yöntemine bağlı, tarama modeli olarak yapılan bu çalışmada yetişkin bireylerde obezitenin depresyon, anksiyete ve hedonik açlık etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın evren ve örneklem grubunu, evrenden basit tesadüfi örneklem yoluyla seçilen Diyarbakır ilinde yaşayan 18-60 yaş arası, beden kütle indeksi 30 ve üstü 348 kadın 52 erkek toplam 400 gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır. Veri toplama tekniği olarak hazırlanan anket formu yüz yüze ve online olarak toplanmıştır. Katılımcılara, sosyo-demografik formu ve beck depresyon ölçeği (BDÖ), beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve besin göçü ölçeği (BGÖ) uygulanmıştır. Söz konusu anket formu 77 sorudan oluşmakta ve 4 kısımdan meydana gelmektedir. Bunlar; sosyo-demografik formu (20 soru), depresyon düzeyini ölçmek için Beck depresyon ölçeği (BDÖ) (21 soru), Anksiyete düzeyini ölçmek için Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) (21 soru) ve Hedonik açlık düzeyini ölçmek için ise besin göçü ölçeği (BGÖ) (15 soru) şeklindedir.

B. Veri Toplama Yöntemi

Bu araştırmada betimleme, istatistiksel analiz ve belgesel kaynak analizi yöntemi kullanılmıştır. Anket, teke tek ve online görüşme ve literatür taraması veri toplama teknikleri kullanılmıştır. Araştırmada Söz konusu anket formu 77 sorudan oluşmakta ve 4 kısımdan meydana gelmektedir. Bunlar; sosyo-demografik formu (20 soru), depresyon düzeyini ölçmek için Beck depresyon ölçeği (BDÖ) (21 soru), Anksiyete düzeyini ölçmek için Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) (21 soru) ve Hedonik açlık düzeyini ölçmek için ise besin göçü ölçeği (BGÖ) (15 soru) şeklinde kullanılmıştır.

1. Genel ve Sosyodemografik Bilgiler

Bireylere uygulanan anketin genel bilgilerin sorgulandığı sosyodemografik formda; bireylere yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, fiziksel kativite, gelir düzeyi, beslenme alışkanlıkları, öğün tüketimleri, uyku, alkol, sigara tüketimi ve uyku saatleri hakkındaki alışkanlıkları sorgulanmıştır.

2. Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği beck (1961) tarafından geliştirilen ve bireylerin depresyon düzeyini ölçmek için kullanılan bu ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmıştır ve iç güvenilirlik katsayısı ölçeğin Cronbach α ile ölçülmüş ve $\alpha=0.80$ olarak saptanmıştır, bu da ölçeğin güvenilirliğini yüksek bir şekilde desteklemektedir. 0-3 arasında puanlandırılan, 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 sorudan oluşur ve kişinin kendini değerlendirmesine dayalıdır. Bu ölçeğin amacı, depresyonla ilişkilendirilen davranışsal örüntüleri tespit etmektir. Ölçeği uygulayan kişiden, o anki ruh halini değil, son 1 hafta içerisinde nasıl hissettiğini en iyi ifade eden bir seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçeğin kesme puanı, 17 olarak belirlenmiştir, bu da kişinin depresyon düzeyini belirlemede önemli bir kriterdir. 0-63 arasında puan alır. Özetle, Beck Depresyon Ölçeği, depresyon düzeyini niceliksel olarak değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir ve Türkçe geçerlilik çalışmaları da güvenilirliğini doğrulamıştır.

- Minimal depresyon 0-9
- Hafif depresyon 10-16
- Orta depresyon 17-29
- Şiddetli depresyon 30-63

3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği'nin (BAÖ) kullanımı ve özellikleri hakkında bilgi verilmektedir. BAÖ, Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (Beck ve ark, 1988). Türkçeye uyarlanması ise 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Ulusoy ve ark, 1998). 0-3 arasında puanlandırılan, 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 sorudan oluşur

ve kişinin yaşadığı anksiyete derecesini ölçmek amacıyla kullanılır Bu ölçeğin amacı, anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek, son bir hafta içinde bireyi ne kadar rahatsız ettiğini değerlendirmek için uygulanır. Ölçek, kişiden belirli semptomları ne kadar sık yaşadığını ve bu semptomların yaşamını ne derecede etkilediğini değerlendirmesini istemektedir. Her madde için dört farklı seçenek bulunur: "hiç (0 puan)", "hafif derecede (1 puan)", "orta derecede (2 puan)" ve "ciddi derecede (3 puan)".

0-3 arasında puanlandırılan Toplamda Ölçek, 0'dan 63 puana kadar puan alınabilir. BAÖ'den elde edilen toplam puan, kişinin anksiyete düzeyini yansıtır ve bu düzeyin ne kadar yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin kesme puanı, 16 olarak belirlenmiştir, bu da kişinin anksiyete düzeyini belirlemede önemli bir kriterdir Puan ne kadar yüksekse, kişinin yaşadığı anksiyetenin o kadar şiddetli olduğu anlamına gelir (Ölke, 2021).Psikiyatrik tedavi gören hastalar üzerinde yapılan araştırmada Beck Anksiyete Ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 bulunmuştur

Sonuç olarak, BAÖ, anksiyete düzeyini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir ve puanlama sistemi, anksiyete düzeyini dört ayrı sınıfa ayırmak için kullanılır.

0-7 puan: Çok hafif düzeyde anksiyete belirtileri,

8-15 puan: Hafif düzeyde anksiyete belirtileri,

16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete belirtileri,

25-63 puan: Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri

4. Besin Gücü Ölçeği (BGÖ)

Besin Gücü Ölçeği'nin (BGÖ) kullanımı ve özellikleri hakkında bilgi vermektedir. BGÖ, Cappelleri ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlanması Hayzaran ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, lezzetli besinlerin bulunduğu ortamların bireylerin psikolojik ve hedonik açlık durumları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. BGÖ, besin ortamının bir ölçüsü değil, lezzetli yiyeceklerin bulunduğu ortamlarda bireylerin besinlere olan tepkilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. BGÖ, 21 maddeden oluşurken, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik analizi sonrasında 15 maddeye

indirgenmiştir. Analiz sonucunda, bazı maddelerin ölçeğin yapısını bozduğu tespit edilmiş ve bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. BGÖ'nün güvenilirlik katsayısı Cronbach's Alpha ile ölçülmüş ve çıkartılan maddeler sonrasında güvenilirlik katsayısı 0.85'e yükselmiştir.

BGÖ, 1'den (hiç katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar değişen beş maddelik bir Likert ölçeği ile cevaplandırılır. Bu ölçek, bireylerin besin durumlarına verdikleri tepkileri ölçen üç alt faktörü içerir:

Besin Bulunabilirliği: Lezzetli besinlerin imgesel olarak bulunduğu ancak fiziksel olarak mevcut olmadığı bir besin ortamına verilen tepkileri tanımlar. (6 madd)

Besin Mevcudiyeti: Lezzetli besinlerin fiziksel olarak bulunduğu ancak henüz tadına bakılmadığı durumu değerlendirir. (4 madd)

Besinin Tadına Bakılması: Lezzetli besinlerin sadece tadına bakıldığı ancak henüz tamamının tüketilmediği durumu tanımlar. (5 madd)

BGÖ puanları 2,5 puanın altında ise hedonik açlık yok olarak kabul edilirken, 2,5 puan ve üzeri hedonik açlığın varlığına işaret eder. Puan, 2,5'in üzerine çıktıkça bireylerin hedonik açlık düzeyi artmaktadır. Yüksek puanlar, bireylerin besin ortamına karşı daha duyarlı olduğunu ve psikolojik olarak besinler tarafından kontrol edildiğini gösterebilir.

Sonuç olarak, BGÖ, lezzetli besinlerin bulunduğu ortamların bireylerin psikolojik tepkilerini ölçmek için kullanılan bir ölçektir ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarıyla desteklenmiştir. Ek 1'de, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeğinin son hali sunulmuştur ve ölçek için gerekli izinler alınmıştır.

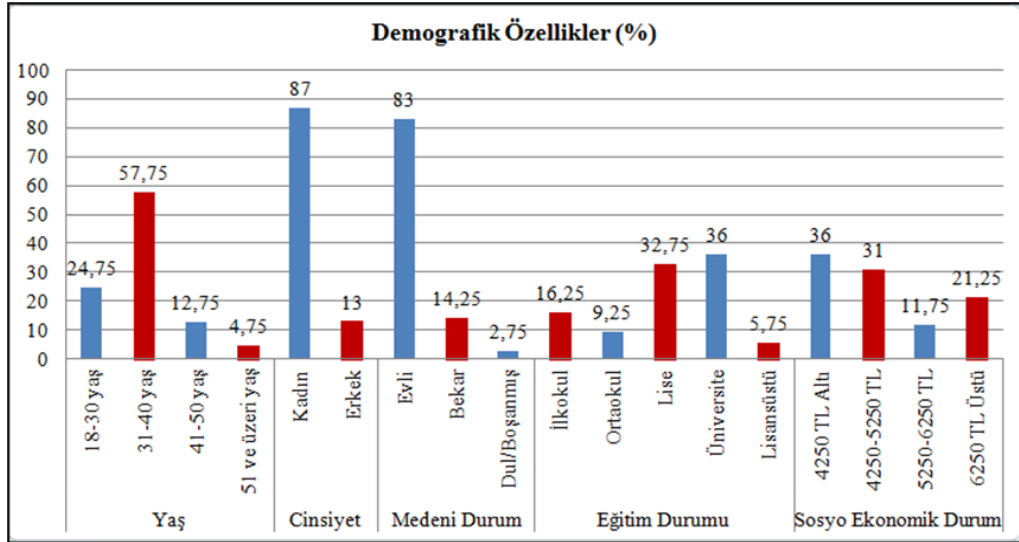
C. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

İlk olarak, Beck depresyon Beck Anksiyete ve Besin gocu ölçeklerin uygulanması hususunda ölçek sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır. Uygulama sırasında bireylere araştırma ve ölçekler hakkında bilgilendirilmiş ve ölçekleri nasıl doldurmaları gerektiği gösterilmiştir. Araştırma gönüllülük esasına dayalı yürütülmüştür. Uygulama anında ankette anlaşılmayan bir konu olduğunda bireylere gerekli açıklamalar yapılmıştır. Ölçekleri toplarken, bireyin ankette boş

madde bırakmamasına dikkat edilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde nicel veri analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bu kapsamda elde edilen veriler SPSS27 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değişkenlere göre karşılaştırılmasında kullanılacak testlerin belirlenmesi için veri dağılımının normal olup olmamasına bakılarak analiz türüne karar verilmiştir. Analizlerde parametrik istatistiksel tekniklerden ANOVA testi ve bağımsız örneklem t testi ile ortalamalar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır.

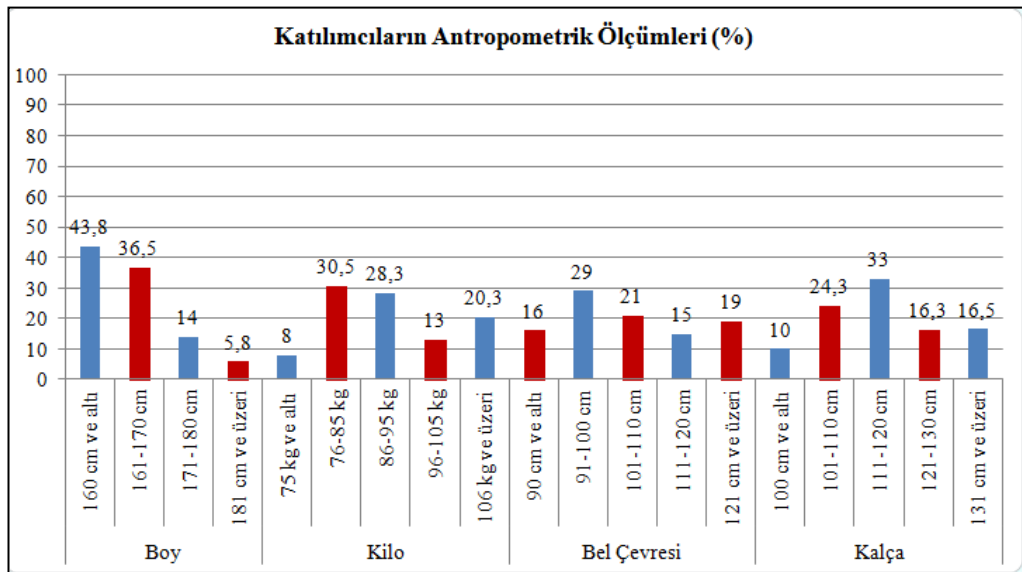
IV. BULGULAR

A. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları



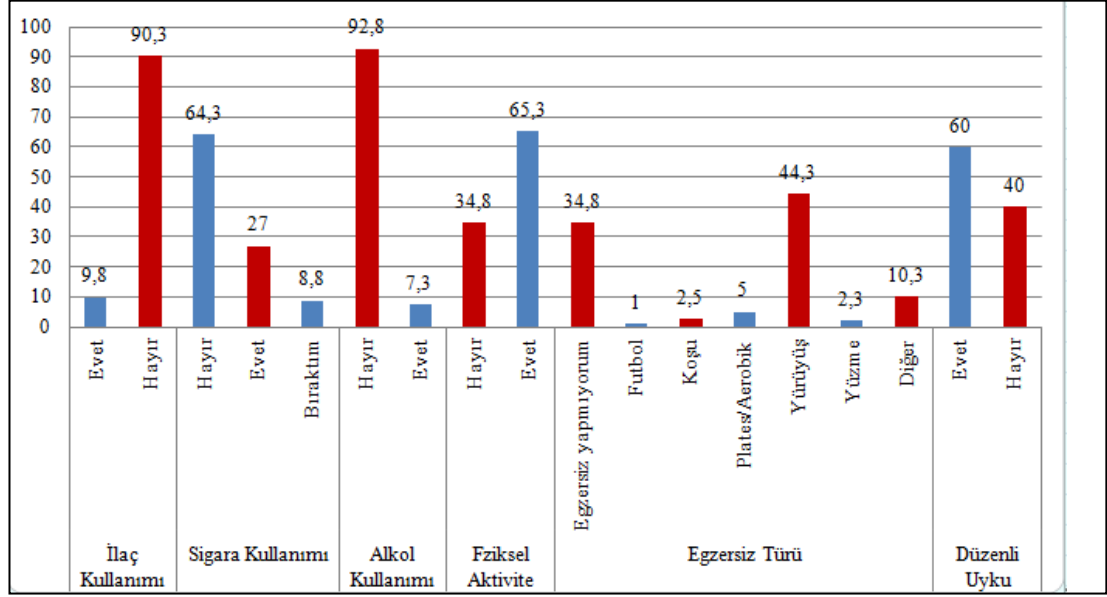
Şekil 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Bu araştırmaya 348 kadın 52 erkek toplam 400 katılımcıdan oluşturmuştur. Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine incelendiğinde yaklaşık %57,7 31-40 yaş aralığında, %87 kadın %13 erkek ve %83 evli, %36 üniversite mezunu, %36 gelir düzeyi 4250 tl olduğu görülmektedir.



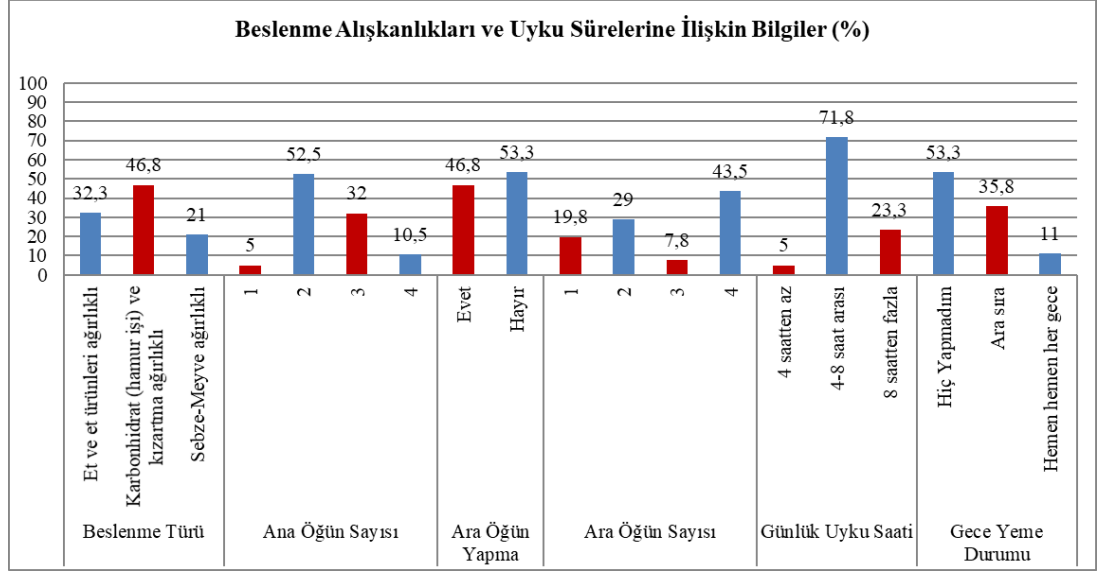
Şekil 4. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bilgiler

Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bilgiler incelendiğinde %43,8'nin 160 cm ve altı, %36,5'inin 161-170 cm boya sahip olduğu belirtilmiştir. Kilo bakımından katılımcıların %30,5'inin 76-85 kg, %28,3'ünün ise 86-95 kg aralığında olduğu belirtilmiştir. Bel çevresi bakımından katılımcıların %29'unun bel çevresinin 91-100 cm, %21'inin 101-110 cm olduğu belirlenmiştir. Kalça bakımından katılımcıların %24,3'ünün kalça ölçüsünün 101-110 cm, %33'ünün 111-120 cm olduğu belirlenmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların Genel Alışkanlıkları Ve Sağlık Durumuna İlişkin Bilgiler

Katılımcıların genel alışkanlıkları ve sağlık durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde katılımcıların %9,8 ilaç kullandığı, katılımcıların %27 sigara içtiği, %7,3'ünün alkol kullandığı, %65,3'ünün düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı, fiziksel aktivite olarak katılımcıların %44,3'ünü yürüyüş yaptığı, ayrıca katılımcıların % 60'ının düzenli uyku saatine sahip olduğu bildirilmiştir.



Şekil 6. Beslenme alışkanlıkları ve Uyku Sürelerine ilişkin bilgiler

Beslenme alışkanlıklara bakımından katılımcıların %32,3'ünün et ve et ürünleri ağırlıklı, %46,8'inin karbonhidrat (hamur işi ve şeker) ve kızartma ağırlıklı, %21'inin ise sebze ve meyve ağırlıklı beslendiği belirtilmiştir. Katılımcıların %52,5'i günde 2 Ana öğün %32'si ise günde 3 ana öğün ile beslenmektedir. Katılımcıların %46,8'e ana öğünlerin yanında ara öğün ile beslendiğini belirtmiştir. Katılımcıların %19,8'i günde bir ara öğün yapmakta iken %43,5'e günde 3 ara öğün gerçekleştirmektedir. Günlük ortalama uyku süresi bakımından katılımcıların %5 4 saatten daha az uyuduğu %71,8'i 4-8 saat arası uyuduğu, %23,3'ü ise 8 saatten fazla günlük uyku süresine sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların gece uykudan kalkıp bir şeyler yeme durumu bakımından %35,8'ini ara sıra, %11'inin ise hemen hemen her gece uykudan kalkarak bir şeyler yedikleri ifade edilmiştir. Şekil 6 verilmiştir

B. Katılımcıların BKİ Düzeyi, Depresyon Düzeyi Anksiyete Düzeyleri ve Hedonik Açlık düzeyleri

Çizelge 4. Katılımcıların Obezite Dereceleri

		N	%
Obezite dereceleri	Derece obez	254	63,5
	Derece obez	105	26,3
	Derece obez	41	10,2
	Toplam	400	

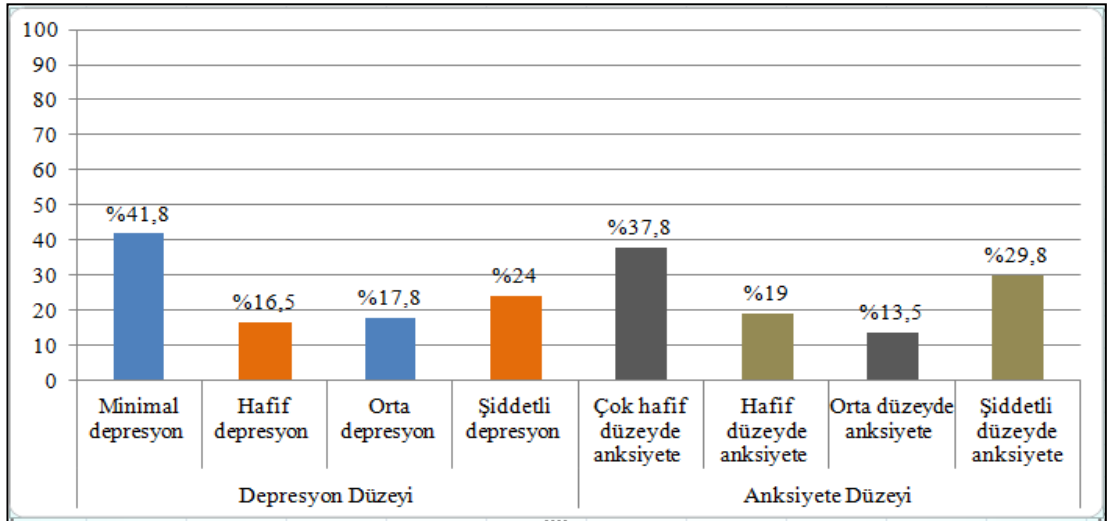
Katılımcıların obezite dereceleri incelendiğinde %63,5 1. dereceden obezite, %26,3 2. dereceden obezite, %10,2 3.dereceden obezite olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 5. Katılımcıların Depresyon Düzeyi Ve Anksiyete Düzeyleri

		N	%
Depresyon Düzeyi	Minimal depresyon	167	41,8
	Hafif depresyon	66	16,5
	Orta depresyon	71	17,8
	Şiddetli depresyon	96	24,0
Anksiyete Düzeyi	Çok hafif düzeyde anksiyete	151	37,8
	Hafif düzeyde anksiyete	76	19,0
	Orta düzeyde anksiyete	54	13,5
	Şiddetli düzeyde anksiyete	119	29,8
Toplam		400	100,0

Katılımcıların depresyon düzeyi ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde %41,8'inin minimal depresyon, %24'ünün ise şiddetli depresyon düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

Anksiyete düzeyi bakımından %37,8'inin çok hafif düzeyde anksiyete, %29,8'inin şiddetli düzeyde anksiyete düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.



Şekil 7. Katılımcıların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

Çizelge 6. Katılımcıların Besin Gücü Ölçeği ve Alt Faktörlerinden Toplam Aldıkları Puanlara İlişkin değerlendirilmesi

	N	Madde	Minimum	Maksimum	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Besin Gücü Ölçeği	400	15	16,00	75,00	3,46	1,027
Besin bulunabilirliği	400	6	6,00	30,00	3,36	1,099
Besin mevcudiyeti	400	4	4,00	20,00	3,65	1,125
Besinin tadına bakılması	400	5	5,00	25,00	3,41	1,085

Katılımcıların besin gücü ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistikler yukarıdaki tabloda verilmiştir. Tabloya göre besin gücü ölçeği puan ortalamasının 3,46, besin bulunabilirliği alt boyutunun puan ortalaması 3,36, besin mevcudiyeti alt boyutu puan ortalamasının 3,65 ve besinin tadına bakılması alt boyutunun puan ortalaması 3,41 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan Aralığının 1-5 olduğu dikkate alındığında ölçeğin toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanların orta düzeyde olduğu söylenebilir

C. Katılımcıların BKİ Düzelerine Göre Anksiyete, Depresyon ve Hedonik Açlık Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 7. Katılımcıların BKİ Düzelerine Göre Anksiyete, Depresyon ve Hedonik Açlık Düzeylerinin Karşılaştırması

	Obezite derecesi	N	Mean	Standart Sapma	sd	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	1. Derece	254	13,6614	12,65144	2	22,153	0,00
	2. Derece	105	23,2000	13,44390			
	3. Derece	41	20,5366	13,01556			
Beck Anksiyete Ölçeği	1. Derece	254	13,3150	12,76030	2	22,717	0,00
	2. Derece	105	23,0952	13,67094			
	3. Derece	41	20,2439	13,02264			
Besin Gücü Ölçeği	1. Derece	254	48,9724	15,02130	2	13,120	0,00
	2. Derece	105	56,0476	15,07825			
	3. Derece	41	58,6829	14,17646			

Katılımcıların BKİ düzeylerine göre anksiyete, depresyon ve hedonik açlık düzeyleri ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda anksiyete, depresyon ve hedonik açlık düzeyleri puanlarında anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar LSD testi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda 1. derece obezite olan katılımcıların depresyon, anksiyete ve hedonik açlık düzeylerinin 2. ve 3. düzey obezite olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

D. Katılımcıların BKİ, Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeyleri ile Çeşitli değişkenlikler Arasındaki İlişkiler

Çizelge 8. Katılımcıların Boy, Kilo, BKİ, Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

		Kilo	Bel çevresi	Kalça Çevresi	BKİ	Beck Depresyon Ölçeği	Beck Anksiyete Ölçeği	Besin Gücü Ölçeği	Besin bulunabilirliği	Besin mevcudiyeti	Besinin tadma bakılması
Boy	r	0,024	0,353**	0,057	0,227**	0,232**	0,234**	0,246**	0,244**	0,186**	0,248**
	p	0,636	0,000	0,255	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kilo	r	1	-0,034	0,001	-0,060	-0,039	-0,027	0,057	0,038	0,081	0,048
	p		0,503	0,981	0,232	0,434	0,595	0,256	0,445	0,104	0,343
Bel çevresi	r		1	0,681**	0,645**	0,310**	0,307**	0,242**	0,235**	0,181**	0,252**
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kalça Çevresi	r			1	0,621**	0,213**	0,212**	0,238**	0,233**	0,208**	0,220**
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
BKİ	r				1	0,258**	0,261**	0,289**	0,294**	0,228**	0,275**
	p					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Beck Depresyon Ölçeği	r					1	0,993**	0,412**	0,410**	0,322**	0,406**
	p						0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Beck Anksiyete Ölçeği	r						1	0,411**	0,408**	0,319**	0,407**
	p							0,000	0,000	0,000	0,000
Besin Gücü Ölçeği	r							1	0,957**	0,904**	0,927**
	p								0,000	0,000	0,000
Besin bulunabilirliği	r								1	0,811**	0,829**
	p									0,000	0,000
Besin mevcudiyeti	r									1	0,752**
	p										0,000

Katılımcıların boy, kilo, BKİ, depresyon, anksiyete ve besin gücü düzeyleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda;

•Katılımcıların boyları ile bel çevresi (r: 353,), BKİ (r: ,227), depresyon (r: ,232), anksiyete düzeyi (r: ,234), besin gücü (r: ,232), besin bulunabilirliği (r:

,244), besin mevcudiyeti (r: ,186) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,248) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

•Katılımcıların bel çevresi ile kalça çevresi (r: ,681),BKI (r: ,645), depresyon (r: ,310), a belirlenmiştir.

•Katılımcıların kalça çevresi ile BKI (r: ,621), depresyon (r: ,213), anksiyete düzeyi (r: ,212), besin gücü (r: ,238), besin bulunabilirliği (r: ,233), besin mevcudiyeti (r: ,208) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,220) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

•Katılımcıların vücut kitle indeksi (BKI) ile depresyon (r: ,258), anksiyete düzeyi (r: ,261), besin gücü (r: ,289), besin bulunabilirliği (r: ,294), besin mevcudiyeti (r: ,228) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,275) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

•Katılımcıların depresyon düzeyleri ile anksiyete düzeyi (r: ,993), besin gücü (r: ,412), besin bulunabilirliği (r: ,410), besin mevcudiyeti (r: ,322) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,406) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

•Katılımcıların anksiyete düzeyleri ile besin gücü (r: ,411), besin bulunabilirliği (r: ,408), besin mevcudiyeti (r: ,319) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,407) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

•Katılımcıların besin gücü ölçeği puanları ile besin bulunabilirliği (r: ,957), besin mevcudiyeti (r: ,904) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,927) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

•Katılımcıların besin bulunabilirliği ile besin mevcudiyeti (r: ,911) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,829) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

•Katılımcıların besin mevcudiyeti ile besinin tadına bakılmasına (r: ,752) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

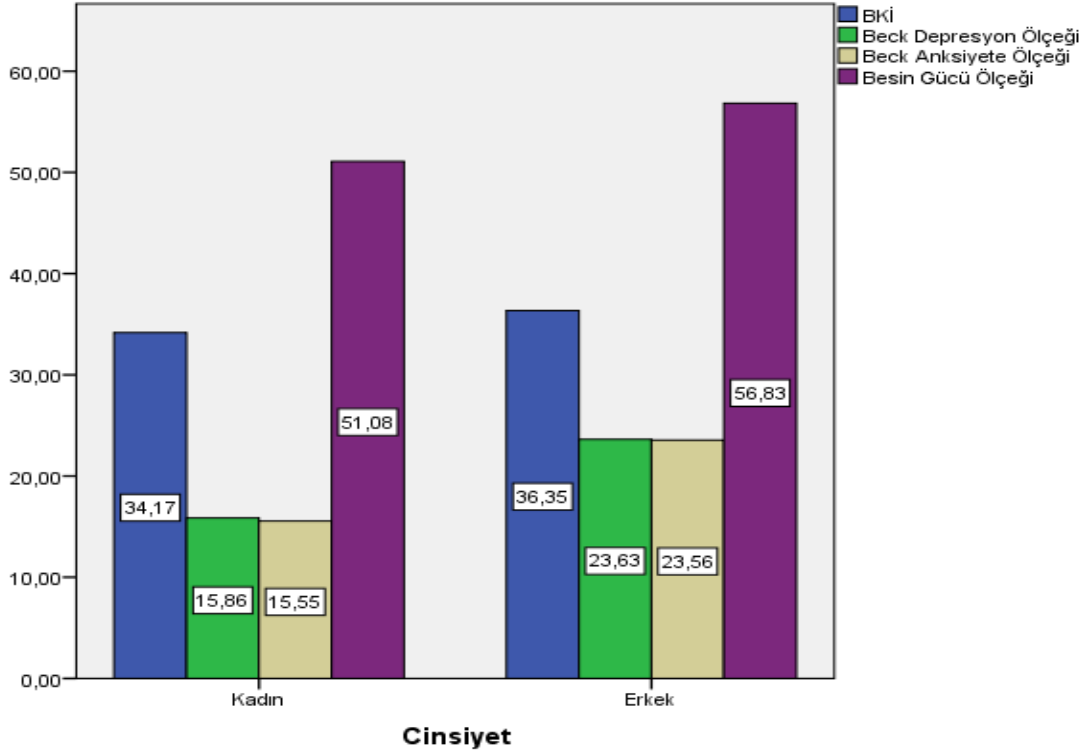
Değişkenler arasındaki ilişkiler genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların bel çevresi, kalça çevresi, beden kütle indeksi, depresyon ve

anksiyete düzeyleri ile besin gücü puanları arasında pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur.

Çizelge 9. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre BKİ Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Cinsiyetiniz	N	Mean	Standart Sapma	t	sd	P																																																																				
BKİ	Kadın	348	34,1675	4,01448	-3,623	398	0,000																																																																				
	Erkek	52	36,3519	4,32650				Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	348	15,8592	13,07704	-3,924	398	0,000	Erkek	52	23,6346	14,92863	Beck Anksiyete Ölçeği	Kadın	348	15,5517	13,19266	-3,997	398	0,000	Erkek	52	23,5577	15,23465	Besin Gücü Ölçeği	Kadın	348	51,0776	15,54902	-2,528	398	0,012	Erkek	52	56,8269	13,46560	Besin bulunabilirliği	Kadın	348	19,8534	6,70875	-2,441	398	0,015	Erkek	52	22,2308	5,35272	Besin mevcudiyeti	Kadın	348	14,4828	4,54719	-1,350	398	0,178	Erkek	52	15,3846	4,12146	Besinin tadına bakılması	Kadın	348	16,7414	5,42242	-3,096	398	0,002
Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	348	15,8592	13,07704	-3,924	398	0,000																																																																				
	Erkek	52	23,6346	14,92863				Beck Anksiyete Ölçeği	Kadın	348	15,5517	13,19266	-3,997	398	0,000	Erkek	52	23,5577	15,23465	Besin Gücü Ölçeği	Kadın	348	51,0776	15,54902	-2,528	398	0,012	Erkek	52	56,8269	13,46560	Besin bulunabilirliği	Kadın	348	19,8534	6,70875	-2,441	398	0,015	Erkek	52	22,2308	5,35272	Besin mevcudiyeti	Kadın	348	14,4828	4,54719	-1,350	398	0,178	Erkek	52	15,3846	4,12146	Besinin tadına bakılması	Kadın	348	16,7414	5,42242	-3,096	398	0,002	Erkek	52	19,2115	4,96393								
Beck Anksiyete Ölçeği	Kadın	348	15,5517	13,19266	-3,997	398	0,000																																																																				
	Erkek	52	23,5577	15,23465				Besin Gücü Ölçeği	Kadın	348	51,0776	15,54902	-2,528	398	0,012	Erkek	52	56,8269	13,46560	Besin bulunabilirliği	Kadın	348	19,8534	6,70875	-2,441	398	0,015	Erkek	52	22,2308	5,35272	Besin mevcudiyeti	Kadın	348	14,4828	4,54719	-1,350	398	0,178	Erkek	52	15,3846	4,12146	Besinin tadına bakılması	Kadın	348	16,7414	5,42242	-3,096	398	0,002	Erkek	52	19,2115	4,96393																				
Besin Gücü Ölçeği	Kadın	348	51,0776	15,54902	-2,528	398	0,012																																																																				
	Erkek	52	56,8269	13,46560				Besin bulunabilirliği	Kadın	348	19,8534	6,70875	-2,441	398	0,015	Erkek	52	22,2308	5,35272	Besin mevcudiyeti	Kadın	348	14,4828	4,54719	-1,350	398	0,178	Erkek	52	15,3846	4,12146	Besinin tadına bakılması	Kadın	348	16,7414	5,42242	-3,096	398	0,002	Erkek	52	19,2115	4,96393																																
Besin bulunabilirliği	Kadın	348	19,8534	6,70875	-2,441	398	0,015																																																																				
	Erkek	52	22,2308	5,35272				Besin mevcudiyeti	Kadın	348	14,4828	4,54719	-1,350	398	0,178	Erkek	52	15,3846	4,12146	Besinin tadına bakılması	Kadın	348	16,7414	5,42242	-3,096	398	0,002	Erkek	52	19,2115	4,96393																																												
Besin mevcudiyeti	Kadın	348	14,4828	4,54719	-1,350	398	0,178																																																																				
	Erkek	52	15,3846	4,12146				Besinin tadına bakılması	Kadın	348	16,7414	5,42242	-3,096	398	0,002	Erkek	52	19,2115	4,96393																																																								
Besinin tadına bakılması	Kadın	348	16,7414	5,42242	-3,096	398	0,002																																																																				
	Erkek	52	19,2115	4,96393																																																																							

Katılımcıların cinsiyetlerine göre anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeyleri bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların besin mevcudiyeti puanlarında anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Buna karşılık BKİ, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği ve besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p\leq 0,05$). Farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde ise erkeklerin kadınlara göre BKİ, depresyon ve anksiyete düzeyleri, besin gücü, besin bulunabilirliği Besi mevcudiyeti ve besinin tadına bakılması düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Şekil 8. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre BKİ Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 10. Katılımcıların yaşlarına göre BKİ anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırması

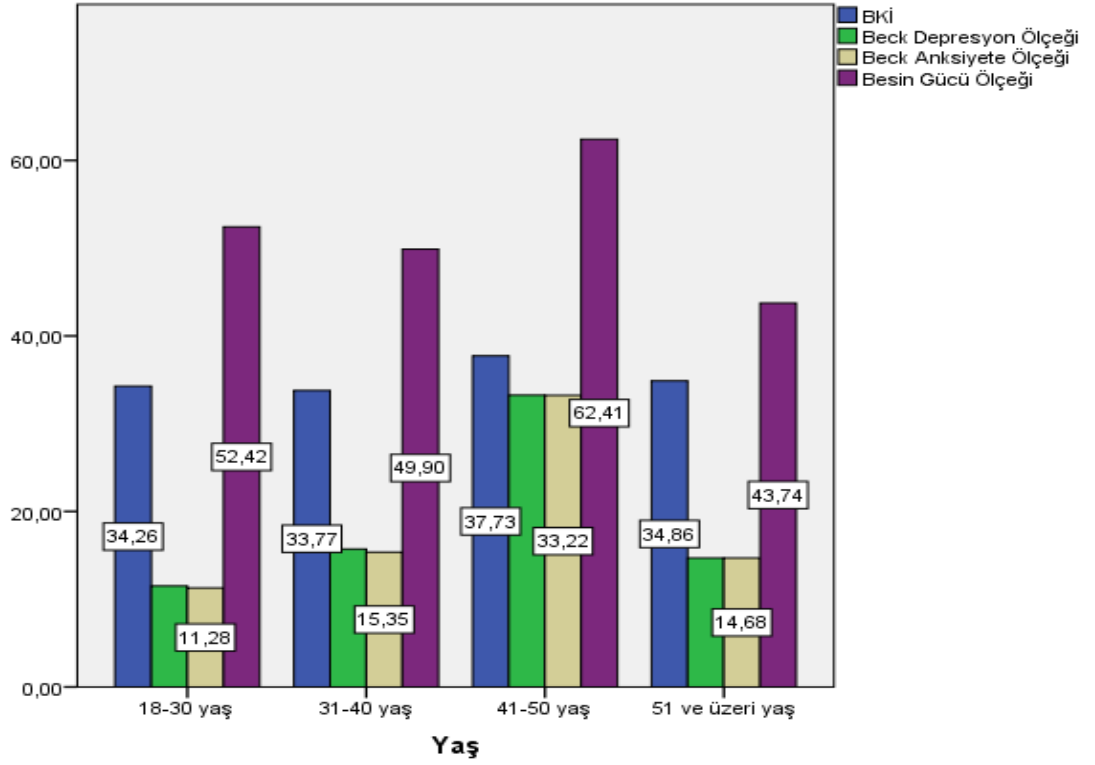
	Yaş	n	X	Ss	sd	F	P
BKİ	18-30 yaş	99	34,2616	4,63308	3	14,323	0,000
	31-40 yaş	231	33,7745	3,80797			
	41-50 yaş	51	37,7333	2,96821			
	51 ve üzeri yaş	19	34,8632	3,50828			
	Toplam	400	34,4515	4,11696			
Beck Depresyon Ölçeği	18-30 yaş	99	11,5152	10,90437	3	39,524	0,000
	31-40 yaş	231	15,7273	12,96112			
	41-50 yaş	51	33,2549	9,43577			
	51 ve üzeri yaş	19	14,6842	9,93340			
	Toplam	400	16,8700	13,56699			
Beck Anksiyete Ölçeği	18-30 yaş	99	11,2828	10,93118	3	39,508	0,000
	31-40 yaş	231	15,3550	13,11668			
	41-50 yaş	51	33,2157	9,66295			
	51 ve üzeri yaş	19	14,6842	10,20377			
	Toplam	400	16,5925	13,72214			

Çizelge 10. (devamı) Katılımcıların yaşlarına göre BKİ anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırması

	Yaş	n	X	Ss	sd	F	P
Besin Gücü Ölçeği	18-30 yaş	99	52,4242	14,81181	3	11,946	0,000
	31-40 yaş	231	49,8961	15,79564			
	41-50 yaş	51	62,4118	9,00484			
	51 ve üzeri yaş	19	43,7368	14,61294			
	Toplam	400	51,8250	15,40089			
Besin bulunabilirliği	18-30 yaş	99	20,4141	6,10789	3	12,347	0,000
	31-40 yaş	231	19,2554	6,87147			
	41-50 yaş	51	24,8627	3,91418			
	51 ve üzeri yaş	19	17,2632	5,62576			
	Toplam	400	20,1625	6,59126			
Besin mevcudiyeti	18-30 yaş	99	14,6970	4,44112	3	5,476	0,001
	31-40 yaş	231	14,2684	4,72521			
	41-50 yaş	51	16,6667	2,58972			
	51 ve üzeri yaş	19	12,5789	4,42613			
	Toplam	400	14,6000	4,49951			
Besinin tadına bakılması	18-30 yaş	99	17,3131	5,15405	3	12,986	0,000
	31-40 yaş	231	16,3723	5,43818			
	41-50 yaş	51	20,8824	3,47360			
	51 ve üzeri yaş	19	13,8947	6,12730			
	Toplam	400	17,0625	5,42329			

Katılımcıların yaşlarına göre anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeyleri ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların BKİ, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği, besin mevcudiyeti ve besnin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde;

- 41-50 yaş grubundaki katılımcıların BKİ düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p \leq 0,05$),
- 41-50 yaş grubunda olanların depresyon ($p \leq 0,05$) ve anksiyete düzeylerinin ($p \leq 0,05$) daha yüksek olduğu,
- 41-50 yaş grubunda olanların besin gücü ($p \leq 0,05$), besin bulunabilirliği ($p \leq 0,05$), besin mevcudiyeti ($p \leq 0,05$) ve besnin tadına bakılması ($p \leq 0,05$) düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

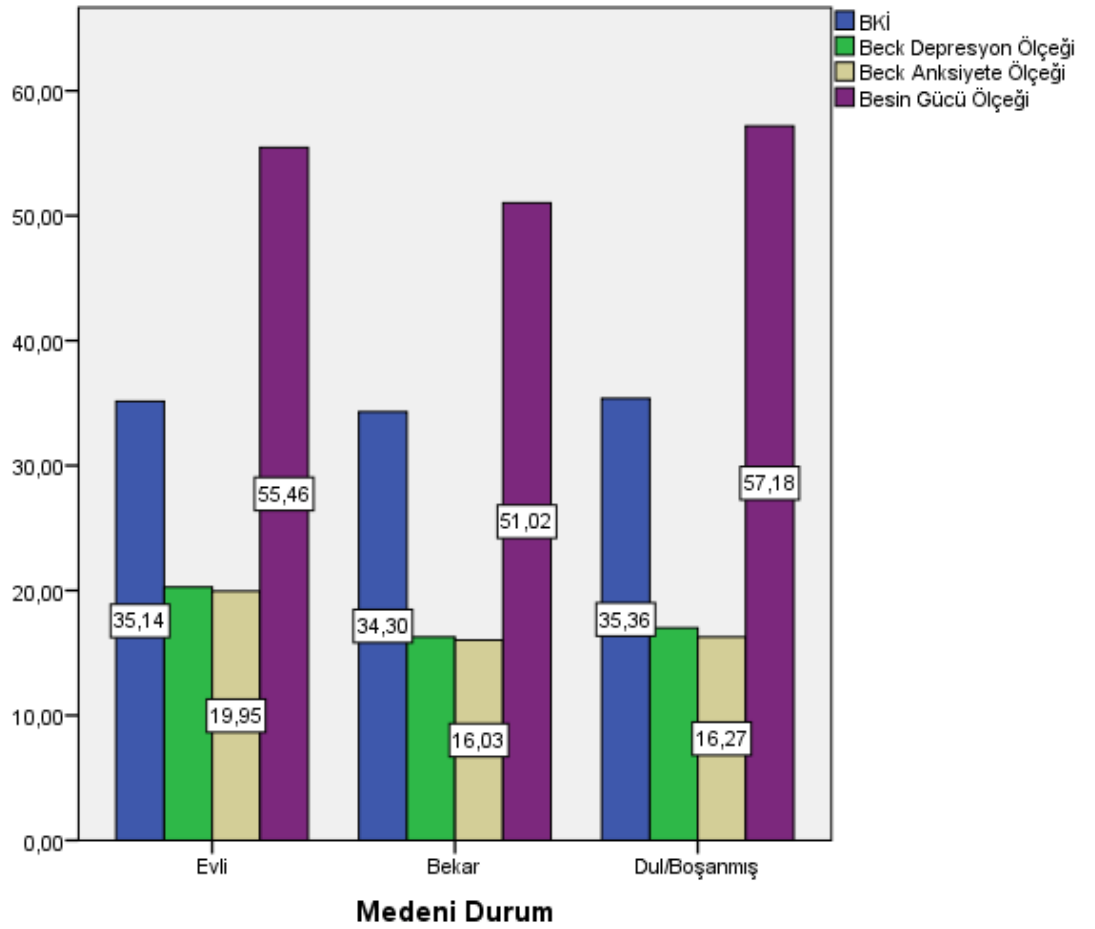


Şekil 9. Katılımcıların yaşlarına göre BKi anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırması

Çizelge 11. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Medeni durum	N	Mean	Standart Sapma	sd	F	P
BKİ	Evli	332	35,1351	4,86582	2	1,271	0,282
	Bekar	57	34,3039	3,99989			
	Dul/Boşanmış	11	35,3636	3,13346			
Beck Depresyon Ölçeği	Evli	57	20,2632	13,72631	2	2,105	0,123
	Bekar	332	16,2831	13,46691			
	Dul/Boşanmış	11	17,0000	14,45683			
Beck Anksiyete Ölçeği	Evli	57	19,9474	13,68448	2	1,998	0,137
	Bekar	332	16,0271	13,67344			
	Dul/Boşanmış	11	16,2727	14,17809			
Besin Gücü Ölçeği	Evli	57	55,4561	14,97626	2	2,722	0,067
	Bekar	332	51,0241	15,55342			
	Dul/Boşanmış	11	57,1818	8,51843			
Besin bulunabilirliği	Evli	57	21,2807	6,34641	2	1,708	0,183
	Bekar	332	19,8976	6,66291			
	Dul/Boşanmış	11	22,3636	4,86359			
Besin mevcudiyeti	Evli	57	15,5614	4,14047	2	1,992	0,138
	Bekar	332	14,3976	4,58209			
	Dul/Boşanmış	11	15,7273	2,96954			
Besinin tadına bakılması	Evli	57	18,6140	5,23980	2	3,782	0,024
	Bekâr	332	16,7289	5,47270			
	Dul/Boşanmış	11	19,0909	2,54773			

Katılımcıların medeni durumlarına göre anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeyleri ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların BKİ, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü ölçęi, besin bulunabilirliği, besin mevcudiyeti puanlarına anlamlı fark meydana gelmediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p\leq 0,05$). Farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar LSD testi ile yapılan karşılaştırmalar sonucunda bekâr olanların besinin tadına bakılmasına ilişkin puanların daha düşük olduğu belirlenmiştir



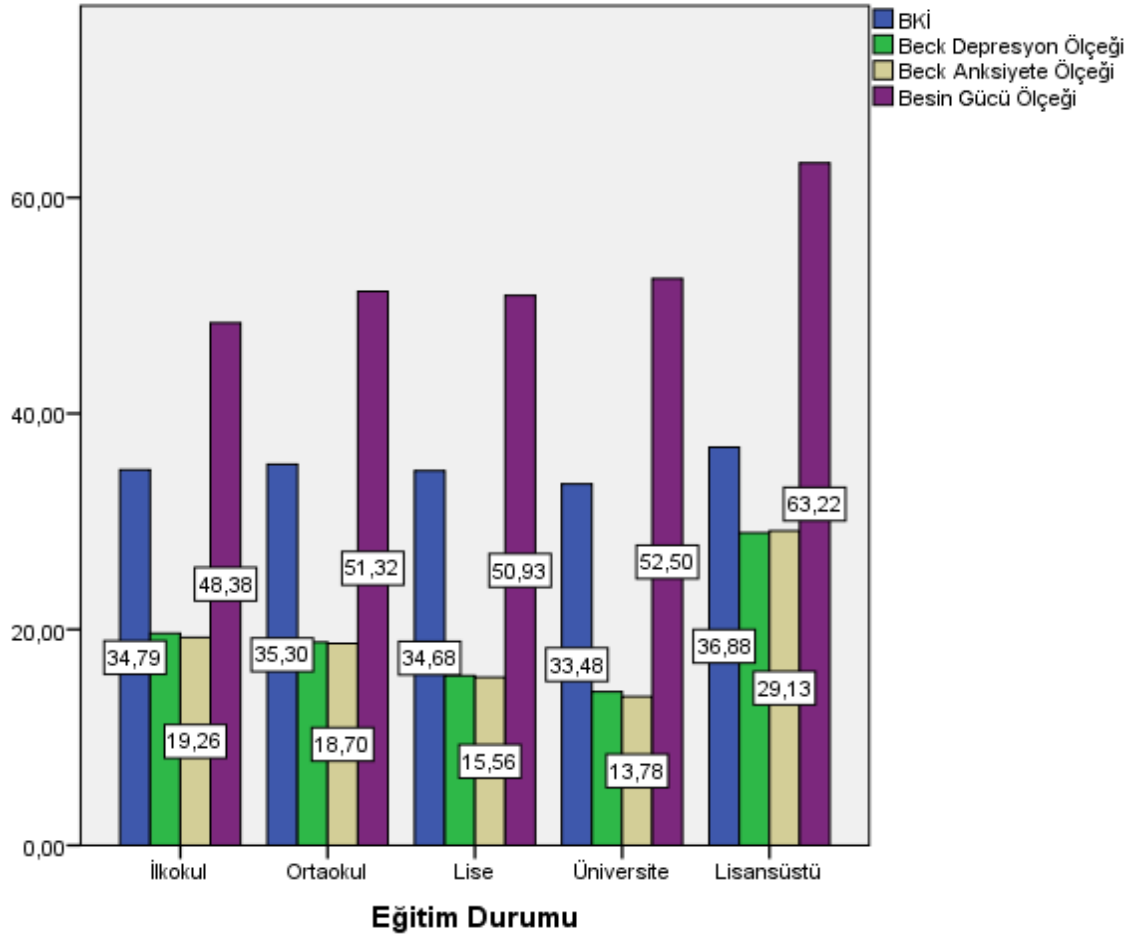
şekil 10. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 12. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Eğitim Düzeyi	N	Mean	Standart Sapma	sd	F	p
BKİ	İlkokul	65	34,7877	3,29709	4	4,786	0,001
	Ortaokul	37	35,3000	3,90498			
	Lise	131	34,6847	4,69575			
	Üniversite	144	33,4813	3,61315			
	Lisansüstü	23	36,8826	4,63256			
Beck Depresyon Ölçeği	İlkokul	65	19,6462	14,42700	4	7,488	0,000
	Ortaokul	37	18,8108	14,46612			
	Lise	131	15,7252	12,36251			
	Üniversite	144	14,2292	12,78806			
	Lisansüstü	23	28,9565	13,74600			
Beck Anksiyete Ölçeği	İlkokul	65	19,2615	14,47333	4	7,829	0,000
	Ortaokul	37	18,7027	14,38723			
	Lise	131	15,5573	12,57419			
	Üniversite	144	13,7847	12,94213			
	Lisansüstü	23	29,1304	13,89344			
Besin Gücü Ölçeği	İlkokul	65	48,3846	18,57308	4	4,283	0,002
	Ortaokul	37	51,3243	16,18479			
	Lise	131	50,9313	14,28565			
	Üniversite	144	52,5000	14,75487			
	Lisansüstü	23	63,2174	8,35005			
Besin bulunabilirliği	İlkokul	65	18,8769	7,80726	4	4,079	0,003
	Ortaokul	37	20,1081	6,42817			
	Lise	131	19,6718	6,32874			
	Üniversite	144	20,4306	6,34515			
	Lisansüstü	23	25,0000	3,65563			
Besin mevcudiyeti	İlkokul	65	12,9231	5,38896	4	4,607	0,001
	Ortaokul	37	14,3514	4,56567			
	Lise	131	14,7710	4,34222			
	Üniversite	144	14,8403	4,21729			
	Lisansüstü	23	17,2609	2,28070			
Besinin tadına bakılması	İlkokul	65	16,5846	6,37596	4	3,595	0,007
	Ortaokul	37	16,8649	5,98221			
	Lise	131	16,4885	5,00056			
	Üniversite	144	17,2292	5,26994			
	Lisansüstü	23	20,9565	3,09660			

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre anksiyete düzeyi depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırılması ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda BKİ, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği, besin mevcudiyeti ve besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Puanlarındaki farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar LSD testi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda;

- Üniversite mezunu olan katılımcıların BKİ düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),
- Lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda depresyon düzeyinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),
- Lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),
- Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda besin gücü ($p \leq 0,05$), besin bulunabilirliği ($p \leq 0,05$), besin mevcudiyeti ($p \leq 0,05$) ve besinin tadına bakılması ($p \leq 0,05$) puanlarının diğer eğitim düzeyine sahip olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Şekil 11. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 13. Katılımcıların Beslenme Türlerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Beslenme Türü	N	Mean	Standart Sapma	sd	F	p
BKİ	Et ve et ürünleri ağırlıklı	129	33,9946	3,57846	2	6,806	0,001
	Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı	187	35,2219	4,35947			
	Sebze-Meyve ağırlıklı	84	33,4381	4,05471			
Beck Depresyon Ölçeği	Et ve et ürünleri ağırlıklı	129	16,9690	14,51235	2	6,717	0,001
	Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı	187	18,8182	13,57849			
	Sebze-Meyve ağırlıklı	84	12,3810	10,85824			
Beck Anksiyete Ölçeği	Et ve et ürünleri ağırlıklı	129	16,3876	14,61020	2	7,359	0,001
	Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı	187	18,7968	13,77435			
	Sebze-Meyve ağırlıklı	84	12,0000	10,88383			
Besin Gücü Ölçeği	Et ve et ürünleri ağırlıklı	129	53,3643	14,25216	2	13,560	0,000
	Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı	187	54,1390	15,44055			
	Sebze-Meyve ağırlıklı	84	44,3095	14,82507			
Besin Bulunabilirliği	Et ve et ürünleri ağırlıklı	129	20,5736	6,05544	2	13,053	0,000
	Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı	187	21,2781	6,61439			
	Sebze-Meyve ağırlıklı	84	17,0476	6,43204			
Besin Mevcudiyeti	Et ve et ürünleri ağırlıklı	129	14,8915	4,20424	2	8,315	0,000
	Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı	187	15,1765	4,51591			
	Sebze-Meyve ağırlıklı	84	12,8690	4,52245			
Besinin Tadına Bakılması	Et ve et ürünleri ağırlıklı	129	17,8992	5,07575	2	13,771	0,000
	Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı	187	17,6845	5,40926			
	Sebze-Meyve ağırlıklı	84	14,3929	5,18807			

Katılımcıların beslenme türlerine göre anksiyete düzeyi depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırılması ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda BKİ, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü

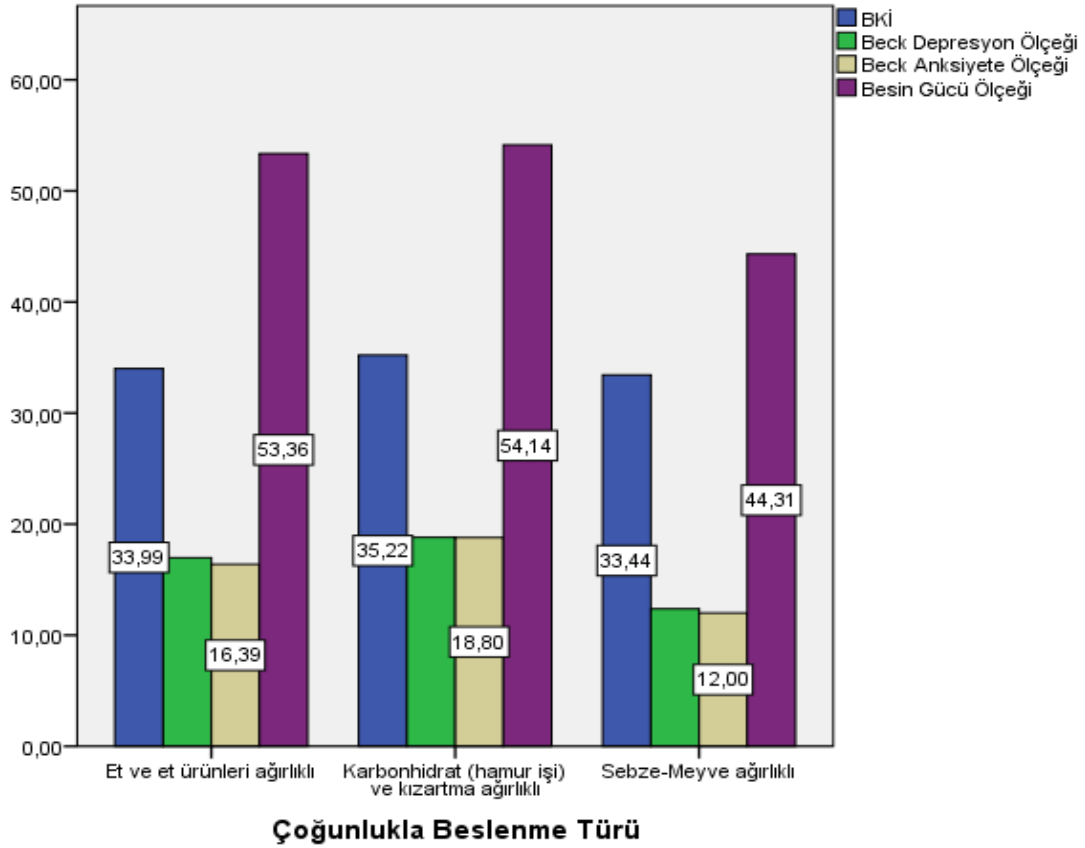
ölçeği, besin bulunabilirliği, besin mevcudiyeti ve besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Puanlarındaki farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar LSD testi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda;

- Karbonhidrat (hamur işi ve şekerli besinler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların diğer beslenme türüne sahip olanlara göre BKI puanlarının daha yüksek olduğu ($p \leq 0,05$),

- Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, sebze ve meyve ağırlıklı beslenen katılımcıların ise depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),

- Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, sebze ve meyve ağırlıklı beslenen katılımcıların ise anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),

- Et ve et ürünleri ile karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların besin gücü ($p \leq 0,05$), besin bulunabilirliği ($p \leq 0,05$), besin mevcudiyeti ($p \leq 0,05$) ve besinin tadına bakılması ($p \leq 0,05$) düzeylerinin sebze ve meyve ağırlıklı beslenenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

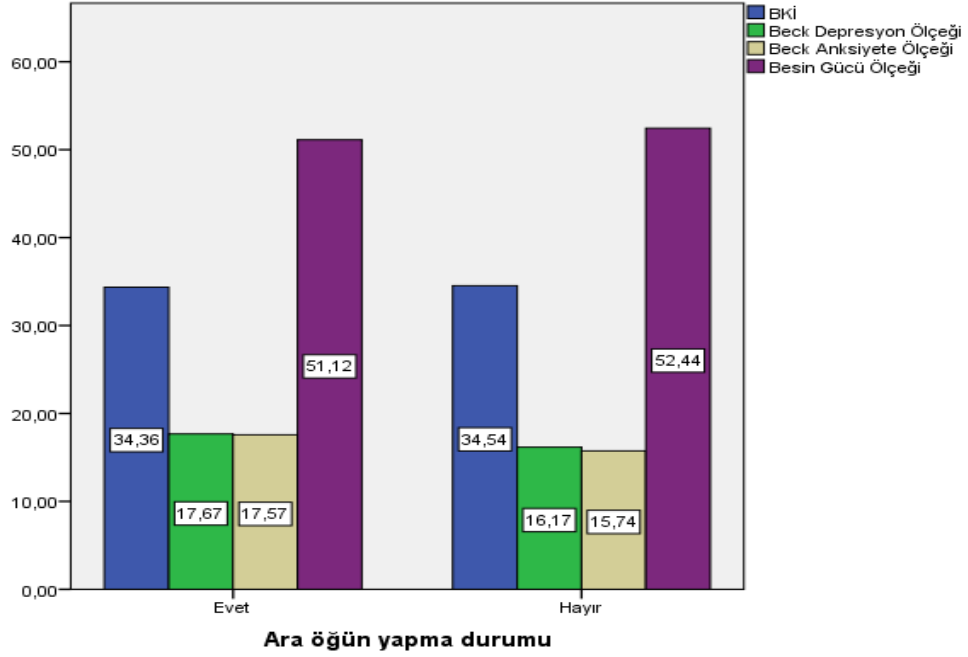


Şekil 12. Katılımcıların Beslenme Türlerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 14. Katılımcıların Ara Öğün Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Ara Öğün Yapma Durumu	N	Mean	Standart Sapma	t	sd	p
BKİ	Evet	187	34,3551	4,07392	-,438	398	0,661
	Hayır	213	34,5362	4,16211			
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	187	17,6684	14,90750	1,103	398	0,271
	Hayır	213	16,1690	12,26321			
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	187	17,5668	15,01933	1,332	398	0,184
	Hayır	213	15,7371	12,44597			
Besin Gücü Ölçeği	Evet	187	51,1230	16,04801	-,854	398	0,394
	Hayır	213	52,4413	14,82007			
Besin bulunabilirliği	Evet	187	19,8663	6,85474	-,842	398	0,400
	Hayır	213	20,4225	6,35579			
Besin mevcudiyeti	Evet	187	14,2299	4,62991	-	398	0,123
	Hayır	213	14,9249	4,36690			
Besinin tadına bakılması	Evet	187	17,0267	5,58842	-,123	398	0,902
	Hayır	213	17,0939	5,28710			

Katılımcıların ara öğün yapıp yapmamalarına göre anksiyete düzeyi depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırılması bağımsız örneklem t testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların BKİ, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği, besin mevcudiyeti ve besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

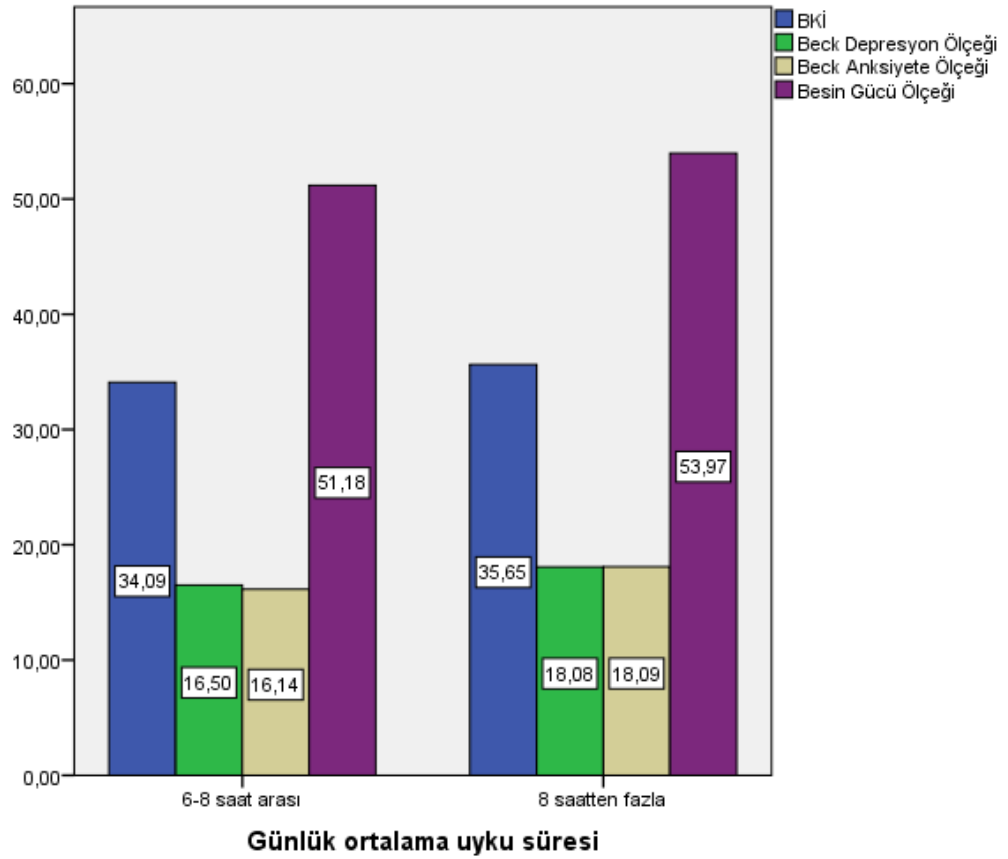


Şekil 13. Katılımcıların Ara Öğün Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 15. Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Uyku Süresi	N	Mean	Standart Sapma	sd	F	p
BKİ	4-8 saat arası	307	34,0896	3,87757	-3,232	398	0,001
	8 saatten fazla	93	35,6462	4,64963			
Beck Depresyon Ölçeği	4-8 saat arası	307	8,4290	1,26252	-,978	398	0,329
	8 saatten fazla	93	8,7849	1,95382			
Beck Anksiyete Ölçeği	4-8 saat arası	307	16,5049	13,31699	-1,129	398	0,260
	8 saatten fazla	93	18,0753	14,37029			
Besin Gücü Ölçeği	4-8 saat arası	307	2,2020	1,20657	-1,199	398	0,231
	8 saatten fazla	93	2,3656	1,28355			
Besin Bulunabilirliği	4-8 saat arası	307	16,1401	13,42894	-1,581	398	0,115
	8 saatten fazla	93	18,0860	14,62477			
Besin Mevcudiyeti	4-8 saat arası	307	2,3127	1,23137	-1,322	398	0,187
	8 saatten fazla	93	2,4839	1,34012			
Besinin Tadına Bakılması	4-8 saat arası	307	51,1759	15,46391	-1,337	398	0,182
	8 saatten fazla	93	53,9677	15,07478			

Katılımcıların uyku sürelerine göre anksiyete düzeyi depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırılması ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda BKi puanlarında anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Buna karşılık katılımcıların depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği, besin mevcudiyeti ve besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ($p > 0,05$). BKi puanlarındaki farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar LSD testi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda 4-8 saat arası uyku süresine sahip olan katılımcıların BKi düzeylerinin uyku saati 8 üstünde, uyku süresine sahip olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

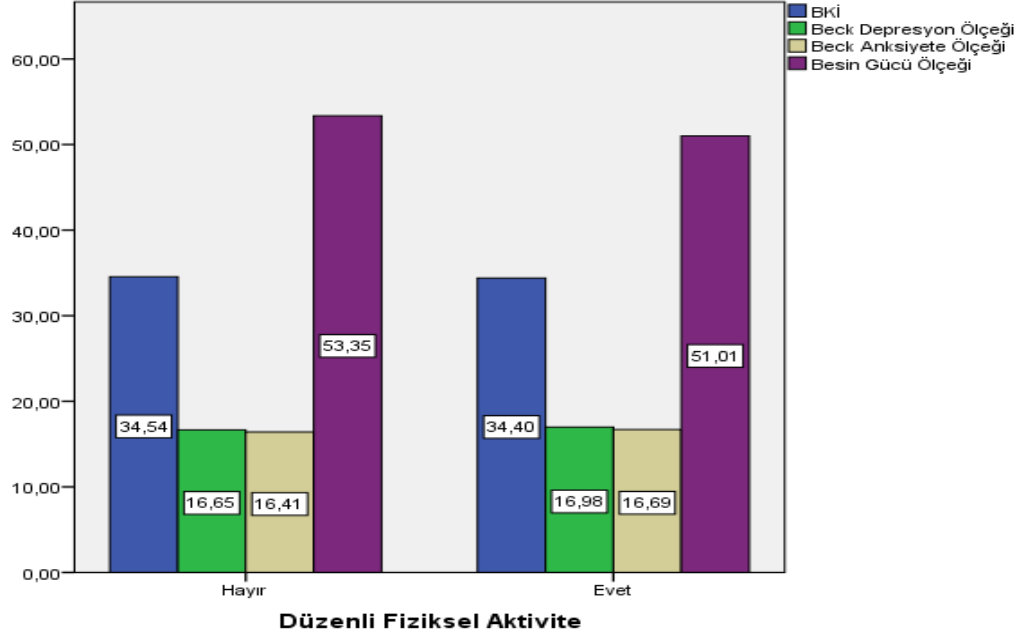


Şekil 14. Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 16. Katılımcıların Düzenli Olarak Fiziksel Aktivite Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Düzenli Olarak Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	N	Mean	Standart Sapma	t	sd	p																																																																				
BKİ	Hayır	139	34,5424	4,51432	,322	398	0,748																																																																				
	Evet	261	34,4031	3,89709				Beck Depresyon Ölçeği	Hayır	139	16,6547	13,45078	-,231	398	0,817	Evet	261	16,9847	13,65283	Beck Anksiyete Ölçeği	Hayır	139	16,4101	13,64499	-,194	398	0,846	Evet	261	16,6897	13,78821	Besin Gücü Ölçeği	Hayır	139	53,3525	14,44172	1,450	398	0,148	Evet	261	51,0115	15,85499	Besin Bulunabilirliği	Hayır	139	20,8921	6,02133	1,619	398	0,106	Evet	261	19,7739	6,85500	Besin Mevcudiyeti	Hayır	139	15,2950	4,17975	2,266	398	0,024	Evet	261	14,2299	4,62610	Besinin Tadına Bakılması	Hayır	139	17,1655	5,35223	,277	398	0,782
Beck Depresyon Ölçeği	Hayır	139	16,6547	13,45078	-,231	398	0,817																																																																				
	Evet	261	16,9847	13,65283				Beck Anksiyete Ölçeği	Hayır	139	16,4101	13,64499	-,194	398	0,846	Evet	261	16,6897	13,78821	Besin Gücü Ölçeği	Hayır	139	53,3525	14,44172	1,450	398	0,148	Evet	261	51,0115	15,85499	Besin Bulunabilirliği	Hayır	139	20,8921	6,02133	1,619	398	0,106	Evet	261	19,7739	6,85500	Besin Mevcudiyeti	Hayır	139	15,2950	4,17975	2,266	398	0,024	Evet	261	14,2299	4,62610	Besinin Tadına Bakılması	Hayır	139	17,1655	5,35223	,277	398	0,782	Evet	261	17,0077	5,47019								
Beck Anksiyete Ölçeği	Hayır	139	16,4101	13,64499	-,194	398	0,846																																																																				
	Evet	261	16,6897	13,78821				Besin Gücü Ölçeği	Hayır	139	53,3525	14,44172	1,450	398	0,148	Evet	261	51,0115	15,85499	Besin Bulunabilirliği	Hayır	139	20,8921	6,02133	1,619	398	0,106	Evet	261	19,7739	6,85500	Besin Mevcudiyeti	Hayır	139	15,2950	4,17975	2,266	398	0,024	Evet	261	14,2299	4,62610	Besinin Tadına Bakılması	Hayır	139	17,1655	5,35223	,277	398	0,782	Evet	261	17,0077	5,47019																				
Besin Gücü Ölçeği	Hayır	139	53,3525	14,44172	1,450	398	0,148																																																																				
	Evet	261	51,0115	15,85499				Besin Bulunabilirliği	Hayır	139	20,8921	6,02133	1,619	398	0,106	Evet	261	19,7739	6,85500	Besin Mevcudiyeti	Hayır	139	15,2950	4,17975	2,266	398	0,024	Evet	261	14,2299	4,62610	Besinin Tadına Bakılması	Hayır	139	17,1655	5,35223	,277	398	0,782	Evet	261	17,0077	5,47019																																
Besin Bulunabilirliği	Hayır	139	20,8921	6,02133	1,619	398	0,106																																																																				
	Evet	261	19,7739	6,85500				Besin Mevcudiyeti	Hayır	139	15,2950	4,17975	2,266	398	0,024	Evet	261	14,2299	4,62610	Besinin Tadına Bakılması	Hayır	139	17,1655	5,35223	,277	398	0,782	Evet	261	17,0077	5,47019																																												
Besin Mevcudiyeti	Hayır	139	15,2950	4,17975	2,266	398	0,024																																																																				
	Evet	261	14,2299	4,62610				Besinin Tadına Bakılması	Hayır	139	17,1655	5,35223	,277	398	0,782	Evet	261	17,0077	5,47019																																																								
Besinin Tadına Bakılması	Hayır	139	17,1655	5,35223	,277	398	0,782																																																																				
	Evet	261	17,0077	5,47019																																																																							

Katılımcıların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırılması bağımsız örneklem t testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda BKİ, depresyon ölçeği, anksiyete ölçeği, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği ölçeği ve besinin tadına bakılması ölçeği puanları bakımından anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Buna karşılık besin mevcudiyeti ölçeği puanlarında anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p\leq 0,05$). Meydana gelen bu farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığını belirten katılımcılarda besin mevcudiyeti düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($t= 2,226$).

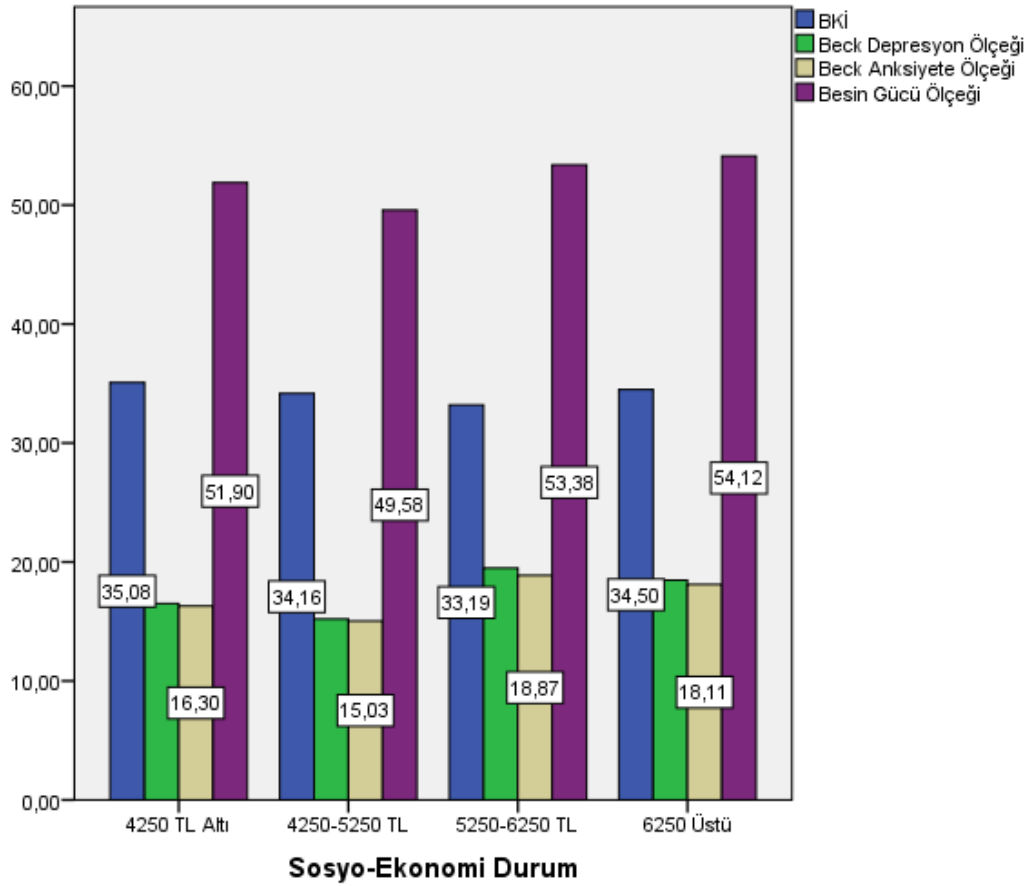


Şekil 15. Katılımcıların Düzenli Olarak Fiziksel Aktivite Yapma Durumuna Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

Çizelge 17. Katılımcıların Sosyo Ekonomik Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

	Sosyo Ekonomik Durum	N	Mean	Standart Sapma	Sd	F	p
BKİ	4250 TL Altı	144	35,0847	4,62754	3	2,853	0,037
	4250-5250 TL	124	34,1637	3,72605			
	5250-6250 TL	47	33,1894	2,86942			
	6250 Üstü	85	34,4965	4,18485			
Beck Depresyon Ölçeği	4250 TL Altı	144	16,5000	13,02338	3	1,653	0,177
	4250-5250 TL	124	15,2016	12,62143			
	5250-6250 TL	47	19,4894	14,14809			
	6250 Üstü	85	18,4824	15,22733			
Beck Anksiyete Ölçeği	4250 TL Altı	144	16,2986	13,07380	3	1,337	0,262
	4250-5250 TL	124	15,0323	13,01964			
	5250-6250 TL	47	18,8723	14,22279			
	6250 Üstü	85	18,1059	15,34525			
Besin Gücü Ölçeği	4250 TL Altı	144	51,8958	15,96137	3	1,675	0,172
	4250-5250 TL	124	49,5806	15,96546			
	5250-6250 TL	47	53,3830	12,99256			
	6250 Üstü	85	54,1176	14,59893			
Besin Bulunabilirliği	4250 TL Altı	144	20,3264	6,65727	3	2,324	0,075
	4250-5250 TL	124	19,0000	7,07222			
	5250-6250 TL	47	20,5745	5,80758			
	6250 Üstü	85	21,3529	5,96958			
Besin Mevcudiyeti	4250 TL Altı	144	14,5139	4,54194	3	1,152	0,328
	4250-5250 TL	124	14,1210	4,79599			
	5250-6250 TL	47	15,2766	3,93260			
	6250 Üstü	85	15,0706	4,25046			
Besinin Tadına Bakılması	4250 TL Altı	144	17,0556	5,72783	3	1,013	0,387
	4250-5250 TL	124	16,4597	5,35473			
	5250-6250 TL	47	17,5319	4,60553			
	6250 Üstü	85	17,6941	5,40287			

Katılımcıların sosyo ekonomi durumuna göre anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeylerinin karşılaştırılması ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda depresyon ölçeği, anksiyete ölçeği, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği ölçeği besin mevcudiyeti ölçeği ve besinin tadına bakılması ölçeği puanları bakımından anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Buna karşılık katılımcıların BKİ puanlarında anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p\leq 0,05$). Meydana gelen bu farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar Tukey testi ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda sosyal ekonomik durumu 4250 TL altı olan katılımcılarda, sosyal ekonomik durumu 5250-6250 TL olan katılımcılara göre BKİ düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($F= 2,853$).



Şekil 16. Katılımcıların Sosyo Ekonomik Durumlarına Göre Anksiyete Düzeyi, Depresyon Düzeyi Ve Besin Gücü Düzeylerinin Karşılaştırması

V.TARTIŞMA

Obezite, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite farklı bireylerde farklı nedenlerle gelişebilir. Obez birey sayısı tüm dünyada 400 milyonun üzerindedir (Bulut, 2023:24). WHO 2022 Avrupa Obezite Raporu'na göre ülkemiz Avrupa'da en yüksek fazla kilolu ve obez oranlarına sahip ülkedir (Yılmaz, 2023). Türkiye Sağlık Araştırması'nın son verilerine göre 2022 yılında kadınların yüzde 23,6'sının obez (bki 30 ve üstü) ve yüzde 30,9'unun obez öncesi (bki 25-29 arası), erkeklerin ise yüzde 16,8'inin obez ve yüzde 40,4'ünün obez öncesi (bki 25-29 arası) olduğu da görülmüştür (TUIK, 2023). Obez olan bireylerde psikiyatrik sorunların daha yaygın olduğu obez bireylerin nerdeyse %25-%30 depresyon veya herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıklar taşıdığı bildirilmektedir (Berberoğlu ve Hocaoğlu, 2021). Yapılan birçok çalışmada, obez olan bireyler, obez olmayan bireylere kıyasla depresyon ve anksiyete ve hedonik açlık düzeylerin daha yaygın olarak gözlemlendiğini göstermiştir.

Birçok çalışma cinsiyetin obeziteyi tetiklediğini göstermiştir. Işık ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada erkeklerin obezite oranı kadınlardan anlamlı derecede yüksek görülmüştür. Dinçağ ve diğerlerinin (2017), yaptığı bir çalışmada obezitede cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Turan (2017) tarafından Diyarbakır'da 19 yaş ve üzeri bireylerde obezitenin belirlenmesine ilişkin yapılan araştırmada toplam 350 birey incelenmiştir. Araştırmaya katılanlar yüzde 47,4'ü erkek, yüzde 52,6'sı kadın bireylerden oluşmaktadır. Erkeklerde BKİ ortalama 26 kadınlarda BKİ ortalamsı 28 bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada kadınların bki erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Boru, 2018). Obezitenin kadınlarda daha yüksek olduğunu Martin ve ark.(2016) ve Weinberger ve ark. (2016) çalışmalarında da görülmüştür. Çalışmamızı destekleyen sonuçlarda mevcuttur. Bunlardan birisi Tzatsoz ve ark.'nın 2010 yılında yaptığı çalışmadır. BKİ ortalaması 26,4±5,3 kg/m² olan araştırmada erkeklerin BKİ'leri (27,3±4,9 kg/m²) kadınların BKİ'lerinden

(25,6±5,1 kg/m²) daha fazla bulunmuştur. Başka bir çalışmada erkeklerin obezite oranı kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Genç, 2019 ve Çelik 2019) DSÖ'nün son yayınladığı DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022'ye göre; Avrupa Bölgesi'ndeki yetişkinlerin %59'unun (erkeklerde %63, kadınlarda %54) fazla kilolu veya obezdir (Demiray 2023). Bu çalışmada erkeklerin BKİ kadınlardan daha yüksek çıkmıştır.

Yaş ilerledikçe, vücut yağ oranı ve obezite oranında artış olduğu gözlemlenmiştir. Erzurum'da yapılan bir çalışmada 40-49 yaş grubu kişilerde obezitenin artarak en üst seviyeye ulaştığı gözlemlenmiştir (Bunsuz, 2018). Adana'da yapılan bir çalışmada ise obezite en fazla 40-44 yaş aralığında olduğu görülmüştür (Nazlıcan, 2011). Trabzon'da yapılan başka bir çalışmada ise 49 yaşa kadar obezitenin sürekli artışı gözlemlenmiştir (Eren, 2001). Çin'de yapılan bir çalışmada ise, vücut ağırlığının 55 yaşına kadar devamlı arttığı, daha sonra ise azalmaya başladığı gözlemlenmiştir (Wen, 2003). İran'da yapılan bir çalışmada ise 20 yaş üzerinde 3721'i kadın 7257 bireyle yapılan obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada bireyler sekiz yıl gözlemlenmiş, Bu süreçte kadınlarda en fazla (% 79,8) 40-49 yaşları arasında obezite geliştiği gözlemlenmiştir (Hosseinpanah, 20016). Türkiye endokloji ve metabolizma derneği (TEMD) 2019 verilerine göre Cinsiyetlere göre bakıldığında kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında obezitede bir artış saptanmıştır. Obezite prevalansı, kadınlarda 45-74 yaş grubunda %50'yi ve erkeklerde 45-64 yaş grubunda %30'u geçtiği; ilerleyen yaşlarda ise azaldığı bulunmuştur (Demiray, 2023). Yine literatürle uyumlu bir şekilde 30-60 yaşları arasında yoğunlaşan obezite sıklığının 60 yaş ve üzerinde tekrar azaldığı gözlenmiştir (Çelik 2019). Bu araştırmada ise 41-50 yaş arasındaki bireylerin BKİ diğer yaş gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır.

Eğitim durumu arttıkça obezite oranı azaldığı birçok çalışmada görülmüştür. Konya'da yapılan bir çalışmada, ilkokul mezunu olan kişilerin okuma yazması olmayan kişilere göre obez oranı 2,7 kat daha az olduğu görülmüştür (Bunsuz 2018). Işık ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ilköğretim mezunlarının orta ve yüksek öğretim mezunlarından obezite olan kişi sayısı daha fazla olduğu bulunmuştur (Çelik 2019). Eğitim düzeyi arttıkça obezite oranı düştüğünü gösteren benzer sonuçlar literatür çalışmaları oldukça fazladır (Aslan 2018, Boing

2015). Yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyi artıkça obezite oranı azaldığı görülmüştür(Çelik 2019). Bu araştırmada ise üniversite mezunu olan katılımcıların BKİ düzeylerinin, ilkokul ortaokul ve lise mezunu olan bireylerden daha düşük olduğu görülmüştür.

Obezite de medeni durum obeziteyi tetikleyen faktörlerdendir. İzmir’de 20-49 yaşları arasında 1117 kadınla yapılan çalışmanın sonucuna göre; evli olan kadınların % 76,6’sının obez olduğu, medeni durum ile obezite arasında anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir (Çelik, 2019). Türkiye’de yapılan obezite prevalansının değerlendirildiği 23 çalışmanın incelendiği bir derlemede, evli veya boşanmış olma durumunun obezite prevalansını arttırdığı gözlemlenmiştir (Kanger 2017). Ankara’da 18 yaş ve üstü 270 bireyle yapılan çalışmanın sonuçlarında da benzer şekilde evli olanlarda BKİ evli olmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Uğur 2018). Buna karşın Erkol ve Khorshid (2004) ile Güneş ve ark. (2000) yaptıkları çalışmalarda medeni durum ile BKİ arasında herhangi bir ilişkiye ulaşamamışlardır. Yalçın ve ark.(2004) yaptığı bir çalışmada BKİ ile medeni durum arasında bir ilişki görülmemiştir. Aslan ve ark.’nın çalışmasında da medeni durum ve BKİ arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bu çalışmada ise evli, dul/boşanmışların BKİ puanı bekârlara göre yüksek görünse de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi.

Uyku süresinin az veya çok olmasına bağlı olarak bireylerde bazı hormonal sorunlar yaşanmaktadır (Bulut, 2023). Hormonal sorunlar yaşanılması durumunda ise BKİ değerlerinde artış meydana gelebileceği belirtilmektedir (Kristicevic vd., 2018). Ulutaş ve ark.’nın çalışmasında BKİ ile uyku süreleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur, obez grup normal kilolu gruba göre daha fazla uyumaktadır (Ulutaş 2014). Kaner’in çalışmasında şişman kadınların (9,2±0,7 saat), hafif şişman (8,5±0,7 saat) ve normal (8,3±0,6 saat) kilolu kadınlara göre anlamlı derecede daha fazla uyudukları belirlenmiştir (Kaner, 2014). Uyku kalitesi kötü olan bireylerin BKİ değerlerinde artış saptanmıştır (Uzunalan, 2020). Başka bir çalışma da uyku kalitesi kötü olan kişilerin uyku kalitesi iyi olan kişilere göre daha yüksek BKİ ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (Suna 2016). Literatürde de uyku kalitesi ile BKİ değeri arasında anlamlı farklılığın olduğu birçok çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmanın Analiz sonucunda 4-8 saat arası uyku

süresine sahip olan katılımcıların BKİ düzeylerinin uyku saati 8 üstünde, uyku süresine sahip olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Sosyo ekonomik durum ile obezite arasında ilişki olduğunu bir çok çalışmada görülmektedir. Afyonkarahisar da yapılan bir çalışmada obezite görülme sıklığı, gelir seviyesi düşük olan ailelerde daha fazla görülmüştür (Eren 2023). Bu çalışmada gelir düzeyi arttıkça BKİ derecesi azaldığı görülmüştür.

Depresyondaki birey kontrolü kaybetmekte ve kısa bir sürede alması gereken enerjinin çok üstünde enerji olarak obeziteye neden oluşturabilmektedir (Sobutay, 2023). Depresyon ve obezite arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu, obezitenin, depresyon riskini arttırdığı ve depresyonun da obezitenin gelişimi için etkilediği düşünülmektedir (Erkul, 2018). Depresyonun obezite riskini %58, obezitenin ise depresyon riskini %55 arttırdığı gösterilmiştir (Luppın ve ark., 2010). Yirmibeş çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında obezitenin depresyonun nedeni ve/veya sonucu olabileceği görülmüştür. Bu çalışmaların 10'ununda obezitenin depresyona neden olduğu, 15'inde ise depresyonun obeziteye neden olduğu görülmüştür. Bu çalışmalarda, obezitenin depresyona neden olma oranı %80, depresyonun obeziteye neden olma oranı %53 olarak bulunmuştur. Bu nedenle, obezite değerlendirmelerinde psikiyatrik rahatsızlıkların daha fazla göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir (Eryılmaz 2018). Yakın zamanda yayınlanan bir çalışma, depresyonun şiddeti ile aşırı yemek yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Sobutay, 2023). Vücut ağırlığı arttığında BDÖ düzeyide arttığı görülmüştür (Durmuşçelebi 2020). Schultes ve diğerleri (2010) tarafından yürütülen bir araştırmada BKİ ve depresyon durumları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada obezitesi olanlarda depresif belirtiler daha fazla görülmüştür (Sach ve arkd. 2007). İki merkezli yürütülen bir çalışmaya 48 obez ve 48 normal kilolu birey dâhil edilmiştir. Obez grupta BDÖ (Beck depresyon ölçeği) puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Orhan, 2012). Obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla Muğla'da özel bir hastanede eslenme diyetetik polikliniğine başvuran 100 kişi yapılan bir çalışmada depresyon ile BKİ karşılaştırılmış ve farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 2. Derece obezlerin depresyon puanları diğerlerine oranla daha fazla olarak bulgulanmıştır (Erkul, 2018). Polonya'da

depresyon tedavisi gören 512 hastayla gerçekleştirilen bir araştırmada BKİ'si 25 kg/m²'nin üzerinde olanlarda depresyonun tüm belirtileri daha belirgin olarak gözlenmiştir. Yani BKİ ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 2. dereceden obezlerin depresyon puanı en yüksek olarak saptanmıştır (Lojko ve arkd. 2015). Bu araştırmada obezlerin depresyon puanları, 1. derece obez olan bireylerin 2. ve 3. Derecede obez olanlara oranla daha düşük olduğu bulunmuştur.

Cinsiyet, depresyon gelişiminde risk faktörlerinden biri olduğu bildirilmiştir (Hacıhasanoğlu, 2010). Hollanda'da 66 obez kadınla yapılan çalışmanın sonucunda obez kadınlarda depresyonun daha fazla olduğu belirlenmiştir (Werrij, 2005). ABD'de 18 yaş üstü 4086 bireyle yapılan bir çalışmanın sonucunda, kadınlarda BKİ değeri arttıka depresyon, erkeklere oranla daha fazla arttığı tespit edilmiştir (Bunsuz, 2018). Kilis'te 230 öğrenciyle yapılan bir çalışmada BDÖ puan ortalamasının cinsiyete göre değişmediği saptanmıştır (Deveci, 2013). 2017 yılında Muğla'da yapılan bir çalışmada BDÖ puanı ile cinsiyet arasında istatistikî olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Durmuşçelebi,2020). Zhang ve arkadaşlarının (Zhang, 2008) gerçekleştirdiği araştırmada; cinsiyetin depresyon puanında anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada obez kadın bireylerde anksiyete ve depresyonun, erkeklerden daha az görüldüğünü belirtmiştir (Değirmenci, 2015). Bu alışmamızda ise erkeklerin depresyon düzeyi kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaş depresyona yatkın olma riskini 1,04 kat ve BKİ 1,07 kat arttırmaktadır. Yaş arttıka BKİ ile birlikte bireylerin depresyona yatkın olma riskinin de arttığı saptanmıştır (Bunsuz, 2018). Kore'de 6.022 kişiyle obez bireylerle, psikiyatrik bozukluklar için gerçekleştirilen çalışmada özellikle 18- 44 yaş aralığındaki kadın bireylerde BKİ'nin artmasıyla depresyon oranı arttığı anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. (Durmuşçelebi, 2020). Bu araştırmada ise 41-50 yaş arasındaki bireylerin depresyon düzeyi diğer yaş gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır.

Depresyon da Medeni durum İzmir'de yapılan çalışmada evli olmanın bekâr olmaya oranla duygulanım bozukluğu riskini 2,8 kat arttırdığı hesaplanmış, ancak evli olanlar ile bekârlar arasında depresyon puanlamaları arasında istatistiksel açılarından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kayaham 2003). Ankara'da yapılan çalışmada da benzer şekilde medeni durum ile depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Uğur, 2018). Başka bir çalışmada medeni

durum ile depresyon arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Genç, 2019). 2018 yapılan bir Çalışmada medeni durum ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Sönmez, 2018). Sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada ise evli, dul/boşanmışların depresyon puanı bekârlara göre yüksek görünse de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi.

Trabzon'da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça depresyon prevalansında azalma olduğu, depresyonun en çok okur-yazar olmayan grupta görüldüğü, aralarında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Kayahan, 2003). Kahramanmaraş'ta 245 kadınla yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi ile depresyon arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Bunsuz, 2018). Yapılan bir çalışmada Obeziteli bireylerde depresyon düzeyine bakılmış BDÖ puanı ve medeni durum, eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmuştur (Köksal ark, 2017). Trabzon'da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon sıklığında düşme görüldüğü, depresyonun en fazla eğitim düzeyi düşük olan bireylerde gözlendiği ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Bunsuz 2018). Bu çalışmada lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda depresyon düzeyinin ilkökul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip bireylerden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada karbonhidrattan zengin besinler, simit, boğaca ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Temizöz 2023). Başka bir çalışmada pizza, hamburger, tost, dürüm/döner gibi fast food gibi besinlerin tüketilme sıklık düzeyi ile Beck depresyon ve Beck ansiyete ölçek puanları arasında anlamlı pozitif ilişkiler görülmüştür. Bu besinlerin tüketme sıklığı arttıkça depresyon ve ansiyete puanları da arttığı görülmüştür (Eminoğlu ve ark. 2020). Başka bir çalışmada ise depresyon grubunda ki bireylerde yağ alımı depresyon düzeyi yüksek olurken protein, sebze ve meyve tüketimi depresyon düzeyi düşük bulunmuştur (Bayer, 2023). Bu çalışmada karbonhidrat (hamur işi, şekerli besinler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, sebze ve meyve ağırlıklı beslenen katılımcıların ise depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Mevcut epidemiyolojik çalışmalar da yetersiz veya düzensiz uykunun, bireyde obezite gelişme riski ile bağlantılı olduğunu buda psikiyatri sorunların tetiklediğini düşünölmektedir (Hanne vd., 2013). Yapılan bir çalışmada düzensiz uykunun depresyonu tetiklediği görölmüştür (Hasözdemir, 2023). Başka bir çalışmada depresyon anksiyete ve uyku arasında anlamlı ilişki olmadığı görölmüştür. (Kerkez 2022). Yapılan bir çalışmada depresyon, anksiyete ve uyku ile bir anlamlı ilişki olmadığını görölmüştür (Fincan 2023). Bu sonuçlar benzer olarak bu araştırma da depresyon ve anksiyete düzeylerinin uyku arasında ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği ortaya çıkmıştır.

Anksiyete, kişinin kaygı, korku, endişe gibi duygulara karşı kontrolsüz ve aşırı tepkiler vermesine neden olan bir rahatsızlıktır. Anksiyete, depresyon ve yeme bozuklukları arasında yakın bir ilişki vardır (Sunderland ve diğ., 2013). Anksiyete, bireylerde korku ve endişe sebebiyle kontrol edilemeyen davranışlara sebep olmakta ve bireylerin besin seçimini etkileyerek farklı yeme davranışları göstermeleri ile ilişkilendirilebilmektedir. Bunun için anksiyete, stres ve depresyonu yönetmek yeme davranışlarını etkilemede çok önemli bir yere sahiptir. Yakın zamanda yapılan bir araştırma, obezite ve anksiyete arasında doğrusal bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Ma ve diğ. 2020). Ateş (2021) Yaptığı bir çalışmada BKİ ve anksiyete arasında pozitif bir ilişki olduğu görölmüştür. Yapılan başka bir çalışmada Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran 52 obez birey ve 43 obez olmayan BKİ'si normal bireyin katıldığı çalışmada obez olan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleriyle Obez olmayan kişilere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin fazla olduğu bulgulanmıştır. (Değirmenci, 2015). Yetişkin obez kişilerde depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmaya 60 obez ve BKİ değeri normal olan 60 birey dâhil edilmiştir. Obez kişiler ile normal kiloluların beck depresyon ölçeği ve Beck Anksiyete ölçek puanları karşılaştırılmış fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Durmuşçelebi, 2020). Yapılan başka bir çalışmada ise BKİ'nin depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkisinin araştırılması için 12 ve 82 yaşları arasında 575 hastayla yapılan bir çalışmada BKİ düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri artığı görölmüştür. Yani BKİ ile Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanı arasında anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu bulgulanmıştır (Pahalı ve

ark, 2018). Bu araştırmada ise obez derecesi artıkça Anksiyete düzeyleri arttığı bulunmuştur. Buna göre yukarıdaki çalışmaların bu çalışma sonucunu desteklediği grlmştr.

Erkek ve kadınlarda anksiyete bozukluğu obezite ile ilişkili olduğu grlmştr (Mermi, 2014). Yapılan bir çalışmada kadınların anksiyete düzeyi erkelere göre daha yüksek bulunmuştur. (Eminoğlu ve ark. 2020) Erzincan'da bir sağlık ocağına giden kişilerin, anksiyete ve depresyon seviyelerini belirlemek amacıyla 340 kişiyle yapılan bir araştırmada kadınların depresyon puan ortalaması istatistiksel olarak önemli olmasa da erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (Hacıhasanoğlu, 2010). Obez bireyler anksiyeteli olduklarında aşırı yerler ve kilolu erkeklerde kadınlara oranla anksiyete daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Pickering, 2007). Yapılan başka bir çalışmada obez kadın bireylerde anksiyete ve depresyonun, erkeklerden daha az görüldüğünü belirtmiştir (Değirmenci, 2015). Bu alışmamızda ise erkeklerin anksiyete düzeyi kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anksiyetede eğitim düzeyi anksiyet düzeyini etkileyip etkilemediği tartışmalı bir konudur. Erzincan'da yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek amacıyla 340 kişiyle yapılan araştırmada hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe depresyon ve anksiyete düzeylerinin düştüğü grlmştr (Durmuşçelebi 2020). Bu alışmada Lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda anksiyete düzeylerinin ilkokul ve ortaokul eğitime sahip bireylerden daha düşük olduğu grlmştr.

Beslenme türü pskiyatri hastalıkları etkilediği birçok çalışmada grlmştr. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin besin tüketim alışkanlıkları dikkate alınmıştır. Karbonhidrat ağırlıklı ve sağlıksız besinlerin tüketimi, Depresyon, anksiyete şiddeti anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Temizöz, 2023). Yapılan başka bir çalışmada anksiyete yaşayan hastalarda, glisemik indeks yüksek olan besinlerin alımında anksiyete düzeyi anlamlı derece yüksek bulunmuştur protein ve sebze ve meyve ağırlıklı beslenenlerde ise anksiyete düzeyi düşük grlmştr (Bayer, 2023). Başka bir çalışmada pizza, hamburger, tost, dürüm/döner gibi fast food gibi bu tür besinlerin tüketime sıklık düzeyi ile Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek puanları arasında anlamlı pozitif ilişkiler grlmştr. Bu besinlerin tüketime

sıklığı arttıkça depresyon ve anksiyete puanları da arttığı görülmüştür (Eminoğlu ve ark. 2020). Bu çalışmada karbonhidrat (hamur işi, şekerli besinler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, sebze ve meyve ağırlıklı beslenen katılımcıların ise depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hedonik açlığın temeli, yenen yemekten alınan zevktir. Yemek yerken ortaya çıkan haz duygusu, tat alma algısına bağlıdır. Tadı güzel olan yiyecekler çok fazla yağ ve şeker içerir. Bu tür gıdaların aşırı tüketimi obeziteye yol açar (Salbe ve ark., 2004; akt. Bülbül, 2021). Yüksek kalorili ve lezzetli yiyecekler, bunlara kolay erişim, büyük porsiyonlar ve yemek ortamındaki değişiklikler obez bir ortam yaratır. Tuz, şeker ve yağın fazla tüketilmesi nedeniyle bu tür gıdaların tüketimi ile obezite ve obeziteye bağlı hastalıklar artabilmektedir (Lee ve Dixon, 2017; aktaran Gündüz ve ark., 2020). Yaş, cinsiyet, BKİ gibi bireysel farklılıklar, bireylerin beslenme alışkanlıkları ve besinlerin ödül değeri gibi birçok faktörün hedonik açlığı etkileyebileceği düşünülmektedir (Şarahman, 2019). Çalışmalar, obez yetişkinlerin obez olmayan kontrol grubuna göre daha fazla hedonik açlık yaşadıklarını bildirmektedir. Obezite ve hedonik açlık arasındaki ilişkiye bakmak için Ayyıldız ve diğerleri (2021) tarafından yapılan bir çalışmada yaşları 19-64 arasında değişen, 541 erkek ve 735 kadın olmak üzere toplam 1276 yetişkinde yapılan çalışmada obezite ile hedonik açlık arasında ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada obez bireylerin hedonik açlık durumu zayıf bireylere göre daha yüksek olduğu ve BKİ derecesi arttıkça hedonik açlık arttığı bulunmuştur (Ayyıldız ve ark 2021). Başka bir çalışmada 18-60 yaş aralığındaki 235 kadın ve 92 erkek olmak üzere toplam 327 yetişkin dâhil edilmiştir. Çalışmada, obez yetişkinlerin obez olmayanlara göre daha fazla hedonik açlık yaşadıklarını bildirmektedir. (Bülbül, 2021). Buna göre bireylerde hedonik açlık durumunun artması ile obezite düzeylerinde de artış yaşandığı belirlenmiştir. Bu araştırmada da değişkenler arasındaki pozitif ilişkiler genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların beden kütle indeksi ve besin gücü puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Buna göre yapılan çalışma bulguları ile bu araştırma bulgularının benzerlik göstermiş ve bu çalışma bulgularını desteklemiştir.

Hedonik açlık ve cinsiyet durumları incelendiğinde literatürde farklı veriler yer almaktadır. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada BGÖ puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Lowe et al., 2009). Başka bir çalışmada kadınların BGÖ toplam puanı ve alt faktör puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel anlamlılık görülmemiştir (Coşkunsu, 2020). Yapılan bir çalışmada hedonik açlık ile cinsiyet arasında bir anlamlı bir farklılık bulunamadı (Kılıç, 2022). Hayzaran ve ark (2018) yaptığı çalışmada BGÖ ölçek puanı ve tüm alt boyut puanları kadınlarda erkeklerden daha yüksek çıkmış olsada Ancak aradaki bu puan farkı istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır. 315 yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışmada besin gücü ölçeği (BGÖ) toplam puan ve tüm alt faktör puanları, kadınların hedonik açlık durumlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Şarahman ve akçil 2019). Serier ve ark. (2019) 319 kadın ve 113 erkek katılımcıyla yaptığı bir çalışmada, cinsiyet ile hedonik açlık anlamlı olmadığı görülmüştür. Shüz ve arkadaşlarının (Schüz vd., 2015) yaptığı bir çalışmada erkeklerin BGÖ puanları kadınlardan daha düşük olmasına rağmen anlamlı olmadığı saptanmıştır. Başka çalışmada, besin gücü ölçeği toplam puanı erkeklerde kadınlardan yüksek olmasına rağmen aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Üçel (2016) yaptığı bir çalışmada erkeklerde kadınlara göre hedonik açlık daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu araştırmada erkeklerin hedonik açlık düzeyleri kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşlanma ile birlikte tat duyusunda bir azalma olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada 20-30 yaş grubundaki kadınların ve erkeklerin, 30-40 yaş grubundaki kadın ve erkeklere kıyasla hedonik açlığa daha duyarlı oldukları saptanmıştır (Şamahran, 2019). Yapılan başka bir çalışmada hedonik açlık durumu ile bireylerin yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hedonik açlık yaşamayan bireylerin yaş ortalamaları daha büyük olduğu bulunmuştur (Kılıç, 2022). Ortaokul öğrencilerine yapılan bir çalışma da yaş ile BGÖ toplam ve alt boyut puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Yaşın artmasıyla hedonik açlığın da arttığı söylenilebilir (Yıldız 2023). Bu çalışmamızda ise 41-50 yaş aralığındaki bireylerin hedonik açlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Medeni durum obezite ve hedonik açlık açısından önemli bir faktör olabiliyor. Evli kişilerin bekârlara oranla obeziteye yakalanma ihtimali ve hedonik yeme oranlarının yüksek olabileceği görülmektedir (Eren 2023). Bu çalışmada ise evli, dul/boşanmışların depresyon puanı bekârlara göre yüksek görünse de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi.

Hedonik açlıkta eğitim düzeyinin birçok farklı sonuçlarını görebiliyoruz. Yapılan bir çalışmada BGÖ düzeyi eğitim durumu lise mezunu olan bireylere üniversite mezunu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (Yıldız 2023). Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda besin gücü, besin bulunabilirliği, besin mevcudiyeti ve besinin tadına bakılması puanlarının diğer eğitim düzeyine sahip olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Toplam 4774 kişi ile yapılan bir çalışmada hedonik açlık ile beslenme alışkanlıkları, yüksek şekerli yiyecekler ve yüksek yağlı tuzlu yiyecekler tüketimi arasında doğrusal bir korelasyon olduğu ortaya konmuştur (Yılmaz, 2023). Şarahman (2019) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların hedonik açlık durumlarının pasta, kızartma, ekmek gibi yiyeceklerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Ateş (2021) tarafından yapılan araştırmada bireylerde beslenme türü olarak sebze ve meyve ağırlıklı beslenmenin hedonik açlık düzeylerini azaltıcı etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada da beslenme türü bakımından karbonhidrat (hamur işi, şekerli yiyecekler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların diğer beslenme türüne sahip olan katılımcılara göre hedonik açlık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan bir çalışmada Hedonik açlık durumu ölçeklerde farklılık göstermiş olup uyku kalitesinin olumsuz yönden eklediği, aynı zamanda kötü uykunun bireylerin vücut ağırlıklarını etkileyip BKİ üzerinde etkisinin olduğu saptandı. Böylece BKİ, hedonik açlık durumu ve uyku kalitesi ile bir ilişkisi olabileceğini göstermiştir (Gök, 2023). Köybaşı (2020) tarafından yapılan araştırmada uyku süresinin hedonik yeme davranışlarını etkilediği belirtilmiştir (Bulut, 2023:9). Bu durumda ise BKİ değerlerinde artış meydana gelebileceği bu şekilde uyku yetersizliği, BKİ üzerine etkisi olabileceği belirtilmektedir (Kristicevicvd., 2018). Uyku düzeninin, BKİ ve hedonik açlık arasındaki ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Eren ve ark. 2023). Bu araştırmada uyku süresi bakımından

katılımcıların hedonik açlık arasında ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği ortaya çıkmıştır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

A. Sonuç

Araştırmada yetişkin bireylerde obezitenin depresyon, anksiyete ve hedonik açlık üzerindeki etkisi incelenmiştir. Farklı yaş gruplarından oluşan araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

Kilo bakımından katılımcıların; %30,5'inin 76-85 kg, %28,3'ünün ise 86-95 kg aralığında olduğu belirtilmiştir. Bel çevresi bakımından katılımcıların %29'unun bel çevresinin 91-100 cm, %21'inin 101-110 cm olduğu belirlenmiştir. Kalça bakımından katılımcıların %24,3'ünün kalça ölçüsünün 101-110 cm, %33'ünün 111-120 cm olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin; %90,3'ünün ilaç kullanmadığı, katılımcıların %64,3'ünün sigara kullanmadığı, %7,3'ünün alkol kullandığı, %65,3'ünün düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı, fiziksel aktivite olarak katılımcıların %44,3'ünü yürüyüş yaptığı, katılımcıların % 60'ünün düzenli uyku saatine sahip olduğu belirlenmiştir.

Beslenme alışkanlıklara bakımından katılımcıların %32,3'ünün et ve et ürünleri ağırlıklı, %46,8'inin karbonhidrat ve kızartma ağırlıklı, %21'inin ise sebze ve meyve ağırlıklı beslendiği belirtilmiştir. Katılımcıların %52,5'i günde 2 Ana öğün %32'si ise günde 3 ana öğün ile beslenmektedir. Katılımcıların %46,8'e ana öğünlerin yanında ara öğün ile beslendiğini belirtmiştir. Katılımcıların %19,8'i günde bir ara öğün yapmakta iken %43,5'e günde 4 ara öğün gerçekleştirmektedir. Günlük ortalama uyku süresi bakımından katılımcıların %71,8'i 4-8 saat arası, %23,3'ü ise 8 saatten fazla günlük uyku süresine sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların gece uykudan kalkıp bir şeyler yeme durumu bakımından %35,8'ini ara sıra, %11'inin ise hemen hemen her gece uykudan kalkarak bir şeyler yedikleri ifade edilmiştir.

Katılımcıların depresyon düzeyi ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde %41,8'inin minimal depresyon, %24'ünün ise şiddetli depresyon düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

Anksiyete düzeyi bakımından %37,8'inin çok hafif düzeyde anksiyete, %29,8'inin şiddetli düzeyde anksiyete düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların depresyon düzeyleri ile anksiyete düzeyi (r: ,993), besin gücü (r: ,412), besin bulunabilirliği (r: ,410), besin mevcudiyeti (r: ,322) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,406) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

Katılımcıların anksiyete düzeyleri ile besin gücü (r: ,411), besin bulunabilirliği (r: ,408), besin mevcudiyeti (r: ,319) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,407) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

Katılımcıların besin gücü ölçeği puanları ile besin bulunabilirliği (r: ,957), besin mevcudiyeti (r: ,904) ve besinin tadına bakılmasına (r: ,927) ilişkin puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler meydana geldiği belirlenmiştir.

Anksiyete, depresyon ve hedonik açlık düzeyleri puanlarında anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar LSD testi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda 1. derece obezite olan katılımcıların depresyon, anksiyete ve hedonik açlık düzeylerinin 2. ve 3. düzey obezite olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve besin gücü düzeyleri bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların besin mevcudiyeti puanlarında anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ($p > 0,05$). Buna karşılık BKI, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, besin gücü ölçeği, besin bulunabilirliği ve besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde ise erkeklerin kadınlara göre BKI, depresyon ve anksiyete düzeyleri, besin gücü, besin bulunabilirliği ve besinin tadına bakılması düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- 41-50 yaş grubundaki katılımcıların BKİ düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p \leq 0,05$),
- 41-50 yaş grubunda olanların depresyon ($p \leq 0,05$) ve anksiyete düzeylerinin ($p \leq 0,05$) daha yüksek olduğu,
- 41-50 yaş grubunda olanların besin gücü ($p \leq 0,05$), besin bulunabilirliği ($p \leq 0,05$), besin mevcudiyeti ($p \leq 0,05$) ve besnin tadına bakılması ($p \leq 0,05$) düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- BKİ ve hedonik açlık dul boşanmışlarda daha yüksek, depresyon ve anksiyete evlilerde daha yüksek çıkarken, besinin tadına bakılmasına ilişkin puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Farklılığa ilişkin grup içi karşılaştırmalar LSD testi ile yapılan karşılaştırmalar sonucunda bekar olanların besinin tadına bakılmasına ilişkin puanların daha düşük olduğu belirlenmiştir
- Üniversite mezunu olan katılımcıların BKİ düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),
- Lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda depresyon düzeyinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),
- Lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),
- Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcılarda besin gücü ($p \leq 0,05$), besin bulunabilirliğiceği ($p \leq 0,05$), besin mevcudiyeti ($p \leq 0,05$) ve besinin tadına bakılması ($p \leq 0,05$) puanlarının diğer eğitim düzeyine sahip olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Karbonhidrat (hamur işi ve şekerli besinler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların diğer beslenme türüne sahip olanlara göre BKİ puanlarının daha yüksek olduğu ($p \leq 0,05$),
- Karbonhidrat (hamur işi) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, sebze ve meyve ağırlıklı beslenen katılımcıların ise depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),

- Karbonhidrat (hamur işi ve şekerli besinler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, sebze ve meyve ağırlıklı beslenen katılımcıların ise anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$),
- Et ve et ürünleri ile karbonhidrat (hamur işi ve şekerli besinler) ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcıların besin gücü ($p \leq 0,05$), besin bulunabilirliği ($p \leq 0,05$), besin mevcudiyeti ($p \leq 0,05$) ve besinin tadına bakılması ($p \leq 0,05$) düzeylerinin sebze ve meyve ağırlıklı beslenenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Analiz sonucunda 4-8 saat arası uyku süresine sahip olan katılımcıların BKİ düzeylerinin uyku saati 8 üstünde, uyku süresine sahip olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

B. Öneriler

Günümüzde depresyon, anksiyete ve hedonik açlık gibi durumların tetikleyen faktörleri oldukça çeşitlilik gösterebilir. Bu faktörler kişiden kişiye değişebilir, ancak genel olarak şu unsurlar tetikleyici olabilir:

Stres ve Travma, Genetik Yatkınlık, Biyolojik Faktörler, Çevresel Faktörler, Madde Kullanımı, Teknoloji ve Sosyal Medya, İş Doyumu ve Yaşam Tarzı

Bu faktörlerin farkında olmak önemlidir, ancak kişisel sağlığı iyileştirmek ve bu tür sorunlardan korunmak için adımlar atabilirsiniz:

Profesyonel Yardım: Bir psikolog veya psikiyatrist gibi uzmanlardan yardım almak, duygusal zorluklarla başa çıkmada yardımcı olabilir.

Sağlıklı Yaşam Tarzı: Düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme ve yeterli uyku, zihinsel sağlığı destekleyebilir.

Sosyal Destek: Aile, arkadaşlar ve destek grupları gibi sosyal bağlantılar, duygusal destek sağlayabilir.

Stres Yönetimi: Yoga, meditasyon, derin nefes alma gibi stres azaltma tekniklerini öğrenmek faydalı olabilir.

Teknoloji Dengesi: Teknoloji kullanımını sınırlamak ve olumlu içeriklere odaklanmak, zihinsel sağlık açısından olumlu etkiler yaratabilir.

Hobiler ve Zevkler: Kişisel ilgi alanlarına vakit ayırmak ve keyif aldığımız aktiviteleri yapmak, hedonik azalmayı azaltabilir.

Olumlu Düşünce Kalıpları: Olumsuz düşünceleri tanımlamak ve değiştirmek için bilişsel davranışçı terapi tekniklerini kullanmak etkili olabilir.

Buna göre günümüzde gıdaya ulaşmanın kolaylaşması, gıda bolluğu ve lezzetli gıdaların çoğalması, lezzetli gıdaları zevk için yeme durumunu ortaya çıkarmıştır. Yemek yemek yerine zevk için yeme isteği olarak tanımlanan hedonik açlık, kilo alımını ve obeziteyi artırır. İnsanların içgüdüsel beslenme davranışlarını kontrol etmeleri, yeterli ve dengeli beslenmeleri sağlamaları, açlığa karşı hedonik maruziyete kalmalarını azaltmaları önemlidir. İnsanlar hedonik açlığın ne olduğunu öğrenerek beslenme alışkanlıklarına dikkat etmelidir. Bilinçli bir birey fiziksel ve zihinsel olarak daha sağlıklı bir hayat yaşayarak hem depresyona hem de bunun sonucunda ortaya çıkan hedonik açlığa çözüm bulabilir. Depresyondan mustarip insanlar genellikle istedikleri zevki alamazlar ve sürekli bir iç boşluk ve mutsuzluk hissi yaşarlar. Bu hedonik açlığa neden olur. Depresyon, bir kişinin günlük aktivitelerini ve zevk aldığı hobilerini yapmasını engeller. Depresyondan mustarip insanlar, özellikle eskiden zevk aldıkları faaliyetlere olan ilgilerini kaybedebilirler. Kendini değersiz veya başarısız hisseden depresif bir kişi, hedonik açlığı artırabilen bir kısır döngüye hapsolabilir. Böyle bir kısır döngüden kurtulmak için depresyon, hedonik açlık ve sonrasında oluşan obezitenin tedavisi oldukça önemlidir.

Obezite tedavisinde kişilerin stabil olması ve tedaviye düzenli ve kontrollü bir şekilde devam etmesi çok önemlidir. Bu hastalığın ortaya çıkmasında birçok faktörün ortaya çıkması tedaviyi zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle doktor, psikolog, eğitimci ve beslenme uzmanı gibi alanında uzman kişilerin desteğini almak tedaviyi olumlu yönde etkiler. Tüm bu genel bilgiler ışığında araştırmada ulaşılan bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilere yer verilebilir;

- Beslenme türüne göre karbonhidrat ve kızartma ağırlıklı beslenen katılımcılarda depresyon, anksiyete ve hedonik açlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla depresyon ve

anksiyetenin beslenme ile ilişkisinin olduğu söylenebilir. Bu bakımdan depresyon ve anksiyete gibi sorunlar yaşayan bireylerde beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesine yönelik programlar uygulanabilir.

- Eğitim düzeyine göre lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin, eğitim düzeyi ilköğretim ve ortaokul olan katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum bireylerin bilgi sahibi olma düzeyleri ile ilişkili görülebilir. Dolayısıyla katılımcılara anksiyete ve depresyon düzeyinin azaltılabilmesi bakımından eğitimlerin verilmesi faydalı olabilir.
- Araştırmada katılımcıların boy, BKİ, depresyon, anksiyete ve besin gücü düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin bulunduğu görülmüştür. Buna göre katılımcıların bedensel özellikleri ve beslenme alışkanlıkları ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi önemlidir. Beslenme ve sağlık hizmetlerinde bireylerin bu özellikleri birlikte değerlendirilerek daha etkili ve uzun süreli tedavi yöntemleri geliştirilebilir.
- Araştırmada elde edilen bulgu ve sonuçların daha genellenebilir olması ve karşılaştırılabilir olması bakımından, benzer araştırmaların farklı örneklerde yapılması faydalı olabilir

VII. KAYNAKLAR

KİTAPLAR

ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA DERNEĞİ. “**Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu**”, 8.baskı, Ankara, 2019.

TORUN, F., (2020). “**Depresyon: Bilişsel Davranışçı Terapi Işığında Kendine Yardım Kılavuzu (5. Bs)**”. Psikonet Yayınları.

TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA DERNEĞİ (TEMD). “**Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu**”. Ankara:2019.

(Çev., Prof. Dr. ERTUĞRUL KÖROĞLU). Amerikan Psikiyatri Birliği (2018). **DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı**. HYB Yayıncılık. (Orijinal eserin yayın tarihi 2013).

IRMAK, H. (2017). “**Diyetisyenler İçin Hasta İzleme Rehberi/Ağırılık Yönetimi El Kitabı**”. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No: 1081, Ankara.

MAKALELER

ARSLAN C, (2007) CEVİZ D. “Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi”. **F.Ü. Sağ Bil Dergisi**.

ASLAN N. (2018) “Kadınlarda beden kitle indeksi ile ilişkili psikososyal faktörlerin belirlenmesi”. **KOU Sag Bil Derg 2018; 4(2): 50-6**.

AYYILDIZ, F., ÜLKER, İ., & YILDIRAN, H. (2021). “Hedonik açlık ve yeme davranışı ilişkisinin farklı beden kütlelerine yansımaları”. **Beslenme ve Diyet Dergisi, 49(2), 9-17**.

- BERBEROĞLU, Z. Ve HOCAOĞLU, C. (2021). ‘‘Küresel Sağlık Sorunu ‘Obezite’: Güncel Bir Gözden Geçirme’’. **Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 8 (3), 543-552.
- BOİNG AF, SUBRAMANIAN SV. ‘‘The influence of area-level education on body mass index, waist circumference and obesity according to gender’’. **Int J Public Health** 2015; 60(6): 727-36.
- BOZKURT, O. Ve YILDIRAN, H. (2022). ‘‘Çocuk ve Adolesanlarda Hedonik Açlık İle Obezite İlişkisi’’. **Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 7 (2) , 103-110.
- BREHL, K. SETH, M. (2015). ‘Obesity Statistics’ **Prim Care Clin Office Pract.**
- CAPPELLERİ, J. C., BUSHMAKİN, A. G., GERBER, R. A., LEİDY, N. K., SEXTON, C. C., KARLSSON, J. & SURMONT, V. (2009). ‘‘Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants’’. **International Journal of Obesity**, 33(6), 611-620.
- COŞKUNSU, S (2021). ‘‘Hedonik Açlık’’, Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, **Artuklu International Journal of Health Sciences** 1 (2021) 7-11
- DAVİS C.A., LEVİTAN RD, REİD C et al.(2009). ‘‘Dopamine for ‘‘wanting’’ and opioids for ‘‘liking’’: A comparison of obese adults with and without binge eating’’ **Obesity**; 17: 17–1220
- DEMİRAY, G. YORULMAZ, F (2023), ‘‘Halk Sağlığı Bakışıyla Obezite Yönetimi’’, **Sağlık Bilimlerinde Değer** 2023; 13(1): 147-155
- EREM C, (2001) YILDIZ R, KAVGACI H, et al. ‘‘Prevalence of diabetes, obesity and hypertension in a Turkish population (Trabzon city)’’. **Diabetes Res Clin Practice**
- EREN, D., DOKUMACIOĞLU, E., & YILDIZ, N. (2023). ‘‘Beslenme Ve Diyetetik Öğrencilerinin Hedonik Açlık Durumlarının Değerlendirilmesi: Artvin Çoruh Üniversitesi Örneği’’. **Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 6(3), 15-22.

- ERGÜN, D., BABAYİĞİT, A., ÇAKICI, M. (2020), “KKTC’de Erişkin Bireylerde Anksiyete Belirtilerinin Yaygınlığı, Risk Etkenleri ve Kültürlenme Tutumları ile İlişkisinin İncelenmesi”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, **21(6)**,617-624.
- ERKOL A, KHORSHİD L. “Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi”. **İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi** **2004; 14(21): 101-7**
- GBD, (2020), “Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019”, **Lancet**, **2020; 396:1223-49**
- GÜNDÜZ, N., AKHALİL, M. & SEVGİ, E. N. (2020). “Hedonik Açlık”, **İzmir Democracy University Health Sciences Journal**, **3 (1) , 80-96.**
- GÜNEŞ G, GENÇ M, PEHLİVAN E. “Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesi’ndeki erişkin kadınlarda obezite”, **Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi** **2000; 7(1): 48-53**
- HANNE K.J.G., TANJA C., HURSEL R. (2013). “Sleep duration, sleep quality and body weight: Parallel developments” **Physiology & Behavior**, **121: 112- 116. 127.**
- HİSLİ, N. (1988). “Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma”, **Psikoloji Dergisi**, **22 (6): 118-126.**
- İŞİK E, KANBAY Y, ASLAN Ö, İŞİK K, CINAR S. (2013) “Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği”. **F.N. Hem. Derg.**
- İNER KÖKSAL Ü, ERTÜRK Z, KÖKSAL AR, ÖZSENEL EB, HARMANKAYA KAPTANOĞULLARI Ö. “What is the importance of body composition in obesity-related depression?”, **Eurasian J Med**, **2017, 49: 102-106.**
- KAYAHAN B, (2003). Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. “On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve

depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki”, **Anatolian Journal of Psychiatry**

KNUTSON K.L, VAN CAUTER E. (2008). “Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes”. **Annals of the New York Academy of Sciences, 1129: 287- 304.**

KRISTICEVIĆ T., STEFAN L., SPORIŠ G. (2018). “The associations between sleep duration and sleep quality with body-mass index in a large sample of young adults”, **Int J Environ Res Public Health, 15(4): 758.**

LAU, P. W. C., LAU, E. Y., WONG, D. P., & RANSDELL, L. (2017). “Motivational processes underlying eating regulation in Hong Kong Chinese adolescents: A self-determination perspective”, **Journal of Health Psychology, 22(1), 38-51.**

LEE, M. (2019). “Research trends in obesity & obesogenic environments in Korea “. **Nutr Res Pract 13(6):461-472.**

LOWE M. R., BUTRYN M. L. (2007). “Hedonic hunger: A new dimension of appetite?” **Physiology & Behavior, 91:432–439.**

LUPPINO FS, de WIT LM, BOUVY PF, STIJNEN T, CUIJPERS P, PENNINX BW, et al. “Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies”, **Archives of general psychiatry. 2010;67(3):220-9.**

MANASSE, S. M., ESPEL, H. M., FORMAN, E. M., RUOCCO, A. C., JUARASCIO, A. S., BUTRYN, M. L., ... & LOWE, M. R. (2015). “The independent and interacting effects of hedonic hunger and executive function on binge eating”. **Appetite, 89, 16-21.**

MARTÍN, A.R., KANAİ, M., KAMATANI, Y., OKADA, Y., NEALE, B.M., ve DALY, M.J. (2019). “Clinical Use of Current Polygenic Risk Scores May Exacerbate Health Disparities”. **Nat. Genet., 51: 584-591.**

MARTÍN-RODRÍGUEZ E, GUILLEN-GRİMA F, AUBÁ E, MARTÍ A. “Relationship between body mass index and depression in women: A

7-year prospective cohort study’’. **The APNA study. Eur Psychiatry** **2016;32:55-60**

MILANESCHI Y., HOOGENDIJK W., LIPS P., HEIJBOER A., SCHOEVERS R., VAN HEMERT A. Et al. (2014). ‘‘The association between low vitamin D and depressive disorders’’. **Molecular psychiatry, 19(4)**.

MUSETTÌ, A., CATTIVELLÌ, R., GUERRINÌ, A., MİRTO, A. M., VAILATÌ, F. R., VARALLO, G., CASTELNUOVO, G. Ve MOLINARÌ, E. (2018). ‘‘Cognitive-behavioral therapy: Current paths in the management of obesity’’, **Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications, 8, pp. 150-160**.

NAZLICAN E, (2011)Demirhindi H, Akbaba M. ‘‘Adana ili Solaklı ve Karataş Merkez, Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi’’, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**.

NEDİME, G., MELİS, A., ELİF NAZ S. (2020). ‘‘Hedonik Açlık’’ **İzmir Demokrasi Üniversitesi;3, 1, 80-96**.

ÖNEY, B. Ve ŞİŞMAN, Z. (2023). ‘‘Beslenmede Güncel Bir Yaklaşım: Yeme Farkındalığı’’, **Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7 (2), 416-427**.

ÖZKAN, İ. (1994). ‘‘Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler’’, **Düşünen Adam, 7(3): 4–9**.

PROHAN M., AMANİ R., NEMATPOUR S., et al. (2014). ‘‘Total antioxidant capacity of diet and serum, dietary antioxidant vitamins intake, and serum hs-CRP levels in relation to depression scales in university male students’’. **Redox Rep., 19:133-39**.

SCHULTES, B., ERNST, B., WILMS, B., THURNHEER, M., & HALLSCHMİD, M. (2010). ‘‘Hedonic hunger is increased in severely obese patients and is reduced after gastric bypass surgery’’, **The American Journal Of Clinical Nutrition, 92(2), 277-283**.

- SUNDERLAND M, NEWBY JM, ANDREWS G (2013) “Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability, and service use”, **Br J Psychiatry**, **202**: 56-61
- TEDİK SE. “Fazla kilo/obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü”, **Türk Diyab Obez**, **2017**, **2**: 54-62. **5. Türkiye**
- ULAŞ, B., UNCU, F. Ve ÜNER, S. (2013). “Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler”, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**: **2**: 15–22.
- ULUTAŞ AP, ATLA P, SAY ZA, SARI E. “Okul çağındaki 6-18 yaş arası obez çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması”, **ZKTB 2014**; **45(4)**: 192-6.
- ÜÇEL U.İ. (2016). “Depresyon etiyolojisi ve sitokinlerin rolü”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, **6(1)**:41-45.
- WEINBERGER NA, KERSTING A, RIEDEL-HELLER SG. “Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Obes Facts 2016**; **9(6)**:424-41.
- WEN W, (2003) GAO YT, SHU XO, et al. “Sociodemographic behavioral and reproductive factors associated with weight gain in Chinese women”. **Int J Obes Relat Metab Disord**
- WITT AA, LOWE MR. (2014). “Hedonic hunger and binge eating among women with eating disorders”. **Int J Eat Disord**; **47**: 273–280. **46**.
- WOF (World Obesity Federation), 2022, “World Obesity Atlas 2022”, **London: WOF, 2022**.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022). “WHO European Regional Obesity Report 2022”, **Geneva**
- YALÇIN M, ŞAHİN M, YALÇIN E. “Prevalence and epidemiological risk factors of obesity in Turkey”. **Middle East Journal of Family Medicine 2004**; **6(6)**.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

KAPLAN,İ.(2022), “Kadınlarda Psikolojik İyi Oluşun Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Algılar ile İlişkisi”, <https://www.tuicakademi.org/kadinlarda-psikolojik-iyi-olusun-toplumsal-cinsiyet-rollerine-iliskin-algilar-ile-iliskisi/> (Erişim Tarihi:02.08.2023)

MEDİKAL AKADEMİ (2023). <https://www.medikalakademi.com.tr/cocukluk-cagi-obeziye-arastirmasi-cosi-turkiye-sisman/> (Erişim Tarihi: 19.07.2023).

SAĞLIK BAKANLIĞI (S.B) (2023)<https://www.saglik.gov.tr/TR,22537/saglikli-beslen.html> Erişim Tarihi:19.07.2023.

World Health Organization (WHO). (2016). “Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates”. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

World Health Organization (WHO). (2023). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> (Erişim Tarihi:19.07.2023).

TEZLER

ALKAN, M. (2023). “Ergenlik Döneminde Sosyal Medya ve Dijital Oyun Bağımlılığının Anksiyete ile İlişkisinin Değerlendirilmesi”, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Yayınlanmış Uzmanlık Tezi).

ATEŞ, K. S. (2021). “Sezgisel yeme ve hedonik açlık durumunun diyet kalitesi, mental sağlık ve uyku kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

BEKTAŞLI KÖYBAŞI, G. (2020). “Bir yurttan kalan üniversiteli kız öğrencilerin uyku kalitesi, depresyon ve beslenme durumunun incelenmesi”,

(Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

BORU, B.(2018) “Obez Yetişkinlerde Beslenme Durumu ve Diyet Kalitesinin Depresyon Anksiyete ve Stres Düzeyi ile İlişkisi”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü.

BULUT, T. (2023). “Obez ve Obezite Riski Taşıyan Yetişkinlerin Sağlık İnançları İle Fiziksel Aktiviteye Katılımlarının Değerlendirilmesi”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

BUNSUZ, E (2018). “Kadınlarda bel çevresi ve beden kütle indeksi ve Beck depresyon envanteri puanlaması arasındaki ilişkinin saptanması”, (Yayınlanmış Yüksek lisans tezi) Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

BÜLBÜL, A. (2021). “Yetişkinlerde Hedonik Açlık Durumunun Sosyal Medya Bağımlılığı ve Obezite ile İlişkisinin Araştırılması”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı.

ÇELİK, E. (2019). “Obezite Nedeniyle Başvuran Bireylerin Tedavi Öncesi Ve Sonrası Anksiyete-Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi”, (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi) Aile Hekimliği Ana Bilim dalı, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.

DAĞBAKAN, S. S. (2022). “Obezite Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Anksiyete İlişkisi”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

DURMUŞÇELEBİ, E (2020). “Obezite ile Depresyon ve Benlik Saygısı Durumunun İlişkisinin Değerlendirilmesi”,(Yayınlanmış Yüksek lisans tezi) İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü.

EREN, F.A (2023). “Obezite Kliğine Başvuran Hastalarda Obezitenin Sosyal İzolasyona Etkisi ve Maliyeti: Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Bir

Bakış”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Eğitim Enstitüsü.

ERKUL, C. (2018). “Obezite ve depresyon arasındaki ilişki: Diyet polikliniğine başvuran obezite tanısı almış kişiler üzerinde bir araştırma”. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.

EROĞLU, F. (2020). “Ofis saatli ve nöbetli çalışan erkeklerin hedonik açlık düzeyleri ile beslenme durumları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi”, (Yayınlanmış Yüksek Lians Tezi) Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ERYILMAZ, Z.(2018). “Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon Benlik Saygısı Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerindeki Etkisi”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans tezi) Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü.

FİNCAN c (2023) “Epilepsi hastalarında yorgunluğun depresyon, anksiyete, uyku kalitesi ve kognitif fonksiyonlar üzerine etkisinin yaşam kalitesi ile ilişkisi”, (Yayınlanmış Yüksek Lians Tezi) Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

GENÇ, C. (2019). “Yetişkin Bireylere Dürtüselliğin Kontrolsüz Yeme Davranışı Ve Obezite İle İlişkisi” (yayınlanmış yüksek lisans tezi), Sağlık Bilimler Enstitüsü, Başkent Üniversitesi

HAYZARAN, M, (2018). ‘Üniversite Öğrencilerinin Hedonik Açlık Durumlarının Farklı Ölçekler İle Belirlenmesi’, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tez), Sağlık Bilimler Enstitüsü, Başkent Üniversitesi

KAHRAMAN, F (2022), “Acil serviste anksiyete bozukluğu tanısı breylerdeki derin nefes egzersizlerinin anksiyete düzeyine ve taburculuk süresine etkisi”, (Yayınlanmış yüksek lisans tezi) Kütahya Sağlık Bilimler Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı.

KANER G. (2013) “Hafif şişman ve şişman kadınlarda demir yetersizliği anemisi, beslenme örüntüsü ile kronik inflamasyon belirteçleri ve diyet tedavisinin etkinliğinin belirlenmesi”, (Yayınlanmış Doktora

Tezi) Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı

- KARACA, Ö. (2020). “Obezitede Atipik Depresyonun Rolü”, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi.
- KILIÇ F. (2022) “Obez Olan Ve Obez Olmayan Bireylerde Hedonik Açlık Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, (Yayınlanmış Yüksek lisans tezi) Haliç Ünversiesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü.
- ÖZKOCA, Ö. (2020). “Obez Bireylerde Yeme Tutumu, Algılanan Sosyal Destek İle Psikopatolojilerinin Değerlendirilmesi Ve Motivasyonel Süreç Yönünden İlişkisi”, (Yayınlanmış yüksek lisans tezi)Işık Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü.
- PAHALI, C. (2015). “Beden Kitle İndeksinin Anksiyete Ve Depresyon Belirtileriyle İle İlişkisi”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik psikoloji Ana Bilim Dalı
- SOBUTAY, S. (2023). “Erişkinlerde Yeme Tutumunun Yordayıcıları: Çocuklukta Onaylamayan Çevre, Dürtüsellik, Depresyon, Anksiyete Ve Psikolojik Sağlık”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- SÖNMEZ, Ö. (2018). “Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Araştırılması”, (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi) Aile Hekimliği Ana Bilim dalı, Mersin Üniversitesi.
- SUNA G. “Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yeme davranışının değerlendirilmesi”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi; 2016) Hacettepe Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı.
- ŞARAHMAN, C.(2019). “Yetişkin Bireylerin Hedonik Açlık Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi) Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı.

- ŞENGEL, K. (2021). “18-65 Yaş Aralığındaki Bireylerin Obezite Farkındalık Durumları Ve Obezite Risklerin Değerlendirilmesi”, (Yayınlanmış yüksek lisan tezi) Bahçeşehir Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,
- TURAN, İ. (2017). “Diyarbakır ili Kayapınar ilçesi Gaziler 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 19 yaş ve üzeri kişilerde obezite sıklığı, risk faktörleri ve obezite eğitimi sonrası yaşam tarzı değişikliklerinin incelenmesi”, (Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi), Dicle Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- UĞUR T. (2018) “Bir üniversite hastanesinde aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların beden kitle indeksi ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi”, (Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- ULUTÜRK, U. (2020). “Obezitede Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Uyum Bozucu Şema Eylemleri ve Psikolojik İyi Oluş; Karma Araştırma” (Yayınlanmış Doktora Tezi), Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Marmara Üniversitesi.
- UZUNALAN, N. (2020). “İstanbul'da Özel Bir Tıp Merkezin Dahiliye Polikliğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Uyku Süresi Ve Kalitesinin Obeziteye Etkisinin İncelenmesi”, (Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi) Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul Okan Üniversitesi.
- ÜNAL F.E.(2008). “Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon ve anksiyete sıklığının saptanması ve sosyodemografik faktörlerin araştırılması”, (Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi) Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

EKLER

Ek 1 Anketler

Ek 2 Etik Kurul Kararı

Ek 1 Anketler

Anketler

Sosyo-demografik sorular

1)Boy:.....cm

Bel Çevresi:.....cmKilo:.....

Kalça Çevresi:.....cm

BKİ:.....kg/m² Bel/Kalça Oranı:.....

2)Yaşınız?

3)Cinsiyetiniz?

1. Kadın 2. Erkek

4) Medeni durumunuz?

1.Evli 2.Bekar 3. Dul / Boşanmış

5) Eğitim durumunuz?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokulmezunu

5. Lise mezunu 6. Üniversite 7. Yüksek lisans 8. Doktora

6) Mesleğiniz?

1.Öğrenci 2. Ev hanımı 3. Serbest meslek 4. Esnaf

5. İşsiz 6. Memur 7. Özel sektörde ücretli 8. Emekli

9. Çiftçi 10. İşçi 11.Diğer....

7) Sosyo-ekonomik durumunuz?

1. Asgari ücret altı 2. Asgari ücret
3. Asgari ücretin 2 katı 4. Asgari ücretin 3 katından fazla

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

1. Yok 2. Diyabet 3. Hipertansiyon 4. Hiperlipidemi 5. Osteoartrit 6. Hipertiriodi
7. Hipotiriodi 8. Diğer.....

9) Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

1. Yok 2. Evet (.....)

10) Sigara kullanıyor musunuz?

1. Yok 2. Bıraktım 3. Nadiren 4. Haftada 1 paket 5. Günde 1 paket.....paket/yıl

11) Alkol tüketme alışkanlığınız var mı? (cevabınız yok ise 13. Soruya geçin)

1. Yok 2. Var

12. Cevabınız evet ise ne sıklıkta, ne miktarda ve genellikle hangi türü tercih ediyorsunuz?

.....günde/haftada/ayda.....ml.....türü.....

13. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (cevabınız yok ise 15. Soruya geçin)

1. Yok 2. Evet

14. Cevabınız evet ise, türünü, süresini ve sıklığını belirtiniz.

.....türüdakikagün/haftada

15. Uyku saatleriniz düzenli midir? (Her gün aynı saatte mi uyuyup uyanırsınız)?

1. Yok 2. Evet

16. Genellikle günde ortalama kaç saat uyursunuz?

1. 4 saatten az 2. 4-8 saat 3. 8 saatten fazla

17.Çoğunlukla ne tür beslenirsiniz?

- 1.Sebze-Meyve ağırlıklı 2.Karbonhidrat (hamur işi, şeker) ve kızartma ağırlıklı
3.Et ve et ürünleri ağırlıklı

18) Günde kaç ana öğün besleniyorsunuz?

- 1.Bir 2.İki 3.Üç 4.Üçten fazla

19) Ara öğün yapıyor musunuz, eğer yapıyorsanız kaç ara öğün yapıyorsunuz?

- 1.Yok 2.Evet

(.....)

20). Gece uykudan kalkıp bir şeyler yer misiniz?

1. Hiç yapmadım/yapmam
2. Arada sırada yaparım
3. Hemen hemen her gece yaparım

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

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

2- 0. 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 gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi Toplam

- Minimal depresyon 0-9
- Hafif depresyon 10-16
- Orta depresyon 17-29
- Şiddetli depresyon 30-63

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

2. Sıcak/ ateş basmaları

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

3. Bacaklarda halsizlik, titreme

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

4. Gevşeyememe

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

5.Çok kötü şeyler olacak korkusu

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

6.Baş dönmesi veya sersemlik

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

7.Kalp çarpıntısı

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

8.Dengeyi kaybetme duygusu

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım

9.Dehşete kapılma

Hiç

Hafif düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi düzeyde (Dayanmakta zorlandım

10.Sinirlilik

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım

11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım

12.Ellerde titreme

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım

13.Titreklik

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

14.Kontrolü kaybetme korkusu

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

15.Nefes almada güçlük

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

16.Ölüm korkusu

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

17.Korkuya kapılma

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

19.Baygınlık

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

20.Yüzün kızarması

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım)

21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)

Hiç

Hafif Düzeyde (Beni etkilemedi)

Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)

Ciddi Düzeyde (Dayanmakta zorlandım

BAÖ den ulaşılan toplam puana göre anksiyete düzeyi dört sınıfta değerlendirilir:

0-7 puan: Çok hafif düzeyde anksiyete belirtileri,

8-15 puan: Hafif düzeyde anksiyete belirtileri,

16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete belirtileri,

26-63 puan: Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri

Besin Gücü Ölçeği

1- Fiziksel olarak aç olmadığım zamanlarda bile kendimi yiyecek düşünürken buluyorum

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

2- Yemek yemek, başka bir şey yapmaktan daha çok zevk veriyor.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

3- Sevdiğim bir yemeği gördüğüm ya da kokusunu aldığım zaman, biraz yemek için güçlü bir dürtü hissedirim.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

4- Bulduğum ortamda sevdiğim yağlı/şişmanlatıcı yiyecekler varsa, Kendimi tatlarına Bakmak için durdurmakta zorlanıyorum.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

5- Besinlerin üzerimdeki gücünü düşünmek oldukça korkutucu.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

6- Lezzetli bir yemeğin hazırda var olduğunu bildiğimde, onu yeme konusunda kendime engel olamıyorum

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

7- Bazı besinlerin tadını o kadar çok seviyorum ki, benim için zararlı olduklarını bilsem bile onları yemeyi bırakamıyorum.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

8- Çok sevdiğim bir besini tatmadan önce, o besinle ilgili yoğun bir beklenti içerisine giriyorum.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

9- Lezzetli bir yemek yediğimde, tadınınne kadar iyi olduğuna çok odaklanıyorum.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

10- Bazı zamanlarda, günlük aktiviteler yaparken, ‘aniden’ yemek yeme isteği duyuyorum (belirgin bir sebep yok iken).

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

11-Diğer insanlara göre yemek yemekten daha fazla zevk aldığımı düşünüyorum.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

12-Biri bana çok güzel bir yemeği tarif ettiğinde, bir şeyler yeme isteğiduyuyorum.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

13-Aklımmın sürekli Yemekle meşgul olduğumu düşünüyorum.

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

Fikrim yok

Katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum

14-Yediğim besinlerin mümkün olduğunca lezzetli olması benim için çok önemlidir

Kesinlikle katılmıyorum

Katılmıyorum

- Fikrim yok
- Katılıyorum
- Kesinlikle katılıyorum

15-Çok sevdiğim bir besini yemeden önce, ağzımın sulandığını hissediyorum.

- Kesinlikle katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Fikrim yok
- Katılıyorum
- Kesinlikle katılıyorum

Ek 2 Etik Kurul Kararı

Etik Kurul



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Sayı : B.30.2.AYD.0.00.00-050.06.04/55
Konu : Karar hk.

14.03.2022

Sayın, Prof. Dr. Haydar ÖZPİLLAR

İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **14.03.2022** tarihinde yapılan olağan toplantısında danışmanlığını yürüttüğünüz "Sibel Çevik" isimli öğrencinize ait "Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Anksiyete ve Hedonik Açlık Üzerindeki Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmanız ile ilgili alınan **2022/55** no'lu karar gereği; başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenerek etik yönden oy birliğiyle uygun bulunmuş olup tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. [Redacted]
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Sibel ÇEVİK BAŞDUVAR

ÖĞRENİM DURUMU

Önlisans: 2016, T.C Dicle Üniversitesi Gıda Teknikerliği

Lisans: 2019, T.C İstanbul Esenyurt Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi,
Beslenme ve Diyetetik

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER

Esenyurt N.K Devlet Hastanesi -(Şubat 2019 - Haziran 2019)

Dyt. Sibel Çevik Beslenme Eğitimi ve Diyet Merkezi -(Eylül 2019-Halen)

TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER

Başduvar Çevik, S., Özpınar, H. (2023). The Effect of Obesity on Depression, Anxiety and Hedonic Hunger in Adult Individuals. International Journal of Original Educational Research