TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA İL MERKEZİNDE İKİ FARKLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18-64 YAŞINDAKİ BİREYLERİN DEPRESYON İLE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN ARACILIK ROLÜNÜN İNCELENMESİ

Dr. Seher ÇAYAR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Cemal KOÇAK

ANKARA
2026

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA İL MERKEZİNDE İKİ FARKLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18-64 YAŞINDAKİ BİREYLERİN DEPRESYON İLE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN ARACILIK ROLÜNÜN İNCELENMESİ

Dr. Seher ÇAYAR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Cemal KOÇAK

ANKARA
2026

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

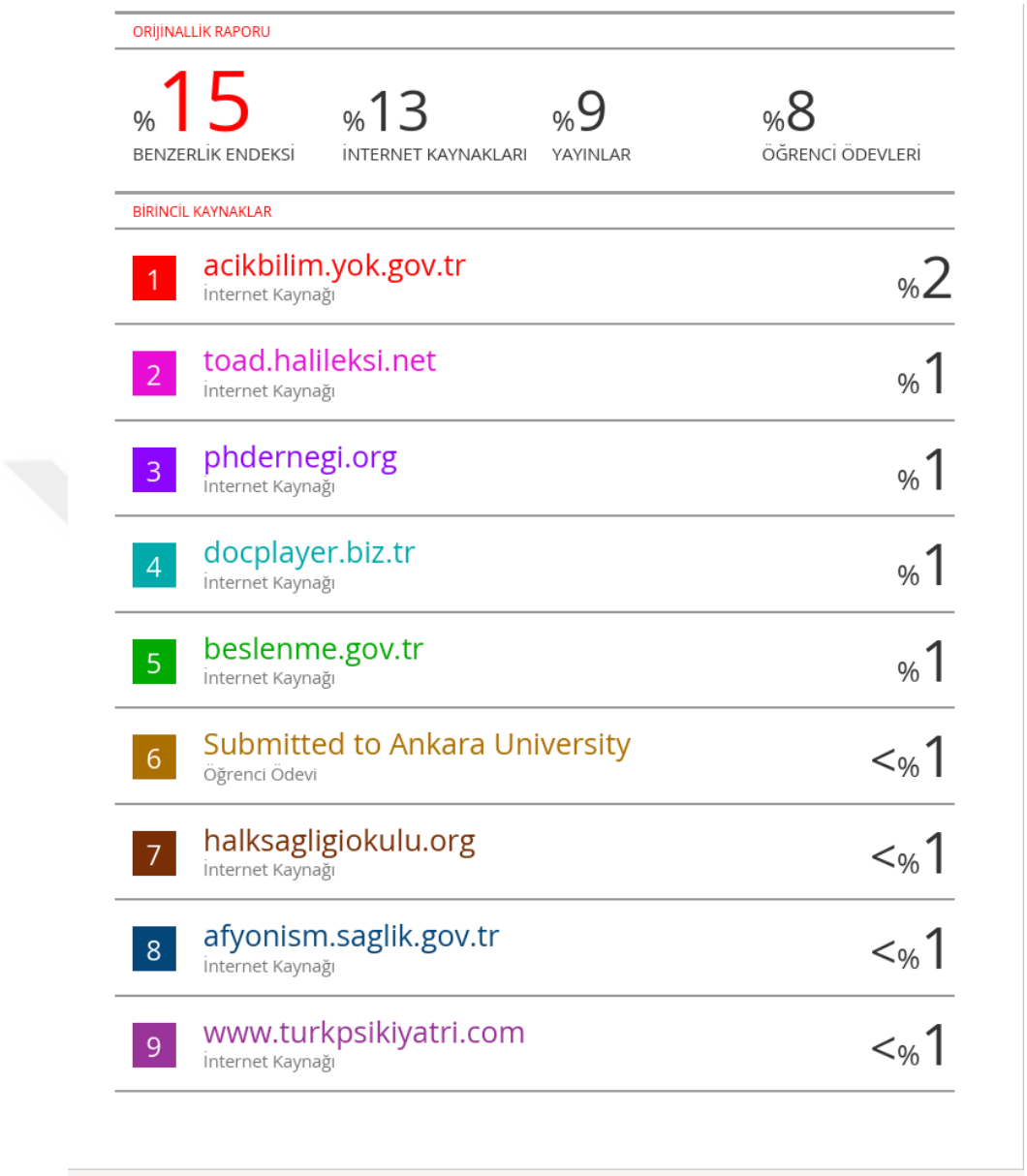
Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Ankara İl Merkezinde İki Farklı Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-64 Yaşındaki Bireylerin Depresyon ile Obezite Arasındaki İlişkide Duygusal Yeme Davranışı ve Fiziksel Aktivitenin Aracılık Rolünün İncelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 23.06.2025 tarihinde, İ06-504-25 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Seher ÇAYAR
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU



ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%13	%9	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
3	phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
5	beslenme.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<%1
7	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1
8	afyonism.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<%1

KABUL ONAY SAYFASI

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Tez Adı	Ankara İl Merkezinde İki Farklı Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-64 Yaşındaki Bireylerin Depresyon ile Obezite Arasındaki İlişkide Duygusal Yeme Davranışı ve Fiziksel Aktivitenin Aracılık Rolünün İncelenmesi
Uzmanlık Öğrencisi Adı Soyadı	SEHER ÇAYAR
Eğitim Kurumu	ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
Tez Savunması Tarihi	29.04.2026
1.Jüri üyesi değerlendirmesi	(X) BAŞARILI (.....) BAŞARISIZ — Tez değerlendirme formu eklenecek
2.Jüri üyesi değerlendirmesi	(X) BAŞARILI (.....) BAŞARISIZ — Tez değerlendirme formu eklenecek
3.Jüri üyesi değerlendirmesi	(X) BAŞARILI (.....) BAŞARISIZ — Tez değerlendirme formu eklenecek
Tez Savunmasının Sınav Sonucu	(X) BAŞARILI (.....) BAŞARISIZ

*Karar oy çokluğuna göre alınır.

1.JÜRİ ÜYESİ ADI SOYADI	2.JÜRİ ÜYESİ ADI SOYADI	3.JÜRİ ÜYESİ ADI SOYADI
PROF. DR. DENİZ ODABAŞ	PROF. DR. MİJESIN OCAKTAN	DOÇ. DR. CEMAL KOCAK

ÖNSÖZ

Obezite ve depresyon, günümüzde hem küresel hem de ulusal düzeyde giderek artan yükü nedeniyle halk sağlığının öncelikli sorunları arasında yer almaktadır. Bu araştırma, Ankara il merkezinde sosyoekonomik açıdan farklı iki ilçede aile sağlığı merkezine kayıtlı 18–64 yaş bireylerde depresyon, obezite ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmada ayrıca Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanı ile depresif belirtilerin, beden kütle indeksi (BKİ) üzerindeki etkisinde duygusal yeme ve fiziksel aktivitenin aracılık (mediatör) rolü incelenmiştir. Araştırma, depresyon ve obezite ilişkisinin daha iyi anlaşılması için literatüre ve ileride uygulanabilecek müdahale çalışmalarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca her aşamada yol gösteren bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan, katkılarını esirgemeyen kıymetli danışmanım Sayın Doç. Dr. Cemal KOÇAK'a teşekkür ederim.

Araştırmanın veri toplama sürecinin sorunsuz ilerleyebilmesi için bana kapılarını açan Çankaya Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Mamak Boğaziçi Aile Sağlığı Merkezi'nin değerli çalışanlarına ve zaman ayırarak anketleri doldurmayı kabul eden tüm gönüllü katılımcılara da ayrıca teşekkür ederim.

Hayat boyu karşılaştığım tüm zorluklarda yanımda olan, desteklerini esirgemeyen kıymetli annem Gülsemin ÇAYAR'a ve babam Mehmet Zeki ÇAYAR'a; her ihtiyaç duyduğumda sabır ve anlayışlarıyla güç veren canım abim Muhammed Emin ÇAYAR'a ve eşi Semanur ÇAYAR'a; en büyük neşe kaynağım olan sevgili yeğenlerim Nisanur ÇAYAR ve Setenay ÇAYAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm değerli hocalarına, Prof. Dr. Deniz ODABAŞ, Prof. Dr. Mine Esin OCAKTAN, Dr. Öğr. Üyesi Burak KURT ve Öğr. Gör. Dr. Eray ÖNTAŞ'a teşekkür ederim.

Dr. Seher ÇAYAR

Ankara, 2026

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar viii
Şekiller Dizini ix
Tablolar Dizini x

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 3
3. GİRİŞ VE AMAÇ 5
4. GENEL BİLGİLER 7
4.1. Obezite 7
4.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması 7
4.1.2. Obezitenin ve Fazla Kiloluğun Epidemiyolojisi 8
4.1.3. Obezitenin Etyolojisi 10
4.1.4. Obezitenin Sağlık Sonuçları 11
4.2. Depresyon 13
4.2.1. Depresyonun Tanımı ve Sınıflandırılması 13
4.2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi 14
4.2.3. Depresyonun Risk Faktörleri 15
4.3. Depresyon ve Obezite Arasındaki İlişki 16
4.4. Duygusal Yeme Davranışının Aracı Etkisi 18
4.5. Fiziksel Aktivitenin Aracı Etkisi 18
4.6. Aracılık (Mediatör) Analizi Yaklaşımı 20
4.7. Depresyonun ve Obezitenin Yönetimi 21
4.7.1. Depresyonun Yönetimi 21
4.7.2. Obezitenin Yönetimi 22
5. GEREÇ VE YÖNTEM 26
5.1. Araştırmanın Tipi 26
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 26
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 26
5.4. Araştırmanın Hipotezleri 27
5.5. Araştırmanın Değişkenleri 28

5.6. Araştırma Verilerinin Toplanması **29**
5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları **30**
5.8. Araştırma Verilerinin Analizi **32**
5.8.1. Sınıflama, Terim ve Kriterler **33**
5.9. İzinler ve Etik İlkeler **34**
6. BULGULAR **35**
6.1. Tanımlayıcı Bulgular **35**
6.2. Aile Sağlığı Merkezleri Arasında Ölçek Puanlarının ve Bazı Sayısal Değişkenlerin Karşılaştırılması **39**
6.3. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri Gruplarına Göre Karşılaştırılması **39**
6.4. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri Puanlarına Göre Karşılaştırılması **43**
6.5. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması **47**
6.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksine Göre Karşılaştırılması **51**
6.7. Değişkenler Arasındaki Korelasyon İlişkisi **55**
6.8. Katılımcıların Beden Kütle İndeksine Göre Obez Olma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi **57**
6.9. Katılımcıların Beck Depresyon Envanterine Göre 17 ve Üzeri (Orta ve Şiddetli) Puan Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi **58**
6.10. Mediatör (Aracılık) Analizine Ait Bulgular **59**
7. TARTIŞMA **62**
7.1. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışması **62**
7.2. Depresyona Yatkınlığı Belirleyen Faktörlerin Tartışması **65**
7.3. Obeziteyi Belirleyen Faktörlerin Tartışması **70**
7.4. Depresyon ve Obezite İlişkisinde Duygusal Yemenin ve Fiziksel Aktivitenin Aracı (Mediatör) Rolünün Tartışması **76**
7.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları **78**
8. SONUÇ VE ÖNERİLER **80**
8.1. Sonuç **80**
8.2. Öneriler **82**
9. KAYNAKLAR **85**
10. EKLER **97**
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu **97**
Ek 2. Veri Toplama Formu **98**
Ek 3. Kurum İzinleri **106**
Ek 4. Ölçek kullanım izinleri **108**

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BDE : Beck Depresyon Envanteri

BKİ : Beden Kütle İndeksi

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)

CIDI : Composite International Diagnostic Interview (Bileşik Uluslararası Tanı Görüşmesi)

DEBQ : Dutch Eating Behavior Questionnaire (Hollanda Yeme Davranışı Anketi)

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GA : Güven Aralığı

GPAQ : Global Physical Activity Questionnaire (Küresel Fiziksel Aktivite Anketi)

HPA : Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (Eksen)

ICD-11 : International Classification of Diseases, 11th Revision (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, 11. Revizyon)

kg/m^2 : Kilogram bölü metre kare (BKİ birimi)

MET : Metabolic Equivalent of Task (Metabolik Eşdeğer)

MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)

n : Birey sayısı

OR : Odds Ratio (Tahmini Rölatif Risk)

p : İstatistiksel anlamlılık düzeyi

PHQ-8 : Patient Health Questionnaire-8 (Hasta Sağlığı Anketi-8)

r : Korelasyon katsayısı

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SS : Standart Sapma

TBSA : Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TURDEP : Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışması

UHC : Universal Health Coverage (Evrensel Sağlık Kapsamı)

$\bar{X}$: Aritmetik ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Depresyon ve obezite ilişkisinde olası aracıların kavramsal şeması 20
Şekil 6.1. Öğrenim Durumuna Göre Beck Depresyon Envanteri Gruplarının Dağılımı 41
Şekil 6.2. Aylık hane gelir gruplarına göre Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlarının dağılımı 45
Şekil 6.3. Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre BKİ Gruplarının Dağılımı 50
Şekil 6.4. Cinsiyete göre beden kütle indeksi dağılımı 52
Şekil 6.5. Yaş gruplarına göre BKİ dağılımı 53
Şekil 6.6. Öğrenim durumuna göre BKİ dağılımı 53
Şekil 6.7. BDE puanı ile BKİ Arasındaki Korelasyonun Saçılım Grafiği 56
Şekil 6.8. BKİ ve Duygusal Yeme Puanının Korelasyon Saçılım Grafiği 57
Şekil 6.9. Depresyon–BKİ ilişkisinde duygusal yeme ve fiziksel aktivitenin paralel aracılık modelinin şematik gösterimi 60

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. DSÖ Beden kütle indeksine göre (kg/m2) obezite sınıflaması 7
Tablo 4.2. Yetişkinlerde bel çevresi ölçümünün değerlendirilmesi 8
Tablo 4.3. Obezite sonrası gelişen komplikasyonlar 12
Tablo 4.4. Duygudurum Bozukluklarının Tanısı ile İlgili ICD-11 ve DSM-5 Arasındaki Bazı Temel Farklar 14
Tablo 4.5. Depresyon ve obezite ilişkisinde aracı mekanizmaların işleyişi 20
Tablo 5.1. DSÖ Beden kütle indeksine göre (kg/m2) obezite sınıflaması 34
Tablo 6.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Aile Sağlığı Merkezine Göre Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması 36
Tablo 6.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Aile Sağlığı Merkezine Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması 38
Tablo 6.3. Aile Sağlığı Merkezleri Arasında Ölçek Puanlarının ve Bazı Sayısal Değişkenlerin Karşılaştırılması 39
Tablo 6.4. Sosyodemografik Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Gruplarına Göre Karşılaştırılması 40
Tablo 6.5. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Gruplarına Göre Karşılaştırılması 42
Tablo 6.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Gruplarına Göre Karşılaştırılması 43
Tablo 6.7. Sosyodemografik Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puanlarına Göre Karşılaştırılması 44
Tablo 6.8. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puanlarına Göre Karşılaştırılması 46
Tablo 6.9. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puanlarına Göre Karşılaştırılması 47
Tablo 6.10. Sosyodemografik Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması 48
Tablo 6.11. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması 49
Tablo 6.12. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması 51
Tablo 6.13. Sosyodemografik Özelliklerin Beden Kütle İndeksine Göre Karşılaştırılması 52
Tablo 6.14. Tanımlayıcı Özelliklerin BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması 54
Tablo 6.15. Tanımlayıcı Özelliklerin BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması 55
Tablo 6.16. Değişkenler Arasındaki Korelasyon İlişkisi 56
Tablo 6.17. Katılımcıların Beden Kütle İndeksine Göre Obez Olma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi 58

Tablo 6.18. Katılımcıların Beck Depresyon Envanterine Göre 17 ve Üzeri Puan Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi 59
Tablo 6.19. Mediatör Analizine Ait Bulgular 61
Tablo 6.20. Bootstrap Analizine Ait Bulgular 61
Tablo 6.21. Bootstrap Analizine Ait Bulgular - 2 61

1. ÖZET

Amaç: Depresyon ve obezite, pek çok faktörden etkilenebilen iki önemli halk sağlığı sorunudur. Bu araştırmada, Ankara il merkezinde iki farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18–64 yaş bireylerde depresyon ile obezite arasındaki ilişki; bu ilişkide duygusal yeme ve fiziksel aktivitenin aracı rolleri ile depresyon ve obeziteyi belirleyen sosyodemografik ve yaşam tarzı faktörleri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel tipte olup Temmuz–Ekim 2025 döneminde, Çankaya Çayyolu Eğitim ASM ve Mamak Mehmetçik Eğitim ASM'de yürütülmüştür. Evrenini 16.061 kayıtlı bireyin oluşturduğu çalışmaya, %5 hata payı ve %50 bilinmeyen sıklıkla hesaplanan 376 kişilik örneklem temel alınarak 379 gönüllü katılımcı alınmıştır. Veriler; araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Hollanda Yeme Davranışı Anketi–Duygusal Yeme alt ölçeği (DEBQ) ve Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ) ile toplanmıştır. Beyana dayalı boy-kilo bilgilerinden BKİ hesaplanmış ve DSÖ sınıflamasına göre gruplandırılmıştır. Veriler SPSS 30.0 programında tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testleri, parametrik/nonparametrik karşılaştırmalar, çok değişkenli lineer ve lojistik regresyon analizleri ve Hayes PROCESS macro Model 4 ile bootstrap temelli aracılık analizleri kullanılarak değerlendirilmiş; anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 39,1±12,3 olup %59,6'sı kadın, %63,3'ü evli, %69,4'ü önlisans ve üzeri mezundur. BKİ'ye göre bireylerin %39,1'i fazla kilolu, %24,5'i obez grubundadır. BDE puan ortalaması 10,5 olup hafif depresyon düzeyi ile uyumludur. BDE puanı 'orta-şiddetli' grubunda (≥17) yer alan katılımcılar %18,2'dir. GPAQ'a göre bireylerin %74,1'i fiziksel olarak aktif kabul edilmiştir.

BKİ ortalaması; erkeklerde kadınlara göre (28,7'ye karşı 26,3), kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre (28,9'a karşı 26,5), evlilerde bekâr ve boşanmış/dul olanlara göre (sırasıyla 28,0; 26,2 ;25,9) daha yüksek bulunmuştur. Obez olma durumu erkeklerde kadınlara göre 2,8 kat (%95GA: 1,58–4,98; $p<0,001$), psikiyatrik tanısı olanlarda, olmayanlara göre yaklaşık 3,5 kat (%95GA: 1,40–8,38; $p=0,007$), hanesinde fazla kilolu/obez birey bulunanlarda, bulunmayanlara göre 4 kat (%95GA: 2,23–7,38; $p<0,001$) daha yüksek görülmüştür. Önlisans ve üzeri mezunu olmak, ortaokul ve altı mezunu olmaya göre (OR=0,31; %95GA: 0,14–0,68; $p=0,003$), kendi sağlık durumunu "iyi/çok iyi" olarak değerlendirmek, "çok kötü/kötü/orta"

olarak algılamaya kıyasla (OR=0,31; %95GA: 0,18–0,55; p<0,001) obez olma durumundan koruyucu bulunmuştur.

BDE puan ortalaması ortaokul ve altı mezunu olanlarda ön lisans ve üzeri mezunu olanlara göre (13,4 karşı 9,4), çalışmayan bireylerde çalışanlara göre (11,5 karşı 9,8) yüksek saptanmıştır. Depresyona yatkın olma açısından (BDE ≥ 17 puan), 85.001–170.000 TL (OR=0,23; %95GA: 0,08–0,63; p=0,004) ile 170.000 TL ve üzeri gelirin (OR=0,11; %95GA: 0,02–0,58; p=0,009), 26.000 TL altı gelire göre, kendi sağlık durumunu "iyi/çok iyi" olarak değerlendirenlerin, "çok kötü/kötü/orta" olarak algılayanlara göre (OR=0,27; %95GA: 0,15–0,51; p<0,001) ve günlük 7 saat uyuyanların, 6 saatten az uyuyanlara göre (OR=0,28; %95GA: 0,09–0,86; p=0,027) koruyucu olduğu görülmüştür.

Aracılık analizinde, depresyon-BKİ ilişkisinde duygusal yemenin dolaylı aracı etkisinin olduğu; fiziksel aktivitenin ise tüm modelde tutarlı bir aracı etki oluşturmadığı bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma, çalışmanın yapıldığı bölgelerde fazla kilolu ve obez birey sıklığının yüksek olduğunu, duygusal yemenin depresyon–obezite ilişkisinde aracı bir rolü olduğunu ortaya koymuştur. Obezite ve depresyonla mücadelede sadece kilo kontrolüne odaklanan yaklaşımlar yerine, duygusal yeme ve fiziksel aktiviteyi hedefleyen, psikolojik destek ve yaşam tarzı müdahalelerini bütüncül biçimde ele alan birinci basamak temelli programların geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, beden kütle indeksi, obezite, duygusal yeme, fiziksel aktivite, aracı değişken, aracılık analizi, aile sağlığı merkezi

2. ABSTRACT

Aim: Depression and obesity are two major public health problems influenced by multiple factors. This study examined the association between depression and obesity among individuals aged 18–64 years attending two different family health centers in central Ankara, along with the mediating roles of emotional eating and physical activity in this association, and the sociodemographic and lifestyle determinants of depression and obesity.

Materials and Methods: This study was conducted between July and October 2025 at Çankaya Çayyolu and Mamak Mehmetçik Training Family Health Centers. From a target population of 16,061 registered individuals, a sample size of 376 was calculated (5% margin of error, 50% assumed prevalence), and 379 volunteers were enrolled. Data were collected using a researcher-developed questionnaire, the Beck Depression Inventory (BDI), the Emotional Eating subscale of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), and the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Body mass index (BMI) was calculated from self-reported height and weight and classified according to WHO criteria. Analyses were performed in SPSS 30.0 using descriptive statistics, chi-square tests, parametric/non-parametric comparisons, multivariate linear and logistic regression, and bootstrap-based mediation analyses via Hayes' PROCESS macro (Model 4). Significance was set at $p < 0.05$.

Results: The mean age of participants was 39.1 ± 12.3 years; 59.6% were women, 63.3% were married, and 69.4% held an associate's degree or higher. According to BMI classification, 39.1% of participants were overweight, and 24.5% were obese. The mean BDI score was 10.5, consistent with mild depression, and 18.2% of participants scored in the "moderate-to-severe" range (≥17). According to GPAQ results, 74.1% of individuals were classified as physically active.

Mean BMI was higher in men than in women (28.7 vs. 26.3), in those with chronic disease compared with those without (28.9 vs. 26.5), and in married individuals compared with single and divorced/widowed individuals (28.0, 26.2, and 25.9, respectively). The likelihood of being obese was 2.80-fold higher in men than in women (95%CI: 1.58–4.98; $p < 0.001$), approximately 3.50-fold higher in individuals with a psychiatric diagnosis compared with those without (95% CI: 1.40–8.38; $p = 0.007$), and 3.98-fold higher in those with an overweight/obese household member compared with those without (95% CI: 2.23–7.38; $p < 0.001$). Holding an associate's degree or higher, compared with having completed middle school or below (OR =

0.31; 95% CI: 0.14–0.68; p = 0.003), and rating one's own health as "good/very good" compared with "very poor/poor/moderate" (OR = 0.31; 95% CI: 0.18–0.55; p <0.001) were found to be protective against obesity.

Mean BDI scores were higher among individuals with a middle school education or below compared with those holding an associate's degree or higher (13.4 vs. 9.4), and among unemployed individuals compared with those who were employed (11.5 vs. 9.8). Regarding the presence of depression (BDI ≥ 17), incomes of 85,001–170,000 TL (OR = 0.23; 95% CI: 0.08–0.63; p = 0.004) and ≥170,000 TL (OR = 0.11; 95% CI: 0.02–0.58; p = 0.009), compared with incomes below 26,000 TL; self-rated health of "good/very good" compared with "very poor/poor/moderate" (OR = 0.27; 95% CI: 0.15–0.51; p <0.001); and sleeping 7 hours per day compared with less than 6 hours (OR = 0.28; 95% CI: 0.09–0.86; p = 0.027) were identified as protective factors.

Mediation analysis revealed that emotional eating exerted a significant indirect mediating effect on the relationship between depression and BMI, whereas physical activity did not demonstrate a consistent mediating effect across the overall model.

Conclusion: This study demonstrated a high prevalence of overweight and obesity in the community and highlighted the mediating role of emotional eating—particularly in the depression–obesity relationship. Rather than approaches focused solely on weight control, the development of primary care-based programs that target emotional eating and physical activity and that integrate psychological support with lifestyle interventions in a holistic manner is recommended for combating obesity and depression.

Keywords: Depression, body mass index, obesity, emotional eating, physical activity, mediator variable, mediation analysis, family health center

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hem obezite hem de depresyon, dünya genelinde sıklığı giderek artan, bireysel ve toplumsal düzeyde önemli sonuçlara yol açan halk sağlığı sorunlarıdır (1,2).

Obezitenin prevalansı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, bütün yaş ve sosyoekonomik gruplarda giderek artmaktadır (1). Türkiye'de de obezite prevalansı yetişkinlerde ve çocuklarda yıllar içinde artış göstermektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017 yılı verilerinde 19 yaş ve üzeri toplam nüfusta obezite %34,1; kadınlarda %42,6, erkeklerde ise %26,3 olduğu saptanmıştır (3). Araştırmalar, obezitenin özellikle kadınlar arasında daha yaygın olduğunu, ancak son yıllarda erkeklerdeki artışın daha fazla olduğunu göstermektedir. Eğilimlere bakıldığında; kadınlarda obezite artış hızında bir miktar azalma izlenirken, erkeklerdeki obezite hızı artmaktadır. Geleceğe yönelik tahminlere bakıldığında, 2035 yılında Türkiye'de erişkin obezite sıklığının %55 olması beklenmektedir. Bu, önümüzdeki yıllarda ülkede her iki yetişkinden birinin obez olacağı anlamına gelmektedir (4).

Obezite; tip 2 diyabet ve kalp hastalığı riskini artırabilir, kemik sağlığını ve üremeyi etkileyebilir, bazı kanserlerle bağlantılı olabilir (1,5). Obezite, sadece kardiyolojik ve metabolik hastalıklar için bir risk faktörü olmakla kalmamakta, aynı zamanda yaşam kalitesini düşüren çeşitli psikiyatrik bozukluklarla da ilişkilendirilmektedir (6). Obezite için risk oluşturan, sorunun ortaya çıkışına ve sürdürülmesine yol açan biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel etkenler bulunmaktadır. Sorun, bu faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmakta ve sürmektedir (7).

Depresyon ise yaygınlığı, iş gücü kaybı ve eşlik eden kronik hastalıklarla birlikte seyrinin ağırlaşması nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık karşılaşılan ruhsal bir bozukluktur. DSÖ verilerine göre dünya genelinde, yetişkin nüfusta depresif bozukluk prevalansının %5 düzeyinde olduğu bildirilmekte, kadınlarda (%5,1), erkeklere (%3,6) kıyasla belirgin biçimde daha yüksek olduğu vurgulamaktadır (8). Türkiye' de ise 2023 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması-2'ye göre depresif bozukluğun hayat boyu yaygınlığı kadınlarda %13,1, erkeklerde %6,8, toplamda %10,4 olarak belirlenmiştir (9). Depresyon; sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklanır (10).

Depresyon ve obezite varlığı sadece işlev kaybına yol açmakla kalmamakta, aynı zamanda birbirlerini de etkileyebilmektedir; depresyon obezite riskini artırabilir ve obezite de

depresyonu tetikleyebilir (11). Nitekim yapılan meta-analiz çalışmaları, obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin iki yönlü ve karmaşık olduğunu göstermektedir (12,13). Bu durumun altında yatan mekanizmalar ve koşullar hakkında daha iyi bilgi sahibi olmak, ilişkinin karmaşıklığını anlamak için önemlidir.

Depresyon ve obezite arasındaki ilişkiyi açıklamak için çeşitli mekanizmalar önerilmiş, yeme davranışları (örneğin; duygusal yeme, tıkınırcasına yeme) ve fiziksel aktivite düzeyi gibi yaşam tarzı faktörleri olası aracı değişkenler olarak düşünülmüştür (11). Bu iki durum arasındaki ilişkiyi açıklamak için, çeşitli psikolojik ve davranışsal mekanizmalar ortaya atılmış olsa da bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Depresyon ve obezite ilişkisine dair çok sayıda çalışma bulunmasına karşın, bu ilişkiye etki eden yeme davranışı ve fiziksel aktivite gibi değişkenlerin aynı yapısal model içinde test edildiği araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bu yönleriyle araştırma, hem metodolojik yaklaşımı hem de ele aldığı değişken kombinasyonu açısından, depresyon-obezite ilişkisinin daha derinlemesine anlaşılmasına olanak tanıyacaktır**.** Depresyon ve obezite arasındaki ilişkiye temel oluşturan mekanizmalar ile bu ilişkinin ortaya çıktığı koşullar hakkında bilgi sahibi olmak, söz konusu ilişkinin karmaşık yapısını anlamak, elde edilecek bulguların psikolojik destek ile yaşam tarzı müdahalelerinin bütüncül bir yaklaşımla planlanmasına katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın amaçları; Ankara il merkezinde iki farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18-64 yaşındaki bireylerin, depresyon (Beck Depresyon Envanteri'ne göre) ile obez olma durumu arasındaki ilişkiyi, bu ilişkide duygusal yeme davranışı ve fiziksel aktivitenin aracılık rolünü ve depresyon-obezite ilişkisinde belirleyici olabilecek faktörleri değerlendirmektir. Ayrıca bu konuya yönelik yapılacak çalışmalar ve geliştirilecek stratejiler için literatüre katkı sağlamak hedeflenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Obezite

4.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fazla kilo ve obeziteyi, sağlık için risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (1). Obeziteden şüphelenmek için inspeksiyon yeterli görünmekle birlikte, her hastanın beden kütle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümü ile değerlendirilmesi gereklidir. Obeziteyi belirlemek için DSÖ'nün obezite sınıflandırması kullanılmakta ve genellikle BKİ esas alınmaktadır. Kişilerin 'BKİ' si kilogram olarak vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır (kg/m²). Beden kütle indeksi 25'in üzerindeki bireyleri fazla kilolu, 30'un üzerinde ise obez olarak kabul etmektedir. Obezite terminolojisinde geleneksel olarak jinoid (kadın, elma tipi) ve android (erkek, santral, armut tipi) obezite tanımlamaları kullanılmaktadır (1,14). BKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. DSÖ Beden kütle indeksine göre (kg/m2) obezite sınıflaması (15)

Sınıflama	(Kg/m^2)
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kilolu	25-29,9
Obez	≥30
Evre 1	30-34,9
Evre 2	35-39,9
Evre 3 (Morbid)	≥40

BKİ kesim değerleri, öncelikle Avrupa kökenli popülasyonlarda mortalite ve hastalık riskine ilişkin verilere dayanmaktadır. Etnik özelliklere bağlı olarak BKİ ile vücut yağ yüzdesi arasındaki ilişki farklılık gösterebilmekte; bu nedenle DSÖ, Asyalılar için sağlıklı BKİ sınırını 23 kg/m², obezite eşiğini ise 25 kg/m² olarak kabul etmektedir (4). Beden kütle indeksi obezitenin tanısı ve vücut yağ dağılımının ortaya konması için her zaman iyi bir gösterge olmayabilir. Özellikle sporcu ve kas dokusu gelişmiş kişilerde yüksek BKİ değerleri olmasına rağmen yağ dokusu artmamış olabilir. Öte yandan zayıf, çelimsiz gibi gözüken ve BKİ değerleri normal gibi gözüken kişilerin visseral obeziteleri olabilir. Bu kişiler metabolik ve

kardiyovasküler açıdan riskli olmasına rağmen gözden kaçabilir. Bu nedenlerle obezitenin tespiti için tek başına değerlerini değil, aynı zamanda bel çevresi ölçümlerini de kullanmak gereklidir. BKİ ölçümü kadınlar ve erkekler için ayrı risk tahminlerine olanak tanımazken, bel çevresi ile kadınlar ve erkekler için farklı kesme noktaları ile risk belirlemek mümkündür (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Yetişkinlerde bel çevresi ölçümünün değerlendirilmesi (3)

Erkek: <94 Kadın: <80	Vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riski **düşük**
Erkek: >94-102 Kadın: >80-88	Vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riski **yüksek**
Erkek: >102 Kadın: >88	Vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riski **çok yüksek**

Bel çevresi ölçümü, spina iliaka anterior süperiordan geçecek şekilde göbek hizasından belin en ince yerinden yapılır. Ölçüm sırasında hasta inspiryum yapmaz, üzerinde giysi olmaz, ölçüm yapılan bel etrafında, mezura beli fazlaca sıkmadan, yere paralel olarak tutulur (14). Obezite ile mücadelenin yaygınlaştığı son yıllarda bel çevresinin tek başına ölçülmesi ile risk belirlenmesi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (16).

4.1.2. Obezitenin ve Fazla Kiloluğun Epidemiyolojisi

DSÖ 2022 verilerine göre 18 yaş ve üzeri 2,5 milyar yetişkin fazla kiloludur (BKİ = 25–29,9 kg/m²); bunların 890 milyondan fazlasında ise obezite (BKİ ≥ 30 kg/m²) bulunmaktadır. Bu erişkin nüfusun %43'ünün (erkeklerin %43'ü ve kadınların %44'ü) fazla kilolu olduğu (erişkinlerin %25'inin fazla kilolu olduğu 1990'a göre artış), %16'sının ise (1990'dan 2022' e kadar %7'den %16'ya iki katından fazla artış) obez olduğu anlamına gelmektedir. Fazla kilonun yaygınlığı DSÖ Güneydoğu Asya Bölgesi ve Afrika Bölgesi'nde %31'den Amerika Bölgesi'nde %67'ye kadar bölgeye göre değişmektedir (1).

Obezitenin en sık görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Ağustos 2021-Ağustos 2023 tarihleri arasında Ulusal Beslenme İncelemesi Anketi'nin (NHANES-National Health and Nutrition Examination Survey) verilerine göre ABD'deki yetişkinler arasında obezite yaygınlığı %40,3 idi. Obezite yaygınlığı, diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında 40-59 yaş aralığındaki yetişkinlerde en yüksektir. Şiddetli obezite (Evre 3) yaygınlığı %9,4'tür. Şiddetli obezite yaygınlığı her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha yüksektir (17). Avrupa Birliği'nde (AB) 2022 yılı Eurostat verilerine göre fazla kilolu kişilerin yaygınlığı

konusunda önemli farklılıklar bulunmaktadır. 2022 yılında AB'de 16 yaş ve üzeri kişilerde fazla kiloluluk %50,6'dır. AB ülkeleri arasında bu İtalya'da %41,3'ten Malta'da %62,0'a kadar değişmektedir. 16 yaş ve üzeri obezitede hem kadınlarda (%6,1) hem de erkeklerde (%7,9) en düşük pay İtalya'da görülmüştür. Obez kadınların en yüksek payları Letonya'da (%23,9), Estonya'da (%22,9), Malta'da (%22,7) ve Finlandiya'da (%22,0) kaydedilmiştir. Obez erkeklerin en yüksek payları Malta'da (%28,7) ve Macaristan'da (%24,2) belirlenmiştir (18).

Türkiye, obezite açısından hem Avrupa hem de OECD ülkeleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) çalışmaları, erişkin toplumda obezite prevalansının 1998'de (TURDEP-I) %22,3 iken 2009'da (TURDEP-II) %31,2'ye yükseldiğini; kadınlarda %44, erkeklerde %27 görülüp, 12 yılda obezite sıklığının kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığını göstermiştir (19).

Türkiye Sağlık Araştırması 2022 yılına ait verilerine göre beden kütle indeksi incelendiğinde, 15 yaş ve üstü obez bireyler 2019 yılında %21,1 iken, 2022 yılında %20,2 oldu. Cinsiyetlere göre bakıldığında; 2022 yılında kadınların %23,6'sının obez ve %30,9'unun fazla kilolu, erkeklerin ise %16,8'inin obez ve %40,4'ünün fazla kilolu olduğu görülmüştür (20). Küresel Sağlık Gözlemevi (GHO- Global Health Observation) 2023 tarihli verilerine göre Türkiye'de 15 yaşın üstünde fazla kilonun prevalansı toplamda %35,5, kadınlarda %29,7, erkeklerde %41,3 olarak izlenmiştir. Obezite prevalansı ise toplamda %25,4, kadınlarda %30,8, erkeklerde ise %20 olarak belirtmekte; böylece erişkinlerin yaklaşık %60,9'unun fazla kilolu veya obez olduğunu ortaya koymaktadır (21).

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde de obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre 15 yılda obez olan kadınların yüzdesi 2003'te %23'ten, 2018 'de %30'a yükselmiştir (22). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2017" raporuna göre: 15 ve üzeri yaşta fazla kilolu (BKİ: 25,0-29,9 kg/m²) sıklığı %34,0 bulunmuş olup kadınlarda %27,6 iken erkeklerde %39,9 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada 15 ve üzeri yaşta obezite sıklığı ise toplamda %31,5, kadınlarda %39,1, erkeklerde %24,6 olarak tespit edilmiştir (3).

4.1.3. Obezitenin Etyolojisi

Obezite; DSÖ'nün de vurguladığı üzere, temel olarak alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengenin bozulması sonucu gelişen, ancak ortaya çıkışında çok sayıda biyolojik, çevresel ve davranışsal etmenin rol oynadığı multifaktöriyel bir kronik hastalıktır. Bu faktörler arasında sağlık davranışları, stres, sağlık koşulları, ilaçlar, genler ve insanların çevresi yer alır. Risk faktörlerini bilmek, bireylerin ve toplumların obeziteyi önlemek ve azaltmak için adımlar atmasına yardımcı olabilir (23). Bununla birlikte güncel kılavuzlar, yalnızca diyet ve fiziksel aktivite değişikliklerinin küresel obezite artışını tam açıklayamadığını; genetik yatkınlığın (çok sayıda küçük etkili gen ve nadir monogenik sendromlar), endokrin ve metabolik bozuklukların, psikososyal stresin, uyku yetersizliğinin, ilaç kullanımlarının ve "obeziteyi teşvik eden" çevresel koşulların (obezogenik çevre) obezitenin etyolojisinde önemli payı olduğunu vurgulanmaktadır. Bu nedenle obezite, yalnızca bireysel "fazla yeme ve az hareket etme" davranışları ile açıklanamayacak; genetik, epigenetik, hormonal, davranışsal ve sosyo-ekonomik faktörlerin dinamik etkileşimi sonucunda ortaya çıkan karmaşık bir hastalık olarak ele alınmalıdır (24,25).

Obezitenin etyolojisinde genetik yatkınlığın önemli bir payı olduğu, ikiz ve aile çalışmalarıyla gösterilmiştir. Bu çalışmalar, beden kütle indeksindeki varyansın yaklaşık %25–40'ının genetik faktörlerle açıklanabildiğini; iştah düzenlenmesi, enerji harcaması, yağ depolanması ve doyma sinyallerinde rol alan çok sayıda küçük etkili gen varyantının obeziteye duyarlılığı artırdığını ortaya koymaktadır (24). Genetik yatkınlık tek başına küresel obezite artışını açıklayamadığından, çevresel ve davranışsal faktörler obezite etyolojisinde belirleyici kabul edilmektedir. Enerji yoğun, yağ ve serbest şeker içeriği yüksek, liften fakir hazır ve işlenmiş gıdalara erişimin artması, porsiyon büyüklüklerinin büyümesi, şekerli içecek tüketiminin yaygınlaşması ve sık atıştırma obeziteye yol açan beslenme alışkanlıklarının başında gelmektedir. Bunların yanında, günlük yaşamda fiziksel aktivitenin azalması, motorlu taşıt kullanımının artması, masa başı işlerin çoğalması, kentsel yaşamın yürüyüş ve aktif ulaşım imkânlarını kısıtlaması ile televizyon, bilgisayar ve akıllı telefon başında geçirilen sedanter sürenin uzaması enerji harcamasını azaltmakta ve enerji dengesizliğini derinleştirmektedir. Yetersiz ve düzensiz uyku, gece geç saatlerde yemek yeme, sigara bırakma sonrası kontrolsüz kilo alımı ve bazı ilaçların (antipsikotikler, antidepresanlar, steroidler, antiepileptikler vb.) iştah ve metabolizma üzerine etkileri de obezite riskini artıran önemli etmenler arasında sayılmaktadır. Bu nedenle günümüz literatüründe "obezogenik çevre" kavramı, bireyin kendi tercihleriyle sınırlı olmayan, sağlıksız besinlerin ucuz ve erişilebilir, fiziksel aktivitenin ise zor ve pahalı hale geldiği yapısal koşulları tanımlamak için kullanılmaktadır (23,26). Obezitenin

etyolojisinde psikolojik durum, yaşam olayları ve sosyoekonomik koşullar da önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle obezitenin etyolojisini değerlendirirken yalnızca biyolojik değil, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla birlikte bütüncül bir bakış açısı benimsemek gereklidir.

4.1.4. Obezitenin Sağlık Sonuçları

Obezite, refah ve yaşam süresini kısaltan, yaşam kalitesini bozan, doku ve organları olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır. Diğer birçok bulaşıcı olmayan hastalıkta (BOH) bir risk faktörü olduğu için mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. 2019 yılında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler, nörolojik bozukluklar, kronik solunum yolu hastalıkları ve sindirim bozukluklarından kaynaklanan yaklaşık 5 milyon ölüme yol açmıştır. Obez kişilerde ayrıca ciddi COVID-19 gelişme riski dört kat artmıştır (27).

Yağ hücresi endokrin bez gibi davranmaktadır. Bu hücreler salgıladıkları 80'e yakın adipokinlerle (TNF, IL6, leptin, adiponektin, anjiyotensinojen, rezistin vs.) obez kişilerde hem komplikasyonlara zemin hazırlarlar hem de obezitenin devamına ve artışına neden olmaktadırlar. Obezitesi olan kişiler, sağlıklı kiloya sahip olanlara kıyasla birçok ciddi hastalık ve sağlık sorununa yakalanma açısından daha fazla risk altındadır. Çocukluk çağı obezitesi kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlar, düşük öz saygı ve düşük yaşam kalitesi bildirimi, zorbalık ve damgalanma gibi toplumsal sorunlar ve yetişkinlikte obezite ile ilişkilidir (28). Obez bireylerde erken ölüm, klinik depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların görülme riski daha yüksektir (12,29). Obezite sonrası gelişen komplikasyonlar Tablo 4.3'te sıralanmıştır

Tablo 4.3. Obezite sonrası gelişen komplikasyonlar

1-Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	• Konjestif kalp yetersizliği, • Koroner arter hastalığı • Hipertansiyon • Periferik damar hastalıkları
2. Nörolojik Hastalıklar	• İnme • Subaraknoid kanama • Periferik ve tuzak nöropatiler
3. Metabolik-Hormonal Komplikasyonlar	• İnsülin direnci, hiperinsülinemi • Tip 2 DM • Dislipidemi • Hipertansiyon • Gut hastalığı
4. Solunum Sistemi Hastalıkları	• Obezite-hipoventilasyon sendromu • Obstrüktif uyku apne sendromu
5. Sindirim Sistemi Hastalıkları	• Gastroözofagial reflü hastalığı • Hiatal herni • Kolelitiazis ve safra kesesi hastalığı • Karaciğer Hastalığı: yağlı karaciğer, hepatosteatoz ve siroz
6. Genitoüriner Sistem Hastalıkları	• Cinsel işlev bozuklukları • Obstetrik komplikasyonlar
7. Deri Hastalıkları	• Enfeksiyonlar
8. Cerrahi Komplikasyonlar	• Perioperatif riskler: anestezi, yara komplikasyonları, enfeksiyonlar, insizyonal herni
9. Kanser (özellikle hormona özgü kanserler)	• Meme • Kolon • Serviks, endometrium, over • Safra kesesi • Böbrek • Prostat
10. Obezitenin Mekanik Komplikasyonları	• Artrit, artroz • Düşmeye eğilim
11. Psiko-sosyal Komplikasyonlar	• Psikolojik sorunlar • Sosyal izolasyon

(**Kaynak:** Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi).

Obezite tehdidi ve küresel yükü dünya genelinde sosyal ve ekonomik kalkınmayı engelleyen, ülkeler arasında ve nüfuslar içinde eşitsizlikleri artırma etkisi olan ciddi bir sorun oluşturmaktadır. 2030 yılına kadar küresel olarak bir milyardan fazla yetişkinin obez olacağı tahmin edilmektedir. Bir zamanlar yüksek gelirli ülkelerle ilişkilendirilen obezite, artık düşük sosyoekonomik gruplar da dahil olmak üzere düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygındır (30). Artan obezite prevalansına bağlı olarak dünya genelinde sağlık bakım maliyetlerinde artma eğilimi vardır. Obeziteye bağlı ölümlerin önemli ölçüde artmasının yanında, azalan üretkenlik, artan engellilik, artan sağlık bakım maliyetleri, erken emeklilik ve yaşam boyunca engelsiz sağlıklı sürenin kısalması da önemli sonuçlardır. Çalışmalar doğrudan ve dolaylı maliyetleri tahmin etmek için farklı metodolojiler kullandığından, obezitenin tahmini ekonomik maliyetleri farklılık göstermektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nden yapılan tahminler toplam maliyetler açısından 89 milyar ABD doları ile 212 milyar ABD doları arasında değişmektedir;

Çin'den yapılan tahminler 2020 ve 2025 yıllarında sırasıyla gayri safi milli hasılanın (GSMH) yüzde 3,58 ve 8,73'ü olarak ifade edilmektedir; Brezilya ise obeziteye bağlı sağlık bakım maliyetlerinin 2010 yılında 5,8 milyar ABD dolarından 2050 yılında 10,1 milyar ABD dolarına çıkarak iki katına çıkacağını öngörmektedir (31). Türkiye'de ise 'Obezitenin Hastalık Yükü Türkiye Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik 2004' çalışmasına göre, obezitenin önlenmesi ile ölümler erkeklerde %11,1 ve kadınlarda ise %15,8 azalır. Erkeklerde önlenebilecek hastalık yükü %6,7 iken kadınlarda %7,9'dur (7).

4.2. Depresyon

4.2.1. Depresyonun Tanımı ve Sınıflandırılması

Depresif bozukluk (depresyon), yaşam boyu yaygınlığı ve neden olduğu işlev kaybıyla küresel hastalık yükünün en önemli belirleyicilerinden biri olan toplumda sık karşılaşılan bir ruhsal bozukluktur (2). Depresyon, DSM-5 ve ICD-11 gibi uluslararası tanı sistemlerinde, temel özelliği en az iki hafta süreyle hemen her gün görülen depresif duygudurum ve/veya belirgin ilgi–zevk kaybı olan bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanır. Bu duruma iştah ve kilo değişiklikleri, uyku bozuklukları, psikomotor ajitasyon, enerji azalması, değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları, dikkat–konsantrasyon güçlüğü, yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri gibi bilişsel, duygusal ve somatik belirtiler eşlik eder (32). Ruh hali bozukluğu önemli işlevsel bozukluğa yol açmalı ve bir madde/ilacın etkileri başka bir sağlık durumu nedeniyle veya yasla açıklanmamalıdır.

Depresif bozukluk tanısı için on semptom şunlardır:

1. Depresif ruh hali (üzgün, sinirli, boş hissetme),
2. Her zamanki faaliyetlere karşı belirgin ilgi veya zevk kaybı
3. Enerji kaybı ya da kolay yorulma
4. Konsantrasyon güçlüğü ya da dikkat dağınıklığı
5. Düşük benlik saygısı ya da güven eksikliği
6. Suçluluk duyguları ya da kendini değersiz hissetme, umutsuzluk hissi
7. Ölüm ya da intihar düşünceleri
8. Uyku bozuklukları (az ya da çok uyuma)
9. İştah değişiklikleri ve buna bağlı kilo değişimi
10. Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon (33).

ICD-11 ve DSM-5'in (majör) depresif epizod tanımları neredeyse aynıdır. Tek fark, ICD-11'in on semptomdan beş semptomu gerektirmesi, DSM-5 listesinin ise yalnızca dokuz semptom içermesidir. ICD-11'deki ek semptom, gelecekle ilgili umutsuzluktur (34).

Tablo 4.4. Duygudurum Bozukluklarının Tanısı ile İlgili ICD-11 ve DSM-5 Arasındaki Bazı Temel Farklar (35)

Kriter	ICD-11	DSM-5
Depresif epizod tanısı için eşik	En az beş belirtiden biri depresif duygudurum veya ilgide azalma ya da zevk alamama olmalıdır.	Dokuz belirtiden en az beşi; bunlardan biri depresif duygudurum veya ilgide azalma ya da zevk alamama olmalıdır.
Kişi yasta ise depresyon tanısı eşiği daha yüksektir	Evet	Hayır
Antidepresan ile ilgili mani, manik epizod olarak nitelendiriliyor.	Evet	Evet
Karma epizod ayrı bir tanı olarak yer almaktadır.	Evet	Hayır
Distimi ayrı bir tanı olarak yer almaktadır	Evet	Hayır
Bipolar II bozukluğu ayrı bir tanı olarak yer almaktadır	Evet	Evet
Duygudurum bozukluklarının tanıları için "tanımlayıcılar" ("niteleyiciler") vardır	Evet	Evet

4.2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyonun hem dünyada hem de Türkiye'de sık görülen, kadınlarda daha yaygın olan ve yaşlılık döneminde de önemli ölçüde artan bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Dünyada yaklaşık 280 milyon kişide nüfusun yaklaşık %3,8'inde depresyon görülmektedir. Bu yetişkinlerin %5'ini (%4 erkek ve %6 kadın) ve 60 yaş üstü yetişkinlerin %5,7'sini oluşturmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre depresyon, dünya çapında yaklaşık 322 milyon kişiyi etkilemekte ve engellilikle yaşanan toplam yılların yaklaşık %7,5'inden sorumlu olarak küresel engelliliğin başlıca nedenlerinden biri olmaktadır (2). Türkiye'de ise depresyonun tahmini nüfusa dayalı prevalansı 2015 yılında %4,4 olarak belirlenmiştir (36). Ülkemizde son olarak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda ruh sağlığına dair aile hekimlerine kayıtlı nüfusu temsil eden bazı bulgular sunulmuştur. Bu çalışmaya göre katılımcıların doktor tarafından tanı konduğu beyan edilen depresyon yaygınlığı %9,0 bulunmuştur (37). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması-2'ye (2023) göre DSM-5 CIDI (Composite International Diagnostic Interview) majör depresyon tanılarının 12 aylık sıklığı kadınlarda %8,7, erkeklerde %3,4, toplamda %6,4 olarak saptanmış; hayat boyu yaygınlığı ise kadınlarda %13,1, erkeklerde %6,8, toplamda %10,4

olarak belirlenmiştir (9). PHQ-8 (The Patient Health Questionnaire Depression Module - Hasta Sağlığı Anketi) kullanılarak yapılan ulusal prevalans çalışmasında depresif belirtilerin yıllık sıklığı erkeklerde %6,1, kadınlarda %13,2, tüm yetişkin nüfusta %10 düzeyinde bulunmuştur. Tüm ülke ve kültürlerde olduğu gibi ülkemizde de toplam ruhsal hastalık yaygınlığının kadınlarda (%20,7) erkeklerden (%13,0) yaklaşık bir buçuk kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Majör depresyonda bu fark daha da belirgin olup kadınlarda erkeklere kıyasla 2-2,5 kat fazla görülmektedir (9).

4.2.3. Depresyonun Risk Faktörleri

Depresyon, sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Günlük yaşamla ilgili olağan ruh hali değişimlerinden ve hislerden farklıdır. Olumsuz yaşam olayları (işsizlik, yas, travmatik olaylar) yaşayan kişilerin depresyon geliştirme olasılığı daha yüksektir. Depresyon, strese ve işlev bozukluğuna yol açabilir ve etkilenen kişinin yaşam durumunu ve depresyonun kendisini kötüleştirebilir. Aile, arkadaşlar ve toplumla ilişkiler de dahil olmak üzere yaşamın tüm yönlerini etkileyebilir; evde, işte ve okulda olmak üzere hayatın her alanında zorluklara neden olabilir. Fiziksel sağlıkla yakından ilişkilidir ve bundan etkilenir. Depresyonu etkileyen faktörlerin çoğu aynı zamanda kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet ve solunum yolu hastalıkları gibi hastalıklar için bilinen risk faktörleridir. Buna karşılık, bu hastalıklara sahip kişiler de durumlarını yönetmekle ilişkili zorluklar nedeniyle kendilerini depresyon yaşarken bulabilmektedirler (38). Bilişsel süreçler (önyargılı düşünce, negatif düşünceler), stres faktörleri, kadın olmak gibi bazı sosyodemografik faktörler, ebeveyn depresyonu, ebeveynlerin belirli özellikleri, bazı davranış kalıpları ve eğilimler depresyon riskini artırabilir (39).

Depresyonun risk faktörleri

1. Genetik ve Biyolojik Faktörler

- Genetik yatkınlık (ailede depresyon öyküsü)
- Nöral ve nöroendokrin değişiklikler (merkezi sinir sisteminde hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseni, otonom sinir sistemi ve bağışıklık sistemi gibi majör stres tepki sistemlerinde değişiklikler)
- Kronik hastalıklar (örneğin diyabet, kalp hastalıkları, kanser)

2. Psikolojik Faktörler

- Düşük benlik saygısı ve özgüven
- Kişilik özellikleri (örneğin mükemmeliyetçilik, aşırı eleştirellik)
- Travmatik yaşam olayları (çocukluk travmaları, istismar, kayıplar)
- Stresle baş etme becerilerinin yetersizliği

3. Sosyal ve Çevresel Faktörler

- Demografik faktörler (örneğin; yaş, cinsiyet ve etnik köken),
- Sosyoekonomik durum (örneğin; yoksulluk, işsizlik, gelir eşitsizliği ve düşük eğitim)
- Çevresel olaylar (örneğin; doğal afetler, savaş, çatışma)
- Göç, şiddet, zorbalık veya ayrımcılığa maruz kalma, kültürel uyum zorlukları, işte zorluklar, düşük sosyal destek, travma ve olumsuz yaşam deneyimleri gibi bazı sosyal olaylar
- Yalnızlık ve sosyal izolasyon
- Aile içi çatışmalar veya destek eksikliği
- Yaşam tarzı faktörleri (örneğin; alkol kullanımı, sigara içme davranışı, yüksek yağlı veya yüksek şekerli diyet ve fiziksel hareketsizlik) olarak ele alınabilir (40).

4.3. Depresyon ve Obezite Arasındaki İlişki

Hem depresyon hem de obezite, önemli halk sağlığı sonuçları olan yaygın sorunlardır. Yapılan araştırmalarda depresyon ve obezite arasında karmaşık bir ilişkinin olduğu ve bunun çift yönlü olduğu ortaya konmuştur (41). Kesitsel ve boylamsal araştırmalarda depresyonun obezite gelişimini öngördüğü tespit edilmiştir (42,43). Ayrıca birçok kohort çalışmasında obezitenin depresyon riskini artırdığı bulunmuştur (44–47) . Çin'de 2010-2020 yılları arasında yapılan 4.745 obez olmayan yetişkinin katıldığı 10 yıllık prospektif kohort çalışması depresyonun obezite geliştirme riskini artırdığını göstermiştir (48). Bir meta-analiz çalışmasında ise depresyon ve obezite arasında çift yönlü bir bağlantı olduğunu obez kişilerde zamanla depresyon geliştirme riski %55 artarken, depresif kişilerde obez olma riski %58 arttığı belirlenmiştir (12).

Depresyon ve Obezite için Ortak Risk Faktörleri:

- Genetik yatkınlık
- Hormonal ve nöroendokrin mekanizmalar (kortizol, leptin, ghrelin, serotonin vb.)
- Yaşam tarzı ve çevresel etkenler (beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, uyku bozuklukları)
- Sosyoekonomik faktörler ve kronik stres

Birçok biyolojik, davranışsal, bilişsel ve sosyal faktör obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin temelini oluşturabilir (49). Araştırmacılar obezite ve depresyon arasındaki gözlemlenen bağlantıları açıklayan birkaç mekanizma önermişlerdir. Bu mekanizmalardan bazıları depresyondan obeziteye giden nedensel bir yol önerirken, bazıları obeziteden depresyona giden nedensel bir ilişki önermektedir (50). Bu ilişki, biyolojik mekanizmaların (HPA ekseni, inflamasyon, insülin direnci), psikolojik süreçlerin (benlik saygısı, beden algısı, duygusal yeme) ve sosyal faktörlerin (damgalanma, izolasyon) iç içe geçtiği çok boyutlu bir yapı göstermektedir. Depresyon, anksiyete, kronik stres ve travmatik yaşam deneyimleri; bir yandan duygusal yeme, yüksek kalorili gıdalarla kendini ödüllendirme veya rahatlatma eğilimini artırırken, diğer yandan motivasyon kaybı, yorgunluk, sosyal çekilme ve azalmış fiziksel aktivite enerji harcamasını azaltarak kilo artışına zemin hazırlayabilmektedir (49). Ayrıca depresyon tedavisinde kullanılan birkaç sınıf antidepresan ilaç yan etki olarak istenmeyen aşırı kilo alımıyla ilişkilidir (47,51). Depresyondan obeziteye bir diğer olası yol bozulmuş uyku kalitesidir. Azalmış uyku kalitesi depresyonda yaygındır ve yetersiz uyku obezite için bir diğer risk faktörüdür (52,53). Atipik depresyonu olan bireyler için bir diğer olası mekanizma hiperfajidir, çünkü aşırı yeme bu bozukluğun ayırt edici bir özelliğidir. Depresyon, özellikle kadınlarda aşırı yeme üzerindeki etkisiyle kilo alma riskini artırabilir. Son olarak, depresyon aşırı kilo alımına neden olabilecek fiziksel hareketsizlikle ilişkilidir (50,54). Dahası, azalmış fiziksel aktivite hem depresyon ile ilişkilidir hem de bunların ilişkilerine kısmen aracılık edebilir (55).

Obez bireyler hareket kabiliyetinde daha fazla zorluk çeker ve sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri daha düşüktür. Stres tepkisi veya inflamasyonla ilişkili olanlar gibi fizyolojik veya endokrinolojik mekanizmalar da obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi aracılık eden yollar olabilir (56). Obez bireylerde, obezitenin şiddeti, cinsiyet ve sosyoekonomik durum olmak üzere üç risk faktörünün depresyon riskini düzenlediği tespit edilmiştir (11). Ayrıca kilo fazlalığına yönelik ayrımcılık ve damgalanma, beden algısının bozulmasına, benlik saygısının düşmesine ve tekrar eden “diyet–kilo alma” döngülerine yol açarak hem psikososyal yükü

ağırlaştırmakta hem de obezitenin sürmesine neden olabilmektedir. Bu tür önyargılar ve damgalamalar sağlık profesyonelleri, akranlar ve hatta aile üyeleri arasında gösterilmiştir. Kilo temelli ayrımcılık düşük sosyal katılım ve zayıf sosyal destek gibi yönleri içeren sosyal işlev bozukluğu, obezite ve depresyon arasındaki bağlantıları kısmen açıklayabilir (57). Ayrıca obez bireylerde fiziksel sağlık ve işlevsel sınırlılıklar, yaşam kalitesi, beden imajı memnuniyetsizliği ve diyet davranışları gibi yapılar sağlık ve görünüm endişesi aracılığıyla depresyona yol açtığını öne sürülmektedir.

4.4. Duygusal Yeme Davranışının Aracı Etkisi

Duygusal yeme, tıkınırcasına yeme gibi davranışların stres ve depresyonla ilişkili olduğu; bu davranışların kilo artışıyla bağlantılı olduğu bilinmektedir. Depresyon tipik olarak iştahsızlık ve sonrasında kilo kaybı ile karakterize edilir, ancak iştah artışı ve kilo alımı gibi atipik vejetatif semptomlarla karakterize edilen bir depresyon alt tipi de vardır. Duygusal yeme, bu atipik depresyon alt tipinin bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir (58). Depresyon ve obezite arasındaki ilişkide duygusal yeme davranışı, son yıllarda yapılan güçlü bir aracı (mediator) mekanizma olarak tanımlanmaktadır (59–61). Depresif belirtileri yüksek bireylerde, olumsuz duygulanım ve stresle baş etme amacıyla özellikle enerji yoğun, şeker ve yağ içeriği yüksek besinlere yönelme eğilimi artmakta; yeme fizyolojik açlıktan ziyade duygusal uyarıcılara verilen bir yanıt halini almaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda depresif semptomları olan bireylerin daha yüksek düzeyde duygusal yeme eğilimine sahip olduğu; stres ve olumsuz ruh hâlinin hem obezite hem de duygusal yemenin temel belirleyicileri arasında yer aldığı ve duygusal yemenin depresyon ile obezite arasındaki çift yönlü ilişkiyi açıklayan önemli bir "bağlantı" olabileceği vurgulanmaktadır. Hem kesitsel hem de boylamsal çalışmalar, duygusal yemenin hem kadınlarda hem de erkeklerde depresyon ve obezite arasındaki ilişkileri kısmi aracılık edebileceğini öne sürmektedir (57,62,63).

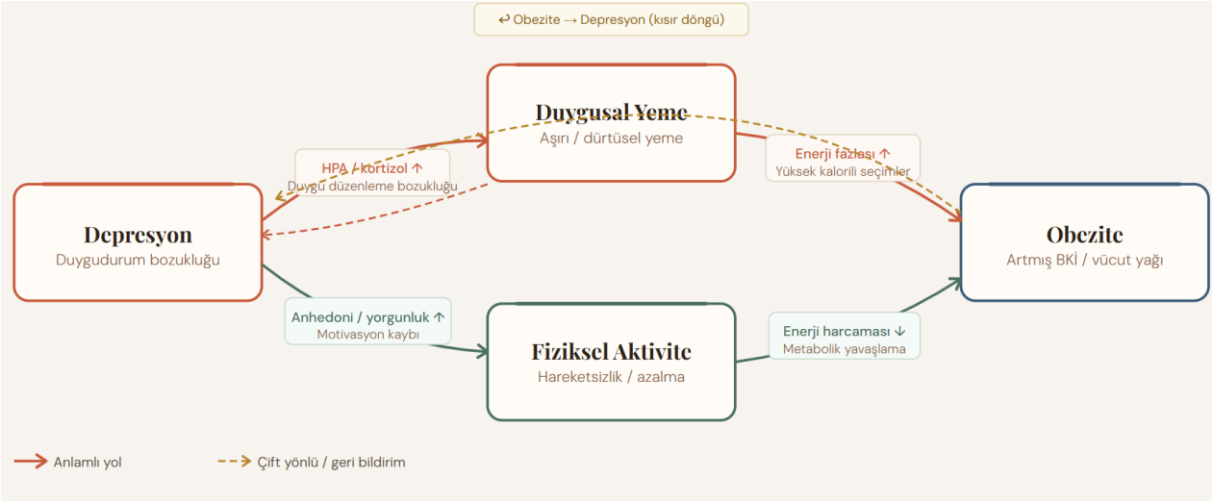
4.5. Fiziksel Aktivitenin Aracı Etkisi

Araştırmalar, fiziksel/sosyal inaktivitenin depresyon riskini artırdığını, depresyonun da fiziksel inaktiviteye yol açtığını öne sürmektedir (64). Depresyon, fiziksel aktivitenin azalmasına ve ardından kilo alımına yol açabilir. Nitekim birçok gözlemsel çalışma, depresyon düzeyi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığını ve düşük fiziksel aktivitenin hem daha yüksek beden kütle indeksi hem de obezite ile ilişkili olduğunu göstererek, depresyonun obezite riskini kısmen fiziksel inaktivite üzerinden artırabileceğini düşündürmektedir (65,66). Fiziksel aktivite ile ilgili başka bir çalışmada algılanan fiziksel aktivite öz yeterliliği, depresif

semptomlar ve BKİ arasındaki ilişki ile önemli ölçüde bağlantılıydı. (56,63). Yapılan bazı çalışmalarda depresyon ve obezite ilişkisinde cinsiyetler arasında farklılıklar bulunmuştur. Bu sonuç fiziksel aktivitenin depresyon ile obezite arasındaki ilişkiyi aracı olarak etkileyebileceğini, ancak cinsiyetin bu etkinin depresif semptomlar üzerindeki etkisinde bir rol oynayabileceğini (yani bir düzenleyici olduğunu) düşündürmektedir (67,68).

Obeziteyle ilişkili fiziksel inaktivite ise depresif ruh haline neden olabilmektedir (55) Bazı çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitenin depresif belirtileri azaltmada orta düzeyde terapötik etkiye sahip olduğu ve aynı zamanda obezite ile ilişkili kardiyovasküler ve metabolik hastalık risklerin azaltılmasında temel bir müdahale aracı olduğu vurgulanmaktadır (69,70). Obezite ve depresyon arasındaki ilişkide fiziksel aktivitenin aracılığını inceleyen bir çalışmada, her iki cinsiyette fiziksel aktivite yokluğunun obezite ve majör depresif bozukluk tanısı arasındaki ilişkiyi anlamlı şekilde aracılık ettiği bulunmuştur (67). Bu bulgular değerlendirdiğimizde teorik olarak depresyon–obezite zincirinde fiziksel aktivitenin aracı bir süreç olabileceği fikrini desteklemektedir (11,66,71).

Öte yandan bazı genç örneklemler üzerinde yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmaması ya da ilişkinin zayıf bulunması, depresyondan obeziteye giden yolda fiziksel aktivitenin aracı etkisinin her yaş grubunda ve her bağlamda tutarlı olmadığını göstermektedir. Son dönemde adölesanlarda beden imajı ile düşük ruh hali arasındaki ilişkide fiziksel aktivitenin kısmi aracı rolünü test eden modeller, daha fazla hareketli olmanın bir ölçüde depresif duygulanımı ve buna bağlı kilo artışı riskini azalttığını, ancak bu etkinin diğer psikososyal faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde sınırlı kaldığını ortaya koymuştur (66,72,73). Bu nedenle depresyon–obezite ilişkisinde fiziksel aktivitenin aracı rolü, bazı çalışmalar tarafından desteklenmekle birlikte, farklı yaş grupları, cinsiyetler ve kültürel bağlamlarda tutarlılığının ve etkisinin büyüklüğünün ileri istatistiksel modellerle yeniden sınanmasına ihtiyaç duyulan, kısmen kanıtlanmış bir mekanizma olarak görülmektedir. Depresyon-obezite ilişkisinde; Depresyon →duygusal yeme →obezite ve Depresyon → fiziksel inaktivite →obezite mekanizmalarına yönelik kavramsal model şekil 4.1’ de ve tablo 4.5’ de verilmiştir.



Şekil 4.1. Depresyon ve obezite ilişkisinde olası aracıların kavramsal şeması

Tablo 4.5. Depresyon ve obezite ilişkisinde aracı mekanizmaların işleyişi

Duygusal Yeme	Fiziksel Aktivite	Obezite → Depresyon (Kısır Döngü)
• HPA ekseni aktivasyonu (kortizol artışı) • Serotonin/dopamin düşüklüğü • Ödül sisteminde şeker/yağ arayışı • Tıkanırcasına yeme eğilimi • Leptin/grelin dengesizliği	• Anhedoni → fiziksel isteksizlik • Psikomotor yavaşlama • Yorgunluk ve enerji kaybı • Hareketsizlik (enerji harcamasının azalması) • Sosyal izolasyon ile pekişen hareketsizlik	• Beden imgesi bozulması (öz saygının azalması) • Obeziteye bağlı inflamasyon • Uyku bozuklukları • Sosyal damgalanma → dışlanma • Ağrı / hareket kısıtlılığı

4.6. Aracılık (Mediatör) Analizi Yaklaşımı

Aracılık analizi, bağımsız bir değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin bir ya da birden fazla aracı değişken üzerinden işleyip işlemediğini ve bu dolaylı etkinin büyüklüğünü istatistiksel olarak sınayan bir yöntemdir. Bu yaklaşımda toplam etki, doğrudan etki ve dolaylı etki olmak üzere iki bileşene ayrıştırılmaktadır: doğrudan etki, aracı değişkenden bağımsız biçimde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde bıraktığı etkiyi; dolaylı etki ise bağımsız değişkenin etkisinin aracı değişken üzerinden bağımlı değişkene yansıyan bölümünü ifade etmektedir (74). Aracılık analizinin kuramsal ve istatistiksel temelleri, Baron ve Kenny'nin (1986) dört koşullu aşamalı regresyon yaklaşımına dayanmaktadır (75). Bununla birlikte, bu yaklaşımın normallik varsayımına olan bağımlılığı ve dolaylı etkinin anlamlılığını test etmede yetersiz kaldığı durumlar, metodolojik gelişmeleri zorunlu kılmıştır. Preacher ve Hayes (2004), bootstrap tabanlı yeniden örnekleme yöntemini önererek bu kısıtlıkları büyük ölçüde aşmış; ardından Hayes tarafından geliştirilen PROCESS makrosu, söz konusu yöntemi

SPSS, SAS ve R ortamlarında uygulanabilir hale getirmiştir (76). PROCESS makrosu, 5.000 bootstrap örneklemesine dayalı olarak hesaplanan yüzde doksan beş güven aralığının sıfırı kapsamamasını dolaylı etkinin istatistiksel anlamlılığının göstergesi olarak kullanmakta; böylece normallik varsayımına gerek duymaksızın güvenilir sonuçlar üretebilmektedir (77). Sağlık bilimleri alanında mediatör analizi, risk faktörleri, biyobelirteçler ve müdahale bileşenlerinin sağlık çıktıları üzerindeki mekanizmalarını ortaya koymak amacıyla giderek yaygın biçimde kullanılmaktadır. Türkiye'deki sağlık bilimleri araştırmalarında da Hayes PROCESS yönteminin kullanımına ilişkin uygulamalı çalışmalar yapılmış; bu yöntemin geleneksel Baron ve Kenny yaklaşımına kıyasla metodolojik üstünlükleri doğrudan karşılaştırmalı biçimde ortaya konmuştur (78). Uygulamada dikkat edilmesi gereken başlıca metodolojik gereklilikler arasında aracı değişkenin moderatör ve karıştırıcı değişkenlerden kavramsal olarak ayrıştırılması, değişkenler arasındaki zamansal sıralamanın doğru kurulması ve gizli karıştırıcıların kontrol edilmesi yer almaktadır (79).

4.7. Depresyonun ve Obezitenin Yönetimi

4.7.1. Depresyonun Yönetimi

Ruh sağlığı, duygusal ve sosyal refahı, fiziksel sağlığı, ebeveynlik ve aile yaşamını, ilişkileri, iş ve toplum yaşamını, anlamlı ve tatmin edici bir yaşama sahip olmayı etkileyerek yaşamın her alanında merkezi bir öneme sahiptir. İnsanların ve toplulukların gelişmesi için korunması ve beslenmesi gereken önemli bir varlıktır. Bu önemin farkında olarak, ruh sağlığını Evrensel Sağlık Kapsamının (UHC) ayrılmaz bir parçası haline getirmek, artan ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamak için toplum temelli hizmetlere ve desteğe erişimin genişletilmesinin gerekli olduğu kabul edilmektedir (80). Önleme programlarının depresyonu azalttığı gösterilmiştir. Ruh sağlığında birincil (primer) korumaya ilişkin girişimler toplum temelli ruh sağlığını geliştirme, risk belirleme ve bilinen risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik faaliyetleri kapsamaktadır (81). Depresyonu önlemeye yönelik etkili toplum yaklaşımları arasında çocuklarda ve ergenlerde olumlu başa çıkma örüntüsünü geliştirmek için okul tabanlı programlar yer alır. Davranışsal sorunları olan çocukların ebeveynleri için müdahaleler ebeveynlerin depresif semptomlarını azaltabilir ve çocukları için sonuçları iyileştirebilir. Yaşlı kişiler için egzersiz programları da depresyonun önlenmesinde etkili olabilir (38).

İkincil (sekonder) koruma belirtilerin erken tanınması ve erken müdahaleyi, üçüncül (tersiyer) koruma ise tedavi ve rehabilitasyon aracılığıyla hastalığın negatif etkilerinden korunmayı amaçlar. Türkiye’de ruh sağlığı hizmet sunumunda birinci basamak sağlık

hizmetlerinin önemi hem Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni'nde (2006) hem de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011-2023) vurgulanmıştır. Birinci basamakta depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunları ile ilgili tanı konulması, tedavi ve yönlendirme yaygın olarak görülen bu ruhsal sorunlara erken müdahale imkânı sağlayacaktır. Birinci basamakta görev yapan hekimlerin ruh sağlığı alanındaki hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Ruh sağlığı alanında kolay uygulanabilir rehber ve yönergelere ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca, çocuk ve ergen gibi riskli gruplara yönelik verilen destek hizmetleri de yaygınlaştırılmalıdır. Bu kapsamda güçlendirilecek birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimlerinden ve Sağlıklı Hayat Merkezleri'nden (SHM) oluşmaktadır. Sağlık sistemi içerisinde ruh sağlığı hizmetleri birinci basamağın ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmeli, sunulan hizmetler içerisinde bütüncül olarak verilmelidir (81).

Ruhsal bozukluklar için bilinen, etkili tedaviler olmasına rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki insanların %75'inden fazlası hiçbir tedavi almamaktadır. Etkili bakımın önündeki engeller arasında zihinsel sağlık bakımına yatırım yapılmaması, eğitimli sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliği ve zihinsel bozukluklarla ilişkili toplumsal damgalanma yer almaktadır (2). SB Stratejik Planı'nda (2019-2023) mevcut hizmet sunumunda ruh sağlığına yönelik teşhis ve tedavi hizmetlerinin verilmesinde birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegrasyon yeterince sağlanamadığı belirtilmiştir. Ruh sağlığını koruma faaliyetleri, sağlığın diğer alanlarında olduğu gibi çok sektörlü bir yaklaşım gerektirir ve farklı kurumların sorumluluğunda olan alanları içerir. Bu nedenle, geçerli ve güvenilir tanısı yalnızca psikiyatrik bakış açısından değil, aynı zamanda daha genel olarak halk sağlığı açısından da önemlidir (33).

4.7.2. Obezitenin Yönetimi

Obezite sıklığının hızlı artışını durdurmanın en önemli yolu bireylerin obez olmalarını önlemektir. Bu amaçla topluma dönük doğru ve kanıta dayalı bilimsel uygulamalar çocukluktan itibaren başlatılmalıdır. Obezite konusunda eğitim (çocukluktan itibaren), yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite yapılması temel hususlardır (16). Yetişkin nüfusta fazla kilo ve obezite, çoğunlukla komplikasyonların veya komorbiditelerin ortaya çıktığında teşhis edilmektedir. Bu durum, sağlık sistemi platformunun yaşam boyunca obeziteyi önleme ve yönetme hizmetlerine erken erişim için hazır olmadığına işaret etmektedir. Ayrıca komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortaliteyi de artırmaktadır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin de bireyleri bu hususlarda yönlendirmelerinin yararlı olacağı şüphesizdir.

DSÖ'nün önerdiği hizmetler;

Öz yönetim: Mümkün olduğunda bir aile yönetimi ve yaklaşımı bağlamında olması gereken öz yönetim; hastaların özel eğitim ihtiyaçlarını dikkate alması, öğrenme hedefleri belirlemesi ve terapötik hasta eğitimi sağlamak için uyarlanmış yöntemler kullanması gereken kronik hasta eğitimi ve öz yönetim destek programları; multidisipliner veya disiplinler arası ekip çalışması ve destekleyici bir ortamla birlikte hasta merkezli, psikososyal ve kültürel açıdan hassas bir yaklaşım, bu tür programların temel unsurlarıdır. Obezite ile yaşayan insanlar eğitilmeli (terapötik hasta eğitimi teknikleri kullanılarak) ve kiloları periyodik olarak izlemeye alınmalı, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeye (örn; uygun diyet, fiziksel aktivite, sınırlı hareketsiz davranışlar, tütün veya alkolden kaçınma, düzenli bir uyku programı izleme ve duygusal düzenleme) teşvik edilmelidir. Kilo durumundan bağımsız olarak varsa tedavi planlarına bağlılık stratejilerinin (dijital ve/veya aile ve akran desteği yoluyla) uygulanması sağlanmalıdır.

Toplum: Diyet, fiziksel aktivite, uyku ve duygusal düzenleme gibi kiloyu etkileyebilecek davranışları desteklemek için aşırı kilo ve obezitenin birincil olarak önlenmesine yönelik kısa fırsatçı müdahaleler, benlik kavramını ve öz yönetimi geliştirmek için danışmanlık, akran destek grupları, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeye erişim fırsatlarına yönlendirme, uyum için destek, tanı, komplikasyonların / komorbiditelerin veya diğer kronik hastalıkların (KH) risk faktörlerinin taranması, tedavi ve uzun vadeli yönetim için yönlendirme yapılmalıdır.

Birinci basamak: Düzenli kilo, BKİ, bel çevresi ve vücut yağ oranının ölçülmesi, davranışsal ve/veya psikolojik müdahalelerle kilo veremeyen ve kontrendikasyonu olmayan bireylerde farmakolojik tedavi de dahil olmak üzere obezitenin teşhis ve tedavisi, diğer KH risk faktörlerinin taranması ve izlenmesi (örn; kan şekeri, lipidler ve kan basıncı taraması) ve ruh sağlığı bozuklukları da dahil olmak üzere komplikasyonların/komorbiditelerin taranması ve izlenmesi, ileriye yönelik sevk, sağlık ortamlarının aşırı kilolu veya obezite ile yaşayan insanları damgalamaktan kaçınacak şekilde tasarlanması, örneğin özel tartım alanlarının sağlanması, 150 kg'dan fazla ağırlıkları ölçebilen terazilerin ve kan basıncı ölçümü için uyarlanmış manşetlerin kullanılması, rutin tarama da dahil olmak üzere beslenme, fiziksel aktivite tavsiyesi ve kilo yönetimi desteği için dijital sağlığın kullanılması önerilir.

İkinci basamak: Davranışsal ve/veya psikolojik müdahalelerle kilo veremeyen ve herhangi bir kontrendikasyonu olmayan şiddetli obezite hastaları için farmakolojik tedavi ve metabolik ve bariatrik cerrahi dahil olmak üzere şiddetli/karmaşık obezite formlarının yönetimi, karmaşık komplikasyonların/komorbiditelerin (diyabet ve diğer KH) yönetimi, yatarak obezite ve/veya diyabet bakımı ve rehabilitasyon hizmetleri ileri/geri sevk işlemleri yapılmaktadır.

Üçüncü basamak: Şiddetli/karmaşık obezite formlarının ve ilgili komplikasyonların/komorbiditelerin yönetimi, metabolik ve bariyatrik cerrahi ve komplikasyonların cerrahi yönetimi, karmaşık yatan hasta yönetimi hizmetleri verilmektedir.

Çok sektörlü: Paket önü etiketleme dahil olmak üzere beslenme etiketleme politikaları; gazlı içeceklerin (gazlı içecekler, şekerli süt ve meyve suyu gibi tüm gazlı içecekler dahil) vergilendirilmesi dahil olmak üzere gıda ortamı politikaları, işlenmiş gıdalardaki şeker içeriğine zorunlu sınırlamalar, menü etiketleme ve porsiyon büyüklüğü kontrolü dahil olmak üzere ev dışı gıda ortamlarında iyileştirmeler, halka açık yerlerde (devlet daireleri, sağlık tesisleri vb.) sunulan gıdaların sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek için ulusal beslenme kılavuzlarıyla uyumlu olmasını sağlayacak düzenlemeler, Anne Sütü İkamelerinin Pazarlanmasına İlişkin Uluslararası Kurallara uyulması da dahil olmak üzere emzirmenin desteklenmesi teşvik edilmektedir (27).

Ülkemizde 2010 yılında uygulanmaya başlanan "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" çerçevesinde "Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı" güncellenerek uygulanmaya devam etmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığınca uygulanmakta olan "Türkiye Diyabet Programı" ve "Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı" da gerek sağlıklı beslenme gerekse obezite ile mücadeleye doğrudan ve dolaylı katkıları olan programlardır. Obezite de dahil, beslenme ile ilişikli kronik hastalıkların gelişimini önlemek için sağlıklı beslenme kültürünün edinilmesi önemlidir (82).

Ülkemizde obeziteye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen programlar/projeler;

1. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı
2. Türkiye Diyabet Programı
3. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı
4. Okullarda Diyabet Programı
5. Erişkin Bazı Metabolizma Hastalıkları ve Çölyak Hastalığı Kontrol Programı
6. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı
7. Sağlığı geliştiren Belediye Uygulama Programı
8. Beslenme Dostu ve Fiziksel Aktiviteyi Destekleyen İşyeri Programı
9. Sağlıklı Çocuk ve Sağlıklı Gelecek Programı
10. İdeal kilonu Öğren, Sağlıklı Yaşa Kampanyası

Özetle, küresel ve ulusal çapta yaygınlığı giderek artan obezite, yalnızca bireysel yeme alışkanlıklarıyla değil; genetik yatkınlık, biyolojik süreçler, psikososyal stres ve ucuz/sağlıksız gıdaya erişimin kolay olduğu "obezojenik çevre" faktörlerinin karmaşık etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. Obezite; kardiyovasküler, metabolik, nörolojik hastalıkların yanı sıra erken ölüm ve psikososyal komplikasyonlara (depresyon, anksiyete, damgalanma) zemin hazırlayan ciddi bir sorundur.

Depresyon, küresel hastalık yükünün ve işlev kaybının en önemli nedenlerinden biri olan depresyon; genetik yatkınlık, nöroendokrin değişiklikler, travmalar, düşük benlik saygısı ve sosyoekonomik zorluklar gibi çok çeşitli risk faktörlerinden beslenmektedir.

Kohort ve meta-analiz çalışmaları, depresyonun obezite gelişimini öngörebildiğini, obezitenin de zamanla depresyon riskini artırdığını kanıtlamaktadır. Hastalıkların yönetiminde ise salt kilo kontrolüne veya ilaç tedavisine odaklanan yaklaşımların yetersiz kalmaktadır; bunun yerine birinci basamak sağlık hizmetleri merkezli, bütüncül ve çok sektörlü (toplum temelli) stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tiptedir.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Çankaya Çayyolu Aile Sağlığı Merkezi'nde ve Mamak Mehmetçik Aile Sağlığı Merkezi'nde Temmuz 2025-Ekim 2025 tarihlerinde yürütülmüştür**.** Araştırmanın yürütüldüğü aile sağlığı merkezlerinin seçiminde, Ankara ili merkez ilçelerinin sosyoekonomik açıdan farklı kesimleri temsil edebilmesi temel ölçüt olarak benimsenmiştir. Bu doğrultuda, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın 2022 yılında yayımladığı "Türkiye'de Kentsel ve Kırsal Hizmet Merkezleri" raporunda yer alan ilçelerin sosyoekonomik gelişmişlik sıralaması incelenmiş; Çankaya ilçesinin birinci kademe gelişmiş ilçeler arasında birinci sırada yer aldığı (gelişmişlik skoru: 6,91), Mamak ilçesinin ise ikinci kademe gelişmiş ilçeler arasında son sıralarda kaldığı (gelişmişlik skoru: 0,77) görülmüştür (83). Bu doğrultuda sosyoekonomik düzeyi görece yüksek olan Çankaya ilçesinden Çayyolu Eğitim ASM, sosyoekonomik düzeyi görece düşük olan Mamak ilçesinden ise Mehmetçik Eğitim ASM araştırma alanı olarak belirlenmiştir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini oluşturan, Çankaya Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (11.088) ve Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine (4973) kayıtlı 18-64 yaş toplam 16.061 kişi için; %5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ile desen etkisi 1 alınarak Epi Info 3.01 programı aracılığıyla yapılan örneklem büyüklüğü hesabında minimum ulaşılması gereken kişi sayısı 376 olarak hesaplanmış ve aile sağlığı merkezleri nüfuslarına orantılı olmak üzere Çankaya Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezinden 260, Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkez'den ise 116 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü süre içinde aile hekimliği birimlerine kayıtlı araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden Çankaya Çayyolu Eğitim ASM' den 261, Mamak Mehmetçik Eğitim ASM' den 118 olmak üzere toplam 379 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

5.4. Araştırmanın Hipotezleri

Beden kütle indeksine göre fazla kilolu/obez olma;

1. Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durumu, gelir durumu, çalışma durumu, aile tipi, öğrenim durumu),
2. Beck Depresyon Envanteri'nden alınan puan/Beck Depresyon Envanteri'ne göre depresyona yatkın olma,
3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) duygusal yeme alt boyutundan alınan puan,
4. Küresel Fiziksel Aktivite Ölçeği'nden (GPAQ) alınan puan,
5. Psikiyatrik hastalık varlığı,
6. Kronik hastalık varlığı,
7. Sürekli kullanılan ilaç/ürün varlığı,
8. Ailede tanı almış psikiyatrik bir hastalık varlığı,
9. Kendi sağlığını değerlendirme durumu,
10. Fiziksel bir engelin bulunma durumu,
11. Tütün ürünleri kullanma durumu,
12. Son 1 yılda alkol kullanma durumu,
13. Haftalık dışarıdan yemek tüketme sıklığı,
15. Haftalık tatlı tüketme sıklığı,
16. Haftalık atıştırmalık tüketme sıklığı,
17. Gecelik ortalama uyku saati ile ilişkilidir.

Ayrıca;

1. Beck Depresyon Envanteri 'ne göre; alınan puan/depresyona yatkın olma durumu ile BKİ ve obez olma arasındaki ilişkide, yeme davranışı aracı (mediatör) rol oynamaktadır.
2. Beck Depresyon Envanteri 'ne göre; alınan puan/depresyona yatkın olma durumu ile BKİ ve obez olma arasındaki ilişkide, fiziksel aktivite aracı (mediatör) rol oynamaktadır.

Beck Depresyon Envanteri ’ne göre; alınan puan/ depresyona yatkın olma durumu;

1. Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durumu, gelir durumu, çalışma durumu, aile tipi, öğrenim durumu),
2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) duygusal yeme alt boyutundan alınan puan,
3. Küresel Fiziksel Aktivite Ölçeğinden (GPAQ) alınan puan,
4. Psikiyatrik hastalık varlığı,
5. Kronik hastalık varlığı,
6. Sürekli kullanılan ilaç/ürün varlığı,
7. Ailede tanı almış psikiyatrik bir hastalık varlığı,
8. Kendi sağlığını değerlendirme durumu,
9. Fiziksel bir engelin bulunma durumu,
10. Tütün ürünleri kullanma durumu,
11. Son 1 yılda alkol kullanma durumu,
12. Gecelik ortalama uyku saati ile ilişkilidir.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

1. Grup bağımlı değişkenler:

Beden kütle indeksine göre fazla kilolu/obez olma

1. Grup bağımsız değişkenler:

Katılımcının;

1. Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi, gelir durumu)
2. Beck Depresyon Envanteri’nden alınan puan ve depresyona yatkın olma durumu
3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) duygusal yeme alt boyutundan alınan puan
4. Küresel Fiziksel Aktivite Ölçeği’ nden (GPAQ) alınan puan
5. Psikiyatrik hastalık varlığı
6. Kronik hastalık varlığı
7. Sürekli kullanılan ilaç/ürün varlığı
8. Ailede tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı
9. Kendi sağlığını değerlendirme durumu
10. Fiziksel bir engelin bulunma durumu

11. Tütün ürünleri kullanma durumu
12. Son 1 yılda alkol kullanma durumu
13. Haftalık dışarıdan yemek tüketme sıklığı
15. Haftalık tatlı tüketme sıklığı
16. Haftalık atıştırmalık tüketme sıklığı
17. Gecelik ortalama uyku saati

2. Grup Bağımlı Değişkenler:

Beck Depresyon Envanteri'ne göre alınan puan/ depresyona yatkın olma durumu

2. Grup Bağımsız değişkenler:

1. Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, öğrenim durumu, aile tipi, gelir durumu)
2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nden (DEBQ) duygusal yeme alt boyutundan alınan puan
3. Küresel Fiziksel Aktivite Ölçeği'nden (GPAQ) alınan puan
4. Psikiyatrik hastalık varlığı
5. Kronik hastalık sıklığı
6. Sürekli kullanılan ilaç/ürün varlığı
7. Ailede tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı
8. Kendi sağlığını değerlendirme durumu
9. Fiziksel bir engelin bulunma durumu
10. Tütün ürünleri kullanma durumu
11. Son 1 yılda alkol kullanma durumu
12. Gecelik ortalama uyku saati

5.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler, ASM'lere başvuran 18-64 yaşındaki katılımcılardan, çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirme yapılıp sözlü ve yazılı onamları alınarak toplanmıştır. Hazırlanan veri toplama formu katılımcılar tarafından gözlem altında doldurulmuştur. Veri toplama formunun uygulanmasından önce katılımcılara sunulan "Aydınlatılmış Onam Formu" Ek-1'de yer almaktadır.

Çalışmaya Dahil Kriterleri

Türkçe okuma, yazma ve anlama yeterliliğine sahip olan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, sözlü ve yazılı onam veren 18-64 yaşındaki bireyler çalışma dahil edilmiştir.

Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri

Türkçe okuryazar olmayan ve iletişim kuramayan, bilişsel veya psikoz gibi ağır psikiyatrik hastalık nedeniyle anketleri dolduramayacak durumda olan, hamile bireyler ve son üç ay içinde majör cerrahi operasyon geçirmiş olanlar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcıların sosyodemografik bilgileri, 21 soruluk anket ile sorgulanmıştır. Depresyona yatkınlık için 21 soruluk 'Beck Depresyon Envanteri', duygusal yeme davranışı için 13 soruluk 'Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Duygusal Yeme alt boyutu' ve fiziksel aktivite için 16 soruluk 'Küresel Fiziksel Aktivite Anketi' kullanılmıştır.

Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE), 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (1). Depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen bir ölçektir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak sayısal değerlerle ifade etmektir. Her madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa (0-3) doğru giden 4 seçeneği olan 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar, 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddeler depresyonun belirtilerine ilişkin olup depresyonun etiyolojisine ilişkin herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler sırasıyla; depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duyguları, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırma istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışamama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli tarafından yapılmış olup Beck Depresyon Envanteri'nin güvenirliği, madde analizi ve yarıya bölme teknikleriyle incelenmiş ve korelasyon katsayıları sırasıyla r=0,80 ve r=0,74 bulunmuştur. Ölçeğin geçerliliği, birlikte geçerlilik yöntemiyle saptanmaya çalışılmış ve kriter olarak MMPI-D (Minnesota Çok yönlü Kişilik envanteri)

skalası kullanılmıştır. MMPI-D ve BDE ölçekleri arasındaki Pearson korelasyon katsayısı ise r = 0,50 bulunmuştur (84).

Hollanda Yeme Davranışı Anketi – DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire)

Van Strien ve arkadaşları tarafından, 1986 yılında geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan anket; duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz?) ve kısıtlanmış yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, 5'li likert skalası ile değerlendirmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık). Ayrıca maddeler için "ilgisi yok" seçeneği de sunulmaktadır (85). DEBQ'nun orijinal çalışmasında elde edilen Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları, duygusal yeme davranışı alt ölçeği için; 0,95, dışsal yeme davranışı alt ölçeği için; 0,81 ve kısıtlanmış yeme davranışı alt ölçeği için; 0,95 bulunmuştur (86). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bozan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 'Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin, orijinalinde olduğu gibi 3 alt ölçek ve 33 maddeden meydana geldiği bulunmuştur. Bu alt ölçekler; "Duygusal Yeme", "Kısıtlayıcı Yeme" ve "Dışsal Yeme"dir. Faktör yükleri 0,52 ile 0,90 arasında değişmektedir. Alt ölçekler için Cronbach alpha değerleri ise 0,90 (dışsal yeme) ile 0,97 (duygusal yeme) arasındadır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise 0,94 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçeklerin madde-toplam ve madde-genel toplam korelasyon değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (87).

Küresel Fiziksel Aktivite Ölçeği (GPAQ)

Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ), DSÖ tarafından geliştirilmiştir. GPAQ 16 sorudan oluşmaktadır ve bireysel olarak fiziksel aktivitenin yapıldığı yerleri sormaktadır (iş yerindeki aktivite, bir yere gidip gelme ve eğlence aktiviteleri). İşyeri ve boş zaman aktiviteleri bölümlerinde, şiddetli ve orta şiddette fiziksel aktiviteler tanımlanmakta ve süreleri sorulmakta, bir yere gidip gelme bölümünde ise orta şiddette fiziksel aktivite (yürüme, bisiklete binme) sorgulanmaktadır. Günlük sedanter kalınan süre için ek bir soru bulunmaktadır.

MET, istirahat halindeki bir kişinin metabolik hızı olarak tanımlanır. Bir MET, rahat bir şekilde otururken harcanan enerji olarak tanımlanır ve 1 kcal/kg/saat harcamasına eşdeğerdir. GPAQ, tipik bir hafta boyunca kaç MET/dk fiziksel aktivite yapıldığını ölçer. GPAQ'dan elde edilen haftalık MET/dk, ölçek tipi bir değişkendir. Orta yoğunlukta fiziksel aktivite 4

MET/dk'a, şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite ise 8 MET/dk'a karşılık gelir. Haftalık toplam MET/dk hesaplanırken, her bir fiziksel aktivite türünün süresi bu katsayılarla çarpılır.

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Adıgüzel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik katsayıları oldukça yüksektir (Kappa 0,74-0,87; p<0,001; Spearman rho: 0,77-0,91; p<0,001). IPAQ ve GPAQ arasında neredeyse mükemmele yakın bir ilişki bulunmuştur (r=0,79-0,94; p<0,001). Ölçüt geçerliliği için, pedometre sonuçları ile GPAQ arasında yeterli düzeyde ilişki bulunmuştur (r=0,32; p=0,001) (88).

5.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Nicel veri analizi SPSS for Windows 30.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler: sıklık (n), yüzde (%), ortalama ± standart sapma (SS), ortanca (median), minimum (min), maksimum (maks) olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelenmiştir. Sürekli değişkenler normal dağılıma uymadıkları için nonparametrik (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testi) testler ile karşılaştırılmıştır. Sürekli değişkenler normal dağılmadığı için Spearman korelasyon testi ile sınanmıştır. BKİ 2 grup (obez olan-olmayan) olacak şekilde yapılan tekli analizler sonucunda belirlenen (p<0,25) bağımsız kategorik değişkenlerin BKİ'ye göre obez olma durumlarını öngörmedeki etkileri lojistik regresyon analizinde Backward LR yöntemiyle değerlendirilmiştir. Model uyumu, Hosmer-Lemeshow testiyle değerlendirilmiştir. Depresyona yatkınlığın beden kütle indeksi üzerindeki etkisinde, duygusal yemenin (DEBQ) ve fiziksel aktivitenin (GPAQ) aracılık rolü olup olmadığını test etmek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan regresyon analizi yapılmıştır. Bootstraps yönteminin Baron ve Kenny'nin geleneksel yönteminden ve Sobel testinden daha güvenilir sonuçlar verdiği öne sürülmektedir. Mediatör analizi, Hayes tarafından SPSS'e eklenti program olarak geliştirilen PROCESS macro versiyon 5.0 'Model 4' kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde, bootstrap tekniğiyle 5000 yeniden örneklem seçeneği tercih edilmiştir. Bootstrap tekniğiyle yapılan aracılık etki analizlerinde araştırma hipotezinin desteklenebilmesi için analiz neticesinde elde edilen %95 güven aralığındaki değerlerin sıfır değerini içermemesi gerekmektedir. Güven aralığı sıfır değerini içermediğinde dolaylı aracılık etkisi anlamlı kabul edilmiştir. Tüm analizler %95 güven aralığında değerlendirilmiş olup istatistiksel anlamlılık düzeyi p <0,05 kabul edilmiştir.

5.8.1. Sınıflama, Terim ve Kriterler

1. Bireylerin depresyon semptomlarını ölçmek için Beck Depresyon Envanteri kullanılacaktır. Beck Depresyon Envanterinden alınan puana göre depresyonun derecesi; 0-9 depresyon yok, 10-15 hafif depresyon, 16-23 orta derecede depresyon, 24-63 ciddi derecede depresyon olarak değerlendirilmiştir. 17 ve üzeri puan, depresyon için 'risk' grubunu oluşturan kesme noktası olarak kullanılmıştır.

2. Katılımcıların duygusal yeme davranışı Hollanda Yeme Davranışı Anketi – DEBQ ile ölçülecektir. Ölçeğin 'Duygusal Yeme' alt boyutu kullanılacak olup kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5 ve en yüksek 65 olup puan arttıkça 'Duygusal Yeme' durumu artmış olarak değerlendirilecektir. Karşılaştırmalar ortalama puanlar, standart sapma ve ortanca değerler üzerinden yapılmıştır.

3. Katılımcıların fiziksel aktivite durumu Küresel Fiziksel Aktivite Ölçeği (GPAQ)ile ölçülecektir. GPAQ'da yapılan kuvvetli ve orta yoğunluktaki aktiviteler için "Evet/Hayır" şeklinde iki soru sorulmuştur. İşyerinde yapılan her iki aktivite türüne de "Hayır" yanıtı verenler "işyerinde sedanter" olarak kabul edilmiştir. Boş zaman aktivitelerinde şiddetli ve orta şiddetli aktiviteler için "Evet/Hayır" şeklinde iki soru sorulmuştur. Her iki soruya da "Hayır" cevabı verenler "boş zaman aktivitelerinde sedanter" olarak kabul edilmiştir. Fiziksel aktivite puanının hesaplanması GPAQ analiz kılavuzuna göre, bir gece uykusunun ortalama 8 saat sürdüğü ve bir kişinin fiziksel aktivitede bulunabileceği maksimum sürenin günlük 16 saat olduğu kabul edilmiştir. Bu 16 saati aşan süreler dikkate alınmamıştır. Haftalık toplam MET-min: (Her hafta orta yoğunlukta aktivite yapılan dakika x4 MET) + (Her hafta şiddetli yoğunlukta aktivite yapılan dakika x 8 MET) Örnek: Eğer bir kişi haftada 3 saat yürüyor ve 1 saat basketbol oynuyorsa: 180 dk x 4 + 60 dk x 8 = 1200 MET-min olarak hesaplanır. Haftalık 600 MET-dk'nın altındaki seviyeler fiziksel olarak inaktif olarak kabul edilmiştir.

4. Katılımcıların metre cinsinden boy ve kilogram cinsinden vücut ağırlığı beyana göre beden kütle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır ve DSÖ sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 5.1. DSÖ Beden kütle indeksine göre (kg/m2) obezite sınıflaması

Sınıflama	**(kg/m^2)**
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kilolu	25-29,9
Obez	≥30
Evre 1	30-34,9
Evre 2	35-39,9
Evre 3 (Morbid)	≥40

5. Gelir gruplarının sınıflandırılmasında, veri toplama döneminin başlangıç ayı olan Temmuz 2025'e ait TÜRK-İŞ (Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu) açlık ve yoksulluk sınırı değerleri referans alınmıştır (89).

5.9. İzinler ve Etik İlkeler

Çalışmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu (tarih:23.06.2025, karar no: İ06-504-25) ve çalışmanın yürütüldüğü aile sağlığı merkezlerinin bağlı olduğu Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Ayrıca, çalışmaya başlamadan önce her katılımcıya çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmada, katılımcılara ilişkin onam formu doldurulmuş, yazılı ve sözel izinleri alınmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların bulunduğu aile sağlığı merkezlerine göre bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 6.1'de verilmiştir. Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, Çankaya'ya başvuranların %55,4'ü (n=144) kadın, Mamak'a başvuranların %68,6'sı kadın (n=81), toplamda ise %59,6'sı (n=226) kadındır. Yaş gruplarına göre toplamda %28,4'ü (n=106) 18-29 yaş, %23,3'ü (n=87) 30-39 yaş, %26,5'i (n=99) 40-49 yaş, %21,7'si (n=81) 50 yaş ve üzeridir. Çankaya katılımcılarının %25,6'sı (n=66) 18-29 yaş, %21,7'si (n=56) 30-39 yaş, %26,0'ı (n=67) 40-49 yaş ve %26,7'si (n=69) 50 yaş ve üzerindedir. Mamak'ta ise yaş dağılımı sırasıyla %34,8 (n=40), %27,0 (n=31), %27,8 (n=32) ve %10,4 (n=12) olarak belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre toplamda 'çalışıyorum' diyen bireyler %57,3 (n=217); 'çalışmıyorum' ise %42,7 (n=162)'dir. Çankaya'da 'çalışan' bireylerin yüzdesi %65,1 (n=170) iken, Mamak'ta bu %39,8 (n=47)'dir. Gelir gruplarına göre %10,9'u (n=41) 26.000 altı, %47,9 (n=180) 26.001-85.000 arası, %28,2 (n=106) 85.001-170.000 arası, %13,0 (n=49) 170.000 üzeridir. Çankaya bölgesinde %4,7'si (n=12) 26.000 TL altı, %38,0'ı (n=98) 26.001-85.000 TL arası, %38,4'ü (n=99) 85.001-170.000 TL arası ve %19,0'ı (n=49) 170.000 TL üzeri gelir grubunda yer almaktadır. Mamak'ta ise katılımcıların %24,6'sı (n=29) 26.000 TL altı, %69,5'i (n=82) 26.001-85.000 TL arası, %5,9'u (n=7) 85.001-170.000 TL arası gelir bildirmiş olup, 170.000 TL üzeri gelir grubunda katılımcı bulunmamaktadır (%0). Aile tipine göre %9,3'ü (n=35) 'yalnız', %78,8'i (n=298) 'çekirdek' ailede, %5,8'i (n=23) 'geniş' ailede, %6,1'i (n=23) 'parçalanmış' ailede yaşamaktadır. Çankaya katılımcılarının %11,5'i (n=30) yalnız yaşamakta, %77,4'ü (n=202) çekirdek ailede, %4,2'si (n=11) geniş ailede ve %6,9'u (n=18) parçalanmış ailede yaşamaktadır. Mamak katılımcılarının %4,2'si (n=5) yalnız yaşamakta, %82,2'si (n=97) çekirdek ailede, %9,3'ü (n=11) geniş ailede ve %4,2'si (n=5) parçalanmış ailede yaşamaktadır. Öğrenim durumuna göre %11,9'u (n=45) 'ortaokul mezunu ve altı', %18,7'si (n=71) 'lise mezunu', %69,4'ü (n=263) 'ön lisans mezunu ve üzeridir. Çankaya grubunda %3,4'ü (n=9) ortaokul ve altı mezunu, %9,6'sı (n=25) lise mezunu, %87,0'ı (n=227) ise ön lisans ve üzeri mezunudur. Mamak grubunda ise %30,5'i (n=36) ortaokul ve altı mezunu, %39,0'ı (n=46) lise mezunu, %30,5'i (n=36) ön lisans ve üzeri mezunudur. Cinsiyet ($p=0,016$), yaş grubu ($p=0,004$), çalışma durumu ($p<0,001$), gelir grubu ($p<0,001$), aile tipi ($p=0,024$) ve öğrenim durumu ($p<0,001$) açısından iki ASM arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Medeni duruma göre kişilerin %30,1'i (n=114) 'bekar', %63,3'ü (n=240) 'evli', %6,6'sı (n=25) 'boşanmış/dul 'dur. Çankaya'da %21,9'u (n=76) 'bekar', %62,8'i (n=164) 'evli', %8'i (n=21) boşanmış/dul ve Mamak'ta ise %32,2'si (n=38) 'bekar', %64,4'ü (n=76) 'evli', %3,4'ü (n=4) boşanmış/dul olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,228).

Tablo 6.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Aile Sağlığı Merkezine Göre Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		ASM			p*
		Çankaya	**Mamak**	**Toplam**	
Cinsiyet	Kadın	144 (55,4)	81 (68,6)	226 (59,6)	**0,016**
	Erkek	116 (44,6)	37 (31,4)	153 (40,4)	
Yaş grubu	18-29 yaş	66 (25,6)	40 (34,8)	106 (28,4)	
	30-39 yaş	56 (21,7)	31 (27,0)	87 (23,3)	**0,004**
	40-49 yaş	67 (26,0)	32 (27,8)	99 (26,5)	
	50 yaş ve üzeri	69 (26,7)	12 (10,4)	81 (21,7)	
Medeni durum	Bekâr	76 (29,1)	38 (32,2)	114 (30,1)	
	Evli	164 (62,8)	76 (64,4)	240 (63,3)	0,228
	Boşanmış/dul	21 (8,0)	4 (3,4)	25 (6,6)	
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	91 (34,9)	71 (60,2)	162 (42,7)	**<0,001**
	Çalışıyorum	170 (65,1)	47 (39,8)	217 (57,3)	
Gelir grup	26.000 altı	12 (4,7)	29 (24,6)	41 (10,9)	**<0,001**
	26.001-85.000 arası	98 (38,0)	82 (69,5)	180 (47,9)	
	85.001-170.000 arası	99 (38,4)	7 (5,9)	106 (28,2)	
	170.000 üzeri	49 (19,0)	0 (0)	49 (13,0)	
Aile tipi	Yalnız yaşıyor	30 (11,5)	5 (4,2)	35 (9,3)	**0,024**
	Çekirdek	202 (77,4)	97 (82,2)	298 (78,8)	
	Geniş	11 (4,2)	11 (9,3)	5,8 (23)	
	Parçalanmış	18 (6,9)	5 (4,2)	23 (6,1)	
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	9 (3,4)	36 (30,5)	45 (11,9)	**<0,001**
	Lise	25 (9,6)	46 (39,0)	71 (18,7)	
	Ön lisans ve Üzeri	227 (87,0)	36 (30,5)	263 (69,4)	
Toplam		261 (69)	118 (31)	379 (100)	

%=sütun yüzdesi, *Ki-kare testleri

Katılımcıların kayıtlı olduğu ASM' ye göre sağlık durumu ve davranışları ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 6.2'de verilmiştir. Sürekli ilaç veya ürün kullanımına %42,5'i (n=161) 'evet' yanıtını vermiştir. Çankaya ASM katılımcılarının %46,0'ı (n=120) sürekli ilaç veya ürün kullandığını belirtirken, bu Mamak ASM katılımcılarında %34,7 (n=41) olarak belirlenmiştir. Hanesinde fazla kilolu veya obez birey olanlar %26,4 (n=100) iken, olmayanlar %73,6 (n=279)'dır. Çankaya grubundaki katılımcıların %23,0'ünün (n=60) hanesinde fazla kilolu veya obez birey bulunurken, Mamak grubunda bu %66,1'dir (n=78). Kendi sağlığını "iyi/çok iyi" olarak değerlendirenlerin yüzdesi %57,3 (n=217), 'kötü/orta' değerlendirenlerin yüzdesi %42,7 (n=162), Çankaya'da "iyi/çok iyi" olarak değerlendirenler %62,5 (n=163); Mamak'ta ise 'iyi/çok iyi' %45,8 (n=54)'dir. Tütün ürünleri kullanma durumuna göre %49,3'ü (n=187) 'hiç içmedim', %12,9'u (n=49) 'bıraktım', %37,7'si (n=143) 'içiyorum' şeklinde yanıt vermiştir. Tütün ürünlerini kullananlar Çankaya'da %41,8 (n=109),

Mamak'ta %28,8'dir (n=34); kullanmayı bırakanlar Çankaya'da %13,4 (n=35), Mamak'ta %11,9'dur (n=14). Hiç kullanmamış olanlar ise Çankaya'da %44,8 (n=117), Mamak'ta %59,3 (n=70) olarak saptanmıştır. Son bir yılda alkol kullanımına göre 'hiç' kullanmayanlar %49,1 (n=186), 'yılda bir veya iki kez' kullananlar %19,5 (n=74), 'ayda bir veya iki kez' kullananlar %21,1 (n=80), 'haftada en az bir kez' kullananlar %10,3 (n=39)' tür. Çankaya'da son bir yılda hiç alkol kullanmayanlar %33,7 (n=88), yılda bir/iki kez kullananlar %23,4 (n=61), ayda bir/iki kez kullananlar %28,7 (n=75) ve haftada en az bir kez kullananlar %14,2'dir (n=37). Mamak'ta ise hiç kullanmayanlar %83,1 (n=98), yılda bir/iki kez kullananlar %11,0 (n=13), ayda bir/iki kez kullananlar %4,2 (n=5) ve haftada en az bir kez kullananlar %1,7'dir (n=2). Haftalık dışarıdan yemek tüketimi açısından %22,2'si (n=84) 'hiç', %55,1'i (n=209) '1-2 kez', %15,0'i (n=57) '3-4 kez', %7,7'si (n=29) '5 veya daha fazla' tükettiğini ifade etmiştir. Dışarıdan hiç yemek yemeyenler Çankaya'da %14,9 (n=39) iken Mamak'ta %38,1'dir (n=45). Haftada 1-2 kez tüketenler Çankaya'da %59,0 (n=154), Mamak'ta %46,6'dır (n=55). Haftada 5 veya daha fazla tüketenler ise Çankaya'da %9,2 (n=24), Mamak'ta %4,2'dir (n=5). Fiziksel aktivite durumuna bakıldığında; %25,9'u (98) inaktiftir, %74,1'i (281) ise aktiftir. Çankaya katılımcılarının %69,7'si (n=182) fiziksel olarak aktifken, bu Mamak'ta %83,9'dur (n=99). Günlük sedanter süresi 2-4 saat olanlar %29,8 (n=113), 5-7 saat %38,5 (n=146), 8 saat ve üzeri olanlar ise %31,7 (n=120)'dir. Sedanter süresi 8 saat ve üzeri olanlar Çankaya'da %37,5 (n=98) iken Mamak'ta %18,6'dır (n=22). Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlarına göre olası depresyon varlığı açısından 'Yok (0-9 puan)' %49,3 (n=187), 'Hafif (10-16 puan)' %32,5 (n=123), 'Orta/Şiddetli' %18,2 (n=69) bulunmuştur. "Orta/Şiddetli" grupta yer alanlar Mamak'ta %31,4 (n=37), Çankaya'da %12,3 (n=32) olarak belirlenmiştir. Sürekli ilaç veya ürün kullanımı (p=0,041), hanede fazla kilolu veya obez birey bulunması (p=0,026), kendi sağlığını değerlendirme durumu (p=0,002), tütün ürünleri kullanımı (p=0,027), son bir yılda alkol kullanımı (p<0,001), haftalık dışarıdan yemek tüketimi (p<0,001), fiziksel aktivite (p=0,004), günlük sedanter süre (p<0,001), BDE grupları (p<0,001) açısından iki grup arasındaki anlamlı bir fark saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların %34,3'ünde (n=130) kronik hastalık, %8,7'sinde (n=33) psikiyatrik hastalık bulunurken, %13,7'sinin (n=52) aile öyküsünde psikiyatrik hastalık mevcuttur. Ayrıca, katılımcıların yalnızca %2,4'ünün (n=9) fiziksel engeli olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %55,1'i (n=209) haftada 1-2 kez, %10,8'i (n=41) ise hemen her gün tatlı tüketirken; atıştırmalık tüketiminde de en geniş grubu %49,9 (n=189) ile haftada 1-2 kez tüketenler oluşturmaktadır. Gecelik ortalama uyku saatlerine bakıldığında; katılımcıların %9,2'si (n=35) 6 saatten az, %22,7'si (n=86) 6 saat, %37,5'inin (n=142) 7 saat, %24,0'ının (n=91) 8 saat, %6,6'sının (n=25) 9 saat ve üzeri uyuduğu saptanmıştır. Son olarak, beden kütle

indeksi (BKİ) gruplarına göre bireylerin %36,4'ü (n=138) zayıf/normal, %39,1'i (n=148) fazla kilolu ve %24,5'i (n=93) obez olarak sınıflandırılmıştır. Psikiyatrik (p=0,371) veya kronik bir hastalık varlığı (p=0,081), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (p=0,480), fiziksel engel durumu (p=0,144), haftalık tatlı (p=0,150) ve atıştırmalık tüketimi (p=0,681), gecelik ortalama uyku saati (p=0,245) ve BKİ grupları (p=0,190) açısından Çankaya ve Mamak grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir.

Tablo 6.2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Aile Sağlığı Merkezine Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		ASM			p*
		Çankaya	Mamak	Toplam	
Psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	25 (9,6)	8 (6,8)	33 (8,7)	0,371
	Hayır	236 (90,4)	110 (93,2)	346 (91,3)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	97 (37,2)	33 (28,0)	130 (34,3)	0,081
	Hayır	164 (62,8)	85 (72,0)	249 (65,7)	
Sürekli kullanılan İlaç /ürün	Evet	120 (46,0)	41 (34,7)	161 (42,5)	**0,041**
	Hayır	141 (54,0)	77 (65,3)	218 (57,5)	
Aile psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	38 (14,6)	14 (11,9)	52 (13,7)	0,480
	Hayır	223 (85,4)	104 (88,1)	327 (86,3)	
Hanede fazla kilolu/obez varlığı	Evet	60 (23,0)	78 (66,1)	100 (26,4)	**0,026**
	Hayır	201 (77,0)	40 (33,9)	279 (73,6)	
Kendi sağlığını değerlendirme	Çok kötü/Kötü /Orta	98 (37,5)	64 (54,2)	162 (42,7)	**0,002**
	İyi/Çok iyi	163 (62,5)	54 (45,8)	217 (57,3)	
Fiziksel engel varlığı	Evet	4 (1,5)	5 (4,2)	9 (2,4)	0,144#
	Hayır	257 (98,5)	118 (95,8)	370 (97,6)	
Tütün ürünleri kullanımı	Hiç içmedim	117 (44,8)	70 (59,3)	187 (49,3)	**0,027**
	Bıraktım	35 (13,4)	14 (11,9)	49 (12,9)	
	İçiyorum	109 (41,8)	34 (28,8)	143 (37,7)	
Alkol kullanımı	Hiç	88 (33,7)	98 (83,1)	186 (49,1)	**<0,001**
	Yılda bir veya iki	61 (23,4)	13 (11,0)	74 (19,5)	
	Ayda bir veya iki	75 (28,7)	5 (4,2)	80 (21,1)	
	Haftada en az bir	37 (14,2)	2 (1,7)	39 (10,3)	
Dışarıdan yemek tüketimi (Haftalık)	Hiç	39 (14,9)	45 (38,1)	84 (22,2)	**<0,001**
	1-2 kez	154 (59,0)	55 (46,6)	209 (55,1)	
	3-4 kez	44 (16,9)	13 (11,0)	57 (15,0)	
	5 veya daha fazla	24 (9,2)	5 (4,2)	29 (7,7)	
Tatlı tüketimi (Haftalık)	Hiç	34 (13,0)	10 (8,5)	44 (11,6)	0,150
	1-2 kez	142 (54,4)	67 (56,8)	209 (55,1)	
	3-4 kez	62 (23,8)	23 (19,5)	85 (22,4)	
	Hemen her gün	23 (8,8)	18 (15,3)	41 (10,8)	
Atıştırmalık tüketimi (Haftalık)	Hiç	49 (18,8)	18 (15,3)	67 (17,7)	0,681
	1-2 kez	132 (50,6)	57 (48,3)	189 (49,9)	
	3-4 kez	51 (19,5)	27 (22,9)	78 (20,6)	
	Hemen her gün	29 (11,1)	16 (13,6)	45 (11,9)	
Gecelik ortalama uyku saati	6 saatten az	21 (8,0)	14 (11,9)	35 (9,2)	0,245
	6 saat	61 (23,4)	25 (21,2)	86 (22,7)	
	7 saat	102 (39,1)	40 (33,9)	142 (37,5)	
	8 saat	64 (24,5)	27 (22,9)	91 (24,0)	
	9 saat ve üzeri	13 (5,0)	12 (10,2)	25 (6,6)	
Fiziksel aktivite	İnaktif	79 (30,3)	19 (16,1)	98 (25,9)	**0,004**
	Aktif	182 (69,7)	99 (83,9)	281 (74,1)	
Sedanter süre	2-4 saat	64 (24,5)	49 (41,5)	113 (29,8)	**<0,001**
	5-7 saat	99 (37,9)	47 (39,8)	146 (38,5)	
	8 saat ve üzeri	98 (37,5)	22 (18,6)	120 (31,7)	
BKİ grup	Zayıf/Normal	99 (37,9)	39 (33,1)	138 (36,4)	0,190
	Fazla kilolu	105 (40,2)	43 (36,4)	148 (39,1)	
	Obez	57 (21,8)	36 (30,5)	93 (24,5)	
BDE puan	Yok (0-9 puan)	148 (56,7)	39 (33,1)	187 (49,3)	**<0,001**
	Hafif (10-16 puan)	81 (31,0)	42 (35,6)	123 (32,5)	
	Orta/Şiddetli	32 (12,3)	37 (31,4)	69 (18,2)	

%=sütun yüzdesi, *Ki-kare testleri, #Fisher's exact test

6.2. Aile Sağlığı Merkezleri Arasında Ölçek Puanlarının ve Bazı Sayısal Değişkenlerin Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bireylerin aile sağlığı merkezleri arasında ölçek puanlarının ve bazı sayısal değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 6.3'de verilmiş olup yaş ortalaması toplamda 39,1±12,3 (ortanca: 39,0; min-maks: 18,0-65,0), BKİ ortalaması 27,3±5,2 (ortanca: 26,8; min-maks: 16,3-48,8), Beck Depresyon Envanteri (BDE) puan ortalaması 10,5±6,9 (ortanca: 10,0; min-maks: 0,0-40,0), Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) duygusal yeme alt boyutundan alınan puan ortalaması 27,5±13,1 (ortanca: 24,0; min-maks: 13,0-65,0), Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ) MET değerleri genel ortalaması 2272,0±2561,7 (ortanca: 1680,0; min-maks: ,0-23440,0), günlük sedanter süre ortalaması 6,4±2,9 saat (ortanca: 6,0; min-maks: 2,0-15,0) olarak saptanmıştır. Yaş (p<0,001), BDE puanı (p<0,001), GPAQ MET puanı (p<0,001) ve sedanter süreler (p<0,001) açısından iki grup arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir. Gruplar arasında BKİ (p=0,059) ve duygusal yeme (p=0,227) alt boyutundan alınan puan açısından ise fark yoktur.

Tablo 6.3. Aile Sağlığı Merkezleri Arasında Ölçek Puanlarının ve Bazı Sayısal Değişkenlerin Karşılaştırılması

		Çankaya	**Mamak**	**Toplam**	**p**
Yaş	Ort.±SS	40,8±12,5	35,4±11,0	39,1±12,3	**<0,001**
	Ortanca (min-maks)	40,5 (18,0-65,0)	34,0 (18,0-60,0)	39,0 (18,0-65,0)	
BKİ	Ort.±SS	26,9±5,0	28,2±5,7	27,3±5,2	0,059
	Ortanca (min-maks)	26,7 (16,3-48,8)	27,6 (16,6-47,5)	26,8 (16,3-48,8)	
BDE puan	Ort.±SS	9,3±6,2	13,2±7,6	10,5±6,9	
	Ortanca (min-maks)	8,0 (0,0-30,0)	12,0 (0,0-40,0)	10,0 (0,0-40,0)	**<0,001**
DEBQ puan	Ort.±SS	28,2±13,4	26,1±12,4	27,5±13,1	0,227
	Ortanca (min-maks)	26,0 (13,0-65,0)	23,0 (13,0-63,0)	24,0 (13,0-65,0)	
GPAQ met (dakika)	Ort.±SS	1950,0±2056,8	2984,1±3325,3	2272,0±2561,7	**<0,001**
	Ortanca (min-maks)	1480,0 (0,0-15720,0	2060,0 (0,0-23440,0)	1680,0 (0,0-23440,0)	
Sedanter süre (saat)	Ort.±SS	6,9±3,0	5,5±2,4	6,4±2,9	**<0,001**
	Ortanca (min-maks)	6,0 (2,0-15,0)	5,0 (2,0-14, 0)	6,0 (2,0-15,0)	

SS: standart sapma, min: minimum, maks: maksimum

6.3. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri Gruplarına Göre Karşılaştırılması

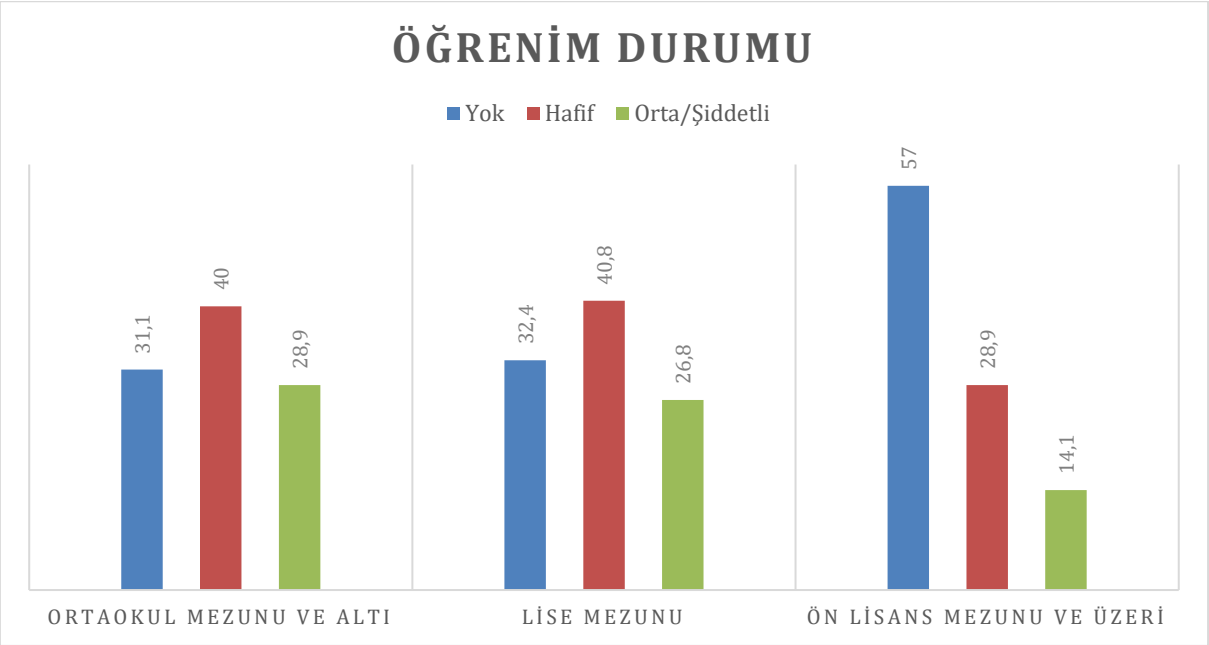
Sosyodemografik özelliklerin BDE gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6.4'te sunulmuştur. Çalışmayan bireylerin %41,4'ü (n=67) "yok", %35,8'i (n=58) "hafif" ve %22,8'i

(n=37) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. Çalışan bireylerin ise %55,3'ü (n=120) "yok", %30,0'ı (n=65) "hafif" ve %14,7'si (n=32) "orta/şiddetli" gruptadır. Çalışma durumuna göre fark anlamlı bulunmuştur (p=0,019). Gelir gruplarına göre 26.000 TL altı gelire sahip olanların %36,6'sı (n=15) "yok", %31,7'si (n=13) "hafif" ve %31,7'si (n=13) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. 26.001-85.000 TL arası geliri olanların %42,8'i (n=77) "yok", %35,0'ı (n=63) "hafif" ve %22,2'si (n=40) "orta/şiddetli" gruptadır. 85.001-170.000 TL arası geliri olanların %56,6'sı (n=60) "yok", %31,1'i (n=33) "hafif" ve %12,3'ü (n=13) "orta/şiddetli" gruptadır. 170.000 TL'nin üzerinde geliri olanların ise %69,4'ü (n=34) "yok", %26,5'i (n=13) "hafif" ve %4,1'i (n=2) "orta/şiddetli" olarak belirlenmiştir. Gelir grupları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,001). Öğrenim durumuna göre ortaokul mezunu ve altı eğitime sahip olanların %31,1'i (n=14) "yok", %40,0'ı (n=18) "hafif" ve %28,9'u (n=13) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. Lise mezunlarının %32,4'ü (n=23) "yok", %40,8'i (n=29) "hafif" ve %26,8'i (n=19) "orta/şiddetli" gruptadır. Ön lisans mezunu ve üzeri eğitime sahip bireylerin ise %57,0'ı (n=150) "yok", %28,9'u (n=76) "hafif" ve %14,1'i (n=37) "orta/şiddetli" BDE grubunda yer almaktadır (Şekil 6.1). Öğrenim durumu grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p <0,001). Cinsiyet (p=0,578), yaş grubu (p=0,529), medeni durum (p=0,428), aile tipi (p=0,167) açısından gruplar arasındaki fark anlamlı değildir.

Tablo 6.4. Sosyodemografik Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		BDE Grupları			p*
		Yok	Hafif	Orta/Şiddetli	
Cinsiyet	Kadın	109 (48,2)	72 (31,9)	45 (19,9)	0,578
	Erkek	78 (51,0)	51 (33,3)	24 (15,7)	
Yaş grubu	18-29 yaş	45 (42,5)	38 (35,8)	23 (21,7)	0,529
	30-39 yaş	42 (48,3)	32 (36,8)	13 (14,9)	
	40-49 yaş	54 (54,5)	27 (27,3)	18 (18,2)	
	50 yaş ve üzeri	43 (53,1)	23 (28,4)	15 (18,5)	
Medeni durum	Bekâr	48 (42,1)	41 (36,0)	25 (21,9)	0,428
	Evli	126 (52,5)	75 (31,3)	39 (16,3)	
	Boşanmış/dul	13 (52,0)	7 (28,0)	5 (20,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	67 (41,4)	58 (35,8)	37 (22,8)	**0,019**
	Çalışıyorum	120 (55,3)	65 (30,0)	32 (14,7)	
Gelir grup	26.000 altı	15 (36,6)	13 (31,7)	13 (31,7)	
	26.001-85.000 arası	77 (42,8)	63 (35,0)	40 (22,2)	**0,001**
	85.001-170.000 arası	60 (56,6)	33 (31,1)	13 (12,3)	
	170.000 üzeri	34 (69,4)	13 (26,5)	2 (4,1)	
Aile tipi	Yalnız yaşıyor	22 (62,9)	9 (25,7)	4 (11,4)	0,167
	Çekirdek	149 (49,8)	98 (32,8)	52 (17,4)	
	Geniş	7 (31,8)	7 (31,8)	8 (36,4)	
	Parçalanmış	9 (39,1)	9 (39,1)	5 (21,7)	
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	14 (31,1)	18 (40,0)	13 (28,9)	
	Lise	23 (32,4)	29 (40,8)	19 (26,8)	**<0,001**
	Ön lisans ve üzeri	150 (57,0)	76 (28,9)	37 (14,1)	

%=satır yüzdesi, *Ki-kare testleri



Şekil 6.1. Öğrenim Durumuna Göre Beck Depresyon Envanteri Gruplarının Dağılımı

Bazı tanımlayıcı özelliklerin BDE gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6.5'te verilmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğunu belirten katılımcıların %24,2'si (n=8) "yok", %39,4'ü (n=13) "hafif" ve %36,4'ü (n=12) "orta/şiddetli" Beck Depresyon Envanteri (BDE) grubunda yer almaktadır. Psikiyatrik hastalığı bulunmayanların ise %51,7'si (n=179) "yok", %31,8'i (n=110) "hafif" ve %16,5'i (n=57) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Kendi sağlığını "çok kötü/kötü/orta" olarak değerlendiren katılımcıların %30,9'u (n=50) "yok", %38,9'u (n=63) "hafif" ve %30,2'si (n=49) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. Sağlığını "iyi/çok iyi" olarak değerlendirenlerin %63,1'i (n=137) "yok", %27,6'sı (n=60) "hafif" ve %9,2'si (n=20) "orta/şiddetli" gruptadır. Kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Alkolü hiç kullanmayanların %44,1'i (n=82) "yok", %33,9'u (n=63) "hafif" ve %22,0'si (n=41) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. Yılda bir veya iki kez kullananların %54,1'i (n=40) "yok", %32,4'ü (n=24) "hafif" ve %13,5'i (n=10) "orta/şiddetli" gruptadır. Ayda bir veya iki kez kullananların %63,7'si (n=51) "yok", %23,8'i (n=19) "hafif" ve %13,5'i (n=10) "orta/şiddetli" gruptadır. Haftada en az bir kez kullananların ise %35,9'u (n=14) "yok", %43,6'sı (n=17) "hafif" ve %20,5'i (n=8) "orta/şiddetli" grubundadır. Alkol kullanımı grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,035). Kronik hastalık varlığı (p=0,293), sürekli ilaç veya ürün kullanımı (p=0,155), ailede psikiyatrik bir hastalık varlığı (p=0,132), hanede fazla kilolu veya obez birey varlığı (p=0,847), fiziksel engel durumu (p=0,230) ve tütün ürünleri kullanma (p=0,944) durumu açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.5. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		BDE grupları			p*
		Yok	Hafif	Orta/Şiddetli	
Psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	8(24,2)	13(39,4)	12(36,4)	**0,003**
	Hayır	179(51,7)	110(31,8)	57(16,5)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	59(45,4)	42((32,3)	29(22,3)	0,293
	Hayır	128(51,4)	81(32,3)	40(16,1)	
Sürekli kullanılan ilaç/ürün	Evet	71(44,1)	55(34,2)	35(21,7)	0,155
	Hayır	116(53,2)	68(31,2)	34(15,6)	
Aile psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	20(38,5)	18(34,6)	14(26,9)	0,132
	Hayır	167(51,1)	105(32,1)	55(16,8)	
Hanede fazla kilolu/obez varlığı	Evet	49(49,0)	31(31,0)	20(20,0)	0,847
	Hayır	138(49,5)	92(33,0)	49(17,6)	
Kendi sağlığını değerlendirme	Çok kötü/Kötü /Orta	50(30,9)	63(38,9)	49(30,2)	**<0,001**
	İyi/Çok iyi	137(63,1)	60(27,6)	20(9,2)	
Fiziksel engel varlığı	Evet	2(22,2)	4(44,4)	3(33,3)	0,230
	Hayır	185(50,0)	119(32,2)	66(17,8)	
Tütün ürünleri kullanımı	Hiç içmedim	94(50,3)	57(30,5)	36(19,3)	0,944
	Bıraktım	24(49,0)	17(34,7)	8(16,3)	
	İçiyorum	69(48,3)	49(34,3)	25(17,5)	
Alkol kullanımı	Hiç	82(44,1)	63(33,9)	41(22,0)	**0,035**
	Yılda bir veya iki	40(54,1)	24(32,4)	10(13,5)	
	Ayda bir veya iki	5163,7)	19(23,8)	10(13,5)	
	Haftada en az bir kez	14(35,9)	17(43,6)	8(20,5)	

%=satır yüzdesi, *Ki-kare testleri

Bazı tanımlayıcı özelliklerin BDE gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6.6'da verilmiştir. Haftalık hiç tatlı tüketmeyenlerin %52,3'ü (n=23) "yok", %29,5'i (n=13) "hafif" ve %18,2'si (n=8) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. Haftada 1-2 kez tüketenlerin %51,2'si (n=107) "yok", %34,9'u (n=73) "hafif" ve %13,9'u (n=29) "orta/şiddetli" gruptadır. Haftada 3-4 kez tüketenlerin %45,9'u (n=39) "yok", %34,9'u (n=29) "hafif" ve %20,0'si (n=17) "orta/şiddetli" gruptadır. Hemen her gün tatlı tüketenlerin ise %43,9'u (n=18) "yok", %19,5'i (n=8) "hafif" ve %36,6'sı (n=15) "orta/şiddetli" olarak belirlenmiştir. Tatlı tüketim sıklığına göre anlamlı fark görülmüştür (p=0,039). Haftalık atıştırmalık hiç tüketmeyenlerin %56,7'si (n=38) "yok", %23,9'u (n=16) "hafif" ve %19,4'ü (n=13) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. Haftada 1-2 kez tüketenlerin %53,4'ü (n=101) "yok", %31,7'si (n=60) "hafif" ve %14,8'i (n=28) "orta/şiddetli" gruptadır. Haftada 3-4 kez tüketenlerin %44,9'u (n=35) "yok", %37,2'si (n=29) "hafif" ve %17,9'u (n=14) "orta/şiddetli" gruptadır. Hemen her gün tüketenlerin %28,9'u (n=13) "yok", %40,0'ı (n=18) "hafif" ve %31,1'i (n=14) "orta/şiddetli" BDE grubunda yer almaktadır. Atıştırmalık tüketimine göre gruplar arasında fark vardır (p=0,033). Gecelik ortalama 6 saatten az uyuyanların %31,4'ü (n=11) "yok", %34,3'ü (n=12) "hafif" ve %34,3'ü (n=12) "orta/şiddetli" BDE grubundadır. 6 saat uyuyanların %53,5'i (n=46) "yok", %27,9'u (n=24) "hafif" ve %18,6'sı (n=16) "orta/şiddetli" gruptadır. 7 saat uyuyanların %49,3'ü (n=70) "yok", %31,0'ı (n=44)

"hafif" ve %19,7'si (n=28) "orta/şiddetli" gruptadır. 8 saat uyuyanların %53,8'i (n=49) "yok", %38,5'i (n=35) "hafif" ve %7,7'si (n=7) "orta/şiddetli" gruptadır. 9 saat ve üzeri uyuyanların ise %44,0'ı (n=11) "yok", %32,0'ı (n=8) "hafif" ve %24,0'ı (n=6) "orta/şiddetli" olarak saptanmıştır. Gecelik uyku süresi açısından fark anlamlı bulunmuştur (p=0,043). Haftalık dışarıdan yemek tüketimi (p=0,470), BKİ grupları (0,439), fiziksel aktivite (p=0,685) ve sedanter süre (p=0,103) açısından fark anlamlı değildir.

Tablo 6.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		BDE grupları			p*
		Yok	Hafif	Orta/Şiddetli	
Dışarıdan yemek tüketimi	Hiç	35(41,7)	29(34,5)	20(23,8)	0,470
	Haftada 1-2 kez	108(51,7)	70(33,5)	31(14,8)	
	Haftada 3-4 kez	28(49,1)	16(28,1)	13(22,8)	
	Haftada 5 veya daha fazla	16(55,2)	8(27,6)	5(17,2)	
Haftalık tatlı tüketimi	Hiç	23(52,3)	13(29,5)	8(18,2)	**0,039**
	1-2 kez	107(51,2)	73(34,9)	29(13,9)	
	3-4 kez	39(45,9)	29(34,9)	17(20,0)	
	Hemen her gün	18(43,9)	8(19,5)	15(36,6)	
Haftalık atıştırmalık tüketimi	Hiç	38(56,7)	16(23,9)	13(19,4)	**0,033**
	1-2 kez	101(53,4)	60(31,7)	28(14,8)	
	3-4 kez	35(44,9)	29(37,2)	14(17,9)	
	Hemen her gün	13(28,9)	18(40,0)	14(31,1)	
Gecelik ortalama uyku saati	6 saatten az	11(31,4)	12(34,3)	12(34,3)	**0,043**
	6 saat	46(53,5)	24(27,9)	16(18,6)	
	7 saat	70(49,3)	44(31,0)	28(19,7)	
	8 saat	49(53,8)	35(38,5)	7(7,7)	
	9 saat ve üzeri	11(44,0)	8(32,0)	6(24,0)	
BKİ grup	Zayıf/Normal	70 (50,7)	44 (31,9)	24 (17,4)	0,439
	Fazla kilolu	79 (53,4)	44 (29,7)	25 (16,9)	
	Obez	38 (40,9)	35 (37,6)	20 (21,5)	
Fiziksel aktivite	İnaktif	52(53,1)	29(29,6)	17(17,3)	0,685
	Aktif	135(48,0)	94(33,5)	52(18,5)	
Sedanter süre	2-4 saat	51(45,1)	33(29,2)	29(25,7)	0,103
	5-7 saat	76(52,1)	52(35,6)	18(12,3)	
	8 saat ve üzeri	60(50,0)	38(31,7)	22(18,2)	

%=satır yüzdesi, *Ki-kare testleri

6.4. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 6.7'de verilmiştir.

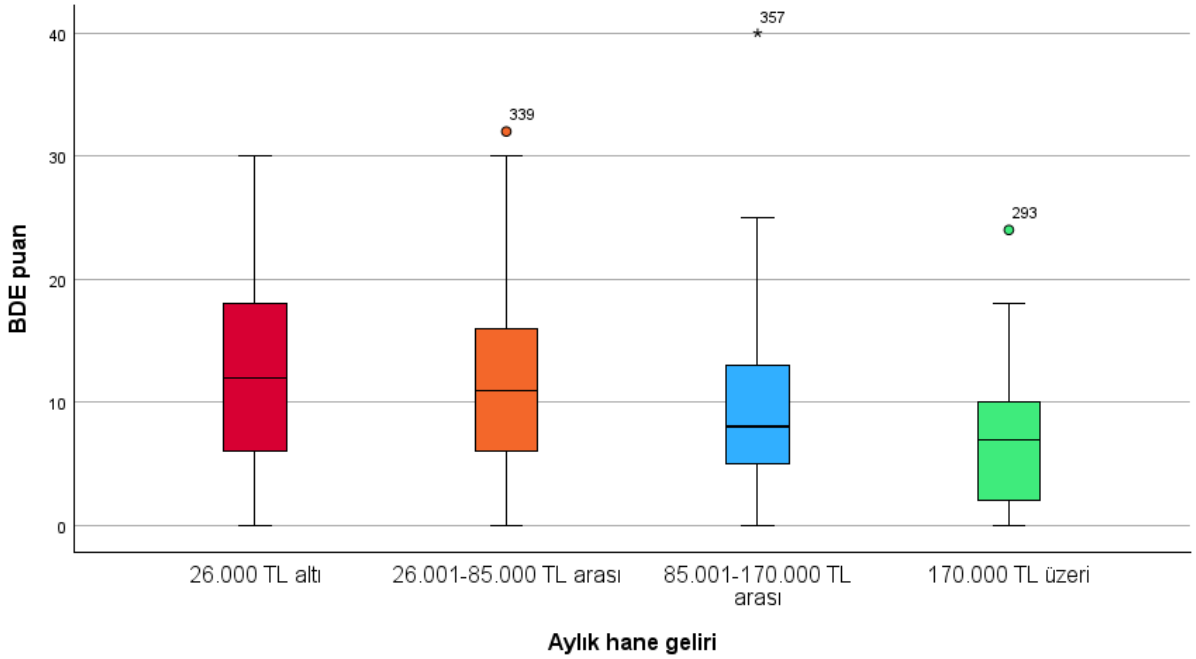
Çalışan bireylerin BDE puan ortalaması 9,8±6,9 (ortanca:8,0; min-maks:0-40), çalışmayan bireylerin puan ortalaması ise 11,5±6,7 (ortanca:11,0; min-maks:0-30) olarak

bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,009). BDE puan ortalaması 26.000 TL altı geliri olanlarda 12,3±7,4 (ortanca:12,0; min-maks:0-30), 26.001-85.000 TL arası geliri olanlarda 11,7±6,9 (ortanca: 11,0; min-maks:0-32), 85.001-170.000 TL arası olanlarda 9,5±6,6 (ortanca: 8,0; min-maks:0-40) ve 170.000 TL üzeri olanlarda 6,9±5,3 (ortanca: 7,0; min-maks:0-24) olarak belirlenmiştir (Şekil 6.2). Gelir grupları arasındaki fark anlamlıdır (p<0,001). Yalnız yaşayanların BDE puan ortalaması 9,1±6,8 (ortanca: 8,0; min-maks:0-27), çekirdek ailede yaşayanların 10,3±6,7 (ortanca:10,0; min-maks:0-40), geniş ailede yaşayanların 14,5±8,1 (ortanca: 15,0; min-maks:1-32) ve parçalanmış ailede yaşayanların 12,2±7,9 (ortanca: 12,0; min-maks:2-30) olarak saptanmış olup gruplar arasında fark görülmüştür (p=0,031). BDE puan ortalaması ortaokul ve altı öğrenim görenlerde 13,4±6,9 (ortanca: 12,0; min-maks:4-30), lise mezunlarında 12,9±7,5 (ortanca: 12,0; min-maks:0-40) ve ön lisans ve üzeri mezunlarda 9,4±6,5 (ortanca: 8,0; min-maks:0-30) olarak bulunmuştur. Öğrenim durumuna göre anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Cinsiyet (p=0,531), yaş grupları (p=0,126) ve medeni durum (p=0,053) açısından BDE puanında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.7. Sosyodemografik Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puanlarına Göre Karşılaştırılması

		BDE puanı		**p**
		Ortalama±SS	**Ortanca (min-maks)**	
Cinsiyet	Kadın	10,9±7,2	10,0 (0-40)	0,531
	Erkek	10,1±6,4	9,0 (0-30)	
Yaş grubu	18-29 yaş	11,8±7,1	11 (0-32)	0,126
	30-39 yaş	10,2±6,8	10,0 (0-40)	
	40-49 yaş	9,8±6,8	8,0 (0-29)	
	50 yaş ve üzeri	10,3±6,9	9,0 (0-30)	
Medeni durum	Bekar	12,0±7,7	11,5 (0-40)	0,053
	Evli	9,8±6,4	8,5 (0-30)	
	Boşanmış/dul	10,8±7,0	9,0 (2-30)	
Çalışma durumu	Çalışıyorum	9,8±6,9	8,0 (0-40,0)	**0,009**
	Çalışmıyorum	11,5±6,7	11,0 (0-30)	
Gelir grup	26.000 TL altı	12,3±7,4	12,0 (0-30)[a]	**<0,001**
	26.001-85.000 TL arası	11,7±6,9	11,0 (0-32) [ab]	
	85.001-170.000 TL arası	9,5±6,6	8,0 (0-40) [b]	
	170.000 TL üzeri	6,9±5,3	7,0 (0-24)[a]	
Aile tipi	Yalnız yaşıyor	9,1±6,8	8,0 (0-27)	**0,031**
	Çekirdek	10,3±6,7	10,0 (0-40)	
	Geniş	14,5±8,1	15,0 (1-32)	
	Parçalanmış	12,2±7,9	12,0 (2-30)	
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	13,4±6,9	12,0 (4-30)	**<0,001**
	Lise mezunu	12,9±7,5	12,0 (0-40)	
	Ön lisans ve üzeri	9,4±6,5	8,0 (0-30)	

[a,b] Farkı oluşturan gruplar



Şekil 6.2. Aylık hane gelir gruplarına göre Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlarının dağılımı

Bazı tanımlayıcı özelliklerin BDE puanına göre karşılaştırılması Tablo 6.8'de görülmektedir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanların BDE puan ortalaması 14,6±6,7 (ortanca: 14,0; min-maks:2-27), olmayanların puan ortalaması 10,1±6,8 (ortanca: 9,0; min-maks:0-40) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Ailesinde psikiyatrik hastalık olanların BDE puan ortalaması 12,9±7,2 (ortanca: 12,0; min-maks:0-27) iken, olmayanların ortalaması 10,1±6,8 (ortanca: 9,0; min-maks:0-40) olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark anlamlıdır (p=0,010). Kendi sağlığını çok kötü/kötü/orta düzeyde değerlendirenlerin BDE puan ortalaması 13,5±7,0 (ortanca: 14,0; min-maks: 0-40) iken, iyi/çok iyi değerlendirenlerin ortalaması 8,3±5,9 (ortanca: 7,0; min-maks:0-32) olarak belirlenmiş olup gruplar arasında fark görülmüştür (p<0,001). BDE puan ortalaması alkolü hiç kullanmayanlarda 11,3±7,1 (ortanca: 11,0; min-maks:0-40), yılda bir/iki kez kullananlarda 9,8±6,0 (ortanca: 8,5; min-maks:0-24), ayda bir/iki kez kullananlarda 8,7±6,9 (ortanca: 6,5; min-maks:0-27) ve haftada en az bir kez kullananlarda 12,0±6,4 (ortanca: 11,0; min-maks: 2-30) olarak saptanmıştır. Alkol tüketim sıklığına göre BDE puanları arasındaki fark anlamlıdır (p=0,004). Fiziksel engel durumu (p=0,112), tütün ürünleri kullanımı (p=0,959), sürekli ilaç veya ürün kullanımı (p=0,063), hanesinde fazla kilolu/obez birey bulunması (p=0,369) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6.8. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puanlarına Göre Karşılaştırılması

		BDE puanı		p
		Ortalama±SS	Ortanca (min-maks)	
Tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	14,6±6,7	14,0 (2-27)	**<0,001**
	Hayır	10,1±6,8	9,0 (0-40)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	11,1±7,1	10 (0-30)	0,265
	Hayır	10,2±6,8	9,0 (0-40)	
Sürekli kullanılan ilaç/ürün	Evet	11,2±6,9	11,0 (0-30)	0,063
	Hayır	10,0±6,8	8,5 (0-40)	
Aile psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	12,9±7,2	12 (0-27)	**0,010**
	Hayır	10,1±6,8	9,0 (0-40)	
Hanede fazla kilolu/obez varlığı	Evet	11,0±7,0	10,0 (0-30)	0,369
	Hayır	10,4±6,9	10,0 (0-40)	
Kendi sağlığını değerlendirme durumu	Çok kötü/kötü/orta	13,5±7,0	14,0 (0-40)	**<0,001**
	İyi/çok iyi	8,3±5,9	7,0 (0-32)	
Fiziksel engel varlığı	Evet	14,0±6,8	13,0 (4-25)	0,112
	Hayır	10,5±6,9	9,5 (0-40)	
Tütün ürünleri kullanımı	Hiç içmedim	10,6±7,0	9,0 (0-40)	0,959
	Bıraktım	10,4±7,1	10,0 (0-32)	
	İçiyorum	10,6±6,9	10,0 (0-40)	
Alkol kullanımı	Hiç	11,3±7,1	11,0 (0-40)[a]	**0,004**
	Yılda bir veya iki	9,8±6,0	8,5 (0-24)	
	Ayda bir veya iki	8,7±6,9	6,5 (0-27)[ab]	
	Haftada en az bir	12,0±6,4	11,0 (2-30)[b]	

[a,b] Farkı oluşturan gruplar

Bazı tanımlayıcı özelliklerin BDE puanına göre karşılaştırılması Tablo 6.9'da verilmiştir. Haftalık atıştırmalık tüketmeyenlerin BDE puan ortalaması 9,4±7,7 (ortanca: 7,0; min-maks: 0-26), haftada 1-2 kez tüketenlerin 10,0±6,3 (ortanca: 8,0; min-maks:0-32), 3-4 kez tüketenlerin 10,8±6,4 (ortanca: 10,5; min-maks:1-26) ve hemen her gün tüketenlerin 13,8±8,0 (ortanca: 13,0; min-maks:0-40) olarak saptanmıştır. Atıştırmalık tüketim sıklığı grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,006). Gecelik ortalama uyku süresi 6 saatten az olanların BDE puan ortalaması 13,4±6,8 (ortanca: 15,0; min-maks:0-26), 6 saat olanların 10,4±6,6 (ortanca: 8,0; min-maks:1-27), 7 saat olanların 10,9±7,2 (ortanca: 10,0; min-maks:0-40), 8 saat olanların 7,5±6,3 (ortanca: 8,0; min-maks:0-32) ve 9 saat ve üzeri olanların 11,7±7,4 (ortanca: 10,0; min-maks:0-27) olarak belirlenmiştir. Uyku süreleri arasındaki BDE puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,008). Haftalık dışarıdan yemek tüketimi (p=0,282), haftalık tatlı tüketimi (p=0,099), fiziksel aktivite (p=0,186), sedanter süre (p=0,488) ve BKİ grupları arasında (p=0,145) anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 6.9. Tanımlayıcı Özelliklerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puanlarına Göre Karşılaştırılması

		BDE puanı		p
		Ortalama±SS	Ortanca (min-maks)	
Haftalık dışarıdan yemek tüketimi	Hiç	11,6±6,7	10,5 (0-30)	0,282
	1-2 kez	10,0±6,6	9,0 (0-32)	
	3-4 kez	11,1±8,0	10,0 (0-40)	
	5 veya daha fazla	10,1±7,5	9,0 (0-27)	
Haftalık tatlı tüketimi	Hiç	9,8±7,3	8,5 (0-25)	0,099
	1-2 kez	10,0±6,5	9,0 (0-32)	
	3-4 kez	11,1±6,5	11,0 (0-26)	
	Hemen her gün	13,1±8,7	11,0 (1-40)	
Haftalık atıştırmalık tüketimi	Hiç	9,4±7,7	7,0 (0-26)[a]	**0,006**
	1-2 kez	10,0±6,3	8,0 (0-32)[b]	
	3-4 kez	10,8±6,4	10,5 (0-26)	
	Hemen her gün	13,8±8,0	13,0 (1-40)[ab]	
Gecelik ortalama uyku saati	6 saatten az	13,4±6,8	15,0 (0-26)[a]	**0,008**
	6 saat	10,4±6,6	8,0 (1-27)	
	7 saat	10,9±7,2	10,0 (0-40)	
	8 saat	7,5±6,3	8,0 (0-32)[a]	
	9 saat ve üzeri	11,7±7,4	10,0 (0-27)	
Fiziksel aktivite	İnaktif	9,83±7,2	8 (0-40)	0,186
	Aktif	10,8±6,8	10,0 (0-32)	
Sedanter süre	2-4 saat	11,1±7,1	10 (0-26)	0,488
	5-7 saat	10,1±6,3	9 (0-30)	
	8 saat ve üzeri	10,5±7,3	9,5 (0-40)	
BKİ grup	Zayıf/normal	5,0±2,6	5 (0-9)	0,145
	Fazla kilolu	12,7±1,9	13 (10-16)	
	Obez	21,8±4,3	21 (17-40)	

[a,b]Farkı oluşturan gruplar

6.5. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin beden kütle indeksi gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6.10'da sunulmuştur. Kadınların %47,8'i (n=108) zayıf/normal, %31,9'u (n=72) fazla kilolu ve %20,4'ü (n=46) obez grubundadır. Erkeklerin ise %19,6'sı (n=30) zayıf/normal, %49,7'si (n=76) fazla kilolu ve %30,7'si (n=47) obez grubunda yer almaktadır. Cinsiyet grupları arasındaki dağılım farkı anlamlı bulunmuştur (p <0,001). Medeni duruma bakıldığında, bekâr katılımcıların %48,2'si (n=55) zayıf/normal, %28,9'u (n=33) fazla kilolu, %22,8'i (n=26) obezdir. Evli katılımcıların %29,2'si (n=70) zayıf/normal, %44,6'sı (n=107) fazla kilolu, %26,3'ü (n=63) obezdir. Boşanmış/dul katılımcıların %52,0'si (n=13) zayıf/normal, %32,0'si (n=8) fazla kilolu, %16,0'sı (n=4) obezdir. Medeni duruma göre anlamlı fark görülmüştür (p=0,003). Yalnız yaşayanların %45,7'si (n=16) zayıf/normal, %40,0'ı (n=14) fazla kilolu, %14,3'ü (n=5) obezdir. Çekirdek ailede yaşayanların %33,8'i (n=101) zayıf/normal, %41,1'i (n=123) fazla kilolu, %25,1'i (n=75) obezdir. Geniş ailede yaşayanların %27,3'ü (n=6) zayıf/normal, %31,8'i (n=7) fazla kilolu, %40,9'u (n=9) obezdir. Parçalanmış

ailede yaşayanların ise %65,2'si (n=15) zayıf/normal, %17,4'ü (n=4) fazla kilolu, %17,4'ü (n=4) obezdir. Aile tipi açısından anlamlı fark bulunmuştur (p=0,021). Ortaokul ve altı eğitime sahip olanların %20,0'ı (n=9) zayıf/normal, %31,1'i (n=14) fazla kilolu, %48,9'u (n=22) obezdir. Lise mezunlarının %28,2'si (n=20) zayıf/normal, %45,1'i (n=32) fazla kilolu, %26,8'i (n=19) obezdir. Ön lisans ve üzeri eğitime sahip bireylerin ise %41,4'ü (n=109) zayıf/normal, %38,8'i (n=102) fazla kilolu, %19,8'i (n=52) obez grubunda yer almaktadır. Öğrenim durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p <0,001). Yaş grupları (p=0,082), çalışma durumu (p=0,369) ve gelir grupları (p=0,567) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 6.10. Sosyodemografik Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		BKİ			p*
		Zayıf/normal	Fazla kilolu	Obez	
Cinsiyet	Kadın	108 (47,8)	72 (31,9)	46 (20,4)	**<0,001**
	Erkek	30 (19,6)	76 (49,7)	47 (30,7)	
Yaş grubu	18-29 yaş	50 (47,2)	31 (29,2)	25 (23,6)	0,082
	30-39 yaş	33 (37,9)	32 (36,8)	22 (25,3)	
	40-49 yaş	33 (33,3)	43 (43,4)	23 (23,2)	
	50 yaş ve üzeri	21 (25,9)	39 (48,1)	21 (25,9)	
Medeni durum	Bekâr	55 (48,2)	33 (28,9)	26 (22,8)	**0,003**
	Evli	70 (29,2)	107 (44,6)	63 (26,3)	
	Boşanmış/dul	13 (52,0)	8 (32,0)	4 (16,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	61 (37,7)	57 (35,2)	44 (27,2)	0,369
	Çalışıyorum	77 (35,5)	91 (41,9)	49 (22,6)	
Gelir grup	26.000 altı	16 (39,0)	12 (29,3)	13 (31,7)	0,567
	26.001-85.000 arası	64 (35,6)	71 (39,4)	45 (25,0)	
	85.001-170.000 arası	43 (40,6)	39 (36,8)	24 (22,6)	
	170.000 üzeri	15 (30,6)	24 (49,0)	10 (20,4)	
Aile tipi	Yalnız yaşıyor	16 (45,7)	14 (40,0)	5 (14,3)	**0,021**
	Çekirdek	101 (33,8)	123 (41,1)	75 (25,1)	
	Geniş	6 (27,3)	7 (31,8)	9 (40,9)	
	Parçalanmış	15 (65,2)	4 (17,4)	4 (17,4)	
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	9 (20,0)	14 (31,1)	22 (48,9)	**<0,001**
	Lise	20 (28,2)	32 (45,1)	19 (26,8)	
	Ön lisans ve Üzeri	109 (41,4)	102 (38,8)	52 (19,8)	

%=satır yüzdesi, *Ki-kare testleri

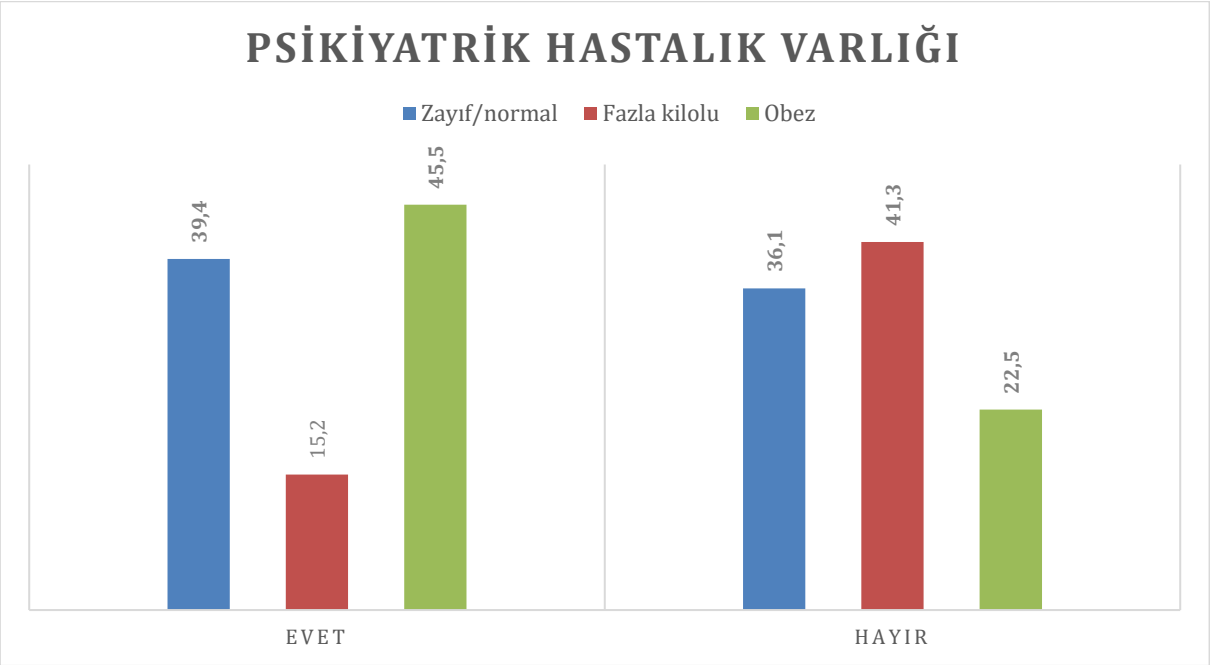
Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin BKİ gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6.11'de sunulmuştur. Psikiyatrik bir hastalık varlığı bildiren katılımcıların %39,4'ü (n=13) zayıf/normal, %15,2'si (n=5) fazla kilolu ve %45,5'i (n=15) obezdir. Psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanların ise %36,1'i (n=125) zayıf/normal, %41,3'ü (n=143) fazla kilolu ve %22,5'i (n=78) obez grubundadır (Şekil 6.3). Psikiyatrik hastalık varlığına göre anlamlı fark vardır (p=0,003). Kronik hastalığı bulunan bireylerin %29,2'si (n=38) zayıf/normal, %38,5'i (n=50) fazla kilolu ve %32,3'ü (n=42) obezdir. Kronik hastalığı bulunmayanların %40,2'si (n=100) zayıf/normal, %39,1'i (n=98) fazla kilolu ve %20,5'i (n=51) obez olarak saptanmıştır. Kronik

hastalık varlığı açısından anlamlı fark bulunmuştur (p=0,021). Sürekli ilaç veya ürün kullandığını belirtenlerin %30,4'ü (n=49) zayıf/normal, %39,1'i (n=63) fazla kilolu ve %30,4'ü (n=49) obez olup kullanmayanların %40,8'i (n=89) zayıf/normal, %39,0'ı (n=85) fazla kilolu ve %20,2'si (n=44) obez grubundadır. Sürekli ilaç/ürün kullanımına göre fark anlamlıdır (p=0,035). Hanesinde fazla kilolu veya obez birey bulunan katılımcıların %20,0'ı (n=20) zayıf/normal, %33,0'ı (n=33) fazla kilolu ve %47,0'ı (n=47) obez grubunda yer almaktadır. Hanesinde fazla kilolu/obez birey bulunmayanların %42,3'ü (n=118) zayıf/normal, %41,2'si (n=115) fazla kilolu ve %16,5'i (n=46) obez olup bu durum açısından fark anlamlıdır (p<0,001). Kendi sağlığını "çok kötü/kötü/orta" olarak değerlendirenlerin %30,9'u (n=50) zayıf/normal, %31,5'i (n=51) fazla kilolu ve %37,7'si (n=61) obezdir. Sağlığını "iyi/çok iyi" olarak değerlendirenlerin ise %40,6'sı (n=88) zayıf/normal, %44,7'si (n=97) fazla kilolu ve %14,7'si (n=32) obezdir. Kendi sağlığını değerlendirme durumu grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Ailede psikiyatrik hastalık varlığı (p=0,684), fiziksel engel durumu (p=0,880), tütün ürünleri kullanımı (p=0,990) ve alkol kullanımında (p=0,373) gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 6.11. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		BKİ			p*
		Zayıf/normal	**Fazla kilolu**	**Obez**	
Psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	13 (39,4)	5 (15,2)	15 (45,5)	**0,003**
	Hayır	125 (36,1)	143 (41,3)	78 (22,5)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	38 (29,2)	50 (38,5)	42 (32,3)	**0,021**
	Hayır	100 (40,2)	98 (39,1)	51 (20,5)	
Sürekli kullanılan ilaç/ürün	Evet	49 (30,4)	63 (39,1)	49 (30,4)	**0,035**
	Hayır	89 (40,8)	85 (39,0)	44 (20,2)	
Aile psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	19 (36,5)	18 (34,6)	15 (28,8)	0,684
	Hayır	119 (36,4)	130 (39,8)	78 (23,9)	
Hanede fazla kilolu/obez varlığı	Evet	20 (20)	33 (33,0)	47 (47,0)	**<0,001**
	Hayır	118 (42,3)	115 (41,2)	46 (16,5)	
Kendi sağlığını değerlendirme	Çok kötü/Kötü /Orta	50 (30,9)	51 (31,5)	61 (37,7)	**<0,001**
	İyi/Çok iyi	88 (40,6)	97 (44,7)	32 (14,7)	
Fiziksel engel varlığı	Evet	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)	0,880
	Hayır	134 (36,2)	145 (39,2)	91 (24,6)	
Tütün ürünleri kullanımı	Hiç içmedim	70 (37,4)	73 (39,0)	44 (23,5)	0,990
	Bıraktım	17 (34,7)	19 (38,8)	13 (26,5)	
	İçiyorum	51 (35,7)	56 (39,2)	36 (25,2)	
Alkol kullanımı	Hiç	59 (31,7)	76 (40,9)	51 (27,4)	0,373
	Yılda bir veya iki	31 (41,9)	28 (37,8)	15 (20,3)	
	Ayda bir veya iki	33 (41,3)	26 (32,5)	21 (26,3)	
	Haftada en az bir	15 (38,5)	18 (46,2)	6 (15,4)	

%=satır yüzdesi, *Ki-kare testleri



Şekil 6.3. Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre BKİ Gruplarının Dağılımı

Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin BKİ gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6.12'de sunulmuştur. Gecelik ortalama uyku saatine göre 6 saatten az uyuyanların %34,3'ü (n=12) zayıf/normal, %40,0'ı (n=14) fazla kilolu ve %25,7'si (n=9) obezdir. 6 saat uyuyanların %27,9'u (n=24) zayıf/normal, %48,8'i (n=42) fazla kilolu, %23,3'ü (n=20) obezdir. 7 saat uyuyanların %42,3'ü (n=60) zayıf/normal, %40,1'i (n=57) fazla kilolu, %17,6'sı (n=25) obezdir. 8 saat uyuyanların %39,6'sı (n=36) zayıf/normal, %33,0'ı (n=30) fazla kilolu, %27,5'i (n=25) obezdir. 9 saat ve üzeri uyuyanların ise %24,0'ı (n=6) zayıf/normal, %20,0'ı (n=5) fazla kilolu ve %56,0'ı (n=14) obez grubunda yer almaktadır. Uyku süresi grupları arasında fark saptanmıştır (p=0,003). Haftalık dışarıdan yemek tüketimi (p=0,436), haftalık tatlı (p=0,890) ve atıştırmalık tüketimi (p=0,564), BDE grupları (p=0,439) ve fiziksel aktivite (p=0,559) açısından fark görülmemiştir.

Tablo 6.12. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		BKİ			p*
		Zayıf/normal	Fazla kilolu	Obez	
Dışarıdan yemek tüketimi	Hiç	23 (27,4)	38 (45,2)	23 (27,4)	0,436
	Haftada 1-2 kez	82 (39,2)	80 (38,3)	47 (22,5)	
	Haftada 3-4 kez	23 (40,4)	21 (36,8)	13 (22,8)	
	Haftada 5 veya daha fazla	10 (34,5)	9 (31,0)	10 (34,5)	
Haftalık tatlı tüketimi	Hiç	16 (36,4)	17 (38,6)	11 (25,0)	0,890
	1-2 kez	75 (35,9)	87 (41,6)	47 (22,5)	
	3-4 kez	33 (38,8)	28 (32,9)	24 (28,2)	
	Hemen her gün	14 (34,1)	16 (39,0)	11 (26,8)	
Haftalık atıştırmalık tüketimi	Hiç	27 (40,3)	28 (41,8)	12 (17,9)	0,564
	1-2 kez	64 (33,9)	79 (41,8)	46 (24,3)	
	3-4 kez	29 (37,2)	28 (35,9)	21 (26,9)	
	Hemen her gün	18 (40,0)	13 (28,9)	14 (31,1)	
Gecelik ortalama uyku saati	6 saatten az	12 (34,3)	14 (40,0)	9 (25,7)	**0,003**
	6 saat	24 (27,9)	42 (48,8)	20 (23,3)	
	7 saat	60 (42,3)	57 (40,1)	25 (17,6)	
	8 saat	36 (39,6)	30 (33,0)	25 (27,5)	
	9 saat ve üzeri	6 (24,0)	5 (20,0)	14 (56,0)	
BDE puan	Yok (0-9 puan)	70 (37,4)	79 (42,2)	38 (20,3)	0,439
	Hafif (10-16 puan)	44 (35,8)	44 (35,8)	35 (28,5)	
	Orta/Şiddetli (17 puan ve üzeri)	24 (34,8)	25 (36,2)	20 (29,0)	
Fiziksel aktivite	İnaktif	34 (34,7)	36 (36,7)	28 (28,6)	0,559
	Aktif	104 (37,0)	112 (39,9)	65 (23,1)	
Sedanter süre	2-4 saat	46 (40,7)	38 (33,6)	29 (25,7)	0,207
	5-7 saat	43 (29,5)	66 (45,2)	37 (25,3)	
	8 saat ve üzeri	49 (40,8)	44 (36,7)	27 (22,5)	

%=satır yüzdesi, *Ki-kare testleri

6.6. Tanımlayıcı Özelliklerin Beden Kütle İndeksine Göre Karşılaştırılması

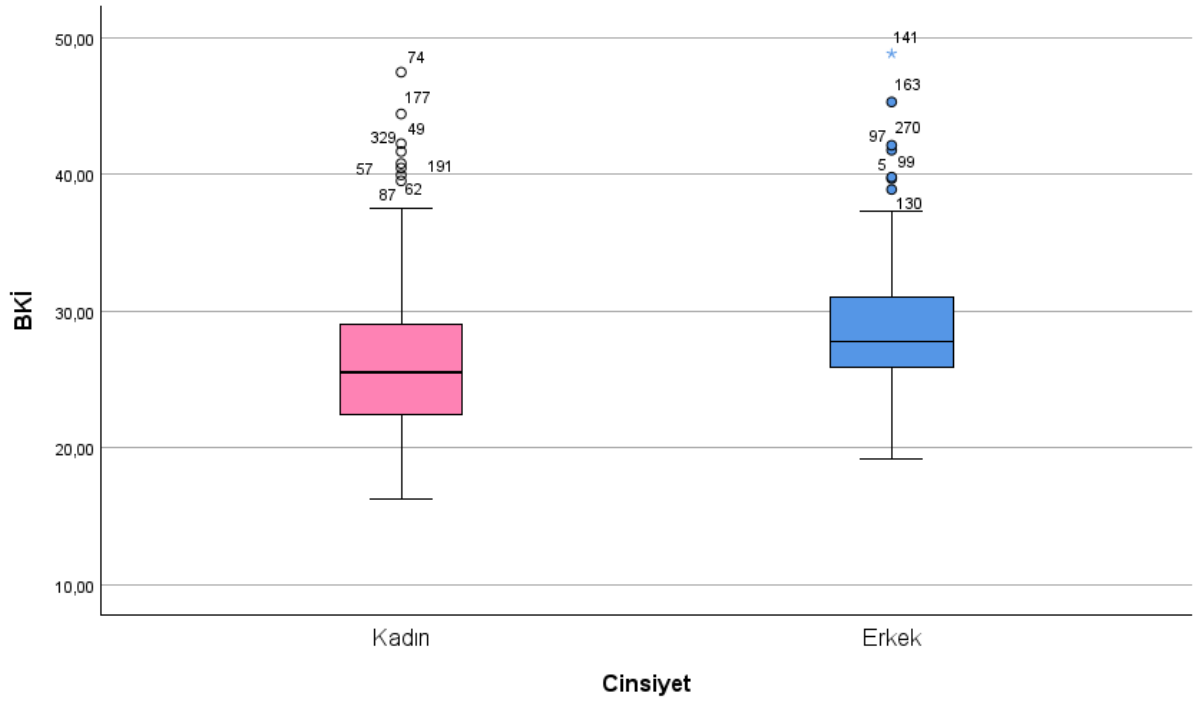
Sosyodemografik özelliklerin BKİ'ye göre karşılaştırılması Tablo 6.13'te verilmiştir. Kadın katılımcıların BKİ ortalaması 26,3±5,4 (ortanca: 25,5; min-maks: 16,3-47,5), erkek katılımcıların ise 28,7±4,6 (ortanca: 27,8; min-maks: 19,2-48,8) olarak saptanmıştır (Şekil 6.4). Cinsiyetler arasındaki fark anlamlıdır (p <0,001). Bekâr bireylerin BKİ ortalaması 26,2±5,1 (ortanca: 25,2; min-maks: 16,3-47,5), evli bireylerin 28,0±5,2 (ortanca: 27,4; min-maks: 16,5-48,8) ve boşanmış/dul bireylerin 25,9±5,0 (ortanca: 24,2; min-maks: 19,4-38,9) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup (p=0,003), bu durum bekâr ve evli grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Öğrenim durumuna göre ortaokul ve altı öğrenim düzeyindeki bireylerin BKİ ortalaması 30,1±4,8 (ortanca: 30,0; min-maks: 22,4-40,8), lise mezunlarının 27,9±5,7 (ortanca: 27,7; min-maks: 16,6-47,5) ve ön lisans ve üzeri mezunların 26,6±5,0 (ortanca: 26,1; min-maks: 16,3-48,8) olarak saptanmıştır (Şekil 6.4). Öğrenim durumu ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki (p<0,001) olup, fark 'ortaokul ve altı mezunları' ile 'ön lisans ve üzeri mezunları' arasında görülmüştür. Yaş grubu (p=0,054),

çalışma durumu (p=0,870), gelir grubu (p=0,810) ve aile tipi (p=0,054) açısından fark bulunmamıştır. Yaş gruplarına göre BKİ dağılımı Şekil 6.5'te verilmiştir.

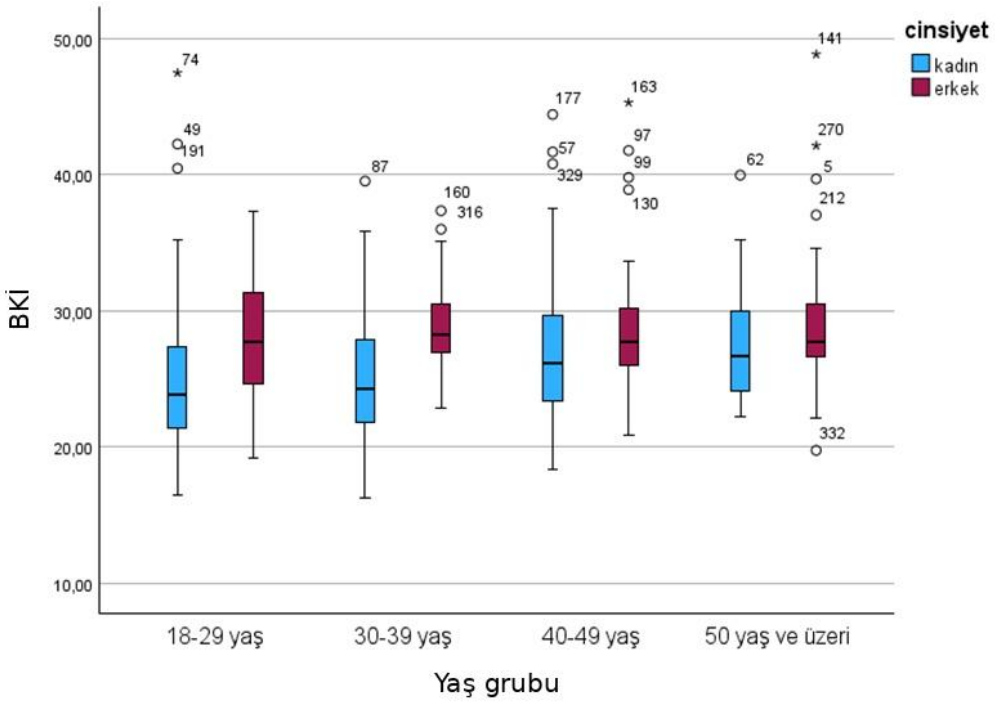
Tablo 6.13. Sosyodemografik Özelliklerin Beden Kütle İndeksine Göre Karşılaştırılması

		Beden kütle indeksi		
		Ortalama±SS	**Ortanca (min-maks)**	**p**
Cinsiyet	Kadın	26,3±5,4	25,5 (16,3-47,5)	**<0,001**
	Erkek	28,7±4,6	27,8 (19,2-48,8)	
Yaş grubu	18-29 yaş	26,4±5,5	25,5 (16,5-47,5)	0,054
	30-39 yaş	26,8±4,8	26,7 (18,4-45,3)	
	40-49 yaş	27,7±5,6	26,7 (18,4-45,3)	
	50 yaş ve üzeri	28,3±4,8	27,5 (19,8-48,8)	
Medeni durum	Bekâr	26,2±5,1	25,2 (16,3-47,5)[a]	**0,003**
	Evli	28,0±5,2	27,4 (16,5-48,8)[a]	
	Boşanmış/dul	25,9±5,0	24,2 (19,4-38,9)	
Çalışma durumu	Çalışıyorum	27,1±5,0	27,0 (16,3-48,8)	0,870
	Çalışmıyorum	27,5±5,5	26,5 (18,0-47,5)	
Gelir grup	26.000 altı	27,1±5,6	26,6 (16,6-39,9)	0,810
	26.001-85.000 arası	27,4±5,1	27,1 (17,9-47,5)	
	85.001-170.000 arası	26,9±5,2	26,3 (16,3-48,8)	
	170.000 üzeri	27,7±5,4	26,9 (20,4-45,3)	
Aile tipi	Yalnız yaşıyor	26,3±3,8	25,5 (19,3-36,0)	0,054
	Çekirdek	27,4±5,2	27,1 (16,3-48,8)	
	Geniş	29,1±5,8	26,7 (20,8-40,5)	
	Parçalanmış	25,9±7,0	23,6 (18,2-47,5)	
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	30,1±4,8	30,0 (22,4-40,8)[a]	**<0,001**
	Lise mezunu	27,9±5,7	27,7(16,6-47,5)	
	Ön lisans ve üzeri	26,6±5,0	26,1(16,3-48,8)[a]	

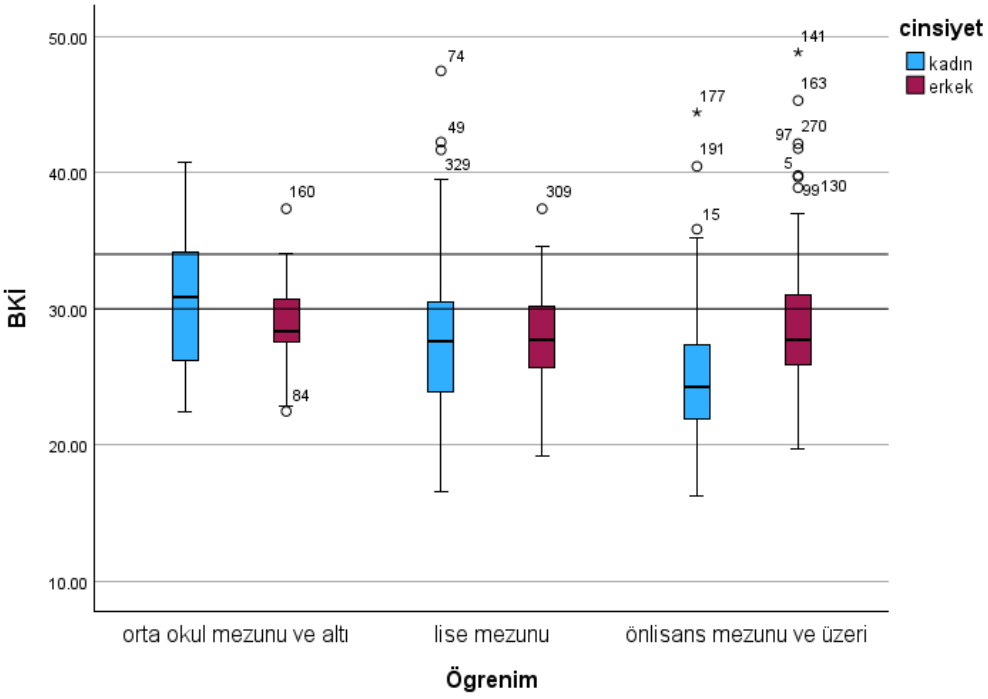
[a]Farkı oluşturan gruplar



Şekil 6.4. Cinsiyete göre beden kütle indeksi dağılımı



Şekil 6.5. Yaş gruplarına göre BKİ dağılımı



Şekil 6.6. Öğrenim durumuna göre BKİ dağılımı

Bazı tanımlayıcı özelliklerin BKİ' e göre karşılaştırılması Tablo 6.14'te verilmiştir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin BKİ ortalaması 28,9±6,0 (ortanca: 27,8; min-maks:16,5-40,5) iken, bulunmayanların 26,5±4,6 (ortanca: 26,2; min-maks:16,3-48,8) olarak belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark anlamlıdır (p=0,001). Sürekli ilaç veya ürün kullananların BKİ ortalaması 28,3±5,7 (ortanca: 27,5; min-maks: 18,4-48,8), kullanmayanların ise 26,5±4,7 (ortanca: 26,2; min-maks: 16,3-42,2) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark

anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Hanesinde fazla kilolu/obez birey bulunanların BKİ ortalaması 30,5±6,5 (ortanca: 29,4; min-maks: 18,3-48,8) iken, bulunmayanların 26,1±4,1 (ortanca: 26,1; min-maks: 16,3-37,5) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Sağlığını çok kötü/kötü/orta olarak değerlendirenlerin BKİ ortalaması 28,9±6,1 (ortanca: 28,1; min-maks: 16,6-48,8), iyi/çok iyi olarak değerlendirenlerin ise 26,1±4,1 (ortanca: 26,0; min-maks: 16,3-40,5) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,001). BKİ değeri açısından; psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, fiziksel engel durumu, tütün ürünleri kullanımı ve alkol kullanımına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.14. Tanımlayıcı Özelliklerin BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması

		Beden kütle indeksi		p
		Ortalama±SS	**Ortanca (min-maks)**	
Tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	28,4±6,3	28,1 (16,5-40,5)	0,263
	Hayır	27,2±5,1	26,7 (16,3-48,8)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	28,9±6,0	27,8 (18,0-48,8)	**0,001**
	Hayır	26,5±4,6	26,2 (16,3-42,2)	
Sürekli kullanılan ilaç/ürün	Evet	28,3±5,7	27,5 (18,4-48,8)	**0,004**
	Hayır	26,5±4,7	26,2 (16,3-42,2)	
Aile psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	27,9±6,4	27,0 (18,3-45,3)	0,637
	Hayır	27,2±5,0	26,8 (16,3-48,8)	
Hanede fazla kilolu/obez varlığı	Evet	30,5±6,5	29,4 (18,3-48,8)	**0,001**
	Hayır	26,1±4,1	26,1 (16,3-37,5)	
Kendi sağlığını değerlendirme durumu	Çok kötü/kötü/orta	28,9±6,1	28,1 (16,6-48,8)	**<0,001**
	İyi/çok iyi	26,1±4,1	26,0 (16,3-40,5)	
Fiziksel engel varlığı	Evet	27,3±6,2	28,1 (19,8-37,4)	0,988
	Hayır	27,3±5,2	26,8 (16,3-48,8)	
Tütün ürünleri kullanımı	Hiç içmedim	27,2±5,7	26,6 (16,3-48,8)	0,481
	Bıraktım	28,0±5,2	27,1 (16,7-42,2)	
	İçiyorum	27,1±4,5	27,2 (16,7-42,2)	
Alkol kullanımı	Hiç	27,8±5,3	27,2 (16,3-48,8)	0,172
	Yılda bir veya iki	26,9±5,1	26,2 (18,8-44,4)	
	Ayda bir veya iki	26,7±5,7	26,1 (16,5-45,2)	
	Haftada en az bir	26,4±3,6	27,0 (16,6-33,0)	

SS: standart sapma, min: minimum, maks: maksimum

Bazı tanımlayıcı özelliklerin BKİ' ye göre karşılaştırılması Tablo 6.15'te verilmiştir. Gecelik ortalama uyku süresi 6 saatten az olanların BKİ ortalaması 27,7±5,5 (ortanca: 26,9; min-maks: 19,4-49,0), 6 saat olanların 27,5±4,7 (ortanca: 27,4; min-maks: 16,3-44,4), 7 saat olanların 26,5±4,9 (ortanca: 26,1), 8 saat olanların 27,2±5,4 (ortanca: 27,1; min-maks: 18,4-47,5) ve 9 saat ve üzeri olanların 30,4±6,9 (ortanca: 31,2; min-maks: 18,0-42,2) olarak saptanmıştır. Uyku süresi grupları arasındaki fark anlamlı (p=0,033) olup bu fark 7 saat ile 9 saat ve üzeri uyuyan gruplar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Haftalık dışarıdan yemek

tüketimi (p=0,208), haftalık tatlı ve atıştırmalık tüketimi (p=0,983), fiziksel aktivite (p=0,192), sedanter süre (p=0,326), BDE grupları (p=0,435) açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6.15. Tanımlayıcı Özelliklerin BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması

		Beden kütle indeksi		p
		Ortalama±SS	Ortanca (min-maks)	
Haftalık Dışarıdan yemek tüketimi	Hiç	28,1±5,0	27,3 (18,8-42,2)	0,208
	1-2 kez	27,0±5,3	26,7 (16,3-48,8)	
	3-4 kez	26,8±5,0	26,2 (16,6-45,2)	
	5 veya daha fazla	28,0±5,3	28,3 (18,2-40,5)	
Haftalık tatlı tüketimi	Hiç	26,8±4,1	26,4 (18,3-35,1)	0,983
	1-2 kez	27,3±5,3	26,8 (16,3-48,8)	
	3-4 kez	27,0±5,2	27,4 (16,6-42,1)	
	Hemen her gün	27,8±5,9	26,9 (19,8-45,3)	
Haftalık atıştırmalık tüketimi	Hiç	26,5±4,9	26,0 (18,3-48,8)	0,542
	1-2 kez	27,5±5,3	27,2 (16,3-47,5)	
	3-4 kez	27,6±5,1	27,4 (18,0-44,4)	
	Hemen her gün	27,2±5,4	26,1 (16,6-45,3)	
Gecelik ortalama uyku saati	6 saatten az	27,7±5,5	26,9 (19,4-49,0)	**0,033**
	6 saat	27,5±4,7	27,4 (16,3-44,4)	
	7 saat	26,5±,4,9	26,1 (18,4-47,5)[a]	
	8 saat	27,2±5,4	27,1 (16,5-45,3)	
	9 saat ve üzeri	30,4±6,9	31,2 (18,0-42,2)[a]	
Fiziksel aktivite	İnaktif	28,1±5,8	27,5 (16,3-48,8)	0,192
	Aktif	27,0±5,0	26,5 (16,5-47,5)	
Sedanter süre	2-4 saat	27,0±4,8	26,6 (16,6-41,7)	0,326
	5-7 saat	27,7±5,3	27,4 (16,5-47,5)	
	8 saat ve üzeri	27,1±5,6	26,2 (16,3-48,9)	
BDE grup	Yok	27,0±5,3	26,6 (16,3-45,3)	0,435
	Hafif	27,4±5,0	27,2 (18,0-48,8)	
	Orta/şiddetli	28,0±5,7	27,1 (19,3-47,5)	

[a]Farkı oluşturan gruplar

6.7. Değişkenler Arasındaki Korelasyon İlişkisi

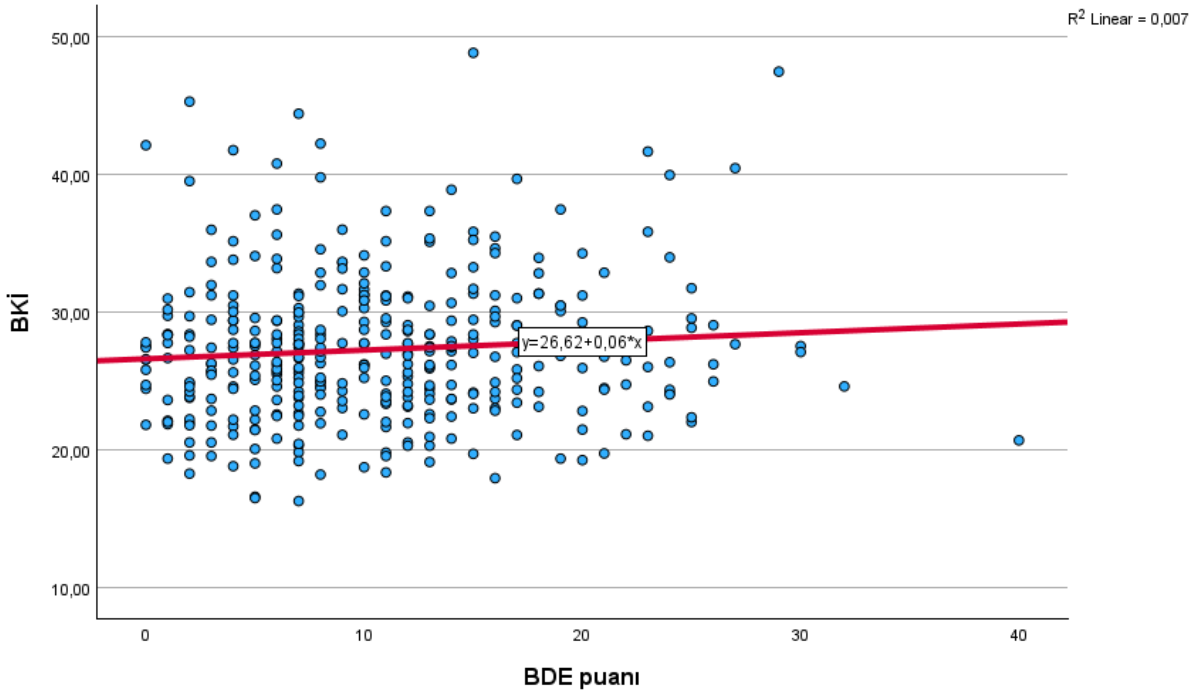
Değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 6.16'da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre yaş ile uyku süresi (r=-0,173; p<0,001), BDE puanı (r=-0,124; p=0,016), GPAQ puanı (r=-0,129; p=0,013) ve sedanter süre (r=-0,178; p<0,001) arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde ilişkiler bulunmaktadır. Buna karşın, yaş ile BKİ arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur (r=0,144; p=0,005). Ölçek puanları ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; BDE puanı ile uyku süresi arasında negatif yönlü (r=-0,116; p=0,023), BDE puanı ile DEBQ puanı arasında ise pozitif yönlü (r=0,174; p<0,001) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DEBQ puanının ayrıca BKİ ile pozitif (r=0,175; p<0,001) (Şekil 6.8), fiziksel aktiviteyi gösteren GPAQ puanı ile negatif (r=-0,116; p=0,024) yönlü zayıf düzeyde korelasyonları görülmüştür. Fiziksel aktivite (GPAQ) puanı ile sedanter

süre arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir korelasyon tespit edilmiştir (r=-0,362; p<0,001). BKİ ile BDE puanı arasındaki korelasyon ilişkisi Şekil 6.7'de verilmiştir.

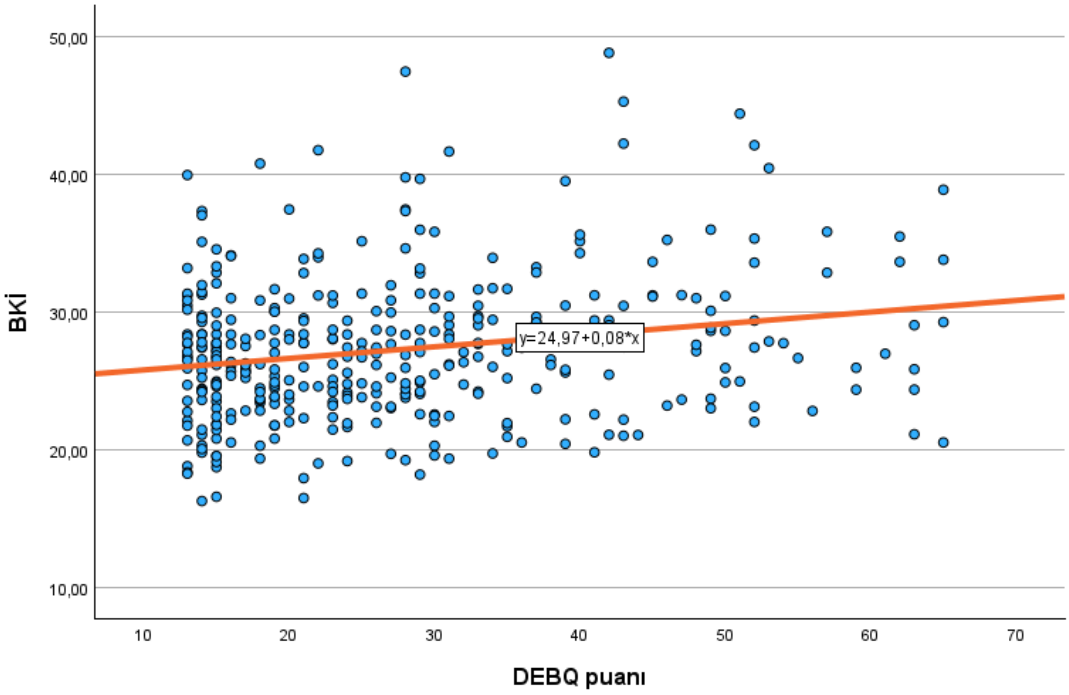
Tablo 6.16. Değişkenler Arasındaki Korelasyon İlişkisi

		Yaş	Uyku süresi (saat)	BKİ	BDE puan	DEBQ puanı	GPAQ puanı	Sedanter süre (saat)
Yaş	r	-						
	p	-						
Uyku süresi (saat)	r	-0,173	-					
	p	<0,001	-					
BKİ	r	0,144	0,015	-				
	p	0,005	0,768	-				
BDE puan	r	-0,124	-0,116	0,079	-			
	p	0,016	0,023	0,123	-			
DEBQ puanı	r	-0,055	0,057	0,175	0,174	-		
	p	0,289	0,266	<0,001	<0,001	-		
GPAQ puanı	r	-0,129	0,043	-0,083	0,052	-0,116	-	
	p	0,013	0,405	0,106	0,316	0,024	-	
Sedanter süre(saat)	r	-0,178	0,075	-0,029	-0,033	0,093	-0,362	-
	p	<0,001	0,146	0,577	0,519	0,072	<0,001	-

r=Spearman korelasyon katsayısı



Şekil 6.7. BDE puanı ile BKİ Arasındaki Korelasyonun Saçılım Grafiği



Şekil 6.8. BKİ ve Duygusal Yeme Puanının Korelasyon Saçılım Grafiği

6.8. Katılımcıların Beden Kütle İndeksine Göre Obez Olma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Katılımcıların BKİ'ye göre obez (30 ve üzeri) olma durumuna yönelik tekli analizlerde $p<0,25$ bulunan değişkenlerin lojistik regresyon modeli Tablo 6.17'de gösterilmiştir.

Kurulan modelin uyumu Hosmer-Lemeshow testi ile değerlendirilmiş ve modelin veriye uygun olduğu saptanmıştır ($p=0,642$). Nagelkerke R^2 değerine göre modele alınan değişkenler obez olma durumunun %32,7'sini açıklamaktadır. Obez olma; erkeklerde kadınlara göre 2,8 kat ($p<0,001$), hanesinde fazla kilolu veya obez birey bulunan katılımcılarda bulunmayanlara kıyasla 4 kat ($p<0,001$), tanı almış bir psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 3,4 kat ($p=0,007$) daha yüksek saptanmıştır. Kendi sağlığını "iyi/çok iyi" olarak değerlendirmek, sağlığını "kötü/orta" olarak değerlendirmeye göre (OR=0,312; $p<0,001$), öğrenim durumu ön lisans ve üzeri mezunu olmak, ortaokul ve altı mezunlarına göre (OR=0,193; $p=0,003$) obez olma durumundan koruyucu bulunmuştur.

Tablo 6.17. Katılımcıların Beden Kütle İndeksine Göre Obez Olma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	OR	%95 GA		p
		Alt sınır	Üst sınır	
Cinsiyet Erkek (ref.: kadın)	2,80	1,58	4,98	**<0,001**
Öğrenim durumu				
Lise (ref.: ortaokul ve altı)	0,47	0,19	1,17	0,107
Önlisans/üniversite/lisansüstü (ref.: ortaokul ve altı)	0,31	0,14	0,68	**0,003**
Tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı				
Evet (ref.: hayır)	3,43	1,40	8,38	**0,007**
Hanede fazla kilolu/obez varlığı				
Evet (ref.: hayır)	3,98	2,23	7,11	**<0,001**
Kendi sağlığını değerlendirme durumu				
İyi/çok iyi (ref.: çok kötü/kötü/orta)	0,31	0,18	0,55	**<0,001**
Gecelik ortalama uyku saati				
6 saat (ref. 6 saatten az)	1,00	0,35	2,81	0,997
7 saat (ref. 6 saatten az)	0,65	0,24	1,77	0,404
8 saat (ref. 6 saatten az)	1,48	0,53	4,13	0,448
9 saat ve üzeri (ref. 6 saatten az)	3,45	0,96	12,33	0,057

OR: Odds ratio, GA: güven aralığı, ref.: referans, Hosmer-Lemeshow testi p:0,642, Nagelkerke R Square: 0,327. Lojistik regresyon Backward LR yöntemiyle yapılmış, son modele 9 adımda ulaşılmıştır. İlk adımda alınan değişkenler: cinsiyet, yas, aile tipi, öğrenim durumu, tani almis psikiyatrik ve kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç/ürün, hanede fazla kilolu/obez varlığı, kendi sağlığını değerlendirme durumu, gecelik ortalama uyku saati, BDE puanı, DEBQ puanı, <600 Met/hafta=inaktif >600 Met/hafta=aktif, sedanter geçirilen saat

6.9. Katılımcıların Beck Depresyon Envanterine Göre 17 ve Üzeri (Orta ve Şiddetli) Puan Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Katılımcıların, BDE puanlarına göre orta ve şiddetli depresyona yatkın olma (17 ve üzeri puan) durumuna yönelik tekli analizlerde p<0,25 olan değişkenlerin lojistik regresyon modeli Tablo 6.18'de gösterilmiştir. Kurulan modelin uyumu Hosmer-Lemeshow testi ile değerlendirilmiş ve modelin uyumu yeterli bulunmuştur (p=0,945). Nagelkerke R^2 değerine göre alınan değişkenlerle model varyansın %25,4'ünü açıklamaktadır. Lojistik regresyon analiz sonucu, son modelde (15. adım) kalan değişkenlere bakıldığında, gelir grubu, psikiyatrik hastalık öyküsü, kendi sağlığını değerlendirme durumu ve uyku süresinin depresyona yatkın olma üzerinde belirleyici olduğu görülmüştür. Depresyona yatkınlık (BDE puanı 17 ve üzeri) tanı almış psikiyatrik hastalığı olanlarda, olmayanlara göre 2,9 kat artmaktadır (p=0,018). Aylık hane gelirinin 85.001-170.000 TL arası olması (OR=0,231; p=0,004) ve 170.000 TL üzeri olması (OR=0,113; p=0,009) 26.000 TL altı geliri olmaya kıyasla koruyucu bulunmuştur. Ayrıca sağlığını "iyi/çok iyi" olarak değerlendirmek, "kötü/orta" olarak değerlendirmeye göre,

günde 8 saat uyumak, günde 6 saatten az uyumaya göre (OR=0,275; p<0,001) koruyucu bulunmuştur.

Tablo 6.18. Katılımcıların Beck Depresyon Envanterine Göre 17 ve Üzeri Puan Alma Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	OR	%95 GA		p
		Alt sınır	Üst sınır	
Gelir				
26.001-85.000 arası (ref. 26.000 altı)	0,48	0,20	1,14	0,097
85.001-170.000 arası (ref. 26.000 altı)	0,23	0,08	0,63	**0,004**
170.000 üzeri (ref. 26.000 altı)	0,11	0,02	0,58	**0,009**
Tanı almış psikiyatrik hastalık				
Evet (ref.: hayır)	2,89	1,20	6,97	**0,018**
Kendi sağlığını değerlendirme durumu				
İyi/çok iyi (ref.: çok kötü/kötü/orta)	0,27	0,15	0,51	**<0,001**
Haftalık tatlı tüketimi				
1-2 gün (ref.: hiç)	0,63	0,24	1,62	0,340
3-4 gün (ref.: hiç)	0,96	0,33	2,77	0,941
Hemen hergün (ref.: hiç)	1,83	0,61	5,50	0,284
Gecelik ortalama uyku saati				
6 saat (ref. 6 saatten az)	0,75	0,28	2,05	0,581
7 saat (ref. 6 saatten az)	0,96	0,38	2,42	0,935
8 saat (ref. 6 saatten az)	0,28	0,09	0,86	**0,027**
9 saat ve üzeri (ref. 6 saatten az)	0,90	0,25	3,23	0,866

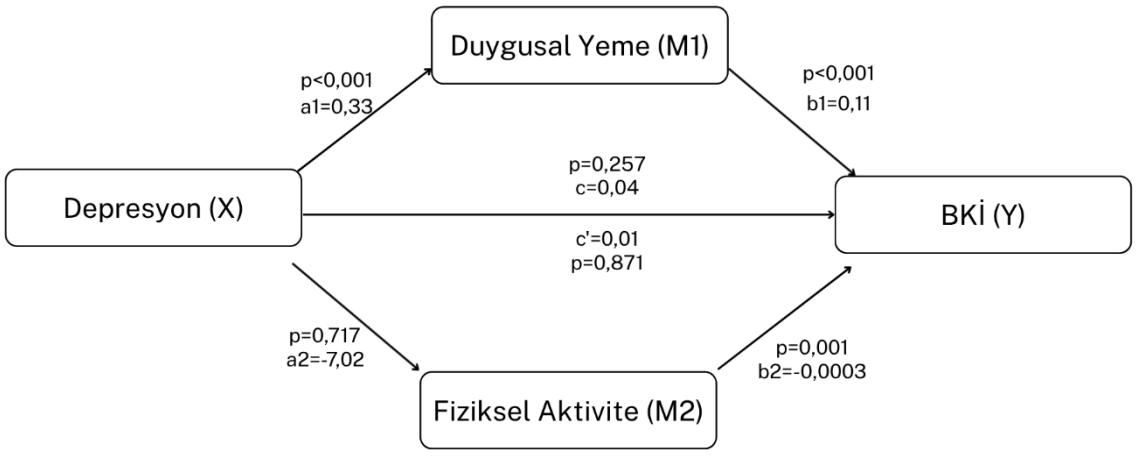
OR: Odds ratio, GA: güven aralığı, ref.: referans, Hosmer-Lemeshow testi p:0,945, Nagelkerke R Square: 0,254. Lojistik regresyon Backward LR yöntemiyle yapılmış, son modele 15 adımda ulaşılmıştır. İlk adımda alınan değişkenler: cinsiyet, yas, çalışma durumu, gelir grup, aile tipi, öğrenim, tanı almış psikiyatrik hastalık, tanı almış kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç/ürün, aile psikiyatrik hastalık varlığı, kendi sağlığını değerlendirme durumu, fiziksel engel varlığı, alkol kullanma durumu, haftalık dışarıdan yemek tüketme, haftalık tatlı tüketimi, haftalık atıştırmalık tüketimi, gecelik ortalama uyku saati, BKİ, sedanter geçirilen saat

6.10. Mediatör (Aracılık) Analizine Ait Bulgular

Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanının beden kütle indeksi (BKİ) üzerindeki etkisinde, duygusal yemenin (DEBQ) ve fiziksel aktivite (GPAQ) düzeyinin mediatör (aracılık) rolünü test etmek amacıyla Hayes (2022) tarafından geliştirilen PROCESS makrosu (Model 4) kullanılarak paralel aracılık analizi gerçekleştirilmiştir. Analizler; cinsiyet, yaş ve öğrenim durumu değişkenleri (covariates) kontrol edilerek, 5000 yeniden örneklemli (bootstrap) yöntemi ile test edilmiş olup sonuçlar Tablo 6.19'da ve Tablo 6.20'de verilmiştir. Kurulan genel modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve BKİ'deki toplam varyansın %23,1'ini açıkladığı görülmüştür (p<0,001). Analize göre, depresyonun duygusal yeme davranışı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (p=0,001). Aracı değişkenlerden duygusal yeme davranışının da BKİ üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır (p<0,001). Diğer aracı değişken olan fiziksel aktivitenin BKİ'yi negatif yönde anlamlı şekilde yordadığı (p=0,001)

ancak depresyonun fiziksel aktivite üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (p=0,717). Depresyonun BKİ üzerindeki toplam etkisi (p=0,871) ve aracı değişkenler modele dahil edildiğindeki doğrudan etkisi (p=0,257) anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte, birçok araştırmacı toplamda anlamlı bir ilişki olmasa bile aracılığın var olabileceğini ve test edilebileceğini öne sürmüştür (90,91). Bu nedenle, depresyon-BKİ bağlantısına aracı değişkenlerin dolaylı etkilerinin anlamlılığı bootstrap analizi ile incelenmiştir. Duygusal yeme davranışı aracı değişkeninin varlığında depresyonun BKİ üzerindeki dolaylı etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (B = 0,04, %95 GA = 0,013;0,064). Standartlaştırılmış dolaylı etkiler incelendiğinde, DEBQ puanı aracılığıyla gerçekleşen etkinin küçük düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (B= 0,047, %95 GA=0,016; 0,081). Fiziksel aktivitenin bu ilişkideki dolaylı etkisi ise anlamlı bulunmamıştır (B = 0,002, %95 GA = -0,010;-0,011).

Sonuç olarak, depresyonun BKİ üzerinde doğrudan bir etkisi olmamasına rağmen, kişinin yeme davranışını artırarak dolaylı yoldan BKİ artışına neden olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivitenin ise bu süreçte anlamlı bir aracı mekanizmada yer almadığı sonucuna varılmıştır. Depresyon (BDE puanı) –BKİ ilişkisinde duygusal yeme ve fiziksel aktivitenin paralel aracılık modelinin şematik gösterimi Şekil 6.9'da verilmiştir.



Şekil 6.9. Depresyon–BKİ ilişkisinde duygusal yeme ve fiziksel aktivitenin paralel aracılık modelinin şematik gösterimi

Tablo 6.19. Mediatör Analizine Ait Bulgular

Etki	B	SH	t	%95 GA		p
				Alt sınır	Üst sınır	
Bağımsız Değişkenden Aracılara (a yolları)						
BDE → Duygusal yeme (a1)	0,33	0,10	3,34	0,14	0,53	**0,001**
BDE → GPAQ (a2)	-7,02	19,36	-0,36	-45,08	31,05	0,717
Aracılardan Bağımlı Değişkene (b ve c' yolları)						
Duygusal yeme → BKİ (b1)	0,11	0,02	5,61	0,07	0,15	**<0,001**
GPAQ → BKİ (b2)	-0,0003	0,0001	-2,60	-0,0004	-0,0001	**0,001**
Toplam ve Doğrudan Etkiler						
BDE → BKİ (Toplam Etki, c)	0,04	0,04	1,14	-0.03	0,12	0,257
BDE + Duygusal yeme→ BKİ (Doğrudan Etki, c')	0,01	0,04	0,16	-0,07	0,08	0,871

B: standartlaştırılmamış regresyon katsayısı; GA: güven aralığı; SH: standart hata

Tablo 6.20. Bootstrap Analizine Ait Bulgular

Dolaylı Etkiler	**B**	**SH**	**%95 GA**	
			Alt sınır	**Üst sınır**
Toplam Dolaylı Etki	0,04	0,14	0,012	0,066
BDE→ Duygusal yeme→ BKİ (Dolaylı Etki 1)	0,04	0,01	**0,013**	**0,064**
BDE → GPAQ→ BKİ (Dolaylı Etki 2)	0,002	0,005	-0,010	0,011

B: standartlaştırılmamış regresyon katsayısı; GA: güven aralığı; SH: standart hata

Tablo 6.21. Bootstrap Analizine Ait Bulgular - 2

Standardize **Dolaylı Etkiler**	**B**	**SH**	**%95 GA**	
			Alt sınır	**Üst sınır**
Toplam Dolaylı Etki	0,05	0,18	0,016	0,09
BDE→ Duygusal yeme→ BKİ (Dolaylı Etki 1)	0,047	0,016	**0,016**	**0,081**
BDE → GPAQ→ BKİ (Dolaylı Etki 2)	0,002	0,006	-0,010	0,015

B: standartlaştırılmamış regresyon katsayısı; GA: güven aralığı; SH: standart hata

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Ankara il merkezinde iki farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18-64 yaş arası bireylerde obezite ve depresyona yatkınlığı etkileyen sosyodemografik ve bazı tanımlayıcı faktörler değerlendirilmiştir. Ayrıca Beck Depresyon Envanteri ile obezite (beden kütle indeksi) arasındaki ilişkide duygusal yeme davranışı ve fiziksel aktivitenin aracı (mediatör) rolü incelenmiş ve elde edilen bulgular ilgili literatür eşliğinde tartışılmıştır.

7.1. Sosyodemografik ve Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışması

Araştırmanın bulgularına göre; katılımcıların %59,6'sı kadındır. Ankara'nın Çankaya ilçesinde Gözlü (92) tarafından yapılan çalışmada %59,8, Topçu'nun (2025) çalışmasında %52,5 kadın (93), Yardım ve Özcebe tarafından yine Çankaya'da yapılan araştırmada %55,5 kadın (94) Ulusal çapta 77 ilde yürütülen Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (THSA 2023) verilerinde de ağırlıklandırılmamış fiili kadın katılımı %57,5'tir (95). Sonuç olarak, incelenen bölgesel ve ulusal düzeydeki tüm bu çalışmalarda kadınların %52,5 ile %59,8 arasında değişerek erkeklerden istikrarlı biçimde daha yüksek çıkması, kadınların birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığının yerel ya da ulusal fark etmeksizin her bölgede erkeklere kıyasla fazla olduğunu ve araştırmalara da daha yüksek katılım gösterdikleri eğilimine uymaktadır. Araştırmamızda her iki ASM'de de kadın başvuru sıklığı erkeklerden yüksek olmakla birlikte, Mamak'ta başvuran kadın katılımcılar (%68,6), Çankaya'ya (%55,4) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Bu bulgu, Topçu (2025) tarafından Çankaya ve Mamak ilçelerinde yürütülen güncel bir tez çalışmasının sonuçlarıyla örtüşmektedir. Topçu'nun çalışmasında da Mamak'ta kadın katılımcı yüzdesinin (%58,7'e karşılık %49) daha yüksek olduğu bulunmuştur (93). Dolayısıyla çalışmamızda gözlenen cinsiyet farkı, iki ASM'nin hizmet verdiği popülasyonların demografik profilindeki ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların yaş dağılımı 18-29 yaş grubunda %28,4, 30-39 yaş grubunda %23,3, 40-49 yaş grubunda %26,5 ve 50 yaş ve üzerinde %21,7 tespit edilmiştir. Çankaya katılımcılarının yaş ortalaması (40,8) Mamak'tan (35,4) anlamlı derecede fazladır. Çankaya'da yaş ortalamasının Mamak'a göre daha yüksek bulunması, bu iki ilçenin nüfus yapısındaki farklılıklarla uyumludur. TÜİK Nüfus İstatistikleri'ne göre yaş grupları dağılımı incelendiğinde, Çankaya'da orta ve ileri yaş yetişkinlerin görece daha yüksek olduğu, buna

karşın Mamak'ta genç yetişkin ve çocuk yaş gruplarının daha yüksek olduğu görülmektedir (96,97). Bu durum, Çankaya'da daha çok kronik hastalık izlemi ve düzenli sağlık kontrolü için başvuran orta-ileri yaş bireylerin, Mamak'ta ise genç nüfusun daha çok başvurduğunu göstermektedir.

Gelir durumu incelendiğinde Çankaya katılımcılarının büyük bir kısmı (%38,4'ü 85.001-170.000 TL, %19,0'ı 170.000 TL'nin üzerinde) yüksek gelir grubunda yer almaktadır. Buna karşılık, Mamak bölgesindeki katılımcı profilinin daha çok alt ve orta-alt gelir gruplarında yoğunlaştığı görülmektedir. Mamak'taki bireylerin büyük çoğunluğu (%69,5) 26.001-85.000 TL arası gelir bildirmektedir. 170.000 TL'nin üzerinde yüksek gelir grubunda ise hiç katılımcı bulunmamıştır. En düşük gelir grubu olan 26.000 TL altı kazanca sahip olanlar Mamak'ta %24,6 iken, bu Çankaya'da sadece %4,7'dir. Toplam katılımcıların %57,3'ünün aktif olarak bir işte çalıştığı belirlenmiş olsa da bölgesel bazda incelendiğinde Çankaya bölgesi katılımcılarının %65,1'inin çalıştığı, Mamak'ta ise sıklığın %39,8'e kadar düştüğü görülmektedir. TÜİK İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına göre TR51 Bölgesi'nde yer alan Ankara ilinin 2023 yılı işgücü piyasası temel göstergelerine bakıldığında, işgücüne katılımının %54,6 olduğu görülmüştür. Nitekim Topçu'nun (2025) çalışmasında da Çankaya'da gelirini giderinden fazla/yeterli bulanların (%35,0) ve aktif çalışanların (%74,7) yüzdesi Mamak'tan (sırasıyla %11,2, %44,1) istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (93).

Çankaya'daki bireylerin çoğunluğu (%87,0) ön lisans ve üzeri mezunu iken, ortaokul ve altı eğitim düzeyindekilerin oranı yalnızca %3,4'te kalmıştır. Buna karşılık, Mamak'ta katılımcılarının yalnızca %30,5'i ön lisans ve üzeri eğitime sahipken, büyük bir bölümünün lise (%39,0) ile ortaokul ve altı (%30,5) eğitim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu belirgin fark mevcut bilgilerle uyumludur. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın güncel "İlçelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması" 2022 yılındaki raporuna göre, Çankaya ilçesi Türkiye genelinde "birinci kademe gelişmiş ilçeler" arasında en üst sıralarda yer alırken, Mamak ilçesi "ikinci kademe gelişmiş ilçeler" arasında alt sıralarda yer almaktadır (83). Özbaş (2018) tarafından yapılan bir başka çalışmada da Çankaya'nın 15 yaş üstü nüfusta lise ve üstü öğrenim görmüş kişi yüzdesinin (%62) en yüksek olduğu ilçe olduğuna dikkat çekilmiştir (98). Ayrıca Yardım ve Özcebe'nin (2010) Çankaya ilçesinde yaptığı çalışmada da ilçenin Türkiye'nin en gelişmiş ve eğitim düzeyi en yüksek bölgelerinden biri olduğu vurgulanmıştır (94). Bölgelerin sosyoekonomik yapısının bu durumla doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün (%74,1) GPAQ kriterlerine göre fiziksel olarak aktif bulunması, ülke genelindeki verilerle karşılaştırıldığında dikkat çekici bir bulgudur. TBSA ve kronik hastalıklar risk faktörleri araştırmalarında, 15 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %40–45'inin yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmadığı bildirilmektedir (99). Benzer şekilde, 2010 yılında yapılan 'Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi' araştırmasında yeterli fiziksel aktiviteye sahip bireyler yaklaşık %25–30 ile sınırlı bulunmuştur (100). Bu farklılık GPAQ'nın yalnızca planlı egzersizi değil, iş, ulaşım ve günlük yaşam içinde gerçekleşen orta-şiddetli aktiviteleri de fiziksel aktivite olarak puanlamasına bağlı olabilir. Ayrıca bu çalışmanın yoğun iş-ulaşım temposunun yaşandığı Ankara ili merkez ilçelerinde yapılmış olması yüksek frekansı açıklayabilir. Fiziksel aktivite (GPAQ) düzeylerine baktığımızda, sosyoekonomik seviyesi düşük olan Mamak katılımcılarının fiziksel olarak "aktif" olma yüzdesi (%83,9); Çankaya katılımcılarının aktiflik oranından (%69,7) anlamlı derecede daha yüksektir. Bununla beraber, günde 8 saat ve üzeri sedanter zaman geçirenlerin oranı Çankaya'da (%37,5), Mamak'tan (%18,6) fazladır. THSA 2023 sonuçları, iş ile ilişkili fiziksel aktivite sürelerinin toplumun sosyoekonomik ve çalışma yapısına göre değişkenlik gösterdiğini belirtmektedir (95). Çalışmamızda, ilk bakışta sosyoekonomik açıdan daha dezavantajlı olan Mamak bölgesinde fiziksel aktivitenin daha yüksek bulunması beklenen bir sonuç olmayabilir; ancak bunun nedeni bölgedeki bireylerin günlük yaşamlarında işe/okula yaya olarak gitme, toplu taşıma kullanma, ağır fiziksel emek gerektiren işlerde çalışma gibi "zorunlu" fiziksel aktiviteleri daha fazla yapmaları olabilir. Buna karşın Çankaya gibi gelir ve eğitim düzeyinin yüksek olduğu, masa başı işlerin ve bireysel araç ile ulaşımın yaygın olduğu ilçelerde sedanter sürenin uzadığı, buna paralel olarak örneklemimizde de fiziksel olarak aktif olarak sınıflandırılanların düşük kaldığı söylenebilir.

Çalışmamızda kendi sağlığını "iyi/çok iyi" olarak değerlendirenler, Çankaya bölgesinde (%62,5), Mamak'a (%45,8) göre anlamlı derecede daha yüksektir. Bu bulgu, iki merkezin hizmet verdiği nüfusun sosyoekonomik ve demografik özellikleriyle uyumludur. Topçu'nun (2025) araştırmasında da Çankaya'da genel sağlık algısı Mamak'takinden yüksek bulunmuştur (93). Literatürde düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip bireylerde öznel sağlık algısının daha olumsuz olduğu, kronik hastalık yükünün ve psikososyal stresörlerin arttığı vurgulanmaktadır. Yardım ve Özcebe'nin (2010) Çankaya ilçesinde 25 yaş üstü nüfusta yaptığı çalışmada, öğrenim düzeyi düşük olan grubun, sağlığını öğrenim düzeyi yüksek olanlara göre 2,28 kat daha kötü algıladığı gösterilmiştir (94). Bu çerçevede Mamak'ta daha olumsuz sağlık algısı, yalnızca mevcut hastalık durumunu değil, aynı zamanda günlük yaşam koşulları ve ekonomik güçlüklerin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir.

Kronik hastalık sıklığı Çankaya'da %37,2, Mamak'ta %28; sürekli ilaç kullanımı ise Çankaya'da %46,0, Mamak'ta %34,7 olarak bulunmuştur. Bu durum Çankaya bölgesinde yaş ortalamasının, kronik hastalıkların nispeten yüksek olması ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık sistemine erişim ile hekime başvuruda daha talepkâr davranmalarıyla açıklanabilir.

Araştırmada katılımcıların BDE puan ortalaması 10,5 olarak bulunmuş olup 'hafif depresyon düzeyi' ile uyumlu görülmektedir. Türkiye'de sağlık çalışanları, üniversite öğrencileri ve birinci basamağa başvuranlarda yapılan çalışmalarda BDE puan ortalamalarının çoğunlukla 8–13 aralığında rapor edildiği görülmektedir (101–104). Örneğin, sağlık çalışanlarında BDE ortalaması 8,9 bildirilmiştir (102). Deveci ve arkadaşlarının Kilis'te Hemşirelik bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada 10,5 (101), Aylaz ve arkadaşları sağlık meslek yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada 10,8 olarak bildirmişlerdir (104). Bu açıdan, bu çalışmadaki BDE ortalaması ülkemizdeki benzer toplum ve birinci basamak çalışmalarının bulgularıyla büyük ölçüde örtüşmektedir. Uluslararası toplum temelli çalışmalarda da ~~depresyon~~ puan ortalamalarının genellikle 'hafif depresyon' aralığında seyrettiği bildirilmektedir. Yunanistan'da orta yaş erişkinleri içeren bir çalışmada ortalamasının 11,7 olduğu ve katılımcıların büyük çoğunluğunun klinik eşik altında yer aldığı gösterilmiştir (105). Altı farklı ülkeden toplum örneklemlerini karşılaştıran bir çalışmada da ortalama puanı 5,6 olarak bildirilmiş (106); Amerika'da yetişkin birinci basamak hastalarının incelendiği araştırmada 12,6 (107); Ürdün'de sadece kadın birinci basamak hastalarının 13,0 olarak rapor edilmiştir (108). Bununla beraber, Mamak katılımcılarının BDE puan ortalaması (13,2), Çankaya katılımcılarından (9,3) anlamlı şekilde yüksek olup "orta ve şiddetli" depresyon prevalansı Mamak'ta %31,4 iken, Çankaya'da %12,3'tür. Bu durum sosyoekonomik dezavantajın ruh sağlığına yansımasını gösteren ulusal ve uluslararası çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (109–113). Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetleri planlanırken, sosyoekonomik statüsü görece düşük bölgelerdeki bireylere yönelik daha anlaşılır, kapsayıcı ve destekleyici müdahalelerin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

7.2. Depresyona Yatkınlığı Belirleyen Faktörlerin Tartışması

Araştırmada katılımcıların BDE puan ortalaması 10,5 olarak bulunmuş olup, kadınların ortalaması 10,9 iken, erkeklerin ortalaması 10,1 olarak tespit edilmiştir. BDE puan ortalamaları ve depresyon şiddeti (minimal, hafif, orta/şiddetli) açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte, kadınlarda BDE puanı ve bu puana göre orta şiddetli depresyon varlığı (%19,9'a karşılık %15,7) daha fazladır. Türkiye'de yetişkinler ve üniversite

öğrencileriyle yapılan bazı araştırmalar da cinsiyete göre depresyon düzeyinde bir fark saptamayarak bu bulguyu desteklemektedir (104,114,115). Anket taramalarından elde edilen bu sonuç, klinik epidemiyoloji literatürü ile görünürde çelişmektedir. Küresel ölçekte psikiyatrik teşhis verilerine bakıldığında, kadınların erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla depresyon tanısı aldığı güçlü bir şekilde belgelenmiştir (116). Klinik hasta kayıtları ile doğrudan halka uygulanan anket çalışmalarındaki bu farklılığın temeli yardım arama davranışındaki toplumsal cinsiyet farklılıklarıdır. Araştırmalar, erkeklerin kadınlara kıyasla aynı şiddetteki depresif semptomları depresyon olarak adlandırmada ve uzman yardımı aramada çok daha isteksiz olduklarını göstermektedir. Buna karşılık, kadınlar semptomlarının şiddetini olduğundan daha ağır değerlendirme eğilimindedir (117). Erkeklerin semptomlarını gizlemesi ya da fark edememesi, klinik başvuru verilerinde kadınların daha fazla görünmesine yol açarken, bireylerin kendi durumlarını doğrudan puanladığı BDE gibi tarama ölçeklerinde cinsiyetler arasındaki fark azalmakta ve görülme sıklığı birbirine yaklaşmaktadır.

Çalıştığını ifade eden bireylerin BDE puan ortalaması 9,8 iken, çalışmayan bireylerin puan ortalaması 11,5 olup aralarında anlamlı derecede fark bulunmuştur. Depresyona yatkın olma durumu incelendiğinde de benzer bir durum ortaya çıkmış; çalışmayan bireylerin %22,8'i "orta/şiddetli" depresyon grubunda yer alırken, aktif olarak çalışanlarda bu %14,7 olarak bulunmuştur. Almanya'da yürütülen geniş çaplı ‘LIFE-Adult’ araştırması, çalışan popülasyonda depresyon görülme sıklığının sadece %5,7 olduğunu, ancak temel geçim yardımı alan işsizlerde %21,2'ye kadar çıktığını göstermektedir (118). Semptomların şiddeti işsiz kalınan süreyle de doğrudan bağlantılıdır; nitekim 12 ay ve daha uzun süreli işsizlerin BDE puan ortalamasının (14,2), kısa süreli işsizlere (10,1) kıyasla çok daha yüksek olduğu ve işsizlik süresi ile depresyon şiddeti arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü bir korelasyon (r=0,20) bulunduğu kanıtlanmıştır (119). Saha araştırmalarından elde edilen bu bulgular küresel bir meta-analiz çalışmasıyla da desteklenmekte olup, dünya genelinde işsiz popülasyonda depresyon prevalansı %21 olarak saptanmış, spesifik olarak depresif semptom görülme sıklığının %24, majör depresif bozukluk oranının ise %16 düzeyinde olduğu raporlanmıştır (120). İşsizlik yalnızca finansal zorluklar yaratmakla kalmaz, bireyi düzenli bir rutinden, sosyal etkileşim ağından ve toplumsal statüden de mahrum bırakır. Çalışma durumu ve istihdam, bireylerin ruh sağlığı üzerinde doğrudan ve koruyucu bir etkiye sahipken, işsizlik ve işsiz kalma süresinin uzaması iş kaybının yarattığı ekonomik stresin ve sosyal damgalanmanın depresyon semptomlarının şiddetini ve görülme sıklığını belirgin şekilde artırmaktadır.

Katılımcılardan geliri 26.000 TL'nin altında olan grupta BDE puan ortalaması en yüksek seviyede (12,3) iken, 170.000 TL ve üzeri geliri olanlarda bu değer en düşük seviyede (6,9) seyretmiştir. En düşük gelir grubunda "orta/şiddetli" depresyon %31,7 iken en yüksek gelir grubunda bu sadece %4,1'dir. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise, aylık hane gelirinin 85.001-170.000 TL arasında olmasının (OR=0,231) ve 170.000 TL'nin üzerinde olmasının (OR=0,113), 26.000 TL altı geliri olmaya kıyasla depresyona karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır. Yılmaz ve Kara (2024) tarafından Türkiye Sağlık Araştırması mikro veri seti kullanılarak yapılan analizde, bireylerin gelir düzeyinde meydana gelen artışın ruh sağlığı tarama endekslerini anlamlı ölçüde iyileştirdiği ve depresyon ihtimalini azalttığı doğrulanmıştır (109). Benzer şekilde, Çiltaş (2023) yetişkinler üzerinde yürüttüğü çalışmasında düşük gelirli bireylerin orta ve yüksek gelirli bireylere kıyasla daha yüksek BDE puanları olduğunu tespit etmiştir (114). Amiri (2021) tarafından yürütülen küresel bir meta-analiz çalışmasında, gelirdeki düşüşün depresyon riskindeki artışla doğrudan ilişkili olduğu ve düşük gelirli popülasyonlarda depresyon prevalansının yüksek seyrettiği vurgulanmıştır (120). Ami ve arkadaşları (2006), lojistik regresyon modelleriyle yüksek gelirin depresyon riskini anlamlı ölçüde azalttığını (OR=0,68-0,71) ortaya koymuştur. Zuelke ve arkadaşları (2018) ise finansal gerginlik ve maddi kaynakların yitirilmesinin bozulmuş ruh sağlığını açıklayan temel mekanizmalardan biri olduğuna dikkat çekmiş ve logaritmik net gelirin artmasının özellikle kadınlarda depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğunu belirtmiştir (118,119). Bulgular ulusal ve uluslararası literatürdeki diğer çalışmalara benzer olup finansal güvencenin ve yüksek gelir seviyesinin ruh sağlığının korunmasında belirleyicilerden biri olduğu ortaya konmuştur.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre BDE puan ortalamaları incelendiğinde, ortaokul ve altı eğitime sahip bireylerin puan ortalaması 13,4 ile en yüksek seviyede iken, lise mezunlarında bu değer 12,9 olarak ölçülmüş, ön lisans ve üzeri mezuniyete sahip bireylerde ise 9,4 olarak belirlenmiştir. Ortaokul ve altı eğitime sahip bireylerde "orta ve şiddetli" düzeyde depresyon gösterenler %28,9 gibi yüksek bir değerdeyken, ön lisans ve üzeri mezunlarda %14,1'dir. Stankunas ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülen lojistik regresyon analizinde yüksek eğitimin depresyon riskini anlamlı ölçüde azalttığı (OR=0,61-0,76) tespit edilmiştir (119). Benzer şekilde, Zuelke ve arkadaşları (2018) yüksek eğitimin özellikle kadınlarda depresyon riskini belirgin şekilde düşürdüğünü ortaya koymuştur (118). Öte yandan, literatürde farklı yönde bulgular sunan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Yılmaz ve Kara'nın (2024) çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça bireylerin ruh sağlığının olumsuz yönde etkilendiği dönemler belirlenmiştir (109). Ayrıca, genç yetişkinlerde yapılan bir çalışmada yükseköğretimde bulunan bireylerin, yükseköğretime devam etmeyen akranlarına göre

depresyon ve anksiyete açısından daha yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir (121). Bu bulgular, yüksek eğitim düzeyinin çoğu bağlamda koruyucu olmakla birlikte, özellikle yoğun akademik ve mesleki stres yaşayan gruplarda depresyon riskinin artabileceğine işaret etmektedir. Genel olarak literatürde düşük eğitim düzeyinin depresyon açısından belirgin bir risk faktörü olduğu; yüksek eğitimin ise koruyucu rol oynadığı bildirilmiştir (122–124). Elde edilen bu bulgular, literatürde yer alan pek çok araştırmayla uyum göstermektedir. Yükseköğrenimin bireylere sağladığı psikososyal kaynaklar, gelişmiş sorun çözme yetenekleri, destekleyici sosyal ağlar kurabilme imkânı ve daha yüksek ekonomik statüye erişim fırsatları, eğitim seviyesi arttıkça depresyon semptomlarının neden azaldığını açıklayabilir. Sonuç olarak, depresyonla mücadelede eğitim düzeyinin önemli bir koruyucu faktör olarak dikkate alınması gerektiği görülmektedir. Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde danışmanlık hizmetlerinin birinci basamakta yaygınlaştırılması, depresif belirtilerin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmada, kendi sağlığını "çok kötü/kötü/orta" olarak algılayan bireylerin BDE puan ortalaması 13,5 iken, sağlığını "iyi/çok iyi" olarak değerlendiren katılımcılarda bu puan 8,3 seviyesindedir. Sağlığını kötü/orta düzeyde algılayan bireylerin %30,2'si "orta/şiddetli" depresyon grubunda yer alırken, bu sağlığını iyi/çok iyi algılayanlarda yalnızca %9,2'dir. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre ise bireyin kendi sağlığını "iyi/çok iyi" olarak algılaması, sağlığını "kötü/orta" algılamaya kıyasla "orta ve şiddetli" depresyona karşı bağımsız ve son derece güçlü bir koruyucu faktör (OR=0,28) olarak öne çıkmaktadır. İskender ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, sağlık algısı kötü olan bireylerin BDE puan ortalaması (25,9), sağlık algısı orta (15,7) ve iyi düzeyde olanlara (12,6) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (115). Yılmaz ve Kara tarafından yapılan araştırmada, bireylerin genel sağlık durumlarındaki her bir düzeyde kötüleşmenin depresyon ihtimalini 2,20 ile 2,49 kat artırdığı kanıtlanmıştır (109). Deveci ve arkadaşları (101) ile Temel ve arkadaşları (125) tarafından yapılan araştırmalarda da kendi sağlık durumunu "kötü" olarak değerlendiren bireylerin depresyon puan ortalamalarının, "iyi" veya "orta" olarak değerlendirenlere kıyasla belirgin bir biçimde yüksek olduğu doğrulanmıştır. Çin'de orta yaş ve yaşlı yetişkinlerde yapılan boylamsal bir çalışma, sadece kötü sağlığın depresyonu tetiklemediğini, aynı zamanda halihazırda depresyonu olan bireylerin genel sağlık durumlarında zaman içinde anlamlı bir iyileşme yaşama olasılıklarının çok daha düşük olduğunu (2 yıllık takipte OR: 0,61; 4 yıllık takipte OR: 0,56) ortaya koymuştur (126). Uluslararası literatür, depresyon ve öznel sağlık algısı arasındaki bu ilişkinin aslında çift yönlü olarak çalıştığını göstermektedir. Öznel sağlık değerlendirmesi (self-rated health), yalnızca bireyin somut tıbbi tanılarının veya fiziksel semptomlarının bir yansıması değildir; aynı zamanda kişinin psikolojik dayanıklılığının, enerji

seviyesinin, iyimserliğinin ve hastalıklarla (örneğin; kronik hastalık varlığıyla) baş etme kapasitesinin bütüncül bir göstergesidir.

Katılımcıların uyku süresine göre BDE puan ortalamaları incelendiğinde, günde 6 saatten az uyuyan bireylerin puan ortalaması 13,4 ile en yüksek seviyede iken, uyku süresi 8 saat olan bireylerde bu değer 7,5 ile en düşük seviyeye gerilemektedir. Ancak uyku süresi 9 saat ve üzerine çıktığında BDE puan ortalamasının tekrar yükselerek 11,7 seviyesine ulaştığı görülmüştür. Ayrıca 6 saatten az uyuyanların %34,3'ü "orta/şiddetli" depresyon grubunda yer alırken, günde 8 saat uyuyanlarda sadece %7,7'dir. Korelasyon analizinde BDE puanı ile uyku süresi arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. İleri analizlerde ise günde 8 saat uyumanın 6 saatten az uyumaya kıyasla "orta ve şiddetli" depresyona karşı koruyucu (OR: 0,28) bir faktör olduğu doğrulanmıştır. Tıpkı uyku süresi ile obezite arasında saptanan ilişki gibi, uyku süresinin ruh sağlığı üzerinde de benzer bir etkiye sahip olduğu söylenebilir; yetersiz uyku kadar aşırı uyku da bireyin psikolojik ve metabolik dengesini bozarak depresif belirtileri artırmaktadır. Literatürde, uyku kalitesindeki bozulmanın daha fazla depresif semptom yaşanmasının en güçlü bağımsız öngörücülerinden biri olduğu vurgulanmaktadır. Wakefield ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan araştırma bu ilişkinin çift yönlü işlediğine dikkat çekmektedir (127). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise uyku kalitesindeki artışın ruh sağlığını iyileştirdiği gösterilmiştir (128). Elde edilen veriler uyku süresinin depresyonun gelişiminde, şiddetinde ve devamlılığında kritik bir yaşam tarzı belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, depresyon tedavisinde ve önleyici psikolojik müdahalelerde uyku hijyeninin sağlanması hekimler ve ruh sağlığı uzmanları için birincil odak noktalarından biri olmalıdır.

Araştırmada katılımcıların haftalık tatlı ve atıştırmalık tüketimi incelendiğinde, hiç atıştırmalık tüketmeyen bireylerin BDE puan ortalaması 9,4 iken, tüketim sıklığı arttıkça bu puanın kademeli olarak yükseldiği ve hemen her gün atıştırmalık tüketenlerde 13,8 ile en yüksek seviyeye ulaştığı görülmüştür. Benzer şekilde, atıştırmalık tüketmeyenlerin %19,4'ü "orta/şiddetli" depresyon grubunda yer alırken, hemen her gün tüketenlerde %31,1'dir. Hiç tatlı tüketmeyenlerin yarısından fazlası (%52,3) "depresif belirti yok" grubunda iken, hemen her gün tatlı tüketen bireylerin %36,6'sının "orta/şiddetli" depresyon kategorisinde yer aldığı ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. 1,2 milyonu aşkın katılımcıyı kapsayan bir meta-analiz çalışmasında, yüksek şeker tüketiminin bireylerde depresyon riskini %21 oranında (OR=1,21) anlamlı ölçüde artırdığı kanıtlanmıştır. Benzer şekilde, beslenme tercihleri üzerinden yapılan klinik profilleme çalışmalarında, "tatlıya düşkün" (sweet-tooth) bireylerin, sağlıklı beslenenlere

kıyasla depresyona girme riskinin %27 (RR=1,27) daha yüksek olduğu bildirilmektedir (129). Tatlı ve atıştırmalık tüketimi ile depresyon arasındaki bu ilişkinin temelinde hem davranışsal hem de nörobiyolojik mekanizmalar yatmaktadır. Bununla beraber depresyon varlığı da olumsuz yeme davranışını tetikliyor olabilir. Yapılan deneysel bir çalışmada hem hayvan hem de insan modellerinde depresif ruh halinin uyarılmasıyla tatlı ödüllere duyulan isteğin arttığını gösterilmiştir (130). Davranışsal açıdan literatür bu durumu sıklıkla "duygusal yeme" (emotional eating) mekanizmasıyla açıklamaktadır (131). Depresif duygu durumundaki bireyler, stres, karamsarlık ve anksiyete gibi olumsuz duygularla baş edebilmek, kısa süreli bir "rahatlama" ve "ödül" hissi yaşayabilmek adına yüksek karbonhidratlı ve şekerli gıdalara yönelmektedir. Özellikle atipik depresyonun en temel belirteçlerinden biri, sıkıntıya tepki olarak iştahın artmasıdır. Bu çalışmada da depresyon (BDE) ile duygusal yeme arasında ve duygusal yeme ile BKİ arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Artmış tatlı ve atıştırmalık tüketimi, klinik pratikte depresyonun çok önemli bir davranışsal göstergesi ve obeziteye giden yolda kritik bir aracı (duygusal yeme) mekanizma olarak değerlendirilmelidir. Bu sebeple, depresyonun klinik tedavisinde ve önleyici müdahalelerde yalnızca psikiyatrik yaklaşımların değil, aynı zamanda duygusal yeme kontrolünü hedefleyen beslenme (diyet) danışmanlığının da entegre edilmesi önem taşımaktadır.

7.3. Obeziteyi Belirleyen Faktörlerin Tartışması

Araştırmamıza katılan bireylerin BKİ değerlerine göre dağılımları incelendiğinde, %24,5'inin obez (BKİ ≥ 30), %39,1'inin fazla kilolu (30>BKİ ≥ 25) ve %36,4'ünün zayıf/normal kilolu (25 >BKİ) olduğu saptanmıştır. Araştırma grubumuzda fazla kilolu ve obez bireylerin toplamı %63,6 gibi oldukça yüksek bir seviyededir. Kutlutürk ve arkadaşlarının Tokat'ta gerçekleştirdiği çalışmada obezite prevalansı araştırmamıza çok benzer şekilde %23,4, fazla kiloluluk ise %36,6 olarak bulunmuştur (132). Ankara'da bir beslenme ve diyet kliniğinde yapılan diğer bir çalışmada obezite %28,0 olarak saptanırken (133), Afyonkarahisar'da yapılan bir çalışmada bir miktar daha yüksek bulunarak %31,7 bildirilmiştir (134). TURDEP-I'de Türkiye geneli obezite sıklığı %22,3 iken, TURDEP-II verilerinde bu %31,2'ye yükselmiştir. TBSA 2010 verilerinde obezite sıklığı %30,3, fazla kiloluluk ise %34,6 iken, TBSA 2017'de ise obezite %31,5 raporlanmıştır (20,21). OECD'nin 'Health at a Glance 2025' raporunda beyana göre 15 yaş üzeri nüfus için obezite %20,2, fazla kiloluluk (BKİ ≥ 25) erkeklerde %57, kadınlarda %55 seviyesindedir (110). OECD'nin 'Health at a Glance 2023' raporunda ise doğrudan ölçümlere dayalı verilere göre Türkiye'de erişkinlerde fazla kilolu ve obez bireylerin %60, obezite prevalansının ise %26–29 düzeyinde olduğu bildirilmekte, bu değerlerin OECD

ortalamasının üzerinde olduğu vurgulanmaktadır (135). Benzer şekilde, DSÖ 2022 yılı Avrupa Bölgesi Obezite Raporu'na göre Türkiye, Avrupa Bölgesi'nde obezite prevalansı en yüksek olan ülkedir ve yetişkin nüfusumuzun %66,8'i fazla kilolu, %32,1'i ise obezdir (25). Her ne kadar bu çalışmada obezite yüzdesi (%24,5), ulusal veriler, OECD ve DSÖ raporlarına kıyasla kısmen düşük gibi görünse de boy-kilo değerlerinin beyana göre olması, örneklemimizin 18–64 yaş aralığıyla sınırlı olması ve ileri yaş grubunun görece daha az temsil edilmesi erişkin nüfus için bildirilen değerlerden bir miktar daha düşük bulunmasını kısmen açıklayabilir. Öte yandan, çalışmamızda tespit edilen %63,6'lık toplam fazla kilolu ve obez birey yüzdesi, küresel sağlık otoritelerinin Türkiye'ye yönelik güncel raporlarını doğrulamaktadır. Araştırmamızdan elde edilen bulgular, sadece obezite tanısı almış bireylerin değil, sayısal olarak obezlerden daha kalabalık bir kitleyi oluşturan "fazla kilolu" bireylerin de toplumumuzda ne kadar fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Fazla kilolu gruptaki bu artış, koruyucu sağlık hizmetleri ve yaşam tarzı müdahaleleri devreye sokulmadığı takdirde, yakın gelecekte obezite sıklığında çok daha büyük bir artışın yaşanabileceğine dair güçlü bir uyarı niteliği taşımaktadır.

Katılımcıların yaş gruplarına göre BKİ değerleri arasındaki anlamlı fark görülmemiş olsa da yaş ilerledikçe BKİ ortalamalarının kademeli ve düzenli bir şekilde arttığı saptanmıştır. Bulgularımızda 18-29 yaş grubunun BKİ ortalaması 26,4 iken, bu değer 30-39 yaşta 26,8'e, 40-49 yaşta 27,7'ye ve 50 yaş ve üzerinde en yüksek seviye olan 28,3 olarak belirlenmiştir. Ayrıca yaş ile BKİ arasında pozitif ($r=0,144$; $p=0,005$), yaş ile fiziksel aktivite (GPAQ) arasında ise negatif ($r=-0,129$; $p=0,013$) korelasyon görülmüştür. Birçok çalışmada yaş ile BKİ arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu ve kişinin yaşı ilerledikçe BKİ ortalamasının arttığı doğrulanmıştır (20,134,136,137). Yaşın ilerlemesiyle obezitenin ve BKİ değerlerinin artmasının temelinde biyolojik ve çevresel faktörler yatmaktadır. Yaş ilerledikçe bazal metabolizma hızının yavaşlaması ve buna bağlı olarak vücuttaki enerji harcamasının düşmesi en belirgin fizyolojik nedendir. Buna, yaşla birlikte fiziksel aktivitenin azalması ve sedanter yaşam tarzına geçiş eşlik etmektedir.

Katılımcıların cinsiyete göre BKİ değerleri incelendiğinde, erkek katılımcıların BKİ ortalamasının (28,7) kadın katılımcıların ortalamasından (26,3) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Obezite sıklığı; erkeklerde (%30,7), kadınlara (%20,4) kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca fazla kilolu olma; erkeklerde (%49,7), kadınlardan (%31,9) belirgin biçimde fazladır. Araştırmamıza benzer biçimde, Çevik (2024) ve arkadaşlarının çalışmasında; erkeklerin BKİ ortalaması (36,3), kadınların BKİ ortalamasından (34,1) daha yüksek bulunmuştur (138). Yetişkinler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada (Seven, 2013); erkeklerin

BKİ ortalaması 27,96 iken, kadınların ortalaması 24,99 saptanmıştır (139). Özenoğlu ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında da erkeklerin BKİ ortalaması 26,11 ile fazla kilolu, kadınların ise 22,67 ile normal grupta olduğu saptanmıştır (140). DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022'ye göre, Avrupa Bölgesi'ndeki yetişkinlerin %59'u (erkeklerde %63, kadınlarda %54) fazla kilolu veya obez (25) olup erkeklerin BKİ'leri kadınlardan daha yüksektir. Ulusal literatürde, çalışmamızın bulgularıyla zıtlık gösteren ve kadınların BKİ ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Kutlutürk ve arkadaşlarının (2011) Tokat ilinde gerçekleştirdiği çalışmada kadınların BKİ ortalaması (27,9) erkeklerden (25,7) daha yüksek saptanmıştır (132). Turan (2017) tarafından Diyarbakır'da yapılan çalışmada kadınların BKİ ortalaması 28 kg/m² iken erkeklerin ortalaması 26 kg/m² bulunmuştur (141). TBSA 2010 verilerinde de kadınların BKİ ortalaması (28,9) erkeklerin BKİ ortalamasından (26,4) yüksek olarak raporlanmıştır. Araştırmamızdaki BKİ ortalamaları ile ulusal veriler arasındaki bu farklılığın nedeni, çalışmamızın yapıldığı ASM'lerin bölgesel sosyodemografik dinamikleri olabilir. Ancak göz önüne alınması gereken nokta, her ne kadar TBSA verilerinde obezite kadınlarda daha yaygın görünse de fazla kiloluğun erkeklerde her zaman daha yüksek (erkek: %39,1; kadın: %29,7) olduğudur (3). Çalışmamızda da erkeklerin ortalama 28,7 BKİ değeri ile fazla kilolu sınıfında yer alması ve neredeyse yarısının (%49,7) bu grupta birikmesi, erkeklerdeki "fazla kilololuk" tablosunun "obeziteye" dönüşebileceğine işaret etmektedir. Sonuç olarak, araştırmamızın bulguları, obeziteyle mücadelede yalnızca kadınların değil, sedanter yaşam tarzı ve obezojenik risklerin giderek daha fazla tehdit ettiği erkek popülasyonunun da öncelikli müdahale gruplarından birini oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada bekar bireylerin BKİ ortalaması 26,2, boşanmış/dul bireylerin 25,9 iken, evli bireylerin BKİ ortalaması 28,0 ile gruplar arasındaki en yüksek seviyede tespit edilmiştir. Benzer şekilde, obezite gruplarına göre dağılıma bakıldığında, evli katılımcıların obezite sıklığı (%26,3), bekârlara (%22,8) ve boşanmış/dul bireylere (%16,0) kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. İpek (2019), Beyaz ve Koç (2011) (31), Deniz ve Oğuzöncü (2020) ile Hatunoğlu ve Başar (2023) tarafından yapılan araştırmalarda da obez olma evlilerde bekârlara göre daha fazla olduğu ve BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılmış çeşitli bölgesel araştırmalar da evliliğin obeziteyi artırdığını vurgulamakta olup, obez kişiler içerisinde evli olanların %81'e ulaştığı çalışmalar mevcuttur (141–143) . İran'da Seyed Bahman ve arkadaşları (144) tarafından yapılan çalışmada ve diğer uluslararası epidemiyolojik çalışmalarda da evliliğin obezojenik etkileri olduğu raporlanmıştır (145). Bulgular, evliliğin obezite ve yüksek BKİ için önemli bir risk faktörü olduğunu gösteren çok sayıda ulusal ve

uluslararası çalışmayla benzerlik göstermektedir. Evlilikle birlikte yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının farklılaşması ve eş zamanlı olarak yaşın ilerlemesi, obezite için belirgin bağımsız risk faktörleri olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle özellikle yeni evlenen bireylere yönelik olarak birinci basamakta obezite, kilo yönetimi ve sağlıklı beslenme konusunda verilecek eğitimler ile sunulacak psikososyal desteklerin obezitenin yol açabileceği metabolik risklerin önlenmesine ve kontrol altına alınmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların öğrenimlerine göre BKİ ortalamaları ortaokul ve altı öğrenim düzeyinde 30,1 ile en yüksek ve obez sınıfında yer alırken; lise mezunlarının ortalaması 27,9, ön lisans ve üzeri eğitime sahip olanların ortalaması ise 26,6 bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi sonucunda da bu bulgu desteklenmiş olup, ön lisans ve üzeri eğitime sahip olmanın, ortaokul ve altı eğitime sahip olanlara kıyasla obez olma riskine karşı koruyucu bir faktör olduğu (OR=0,193) tespit edilmiştir. Çayır ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında okuryazar olmayanlarda obezite %64,0 iken, yüksekokul ve üniversite mezunu olanlarda bu %17,2'ye kadar düşmektedir (133). Gürbüz (2019) ile Turan (2017) tarafından yürütülen araştırmalarda da benzer şekilde öğrenim durumu yükseldikçe obezite sıklığının düştüğü, en yüksek obezite sıklığının okuryazar olmayan veya düşük eğitimli gruplarda olduğu bildirilmiştir (141,142). Ayrıca, Köseoğulları (2024) ve Karaoğlan (2019) da eğitim düzeyi arttıkça BKİ'nin azaldığını doğrulamışlardır (136,146). Öte yandan, literatürde eğitimin obezite üzerindeki etkisinin cinsiyete ve gelişmişlik düzeyine göre farklılık gösterebildiğini savunan farklı çalışmalar da mevcuttur. Gelişmiş ülkelerde eğitim ile obezite arasında belirgin bir negatif ilişki gözlenirken, gelişmekte olan bazı ülkelerde eğitim ve gelir arttıkça obezitenin de arttığını bildiren sonuçlar bulunmaktadır (136,147). Buna karşın, bulgular eğitimin obezite için koruyucu bir etken olduğunu ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyindeki artışın obeziteyi azaltıcı etkisi, temel olarak artan sağlık okuryazarlığı ile açıklanmaktadır. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlıklı beslenme, kalori kontrolü ve fiziksel aktivitenin önemi hakkında daha fazla farkındalığa sahip olmaları, sağlık risklerine karşı daha duyarlı hareket etmelerini sağlamaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça, internet dahil bilgi kaynaklarına ulaşımın kolaylaşması, sosyal çevre değişimi, fiziksel görünüme daha fazla önem verilmesi ve daha hareketli bir yaşam tarzının benimsenmesi gibi etkenler obezite riskini azaltmaktadır. Bu sonuç, obezite ile mücadelede sadece diyet veya egzersiz tavsiyelerinin yeterli olmadığını, genel eğitim politikalarının ve düşük öğrenimli bireylerde "sağlık okuryazarlığının" artırılmasının son derece önemli bir halk sağlığı stratejisi olduğunu kanıtlamaktadır. Klinikte ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde obezite yönetimi

planlanırken, düşük eğitim seviyesine sahip riskli gruplar için özel, anlaşılır ve kapsamlı beslenme eğitim programlarının düzenlenmesine öncelik verilmelidir.

Araştırmamızda, hanesinde fazla kilolu veya obez birey bulunan katılımcıların BKİ ortalamasının (30,5) hanesinde obez birey bulunmayanlara (26,1) göre yüksek olduğu saptanmıştır. Lojistik regresyon analizi sonuçları da bu durumu güçlü bir şekilde desteklemekte olup, hanede fazla kilolu/obez birey bulunmasının kişinin obez olma riskini yaklaşık 4 kat (OR=3,98) artırdığı tespit edilmiştir. Çalışmalarda ailesinde obez kişi bulunanların daha yüksek oranda obez olduğu ve obezitenin ailevi beslenme biçimi ile güçlü bir ilişkisi bulunduğu bildirilmiştir (133,148). Buna göre aynı hanede fazla kilolu/obez birey bulunması, genetik yatkınlık, ortak beslenme örüntüleri (yüksek enerjili yiyecek, atıştırmalık ve tatlı tüketim sıklığı) ve benzer fiziksel aktivite düzeyleri gibi faktörler aracılığıyla diğer aile bireylerinin BKİ ortalamasını yükselten bir "paylaşılan risk ortamı" olarak değerlendirilebilir.

Bulgularımıza göre, kronik hastalığı bulunan bireylerin BKİ ortalaması (28,9), bulunmayanlardan (26,5) anlamlı derecede yüksektir. Benzer şekilde, sürekli ilaç veya ürün kullanan katılımcıların BKİ ortalaması (28,3), kullanmayanlardan (26,5) yüksektir. BKİ gruplarına bakıldığında, kronik hastalığı olanlarda obezite sıklığının (%32,3) daha fazla olduğu görülmüştür. Obezitenin tip 2 diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve kardiyovasküler hastalıklar gibi pek çok kronik hastalıkla pozitif yönde ilişkili olduğu literatürde kabul gören bir gerçektir. Gürbüz (%58) ile Nazlıcan ve arkadaşları (%43,4) tarafından yapılan araştırmalarda da kronik hastalığı ve ek hastalığı olan bireylerde obezitenin anlamlı derecede daha yüksek görüldüğü saptanmıştır (142,149). Buna göre, örneklemimizde kronik hastalık varlığı ile daha yüksek BKİ'nin birlikte görülmesi, obezitenin kronik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olmasının yanı sıra, kronik hastalığa sahip bireylerde yaşın artması, fiziksel aktivitenin azalması, ilaç yan etkileri ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler gibi ikincil mekanizmalarla da kilo artışını kolaylaştırdığını düşündürmektedir.

Çalışmada en düşük BKİ ortalaması gecelik ortalama 7 saat uyuyan katılımcılarda (26,5) gözlenirken, uyku süresi 6 saatten az olanlar (27,7) ile 9 saat ve üzerinde olanlar (30,4) en yüksek BKİ değerlerine sahiptir. Türkiye'de 20 yaş üzeri erişkinlerde uyku süresi, kalitesi ve obezite ilişkisini inceleyen bir çalışmada; uyku süresi kısaldıkça BKİ, bel çevresi ve diğer antropometrik göstergelerin arttığı, özellikle kısa uyku süresinin (genellikle <6 saat) obezite için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (150). Uluslararası çalışmalar ve NHANES verileri, 7–8 saatlik uyku süresini referans kabul ederek, hem 6 saatin altındaki kısa uyku sürelerinde

hem de 9 saat ve üzerindeki uzun uyku sürelerinde obezite riskinin arttığını, bazı yaş gruplarında uyku süresi ile BKİ arasındaki ilişkinin U-şekilli bir desen izlediğini ortaya koymaktadır (151,152). Araştırmadaki bulgularımız hem ulusal hem de uluslararası literatürde önerilen orta düzey (7–8 saat) uykunun metabolik açıdan en sağlıklı aralık olduğu, az ve fazla uykunun ise obezite riskini artırdığı yönündeki bulgularla uyumlu görünmektedir.

Araştırmada, sağlığını "iyi veya çok iyi" olarak değerlendirenlerin BKİ ortalaması (26,1), sağlığını "çok kötü/kötü veya orta" olarak değerlendirenlere (28,9) göre anlamlı derecede daha düşüktür. Lojistik regresyon analizinde de sağlığı iyi algılamanın obeziteye karşı koruyucu bir etken (OR=0,31) olduğu bulunmuştur. Sağlık algısının bozulması da fiziksel aktiviteden kaçınma, sağlıksız yeme davranışlarını sürdürme ve sağlık hizmetine başvuruda gecikme gibi mekanizmalar yoluyla obeziteye yol açıyor olabilir.

Araştırmamızın önemli bulgularından biri, tanı almış bir psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların neredeyse yarısının (%45,5) obez grubunda yer alması ve psikiyatrik öyküsü olmayanlara (%22,5) kıyasla anlamlı derecede yüksek olmasıdır. Lojistik regresyon modeli de psikiyatrik hastalığa sahip olmanın obezite riskini 3,4 kat artırdığını ortaya koymuştur. Bu sonuç, obezite ile psikiyatrik bozuklukların (özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları) sıklıkla birlikte görüldüğünü bildiren çalışmalarla uyumludur (153,154) Psikiyatrik tanı alan bireylerde depresif duygudurum, motivasyon kaybı, sosyal çekilme ve fiziksel aktivitede azalma gibi faktörler duygusal yeme ve tıkınırcasına yeme ataklarının artmasıyla kilo alımını kolaylaştırmaktadır. Çalışmamızda psikiyatrik hastalık öyküsü ile daha yüksek BKİ'nin birlikte görülmesi, bu iki durumun yönetiminde bütüncül bir yaklaşım gereksinimini destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Depresyon kategorilerine göre BKİ grupları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, BDE puanı ile BKİ arasındaki ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (r=0,079; p=0,123). Bu bulgu, literatürde depresyon ve BKİ arasında yalnızca çok zayıf veya istatistiksel olarak anlamlı olmayan kesitsel korelasyonlar bildiren bazı ulusal anket ve kohort çalışmalarının sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (115,155). Buna karşın, elde ettiğimiz bu doğrudan ilişkisizlik durumu, literatürde depresyon ve obezite arasında güçlü, pozitif ve çift yönlü bir etkileşim bulunduğunu raporlayan bazı kapsamlı araştırmaların sonuçlarıyla farklılık oluşturmaktadır. Nitekim yapılan bir meta-analiz çalışmasında depresyon ve obezite arasında pozitif ve çift yönlü ilişki olduğu kanıtlanmış (12); Blaine tarafından yapılan bir diğer boylamsal meta-analizde de depresif bireylerin sonradan

obez olma veya kilo alma riskinin sağlıklı bireylere kıyasla yaklaşık 1,8 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (156). Ayrıca, Lazarevich ve arkadaşları (68) ile Goldschmidt ve arkadaşları (69) gibi araştırmacıların yürüttüğü farklı çalışmalarda da yüksek BKİ değerlerine sahip obez katılımcılar ile depresif semptomlar arasında, tekli analizlerde doğrudan pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler rapor edilmiştir. Çalışmamızda, depresyon durumuna göre obezite veya BKİ açısından anlamlı bir fark saptanamamış olması, bu açıdan literatürün önemli bir kısmıyla örtüşmemektedir**.** Sonuç olarak, tekli analizlerde depresyon durumuna göre BKİ ve obezite açısından anlamlı farklılık saptanamamış olması, çalışmamızın birinci basamak, heterojen ve klinik olarak nispeten daha hafif depresyon düzeylerine sahip bir örneklemde yürütülmüş olmasıyla kaynaklanmış olabilir. Bununla birlikte, ulusal ve uluslararası literatürde özellikle obez ve klinik depresif örneklemlerde obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin daha belirgin olduğu, ağır obezite ve majör depresyon düzeylerinde iki durumun sıklıkla birlikte seyrettiği göz önüne alındığında, birinci basamakta obez bireylerin depresyon açısından, depresif bireylerin de kilo durumu ve yaşam tarzı açısından sistematik olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

7.4. Depresyon ve Obezite İlişkisinde Duygusal Yemenin ve Fiziksel Aktivitenin Aracı (Mediatör) Rolünün Tartışması

Bu araştırmada, depresyona yatkınlığın (BDE puanı) BKİ üzerindeki etkisinde duygusal yeme (DEBQ) davranışının ve fiziksel aktivite (GPAQ) düzeyinin aracı (mediatör) rolü, Hayes'in PROCESS makrosu (Model 4) kullanılarak aracılık analizi ile test edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, depresyonun BKİ üzerindeki toplam etkisi ve aracı değişkenler modele dahil edildiğindeki doğrudan etkisi anlamlı bulunmamıştır. Buna karşın, depresyonun obeziteye dolaylı yoldan etki ettiği temel mekanizmanın "duygusal yeme" olduğu kanıtlanmıştır. Depresyonun bireylerde duygusal yeme davranışını pozitif ve anlamlı yönde artırdığı görülmüştür. Aracı değişken olan duygusal yeme davranışının da BKİ üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Bootstrap analizi sonucunda, duygusal yeme üzerinden gerçekleşen dolaylı etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Van Strien ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü boylamsal bir çalışmada, tıpkı bulgularımızda olduğu gibi, annelerde depresyonun kilo alımı üzerinde toplam ve doğrudan etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür. Ancak dolaylı etkinin anlamlı olduğu ve "duygusal yeme" nin aracı bir faktör olduğu ve "depresyon → duygusal yeme → BKİ artışı" şeklinde bir mekanizmanın işlediği bildirilmiştir (157). Antoniou ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada da depresyon ve BKİ ilişkisinde duygusal yemenin aracılık ettiği kanıtlanmıştır (158). Benzer şekilde,

Lazarevich ve arkadaşları (2016) genç yetişkinlerde yürüttükleri araştırmada, duygusal yemenin depresif semptomlar ile BKİ arasında aracı rol üstlendiğini doğrulamıştır (159). Duygusal yemenin depresyon ve obezite arasındaki bu köprü görevi, sadece kesitsel çalışmalarla değil, aynı zamanda prospektif araştırmalarla gösterilmiştir. Konttinen ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülen 7 yıllık takipli popülasyon tabanlı bir kohort çalışmasında, negatif duygulara yanıt olarak yemek yemenin (duygusal yemenin), depresyon ile BKİ ve bel çevresindeki uzun dönemli adipozite artışı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir (160). İki farklı Avrupa ülkesini (Danimarka ve İspanya) karşılaştıran farklı bir çalışmada ise duygusal yemenin aracı rolü her iki ülkede de doğrulanmıştır (161).Depresif bireylerin neden metabolik olarak doğrudan kilo almadığı, ancak duygusal yeme üzerinden obeziteye sürüklendiği duygu düzenleme (regülasyon) güçlükleri ve psikolojik-nörobiyolojik telafi mekanizmaları ile açıklanmaktadır. Guerrini-Usubini ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan path (yol) analizi çalışmasında; duygusal disregülasyonun, kişide psikolojik sıkıntı ve duygusal yemeyi tetikleyerek BKİ artışına neden olduğu modellenmiştir (162). Ouwens ve arkadaşları (2009) ise depresyon ile duygusal yeme arasındaki bu aracı köprünün aslında "duyguları tanımlamada güçlük (aleksitimi)" ve "dürtüsellik" alt mekanizmaları üzerinden kurulduğunu ifade etmişlerdir. Negatif duygularla işlevsel olarak başa çıkamayan birey, stres faktörlerinden uzaklaşmak, benlik farkındalığından kaçmak ve stresi hafifletmek amacıyla "ödül" niteliği taşıyan enerji yoğun besinlere yönelmektedir (163). Bu nörobiyolojik yönelimin besin tercihleri ve vücut ağırlığına etkisi oldukça belirgindir. Konttinen ve arkadaşları (2010), depresif semptomlar ile enerji yoğun tatlı/yağlı gıdaların tüketimi arasındaki pozitif ilişkinin, analize duygusal yeme aracı değişken olarak eklendiğinde ortadan kalktığını, yani depresyonun sağlıksız besin tercihine yol açmasındaki yegâne aracı mekanizmanın duygusal yeme olduğunu kanıtlamıştır (164). Czepczor-Bernat ve arkadaşları (2021) da oluşturdukları modellemede, stres ve negatif duyguların sadece duygusal yemeyi değil, atıştırma (snacking) davranışını da tetiklediğini; ancak atıştırma eyleminin BKİ'yi doğrudan artırmaktan ziyade, önce duygusal yemeyi pekiştirerek dolaylı yoldan vücut ağırlığını artırdığını saptamıştır (165). Güncel literatür ve araştırmamızın analiz sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, depresyon bireyi otomatik olarak obeziteye sürükleyen metabolik bir durum değildir. Depresyon, bireyin aleksitimi, dürtüsellik ve duygu disregülasyonu gibi psikolojik zaaflarını tetikleyerek duygusal yemeyi bir başa çıkma stratejisi olarak kullanmasına yol açmaktadır. Bu durum, kilo yönetimini ve obezite tedavisini ele alırken, salt kalori kısıtlamasının ötesine geçilmesi gerektiğini kanıtlamaktadır. BKİ artışını kalıcı olarak durdurabilmek için, bireylerin depresif semptomlarına müdahale edilmeli ve duygusal yeme döngüsünü kıracak bilişsel farkındalık

terapileri (mindfullness vb.) ile stresi yönetme becerileri tedavi protokolünün merkezine yerleştirilmelidir.

Öte yandan, modelde test edilen diğer aracı değişken olan fiziksel aktivitenin (GPAQ), BKİ'yi anlamlı şekilde negatif yönde yordamasına (p=0,001) rağmen, depresyonun fiziksel aktivite düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (p=0,717). Bu nedenle, fiziksel aktivitenin, depresyon ile obezite arasındaki ilişkide aracı bir rol (mediatör) üstlenmediği görülmüştür. Öncelikle, fiziksel aktivitenin BKİ üzerindeki negatif etkisi, enerji dengesi ve vücut kompozisyonu açısından biyolojik olarak beklenen bir bulgudur. Birçok kohort ve toplum temelli çalışmada, orta-şiddetli fiziksel aktivite düzeyi arttıkça fazla kilolu ve obez olma olasılığının azaldığı, sedanter yaşam süresinin artmasının ise BKİ'yi ve abdominal obeziteyi artırdığı gösterilmiştir. DSÖ ve birçok ülkenin rehberleri, obeziteyle mücadelede fiziksel aktiviteyi temel koruyucu faktörlerden biri olarak tanımlar (25,166). Bu çalışmada da fiziksel aktivitenin BKİ'yi anlamlı biçimde yordaması, genel olarak bununla uyumludur. Buna karşın, depresyonun fiziksel aktivite düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin saptanmamış olması, literatürdeki çeşitli bulgularla açıklanabilir. Son yıllarda yapılan meta-analiz ve boylamsal çalışmalar, fiziksel aktivite ile depresyon arasındaki ilişkinin var olsa bile çoğunlukla küçük etki büyüklüklerine sahip olduğunu, ayrıca ilişkinin yönünün bağlama göre değişebildiğini göstermektedir (167). Bazı kesitsel çalışmalarda bu ilişkiler çoğunlukla zayıf korelasyonlara ve küçük regresyon katsayılarına karşılık gelmektedir. Özellikle genç, görece sağlıklı veya zaten hareketli örneklemlerde, depresyon düzeyindeki değişimin fiziksel aktivite davranışına yansıması, tavan etkisi ve yapısal kısıtlar nedeniyle sınırlı kalabilmektedir.

7.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle araştırma kesitsel nitelikte olduğundan, depresyon, duygusal yeme, fiziksel aktivite ve obezite arasındaki ilişkiler yalnızca eşzamanlı birliktelik olarak yorumlanabilmekte, nedensel çıkarım yapılamamaktadır. Ayrıca çalışma yalnızca Ankara il merkezindeki iki aile sağlığı merkezine başvuran 18–64 yaş bireyleri kapsadığı için sonuçlar Türkiye genel nüfusuna ve farklı sosyodemografik özelliklere sahip bölgelere genellenemez; gönüllü katılım ve sağlık merkezine başvurmayan bireylerin dışarıda kalması seçilim yanlılığına yol açmış olabilir. Depresyon, duygusal yeme, fiziksel aktivite, boy ve kilo öz bildirime dayalı ölçek ve sorularla değerlendirilmiştir. Katılımcılar, verilerin anonim olarak değerlendirileceği kendilerine açıklanmış olsa bile, sosyal açıdan daha kabul edilebilir cevaplar verme eğiliminde olmuş olabilirler. Örneğin, gerçek kilolarını olduğundan düşük,

boylarını ise olduğundan yüksek bildirmiş olmaları muhtemeldir. Son olarak, depresyon düzeyi Beck Depresyon Envanteri ile ölçülmüş; yüz yüze DSM temelli klinik değerlendirme yapılmamış, bu nedenle BDE'de yüksek puan alan tüm bireyler için majör depresyon tanısı olduğunu varsaymak mümkün değildir.

Araştırmanın çeşitli güçlü yönleri bulunmaktadır. Öncelikle, araştırma birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran yetişkinlerde, obeziteyi yalnızca BKİ üzerinden tanımlamakla kalmayıp; depresyona yatkınlık, duygusal yeme davranışı, fiziksel aktivite düzeyi, uyku süresi, öznel sağlık algısı ve hanede obez birey varlığı gibi çok sayıda biyopsikososyal değişkenle birlikte ele alması bakımından literatüre özgün ve bütüncül bir katkı sunmaktadır. Çalışmanın Ankara'nın sosyoekonomik açıdan (Çankaya ve Mamak) iki farklı ilçesini karşılaştırması, obezite ve depresyonun sosyoekonomik belirleyicilerini birinci basamak bağlamında görünür kılmakta ve sosyoekonomik gelişmişlik farklarının, beden kütle indeksi ile ruh sağlığı göstergeleri üzerindeki etkilerini değerlendirme imkânı sağlamaktadır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeler yoluyla ve gözlem altında toplanmıştır. Bu durum, veri kalitesini ve güvenilirliğini artırarak analizlerin doğruluğunu güçlendirmiştir. Ayrıca araştırmada, korelasyon, çok değişkenli lojistik regresyon ve Hayes PROCESS Model 4 kullanılarak paralel aracılık analizleri yapılmış; böylece depresyon–obezite ilişkisi içinde duygusal yeme ve fiziksel aktivitenin olası aracılık rolleri ileri düzey istatistiksel yöntemlerle test edilmiştir. Son olarak, tüm katılımcılara sağlıklı beslenme ile ilgili ve anket sonrası depresyona yatkınlığı yüksek çıkan bireylere ise gerekli yerlere başvurmaları konusunda bilgilendirme yapılmıştır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Bu araştırma, Ankara'da sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgeyi temsil eden Çankaya (Çayyolu ASM) ve Mamak (Mehmetçik ASM) ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18-64 yaş arası toplam 379 katılımcı ile gerçekleştirilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan Çankaya ve Mamak bölgelerindeki katılımcılar arasında sosyodemografik özellikler ve bazı değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Çankaya'da bir işte çalıştığını ifade edenler (%65,1'e karşılık %39,8), ön lisans ve üzeri eğitime sahip olanlar (%87,0'a karşılık %30,5), 170.000 TL üzeri en üst gelir grubunda yer alanlar (%19,0'a karşılık %0), sürekli ilaç/ürün kullananlar (%46,0'a karşılık %34,7), aktif tütün ürünleri kullananlar (%41,8'e karşılık %28,8), haftada en az bir kez alkol kullananlar (%14,2'ye karşılık %1,7), haftada 5 kez veya daha fazla dışarıdan yemek yiyenler (%9,2'ye karşılık %4,2) ile günlük 8 saat ve üzeri sedanter süre geçirenler (%37,5'e karşılık %18,6) Mamak'a göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Mamak'ta ise kadınlar (%68,6'ya karşılık %55,4), geniş ailede yaşayanlar (%9,3'e karşılık %4,2), 26.000 TL altı en düşük gelir grubunda bulunanlar (%24,6'ya karşılık %4,7), fiziksel olarak aktif olanlar (%83,9'a karşılık %69,7), hanede fazla kilolu/obez birey bulunanlar (%66,1'e karşılık %23,0), kendi sağlığını "kötü/orta" algılayanlar (%54,2'ye karşılık %37,5) ile BDE'ye göre "orta/şiddetli" depresyon grubunda yer alanlar (%31,4'e karşılık %12,3) Çankaya'ya kıyasla fazla tespit edilmiştir.

Obezite ile İlişkili Bulgular

- Erkeklerin BKİ ortalaması (28,7±4,6), kadınlardan (26,3±5,4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,001$). Erkeklerde fazla kilolu (%49,7) ve obez (%30,7) olma oranları, kadınlara (%31,9 ve %20,4) kıyasla belirgin şekilde daha fazladır ($p<0,001$).
- Öğrenim düzeyi ortaokul ve altı olan bireylerin BKİ ortalaması 30,1±4,8 iken, ön lisans ve üzeri eğitime sahip olanlarda 26,6±5,0'dır ($p<0,001$). Ortaokul ve altı grupta obezite oranı %48,9 iken, bu oran ön lisans ve üzeri grupta %19,8'dir ($p<0,001$).
- Hastalık durumuna göre incelendiğinde; tanı almış psikiyatrik hastalığı bulunanlarda obezite oranı %45,5 iken, bulunmayanlarda %22,5'tir ($p=0,003$). Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre (sırasıyla 28,9±6,0 ve 26,5±4,6; $p=0,001$) ve sürekli ilaç/ürün

kullananlarda kullanmayanlara göre (sırasıyla 28,3±5,7 ve 26,5±4,7; p=0,004) BKİ ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir.

- Hanesinde fazla kilolu/obez birey bulunanların bulunmayanlara göre (sırasıyla 30,5±6,5 ve 26,1±4,1; p=0,001) ve kendi sağlığını "çok kötü/kötü/orta" olarak değerlendirenlerin iyi/çok iyi olarak değerlendirenlere göre (sırasıyla 28,9±6,1 ve 26,1±4,1; p<0,001) BKİ ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir.
- Lojistik Regresyon analizi sonuçlarına göre; bireylerin obez (BKİ 30) olma riskini belirleyen en güçlü bağımsız faktörler sırasıyla; hanede fazla kilolu/obez birey varlığı (OR=3,979; p<0,001), tanı almış psikiyatrik hastalık bulunması (OR=3,428; p=0,007) ve erkek cinsiyettir (OR=2,805, p<0,001). Kendi sağlığını "iyi/çok iyi" algılamak, orta/kötü/çok kötü algılamaya göre (OR=0,312; p<0,001) ve ön lisans ve üzeri mezunu olmak (OR=0,193; p=0,003), ortaokul ve altı mezunu olmaya göre obeziteye karşı koruyucu bulunmuştur.

Depresyona Yatkınlık ile İlişkili Bulgular

- Cinsiyetler arasında, BDE puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (kadın: 10,9±7,2; erkek: 10,1±6,4; p=0,531).
- Çalışmayan bireylerin BDE puan ortalaması (11,5±6,7), çalışanlardan (9,8±6,9) anlamlı şekilde yüksektir (p=0,009). Çalışmayan bireylerde "orta/şiddetli" depresyon oranı %22,8 iken, çalışanlarda %14,7'dir (p=0,019).
- Gelir seviyesi düştükçe BDE puan ortalaması artmaktadır. Aylık hane geliri 26.000 TL altında olanların puan ortalaması 12,3±7,4 iken, 170.000 TL üzerinde olanlarda 6,9±5,3'e düşmektedir (p<0,001). Ortaokul ve altı eğitime sahip olanların puanları (13,4±6,9), ön lisans ve üzeri mezunlarının puanlarından (9,4±6,5) yüksektir (p<0,001).
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre (sırasıyla 14,6±6,7 ve 10,1±6,8; p<0,001), ailesinde psikiyatrik hastalık olanların olmayanlara göre (sırasıyla 12,9±7,2 ve 10,1±6,8; p=0,010) ve sağlığını kötü algılayanların algılamayanlara göre (sırasıyla 13,5±7,0 ve 8,3±5,9; p<0,001) BDE ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir.
- Gecelik ortalama 6 saatten az uyuyanların BDE puanı (13,4±6,8), 8 saat uyuyanlara (7,5±6,3) göre yüksektir (p=0,008). Ayrıca hemen her gün atıştırmalık tüketenlerin (13,8±8,0; p=0,006) ve haftada en az bir kez alkol kullananların (12,0±6,4; p=0,004) BDE puanları da daha yüksektir.
- Lojistik Regresyon analizi sonucunda; aylık gelirin 85.001-170.000 TL (OR=0,231; p=0,004) veya 170.000 TL üzeri olması,26.000 TL altında olmasına göre (OR=0,113;

p=0,009), günde 7 saat uyumak, 6 saatten az uyumaya göre (OR=0,279; p=0,027) ve kendi sağlığını "iyi/çok iyi" değerlendirmek, orta/kötü/çok kötü değerlendirmeye göre (OR=0,275; p<0,001) ise depresyona karşı koruyucudur.

Duygusal Yeme ve Fiziksel Aktivitenin Aracılık (Mediatör) Rolü Bulguları

- BDE puanının BKİ üzerindeki doğrudan etkisi (B=0,01, p=0,257) ve toplam etkisi (B=0,04, p=0,871) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Ancak, depresyon puanı arttıkça duygusal yeme davranışı (DEBQ) pozitif yönde anlamlı olarak artmaktadır (B=0,33; p=0,001). Artan duygusal yeme davranışı da BKİ'yi anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir (B=0,11; p<0,001).
- Duygusal yeme davranışı (DEBQ) aracı değişken olarak modele dahil edildiğinde, depresyonun BKİ üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Dolaylı etki B=0,04, Boot %95GA:0,013-0,064).
- Fiziksel aktivitenin (GPAQ) ise bu ilişkide aracı (mediatör) bir rolü bulunmamıştır (Dolaylı etki B=0,002, Boot %95GA:-0,010-0,011)

Sonuç olarak bu çalışma, depresif bireylerde gözlemlenen kilo artışı ve obezite riskinin fiziksel hareketsizlikten ziyade psikolojik bir yeme bozukluğu olan "duygusal yeme" davranışı ile açıklandığını ortaya koymaktadır. Klinik pratikte obezite ile mücadele edilirken, standart diyet ve egzersiz reçetelerinin tek başına yeterli olmayabileceği; hastaların depresif duygu durumlarının ve buna bağlı gelişen duygusal yeme ataklarının psikolojik olarak tedavi edilmesinin, obezite yönetiminde kritik bir öneme sahip olduğunu göstermektedir.

8.2. Öneriler

- DSÖ ve güncel kılavuzlar, obezite ve depresyonun birinci basamakta birlikte taranmasını, komorbid olgular için bütüncül yaklaşımı önermektedir. Bu nedenle, obez bireyler için depresyon, orta-şiddetli depresif belirtileri olanlar için de kilo durumu ve yeme davranışları iki yönlü düşünülmeli ve sistematik olarak değerlendirilmelidir.
- Depresyonun BKİ üzerindeki etkisinin yalnızca duygusal yeme üzerinden anlamlı bulunması, fiziksel aktivitenin aracılık rolünün anlamlı bulunmaması, klasik "diyet + egzersiz" reçetesinin depresyon ve duygusal bozukluklar yaşayan bu grup için yeterli olmayacağını göstermektedir. Aile hekimliği obezite izlem protokollerine, psikolojik bileşenin (duygu düzenleme, stres yönetimi, davranışçı yeme müdahalesi) eklenmesi;

gerekli olgularda klinik psikolog/psikiyatri ile eş zamanlı takip modelinin kurumsallaştırılması önerilir.

- Erkeklerde obezite riski kadınlara göre 2,80 kat yüksek bulunmuştur; ancak mevcut birinci basamak sağlıklı yaşam programları büyük ölçüde kadın katılımcı ağırlıklıdır. Erkeklerin iş saatlerine ve sosyal alışkanlıklarına uygun (akşam saatleri, işyeri temelli) obezite ve ruh sağlığı programlarının tasarlanması önerilir.
- Psikiyatrik tanısı olanlarda obezite riski yaklaşık 3,5 kat artmıştır. Aile hekimliği ve psikiyatri arasında bütünleşmiş bir "metabolik izlem kartı" (BKİ, bel çevresi, lipid, glukoz, duygusal yeme puanı) geliştirilerek belirli periyotlarda zorunlu takip yapılması önerilir.
- Birinci basamakta (ASM, toplum sağlığı merkezi vb.); beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite, uyku hijyeni (düzenli yatma saati, ekran süresini azaltma, kafein ve ağır akşam yemeklerinden kaçınma) ve duygusal yeme farkındalığını içeren yapılandırılmış eğitimler, depresyon ve obezite riskini azaltmaya yönelik müdahalelerin parçası haline getirilmelidir.
- Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları için; obezite–depresyon birlikteliği, duygusal yeme ve motivasyonel görüşme konularında sürekli eğitim programları planlanmalıdır.
- Danışmanlık hizmetleri, kayıtlı nüfus ve hasta takibinde; duygusal yeme, düşük fiziksel aktivite, kısa/uzun uyku ve olumsuz sağlık algısı gibi "görünür işaretler" için kısa tarama soruları kullanılmalı; yüksek riskli bireyler, gerekirse psikiyatriye ve diyetisyene yönlendirilmelidir.
- Türkiye'de "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" gibi mevcut programlara, depresyon ve duygusal iyi oluş bileşenlerinin eklenmesi; obeziteyle mücadele politikalarının içine sistematik ruh sağlığı bileşeni yerleştirilmesi önerilir.
- Halk sağlığı müdahalelerinde "tek tip ulusal program" yerine, sosyoekonomik dezavantajlı ilçelere daha fazla psikososyal destek personeli (psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen) tahsis edilmesi önerilir.
- Aylık hane geliri düşük olan gruplarda depresyon riski daha yüksektir. Bu nedenle, aile destek programları ve sosyal yardım vakıfları gibi sosyal yardım talep etme prosedürlerine kısa bir ruh sağlığı taraması da dahil edilmelidir.

- Ortaokul ve altı mezunlarda hem obezite hem depresyon puanı belirgin yüksektir. Tüm beslenme, fiziksel aktivite ve ruh sağlığı broşürlerinin görsel ağırlıklı, düşük okuryazarlık düzeyine uygun ve mümkünse video/sesli formatta sunulması önerilir.
- Sağlığını "iyi/çok iyi" algılamak hem obezite hem de depresyon için koruyucu bir faktördür. Periyodik muayenelerde kişinin kendi laboratuvar ve ölçüm verilerinin anlaşılır geri bildiriminin verildiği "kişisel sağlık karnesi" uygulamasının yaygınlaştırılması önerilir. Bu, kişinin kendi öz-yeterliği ve sağlık algısını güçlendirecektir.
- Aile hekimliği yazılımlarına (ör. AHBS), BKİ + BDE/PHQ-9 + DEBQ skorlarını otomatik eşleştirip risk uyarısı (ör. "yüksek BKİ + yüksek duygusal yeme → davranışçı müdahale önerilir") veren bir karar destek modülünün eklenmesi önerilir.
- Bu çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle nedensellik sınırlıdır. ASM kayıtlı nüfusu üzerinden yıllık izlemle depresyon–duygusal yeme–BKİ değişimini takip eden yerel kohort çalışmalarının yapılması önerilir.
- Hemen her gün atıştırmalık tüketenlerin BDE puanı belirgin yüksektir. Paketli gıdalar için daha anlaşılır etiketleme ve reklam kısıtlamaları gibi önlemler desteklenmelidir.
- Etiketleme/reklam önerilerine ek olarak; okullar ve sağlık kuruluşları yakınında belirli yarıçaplar (örneğin 250 metre) içinde ultra-işlenmiş gıda satış noktalarının sınırlandırılması ve bu alanlarda sağlıklı gıda tüketiminin teşvik edilmesi önerilir.
- Medya ve okul temelli programlarla, duygusal yeme ve stresle baş etme becerileri konusunda farkındalık yaratılmalıdır.
- Mobil telefon kullanımının yaygınlığı göz önünde bulundurularak; duygusal yeme farkındalığı, uyku hijyeni ve kısa depresyon taramasını içeren, Türkçe, ücretsiz ve kanıta dayalı bir mobil uygulamanın Sağlık Bakanlığı e-Nabız sistemine entegre edilmesi önerilir.
- Çankaya ve Mamak ilçeleri arasındaki sosyoekonomik farklılıklar, çalışmanın bulgularına da yansımıştır. Düşük gelir düzeyi, yetersiz eğitim ve işsizlik gibi sosyal belirleyicilerin hem obezite hem de depresyon yükünü artırdığı görülmüştür. Bu eşitsizliğin azaltılması için yalnızca bireysel davranış değişikliğini hedefleyen klinik yaklaşımlar yetersiz kalmakta; ilçe düzeyinde yapısal ve toplum temelli müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

9. KAYNAKLAR

1. WHO. Home/Newsroom/Fact sheets/Detail/Obesity and overweight [Internet]. [a.yer 02 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. [a.yer 02 Mayıs 2025]. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates
3. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No:1132, Ankara 2019 [Internet]. Erişim adresi: www.tirajbasim.com
4. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No:1313, ANKARA,2025.
5. WHO. Health Topics/Obesity/Overview [Internet]. [a.yer 02 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
6. Mermi O. Obezite ve Psikiyatri. Fırat Tıp Dergisi/Firat Med J. 2018;23:54-60.
7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu yayın no:904,Ankara. Obezite ile Mücadele El Kİtabı [Internet]. 2013. Erişim adresi: www.beslenme.gov.tr
8. WHO. Health topics/Depression/Overview [Internet]. [a.yer 18 Mayıs 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
9. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması - 2 Sonuç Raporu,Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No:2751,ISBN: 978-975-590-891-2, Ankara,2023 [Internet]. Erişim adresi: www.shgm.saglik.gov.tr,
10. WHO HTO. https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1. Depression.
11. Markowitz S, Friedman MA, Arent SM. Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. Clinical Psychology: Science and Practice. 2008. s. 1-20. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00106.x
12. Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, vd. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Archives of General Psychiatry. 2010. s. 220-9. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2 PubMed PMID: 20194822.
13. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. Asian J Psychiatr. 01 Haziran 2016;21:51-66. doi:10.1016/j.ajp.2015.12.008 PubMed PMID: 27208458.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. OBEZİTE VE DİYABET KLİNİK REHBERİ [Internet]. Ankara,Türkiye; 2017. Erişim adresi: www.thsk.gov.tr
15. WHO. Home/Newsroom/Fact Sheets/A healthy lifestyle - WHO recommendations [Internet]. 2025 [a.yer 15 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü SB ve HHDB. Dokümanlar [Internet]. [a.yer 05 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite.html

17. Emmerich S, Fryar C, Stierman B, Ogden C. Obesity and Severe Obesity Prevalence in Adults: United States, August 2021–August 2023. Eylül 2024. doi:10.15620/cdc/159281

18. eurostat. Overweight and obesity - BMI statistics [Internet]. [a.yer 02 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics

19. Satman I, Ozbey N, Boztepe H, Kalaca S, Omer B, Tanakol R, vd. TURDEP-II sonuçları. Endocrine Abstracts. 01 Nisan 2013. doi:10.1530/endoabs.32.p135

20. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 [Internet]. 2022. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr

21. Obesity among adults, BMI >= 30, prevalence (age-standardized estimate) (%) [Internet]. [a.yer 21 Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-=-30-(age-standardized-estimate)-(-)

22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Ankara,Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK; 2019. 288 s.

23. CDC. Risk Factors for Obesity [Internet]. 2024 [a.yer 02 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/obesity/risk-factors/risk-factors.html

24. McNaught J. Pathophysiology of obesity. J Clin Lipidol. 01 Ocak 2026;20(1):21-5. doi:10.1016/J.JACL.2025.06.016 PubMed PMID: 41708211.

25. World Health Organization. WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. 2022 [a.yer 14 Nisan 2026];1-220. Erişim adresi: http://apps.who.int/bookorders.%0Ahttps://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738

26. NIH. Overweight and Obesity Causes and Risk Factors [Internet]. [a.yer 02 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.nhlbi.nih.gov/health/overweight-and-obesity/causes

27. Health service delivery framework for prevention and management of obesity. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. [a.yer 02 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240073234

28. Ward ZJ, Bleich SN, Long MW, Gortmaker SL. Association of body mass index with health care expenditures in the United States by age and sex. PLoS One. Mart 2021;16. doi:10.1371/journal.pone.0247307 PubMed PMID: 33760880.

29. Kasen S, Cohen P, Chen H, Must A. Obesity and psychopathology in women: A three decade prospective study. Int J Obes. Mart 2008;32:558-66. doi:10.1038/sj.ijo.0803736 PubMed PMID: 17895885.

30. WHO. WHO acceleration plan to stop obesity. World Health Organization.Geneva.2023. licence:BY-NC-SA 3.0 IGO . [Internet]. [a.yer 02 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634

31. World Bank Group. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge [Internet]. 2020 [a.yer 01 Mayıs 2025]. Erişim adresi: https://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/publication/obesity-health-and-economic-consequences-of-an-impending-global-challenge

32. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. Front Psychiatry. 02 Ekim 2018;9(OCT):450. doi:10.3389/FPSYT.2018.00450 PubMed PMID: 30333763.

33. Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, Berk M, Vieta E, Maj M, vd. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: An international perspective on key changes and controversies. BMC Medicine. BioMed Central Ltd.; 2020. doi:10.1186/s12916-020-1495-2 PubMed PMID: 31983345.

34. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, vd. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. World Psychiatry. Şubat 2021;20:34-51. doi:10.1002/wps.20825 PubMed PMID: 33432742.

35. DI CERBO A. Duygudurum Bozukluklarının Icd-11 ve Dsm-5 Sınıflandırmalarında Ortak Noktaları ve Farklılıkları. Turkish Journal of Psychiatry. 30 Kasım 2021. doi:10.5080/u26899

36. WHO. The Global Health Observation/Data/Depression,population based prevalence,estimated [Internet]. [a.yer 25 Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-population-based-prevalence-of-depression

37. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması,Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara,2013 [Internet]. [a.yer 22 Nisan 2026]. Erişim adresi: www.thsk.gov.tr

38. WHO fact sheet on depressive disorder (depression) providing key facts and information on types and symptoms contributing factors, diagnosis and treatment,. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression [Internet]. [a.yer 01 Nisan 2025]. Depressive disorder (depression). Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

39. Hammen C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. Annual Review of Clinical Psychology. Annual Reviews Inc.; 2018. s. 1-28. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811 PubMed PMID: 29328780.

40. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, vd. Major depressive disorder. Nature Reviews Disease Primers. Nature Publishing Group; 2016. doi:10.1038/nrdp.2016.65 PubMed PMID: 27629598.

41. Alberti A, Araujo Coelho DR, Vieira WF, Moehlecke Iser B, Lampert RMF, Traebert E, vd. Factors Associated with the Development of Depression and the Influence of Obesity on Depressive Disorders: A Narrative Review. Biomedicines 2024, Vol 12, Page 1994. 02 Eylül 2024;12(9):1994. doi:10.3390/BIOMEDICINES12091994

42. Wiltink J, Michal M, Wild PS, Zwiener I, Blettner M, Münzel T, vd. Associations between depression and different measures of obesity (BMI, WC, WHtR, WHR). BMC Psychiatry. Eylül 2013;13. doi:10.1186/1471-244X-13-223 PubMed PMID: 24028572.

43. Roberts RE, Duong HT. Obese youths are not more likely to become depressed, but depressed youths are more likely to become obese. Psychol Med. Ekim 2013;43:2143-51. doi:10.1017/S0033291712002991 PubMed PMID: 23298458.

44. Ball K, Burton NW, Brown WJ. A prospective study of overweight, physical activity, and depressive symptoms in young women. Obesity. Ocak 2009;17:66-71. doi:10.1038/oby.2008.497 PubMed PMID: 18997676.

45. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J, Karvonen JT, Läksy K, vd. Obesity and depression: Results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. Int J Obes. Mart 2006;30:520-7. doi:10.1038/sj.ijo.0803174 PubMed PMID: 16302014.

46. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. Prospective association between obesity and depression: Evidence from the Alameda County Study. Int J Obes. Nisan 2003;27:514-21. doi:10.1038/sj.ijo.0802204 PubMed PMID: 12664085.

47. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. Biological Psychiatry. Elsevier Inc.; 2003. s. 330-7. doi:10.1016/S0006-3223(03)00608-5 PubMed PMID: 12893108.

48. Liu T, Wu B, Yao Y, Chen Y, Zhou J, Xu K, vd. Associations between depression and the incident risk of obesity in southwest China: A community population prospective cohort study. Front Public Health. Ocak 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1103953 PubMed PMID: 36741957.

49. Milaneschi Y, Simmons WK, van Rossum EFC, Penninx BW. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. Molecular Psychiatry. Nature Publishing Group; 2019. s. 18-33. doi:10.1038/s41380-018-0017-5 PubMed PMID: 29453413.

50. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, vd. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. Archives of General Psychiatry. 2006. s. 824-30. doi:10.1001/archpsyc.63.7.824 PubMed PMID: 16818872.

51. Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmächer T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. Journal of Psychiatric Research. Elsevier Ltd; 2003. s. 193-220. doi:10.1016/S0022-3956(03)00018-9 PubMed PMID: 12650740.

52. Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B, Heymsfield SB. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: Analyses of the NHANES I. Sleep. Ekim 2005;28:1289-96. doi:10.1093/sleep/28.10.1289 PubMed PMID: 16295214.

53. Riemann D, Berger M, Voderholzer U. Sleep and depression - Results from psychobiological studies: An overview. Biol Psychol. 2001;57:67-103. doi:10.1016/S0301-0511(01)00090-4 PubMed PMID: 11454435.

54. Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. Obesity Reviews. 2011;12. doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00843.x PubMed PMID: 21414128.

55. Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rohde P, vd. Association between obesity and depression in middle-aged women. Gen Hosp Psychiatry. Ocak 2008;30:32-9. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.09.001 PubMed PMID: 18164938.

56. Preiss K, Brennan L, Clarke D. A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. Obesity Reviews. 2013. s. 906-18. doi:10.1111/obr.12052 PubMed PMID: 23809142.

57. Vittengl JR. Mediation of the bidirectional relations between obesity and depression among women. Psychiatry Res. Haziran 2018;264:254-9. doi:10.1016/j.psychres.2018.03.023 PubMed PMID: 29655968.

58. Konttinen H, Van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: A population-based prospective study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. Mart 2019;16. doi:10.1186/s12966-019-0791-8 PubMed PMID: 30894189.

59. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JFJ. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. Appetite. Ekim 2009;53(2):245-8. doi:10.1016/j.appet.2009.06.001 PubMed PMID: 19505515.

60. Konttinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A

population-based study. Appetite. Haziran 2010;54(3):473-9. doi:10.1016/j.appet.2010.01.014 PubMed PMID: 20138944.

61. Konttinen H, Van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: A population-based prospective study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 20 Mart 2019;16(1). doi:10.1186/s12966-019-0791-8 PubMed PMID: 30894189.

62. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva M del C, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. Appetite. 01 Aralık 2016;107:639-44. doi:10.1016/J.APPET.2016.09.011 PubMed PMID: 27620648.

63. Konttinen H, Silventoinen K, Sarlio-Lähteenkorva S, Männistö S, Haukkala A. Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. American Journal of Clinical Nutrition. Kasım 2010;92:1031-9. doi:10.3945/ajcn.2010.29732 PubMed PMID: 20861176.

64. Zhao G, Lu Z, Sun Y, Kang Z, Feng X, Liao Y, vd. Dissecting the causal association between social or physical inactivity and depression: a bidirectional two-sample Mendelian Randomization study. Translational Psychiatry 2023 13:1. 08 Haziran 2023;13(1):194-. doi:10.1038/s41398-023-02492-5 PubMed PMID: 37291091.

65. Lök N, Bedemli K. Yetişkin Bireylerde Fiziksel Aktivite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;14(40):101-10.

66. Melo GLR, Alves Maciel L, Espírito Santo R, Brand C, Reuter CP, Razbadauskas A, vd. Physical Activity as a Mediator in the Relationship Between Body Image Perception and Low Mood in Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 01 Şubat 2025;22(2):288. doi:10.3390/IJERPH22020288 PubMed PMID: 40003513.

67. Beydoun MA, Wang Y. Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among young US adults. J Affect Disord. Haziran 2010;123:52-63. doi:10.1016/j.jad.2009.09.021 PubMed PMID: 19853306.

68. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: A community survey. Aust N Z J Public Health. 2003;27:434-40. doi:10.1111/j.1467-842X.2003.tb00423.x PubMed PMID: 14705308.

69. Wu C, Liu Y, Hong F, Korivi M. Isotemporal substitution of sedentary behavior with physical activity and its influence on depressive symptoms among adults with overweight/obesity in the United States: A cross-sectional study. Heliyon. 30 Ağustos 2024;10(16):e36285. doi:10.1016/J.HELIYON.2024.E36285 PubMed PMID: 39262994.

70. Morres ID, Hatzigeorgiadis A, Krommidas C, Comoutos N, Androutsos O, Theodorakis Y. O.1.1-5 Physical activity interventions and depressive symptoms in obese adults. An ongoing systematic review and meta-analysis. The European Journal of Public Health. 11 Eylül 2023;33(Suppl 1):ckad133.081. doi:10.1093/EURPUB/CKAD133.081

71. Yıldırım MF. Fiziksel Aktivite ve Depresyon Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi). Eylül 2023.

72. Chen L, Liu Q, Xu F, Wang F, Luo S, An X, vd. Effect of physical activity on anxiety, depression and obesity index in children and adolescents with obesity: A meta-analysis. J Affect Disord. 01 Haziran 2024;354:275-85. doi:10.1016/J.JAD.2024.02.092 PubMed PMID: 38490590.

73. Liu Y, Zheng Y, Wang M, Liao J, Long L. Exploring the mediating roles of diet and physical activity in the association between different obesity phenotypes and risk of depression: A cox survival analysis approach. Compr Psychoneuroendocrinol. 01 Şubat 2025;25:100332. doi:10.1016/J.CPNEC.2025.100332 PubMed PMID: 41550965.

74. Gürbüz S. Sosyal Bilimlerde Aracı ve Düzenleyici Etki Analizleri [Internet]. 3.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2025 [a.yer 22 Nisan 2026]. 49-80 s. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/391700211_Sosyal_Bilimlerde_Araci_ve_Duzenleyici_Etki_Analizleri

75. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. J Pers Soc Psychol. 1986;51(6):1173-82. doi:10.1037//0022-3514.51.6.1173 PubMed PMID: 3806354.

76. Preacher KJ, Hayes AF. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers 2004 36:4. 2004;36(4):717-31. doi:10.3758/BF03206553 PubMed PMID: 15641418.

77. Hayes AF, Scharkow M. The Relative Trustworthiness of Inferential Tests of the Indirect Effect in Statistical Mediation Analysis: Does Method Really Matter? Psychol Sci. 2013;24(10):1918-27. doi:10.1177/0956797613480187;JOURNAL:JOURNAL:PSSA;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER PubMed PMID: 23955356.

78. Çetinel MS, Elasan S. Mediator Variable Analysis with the Hayes Process Method: An Application in the Field of Health. Neuro-Cell Molecular Research. 30 Aralık 2025;2(3):80-3. doi:10.66588/NCMR.V02I03.3

79. Schuler MS, Coffman DL, Stuart EA, Nguyen TQ, Vegetabile B, McCaffrey DF. Practical challenges in mediation analysis: a guide for applied researchers. Health Services and Outcomes Research Methodology 2024 25:1. 12 Nisan 2024;25(1):57-84. doi:10.1007/S10742-024-00327-4

80. WHO. Geneva: World Health Organization.2025 (Guidance on mental health policy and strategic action plans).Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. [a.yer 02 Haziran 2025]. Guidance on mental health policy and strategic action plans. Module 1. Introduction, purpose and use of the guidance. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240106796

81. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023) [Internet]. [a.yer 24 Ocak 2026]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf

82. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 4 Mart Dünya Obezite Günü [Internet]. [a.yer 25 Mart 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/4-mart-duenya-obezite-guenue.html

83. Acar S, Şahin Cinoğlu D, Karagöz Tansel, Kaygısız G, Meydan MC, Işık M. İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması Sege-2022,T.c. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Ankara,2022. Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü.

84. HİSLİ N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği ve Güvenirliği. Psikoloji Dergisi. 1989;cilt 7 sayı 23:3-13.

85. Ouwens MA, Van Strien T, Van Der Staak CPF. Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. Appetite. Haziran 2003;40:291-8. doi:10.1016/S0195-6663(03)00006-0 PubMed PMID: 12798787.

86. van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International Journal of Eating Disorders. 1986;5:295-315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T

87. Bozan N, Baş M. Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması (Yüksek Lisans Tezi). Ankara; 2009.

88. Adigüzel I, Onmuş IRD, Mandiracioğlu A, Öcek ZA. Adaptation of the global physical activity questionnaire (GPAQ) into Turkish: A validation and reliability study. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation; 2021. s. 175-86. doi:10.5606/TFTRD.2021.1675

89. TÜRK-İŞ haber bülteni,Temmuz 2025 açlık ve yoksulluk sınırı [Internet]. [a.yer 14 Mayıs 2026]. Erişim adresi: https://www.turkis.org.tr/storage/2025/07/2025.07-A-Y.pdf

90. Gürbüz S, Bayık ME. Aracılık Modellerinin Analizinde Yeni Yaklaşım: Baron ve Kenny'nin Yöntemi Hâlâ Geçerli mi? C. 36. 2021;36(88):1-14. doi:10.31828/tpd1300443320191125m000031

91. MacKinnon DP, Fairchild AJ. Current directions in mediation analysis. Curr Dir Psychol Sci. 2009;18(1):16-20. doi:10.1111/J.1467-8721.2009.01598.X;PAGEGROUP:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 20157637.

92. Gözlü K, Kaya S. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi: Çankaya İlçesi Örneği. Ankara Med Journal. 01 Nisan 2020;2(2):254-68. doi:10.5505/amj.2020.02360

93. Topçu AH, Odabaş D. Ankara İl Merkezinde Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki İlçede Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-64 Yaş Bireylerin Siberkondri Ciddiyeti ve İlişkili Faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). 2025.

94. Yardım MS, ÖZCEBE H. Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyo-ekonomik farklılıklar. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine. 2010;49(1):19-30.

95. Mehmet Enes Gökler, Hamit Harun Bağcı, Kanuni Keklik, Toker Erguder, İlayda Üçüncü, editörler. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2025 (STEPS) Sağlık Bakanlığı Yayın No:1306. Ankara; 2025.

96. Ankara Kalkınma Ajansı/İstatistiklerle Ankara [Internet]. 2017 [a.yer 15 Nisan 2026]. Erişim adresi: www.ankara.org.tr

97. TUİK/Home/Nüfus İstatistikleri Portalı [Internet]. [a.yer 14 Nisan 2026]. Erişim adresi: https://nip.tuik.gov.tr/Home/Adnks

98. Özbaş C. Ankara İli Bazı İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezleri İle Bir Üniversite Hastanesi Kadınların Prenatal Tarama ve Tanı Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara; 2018.

99. TÜRKİYE FİZİKSEL AKTİVİTE REHBERİ Ankara 2014 2. Basım [Internet]. [a.yer 14 Nisan 2026]. Erişim adresi: www.fizikselaktivite.gov.tr

100. Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması [Internet]. 2010 [a.yer 04 Nisan 2026]. Erişim adresi: https://aktifyasam.org.tr/pdf/fiziksel-aktivite-arastirmasi-raporu.pdf

101. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir Sağlık Yüksekokulunda Öğrencilerde Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Derg/Firat Med J [Internet]. [a.yer 14 Nisan 2026]. Erişim adresi: www.firattipdergisi.com

102. Yildirim A, Hacihasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler Quality of Life and Effective Variables Among Health Care Professionals.

103. Ergüler H, Batıgün AD. Depresyon ile geleceğe yönelik öngörüler ve yürütsel işlevler değişkenleri arasindaki ilişkilerin incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2020;23:266-73. doi:10.5505/kpd.2020.41033

104. Ulaş B, Betül T, Feyza N, Mehtap S, Fatoş U. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;2(3):71-5.

105. Economou A, Konsolaki E, Kalsi IA, Psychountaki M. The Beck Depression Inventory-II in Community-Dwelling Middle-Aged and Older Greeks: Factor Structure and Demographic Associations. Sage Open. 01 Nisan 2024;14(2). doi:10.1177/21582440241252264;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER

106. Seppänen M, Lankila T, Auvinen J, Miettunen J, Korpelainen R, Timonen M. Cross-cultural comparison of depressive symptoms on the Beck Depression Inventory-II, across six population samples. BJPsych Open. Mart 2022;8(2):e46. doi:10.1192/BJO.2022.13 PubMed PMID: 35144711.

107. Dutton GR, Grothe KB, Jones GN, Whitehead D, Kendra K, Brantley PJ. Use of the Beck Depression Inventory-II with African American primary care patients. Gen Hosp Psychiatry. 01 Kasım 2004;26(6):437-42. doi:10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2004.06.002 PubMed PMID: 15567209.

108. Hamid H, Abu-Hijleh NS, Sharif SL, Raqab MZ, Mas'ad D, Abbas A. A primary care study of the correlates of depressive symptoms among Jordanian women. Transcult Psychiatry. 2004;41(4):487-96. doi:10.1177/1363461504047931 PubMed PMID: 15709647.

109. Yılmaz B, Kara O. Eğitim ve Gelir Düzeyinin Depresyon Üzerindeki Etkisi: Türkiye Sağlık Araştırmasından Kanıtlar. Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Çalışmalar Dergisi. 05 Temmuz 2024;5(1):1-22. doi:10.62001/gsijses.1403327

110. OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris [Internet]. 2025. doi:10.1787/8f9e3f98-en

111. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, vd. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). BMC Public Health. 19 Ekim 2016;16(1). doi:10.1186/S12889-016-3638-0 PubMed PMID: 27760538.

112. Badini I, Jayaweera K, Pannala G, Adikari A, Siribaddana S, Sumathipala A, vd. Associations between socioeconomic factors and depression in Sri Lanka: The role of gene-environment interplay. J Affect Disord. 01 Kasım 2023;340:1-9. doi:10.1016/J.JAD.2023.07.084 PubMed PMID: 37467802.

113. Aras Y. Sosyoekonomik ve Yaşam Tarzı Faktörlerinin Ruhsal Ve Davranışsal Bozukluklara Bağlı Ölümler Üzerindeki Etkisi: Bir Panel Veri Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2024;27(3):445-58. doi:10.61859/hacettepesid.1433329

114. Çiltaş M. Yetişkin Bireylerde Psikolojik İyi Oluş İle Depresyon ve Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi). 2023.

115. Dokumacıoğlu E, Kanbay Y, Kılıç N, İskender H. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam ve Depresyon Puan Düzeyleri ile İlgili Faktörlerin Belirlenmesi. Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi. 01 Ocak 2018;0-0. doi:10.31067/0.2018.64

116. Eid RS, Gobinath AR, Galea LAM. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. Progress in Neurobiology. Elsevier Ltd; 2019. s. 86-102. doi:10.1016/j.pneurobio.2019.01.006 PubMed PMID: 30721749.

117. Franco C, Moorthy A, Abrahamsson S, Alsan M, Bjorvatn A, Bütikofer A, vd. Behavioral Drivers of the Gender Gap in Depression *. 2026.

118. Zuelke AE, Luck T, Schroeter ML, Witte AV, Hinz A, Engel C, vd. The association between unemployment and depression–Results from the population-based LIFE-adult-study. J Affect Disord. 01 Ağustos 2018;235:399-406. doi:10.1016/j.jad.2018.04.073 PubMed PMID: 29677604.

119. Stankunas M, Kalediene R, Starkuviene S, Kapustinskiene V. Duration of unemployment and depression: A cross-sectional survey in Lithuania. BMC Public Health. 2006. doi:10.1186/1471-2458-6-174 PubMed PMID: 16822310.

120. Amiri S. Unemployment associated with major depression disorder and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2022;28(4):2080-92. doi:10.1080/10803548.2021.1954793 PubMed PMID: 34259616.

121. McCloud T, Kamenov S, Callender C, Lewis G, Lewis G. The association between higher education attendance and common mental health problems among young people in England: evidence from two population-based cohorts. Lancet Public Health. 01 Ekim 2023;8(10):e811-9. doi:10.1016/S2468-2667(23)00188-3 PubMed PMID: 37777290.

122. Cohen AK, Nussbaum J, Weintraub MLR, Nichols CR, Yen IH. Association of Adult Depression With Educational Attainment, Aspirations, and Expectations. Prev Chronic Dis. 2020;17:E94. doi:10.5888/PCD17.200098 PubMed PMID: 32857033.

123. Bauldry S. Variation in the Protective Effect of Higher Education Against Depression. Soc Ment Health. 2015;5(2):145-61. doi:10.1177/2156869314564399 PubMed PMID: 27840772.

124. Futcher C. How is depression related to education? EDUCATION INDICATORS IN FOCUS [Internet]. 2018. doi:10.1787/eag-2017-en

125. Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci Hemşirelerin Stresle Başetme Tarzları ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi.

126. Liu S, Qiao Y, Wu Y, Shen Y, Ke C. The longitudinal relation between depressive symptoms and change in self-rated health: A nationwide cohort study. J Psychiatr Res. 01 Nisan 2021;136:217-23. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.02.039 PubMed PMID: 33618063.

127. Wakefield JRH, Bowe M, Kellezi B, Butcher A, Groeger JA. Longitudinal associations between family identification, loneliness, depression, and sleep quality. Br J Health Psychol. 01 Şubat 2020;25(1):1-16. doi:10.1111/BJHP.12391;WGROUP:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 31609514.

128. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Med Rev. 01 Aralık 2021;60:101556. doi:10.1016/J.SMRV.2021.101556 PubMed PMID: 34607184.

129. Xiong JH, Wang L, Huang HL, Xiong S, Zhang SP, Fu QW, vd. Association of sugar consumption with risk of depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. Front Nutr. 16 Ekim 2024;11:1472612. doi:10.3389/FNUT.2024.1472612/TEXT

130. Willner P, Benton D, Brown E, Cheeta S, Davies G, Morgan J, vd. "Depression" increases "craving" for sweet rewards in animal and human models of depression and craving. Psychopharmacology (Berl). 1998;136(3):272-83. doi:10.1007/S002130050566/METRICS PubMed PMID: 9566813.

131. Graybeal AJ, Stavres J, Swafford SH, Compton AT, McCoy S, Huye H, vd. The Associations between Depression and Sugar Consumption Are Mediated by Emotional Eating and Craving Control in Multi-Ethnic Young Adults. Healthcare 2024, Vol 12, Page 1944. 28 Eylül 2024;12(19):1944. doi:10.3390/HEALTHCARE12191944

132. Kutlutürk F, Öztürk B, Yildirim B, Özuğurlu F, ÇetIn I, Etikan I, vd. Obesity prevalence and its association with metabolic risk factors: Tokat province prevalence study. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2011;31(1):156-63. doi:10.5336/medsci.2009-14563

133. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64(1).

134. Doğan N, Toprak D, DemIr S. Prevalence of obesity and associated risk factors in Afyonkarahisar-Turkey. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2011;31(1):122-32. doi:10.5336/medsci.2009-14564

135. OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris [Internet]. 07 Kasım 2023;Health at a Glance. doi:10.1787/7A7AFB35-EN

136. Köseoğulları B, Tunca H. Türkiye'de Cinsiyetlere Göre Eğitim ve Gelir Seviyesinin Vücut Kitle İndeksine Etkisi: Kantil Regresyon Yöntemi. Alanya Akademik Bakış. 31 Mayıs 2024;8(2):357-75. doi:10.29023/alanyaakademik.1243496

137. Satman I. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti, T.C. Sağlık Bakanlığı. Ekim 2010.

138. Çevik Başduvar S, Özpınar H. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon Anksiyete ve Hedonik Açlık Üzerindeki Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). 2024.

139. Anıl G, Seven Avuk H. Yetişkin Bireylerde Duygusal Yeme Davranışlarının Besin Seçimi, Depresyon ve Beden Kütle İndeksi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İSTANBUL; 2022.

140. Özenoğlu A, Gün B, Karadeniz B, Koç F, Bilgin V, Bembeyaz Z, vd. YETİŞKİNLERDE BESLENME OKURYAZARLIĞIN SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN TUTUMLAR VE BEDEN KÜTLE İNDEKSİ İLE İLİŞKİSİ. NWSA Academic Journals. 01 Ocak 2021;16(1):1-18. doi:10.12739/NWSA.2021.16.1.4B0037

141. Turan İ. Diyarbakır İli Kayapınar İlçesi Gaziler 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi' Ne Kayıtlı 19 Yaş ve Üzeri Kişilerde Obezite Sıklığı, Risk Faktörleri Ve Obezite Eğitimi Sonrası Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). 2017.

142. Gürbüz O. Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). 2019.

143. Çevik Aygün B. Elazığ Beslenme Ve Obezite Danışmanlığı Hizmetleri Birimi'ne Başvuran Kişilerde Obezite Sıklığı ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisan Tezi). 2024.

144. Bahman GHADERIAN S, Yazdanpanah L, Shahbazian H, Reza SATTARI A, Mahmuod LATIFI S, Sarvandian S. Prevalence and Correlated Factors for Obesity, Overweight and Central Obesity in Southwest of Iran. Iran J Public Health [Internet]. 2019. Erişim adresi: http://ijph.tums.ac.ir

145. Teachman J. Body Weight, Marital Status, and Changes in Marital Status. J Fam Issues. 01 Ocak 2016;37(1):74-96. doi:10.1177/0192513X13508404

146. Karaoğlan D. SİGARAYI BIRAKMA VE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ: TÜRKİYE ÖRNEĞİ GIVING UP SMOKING AND OBESITY: THE CASE OF TURKEY. İktisat Araştırmaları Dergisi • Journal of Research in Economics. 46-57. doi:10.24954/JORE.2019.28

147. Demirci Ş. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye ülkelerin obezite ve sosyo-ekonomik göstergeler açısından değerlendirilmesi. KAÜİİBFD,. 2024;15(30). doi:10.36543/kauiibfd.2024.023

148. Pachucki MC, Lovenheim MF, Harding M. Within-Family Obesity Associations: Evaluation of Parent, Child, and Sibling Relationships. Am J Prev Med. 01 Ekim 2014;47(4):382-91. doi:10.1016/J.AMEPRE.2014.05.018 PubMed PMID: 25015563.

149. Nazlican E. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite Ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Adana; 2008.

150. Akova İ, Koçoğlu G. 20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkiler. AHI EVRAN MEDICAL JOURNAL. 29 Eylül 2018;3(2):67-73.

151. Anic GM, Titus-Ernstoff L, Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Egan KM. Sleep duration and obesity in a population-based study. Sleep Med. Mayıs 2010;11(5):447. doi:10.1016/J.SLEEP.2009.11.013 PubMed PMID: 20363668.

152. Grandner MA, Schopfer EA, Sands-Lincoln M, Jackson N, Malhotra A. The Relationship between Sleep Duration and Body Mass Index Depends on Age. Obesity (Silver Spring). 01 Aralık 2015;23(12):2491. doi:10.1002/OBY.21247 PubMed PMID: 26727118.

153. Sayar GH, Üniversitesi Ü, Ve Toplum İ, Fakültesi B. Corresponding (İletişim): Contemporary Medicine Psikiyatrik hastalıklar ve beden kitle indeksi ilişkisi Relation of body mass index and psychiatric disorders. J Contemp Med. 2018;8(4):326-32. doi:10.16899/gopctd.414435

154. Değirmenci T, Kalkan-Oğuzhanoğlu N, Sözeri-Varma G, Özdel O, Fenkçi S, Tarihi G, vd. Obezitede Psikolojik Belirtiler ve İlişkili Etmenler Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. Arch Neuropsychiatr. 2015;52:42-8. doi:10.5152/npa.2015.6904

155. EMİNOĞLU G. Beslenmenin Psikolojik Durum Üzerinde Olumlu ya da Olumsuz Etkisinin Araştırılması: Üniversite Öğrencilerinde Bir Anket Çalışması. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 17 Ağustos 2020. doi:10.33631/duzcesbed.762252

156. Blaine B. Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. J Health Psychol. Kasım 2008;13(8):1190-7. doi:10.1177/1359105308095977 PubMed PMID: 18987092.

157. van Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels RCME, Winkens LHH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. Appetite. 01 Mayıs 2016;100:216-24. doi:10.1016/j.appet.2016.02.034 PubMed PMID: 26911261.

158. Antoniou EE, Bongers P, Jansen A. The mediating role of dichotomous thinking and emotional eating in the relationship between depression and BMI. Eat Behav. 01 Ağustos 2017;26:55-60. doi:10.1016/j.eatbeh.2017.01.007 PubMed PMID: 28135621.

159. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva M del C, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. Appetite. 01 Aralık 2016;107:639-44. doi:10.1016/j.appet.2016.09.011 PubMed PMID: 27620648.

160. Konttinen H, Van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: A population-based prospective study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 20 Mart 2019;16(1). doi:10.1186/s12966-019-0791-8 PubMed PMID: 30894189.

161. van Strien T, Winkens L, Toft MB, Pedersen S, Brouwer I, Visser M, vd. The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index in the two European countries Denmark and Spain. Appetite. 01 Ekim 2016;105:500-8. doi:10.1016/j.appet.2016.06.025 PubMed PMID: 27329926.

162. Guerrini-Usubini A, Cattivelli R, Scarpa A, Musetti A, Varallo G, Franceschini C, vd. The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model. International Journal of Clinical and Health Psychology. 01 Ocak 2023;23(1). doi:10.1016/j.ijchp.2022.100338

163. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JFJ. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. Appetite. Ekim 2009;53(2):245-8. doi:10.1016/j.appet.2009.06.001 PubMed PMID: 19505515.

164. Konttinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. Appetite. Haziran 2010;54(3):473-9. doi:10.1016/j.appet.2010.01.014 PubMed PMID: 20138944.

165. Czepczor-Bernat K, Brytek-Matera A. The impact of food-related behaviours and emotional functioning on body mass index in an adult sample. Eating and Weight Disorders. 01 Şubat 2021;26(1):323-9. doi:10.1007/s40519-020-00853-3 PubMed PMID: 32026375.

166. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO,Geneva,Switzerland [Internet]. 2000 [a.yer 03 Ocak 2024]. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=en&lr=&id=AvnqOsqv9doC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Obesity:+preventing+and+managing+the+global+epidemic:+report+of+a+WHO+consultation.+World+Health+Organ+Tech+Rep+Ser+2000%3B894:1-253&ots=6XD46oWW5K&sig=2LBU_GZGq9X1JJ7SNwJ6mvrRY7Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

167. Huang JH, Li RH, Tsai LC. Relationship between Depression with Physical Activity and Obesity in Older Diabetes Patients: Inflammation as a Mediator. Nutrients. 01 Ekim 2022;14(19):4200. doi:10.3390/NU14194200 PubMed PMID: 36235852.

10. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

Ankara İl Merkezinde İki Farklı Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-64 Yaşındaki Bireylerin Depresyon ile Obezite Arasındaki İlişkide Duygusal Yeme Davranışı ve Fiziksel Aktivitenin Aracılık Rolünün İncelenmesi

Sayın gönüllü,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı uzmanlık tezi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz.

Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışma için size ödeme yapılmayacak, sizden de ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma sorularına verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Çalışma 376 kişide yapılacaktır. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık 10-15 dakika olabilir. Çalışma kapsamında sizden 71 sorudan oluşan bir anket formu doldurmanız istenmektedir. Anket formu isimsiz olarak doldurulacak, bu sayede kişisel bilgiler ve kişiler arasında bağlantı kurulamayacaktır. Çalışmaya katılmanız halinde sağlığınızı bozabilecek herhangi bir durumla karşılaşmanız olası değildir. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmayacaksınız. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacak olup, bilimsel araştırma dışında gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

☐ Çalışmaya katılmayı onaylıyorum.

Araştırmacının Adı Soyadı: Arş. Gör. Dr. Seher ÇAYAR

İletişim:

Danışmanın Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Cemal KOÇAK

Ek 2. Veri Toplama Formu

A) TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Aşağıda yer alan form, yaş, eğitim durumu, sağlık durumu gibi sizi tanımaya yönelik bazı sorulardan oluşmaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak, sizin için uygun olan seçeneği "X" şeklinde işaretleyiniz. Soruların bazıları çoktan seçmeli, bazıları ise açık uçludur (örneğin doğum tarihiniz, tanı almış olduğunuz kronik hastalığınız var mı? gibi). Açık uçlu sorularda ilgili boşluklara sizce doğru cevabı yazınız.

1. Cinsiyetiniz?
☐ Kadın ☐ Erkek

2.Doğum tarihinizi belirtiniz(gün/ay/yıl) ……

3. Medeni durumunuz?
☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış/dul

4. Çalışma durumunuz nedir?
☐ Çalışmıyorum ☐ Çalışıyorum

5. Aylık hane geliriniz ne kadardır?
☐ 26.000 altı
☐ 26.001-85.000 TL
☐ 85.001-170.000 TL
☐ 170.000 TL üzeri

6. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisine daha uygundur?
☐ Yalnız yaşıyorum
☐ Çekirdek aile (Anne-baba ve/veya çocukların birlikte yaşadığı aile)
☐ Geniş aile (Büyükanne ve/veya büyükbaba ve/veya akrabaların birlikte yaşadığı aile)
☐ Parçalanmış aile (Anne-baba ayrı veya en az birisi sağ değil)

7. Öğrenim durumunuz nedir?
☐ İlkokul ve altı ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Ön lisans/Üniversite/ Lisansüstü mezunu

8.Tanı almış psikiyatrik bir hastalığınız var mı?
☐ Evet (Hastalığınızın ne olduğunu belirtiniz) …….
☐ Hayır

9. Tanı almış kronik bir hastalığınız var mı?
☐ Evet (Hastalığınızın ne olduğunu belirtiniz) ……..
☐ Hayır

10. Sürekli kullandığınız bir ilaç/ürün var mı? (Ör: Diyabet/Şeker ilacı, tansiyon ilacı, vitamin, bitki çayları gibi…)
☐ Evet (Belirtiniz). ……
☐ Hayır

11. Ailenizde (1. ve 2. derece, anne, baba, kardeş, amca, dayı, teyze, hala vb.) tanı almış psikiyatrik bir hastalığı olan var mı?

☐ Evet (Kim olduğunu ve hastalığını belirtiniz) ……..

☐ Hayır

12.Hanenizde fazla kilolu/obez olan birey(ler) var mı?

☐ Evet (Kim olduğunu belirtiniz) ……..

☐ Hayır

13. Kendi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü

14. Fiziksel engeliniz (Görme, işitme, yürüme vs.) var mı?

☐ Evet (Belirtiniz)……

☐ Hayır

15. Tütün ürünleri (paket sigara, elektronik sigara, nargile, puro vb.) kullanma durumunuz nedir?

☐ Hiç içmedim

☐ Bıraktım (…… yıl boyunca günde …….. adet içtim)

☐ İçiyorum (…… yıl boyunca günde …….. adet içtim)

16.Son 1 yılda alkol kullanma durumunuz nedir?

☐ Hiç kullanmadım

☐ Yılda bir veya iki kez

☐ Ayda bir veya iki kez

☐ Haftada 1-2 gün

☐ Haftada 3 gün veya daha fazla

17.Haftada kaç kez dışarıdan yemek tüketirsiniz?

☐ Hiç ☐ 1–2 kez ☐ 3–4 kez ☐ 5 veya daha fazla

18.Haftada kaç gün tatlı (kek, şerbetli veya sütlü tatlı vb.) tüketirsiniz?

☐ Hiç ☐ 1–2 gün ☐ 3–4 gün ☐ Hemen her gün

19.Haftada kaç gün atıştırmalık (çikolata, cips, bisküvi vb.) tüketirsiniz?

☐ Hiç ☐ 1–2 gün ☐ 3–4 gün ☐ Hemen her gün

20.Bir gecede ortalama kaç saat uyursunuz?

☐ 6 saatten az ☐6 saat ☐ 7 saat ☐ 8 saat ☐ 9 saat ☐ 9 saatten fazla

21. Aşağıdaki maddeler araştırmacı tarafından doldurulacaktır:

1. Boy …….. cm
2. Kilo …….. kg

BDE

AÇIKLAMA:

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulup daire içine alarak işaretleyiniz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekten umutsuz değilim b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum c. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok d. Benim için bir gelecek gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4)	a. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hisediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Herhangi bir suçum için cezalandırıldığımı düşünmüyorum b. Bazı şeyler için cezalandırılabilirim c. Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım- kendimden hoşnutum b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım- kendimden pek hoşnut değilim c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman- suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
10)	a. Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum c. Şu sıralarda her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Her zamankinden daha sinirli değilim b. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum c. Çoğu zaman sinirliyim d. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinilenemiyorum
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum b. Şu sıralarda karar vermeyi erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum. d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum b. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor c. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Hiçbir iş yapamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolayca ve rahat uyuyabiliyorum b. Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17)	a. Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum c. Şu sıralarda neredeyse her şeyde beni yoruyor d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şu sıralarda iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk (üç) kilodan fazla kaybettim c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet ( ) Hayır ( )
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var c. Ağrı sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

Yeme Alışkanlıkları Anketi (DEBQ)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin.

1. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
2. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
3. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
4. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
5. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
6. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
7. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
8. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
9. Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
10. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
11. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
12. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
13. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık

Küresel Fiziksel Aktivite Anketi

Fiziksel Aktivite

Şimdi size sıradan bir haftada farklı tipte fiziksel aktiviteler yaparken (hareket ederken) harcadığınız zamanı soracağım. Lütfen bu sorulara kendinizin fiziksel olarak aktif bir insan olduğunu düşünmeseniz de yanıt verin.

Önce iş yaparken harcadığınız zamanı düşünün. İş olarak şunları düşünün: Yapmak zorunda olduğunuz ücretli ya da ücretsiz işler, ders çalışma/eğitim, ev işleri, gıda/ekin hasatı, beslenmek için balık tutma ya da ava çıkma, iş arama vb. *[Gerekirse başka örnekler ekleyiniz].* Aşağıdaki soruları yanıtlarken "yüksek şiddetli aktiviteler" ağır fiziksel çaba gerektiren, solunum veya kalp atım hızında büyük artışlara yol açan aktivitelerdir; "orta şiddetli aktiviteler" orta derecede fiziksel çaba gerektiren, solunum veya kalp atım hızında küçük artışlara yol açan aktivitelerdir.

	Sorular	Yanıtlar	Kod
İşteki Aktivite			
1	İşiniz aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum ve kalp atım hızında büyük artışlara yol açan *[ağır yük taşıma/kaldırma, kazı/inşaat işleri gibi]* yüksek şiddetli aktivite içerir mi? *[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)*	Evet 1 Hayır 2 *Hayır ise P4'e geçiniz*	P1
2	Sıradan bir haftanın kaç gününde işinizin parçası olarak yüksek şiddetli aktiviteler yaparsınız?	Gün sayısı ⌊_⌋	P2
3	Sıradan bir günde işinizde ne kadar süre yüksek şiddetli aktivite yaparsınız?	Saat: dakika ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ (sa. dk.)	P3 (a-b)
4	İşiniz aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum veya kalp atım hızında küçük artışlara neden olan hızlı yürüme *[veya hafif yükler taşıma, temizlik yapma]* gibi orta şiddetli aktivite içeriyor mu? *[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)*	Evet 1 Hayır 2 *Hayır ise P7'ye geçiniz*	P4
5	Sıradan bir haftanın kaç gününde işinizin parçası olarak orta şiddetli aktiviteler yaparsınız?	Gün sayısı ⌊_⌋	P5
6	Sıradan bir günde işinizde ne kadar süre orta şiddetli aktivite yaparsınız?	Saat: dakika ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ (sa. dk.)	P6 (a-b)
Ulaşım			
	Sıradaki sorulara az önce belirtmiş olduğunuz işteki fiziksel aktiviteler dahil değildir. Şimdi size bir yerden bir yere giderken genelde kullandığınız yöntemi sormak istiyorum. Örneğin işe, alışverişe, markete, ibadete giderken. *[Gerekirse başka örnekler ekleyiniz].*		
7	Bir yerden bir yere giderken aralıksız en az 10 dakika süreyle yürür ya da (*pedal çevirerek*) bisiklete biner misiniz?	Evet 1 Hayır 2 *Hayır ise P10'a geçiniz*	P7
8	Sıradan bir haftanın kaç gününde bir yerden bir yere giderken aralıksız en az 10 dakika süreyle yürür ya da bisiklete binersiniz?	Gün sayısı ⌊_⌋	P8
9	Sıradan bir günde bir yerden bir yere giderken ne kadar süre yürür ya da bisiklete binersiniz?	Saat: dakika ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ (sa. dk.)	P9 (a-b)
Eğlence ve Boş Zaman Etkinlikleri			
	Bundan sonraki sorulara belirtmiş olduğunuz iş ve ulaşım aktivitelerinizi dahil etmeyin. Şimdi size spor, fitness ve boş zaman/eğlence etkinlikleri hakkında sorular sormak istiyorum. *[Uygun terimler ekleyiniz].*		
10	Aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum ve kalp atım hızında büyük artışlara yol açan yüksek şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinliklerinden *[koşu veya futbol vb.]* herhangi birini yapar mısınız? *[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)*	Evet 1 Hayır 2 *Hayır ise P13'e geçiniz*	P10
11	Sıradan bir haftanın kaç gününde yüksek şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinliği yaparsınız?	Gün sayısı ⌊_⌋	P11
12	Sıradan bir günde ne kadar süre yüksek şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinlikleri yaparsınız?	Saat: dakika ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ (sa. dk.)	P12 (a-b)

Sonraki sayfadan devam ediniz

Küresel Fiziksel Aktivite Anketi, Devamı

Fiziksel Aktivite (Eğlence ve Boş Zaman Etkinlikleri) devamı			
Sorular		**Yanıtlar**	**Kod**
13	Aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum ve kalp atım hızında küçük artışlara neden olan hızlı yürüyüş *[bisiklete binme, yüzme, voleybol]* gibi orta şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinliklerinden herhangi birini yapar mısınız? *[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)*	Evet 1 Hayır 2 *Hayır ise P16'ya geçiniz*	P13
14	Sıradan bir haftanın kaç gününde orta şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinlikleri yaparsınız?	Gün sayısı ⌊_⌋	P14
15	Sıradan bir günde ne kadar süre orta şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinlikleri yaparsınız?	Saat : dakika ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ sa. dk.	P15 (a-b)
Sedanter Davranış			
Aşağıdaki soru işte, evde, ulaşımda veya arkadaşlarla oturma ya da uzanma/yaslanma hakkındadır (masada oturma, arkadaşlarla oturma, arabada, otobüste, trende seyahat etme, okuma, iskambil oynama veya televizyon izleme), fakat uyurken geçirilen zamanı dahil etmeyiniz. *[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ]*			
16	Sıradan bir günde oturarak ya da uzanarak/yaslanarak genellikle ne kadar zaman geçirirsiniz?	Saat : dakika ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ sa. dk.	P16 (a-b)

Ek 3. Kurum İzinleri

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Akademik Kurul Kararı

Karar Tarihi : 16.06.2025
Karar Sayısı : 34

Anabilim Dalımız Akademik Kurulu, 16.06.2025 tarihinde toplandı.

Anabilim Dalımız araştırma görevlilerinden Dr. Seher ÇAYAR' ın tez adının "Ankara il merkezinde iki farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18-64 yaşındaki bireylerin depresyon ile obezite arasındaki ilişkide duygusal yeme davranışı ve fiziksel aktivitenin aracılık rolünün incelenmesi" olarak belirlenmesine ve bu hususun Dekanlık Makamına bildirilmesine oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Deniz ODABAŞ
Başkan

Prof. Dr. M. Esin OCAKTAN
(İzinli)

Dr. Öğr. Üyesi Cemal KOÇAK

Dr. Öğr. Üyesi Burak KURT

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sayı : E-70649611-903.04[903.04]-1859504 19.06.2025
Konu : Tez Önerisi hk.

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Anabilim Dalımız araştırma görevlilerinden Dr. Seher ÇAYAR' ın tez adının "Ankara il merkezinde iki farklı aile sağlığı merkezine başvuran 18-64 yaşındaki bireylerin depresyon ile obezite arasındaki ilişkide duygusal yeme davranışı ve fiziksel aktivitenin aracılık rolünün incelenmesi " olarak belirlenmesi hakkında alınan Akademik kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Deniz ODABAŞ
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: 1 Sayfa AKK (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: 9637CE63-70A5-471F-A183-6F0654DAB306 Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/ankara-universitesi-ebys
Balkiraz Mahallesi 06620 Mamak/ANKARAKep Adresi:
ankunvrek@ankuni.hs01.kep.tr
Telefon No: 0312 363 89 90 Belge Geçer No: 0312 319 82 36
e-posta: halksag@medicine.ankara.edu.tr internet adresi: -
KEP Adresi : ankunvrek@ankuni.hs01.kep.tr
Bilgi için:Selin İŞCAN
SEKRETER

Ek 4. Ölçek kullanım izinleri

Beck depresyon envanteri



Olcek Kull.Hk Gelen Kutusu ×

Gulsen T. 14 May 2025 Çar 21:47

Alıcı: ben

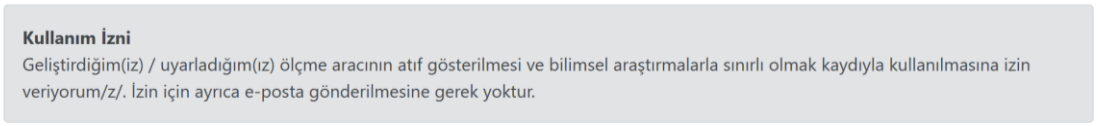
Türkçe Türkçe E-postayı çevir Çevrilmiş e-postayı yönlendir

Merhaba Seher Hanim,

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

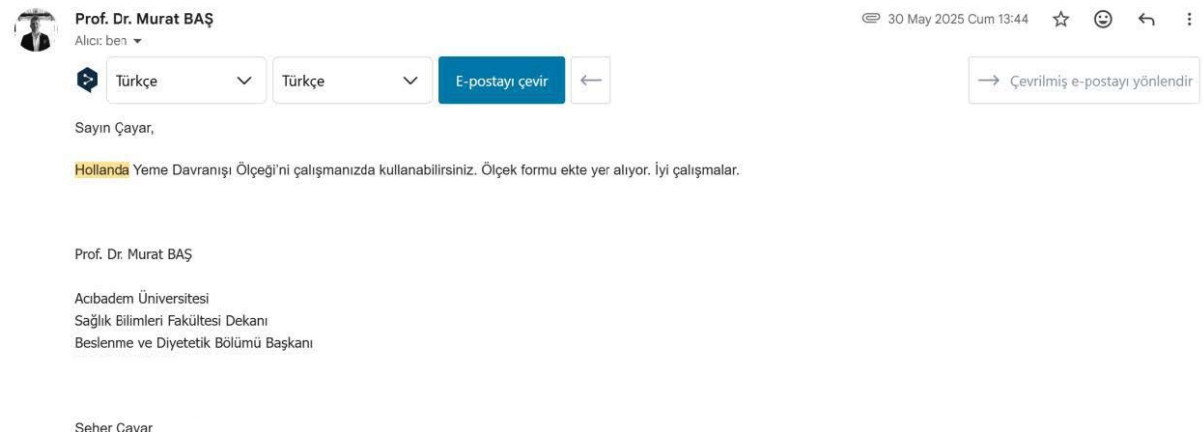
Nesrin Hisli Sahin, PhD
Visiting Professor
Seton Hall University
Psychology Department
e-mail:

Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ)



Kullanım İzni
Geliştirdiğim(iz) / uyarladığım(ız) ölçme aracının atıf gösterilmesi ve bilimsel araştırmalarla sınırlı olmak kaydıyla kullanılmasına izin veriyorum/z/. İzin için ayrıca e-posta gönderilmesine gerek yoktur.

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği(DEBQ)



Prof. Dr. Murat BAŞ 30 May 2025 Cum 13:44

Alıcı: ben

Türkçe Türkçe E-postayı çevir Çevrilmiş e-postayı yönlendir

Sayın Çayar,

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek formu ekte yer alıyor. İyi çalışmalar.

Prof. Dr. Murat BAŞ

Acıbadem Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
Beslenme ve Diyetetik Bölümü Başkanı

Seher Cavar