

Araştırma / Original article**Majör depresif bozukluk tanısı ile başvuran hastalarda beden kitle indeksinin depresyon şiddeti, yeme tutumu ve dürtüsellikle ilişkisi****Mehmet ÖZTÜRK,¹ İsmail Volkan ŞAHİNER,² Şafak ŞAHİNER,² Ali ÇAYKÖYLÜ³****Öz**

Amaç: Dünya genelinde, majör depresif bozukluk ve obezite hızla artış göstermekte, örtüşen ilişkili etkenleri daha fazla tartışılmaktadır. Özellikle depresyonun yeme tutumunu etkileyen ruhsal etkenlerin başında geldiği ve buna bağlı olarak beden kitle indeksinde (BKİ) de artış olduğu belirtilmiştir. Ayrıca depresyon şiddeti ile birlikte dürtüsellik daha fazla olup bunun yeme tutumunu olumsuz etkilediği ve BKİ üzerinde değişikliğe neden olabileceği ileri sürülmüştür. Biz bu çalışmada depresyon varlığında BKİ'nin yeme tutumu ve dürtüsellik ilişkisini etkileyip etkilemediğini, varsa diğer ilişkili etkenleri belirlemeyi amaçladık. **Yöntem:** Kesitsel desende bu çalışmaya, DSM-5'e göre ilk kez majör depresyon tanısı konan, başka ruhsal ve fiziksel hastalığı olmayan 120 hasta katıldı. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Yeme Tutumu Testi (YTT), Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. Sonuçlar SPSS 22.0 kullanılarak analiz edildi. **Sonuçlar:** Majör depresyonun şiddetinin yüksek BKİ (özellikle obezite) ile ilişkili olduğu bulundu. BKİ ile düşük eğitim düzeyi, evli olma, çocuk sahibi olma, sigara kullanma arasında pozitif bir ilişki saptandı. BKİ'deki artışın dürtüsellik üzerinde bir etkisi bulunmadı, ancak depresyon şiddetinin BKİ'den bağımsız bir şekilde dürtüsellikle ilişkili olduğu vardı. Yeme tutumu bozulmuş olan hastaların BKİ, BDÖ, BIS-11 toplam puanı ve dikkat, plan yapma alt boyut puanları yeme tutumu normal olan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı. **Tartışma:** Majör depresyon şiddeti yüksek BKİ, dolayısıyla obezite ile ilişkili olabilir. Bulgularımız, BKİ'den çok, depresyonun şiddetinin dürtüsellik daha çok etkilediğini düşündürmektedir. Depresyonlu ve obez bireylerde depresyon şiddeti arttıkça yeme tutumunun bozulabileceği ve bu bireylerde dürtüsellik daha fazla olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. (Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19(2):117-125)

Anahtar sözcükler: Majör depresyon, beden kitle indeksi, yeme tutumu, dürtüsellik

Relationship between body mass index to depression severity, eating attitude and impulsivity among the patients with major depressive disorder

ABSTRACT

Objective: Major depressive disorder and obesity has been rapidly increasing worldwide, and overlapping related factors has been discussed more and more. Especially, it is stated that depression is the leading psychological factor which is affecting eating attitude, and accordingly body mass index (BMI) is increased. It is also thought that, impulsivity is higher with the severity of depression, which negatively affects eating attitude and may cause change on BMI. In this study, we aimed to determine whether BMI affects eating attitude and impulsivity in case of presence of depression, and if so, to determine other related factors. **Methods:** To this cross-sectional study, 120 patients were included, who were diagnosed major depression first time according to DSM-5, and who do not have any

¹ Uzm. Dr., Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Tatvan/Bitlis

² Uzm. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Ankara

³ Prof. Dr., Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Ankara

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr., Mehmet ÖZTÜRK, Tatvan Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Tatvan/Bitlis

E-mail: ozturk.265@hotmail.com

Geliş tarihi: 09.05.2017, Kabul tarihi: 21.08.2017, doi: 10.5455/apd.266257

Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19(2):117-125

other psychological or physical illness. Sociodemographic Data Form, Eating Attitude Scale, Barrat Impulsivity Scale-11 (BIS-11) and Beck Depression Scale (BDS) were applied to participants. Results were analyzed using SPSS 22.0. **Results:** The severity of major depression was found to be related with high BMI (particularly obesity). Positive relationship was found between BMI and lower education level, being married, having children and smoking. Increase in BMI has no effect on impulsivity. However, there was a relationship between severity of depression and impulsivity independent from BMI. It was found that patients with eating attitude disorder have significantly higher BMI, BDS, BIS-11 total scores and attention, non-planning sub-dimensional scores compared to patients with normal eating attitude. **Discussion:** Hence, BMI with high major depression severity may be related with obesity. However, our findings suggest that rather than BMI, depression severity affects impulsivity more. It should be considered that, for depressive and obese individuals, with the increase in depression severity, eating attitude may be affected and impulsivity may be higher. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2018; 19(2):117-125)

Keywords: major depression, body mass index, eating attitude, impulsivity

GİRİŞ

Majör depresyon (MD), yaygınlığı, yeti-yitimine yol açması ve yüksek intihar oranları ile önemli sağlık sorunları arasında yer alır.¹ Depresyonda fizyolojik ve metabolik değişikliklerin sık olmasının yanında, birçok endokrin ve metabolik bozukluğun depresyon ile birlikte görülmesi metabolik sorunlarla depresyonun bir arada ele alınmasını zorunlu kılar.^{1,2}

Obezite de, depresyon gibi geniş halk kitlelerinin sağlığını tehdit etmektedir. Obezite, bedende sağlığı bozacak boyutta aşırı düzeyde yağ birikimidir. Doğrudan bunun ölçülmesi zor olduğu için Beden Kitle İndeksinden (BKİ) yararlanılır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen sınıflandırma sisteminde BKİ değeri (kg/m²) 18.5'in altında az kilolu (zayıf), 18.5-24.9 arası normal kilolu, 25-29.9 arası fazla kilolu; 30-39.9 arası obez; 40 ve üzeri olanlar morbid obez olarak değerlendirilir.^{3,4}

Obezite ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki sık dile getirilmesine rağmen, depresyon ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Bazı çalışmalarda BKİ ile depresyon arasında ilişki sağlıklı kontrollerden farklı bulunmazken, bazılarında negatif, diğerlerinde ise pozitif bir ilişki bulunmuştur.⁵⁻⁸

BKİ ile depresyon ilişkisinde rol oynayan potansiyel aracı etkenler depresyonun şiddeti, obezitenin düzeyi, cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyoekonomik düzey, gen-çevre etkileşimi, olumsuz çocukluk yaşantıları, yeme ve fiziksel aktivite, örselenme-alay edilme öyküsü, bozulmuş yeme tutumu, stres ve dürtüsellik olarak bildirilmiştir.^{9,10} Bunlardan yeme tutumu, başlı başına çevresel, sosyokültürel, biyolojik etkenlerden etkilendiği gibi, ruhsal etkenlerden de etkilenir. Özellikle depresyonun yeme tutumunu etkileyen ruhsal etkenlerin başında geldiği belirtilmiştir.^{11,12} Goldsmith ve arkadaşları depresyon belirtileri olan bireylerin yeme tutumlarının bozul-

duğunu ve ilerleyen yıllarda buna bağlı olarak BKİ'lerinde artış olduğunu gözlemişlerdir.¹³

BKİ ile yeme tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, özellikle obez ve aşırı kilolu bireylerin yeme tutumu puanlarının, BKİ normal olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmış; BKİ'deki yüksekliğin etiyojisinde hormonal, genetik, yaşam stili, fiziksel aktivite gibi etkenlerin yanında yeme tutumu bozukluğunun da sorumlu olabileceği belirtilmiştir.¹⁴⁻¹⁶ Türkiye'deki bir çalışmada BKİ yüksek olan bireylerin hem depresif belirtilerinin, hem de yeme tutumu puanlarının normal gruptan daha yüksek olduğu görülmüş, bu durumun dürtüsellikle ilişkisi vurgulanmıştır.¹⁷ Dürtüsel kişiler, yeme davranışı üzerinde kontrol sağlayamadıklarını ve lezzetli, yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir.¹⁸ Nederkoorn ve arkadaşları, obez kadınlarda dürtüsellik sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulmuşlardır.¹⁰ Normal kilolu kadınlarla yapılan çalışmalarda dürtüsellikle aşırı yeme arasında ilişki saptanmıştır.¹⁹

Biz bu çalışma ile majör depresyonlu bireylerde BKİ'nin, yeme tutumu ve dürtüsellikle ilişkisini araştırmayı ve bu alanda bilinenlere katkı sağlamayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışma için yerel etik kuruldan 07.04.2015 tarih ve 2015-05/164 sayılı karar ile onay alındı. Çalışmaya ilk kez DSM-5'e göre MD tanısı konan 120 hasta, ardışık olarak Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalar arasından seçildi.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

1. 18-65 yaşında arasında olmak,
2. DSM-5 MD tanı ölçütlerini karşılamak,
3. Halen başka ruhsal ve bedensel hastalığı olmamak,
4. Çalışma için gereken düzeyde eğitim ve entelektüel beceriye sahip olmak,

5. Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı onay vermek,
6. BKİ'si 18.5-40 kg/m² arasında olmak.

Çalışmaya katılan bireylere aşağıdaki ölçekler uygulandı:

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından düzenlenen yarı yapılandırılmış yaş, cinsiyet, medeni durum ve diğer sosyodemografik özellikleri ve klinik özellikleri içeren veri formu kullanılmıştır.

Yeme Tutumu Testi-40 (YTT): Bu test yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını, normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçer; klinik düzeyde bozuk yeme davranışı ile ilgili yakınlığı ve tutumu belirler. Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin kesme puanı 30 olarak saptanmıştır.²⁰ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır.²¹

Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11): Dürtüsellik değerlendirilmede kullanılan, hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddelidir ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır: Dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük).²² Alınan puan ne kadar yüksekse, kişinin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.²³

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.²⁴ Yüksek puan yüksek depresyon düzeyini göstermektedir, 10-16 puan hafif depresif belirtileri, 17-29 puan arası orta depresif belirtileri, 30-63 puan arası şiddetli depresif belirtileri göstermektedir.²⁵

İstatistiksel analiz

Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson ki-kare testi uygulandı, normal dağılıma uygunluğu görsel ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. İki bağımsız grup arasında normal dağılım gösteren değişkenler için Student t testi, üç bağımsız grup arasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) uygulandı. Normal dağılım göstermeyenler için, sırasıyla Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında yerine göre post-hoc Tukey HSD Testi veya Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Değişkenler arasın-

daki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Tüm istatistiksel analizler 'Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0' ile yapıldı.

BULGULAR

MD'li 120 hasta incelendi. Hastaların yaş ortalaması 37.48 ± 12.02 yıl olup %62.5'i (s=75) kadın, %37.5'i (s=45) erkekti; %39.1'i (s=47) aktif olarak çalışıyordu. Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir (Tablo 1).

Ortalama BDÖ puanı 31.91 ± 6.48 olan hastaların

Tablo 1. Örneklemim sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	45	37.5
Kadın	75	62.5
Eğitim		
Okuryazar	2	1.7
İlkokul mezunu	34	28.3
Ortaokul-lise mezunu	55	45.8
Yüksekokul/üniversite mezunu	29	24.2
Çalışma		
Çalışmıyor	73	60.9
Çalışıyor	47	39.1
Meslek		
Ev kadını	44	36.7
Öğrenci	21	17.5
İşçi	17	14.2
Memur	15	12.5
Esnaf/serbest meslek	15	12.5
İşsiz	5	4.2
Emekli	3	2.5
Toplam aylık gelir		
≤1000 TL	21	17.5
1001-3000 TL	65	54.2
3001-5000 TL	32	26.7
≥5001 TL	2	1.7
Medeni durum		
Evli	66	55.0
Bekar	29	24.2
Boşanmış/ayrı yaşıyor	18	15.0
Eşini kaybetmiş	7	5.8
Çocuk		
Yok	35	29.2
Var	85	70.8
Sigara içme		
İçmiyor	72	60.0
İçiyor	48	40.0
Alkol kullanımı		
Kullanmıyor	116	96.7
Kullanıyor	4	3.3

BIS-11 toplam puan ortalaması 67.36±11.35'ti. Hastalar YTT kesme puanı göz önüne alınarak 'normal yeme tutumlu' ve 'bozulmuş yeme tutumlu' olarak sınıflandırıldı. Buna göre, hastaların %74.2'si (s=89) normal yeme tutumuna sahipken, %25.8'inin (s=31) yeme tutumu bozulmuştu.

BKİ ile öğrenim düzeyleri, medeni durum, çocuk sahibi olma ve sigara kullanımı anlamlı farklılık gösteriyordu ($p<0.05$). İlköğretim mezunlarının diğerlerinden, evlilerin bekarlardan, çocukluların çocuksuzlardan ve sigara içmeyenlerin içenlerden BKİ'leri anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Beden Kitle İndeksleri ile sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

		Sayı	Ort.±SS (kg/m ²)	p
Cinsiyet	Erkek	45	28.53±5.44	0.781
	Kadın	75	28.82±5.59	
Öğrenim düzeyi	En fazla ilköğretim	36	31.51±4.97	<0.001
	Ortaöğretim/lise	55	28.28±5.23	
	YO/üniversite	29	26.08±5.31	
İş durumu	Çalışmıyor	73	28.46±6.08	0.499
	Çalışıyor	47	29.11±4.54	
Aylık toplam hane geliri	≤1000 TL	21	28.03±5.53	0.656
	1001-3000 TL	65	29.13±5.25	
	>3000 TL	34	28.34±6.07	
Medeni durum	Bekar	29	24.97±4.77	<0.001
	Evli	66	30.52±5.28	
	Diğer	25	28.29±4.76	
Çocuk	Yok	35	25.85±4.97	0.001
	Var	85	29.89±5.32	
Sigara içme	İçmiyor	72	29.52±6.14	0.036
	İçiyor	48	27.51±4.19	

BKİ değerleri ile YTT puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki varken ($r=0.242$, $p=0.008$); BKİ ve BDÖ puanı ($r=0.053$, $p=0.569$), BIS-11 toplam ($r=0.04$, $p=0.569$), BIS-11-dikkat (BIS-11 DD) ($r=-0.009$, $p=0.923$), BIS-11-motor (BIS-11 MD) ($r=0.115$, $p=0.21$), BIS-11-plan yapamama (BIS-11 PY) ($r=0.035$, $p=0.700$) arasında ilişki bulunmadı.

Hastaların BKİ'ye göre gruplandırılması Tablo 3'e verilmiştir. Tanımlayıcı özellikler ve uygulanan ölçek puanları karşılaştırıldığında, bu grupların yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, sigara içme, çocuk durumu, YTT puanı ve YTT puanına göre belirlenen yeme tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0.05$). Obez hastaların yaşları normal kilolulardan ve YTT puanları hem normal, hem de fazla kilolulardan anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan obez hastalar arasında en fazla ilköğretim mezunlarının oranı fazla ve normal kilolulardan anlamlı olarak yükseken, bekar olanların oranı anlamlı olarak düşüktü. Obez hastalar arasında çocuğu olanların oranı fazla ve normal

kilolu olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Kadın hastaların BKİ grupları arasında çocuk sahibi olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0.017$), erkek hastalarda anlamlı bir fark yoktu ($p=0.237$). Obez kadınlar arasında çocuk sahibi olma oranı, normal kilolulardan anlamlı olarak yüksekti. Obez bireyler arasında sigara içme daha azdı. Ayrıca BKİ grupları arasında BDÖ puanı açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.038$). Obez bireylerin BDÖ puanı fazla kilolulardan anlamlı olarak yüksekti. Normal kilolular ve fazla kilolular arasında BDÖ puanları açısından fark gözlenmedi, istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 3).

Bireyler yeme tutumları açısından gruplandırıldığında, yeme tutumu bozulmuş olan hastaların BKİ, BDÖ, BIS-11 toplam puanı ve dikkat, plan yapmama alt boyut puanları yeme tutumu normal olan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4).

Araştırmaya alınan hastaların depresyon düzeyleri ile diğer ölçekler karşılaştırıldığında depres-

yon düzeyi şiddetli olanların BIS-11 toplam puanı ve dikkat, motor, plan yapmama alt boyutları ile

YTT puanları depresyon düzeyi orta olanlardan anlamlı olarak yüksek (p<0.05). Diğer taraftan

Tablo 3. Beden Kitle İndeksi grupları arasında tanımlayıcı özellikler ve uygulanan ölçek puanları

		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş (yıl) (Ort.±SS)		32.84±12.58 ^c		36.70±11.51		41.83±10.57		0.003 ^a
Cinsiyet	Erkek	12	32.4	16	43.2	17	37.0	0.628
	Kadın	25	67.6	21	56.8	29	63.0	
Öğrenim düzeyi	Yok/ilköğretim	5	13.5	8	21.6	23	50.0	0.003
	Orta /Lise	19	51.4	19	51.4	17	37.0	
	Üniversite	13	35.1	10	27.0	6	13.0	
Çalışma	Çalışmıyor	27	73.0	17	45.9	29	63.0	0.054
	Çalışıyor	10	27.0	20	54.1	17	37.0	
Aylık gelir	≤1000TL	8	21.6	6	16.2	7	15.2	0.784
	1001-3000TL	18	48.6	19	51.4	28	60.9	
	>3000TL	11	29.7	12	32.4	11	23.9	
Medeni durum	Bekar	15	40.5	10	27.0	4	8.7	0.007
	Evlü	13	35.1	20	54.1	33	71.7	
	Diğer	9	24.3	7	18.9	9	19.6	
Çocuk	Yok	15	40.5	14	37.8	6	13.0	0.009
	Var	22	59.5	23	62.2	40	87.0	
Sigara içme	İçmiyor	21	56.8	17	45.9	34	73.9	0.031
	İçiyor	16	43.2	20	54.1	12	26.1	
BDÖ (Ort.±SS)		32.46±7.10		30.08 ±5.96 ^c		32.93±6.18		0.038 ¹
BIS-11(Ort.±SS)	Toplam	67.35±10.87		66.24±12.34		68.26±11.07		0.727 ²
	DD	17.54±3.54		17.08±4.15		17.57±3.44		0.811 ²
	MD	20.78±4.61		20.22±5.79		21.87±4.61		0.139 ¹
	PY	28.97±5.17		29.22±4.93		29.41±5.49		0.876 ¹
YTT (Ort.±SS)		21.03±9.68		21.84±11.62		26.46±10.73 ^{ab}		0.045 ²
Yeme tutumu	Normal	30	81.1	30	81.1	27	58.7	0.028
	Bozulmuş	7	18.9	7	18.9	19	41.3	

¹ Kruskal Wallis Testi; ² Tek Yönlü Varyans Analizi;

^a Post-hoc ikili karşılaştırma sonucu "normal kilolu" hastalar ile anlamlı fark; ^b Post-hoc ikili karşılaştırma sonucu "fazla kilolu" hastalar ile anlamlı fark; ^c Post-hoc ikili karşılaştırma sonucu "obez" hastalar ile anlamlı fark saptandı.

Tablo 4. Hastaların yeme tutumlarıyla ölçek puanları arasındaki ilişki

	Yeme tutumu		p
	Normal (Ort.±SS)	Bozulmuş (Ort.±SS)	
BKİ (kg/m ²)	20.09±5.44	30.51±5.42	0.035 ^a
BDÖ	31.15±6.69	34.10±5.36	0.003 ^b
BIS-11 Toplam	65.83±11.20	71.74±10.79	0.012 ^a
DD	16.98±3.73	18.65±3.27	0.029 ^a
MD	20.61±4.58	22.23±6.02	0.206 ^b
PY	28.53±5.35	31.19±4.14	0.017 ^b

^a Student's t Testi; ^b Mann Whitney U Testi

lerden daha düşük uyarılma eşiğine sahip oldukları gözlenmiş, yeme üzerindeki denetimlerini kaybettikleri ve kendilerini durdurmakta zorluk çektikleri belirtilmiştir.³⁶ Yeme tutumu bozuk olan bireylerin hem total BIS-11 puanlarının, hem de BIS-11 dikkat ve plan yapmama gibi bilişsel dürtüsellik alt ölçek puanlarının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu saptadık. Daha önce yapılan çalışmalarda yemek seçimi, porsiyon büyüklüğü ve yeme sıklığının ruhsal etkenlerden etkilendiği; özellikle depresyon varlığında daha dürtüsel, daha sağlıksız, karbonhidrat ve yağ içeriği fazla yiyeceklerin seçildiği saptanmıştır.^{37,38} Son yıllarda yapılan çalışmalarda depresyon puanlarındaki artışın yeme tutumu üzerinde etkili olduğu ve özellikle BKİ'si yüksek bulunan bireylerde depresif belirtilerin yeme tutumunu daha çok değiştirdiği görülmüştür.³⁹ Uzunlamasına yapılan bir gözlem çalışmasında ise, depresyon hastalarının yeme tutumlarındaki bozulma ile birlikte BKİ'lerinde artışın istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir.⁴⁰

Çalışmamızda hastalar BKİ'ye göre gruplandırılıp dürtüsellikle ilişkisine bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamadık; ancak depresyon şiddeti ile BIS-11 ve BIS-11 motor, dikkat, plan yapmama alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki olduğunu saptadık. Dürtüsellik ve BKİ arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda, özellikle dürtüsellüğün plan yapmama ve dikkatsizlik gibi bilişsel yöndeki alt birimlerinin BKİ artışı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu dürtüsellik sonucu özellikle obez bireylerin hazza geciktirmede başarısız oldukları, ödülün gecikmesine dayanamadıkları, plan yapma yetersizliği sonucu hemen gelen küçük ödülleri (karbonhidrat ağırlıklı bir yiyecek gibi), daha geç gelecek büyük ödüllere (sağlıklı yaşam, yaşam kalitesinde artış gibi) tercih edebilecekleri gözlenmiştir.¹⁹ Bazı çalışmalarda obez bireylerde artmış kolessterol düzeyinin serotonin etkinliğinin artışı üzerinden dürtüsellliği ve intihar düşüncesini azaltabileceği belirtilmiştir.^{41,42} Türkiye'de bu konuda yapılan bir çalışmada, BKİ yüksek ve normal olan bireyler karşılaştırılmış ve dürtüsellik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Aynı bireyler arasından MD'si olanlar BKİ'lerine göre gruplandırılmış, dürtüsellikle ilişkileri incelenmiş ve dürtüsellüğün BKİ'den çok depresyonla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür.¹⁷ Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada depresyon hastaları ötimik olsa da, sağlıklı kontrollerden daha dürtüsel oldukları, BIS-11 puanlarının istatistiksel olarak yüksek çıktığı saptanmıştır; nörokimyasal etkenler açısından ve diğer psikososyal yatkınlık yaratan etkenlerin

hem depresyon, hem de dürtüsellikte ortak olabildiğinin bu sonucu doğrulayabileceği belirtilmiştir.^{43,44} Çalışma sonuçlarımıza göre, depresif bireylerde dürtüsellüğün BKİ'den bağımsız bir şekilde depresyonun doğasından kaynaklandığı öne sürülebilir.

Özellikle depresyon ve BKİ arasındaki ilişkide sosyodemografik değişkenlerin de etkili olduğu görülmektedir.^{7,45} ABD'de yapılan geniş ölçekli bir çalışmada BKİ ile depresyon arasındaki ilişkinin kadın ve erkek için farklı olduğu gözlenirken, kadınlarda BKİ'deki artışın depresyon ile ilişkisi güçlü bulunmuştur.⁷ Kadınlarda beden algısının duygudurum üzerinde daha etkili olabileceği ve sosyal çevreden alınması muhtemel veya alınan eleştirilerin bu kişileri daha çok etkileyebileceği düşünülebilir. Dolayısıyla, kadın cinsiyetinin BKİ ile depresyon arasındaki ilişkide ikincil bir etken olabileceği söylenebilir. Biz Uutela'nın çalışma sonuçlarına benzer şekilde BKİ'nin cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık göstermediği sonucunu bulduk.⁴⁶

Obez bireylerin eğitim düzeyi diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktü, ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, çalışma oranları daha düşüktü. Çalışmamızın sonuçları literatürde bu alandaki çalışmaların sonuçlarına benzerdir.^{35,47}

Evli MD'lilerde BKİ'nin daha yüksek olduğunu ve çocuk sayısı fazla olanların obez olduğunu belirledik. Evli bireylerin anlamlı olarak daha obez olduğunu belirten çalışmalar vardır.^{48,49} Evlilik sosyal destek anlamında genellikle koruyucu olmakla birlikte, bazen aile içi sorunlar depresyon nedeniyle başvuruyu artıran nedenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.⁴⁸ Evlilikle obezite arasındaki bu dolaylı ilişkiyle ikincil bir etken olabileceği düşünülebilir.

Örneklem sayısının düşük olması, tek merkezin hizmet verdiği bölgeyi kapsamaması ve ayrıca kesitsel bir çalışma olması nedeniyle sonuçların tüm hasta grubuna genellenememesi, çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Çalışmamızın güçlü yanı, MD'li bireylerde BKİ, depresyon şiddeti, yeme tutumu ve dürtüsellik ilişkisini bütüncül bir şekilde ele alması ve bu alanda yapılan öncül çalışmalardan olmasıdır.

Sonuç olarak depresyon hastalarında yeme tutumunun bozuk olabileceği ve bu durumun BKİ ile ilişkili olabileceği, BKİ'den bağımlı ve/veya bağımsız bir şekilde depresyondaki hastaların daha dürtüsel olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızın sonuçları yeterli veri bulunmayan bu alandaki veri profiline nesnel

yaklaşım sağlayabilir.

Yazarların katkıları: M.Ö: Sorumlu araştırmacı, konuyu bulma, literatür tarama, araştırmayı yürütme, makaleyi yazma; İ.V.Ş: Planlama, literatür tarama, istatistik; Ş.Ş: İstatistiksel analiz, planlama; A.Ç: Planlama, araştırmayı yürütme, makaleyi yazma.

KAYNAKLAR

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9064):1498-1504.
2. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, H Aydın, A Bozkurt (Çev. Ed.), eight ed., Türkçe baskı, Ankara: Öncü Matbaa, 2007, s.1575-1582.
3. Shils ME, Olson JA, Shike M. Obesity in Modern Nutrition. Malvern, PA: Lea & Febiger, 1994, p.26-34.
4. World Health Organization Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894:1-253.
5. Roohafza H, Sadeghi R, Sadeghi M, Hashemipour M, Khani A. Are obese adolescents more depressed? *J Educ H Pro* 2014; 3:74.
6. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüselliğin nöroanatomi ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:254-280.
7. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicidal ideation and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90:251-257.
8. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özkay KS, Özmen E, Hekimsoy Z, ve ark. Obezitede tedaviye yanıt ve aleksitimi. *Klin Psikiyatr Derg* 2006; 9:170-176.
9. Karagöl A, Özçürümez G, Nar A, Taşkıntuna N. Association of body mass index with depression and alexithymia. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2014; 15(3):207-213.
10. Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite* 2006; 47:253-256.
11. Bruch H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. New York: Basic Books, 1973.
12. Torres S, Nowson C. Relationship between stress, eating behaviour and obesity. *Nutrition* 2007; 23:887-894.
13. Goldschmidt AB, Wall MM, Loth KA, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. The course of binge eating from adolescence to young adulthood. *Health Psychol* 2014; 33:457-460.
14. Wadden T. Obesity. *HI Kaplan, BJ Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Vol. 2, sixth ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 1995, p.1481-1491.*
15. Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygün D, Sert H. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *HSP* 2015; 2(2):187-197.
16. Roberts ME. Disordered eating and obsessive-compulsive symptoms in a sub-clinical student population. *N Z J Psychol* 2006; 35(1):45-54.
17. Annagür B, Orhan F, Özer A, Tamam L, Erhan Ç. Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: Bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2012; 49:14-19.
18. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüselliğin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2013; 14:53-61.
19. Yeomans MR, Leitch M, Mobini S. Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the Three Factor Eating Questionnaire. *Appetite* 2008; 50:469-476.
20. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 273-279.
21. Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi: Anoreksia Nervosa Belirtileri Indexi. *Psikol Derg* 1989; 7:19-25.
22. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
23. Gülec H, Tamam L, Gülec MY. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS)'in Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klin Psikofarmakol Bul* 2008; 18:251-258.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
25. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikol Derg* 1988; 6:118-126.
26. Annagür B. Obezitenin psikiyatrik tanılarla bağlantıları. *B Yücel (Ed.), Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*, Ankara: TPD Yayınları, 2013, s.311-317.

27. Whetstone LM, Morrissey SL, Cummings DM. Children at risk: the association between perceived weight status and suicidal thoughts and attempts in middle school youth. *J School Health* 2007; 77:59-66.
28. Crisp AH, Queenan M, Sittampaln Y, Harris G. Jolly fat revisited. *J Psychosom Res* 1980; 24:233-241.
29. Kim J, Noh J-W, Park J, Kwon YD. Body Mass Index and Depressive Symptoms in Older Adults: A Cross-Lagged Panel Analysis. *PLoS ONE* 2014; 9(12):e114891.
30. Ohayon MM, Hong SC. Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *J Psychiatr Res* 2006; 40:30-36.
31. Özmen D, Özmen E, Ergin D, Çetinkaya A, Şen N, DüNDAR P. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007; 7(80):1-7.
32. Johnston E, Johnson S, Mcleod P, Johnston M. The relation of body mass index to depressive symptoms. *Can J Public Health* 2004; 95(3):179-183.
33. de Wit L, van Straten A, van Herten M, Pennix B, Cuijper P. Depression and body mass index, a u-shape association. *BMC Public Health* 2009; 9:14.
34. Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *J Psychiatr Res* 2007; 41: 207-213.
35. Sachs-Ericsson N, Burns AB, Gordon KH, Eckel LA, Wonderlich SA, Crosby RD, et al. Body mass index and depressive symptoms in older adults: the moderating roles of race, sex, and socioeconomic status. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:815-825.
36. Mobbs O, Crepin C, Thiery C, Golay A, Van der Linden M. Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient Educ Couns* 2010; 79:372-377.
37. Canetti I, Bahar E, Berry EM. Food and emotion. *Behavioural Process* 2002; 60:157-164.
38. Vansant G, Hulens M. The assessment of dietary habits in obese women: influence of eating behaviour patterns. *Eat Disord* 2006; 14:121-129.
39. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Eating attitudes and behaviors of adolescents. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences* 2012; 45:1,229-247.
40. Goldschmidt AB, Wall M, Loth KA, Neumark-Sztainer D. Risk factors for disordered eating in overweight adolescents and young adults. *J Pediatr Psychol* 2015; 1-6.
41. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res* 2002; 53:935-942.
42. Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP, Koran LM. Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65:549-560.
43. Ekinci O, Albayrak Y, Caykoylu A. Impulsivity in euthymic patients with major depressive disorder: The relation to sociodemographic and clinical properties. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199(7):454-458.
44. Arce E, Santisteban C. Impulsivity: a review. *Psicothema* 2006; 18:213-220.
45. Grover VP, Keel PK, Mitchell JP. Gender differences in implicit weight identity. *Int J Eat Disord* 2003; 34:125-135.
46. Haukkala A, Uutela A. Clinical hostility, depression and obesity: the moderating role of education and gender. *Int J Eat Disord* 2000; 27:106-109.
47. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik YO Derg* 2002; 6(1):30-41.
48. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, on üçüncü baskı, Ankara: Tuna Matbacılık*, 2015, s.261-296.
49. Çayır A, Atak N, Köse SK. Assessment of obesity frequency and related factors on individuals attending to the Department of Nutrition and Dietetics. *Med J Ankara Univ* 2011; 64(1).