

**T. C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**OBEZİTE CERRAHİSİ İÇİN BAŞVURAN  
HASTALARDA ALKOL VE SİGARA KULLANIMI  
İLE DEPRESYON İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Ahsen OĞUZ**

Danışman  
Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**İstanbul – 2022**



## TEZ TANITIM FORMU

**Yazar Adı Soyadı** : Ahsen OĞUZ

**Tezin Dili** : Türkçe

**Tezin Adı** : Obezite Cerrahisi İçin Başvuran Hastalarda Alkol ve Sigara Kullanımı ile Depresyon İlişkisi

**Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**Anabilim Dalı** : Psikoloji

**Tezin Türü** : Yüksek Lisans

**Tezin Tarihi** : 23.02.2022

**Sayfa Sayısı** : 118

**Tez** : Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**Danışmanları**

**Dizin Terimleri** : Obezite, Depresyon, Alkol, Sigara

**Türkçe Özet** : Obezite cerrahisi için başvuran hastalarda alkol ve sigara kullanımı ile depresyon ilişkisine bakılması amaçlanmıştır.

**Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*Ahsen OĞUZ*

**T. C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**OBEZİTE CERRAHİSİ İÇİN BAŞVURAN  
HASTALARDA ALKOL VE SİGARA KULLANIMI  
İLE DEPRESYON İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Ahsen OĞUZ**

Danışman  
Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**İstanbul – 2022**

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ahsen OĞUZ

.../.../2022



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Ahsen OĞUZ' un "Obezite Cerrahisi için Başvuran Hastalarda Alkol ve Sigara Kullanımı ile Depresyon İlişkisi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

*İmza*  
Başkan *Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER*  
(Danışman)  
*İmza*  
Üye *Dr. Öğr. Üyesi Arzu SOMAY*  
*İmza*  
Üye *Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

... / ... / 2022

*İmzası*

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Giriş:** Obezite, günümüz çağının her geçen gün artmakta olan en önemli sorunlarından biri haline gelmiştir. Fazla kilonun alınmasıyla vücudun rutin fonksiyonlarını yerine getirememesine neden olan obezitenin oluşumunda birçok faktör etkili olmaktadır. Bu faktörlerin başında kalıtsal, ruhsal, sosyal ve biyolojik faktörler gelmektedir. Obez kişiler psikolojik olarak da etkilenmektedir. Obezite yüzünden sosyal yaşamı da olumsuz etkilenen bu kişiler zaman zaman toplum tarafından dışlanmaktadır. Bu dışlanma sonucu kişide olumsuz benlik algısı, karamsarlık, umutsuzluk gibi olumsuz tutum ve düşünceler gelişmektedir. Zamanla yalnızlaşan birey, alkol ve sigara gibi sağlıksız başa çıkma yöntemlerine başvurabilmektedir. Obez bireyler tüm bu olumsuz durumlardan kurtulmak için çeşitli tedavi yöntemlerini denemektedirler. Bu yöntemlerin en etkilisi olarak, son günlerde daha çok artış gösteren bir tedavi yöntemi olan obezite cerrahisi dikkat çekmektedir. Amaç: Bu araştırmanın amacı, obezite cerrahisi için başvuran hastaların alkol ve sigara kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini 18 yaş üstü, Vücut Kitle İndeksi 30 kg/m<sup>2</sup> üstü, obezite cerrahisi düşünüen 207 obez bireyden oluşmaktadır. Çalışma 01/10/2021–01/11/2021 tarihleri arasında, internet üzerindeki obezite siteleri ve gruplarındaki katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler; Yazılı Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AUDIT) ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT) kullanılarak yapılmıştır. Ölçekler katılımcılara Google Form linki üzerinden gönderilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında SPSS 22. 0 (Statistical package for the Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel önemlilik için (p<0,05) değeri kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin %53,6'sı kadın, %46,4'ü ise erkektir. Çalışmaya katılan bireylerin %37,7'si obez %62,3'ü ise ileri derecede obezdir. Erkek katılımcıların AUDIT puan ortalamaları, kadın katılımcılarınkinden istatistiksel açıdan anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte; kadın katılımcıların BDE puan ortalamaları erkek katılımcılarınkinden istatistiksel açıdan anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. İleri derecede obez grubunda yer alan katılımcıların AUDIT

puan ortalamaları, obez grubunda yer alan katılımcıların test puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Ailesinde obezite bulgusu olan katılımcıların BDE puan ortalamaları, ailesinde obezite bulgusu olmayan katılımcılarınkinden daha yüksektir. Korelasyon sonuçlarına göre AUDIT puan ortalamaları ile BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca erkek katılımcıların, ayrı yaşayan katılımcıların, üniversite mezunlarının, gelir düzeyi çok iyi olan katılımcıların, yalnız yaşayan katılımcıların AUDIT puan ortalamaları diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksek ve anlamlıdır. Çalışan katılımcıların, çalışmayan katılımcılara göre FBNT puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksek ve anlamlıdır. Kadın katılımcıların, evli katılımcıların, üniversite mezunlarının, gelir düzeyi çok yetersiz olan katılımcıların, ailesi ile yaşayan katılımcıların BDE puan ortalamaları diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksek ve anlamlıdır. Bireylerin yaşı ile AUDIT toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin yaşı ile FBNT toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

**Sonuç:** Obezitenin nedenleri ve sonuçlarında farklı faktörlerin etkili olabileceği belirtilmektedir. Sigara kullanımı, alkol kullanımı ve depresyon bu faktörlerden bazılarıdır. Obez hastalarda depresif bozukluk yüksek oranda görülmektedir. Alkol kullanımı ve depresyondan herhangi birinin varlığı diğeri için tetikleyici olabilmektedir. Alkol kullanan bireylerin depresyon puan ortalamaları, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İleri derecede obez olan bireylerin alkol kullanımları, obez olan bireylere kıyasla daha fazladır. Obezitenin önemli bir halk sağlığı problemi olması ve genel popülasyonda depresif bozuklukların ve alkol, sigara tüketiminin yüksek oranda olması göz önünde bulundurulduğunda daha büyük gruplarla çalışılması psikoloji alanına katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, alkol, sigara, depresyon.



## SUMMARY

**Introduction:** Recently, obesity has become one of the most important problems, which is increasing day by day. Many factors are effective in the formation of obesity, which causes the body to be unable to perform its routine functions due to excess weight gain. Hereditary, psychological, social and biological factors are at the forefront of these factors. Obese people are also affected psychologically. These people, whose social life is negatively affected due to obesity, are sometimes excluded by the society. As a result of this exclusion, negative attitudes and thoughts such as negative self-perception, pessimism and hopelessness develop. Individuals who become lonely over time may resort to unhealthy coping methods such as alcohol and cigarettes. Obese individuals try various treatment methods to get rid of all these negative situations. As the most effective of these methods, obesity surgery, which is a treatment method that has increased more recently, draws attention.

**Purpose:** The aim of this study is to examine the relationship between alcohol and cigarette use and depression in patients who applied for bariatric surgery.

**Materials and Methods:** The sample of the study consists of 207 obese individuals over the age of 18, Body Mass Index over 30 kg/m<sup>2</sup>, and considering bariatric surgery. The study was carried out between 01/10/2021 and 01/11/2021, with participants in obesity sites and groups on the internet. The data obtained from the research; Written Consent Form, Sociodemographic Data Form, Beck Depression Inventory (BDI), Recognition of Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) and Fagerström Nicotine Dependence Test (FNNDT) were used. The scales were sent to the participants via the Google Form link. Statistical analyzes of the research were analyzed using SPSS 22.0 (Statistical package for the Social Sciences) in computer environment. A p value of <0.05 was accepted for statistical significance.

**Findings:** 53.6% of the individuals participating in the study were female and 46.4% were male. 37.7% of the individuals participating in the study were obese and 62.3% were severely obese. AUDIT mean scores of male participants were statistically significant and higher than those of female participants. With this; BDI mean scores of female participants were statistically significant and higher than those of male participants. AUDIT score averages of the participants in the severely obese group were found to be higher than the test scores of the participants in the obese group. The mean BDI scores of the participants with a family history of obesity were higher than those of the participants without a family history of

obesity. According to the correlation results, a statistically significant and positive relationship was found between the mean AUDIT scores and the mean BDI scores. In addition, male participants, divorced participants, university graduates, participants with a very high income level, participants living alone had a statistically higher and significant AUDIT average score than the other participants. The FNDT mean scores of the working participants were statistically higher than the non-working participants. The mean BDI scores of female participants, married participants, university graduates, participants with a very low income level, and those living with their families were statistically higher than the other participants. A statistically significant and positive correlation was found between the age of the individuals and the AUDIT total scores. A statistically significant and negative correlation was found between the age of the individuals and their FNDT total scores.

**Result:** It is stated that different factors may be effective in the formation of obesity. Smoking, alcohol use and depression are some of these factors. As a result; Obesity seems to be affected by many factors. Considering that obesity is an important public health problem and the high rate of depressive disorders and alcohol and cigarette consumption in the general population, working with larger groups will contribute to the field of psychology. In addition, more studies related to the variables in our study will contribute to the field of psychology.

**Keywords:** Obesity, alcohol, smoking, depression.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR .....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
EKLER LİSTESİ .....	xi
ÖNSÖZ.....	xii
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	2
1.2. Araştırmanın Problemi.....	2
1.3. Alt Problemler .....	3
1.4. Varsayımlar.....	5
1.5. Sınırlılıklar.....	5

## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. OBEZİTE.....	7
2.1.1. Obezitenin Etiyolojisi .....	7
2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi .....	12
2.1.3. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri.....	12
2.1.4. Obezitenin Tedavisi.....	17
2.2. DEPRESYON.....	20
2.2.1. Depresyonun Epidemiyolojisi .....	20
2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi .....	22
2.2.3. Depresyon Tanı Ölçütleri .....	26
2.2.3.1. DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Depresyon Bozuklukları.....	26
2.2.3.2. Majör Depresif Bozukluğun DSM-5 Tanı Kriterleri.....	27
2.2.3.3. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri.....	28
2.2.4. Depresyonun Tedavisi .....	30
2.2.5. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Depresyon.....	31
2.3. ALKOL.....	32
2.3.1. Alkolün Tanımı ve Özellikleri.....	32
2.3.2. Alkolün Tarihsel Gelişimi .....	33
2.3.3. Alkol Kullanım Sıklığı .....	34
2.3.4. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	35

2.3.5. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Alkol Kullanım Bozukluğu.....	36
2.4. SİGARA .....	37
2.4.1. Sigaranın Tanımı ve Özellikleri .....	37
2.4.2. Sigaranın Tarihsel Gelişimi .....	38
2.4.3. Sigara Kullanım Sıklığı .....	39
2.4.4. Sigara Kullanımında Patogenez.....	42
2.4.5. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri.....	43
2.4.6. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Sigara Kullanım Bozukluğu .....	44

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem .....	48
3.2. Araştırmanın Modeli.....	48
3.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	48
3.4. Veri Toplama Araçları .....	49
3.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	49
3.4.2. Sosyodemografik Veri Formu .....	49
3.4.3. Ölçekler .....	49
3.4.3.1. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi.....	49
3.4.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi .....	50
3.4.3.3. Beck Depresyon Envanteri .....	50
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	51
3.5.1. Güvenilirlik Analizi.....	51
3.5.2. Normallik Analizi .....	52

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

TARTIŞMA VE SONUÇ.....	69
ÖNERİLER .....	75
KAYNAKÇA .....	77
EKLER.....	89

## KISALTMALAR

<b>A.G.E.</b>	:	Adı Geçen Eser
<b>ABD</b>	:	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ARGEV</b>	:	Aile Hekimliği Araştırma ve Geliştirme Vakfı
<b>AUDIT</b>	:	Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi
<b>BDNF</b>	:	Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör
<b>APA</b>	:	Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FBNT</b>	:	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
<b>HDC</b>	:	High Density Lipoprotein
<b>HHA</b>	:	Hipotalomik- Hipofizer Adrenal
<b>IDF</b>	:	Uluslararası Diyabet Federasyonu
<b>KG</b>	:	Kilogram
<b>M</b>	:	Metre
<b>MÖ</b>	:	Milattan Önce
<b>MR</b>	:	Manyetik Rezonans
<b>NIH</b>	:	Ulusal Sağlık Enstitüsü
<b>SPPS</b>	:	Statistical Package For Social Sciences
<b>TOAD</b>	:	Türkiye Obezite Araştırma Derneği
<b>TURDEP</b>	:	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
<b>TÜİK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>VD</b>	:	Ve Diğerleri
<b>VKİ</b>	:	Vücut Kitle İndeksi
<b>YY</b>	:	Yüzyıl

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 3.1.</b> Çalışmanın Güvenirlik Analizi .....	52
<b>Tablo 3.2.</b> Çalışmanın Normallik Analizi .....	53
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=207) .....	55
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların Yaş Dağılım Tablosu (n=207).....	56
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların Günlük Öğün Sayısı Dağılımı Tablosu (n=207).....	56
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi, Ailede Obezite Durumu ve Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü Değişkenlerine Ait Dağılım Tablosu (n=207).....	57
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanteri Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine İlişkin Sonuçları (n=207) .....	58
<b>Tablo 4.6.</b> Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanterinin Vücut Kitle İndeksi Değişkenine İlişkin Sonuçları (n=207) .....	59
<b>Tablo 4.7.</b> Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanterinin Ailede Obezite Bulgusu Değişkenine İlişkin Sonuçları (n=207) .....	60
<b>Tablo 4.8.</b> Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Depresyon Envanterinin Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü (n=207).....	61
<b>Tablo 4.9.</b> Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Depresyon Envanteri Düzeyleri Arasındaki İlişki (n=207).....	61
<b>Tablo 4.10.</b> Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=207).....	62
<b>Tablo 4.11.</b> Katılımcıların Fagerström Tolerans Anketi Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=207) .....	62
<b>Tablo 4.12.</b> Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=207) .....	63
<b>Tablo 4.13.</b> Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi Toplam Puan Karşılaştırmaları (n=207).....	63
<b>Tablo 4.14.</b> Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Toplam Puan Karşılaştırmaları (n=207) .....	65
<b>Tablo 4.15.</b> Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Envanteri Toplam Puan Karşılaştırmaları (n=207).....	66
<b>Tablo 4.16.</b> Katılımcıların Yaşı ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=207).....	67
<b>Tablo 4.17.</b> Katılımcıların Yaşı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=207).....	68
<b>Tablo 4.18.</b> Katılımcıların Yaşı ile Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=207).....	68

## GRAFİKLER LİSTESİ

<b>Grafik 2.1.</b> Avrupa Ülkeleri Depresyon Belirtileri Sıralaması.....	22
<b>Grafik 2.2.</b> En Çok Alkol Tüketen Ülkeler .....	35
<b>Grafik 2.3.</b> En Az Alkol Tüketen Ülkeler .....	35
<b>Grafik 2.4.</b> Tütün Kullanım Sıklığı .....	40
<b>Grafik 2.5.</b> Cinsiyetlere ve Yıllara Göre Türkiye'deki Sigara Kullanım Oranı.....	41



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Obeziteye Neden Olan Faktörler ve Sonuçlar .....	12
Şekil 2.2. Dünya Sağlık Örgütü'nün Vücut Kitle İndeksi Sınıflandırması .....	15
Şekil 2.3. Bel Çevresi Ölçüm Değerleri .....	16
Şekil 2.4. Triceps Deri Kıvrım Kalınlığı Ölçüsü.....	16





## **EKLER LİSTESİ**

**EK-A** :Yazılı Onam Formu

**EK-B** :Sosyodemografik Veri Formu

**EK-C** :Beck Depresyon Envanteri

**EK-D** :Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi

**EK-E** :Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

**EK-F** :Etik Kurul Karar Örneği



## ÖNSÖZ

En başından beri bilgi birikimiyle çalışmama katkı sağlayan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, olumlu tavrına ve ilgisine hayran olduğum ve her zaman öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER'e sonsuz teşekkür ederim.

Hayattaki en büyük destekçilerim olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim canım annem ve canım babama ne kadar teşekkür etsem azdır.

Varlığı benim en büyük mutluluk sebebim olan canım kardeşim Duru'ya her an beni desteklediği için çok teşekkür ederim.

Son olarak çalışmanın her aşamasında yanımda olan sevgili arkadaşlarım; Kevser ADEMİHAN'a, Samet YONAT'a, Gizem SEVER'e, Selen ERDOĞAN'a, M.Ali FİLİZ'e ve son olarak çalışmam boyunca beni motive eden ve desteklerini esirgemeyen diğer bütün arkadaşlarıma desteklerinden ötürü can-ı gönülden teşekkür ederim.

## GİRİŞ

Obezite vücuttaki yağ miktarının artmasıyla oluşan bir hastalıktır (Ching vd., 2017). Kalıtsal ve çevresel etkenlerin bir araya gelmesinin obeziteye sebep olduğu belirtilmektedir (Caterson vd., 2002). Obezite, görülme sıklığındaki hızlı artış sebebiyle içinde bulunduğumuz yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından birisi olarak kabul edilmektedir.

Dünyadaki obez birey sayısı ortalama 2,1 milyardır. Bu oran dünyadaki insanların %30'luk bir dilimini kapsamaktadır. Obeziteye dair bu rakamın sabit kalmadığı ve her geçen gün artmaya devam ettiği bilinmektedir. Araştırmalara göre, 1 sene içerisinde 3 milyondan fazla insanın şişmanlığın getirdiği negatif sebepler yüzünden yaşamları sona erdirdiği bilinmektedir. Obeziteye geçmiş zamanlarda refah seviyesi yüksek olan ülkelerde daha sık rastlanırken, günümüzde böyle bir durum söz konusu değildir. Dünyadaki obezite oranının ülkenin refah ve ekonomik seviyesine bağlı olması beklenirken her ülke için bu doğru kabul edilmemektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere dünya sıralamasında ekonomi durumları yüksek olmasına rağmen obezite sıralamasında 12. ve 36. sıradadırlar. Milli gelir oranı düşük olan ülkelerde de obeziteye çok sık rastlanmaktadır. Türkiye'de ortalama nüfus oranının yaklaşık 85 milyona yakın olduğu ve nüfusun yaklaşık %32,10'unun obez olduğu bildirilmektedir. Obezite, böylelikle dikkat edilmesi gereken sağlık sorunlarından biri olmaktadır (Most Obese Countries 2020).

Son zamanlarda obeziteyle psikoloji arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar artmaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, obez bireyler düşük benlik algısına sahip olmaktadır. Benlik algısı, bireyin kendine ve çevresine gerçekçi bir bakış açısıyla bakabilmesi, kendinde olan eksik yönlerinin ve yeteneklerinin farkına varabilmesine yardımcı olmaktadır. (Doğan vd., 2011). Son zamanlarda obezite üzerine yapılan çalışmalar yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, sosyokültürel etkenlerin yanı sıra sigara kullanımı ve alkol kullanımı gibi sağlıksız başa çıkma yöntemlerinin bireyi obeziteye yatkın bir hale getirip getirmediğini araştırmaktadır.

Bu araştırmada alkol ve sigara kullanımının depresyona bağlı olarak değişip değişmediği ve aralarında herhangi bir ilişkinin var olup olmadığı incelenmiştir. Bir

ilişkinin bulunması halinde, çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

### 1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Her geçen gün toplumdaki obez birey sayısında artış yaşandığı görülmektedir. İnsanlar, fazla kilolarından kısa sürede kurtulmak istemektedirler. Bunun için çeşitli yöntemler olsa da en kısa ve daha kalıcı yol obezite cerrahisi yöntemidir. Obezitenin tedavi yöntemlerinden biri olan obezite cerrahisi yöntemi son zamanlarda oldukça popüler bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Obez bireylerin cerrahi yöntemle kısa süre içinde fazla kilolarından kurtulduğu görülmektedir. Bu durum, obezite cerrahisinin popüler olmasında etkili olmaktadır. Obezite cerrahisinin; obezitenin yanı sıra psikolojik parametrelerle de ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı; obezite cerrahisine başvuran obez bireylerin alkol ve sigara kullanımları ile depresyon arasındaki ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmada alkol ve sigara kullanımının depresyona bağlı olarak değişip değişmediği ve aralarında herhangi bir ilişkinin var olup olmadığı incelenmiştir.

### 1.2. Araştırmanın Problemi

Araştırmanın problemi; obezite cerrahisi için başvuran hastalarda alkol ve sigara kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi ve buna yönelik elde edilen sonuçların değerlendirilip yorumlanmasıdır.

### 1.3. Alt Problemler

1. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile kadın ve erkek cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

5. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile yalnız ve/veya birden fazla kişi ile yaşamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. Obez bireylerin alkol kullanım davranışı ile çocuklukta obezite öyküsü arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
9. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile kadın ve erkek cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
10. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
11. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile Vücut Kitle İndeksi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
12. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
13. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
14. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
15. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile yalnız ve/veya birden fazla kişi ile yaşama arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
16. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
17. Obez bireylerin sigara kullanım davranışı ile çocuklukta obezite öyküsü arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
18. Alkol kullanımını olan obez bireylerin alkol kullanımını olmayan bireylere göre depresyon düzeylerinde farklılık var mıdır?

19. Sigara kullanımı olan obez bireylerin sigara kullanımı olmayan bireylere göre depresyon düzeylerinde farklılık var mıdır?
20. Obez bireylerin depresyon düzeyi ile kadın ve erkek cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

#### **1.4. Varsayımlar**

1. Araştırmanın örneklem grubunun Türkiye’deki obez bireyleri temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarından elde edilen verilerin güvenilir ve geçerli olduğu varsayılmıştır.
3. Araştırmaya katılan bireylere araştırma verileri olarak, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanılarak yapılmıştır. Sorulan tüm sorulara gerçek cevaplar verdikleri varsayılmıştır.

#### **1.5. Sınırlılıklar**

1. Bu araştırma 01/10/2021 ile 01/11/2021 tarihleri arasında, 18 yaş üstü, VKİ’si 30 üstü olan bireyleri kapsamaktadır.
2. Çalışma sadece internet üzerindeki obezite grupları katılımcılardan oluşmaktadır. Bu çalışma bilgisayar ortamında anket-test biçiminde sunulup, bireylerden elde edilen verilerle sınırlıdır.
3. Araştırmada elde edilen bulgular, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AUDIT) ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT) ölçekleri ile sınırlıdır.
4. Bireylerin alkol ve sigara kullanımında birçok faktör varken, bu çalışmada sadece obezite cerrahisine başvuran bireylerin alkol ve sigara kullanımları ile depresyon ilişkisine bakılmıştır.

5. Obeziteye pek çok durum sebep olurken bu araştırmada, obezite cerrahisi için başvuran obez bireylerde alkol ve sigara kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkiye bakılmıştır.
6. Yapılan bu araştırmada, obez bireylerin alkol ve sigara kullanımı ve depresyon ile ilişkisine bakarken, kişilerin yanıtları şimdiki zaman ile alakalı olmaktadır. İlerideki değişimleri belirlememektedir.
7. Araştırmanın kuramsal çerçevesi, ulaşılabilen yayınlarla sınırlıdır.





# İKİNCİ BÖLÜM

## KURAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi vücutta bulunan yağ oranının oldukça fazla artışı şeklinde tanımlamaktadır (Dallar vd., 2006). Obezitenin tüm dünyada hızlı bir şekilde artmasıyla beraber, yaşam süresini kısaltan, hayat kalitesini düşüren, insanların hareket etmesini kısıtlayan ve çeşitli sağlık sorunlara yol açan bir hastalık olduğu belirtilmektedir (Gürkan, 2012).

Obezite, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. Obezite, başta kardiyovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara, hatta ölümlere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin, yine aynı örgüt tarafından yürütülen son araştırmalarda kanserle yakın ilgisi olduğu da belirlenmiştir. Son yıllarda birçok endüstri ülkesinde obezite ve fazla kilolu olma sıklığı artmaktadır ve bu artış dünya genelini ilgilendiren bir sorun haline almaktadır (DSÖ, 2011).

Vücutta belli bir oranda yağ miktarının bulunması, kişinin sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için gerekmektedir. Bu oran erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i şeklindedir. Kadınlarda ise bu oran %20-25 civarlarında seyretmektedir. Bu ideal oranlamaların, erkeklerde %25'i, kadınlarda %30'u geçmesi durumunda kişiye obezite teşhisi konulmaktadır (Aygün, 2014).

#### 2.1.1. Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin oluşumunda bazı faktörler etkili olmaktadır: Bunlar; kişinin iştah durumu, metabolik sistemi, genetik yapısı, yaşı, cinsiyeti, sosyokültürel seviyesi, hareketli veya durağan yaşam tarzı olarak sıralanmaktadır. Bireyin, bu faktörleri göz önünde bulundurup, hayatını ona göre planlaması önemsenmektedir (Bezerra vd., 2018).

Obezitenin, genetik çeşitlilik ve çevresel etmenlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıktığı ve çok boyutlu bir etiyolojik yapıya sahip olduğu belirtilmektedir (Berthoud vd., 2008). Vücuda alınan enerji, harcanma gereksinimi duyulan enerjiden fazlaysa; geri kalan fazla enerji vücutta yağ şeklinde depolanmaktadır. Bu depolanan yağlar bir süre sonra obeziteye sebep olmaktadır. Kişinin hareketsiz oluşu, fazla ve dengesiz beslenmesi, obezite oluşumundaki en önemli faktörler olarak gösterilmektedir (Eker vd., 2002). Bunların yanı sıra yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, sosyokültürel etkenler, sigara kullanımı ve alkol kullanımı gibi faktörlerin obezite oluşumunda etkili olduğu görülmektedir (Trasande vd., 2009).

Sıralanan bu faktörlerin yanında, kişinin hayat kalitesiyle sağlığı arasında ilişki olduğu görülmektedir. Örnek vermek gerekirse; vücut kitle indeksinin fazla oluşu zaman zaman kişinin durağan bir yaşam sürdürmesine neden olabilmektedir. Aynı zamanda obeziteye yatkın olan bireylerde, dış görünüşlerinden memnun olmama, hayattan zevk almama, mutsuzluk gibi duygu ve düşünceler hakim olmaktadır (Sevinçer, 2014).

#### *2.1.1.1. Beslenme Alışkanlıkları*

Obeziteye neden olan faktörlerden biri kişinin fazla, dengesiz ve kalitesiz beslenme alışkanlığına sahip olmasıdır. Beslenme alışkanlığı bireylerin çocukluk dönemlerinde şekillenmeye başlamaktadır. Bu beslenme alışkanlığında ailenin de etkisinin olduğu görülmektedir. Sürekli dışarıdan besin tüketmek, kahvaltıya zaman ayırmamak, öğün atlamak, hızlı yemek yemek, dengesiz ve kalitesiz beslenme alışkanlığı obeziteye neden olan faktörlerden bazılarıdır. Özellikle öğün atlamak vücudun metabolizma hızını azaltmaktadır. Bu da bireyi obeziteye yatkın hale getirmektedir (Langer vd., 2005).

Çağımızın en önemli sorunlarından biri olan obezitenin oluşumunda kentleşme, durağan hayat ve rutin faaliyetlerden kaynaklı dengesiz ve yetersiz beslenmenin etkisinin fazla olduğu bilinmektedir. Özellikle fast-food denilen hazır gıdaya dayalı beslenme ve yemeğin hızlı yenilmesi vücuda alınan kalori miktarının artmasına sebep olmaktadır (Lubrano vd.,2013). Obezitenin başlangıcına yönelik yapılan araştırmalarda, obezitenin başlangıcının bebeklik dönemine dayandığı tespit edilmektedir. Anne sütünün de obeziteye yatkınlık konusunda etkisi olduğu yapılan

araştırmalarda görülmektedir. Anne sütünü ihtiyaçı kadar alabilen bebeklerde ileride obezite görülme ihtimalinin; anne sütü ihtiyaçını tam olarak karşılayamayan bebeklere göre daha düşük olduğu saptanmaktadır (Branca, vd., 2007).

#### 2.1.1.2. Fiziksel Aktivite

Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle birlikte, iş yerlerinde hareketsiz çalışanların sayısının arttığı görülmektedir. Çalışma hayatının yanı sıra, insanlar boş vakitlerini genellikle telefon, bilgisayar ve televizyon gibi durağan faaliyetlere ayırmaktadır (Yıldırım vd., 2008). Bu hareketsiz yaşamın, toplumda rutin bir faaliyet haline geldiği görülmektedir.

Hareketsiz yaşam, obezitenin en önemli etkenlerinden biri olarak görülmektedir. (Lubrano vd. 2013).

Fiziksel aktiviteler sayesinde, vcttaki fazla yağlar enerji olarak kullanılmaktadır. Fiziksel aktivitelerle beraber, vücutta depolanmış olan fazla yağ azalmaktadır. Aksi bir durumda ise, vcdun hareketsiz kalmasından dolayı vücutta biriken ve kullanılmayan fazla yağlar depolanarak obeziteye neden olmaktadır (zer, 2001).

Fiziksel aktivitelerin obezite üzerindeki etkisi üzerine yapılan bir çalışmaya göre; aktif ve hareketli bir işte çalışan kişilerin obeziteye yakalanma ihtimalinin, durağan ve masa başı çalışan kişilere göre daha düşük olduğu tespit edilmektedir (Yıldırım vd., 2008). Tüketilen besin oranı aynı olsa da, durağan çalışan kişiler daha az hareket ettiği için kilo alımları daha fazla olacaktır (Baysal, 2012). Ülkemizde fiziksel aktivite yapma sıklığını ölçmek için yapılan bir anket sonucuna göre; ankete katılan bireylerin sadece yüzde 3' günlük fiziksel aktiviteye vakit ayırmaktadır (Parmaksız, 2007).

#### 2.1.1.3. Yaş

İnsanların yaşı ile vcdunda bulunan yağ miktarı doğru orantı göstermektedir. Yaşın artmasıyla beraber vcttaki yağ oranı da artmaktadır. Bu artış hem erkekler hem de kadınlar için söz konusudur. Ancak erkeklerdeki yağ miktarı artışının, kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Williamson, 1993; Erkol vd., 2004). Yaş arttıķça, vcdun metabolizması eski hızını kaybetmektedir. Bunun yanında yaş

ilerledikçe fiziksel aktiviteye zaman ayırma sıklığı da azalmaktadır. Bu iki faktör vücudun yağ oranı dengesini olumsuz yönde etkilemektedir (Peker vd., 2000).

#### 2.1.1.4. *Cinsiyet*

Toplumda görülen obezite dağılımı kadın ve erkeklerde farklı oranlarda seyretmektedir. Bu farklılık obezite oluşumunda cinsiyet faktörünün etkili olduğunu göstermektedir (Çayır vd., 2011). Cinsiyet farklılığının obezite üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda, kadınlarda obezitenin oluşumunda; hamilelik, kalıtım, menopoz ve fiziksel değişim gibi faktörlerin etkili olduğu görülmektedir (Akman, 2004; Kumsar vd., 2008).

Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre; kadınların obezite olma ihtimalinin, erkeklere göre daha sık olduğu belirtilmektedir (Serter, 2014).

#### 2.1.1.5. *Genetik*

Genetiğin obezite üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalara göre; vücudun kullandığı enerji, yağın vücuttaki dağılımı ve yağ hücrelerinin miktarı ile genler arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Xia Q, 2013).

Genetiğin obezite üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan başka çalışmalar da yapılmaktadır. Bu çalışmalardan biri çekirdek aile, evlat edinilmiş çocuklar ve ikiz çocuklar üzerine yapılan bir çalışmadır. Bu çalışmada genetiğin çekirdek aile üzerindeki etkisinin %30-50 aralığında olduğu, ikizlerde %50-80 aralığında olduğu ve evlat edinilen çocuklarda ise %10-30 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin obez olması, çocuğun da obez olma ihtimalini arttırmaktadır. İki ebeveyni de obez olan çocuklarda obezite görülme ihtimali %80 iken, tek bir ebeveyni obez olan çocuklarda bu ihtimal %40'a düşmektedir. Ebeveynlerinin ikisi de obez olmayan çocuklarda obezite görülme ihtimali ise %7 şeklinde saptanmaktadır (Altunkaynak vd., 2006).

#### 2.1.1.6. *Sosyo-ekonomik Düzey*

Obezite günümüzde birçok ülkede büyük bir sorun olmasına karşın, tüm dünyanın etkilendiği bir sorun olarak görülmektedir. Obezitenin ülkelerdeki yaygınlığında farklı nedenler bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde obezitenin yaygınlaşmasının nedeni; yetersiz ve dengesiz beslenme, bunun yanında insanların

hareketsizliği olarak gösterilmektedir. Gelişmiş ülkelerde teknolojinin ilerlemesiyle insanların hareketli ve aktif oluşları arasında ters orantı olduğu görülmektedir. Teknoloji ilerledikçe insanlar daha durağan hale gelmektedirler. Bu durum gelişmiş ülkelerde obeziteyi tetiklemektedir. Az gelişmiş ülkelerde obezitenin yayılmasının nedeni ise; genellikle beslenme bozukluklarından kaynaklanmaktadır. Dengesiz ve düzensiz beslenme, vücuda kontrolsüz yağ ve karbonhidrat alımı obeziteye neden olabilmektedir (Memiş, 2004).

Ekonomik açıdan rahat olan ailelerde fazla besin tüketimi obeziteye neden olurken, ekonomik açıdan sıkıntı çeken ailelerde düzensiz beslenme obeziteye yol açmaktadır (Özenoğlu vd.,1998).

Obezitenin etiyolojik yapısı incelendiğinde, birçok faktörün obezite oluşumuna sebep olduğu belirtilmektedir. Obezite; dünyada tanı konması en basit fakat; kronik belirtileri olduğu için ve farklı sorunlara yol açtığı için tedavisi kolay olmayan çok boyutlu bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Musetti, vd., 2018). Yetişkin bireylerde görülme oranı fazla olan obezitenin, son zamanlarda çocuklarda da sık görülmeye başlandığı ifade edilmektedir. Bu konuda dünyada ve ülkemizde obezite farkındalığını arttıran çalışmalara hız verilmelidir (Öztürk v.d. 2012).

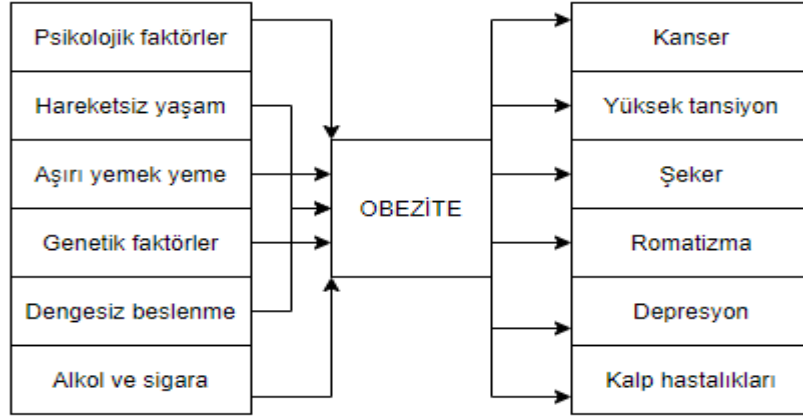
Dünya Sağlık Örgütü vücut kitle indeksini kullanarak şişmanlığı sınıflandırmakta ve yağ hücre miktarına göre şişman kişileri obezite derecelerine sınıflandırılmaktadır. Şişmanlığa neden olan faktörler 2 farklı başlıkta incelenmektedir (Yücel vd., 2013):

**Patolojik şişmanlık:** Kişilerdeki hormonal bozukluklar, sinir sistemindeki bozukluklar ve doğum esnasında yaşanan olumsuz durumların etkileri olarak gösterilmektedir.

**Basit şişmanlık:** Kişilerin vücutlarına aldıkları enerjinin, harcadıkları enerjiden fazla olmasından kaynaklanan şişmanlık olarak tanımlanmaktadır (Yücel vd., 2013).

Obezitenin, kalıtsal ve çevresel etkenlerle oluşan önemli ve kronik bir hastalık olarak nitelendirildiği, aynı zamanda farklı hastalıklara da neden olabildiği belirtilmektedir (Langer vd. 2005). Obeziteye neden olan faktörler ve sonuçları aşağıdaki şekilde verilmektedir:

## Şekil 2.1. Obeziteye Neden Olan Faktörler ve Sonuçları



**Kaynak:** ("Dünya Obezite Oranı", 2021).

### 2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite dünyada birçok ülkede görülen toplumsal bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Gelişmiş, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerin hepsinde görülen obezite, gün geçtikçe daha çok artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün dünyanın belirli yerlerinde yaptığı 13 yıl süren çalışmalarda, dünya obezite sıklığında %50'ye yakın bir artış görüldüğü belirtilmektedir (DSÖ, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı raporda, dünya üzerindeki 1,4 milyar insanın fazla kiloları yüzünden rahatsız olduğu görülmektedir. Ayrıca dünyada 200 milyondan fazla erkeğin ve 350 milyona yakın kadının obez olduğu görülmektedir. Dünya genelinde son 20 sene içerisinde obez insan sayısının 3 kat artış gösterdiği bilinmektedir (Berghöfer vd., 2008).

Gelişmiş ülkelerde yaşayan insanların %25'inin obez, %25'inin fazla kilolu, %25'inin ise normal kilolu olduğu fakat normal kilolu olanların da genetik açıdan obeziteye yatkın oldukları belirtilmektedir. Genetik açıdan obeziteye yatkın olan bu insanların, diyet ve fiziksel aktivitelerle kilo dengesini ayarlayabilmeleri mümkündür. Bu ayarlamayı aksattıkları takdirde obez veya fazla kilolular grubuna geçiş yapabilecekleri öngörülmektedir (Bozkurt, 2017).

Obezitenin en yaygın sorun haline geldiği ülkelerden biri Amerika Birleşik Devletleri olarak gösterilmektedir. Son yıllardaki artışla beraber ABD’de yaşayan insanların yarısının vücut kitle indeks verilerininin 30 ve üzeri olacağı yordanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü vücut kitle indeksi (VKİ) için bir referans aralığı belirlemiştir. Bu referans aralığına göre normal ve ideal vücut kitle indeks değeri 18-24 arası olarak gösterilmektedir. 25 ve üzeri fazla kilolu, 30 ve üzeri obez olarak kabul edilmektedir. 40 ve üzeri ise morbid obez denilen ileri seviye olan bir obezite çeşidi olarak kabul görmektedir (Sevinçer, 2014). Bu konuda araştırma yapan uzmanlar, 2030’lu yıllara gelindiğinde ABD’de yaşayan insanların %90’a yakınının vücut kitle indeksi değerlerinin 25 ve üzeri olacağını tahmin etmektedir (Musetti vd., 2018).

İçinde bulunduğumuz yüzyılın salgını olarak nitelendirilen obezite, genelde hassas, sistematik iltihaplanmanın eşlik ettiği yoğun miktarda yağ birikmesiyle oluşan orantısız kitle ağırlığı olarak açıklanmaktadır (Blaak 2003).

DSÖ’nün 2014 yılındaki verilerine göre, dünya genelinde 1,5 milyar 640 milyon obez insan yaşadığı belirtilmektedir. Bu oran, 2017 yılındaki verilere göre 2,1 milyarı geçmektedir (Kovesdy vd., 2017). Yine aynı çalışmada obezitenin cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Çalışmaya göre yetişkin erkeklerde obezite görülme oranı 10,8 iken, kadınlarda bu oran 14,9 ‘dur. Bu durum kadınlardaki obezite riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu ifade etmektedir.

ABD’de yapılan çalışmalarda Amerikalı insanların, diğer ülke vatandaşlarına göre obezite riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine Asya kıtasında yaşayan insanların organlarının çevresindeki yağ miktarının fazla olduğu ve bu insanların obeziteye yatkın kişiler olduğu belirtilmektedir (Kovesdy vd., 2017).

Türkiye’deki obezite verilerine bakıldığında, obezitenin dünyayla paralellik gösterdiği ve son 20 senede artış gösterdiği görülmektedir (Erem, 2015). Ülkemizdeki kadınların %40’ı, erkeklerinse %25’i obezite tehdidi altında yaşamaktadır. İlerleyen senelerde bu verilerin daha da yukarıya çıkacağı tahmin edilmektedir (Dönder vd., 2018). 10 sene önce yapılan bir araştırmaya göre, toplumdaki her üç kişiden birinin obez olduğu bildirilmektedir. (Ertem, 2017). Bu konuda yapılan başka bir araştırmada, ev hanımlarının obeziteye yakalanma ihtimalinin, çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Serter, 2004).

20 yaş üzerindeki 24.788 bireyle yapılan "Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi" (TURDEP) çalışmasında, obezite görülme sıklığı (VKİ>30 kg/m<sup>2</sup>), erkeklerde %12.8, kadınlarda ise %29.9 olarak belirtilmektedir. (Sevinçer, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan araştırmalara göre, dünyadaki obezite sıralaması aşağıda verilmektedir ("Dünya Obezite Oranı", 2019):

- 1-Samoa
- 2-Nauru
- 3-ABD
- 4-Güney Afrika
- 5-Meksika
- 6-İngiltere
- 7-Şili
- 8-Yunanistan
- 9-Avustralya
- 10-Fas
- 11- Macaristan
- 12- Kanada
- 13- Almanya
- 14- Portekiz
- 15- Hollanda

Ülkemizdeki obezite sıklığı tıpkı dünyadaki gibi sürekli artış göstermektedir. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılan çalışmalara göre ülkemizde obezite görülme prevalansı; erkeklerde %21,2 kadınlarda %41,5 olarak tespit edilmiştir (Sevinçer, 2014).

### **2.1.3. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri**

Obezite tedavisinde, vücuttaki yağ oranını belirlemek amacıyla bazı yöntem ve teknikler kullanılmaktadır. Bu kullanılan yöntem ve teknikler birbirlerinden farklılık göstermektedir.

Kişinin ağırlığını, vücut ölçülerini, gücünü ve hareket sınırlarını, belirli noktaları esas alarak yapılan ölçüm ve saptamalara antropometrik ölçümler denilmektedir.



Vücut kitle indeksi, bel çevresi, kalça çevresi ve deri kıvrımları ölçümü antropometrik ölçüm yöntemlerindedir. Bu yöntemlerin uygulaması kolay ve maliyeti ucuzdur. Bu yüzden bu yöntemler en sık başvurulan yöntemlerdendir (Yıldırım vd., 2017).

#### 2.1.3.1. Vücut Kitle İndeksi

Yetişkin bireylerde obezitenin belirlenmesi için, Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan vücut kitle indeksine başvurulmaktadır. Vücut Kitle İndeksi, vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m<sup>2</sup>) bölünmesiyle (kg/m<sup>2</sup>) hesaplanmaktadır. Vücut kitle indeksi, toplumdaki şişmanlık kavramını tanımlamaya yardımcı olmaktadır. Vücut kitle indeksi, obezite ölçüm yöntemlerinin ilk sırasında gelmektedir (Strock vd., 2005). Bireyin olması gereken vücut ağırlığı, cinsiyet ve boy uzunluğu esas alınarak belirlenen ideal kitle ağırlığıdır. Bu yöntemin uygulaması basit olduğu için en sık kullanılan antropometrik ölçüm yöntemidir (Efil, 2005).

#### Şekil 2.2. Dünya Sağlık Örgütü'nün Vücut Kitle İndeksi Sınıflandırması

SINIFLAMA	TEMEL SINIFLAMA	VKİ(kg/m <sup>2</sup> )
<b>Zayıf</b>	<18.50	<18.50
Ciddi Düzey	<16.00	<16.00
Orta	16.00-16.99	16.00-16.99
Hafif	17.00-18.49	17.00-18.49
<b>Normal Aralık</b>	18.50-24.99	18.50-24.99
Hafif Şişman	>25.00	>25.00
Aşırı Kilolu	25.00-29.99	25.00-29.99
<b>Obez</b>	>30.00	>30.00
1.Derece Obez	30.00-34.99	30.00-34.99
2.Derece Obez	35.00-39.99	35.00-39.99
3.Derece Obez	>40.00	>40.00

**Kaynak:** ("Body mass index", t.y.).

#### 2.1.3.2. Bel Çevresi Ölçümü

Obezitenin belirlenmesinde kullanılan bir diğer yöntem bel çevresi ölçümüdür. Vücuttaki organların yağlanmasına abdominal yağlanma denilmektedir. Bu abdominal yağlanma genellikle bel çevresinde yer almaktadır. (Strock vd., 2005).

Kadınlarda bel çevresinin 88 cm, erkeklerde bel çevresinin 102 cm üzerinde olması durumu obezite şeklinde tanımlanmaktadır (Baysal, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Diyabet Federasyonu'na göre belirlenen bel çevresi ölçüm değerleri aşağıdaki tabloda verilmektedir:

### Şekil 2.3. Bel Çevresi Ölçüm Değerleri

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

**Kaynak:** ('Ashwell', 1994).

#### 2.1.3.3. Bel Kalça Oranı

Kadınlarda bel kalça oranının 0,85'in üstünde olması; erkeklerde ise bel kalça oranının 0,9'un üzerinde olması obezite şeklinde tanımlanmaktadır (Nyaruhucha vd., 2003).

#### 2.1.3.4. Deri Kıvrım Kalınlıklarının Ölçülmesi

Vücut yağının ölçümünde en sık başvurulan yöntemlerden biridir. Bu yöntem esnasında kaliper adlı alet kullanılmaktadır (Nyaruhucha vd., 2003).

Kadınlarda triceps deri kıvrım kalınlığının 30 mm üzerinde olması, erkeklerde triceps deri kıvrım kalınlığının 23 mm üzerinde olması durumu obezite şeklinde tanımlanmaktadır (Baysal, 2009).

Kadın ve erkeklere ait triceps deri kıvrım kalınlığı referans değerleri aşağıdaki tabloda verilmektedir:

### Şekil 2.4. Triceps Deri Kıvrım Kalınlığı Ölçüsü

Kadın	Erkek	
>23 mm	>30 mm	Şişman/Obez
<10 mm	<23 mm	Zayıf

**Kaynak:** ('Özütürker', 2016).

#### 2.1.4. Obezitenin Tedavisi

Obezite tedavisinin amacı, yeterli oranda vücut ağırlığı kaybının hedeflenmesi, obezite ile ilişkili morbidite ve mortalite riskinin azaltılmasıdır. Ayrıca bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek gerekmektedir (Avenell, vd., 2004).

Obez bireylerde, obezitenin gelişmesinde etkili olan genetik, hormonal ve nöroendokrin etkenlerin ve enerji dengesinin sağlanması (alınan enerji < harcanan enerji) obezite tedavisinin birinci basamağı için büyük önem taşımaktadır (THSK, 2013).

Obezite tedavi yöntemi olan diyet ve egzersiz ile obez bireyler kendilerine özel hazırlanmış beslenme programı ve çeşitli egzersizlerle belli bir miktar ağırlığı vücuttan atabilirler, bunun sonucunda bireyler sahip oldukları ağırlığı kontrol altında tutarak yaşamlarına devam edebilmektedirler (Baysal, vd., 2002).

Diyet sürecinde, vücudun zayıflaması ile beraber vücuttaki protein ve yağ miktarı azalmaktadır. Egzersiz içerikli zayıflama programlarında protein kaybı en az seviyeye indirgenmektedir (Pekcan, 2016).

Birey tedaviye başlamadan önce tedavi hakkında kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmelidir. Çünkü obez bireylerin tedavi sürecinde motivasyonlarını yüksek tutmaları ve tedaviye adapte olmaları tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir. (Deveci, 2013).

##### 2.1.4.1. Diyet ile Tedavi

Obez bireye uygun beslenme programı hazırlanırken bireyin cinsiyeti, yaşı, egzersize karşı bakış açısı, beslenme alışkanlıkları göz önünde bulundurulmaktadır. Bunun yanında bireyin ekonomik düzeyi ve mutfak imkanlarına da dikkat edilmektedir (Rakıcıoğlu vd., 2017). Bireyin ihtiyacı olan günlük enerji miktarı belirlenirken, bireyin vücut ağırlığının her 1 kilogramı 22 kaloriye denk sayılmaktadır. Bu veriler, metabolizma hızının bir miktar üzerinde seyretmektedir. Besinlerden alınması gereken enerjinin %15-20'si protein, %20-25'i yağ, %55-60'ı karbonhidrat olacak şekilde planlanmaktadır. Aynı zamanda mineral ve vitamin alımı da beslenme programında yer almalıdır (Baysal vd., 2002).

#### 2.1.4.2. Davranış Değişikliği

Davranış değişikliği tedavisinde, obez bireyin hayatı boyunca kalıcı olacak şekilde davranış değişikliği oluşturularak, kişinin ideal vücut kitle ağırlığını korumasının sağlanması ve bunun uzun süreli olması amaçlanmaktadır. Kişinin davranışlarıyla, obezitenin biyolojik yapısı arasında ilişki görülmektedir. Vücudun fazla enerjiyi harcaması için ortam oluşturulması bu tedavinin ilk hedefi olarak belirlenmektedir (Kahan, 2016). Obez kişiler, fiziksel aktivitelere başladığı ilk zamanlarda yorgunluk, zorlanma gibi olumsuz durumlarla karşılaşabilmektedirler. Ancak bu fiziksel aktiviteler düzenli ve devamlı bir periyot içerisinde gerçekleştirildiğinde, bireyin bu duruma adapte olduğu ve vücudundaki fazla yağların azaldığı görülmektedir. Fazla yağ ve ağırlığın vücuttan atılması ile beraber bireyin yaşamı daha sağlıklı bir hale gelecektir. Bu tedavide, besin tüketiminin azaltılması ve egzersizlerin artırılması yöntemi uygulanmaktadır. Davranış değişikliğinde hedefler önceden belirlenmeli, obez birey kendini takip etmeli, süreç içerisinde karşılaştığı sorunlara çözüm üretebilmelidir. Ayrıca obez bireyin bu periyotta olumlu pekiştirme ve dönütlerle motivasyonu yüksek tutulmalıdır (Moyer, 2012).

#### 2.1.4.3. Fiziksel Aktivitelerin Artırılması

Obezite tedavisindeki önemli yöntemlerden biri de fiziksel aktiviteler ve egzersiz faaliyetleri olarak görülmektedir. Bu tedavide vücut ağırlığının korunumu ve enerji yakımı önemsenmemektedir. Bu tedavide oluşan hastalıkların etkisinin ortadan kaldırılması veya en aza indirgenmesi önemsenmektedir. Obez bireyin ideal vücut kitle ağırlığına ulaşması için çeşitli egzersiz faaliyetleri tedavi programına eklenmektedir. Egzersiz faaliyetleri, vücuttaki kas sistemini koruyup güçlendirmektedir. Obez bireylerin fiziksel aktivitelere ayırdığı sürenin artırılması vücudun yağ yakımını olumlu yönde etkilemektedir. Örnek vermek gerekirse; obez bireyin günlük en az 20 dakika, en fazla 45 dakika yürüyüş, yüzme gibi çeşitli egzersiz ve sportif faaliyetlere vakit ayırması tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir (Baltacı, 2008).

#### 2.1.4.4. İlaç Tedavisi

Obezite toplumsal bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu sorunun tedavi yöntemlerinden biri de ilaç tedavisidir. İlaç tedavisinin diğerlerinden ayrıldığı

konulardan biri, bu tedavinin zorunlu hallerde uygulanıyor olmasıdır (Baysal vd., 2002). Obezitenin ilaçla tedavisi diyet tedavisinin yeterli olmadığı durumlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Obezite tedavisinde egzersiz ve düşük kalorili diyetlerin yetersiz kaldığı durumlarda ilaçlardan faydalanılmaktadır (Altunkaynak, v.d 2006). İlaç tedavisiyle istenen vücut kitle ağırlığına ulaşan bireyler, ilaçları bıraktıkları takdirde tekrar eski hallerine dönebilmektedirler. İlaç tedavisi tek başına yeterli olmadığından, bu gibi geriye dönüşlerin yaşanmaması için, ilaç tedavisinin yanında davranış değişikliği ve diyet tedavilerine de başvurulması gerekmektedir (Baysal vd., 2002).

İlaç tedavisi süreci başlamadan önce, bireyin başka bir hastalıktan kaynaklı kilo alımı olup olmadığı incelenmektedir. Bu inceleme esnasında bireye 3-6 ay sürecek bir diyet programı uygulanmaktadır. Birey diyet sonunda %10' luk bir yağ kaybına ulaşamazsa devreye ilaç tedavisi girmektedir. İlaç tedavisinde kullanılan ilaçlar; enerji alımını azaltan ve enerji alımını arttıran şeklinde iki grupta değerlendirilmektedir (Pekcan 2016). Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi tarafından onaylanan iki çeşit ilaç vardır: Bunlar “Orlistat” ve “Sibutramine”. İlaçların düzenli bir şekilde, en az 2 sene kullanımı sonucunda, bireylerin vücut kitle ağırlıklarının %8-10 arasında azaldığı yapılan araştırmalarda görülmektedir (Deveci, 2013).

#### 2.1.4.5. Cerrahi Tedavi

Obezite tedavisinde medikal ve cerrahi olmak üzere iki farklı yöntem bulunmaktadır. Obezite cerrahisi olarak bilinen cerrahi tedavi yöntemine başvuru sayısı özellikle son yıllarda artış göstermektedir. Sadece ABD’de 2 yıl içerisinde obezite cerrahisi yapılan kişi sayısının 357.300’ü bulması, bu tedavi yönteminin yaygınlaştığının önemli bir kanıtı sayılabilmektedir (Wysoker, 2005).

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH)’e göre; obezite tedavisinde kullanılan diyet tedavisi, çeşitli davranış düzenlemeleri ve ilaç tedavisi gibi tedavi yöntemlerinin başarısının düşük olması göz önünde bulundurularak, VKİ’si 40 kg/m<sup>2</sup>’nin üzerinde veya VKİ’si 35-40 kg/m<sup>2</sup> arasında olup; kiloyla ilişkili ameliyat olmasında herhangi bir engel olmayan hastalara, iyi bilgilendirilmeleri koşuluyla obezite cerrahisinin uygulanabileceği kararı alınmıştır (Sevinçer, 2014).

Bu cerrahi tedavi yöntemine yönelik araştırmalarda, obezite cerrahisinin etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Cerrahi tedavinin, fazla kilonun vücuttan atılmasının yanı sıra diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi gibi hastalıkların iyileşmesinde de etkili olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda bu tedavi yönteminin bireyi mental olarak da olumlu etkileyip hayat kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (Sevinçer, 2014).

## **2.2. Depresyon**

Depresyon kavramının etimolojik yapısı incelendiğinde Latince “depressus” sözcüğünden geldiği görülmektedir. Depresyonun tanımının ilk kez Antik Yunan’da Hipokrat tarafından yapıldığı belirtilmektedir (Sadock ve Kaplan, 2007, s.1329). Hipokrat, depresyonu; kara safranın beyin üzerindeki etkisiyle ruhun kararması şeklinde tanımlamaktadır (Sadock ve Kaplan, 2007).

Depresyon, kişinin hayata karşı hevesiz olması, derin bir mutsuzluk yaşaması, geleceği konusunda kaygılar taşıması, geçmişine yönelik pişmanlıklarının olması, bazı durumlarda intihara meyilli olması ve bunlar sonucunda bireyin ölümüne bile neden olabilen ruhsal bir hastalık olarak açıklanmaktadır (Çevik ve Volkan, 1993). Depresyon, bireyin hayat kalitesini ve genel vücut sağlığını olumsuz yönde etkileyen, kronik ve yineleyen nitelikleri bulunan, ciddi bir psikolojik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Kessler ve Bromet, 2013).

### **2.2.1. Depresyonun Epidemiyolojisi**

Depresyonun epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmalarda yöntem ve teknik farklılıkları olsa da, tüm araştırmalarda depresyon yayılımının artışı konusunda ortak bir görüş olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Bir toplumda depresif bozukluk görülme sıklığı %1,5-%19 arasında değişiklik göstermektedir. Depresif bozukluğu olan bireylere bir tedavi yöntemi seçilip uygulanmazsa; tedavi harcamalarının daha da artacağı, bireyin sağlığının olumsuz etkileneceği ve bireyin ölüm riskinin artacağı belirtilmektedir (Olchanski vd., 2013).

Kadınlarda depresyon genellikle 35-45 yaş aralığında görülürken, erkeklerde 55 yaş ve üstündekilerde daha çok görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). ABD’de depresyon sıklığı üzerine yapılan bir araştırmanın 6 aylık verilerine göre; kadınlarda

%4-4,6, erkeklerde %1,7-2,2 oranında depresif bozukluk olduğu görülmektedir (Myers vd., 1984). Kronik hastalardaki depresyon sıklığı üzerine yapılan bir araştırmada; kronik bir hastalığı bulunan her üç kişiden birinde depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir (Küey ve Güleç, 1993). Kanseri, felç, diyaliz hastalıkları gibi hayatı riske eden hastalıkları geçiren kişilerde, depresif bozukluk görülme sıklığının fazla olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Depresyona girmiş bir kişi başta sosyal yaşamı olmak üzere birçok alanda fonksiyonelliğini kaybetmektedir, bununla beraber tedavi masrafları kişiyi zorlamakta veya intihar gibi nedenlerden dolayı kişi yaşamını kaybetmektedir. Bu yüzden depresyonun erken teşhisine ve alınması gereken tedbirlere önem verilmelidir. Depresyon tedavisine yönelik yapılan araştırmalarda, depresif bozukluk yaşayan kişilerin %60'ının çeşitli sağlık kuruluşlarına başvurusunun olduğu ve bunların sadece %40'ının tedavi olmayı kabul ettiği belirtilmektedir. Bu veriler depresyonun toplumda yaygın bir sorun olduğunu, fakat toplumda depresyon tedavisine gerekli önemin verilmediğini göstermektedir (Ebmeier vd., 2006).

Türkiye'de depresyon sıklığı üzerine yapılan bir çalışmada; yıllık depresyon sıklığının %4,0 olduğu belirtilmektedir. Bu oranın çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Depresif bozuklukların tekrarlayıcı olanları kadınlarda daha sık görülmektedir. İşsizlik, gelecek kaygısı, yalnızlık gibi etkenler depresyon sıklığını etkilemektedir (Küey, 1998).

ABD'nin Kaliforniya ve New York bölgelerinde yapılan 18-96 yaş aralığındaki 6694 kişinin katılım gösterdiği bir çalışmada, yıllık depresif bozukluk sıklığının %5,2 oranında olduğu belirtilmektedir. Genellikle kadınlarda daha sık ve orta yaşlarda daha sık görülmektedir. Beden sağlığının kötü olmasının, sigara kullanımı olmasının ve obezite varlığının depresif bozukluk oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir. Depresif bozukluk yaşayan bu kişilerin %57,7'si ilaçla ve psikoterapi yoluyla tedavi görmektedir (Kaya, vd., 2007).

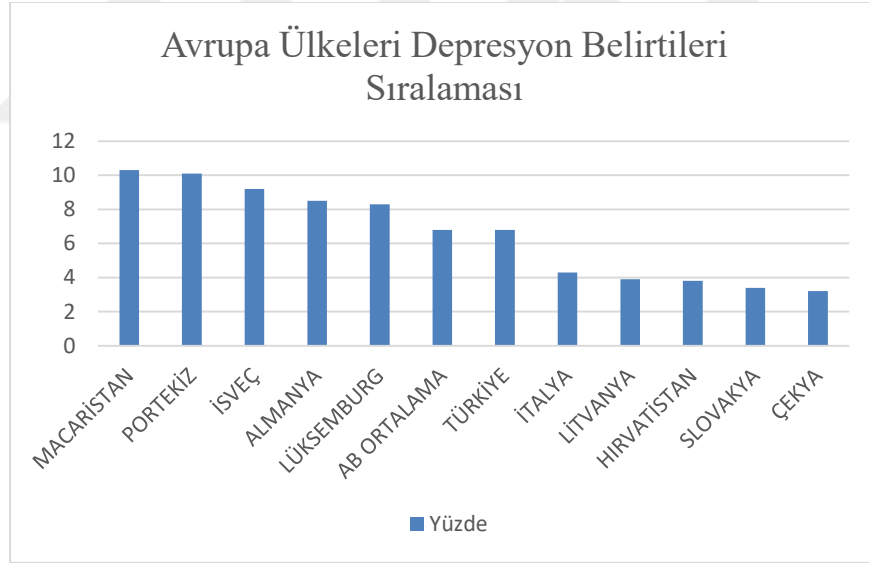
6 farklı Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada, yıllık depresyon sıklığının %3,6-8,5 aralığında olduğu belirtilmektedir. Kadınların depresyon sıklığı erkeklerin depresyon sıklığının iki katı olarak tespit edilmektedir. Cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, şehirleşme, iş durumu gibi etkenler depresyon sıklığını etkilemektedir (Marneros, 2006).

DSÖ'nün verilerine göre; Çin'de yapılan bir çalışmada, yıllık depresyon sıklığının %1,7-2,5 arasında olduğu görülmektedir (Demyttenaere, vd., 2004). Japonya'da yapılan bir başka çalışmada ise yıllık depresyon sıklığı %1,32 olarak belirlenmektedir (Kawakami vd., 2004).

Afrika ülkelerinde sağlık hizmeti yetersizdir. Sağlık hizmetinden faydalanabilen insan sayısının çok az olduğu belirtilmektedir. Bu gibi sağlık hizmeti yetersiz olan ülkelere den biri olan Nijerya'da yapılan çalışmada, yıllık depresyon sıklığının %7,1 oranında olduğu bildirilmektedir. Bunların sadece %10'u tedavi görmektedir. Şehirleşmenin, gelir düzeyinin düşük olmasının ve sağlık sisteminin yetersiz olmasının depresyonu etkilediği görülmektedir (Gureje vd., 2007).

Eurostat tarafından yapılan, Avrupa ülkeleri arasında depresyon belirtilerine göre ülkelerin sıralanması aşağıdaki grafikte verilmektedir:

**Grafik 2.1.** Avrupa Ülkeleri Depresyon Belirtileri Sıralaması



**Kaynak:** ("Depresyondaki Kişi Sayısı Artıyor", 2017).

### 2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun nedenlerinin araştırılması çok eski tarihlere dayanmaktadır. Ancak yine de depresyonun nedenleri net bir şekilde belirlenememiştir. Bu konuda yapılan birçok çalışmada, depresyon oluşumunda tek bir faktörün etkili olmadığı, depresyonun



çok boyutlu ve karışık bir süreç olduğu belirtilmektedir (Albayrak ve Ceyhan, 2004). Yapılan çalışmalar net bir neden bulunmasını sağlayamasa da; depresyon çeşitliliği ve depresyon değişiklikleri hakkında bir aydınlanma yaşanmasını sağlamaktadır (Krishnan ve Nestler, 2008). Yapılan çalışmalarda depresyona birden fazla faktörün etki edebileceği belirtilmektedir. Bu faktörler aşağıda sıralanmaktadır:

#### 2.2.2.1. *Biyolojik Faktörler*

##### Biyojenik Aminler

Depresyon oluşumunda etkili olan faktörler üzerinde yapılan çalışmalara göre, beyinde nöronlar arasındaki iletişimi sağlayan nörotransmitterlerin fonksiyonel bozukluk yaşamasının depresyon üzerinde etkisinin olduğu belirtilmektedir. Bu fonksiyonel bozuklukların veya beyindeki birtakım değişikliklerin depresyon oluşumunda büyük rolü olduğu düşünülmektedir (Wang vd., 2017).

##### Nöroendokrin Değişiklikler

Vücuttaki sistemler birbirlerini etkilemektedir. Endokrin sisteminden kaynaklanan bir sorun sinir sistemini etkileyip depresyona neden olabilmektedir. Vücuttaki bazı hormonal sistemler depresyon oluşumunda etkili olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Depresif bozukluklarda en çok etkilenen sistemlerin; HHA (hipotalomik-hipofizer adrenal) eksenini, tiroid ve büyüme hormonları olduğu belirtilmektedir (Işık vd., 2013). Depresyona giren kişilerde HHA ekseninin arttığı görülmektedir (Deuschle vd., 1996). Kişinin tedavi sürecinin sonunda; depresyonun iyileşmesi durumunda, plazma kortizol seviyesinde normalleşme gözlemlenmektedir (Beck-Friis vd., 1985). Nöroendokrin değişikliklerin depresyon üzerindeki etkisi konusunda yapılan çalışmalardan elde edilen en önemli verilerden biri; tiroid uyaran hormonunun, tiroid serbestleştirici hormonuna etkisinin azalması ve serum tiroksin seviyesinde artış olması şeklinde belirtilmektedir (Sadock ve Kaplan, 2007). Ayrıca yapılan bu çalışmalarda, sürekli stresin nöroendokrin sistemine zarar verdiği ve depresyona neden olduğu düşünülmektedir (Saveanu ve Nemeroff, 2012).

## Nöroanatomik Yapıların Rolü

Nöroanatomik yapıların depresyon oluşumuna etkisi üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, depresyona giren bir kişinin beyin bölgesinde prefrontal korteks, singulat korteks, hipokampus gibi farklı bölümlerde değişiklikler yaşandığı belirtilmektedir. Depresif bozukluk yaşayan kişilerin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) bulgularına bakıldığında, ventriküllerinde genişleme olduğu gözlemlenmektedir (Lee vd., 2013). Frontal lob, hipokampal formasyonda ise daralma ve küçülme olduğu görülmektedir. Bu tarz nöroanatomik değişimlerin kişiyi depresyona yatkın hale getirebileceğinden bahsedilmektedir (Capuron ve Miller, 2011).

### 2.2.2.2. Nörotrofik Faktörler

Nöronal ağların oluşturulmasında nörotrofik faktörler etkili olmaktadır (Lindsay vd., 1994).

Sinir büyüme faktörü, beyin kaynaklı faktör, nörotrofik 3 ve 4 faktörler gibi büyüme faktörleri önemli nörotrofik faktörlere örnek verilebilmektedir. Bu faktörler ayrı ayrı tirozin kinaz reseptörüne yüksek afinite ile bağlanmaktadır (Duman ve Monteggia, 2006).

Sinir sistemindeki hücrelerin büyümesinde temel faktör olan BDNF'nin (beyin kaynaklı nörotrofik faktör); hücrelerin gelişimine ve hücrelerin görevlerini yerine getirmesine etkisi vardır. Depresif bozukluk yaşayan kişilerin BDNF düzeylerinin, normal kişilere göre daha düşük seyrettiği görülmektedir (Yang vd., 2017). Son zamanlarda yapılmış olan çalışmalarda BDNF gibi faktörlerin depresyon oluşumunda etkili olduğu gözlemlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

### Bağışıklık Sistemi ve Sitokinler

Bağışıklık sistemiyle depresyon arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (Capuron ve Miller, 2011). Smith ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada interferonların artmasının depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (Smith, 1991). Bu konuda daha önceki yıllarda yapılan araştırmalarda, bağışıklık sisteminin depresyon üzerinde etkisi olamayacağı görüşü hakimdi. Ancak, son yıllarda yapılan çalışmalarda bu görüş değişikliğe uğramaktadır (Schwartz vd., 2013). Kişilerin kısa

sürekli de olsa stres altında olması, nöronal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemekte ve kişiyi depresyona daha yatkın bir hale getirmektedir (Williard, 2016). Bağışıklık sistemindeki bozukluklar nedeniyle meydana gelen hastalıklar ile depresyon birbirini etkilemektedir. Bu durum, bu iki farklı sorunun ortak bir kökenden gelip gelmediği konusunda düşüncelere yol açmaktadır. Bu iki sorunun kökenleri üzerine çalışmalar yapılmaktadır (Lwata vd., 2013). Aynı zamanda depresyonun dirençlilik özelliğiyle halk arasında iltihaplanma diye bilinen inflamasyon arasında da ilişki olduğu belirtilmektedir (Friedrich, 2014).

Üretimi vücut içerisinde gerçekleşen kemokin, sitokin ve immün hücreleri beyni direkt etkilemektedir. Kemokin ve sitokin hücreler arası iletişimi sağlamakla görevli protein peptid gruplarıdır. Bu enzimler bazı durumlarda vücuda zarar verebilmektedir. Bunların etkisiyle bireyin sinir sistemindeki ağlar olumsuz etkilenip, fonksiyonlarını yerine getirememektedir. Bu durum kişide depresif bozukluklara neden olabilmektedir (Kubera vd., 2011). Depresyona yakalanan bireyin beynindeki koruma kalkını zayıflamaktadır. Bu durum beynin fonksiyonel özelliklerini kaybetmesine yol açmaktadır (Kubera vd., 2011).

Bu konuda yapılan araştırmalarda, immün sisteminin (bağışıklık sistemi) sitokin ve kemokin gibi nörotransmitterler aracılığıyla kişiyi depresyona yatkın hale getirdiği belirtilmektedir. Depresif bozukluk yaşayan insanlarda sitokin miktarının fazla olması bu durumu kanıtlar niteliktedir. Bu fazla sitokin miktarı içerisinde en çok dikkat çeken sitokin türü interlökin-6 (IL-6) olarak bildirilmektedir (Dolati vd., 2012). Yapılan meta-analiz çalışmalarında interlökin seviyesinin depresif kişilerde yüksek olduğu net bir şekilde ortaya konulmaktadır (Dolati vd., 2012).

### 2.2.2.3. *Genetik Faktörler*

Moleküler biyoloji ve genetik alanlarındaki çalışmalar, genler, ikizlik durumu, evlat edinme gibi konularda yoğunlaşmaktadır. Son yıllarda genetik üzerine yapılan çalışmalardaki konulardan biri de; genetik faktörlerin depresif bozukluklar üzerindeki etkisidir (Sullivan vd., 2000). Depresif kişilerin birinci derece yakınlarının da depresyona yatkın oldukları bilinmektedir. Bu kişilerin depresyona yakalanma ihtimalinin, sıradan kişilere göre 2-3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Sullivan vd., 2000).

Genetik etkenlerin depresyon üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada ikizlik durumu ele alınmaktadır. Bu çalışmaya göre; ikizler %31-42 oranında bir gen geçişiyle depresyon halini yaşamaktadır (Ebmeier vd., 2006). Evlat edinen ailelerdeki depresyon durumu üzerine yapılan araştırmalarda, kişinin evlat edinildiği ailesinde depresyon riski olmamasına rağmen biyolojik ailesinde depresif bozukluk durumu varsa, çocuğun da depresyon haline yatkın olma durumu yüksektir (Elder ve Mosack, 2011). Genetik faktörler, bazı kişileri çevreye karşı daha da duyarlı hale getirip stres seviyesini yükselterek kişiyi depresyona itmektedir (Ressler vd., 1999).

#### 2.2.2.4. *Psikososyal Faktörler*

Depresif bozukluklarda toplumun etkisinin küçümsenemeyecek kadar fazla olduğu belirtilmektedir. Hayatın belli dönemlerinde travma yaşanması veya stres seviyesini arttıracak olayların yaşanması, bireyleri depresif bozukluğa yatkın hale getirmektedir. Bunun yanında işsizlik, ekonomik sıkıntılar, yalnızlık hissi, ailevi durumlar, fiziki koşullar ve bireyi duygusal olarak etkileyecek tüm faktörler depresyon oluşumuna neden olabilmektedir. Küçük yaşta özellikle anne, baba ve kardeş gibi yakınların kaybı bireyde olumsuz izler bırakıp, bireyin depresyon riskini arttırmaktadır (ztrk ve Uluşahin, 2014).

### 2.2.3. **Depresyon Tanı ltleri**

Bu başlık altında DSM-5 Tanı ltleri El Kitabı'ndan alıntılar yapılarak depresyon tanı ltleri hakkında bilgi verilmektedir.

#### 2.2.3.1. *DSM-5 Tanı ltlerine Göre Depresyon Bozuklukları*

Amerikan Psikiyatri Merkezi tarafından yayımlanan kitapta belirlenen tanı kriterlerine göre depresyon bozuklukları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Köroğlu, 2013):

- Yıkıcı Duygudurumu Dzenleyememe Bozukluğu,
- Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu,
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi),
- Aybaşı ncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu,
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,

- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Bir Diğer Depresyon Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu şeklinde kategorilere ayrılmıştır.

#### 2.2.3.2. *Majör Depresif Bozukluğun DSM-5 Tanı Kriterleri*

DSM (Amerikan Psikiyatri Merkezi)'nin yaptığı çalışmalar sonucunda hastaya majör depresif bozukluğu teşhisinin konulması için bazı kriterler belirlenmiştir. Bunlar şu şekilde verilmektedir (Köroğlu, 2013):

A- 2 haftalık süreçte belirlenen bulgulardan dörtten fazlası tespit edilmiştir. Belirlenen bulgular şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1-Kişinin sürekli üzgün, yorgun, çökkün ve umutsuz hissetmesi.
- 2-Sosyal veya sportif hiçbir aktiviteden tatmin olunmaması
- 3-Kilo vermek için diyet yaparken daha da kilo alınması, iştahın aşırı artması veya azalması.
- 4- Sürekli uyku probleminin yaşanması veya uykuya ayrılan sürenin artması.
- 5- Kişinin insanların kendisine acımasını sağlayacak konuşmalar yapması.
- 6- Devamlı yaşanan enerji kaybı, aşırı yorgunluk hissedilmesi.
- 7- Kişinin kendini değersiz, işe yaramaz hissetmesi, sürekli kendini suçlaması.
- 8- Odaklanma sorunu yaşanılması ve kararsız hissedilmesi.
- 9-İntihara meyilli ruh haline bürünülmesi ve kişinin kendini öldürmeye teşebbüs etmesi.

B- Bu bulgular kişiyi mental açıdan olumsuz etkilerken, sosyal ve iş hayatında da fonksiyonelliğinin azalmasına neden olmaktadır.

C- Bu bulgularla başka bir sağlık sorununun oluşumu arasında ilişki kurulamaz.

D- Majör depresyon oluşum süreci şizofreni, sanrılı bozukluk gibi bozuklukları tanımlanmasıyla daha iyi anlaşılacaktır.

E- Bu bulgular tespit edilen kişide mani veya hipomani sürecine rastlanılmamaktadır.

### 2.2.3.3. *DSM-5'E Göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri*

#### **Bunalılı sıkıntı:**

Majör depresyon sürecinin veya herhangi bir depresif bozukluğunun birçoğu gün içinde belirlenen bulgulardan en az ikisinin tespit edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Belirlenen bulgular şu şekilde sıralanmaktadır (Köroğlu, 2013):

- 1- Bunalım veya gerginlik hissetme.
- 2- Sürekli huzursuz hissetme.
- 3- Odaklanma sorunu duyma.
- 4- Her an kötü bir şey olacak gibi hissetme.
- 5- Öz denetimimde başarısız olma

Yukarıda verilen bulguların kişide bulunduğu miktara göre depresyon sürecinin seviyesi belirlenmektedir. Kişide, iki bulgu tespit edilirse; ağır olmayan, üç bulgu tespit edilirse; orta, dört veya beş bulgu tespit edilirse; orta-ağır arası, beş ve üzerindeki bulgular tespit edilirse; ağır düzeyde bir depresyon süreci yaşadığından bahsedilmektedir.

#### **Karma özellikler gösteren:**

A-Majör depresyon sürecinde günün büyük bir zaman aralığında kişide mani veya hipomani bulgularından en az üçü görülmektedir. Mani- hipomani bulguları aşağıda verilmektedir (Köroğlu, 2013):

- 1- Kabarmış bir duygu halinin yaşanması.
- 2-Öz benliğinin olduğundan büyük görülmesi.
- 3-Olağandan daha çok konuşma isteği.
- 4-Aynı anda birçok şeyin düşünülmesi.
- 5-Amaçlara yönelik etkinliklerin artış gösterilmesi.
- 6-Savurganlık, düşünmeden iş yatırımlarının yapılması, kontrolsüz şekilde karşı cinse yönelmesi.

7-Uykuya duyulan ihtiyacın azalması.

B- Bu karma özellikler dışarıdan gözlenebilen ve kişinin davranışlarında büyük değişimlere yol açan özelliklerdir.

**Melankoli özellikleri gösteren:**

A-Depresyon sürecinin en ağır basamağı olarak görülen melankolide aşağıdaki bulgular görülmektedir (Köroğlu, 2013):

1-Hiçbir aktiviteden zevk alamama.

2-Daha önceden hoş giden uyarıcılara kayıtsız kalma.

B- Melankoli özellikleri aşağıda verilmektedir:

1- Yoğun bir bunalım, mental yorgunluk hissedilir.

2- Özellikle günün sabah saatlerinde daha yoğundur.

3- Sabahları her zamankinden daha erken uyanılmaya başlanır.

4- İştah azalması ve kilo kaybı görülür.

5-Kişi her konuda kendini suçlamaktadır.

**Değişik tür (atipik) özellikleri gösteren:**

Depresyon sürecinin genelinde bu özellikler görülmektedir (Köroğlu, 2013):

A-Yaşanılan her olaya aşırı duygusal yaklaşılması.

B-İştahın artması ve kilo alımının artması, uykuda geçen sürenin artması, toplumda tarafından dışlanması.

**Psikoz özellikleri gösteren:**

Kişinin hayatında sanrı ve varsanların önemli yer tutması (Köroğlu, 2013).

**Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren:**

Benlik algısının düşük hissedilmesi, suçluluk hissi, hastalık ve ölüm gibi durumların bir tür ceza olarak kabul edilmesi (Köroğlu, 2013).

**Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren:**

Psikoz özellikleri ile duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren özelliklerinin bir araya gelmesiyle oluşan özellikler (Köroğlu, 2013).

### **Doğum zamanı (peripartum) başlayan:**

Kişinin hamilelik sürecinde veya doğumun gerçekleşmesinden sonraki ay içinde oluşan belirtiler bu depresyon dönemi için tanı kriteri olarak belirlenebilir (Köroğlu, 2013).

### **Mevsimsel örüntü gösteren:**

A- Majör depresyon bozukluğu sürecinin başlangıç dönemiyle yılın belli bir dönemi arasında (kışın daha karamsar olunması gibi) bir ilişki kurulmuştur (Köroğlu, 2013).

B- Yılın belli zamanlarında depresyon seviyesinde düşüş yaşanmaktadır (Köroğlu, 2013).

### **Tam olmayan yatışma gösteren:**

Bu majör depresyon sürecinde, mevsimsel örüntü gösteren özelliklere rastlanmaktadır ancak yine de tam olarak net bulguları bulunmamaktadır (Köroğlu, 2013).

### **Tam yatışma gösteren:**

Geçen son 8 hafta içinde herhangi bir bulguya rastlanılmaması durumudur (Köroğlu, 2013).

Depresyon sürecinin ağırlık seviyesinin tespit edilmesinde tanı, kriter ve bulgu sayısı göz önünde bulundurulmaktadır. Bulgu sayısı az miktarda ve bulguların üstesinden gelinmesi kolay ise depresyon ağır olmayan bir seviyededir. Bulgu sayısı, bulguların tedavi edilebilirliği açısından depresyon seviyesi orta seviye olarak belirtilmektedir. Bulguların sayısı fazla ve tedavisi uzun bir süreci kapsayacaksa depresyon seviyesi ağır olarak nitelendirilmektedir (Köroğlu, 2013).

## **2.2.4. Depresyonun Tedavisi**

Depresyon tedavisinde bu zamana kadar farklı yöntem ve teknikler denenmiştir. Depresyon tedavisi ile ilgili araştırmalar devam etmekte ve yeni yöntemler üzerinde çalışılmaktadır. Bu zamana kadar uygulanan tedavi yöntemleri içinde farmakoterapi, psikoterapi ve elektrokonvülsif tedaviler en etkili yöntemlerdendir. Bunlar dışında da birtakım yöntemler kullanılmaktadır ancak genellikle farmakoterapi yöntemi tercih edilmektedir (Dilbaz ve Çavuş, 2010).



Tedavi yöntemi belirlenirken depresyon seviyesi de göz önünde bulundurulmaktadır. Hafif seviyeli depresyon vakaları için psikososyal tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Orta ve ağır seviyelerdeki depresyon vakaları için elektrokonvülsif yöntemine ya da ilaç yöntemine başvurulmaktadır. İlaç tedavisinde, hastalar farklı antidepresanlar kullanmaktadır. Kullanılan antidepresanların her birinin etki odağı olan dopamin, serotonin ve noradrenalinden birinin veya daha fazlasının sinaptik etkisinde artışı sağlamaktadır (Yazıcı ve Vahip, 2008).

### **2.2.5. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Depresyon**

DSÖ, depresyonun her iki cinsiyette de önde gelen sağlık sorunu olduğunu, ancak kadınlarda erkeklere oranla %50 daha fazla görüldüğünü belirtmektedir (DSÖ 2017).

Literatürde, vücut kitle indeksi artışının psikiyatrik hastalık gelişimine zemin hazırladığını gösteren çalışmalara rastlamak mümkündür. Roberts ve arkadaşları (2003), obezitenin depresyonla arttığını, ancak depresyonun olası obeziteyi arttırmadığını tespit etmiştir (Roberts vd. 2003). İleri derece obezitenin psikiyatrik hastalık riskini arttırdığı belirtilmektedir (Dong vd. 2004). Türkiye’de gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada, obezlerde karşılaşılan en sık tanılardan birinin majör depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir (Eren, vd., 2003) Stresin obezite ile ilişkili olduğu ve depresyona yol açtığı bilinmektedir (Chrousos, 2000).

Vücut kitle indeksinin depresyonla arttığı ve depresyonun obezite oluşumuna yol açtığı belirtilmektedir (Çakmur ve Ardıç, 2015). Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen bir araştırmada, obez bireylerde depresif bozuklukların sık görüldüğü belirtilmektedir (Black, vd., 1992).

Pratt ve arkadaşları bireylerde depresyonu değerlendirdikleri çalışmada; obez kadınlarda depresyonun obez erkeklere göre daha yaygın olduğunu gözlemlemektedirler. Fakat obez erkeklerde obezite ile depresyon arasında anlamlı bir ilişkiden söz edilmemektedir (Tüzün vd. 1999).

Obez hastalarda, obezite cerrahisi sonrasında depresyon tanısında iyileşme ve sosyal ilişkilerde düzelme gibi durumların olduğu gözlenmektedir (Zwaan 2002). Aynı zamanda ameliyat sonrasında kişinin kendini iyi hissetme hali, yakın ilişki, cinsellik ve sosyal etkileşim alanlarında da iyileşme olduğu belirtilmektedir. Bu olumlu yönlere

rağmen obezite cerrahisi sonrası kilo vermenin tek başına var olan psikososyal problemleri çözemediği belirtilmektedir (Wildes 2008; Zwaan 2002).

İleri derecede obez hastaların diyet gibi cerrahi dışı kilo verme yöntemlerinden fayda sağlamadıkları veya çok az fayda sağladıkları belirtilmektedir (Sandberg 2013). Fakat obezite cerrahisinin kilo vermedeki başarısının epey yüksek olduğu bildirilmektedir (Sevinçer 2014).

Obezite cerrahisinden sonra hastaların ciddi miktarda kilo verdikleri görülmektedir. Verilen kilolar sonrasında hastalarda psikiyatrik komorbiditenin ve mortalitenin azaldığı belirtilmektedir (Sevinçer 2014).

Obezite cerrahisine başvuran morbid obez bireylerde sıklıkla depresyon belirtilerinin eşlik ettiği bilinmektedir. Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası görülen depresyon belirtileri cerrahi sonrasındaki kilo verme başarısı olumsuz etkilemektedir (Önen 2020).

## **2.3. Alkol**

### **2.3.1. Alkolün Tanımı ve Özellikleri**

Alkol, günlük halk dilinde “ispirto” şeklinde tanımlanmaktadır. Saf ispirto, yakacak ispirto gibi çeşitleri bulunmaktadır. Fakat bilimsel literatürde ispirto yerine genellikle alkol ya da etil alkol terimleri kullanılmaktadır. Etil kelimesinin etimolojisi incelendiğinde kelimenin İngilizce “ethyl” kelimesinden türetildiği görülmektedir. (Anlı vd., 2016).

Alkol, mayalanan şekerli sıvıların damıtılması sonucu kendine has bir aroması olan, uçucu, yanıcı sıvı şeklinde tanımlanmaktadır. Alkolün bilimsel tanımlaması ise; Hidroksil (-OH) bileşiğinin karbon elementiyile bir arada bulunduğu organik bileşiklerdir. (“Alkolün Tanımı ve Tarihçesi”, t.y.).

Alkolle ilgili farklı tanımlar yapılsa da en yaygın tanımlama, etil alkolün şekerli sıvılarla fermente çalışmaları ve damıtma yoluyla saflaştırılmasıdır (Ögel vd., 1998).

Alkolün özellikleri aşağıda sıralanmaktadır (“Alkolün Özellikleri”, t.y.):

-Alkol, yağ ve suda çözündüğü için sindirimden sonra kana kolay bir şekilde geçmektedir.

-Alkol kana gezerken mide ve on iki parmak bağırsağını kullanmaktadır.

- Alkolün bir kısmını alcohol dehidrogenase enzimi mideden temizlemektedir.

-Alkolün vücuda alınmasından sonra kana karışması için 30-90 dakika gibi bir süre geçmektedir.

-Alkol, kan dolaşımı sayesinde vücutta dağılmaktadır.

-Alkol, vücuttaki birçok organı ve sistemi etkilemektedir. Özellikle beyin hücreleri üzerinde etkisi fazladır. Vücuduna alkol alan bireyin davranışlarının değişmesinin nedeni; alkolün kişinin beyin hücrelerini etkilemesidir.

-Alkol, bağımlılık etkisi yüksek bir maddedir.

-Alkolün etkileri cinsiyete, yaşa ve ırka göre farklılık göstermektedir. Alkolün etkisinin cinsiyete göre farklılık göstermesinin nedeni şu şekilde belirtilmektedir:

Alkol mideye gelince burada enzimlerle yıkıma uğramaktadır. Bu yıkım erkeklerde, kadınlara göre %50 daha fazla gerçekleşmektedir. Bunun nedeni, kadınların midesindeki enzim miktarının erkeklerin midesindeki enzim miktarından daha az olması olarak gösterilmektedir. Bu enzim miktarı farklılığı alkolün kana geçme oranını etkilemektedir.

### **2.3.2. Alkolün Tarihsel Gelişimi**

Alkolün ortaya çıkış zamanı çok eski çağlara dayanmaktadır. Yapılan arkeolojik çalışmalar sonucu 1-2 milyon yıl öncesinde insanların meyve tüketimine önem verdikleri görülmektedir. Alkolün, içinde fazla miktarda şeker bulunan meyvelerin birtakım fermantasyon çalışmalarıyla elde edilip, ortaya çıktığı yordamaktadır (Willinge vd., 2002).

İnsanların tarih öncesi dönemlerde fermantasyon faaliyetini bulmasıyla beraber, şeker ve nişasta oranı yoğun olan bitkilerden bilinçli şekilde bira ve şarabın keşfedildiği tahmin edilmektedir (Willinge vd., 2002).

Alkol, bulunduğu ilk zamanlarda insanlar tarafından başta tıbbi malzeme olarak, daha sonra dini ayinlerde ve çeşitli yemekli eğlencelerde kullanılmaya başlanmıştır (Keller, 1979). Zamanla, alkolün kişilerin hoşnutluk duyduğu ve kendilerini iyi

hissettikleri bir ruhsal durum ortaya çıkmasını sağladığı belirtilmektedir (Rosso, 2012).

Son yıllarda yapılan arkeolojik çalışmalarla ortaya çıkarılan Göbeklitepe, döneminin önemli alkol üretim merkezlerinden biridir. Burada yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, alkolün üretim tarihçesi konusunda önemli bir kaynak olarak gösterilmektedir. Burada yapılan kazı çalışmalarında 6 tane bira varili bulunduğu belirtilmektedir (“Tarihin Sıfır Noktası: Göbeklitepe”, 2019).

Alkolün tarihi üzerine yapılan araştırmalarda, şarabın ortaya çıkışı ile ilgili birtakım bilgilere ulaşıldığı bildirilmektedir. Şarap, yüksek şeker oranına sahip bir meyve olan üzümün fermantasyonu sonucu ortaya çıkmıştır. Önceleri tesadüfen bulunan şarabın, zamanla bilinçli bir şekilde üretildiği, insanlar tarafından çokça tercih edildiği ve 8000 yıllık bir geçmişinin olduğu belirtilmektedir. Gürcistan sınırlarında yapılan bir arkeolojik kazıda şarap ve çeşitli alkol izlerine rastlanmaktadır (“Dünyanın En Eski Şarabının Yapımının Kanıtları”, 2017).

### **2.3.3. Alkol Kullanım Sıklığı**

Günümüzde alkol tüketiminin fazla olduğu bilinmektedir. İnsanlar, alkole farklı nedenler yüzünden başvurabilmektedir. Sorunlarından kısa bir süre uzak durabilmek, sosyal bir birey haline gelmek, özgüvenini yükseltmek ve sarhoş olmak alkole başvurma nedenleri arasında sayılabilmektedir (Keller, 1979).

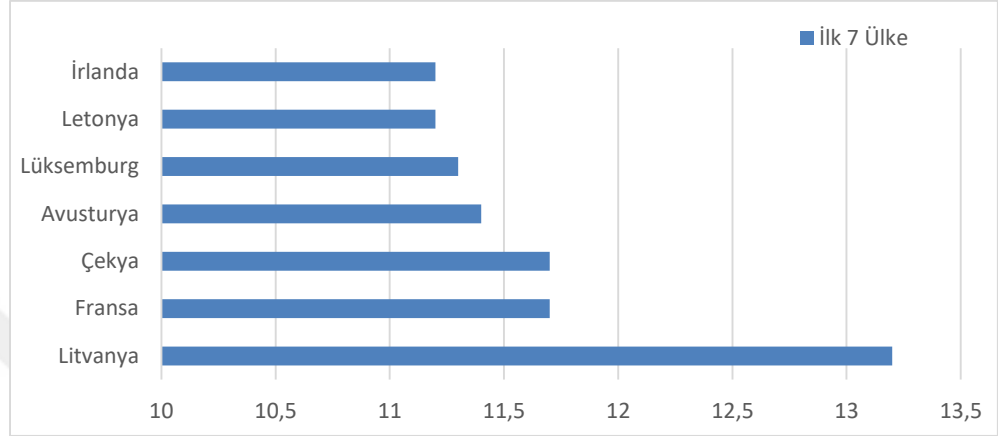
Alkolün, ülkeden ülkeye, kültürden kültüre ifade ettiği durum farklılık göstermektedir. Bu farklılık alkol tüketim miktarını etkilemektedir. Toplumun alkole bakış açısı, toplumdaki alkol tüketim miktarını etkileyebilmektedir (Ögel vd., 1998).

Birden fazla tüketim nedeni olan alkolün fazla kullanımı insan vücudu için zararlıdır. Dünya Sağlık Örgütü yaptığı araştırmalarda dünya genelinde her 20 ölümden birinin aşırı alkol tüketiminden kaynaklandığına işaret etmektedir. Aşırı alkol kullanımı yüzünden ölen her 4 kişiden 3’ünün erkek olduğu belirtilmektedir. Ölen bireylerin çevresindekiler de bu ölümlerden dolayı şekilde etkilenmektedir. Bu durumda; aşırı alkol alımından kaynaklı sorunların etkilediği kişi sayısı oldukça fazla hale getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, alkol tüketim sıklığının önümüzdeki senelerde artış göstereceğini tahmin etmekte ve bu konuda uyarıda bulunmaktadır

(“Aşırı alkol ölüm getiriyor: Dünya genelinde her 20 ölümden biri aşırı alkol tüketimi yüzünden”, 2018).

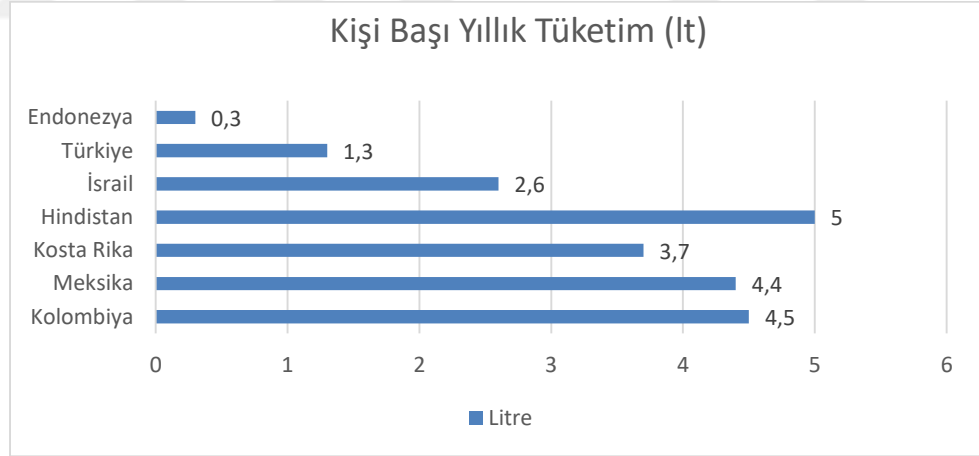
Ülkelerdeki alkol tüketim sıklığını gösteren grafik aşağıda verilmektedir:

**Grafik 2.2. En Çok Alkol Tüketen Ülkeler**



**Kaynak:** (OECD, 2017).

**Grafik 2.3. En Az Alkol Tüketen Ülkeler**



**Kaynak:** (OECD, 2017).

#### 2.3.4. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

-Önceden belirlenen alkol miktarından daha fazla miktarda alkol almak.

-Önceden belirlenen alkol alma sıklığından daha fazla sıklıkta alkol almak.

- Alkolü almayı bırakıp, yeniden başlamak.
- Alkol aldığını çevresindekilere fark ettirmemeye çalışmak.
- Alkol almaya vakit ayırmak için sosyalleşmeyi ve çeşitli hobileri azaltmak.
- Alkolden kaynaklı siroz, tansiyon, gastrit gibi rahatsızlıklar yaşamak.
- Alkolsüz kalındığı zaman terleme, çarpıntı gibi durumlar yaşamak.

### **2.3.5. Obezite, Obezite Cerrahisi ve Alkol Kullanım Bozukluğu**

Alkolün fazla kullanımı insan sağlığı için zararlıdır. Dünya Sağlık Örgütü yaptığı araştırmalarda dünya genelinde her 20 ölümden birinin aşırı alkol tüketiminden kaynaklandığına işaret etmektedir (“Aşırı alkol ölüm getiriyor: Dünya genelinde her 20 ölümden biri aşırı alkol tüketimi yüzünden”, 2018).

Alkol kullanımı heterojen bir durum olması sebebiyle, kişilerin alkol kullanma biçimleri; genetik özellikleri, fizyolojik yapıları, kişilik özellikleri ve eşlik eden ruhsal bozuklukları açısından farklılıklar göstermektedir. Erkeklerde alkol kullanımının, kadınlara kıyasla 5 kat daha fazla olduğu bilinmekte ve kalıtsal özelliklerin rolünün de erkeklerdeki alkol kullanımı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Uluhan, 2016).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yayımladığı çalışmaya göre Türkiye'deki erkeklerin alkol kullanımı, kadınlara göre çok daha fazladır (THSK, 2013). Türkiye'de alkol kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Fakat son zamanlarda tıpkı diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de alkol kullanan kadınların gün geçtikçe arttığı belirtilmektedir (Özcan 2017).

Depresif kadınlar yardım aramak için kliniğe başvururken, depresif erkekler psikiyatrik yardım aramada isteksiz davranarak depresyonu daha çok alkolle tedavi etmeye yönelmektedirler (Weissman, 1977; Mazer 1974). Finlandiya'da yapılan bir çalışmaya göre alkol kullanımının olması, bekar ve şişman olmanın erkeklerde depresyon için risk etkeni olarak saptanmaktadır (Lindeman vd. 2000).

Alkol kullanımına karşı beklentilerin, erkekler ve kadınlar arasında farklılık gösterdiği yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, erkeklerin alkol kullanımını tercih etme sebepleri arasında; girişken olmak ve anksiyetelerini azaltmak olduğu belirtilmekte iken, kadınların alkol kullanımı tercih etme sebepleri

ise sosyal açıdan çekici olmak ve sosyal anksiyetelerini azaltmak olduğu belirtilmektedir (Özcan 2017).

Hem kadınların hem de erkeklerin alkolden beklentilerine bakıldığında eğlenmek, kendilerini daha iyi hissetmek, yeni insanlarla daha kolay tanışabilmek vb. sosyal sebeplerin ön planda olduğu belirtilmektedir (Altıntoprak vd. 2008).

Obezite ile alkol tüketimi arasında bir ilişkinin olduğu ileri sürülmektedir. Araştırmalar alkol tüketimindeki artışın obezite oranlarını arttırdığını savunmuşlardır (Phillopson ve Posner 2008).

Yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu obezite cerrahisine başvuran hastalarda normal kilolu bireylere göre çok daha yüksek oranlarda saptanmaktadır. Yaşam boyu alkol ve madde kullanımı bozuklukları %32.6 oranında olarak belirtilse de, sadece %1.7'sinde halen alkol ve madde kullanımı bozukluğu saptanmaktadır. Dünyadaki birçok obezite cerrahisi kliniği, alkol ve madde bağımlılığını cerrahi için bir engel kabul etmektedirler (Ostlund 2013).

Obezite cerrahisi sonrasında bazı hastalarda bağımlılık ve dürtü kontrol bozukluğu gelişebilmektedir (Hington 2006; Fogger 2012). Obezite cerrahisi öncesi ve sonrasındaki yıllık izleme çalışmalarında, alkol kullanımı bozukluğu yaygınlığının cerrahi sonrası ikinci yıldan sonra arttığı belirtilmektedir. Cerrahi sonrası alkol kullanımı bozukluğu ile ilişkili cerrahi öncesi etkenler erkek cinsiyeti, daha genç yaş, sigara içme, düzenli alkol kullanma (haftada iki kadeh ve üzeri), kişilerarası desteğin zayıf olması olarak saptanmaktadır (Hagedorn 2007; Avena 2011; Svensson vd. 2013).

Obezite cerrahisinden önce yeme bağımlılığı olan kişilerde, cerrahi sonrasında sigaraya başlama veya içilen sigara miktarını arttırma ve alkol tüketimini arttırma gibi dürtüsel-bağımlılık türündeki davranışların ortaya çıktığı ileri sürüldüğü belirtilmektedir (Mitchell, 2015).

## **2.4. Sigara**

### **2.4.1. Sigaranın Tanımı ve Özellikleri**

Sigara en basit tabiriyle, tütün, filtre, sarma kağıdı ve çeşitli kimyasalların bir araya gelmesiyle oluşan bir tütün ürünüdür. Sigaranın ham maddesi olan tütün; nargile,

pipo, puro gibi ürünlerin yapımında da kullanılmaktadır. İnsanlar tütün mamullerini genellikle yakarak tüketmeyi seçerken, çiğnemek için de tütün kullananlar bulunmaktadır (Jacobs, 1997).

Tütün ve tütün mamulleri, başta sağlık olmak üzere çeşitli konularda insanlara sorunlar çıkarmaktadır. Sigara kullanan bir kişinin her nefeste vücuduna zararlı bir karışım girmekte ve bu karışım yaklaşık olarak 7000 adet kimyasal maddenin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır (Smoking ve Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Bu zararlı karışımdaki kimyasallar akciğer, kalp, damar ve beyin gibi organ ve sistemlerde ciddi zararlara yol açmaktadır. Bu zararlar sadece sigara kullanan bireyleri etkilememektedir. Sigara kullanmayan fakat sigara içilen bir ortamda bulunan diğer kişiler de pasif olarak etkilenmektedir. Bazı içiciler sigaradaki bu kimyasalların etkisini azaltmak için filtre ve ağızlık kullanmaktadır. Bu yöntem kısmen işe yarasa da sigara dumanı vücutta bir şekilde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Ambrose, vd., 2004).

Dünya ticaretinde önemli bir yeri olan tütün ürünlerinin 1 milyar dolara yakın bir hacme sahip olduğu belirtilmektedir. Tütün ürünleri satışında ilk sırayı sigara almaktadır. Sigaranın yanında puro, pipo, nargile, likitli elektronik sigara gibi tütün ürünleri de insanlar tarafından tercih edilmektedir (Ambrose, vd., 2004).

#### **2.4.2. Sigaranın Tarihsel Gelişimi**

Günümüzde tarım, ticaret ve sanayi sektörlerinde önemli bir yeri olan tütünün tarihi çok eski dönemlere dayanmaktadır. Tütünün ilk çıkış yeri konusunda net bir bilgi olmasa da ilk üretim yeri Amerika kıtası olarak gösterilmektedir (Robicsek, 2004). Tütünün günümüzde herkes tarafından bilinmesinde Amerika'nın keşfiyle, Amerika kıtasından Avrupa'ya getirilmesinin etkili olduğu belirtilmektedir (Goodman, vd., 2016).

Tütünün ilk olarak M.Ö. 15.000 yıllarında kullanıldığı tahmin edilmektedir (Royal College of Physicians of London, 2007). Amerika kıtasının yerlileri olan Mayalar'ın yaptığı duvar resimlerinde tütün kullanımına yer verilmektedir. Kolomb ve arkadaşları kıtaya ilk ayak bastıklarında kıtanın yerli kabilelerinin tütün yaprağını yakarak ve çiğneyerek tükettiğini görmüştür ("Tütünün Tarihi", 2006). Amerikalı yerlilerin tütün yapraklarını yakarak dini ritüellerde kullandığı belirtilmektedir.



Tütünün Avrupa'ya gelişinin, Amerika kıtasının keşfinden sonra gerçekleştiği belirtilmektedir ("Tütünün Tarihi", 2006).

Tütün 15.yüzyıldan sonra Fransa'da ilaç olarak kullanıldığı belirtilmektedir. Tütünü ilaç olarak kullanmayı yaygın hale getiren kişi Fransız elçi Jean Nikot'tur. Sigaranın içeriğinde bulunan kimyasallardan biri olan nikotin, Jean Nikot'un isminden gelmektedir (Royal College of Physicians of London, 2007).

Tütünün Avrupa'ya gelişi 15. yy. olsa da, sigara olarak tüketiminin başlangıcı 18. yy. olarak gösterilmektedir (Royal College of Physicians of London, 2007). 1853-1856 yılları arasında gerçekleşen Kırım Savaşı esnasında, İngiliz askerlerinin o zaman müttefik olduğu Türk askerlerine sigara kullanımı hakkında bilgi vermesiyle, Türk askerleri arasında sigara kullanımının yayılmasını sağladıkları belirtilmektedir (Royal College of Physicians of London, 2007). I. ve II. Dünya Savaşları döneminde sigara kullanımında artış olduğu görülmektedir. Bazı cephelerde askerlere ücretsiz sigara dağıtımı yapıldığı belirtilmektedir. 1944 yılında dünyada yıllık sigara tüketiminin 300 milyar adet olduğu bildirilmektedir (Jacobs, 1997). Sigara önceleri sadece erkekler tarafından tüketilirken, özellikle II. Dünya Savaşı yıllarından itibaren kadınların kullanımında da büyük bir artış görülmektedir (Jacobs, 1997).

### **2.4.3. Sigara Kullanım Sıklığı**

#### *2.4.3.1. Dünyada Sigara Kullanma Yaygınlığı*

Tütün tüketimi tüm ülkelerde görülen, kullanımı gün geçtikçe daha da yaygınlaşan bir alışkanlık olarak gösterilmektedir (Ergüder, 2008). Aynı zamanda insan sağlığına zarar veren alışkanlıkların en başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tütün; dünyadaki önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelir (WHO, 2011). Yapılan çalışmalarda dünyadaki sekiz ölümden altısını tütün kullanımı oluşturur (Buzgan, vd., 2007).

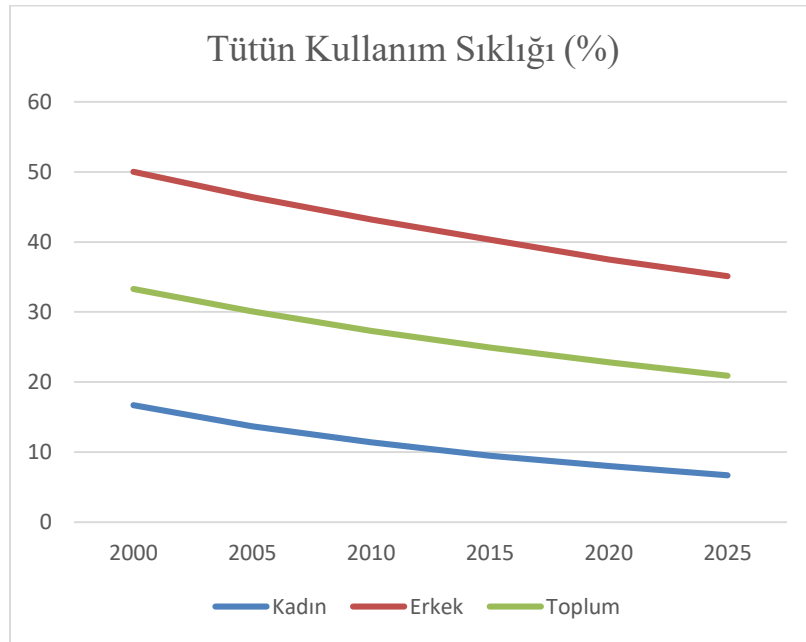
Dünya çapında her yıl yaklaşık 8 milyon kişi sigara yüzünden yaşamını yitirmektedir. Bu 8 milyon ölümün yaklaşık 7 milyonuna doğrudan tütün tüketimi neden olurken; kalan 1 milyonu ise pasif içicilikten dolayı yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin büyük bir çoğunluğu gelişmemiş ülkelerde yaşanmaktadır. Bu verilerin ilerleyen yıllarda daha da yüksek boyutlara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünya

Sağlık Örgütü 20. yy.da 100 milyona yakın insanın sigara yüzünden öldüğünü ve bu konudaki önleyici faaliyetlerin uygulanmasının gerekliliğini bildirmektedir. (WHO, 2009; WHO, 2011). Sigara tüketim oranının yarı yarıya azalması durumunda, 2050'ye kadar en az 200 milyon kişinin sigara yüzünden öleceği varsayılmaktadır (Ergüder, 2008).

Günümüzde sigara kullanan insanların büyük bir çoğunluğunun sigaranın zararları hakkında bilgi sahibi olmadıkları bilinmektedir. Kişilerin sigaranın içeriğindeki zararlı kimyasallardan, sigaranın sebep olduğu hastalıklardan haberleri yoktur. Sigaranın etkisiyle kanser, kalp, felç gibi hastalıklar oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre sigara kullanan kişilerin çoğunluğu bu hastalıklar yüzünden yaşamını kaybetmektedir (WHO, 2011).

DSÖ tarafından hazırlanan Küresel Tütün Kullanım Eğilimleri 2000-2025 adlı raporda; 2000 yılında toplam nüfusun 3'te 1'i tütün tüketirken, 2015 yılında bu oran nüfusun 4'te 1'ine düşmüştür. Bu oranın düşmesinde tütün kullanımına gelen bazı yasakların etkili olduğu düşünülmektedir. Oranlar bu şekilde devam ettiği takdirde 2025 yılında tütün tüketiminin dünya genelinde toplam nüfusun 5'te 1'ine karşılık geleceği tahmin edilmektedir. Bu çalışmaya yönelik grafik aşağıda verilmektedir (WHO,2019):

**Grafik 2.4. Tütün Kullanım Sıklığı**



**Kaynak:** (WHO, 2019).

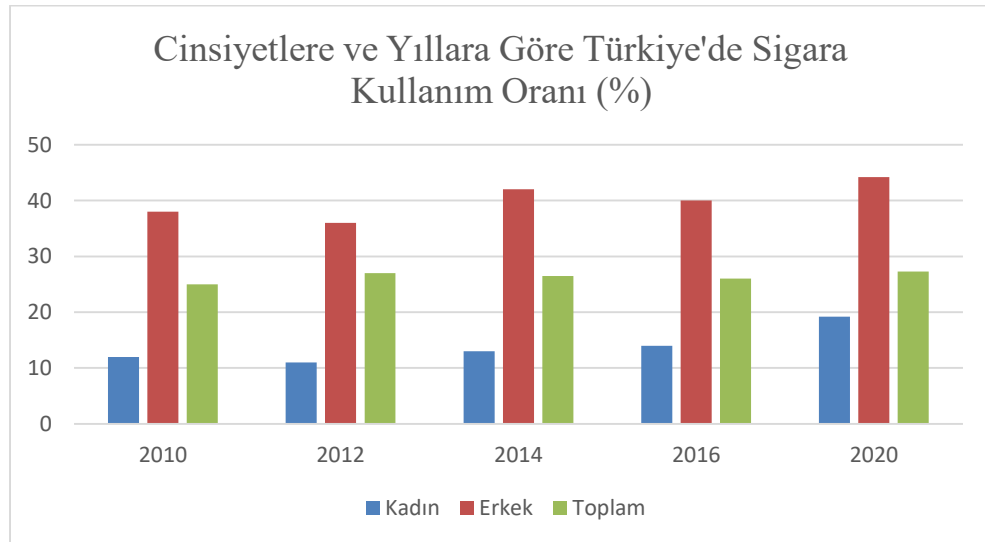
#### 2.4.3.2. Türkiye’de Sigara Kullanma Yaygınlığı

Türkiye tütün üretiminde dünyanın önde gelen ülkelerinden biridir. Ülkede tütün kullanımının fazla olmasının sebebi, üretimin fazla olması ile ilgili olabilmektedir. Türkiye, dünyada en çok tütün kullanan ülkeler arasında üst sıralarda yer almaktadır. Bu yüzden sigara kullanımı ülkemizde ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (Özpuat, 2019).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’nın verilerine göre; Türkiye’de 24 milyona yakın kişi (%27,3) sigara kullanmaktadır. Tütün kullanımının erkeklerde %44,1, kadınlarda ise %19,2 oranında olduğu belirtilmektedir. Her gün 20 milyona yakın kişi düzenli sigara kullanmaktadır. Bu 20 milyonun büyük çoğunluğunu erkekler (%41,8) oluşturmaktadır. Günde ortalama kişi başı içilen sigara miktarı 18’dir. Sigara içen kişilerin 5’te 1’i güne sigara içerek başlamaktadır. Uyandıktan yaklaşık 30 dakika sonra günün ilk sigarası içilmektedir. Tütün kullananların tütüne başlama yaşına bakıldığında; 15’in altında olanların oranının %15, 18 yaş ve altında başlayanların oranının ise %57,5 olduğu belirtilmektedir. Sigaraya başlama yaşının ortalama 17 olduğu bilinmektedir (“Dünya Tütünsüz Günü”, 2021).

Türkiye’deki sigara kullanım oranı ile ilgili veriler aşağıdaki grafikte verilmektedir:

**Grafik 2.5. Cinsiyetlere ve Yıllara Göre Türkiye’de Sigara Kullanım Oranı**



**Kaynak:** (“Türkiye’nin Sigara İçme İstatistikleri”, t.y.)

#### 2.4.4. Sigara Kullanımında Patogenez

Sigara kullanan bir kişi, tütünün içeriğindeki ürünler ve sigaraya ilave edilen kimyasallar sebebiyle her nefeste ortalama 7000 kimyasal maddeden oluşan karışımı tüketmektedir (Başyigit, 2010).

##### 2.4.4.1. Sigaranın Organik Bozukluklardaki Patofizyolojisi

Aktif ya da pasif olarak vücuda giren sigara dumanı içeriğindeki bileşenlerin birikimi, ilk önce akciğerde gerçekleşmektedir. Sigara dumanında bulunan kimyasallar hücre hasarına ve doku hasarına yol açmaktadır. Stres ve kalıtsal yatkınlık gibi durumlar hasarın derecesini arttırmaktadır (Başyigit, 2010).

##### 2.4.4.2. Nikotin Bağımlılığının Patofizyolojisi ve Değerlendirilmesi

Sigaranın içeriğinde bulunan maddelerin en önemlisi nikotindir (Ambrose ve Barua, 2004). Nikotin bitkisel kökenli, amin içerikli kimyasallar ailesinde yer almaktadır. Sigara tüketildikten sonra, ilk nefesle beraber yaklaşık 20 saniye içinde nikotin düzeyi kanda pik düzeye ulaşılırken, inhalasyon gerçekleşmesinden 7 saniye sonra beyne ulaşmaktadır (Başyigit, 2010). Bu durumun sık sık yaşanması kişide nikotin bağımlılığına neden olmaktadır.

Tütün kullanımına bağlı oluşan, yoksunluk hali olarak tanımlanan tütün bağımlılığını tam olarak belirleyebilmek için bazı ölçütler belirlenmiştir. Bu ölçütler şu şekilde sıralanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014):

- Tolerans geliştirme
- Yoksunluk belirtileri
- Uzun süre tütün kullanımı
- Tütünü bırakma girişimlerinin başarısız olması
- Tütün almak için uzun uğraşlar vermek
- Tütün kullanımı için istekli hissetmek
- Tütün kullanımı yüzünden sosyal hayatın zarar görmesi
- Tütün kullanımından kaynaklı, kişilerle tartışma
- Tütün kullanımından kaynaklı, yineleyici fiziksel-ruhsal sıkıntılar

-Tütün kullanımından kaynaklı, ev-iş-okul sorumluluklarını ihmal etme

-Araba sürerken tütün kullanımı

Nikotin eksikliği çeken kişilerde görülen belirtiler; her gün nikotin kullanılması ve nikotin kullanımının aniden bırakılmasından sonra daha yüksek seviyelere çıkması şeklinde sıralanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Böyle bir durumda gerçekleşebilecek durumlar aşağıda verilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014):

- Disforik ya da depresif duygu durum
- İnsomnia
- Öfkelenme
- Anksiyete
- Odaklanamama
- Huzursuzluk
- İştah artması ya da kilo alma

Kişinin nikotin bağımlılığını belirlemede en çok kullanılan ölçme aracı Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'dir (Uysal vd., 2004).

#### **2.4.5. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri**

Sigara tüketiminin sağlığa etkileri yaş gruplarına ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

##### *2.4.5.1. Yetişkinlerde Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri*

Sigara tüketimi, yetişkin erkek ve kadınlarda en başta kanser, kalp rahatsızlıkları, felç gibi ölüm riski yüksek hastalıkların oluşumuna katkı sağlamaktadır (Öztoprak ve Günay, 2013). Sigara tüketimi erkek ve kadınlar arasındaki biyolojik, kalıtsal, toplumsal farklılıklara göre ve sigara kullanım sıklığına bağlı olarak değişmektedir. Yapılan çalışmalara göre sigara kullanan kadınların, kullanmayan kadınlara göre kansere yakalanma olasılığı 1,5 kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Sigara kullanan erkeklerin, kullanmayan erkeklere göre prostat

kanseri olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Çelepkoğlu vd., 2014).

#### 2.4.5.2. *Gebelerde ve Bebeklerde Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri*

Aktif sigara tüketimi veya pasif sigara tüketimi ile sigara dumanına maruz kalınmasından en çok etkilenen gruplardan biri hamileler ve bebekler olarak belirlenmiştir (Uysal vd., 2004). Bu etkilenme farklı şekillerde gerçekleşmektedir. Sigara içen kadınların, içmeyen kadınlara göre hamile kalma olasılığının daha düşük olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca sigara dumanına maruz kalan hamilelerin, düşük yapma ve ölü doğum gerçekleştirmeleri ihtimali oldukça yüksek bulunmaktadır (Uysal, vd., 2004).

#### 2.4.5.3. *Adölesanlarda Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri*

Adölesan kişilerde sigara tüketiminin etkileri yetişkinlerden farklı olmaktadır. Sigara içen adölesan bireylerin, büyük bir olasılıkla yaşamları boyunca sigara içmeye devam ettikleri belirtilmektedir. Uzun seneler boyunca sigara kullanan bireylerin, sigaradan kaynaklanan hastalıklara yakalanma ihtimali arttırmaktadır. Adölesan kişilerin sigaraya başlamasında arkadaş çevresinin etkisi söz konusudur. Adölesan kişiler kendilerini bir yere ait hissetmek isterler. Bu his, kişinin sigaraya başlamasına neden olabilmektedir (Uysal vd., 2004).

#### 2.4.6. **Obezite, Obezite Cerrahisi ve Sigara Kullanım Bozukluğu**

Tütün tüketimi tüm ülkelerde görülen, kullanımı gün geçtikçe daha da yaygınlaşan bir alışkanlık olarak gösterilmektedir (Ergüder, 2008). Aynı zamanda insan sağlığına zarar veren alışkanlıkların en başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tütün; dünyadaki önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (DSÖ 2011).

Obezite ve sigara kullanımı, ülkemizde hatta dünyada en önemli halk sağlığı sorunlarının başında yer almaktadır. Sigara kullanımı ve obezite gelişmiş ülkelerde azalmakta iken, bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde çok daha fazladır. Sigara kullanımı ve obezitenin ikisinin de morbidite ve mortaliteyi arttırıcı etkileri bulunmaktadır (Mokdad vd, 2000; Haslam vd, 2005).

Framingham'ın çalışmasına göre sigara içen obezlerin, sigara içmeyen normal kilolulara göre tahmin edilen ortalama yaşam sürelerinin 13 yıl daha az olduğu belirtilmektedir. Obezite ve sigara içimi arasındaki ilişkiye bakıldığında; sigaranın içinde bulunan nikotinin plazma adrenalin ve noradrenalin düzeylerini artırarak termojenik etkinlikle enerji kullanımını artırdığı ve iştahı baskıladığı belirtilmektedir (Ersoy 2002) Bunu destekleyecek şekilde çeşitli kesitsel çalışmalarda sigara içenlerin içmeyenlere göre daha az kilolu olduğu gösterilmiştir. (Williamson 1991) Başka bir çalışmada fazla sayıda sigara içenlerin az sayıda içenlere göre daha kilolu oldukları belirlenmiştir (Colditz 1992). Kanser Önleme Çalışması'nda sigara içenler, hiç sigara içmemiş veya daha önce içmiş olanlara göre daha düşük kilolu bulunmuşlardır. Aynı çalışmada günde iki paketten fazla sigara içenlerin daha az sayıda sigara içenlere göre daha kilolu oldukları bulunmuştur. Günlük fazla sigara içenlerin daha az içenlere göre daha kilolu olması çeşitli çalışmalarda eşlik eden sağlıksız beslenme, alkol kullanımı ve/veya fiziksel aktivite azlığı ile açıklanmaya çalışılmıştır (Rasky 1996).

Sigara tüketiminin kalori yakmayı ve kilo vermeyi hızlandığı düşünülmektedir (Chou vd. 2004; Rashad 2006). Sigara ile vücuda alınan nikotin başlarda metabolizmayı hızlandırıcı etki yaparken, bu etki kısa bir süre sonra ortadan kalkarak bağımlılığın yarattığı etkiyle metabolizma hızının yavaşlamasına neden olmaktadır (Odabaş, 2015). Sigara kullanımının insülin duyarlılığını azalttığı, abdominal bölgede yağ depolanmasına yol açarak bel/ kalça oranını artırabildiği bilinmektedir (Ersoy 2002). Tüm bunlar sigaranın obezite için büyük bir risk oluşturduğunu göstermektedir (Odabaş 2015).

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen bir araştırmada, ileri düzeyde obezitesi olan yetişkin hastalarda sigara bağımlılığının çok sık görüldüğü belirtilmektedir (Black, vd., 1992). Obez bireylerde sigara alışkanlığının devam ettirilmesinin nedenlerinden en önemlisinin bireylerin sigarayı bıraktıktan sonra kilo alımının artacaklarına inanmaları olarak gösterilmektedir. Sigarayı bırakmayı denemiş fakat başarılı olamamış kişilere yeniden başlama nedeni sorulduğunda kilo alma korkusunun olması, kilo almaya başlama, iştahın çok açılması gibi obezite nedenli kaygıları ifade ettikleri görülmektedir. Bunun yanında yakın çevrelerinin yoğun miktarda sigara tüketimi ve alkol kullanımı ile beraber sigara içme isteklerinin oluşu da sigaraya tekrar başlama nedenleri arasında gösterilmektedir (Araç 2019).

Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını arttırmaktadır. Sigara bırakıldığı zaman TSH değeri normale dönmektedir. Sigara içenlerde tiroid aktivitesinin artışı enerji harcamasının artmasına sebep olmakta, böylece kilo alımına bir miktar engel olabilmektedir. Ancak sigara içmek bir zayıflama yöntemi olarak asla değerlendirilmemelidir (Sims, 1989).

Ayrıca psikodinamik açıdan sigara kullanım bozukluğu olanlarda güvensizlik, yetersizlik, bağımlılık duyguları ile oralite, çekingenlik, suçluluk, utangaçlık, günahkarlık duyguları ile ödipal özelliklerin daha çok olduğu, bu nedenle sigara bırakanlarda oral doyum amacıyla sigara yerine besin almaları obeziteye yol açabileceği ileri sürülür (Ünal, 1988). Bununla beraber birçok yayında sigara içen kadınlarda obezite sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Abenhaim vd. 2007; Callaway vd. 2006; Nohr vd. 2005).

Chou ve diğerleri (2004) ABD’de sigara fiyatlarındaki artış sonucunda sigara tüketiminin azalması ve kişilerin daha çok kalorili yemekler tüketmesini obezitedeki artış sebepleri arasında değerlendirmektedirler. Rashad ve Grossman (2004), Chou ve arkadaşlarının aksine sigaranın kilo kontrolünde önemli bir faktör olduğunu söylemişler ve sigara tüketimindeki düşüşün obeziteyi arttırdığını savunmuşlardır. Phillopson ve Posner (2008) de gene betimleyici istatistiklere dayanarak sigara tüketimindeki düşüşün, obezite oranlarını arttırdığını savunmuşlardır (Karaoğlan 2019). Gruber ve Frakes tüm hipotezlerin aksine sigara tüketimindeki düşüş ve obezite oranlarındaki artış arasında negatif bir ilişki olduğunu; yani kişilerin sigarayı bırakmaları ile birlikte VKİ’lerinin daha da normal seviyelere geldiğini ifade etmektedirler (Karaoğlan 2019).

Sigara tüketimi de obezite de insan sağlığı için oldukça zararlıdır. Dolayısıyla, obeziteyi düşürmek için sigara tüketimin arttırılması veya sigara fiyatlarının fiyatlarının düşürülmesi yanlış bir politika önerisi olmaktadır. Sağlığa zararları düşünüldüğünde bireylere sigarayı bıraktırma ve obezitenin tehlikelerini vurgulayan kampanyaların eş zamanlı olarak uygulanması önem taşımaktadır (Karaoğlan 2019).

Obezite ameliyatı öncesi sigara içenlerin, az miktarda sigara içenlere ve hiç içmeyenlere göre ameliyat sonrasında herhangi bir komplikasyon oluşması riskinin çok daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Örneğin; sigaranın içilmesi ile beraber



kandaki oksijen miktarı azalmaktadır bu da yaraların daha geç iyileşmesine sebebiyet verebilmektedir (Odabaş, 2015).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM VE TEKNİKLER

#### 3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, obezite ile ilgili internet sitelerinin ziyaretçileridir. Araştırmanın örnekleme ise; obezite cerrahisi düşünen, 18 yaş üstü, vücut kitle indeksi  $30\text{kg}/\text{m}^2$  üstü, 207 obez bireyden oluşmaktadır. Bu araştırma 01.10.2021- 01.11.2021 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Modeli

İlişkisel tarama modeli esas alınarak uygulanacaktır.

#### 3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Bireylerin Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT) ile Beck Depresyon Envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT) ve Beck Depresyon Envanteri ile bireylerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT) ve Beck Depresyon Envanteri ile bireylerin vücut kitle indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT) ve Beck Depresyon Envanteri ile bireylerin ailede obezite durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT) ve Beck Depresyon Envanteri ve bireylerin çocukluk dönemi obezite öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri ‘‘Sosyodemografik Veri Formu’’, ‘‘Beck Depresyon Ölçeği’’ ve ‘‘Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT)’’ ve ‘‘Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi’’ olmak üzere toplam 4 alt ölçekten oluşmaktadır.

#### 3.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş Onam Formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu’nda; yapılan çalışma hakkında bilgiler bulunmaktadır. Bireyler, anket çalışmasına gönüllü olarak katılımlarını kabul ettiğine dair bilgilendirici metni onayladıktan sonra ankete başlayabilmektedirler.

#### 3.4.2. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu, araştırmacı tarafından hazırlanan 17 tane soru içermektedir.

Kullanılan Sosyodemografik Veri Formu ile; katılımcıların doğum tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumları, gelir düzeylerini nasıl değerlendirdikleri, kiminle yaşadıkları, boyu, kilosu, günde kaç öğün beslendikleri, ailelerinde obezite durumu, çocukluk döneminde obezite durumu, daha önce obezite ameliyatı olma durumları ve obezite ameliyatı olmayı düşünüp düşünmediklerini belirlemeyi amaçlanmaktadır. Bu parametreler göz önünde bulundurularak bireylere geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan ‘‘Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi’’, ‘‘Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT)’’ ve ‘‘Beck Depresyon Envanteri’’ uygulanmıştır.

#### 3.4.3. Ölçekler

##### 3.4.3.1. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AUDIT):

Alkol kullanımı olan toplumlarda, alkolün bireye olan zararlarının belirlenmesi ve bu kişilerin tanımlanması için geliştirilmiştir. Aşırı alkol tüketimi olan kişilere tanı konamayabilir ve oluşan belirtiler veya sorunlar içme davranışına bağlanmayabilir. AUDIT bu kişilerin belirlenmesini sağlayabildiği gibi; içmenin riskini, zararlı içmeyi ve alkol kullanım bozukluğunu da tanımlar. Bu test, 6 farklı ülkede Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından alkol kullanımının zararlarını ölçmek amacıyla oluşturulan

projenin sonucunda geliştirilmiştir. İlk olarak 1989 yılında DSÖ tarafından yapılan ölçeğin son şekli Babor ve arkadaşları (2001) tarafından düzenlenmiştir. İçme alışkanlığı, alkol tüketimi ve alkole ilişkin sorunları saptayan 10 maddelik bir ölçektir.

Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını, 4., 5. ve 6. sorular bağımlılık belirtilerini, son dört soru zararlı alkol kullanımını göstermektedir (Skipsey, vd., 1997). Ölçek toplam puanı 40 olup, popülasyon çalışmalarında 8-11 arasında değişen farklı kesme noktaları bulunmakla birlikte önerilen kesme noktası 8'dir. Aynı ölçeğin kendini değerlendirme şekli de bulunmaktadır. AUDIT için önerilen kesme noktası; alkolden zarar görme düzeyini belirler. Pek çok ülkede yapılan çalışmada kesme noktası 8 olarak önerilmiştir. "Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi" nin Türkçe düzenlenmiş şeklinin geçerli ve güvenilirliği Saatçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Saatçioğlu, vd., 2002).

#### 3.4.3.2. *Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT):*

Altı soruluk bir anket olan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT), Fagerström Tolerans Anketi (FQT)'nin gözden geçirilmesiyle oluşturulmuştur (Heatherton vd., 1991). 0-1 ve 0-3 arasında ikili ve dördümlü likert tipi ölçüm sağlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Uysal ve arkadaşları yapmıştır (Fagerstrom vd., 1991: Çapık, vd., 2007).

#### 3.4.3.3. *Beck Depresyon Envanteri (BDE):*

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçek her birinde dört seçenek bulunan 21 belirti kategorisini içerir. Bireyden, uygulama günü de dâhil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her maddeye 0-3 arasında puan verilir, tüm sorulara verilen yanıtların toplanmasıyla depresyon puanı hesaplanır. Elde edilen toplam puanlarla; düşük düzeyde depresyon belirtileri 11,00; orta düzeyde depresyon belirtileri 29,15; yüksek depresyon belirtileri 49,00'la en yüksek düzeyde depresyonun yaşandığı belirlenmektedir. Ölçeğin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerlik çalışması 1980 yılında Tegin ve 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Türkiye'nin bütün illerinde bulunan, obezite ile ilgili internet siteleri ziyaretçilerine Google Form linki gönderilmiş, bunlardan 274 âdeti geri dönmüştür. Geri dönen form sayısı, 207 katılımcıdan oluşan örneklem grubunu karşılamaktadır. Ölçeklerdeki maddelerin bir kısmını boş bırakan, ölçekteki maddelere birden fazla yanıt veren ve daha önce obezite ameliyatı olan 67 adet veri geçersiz kabul edilmiş, araştırmanın örnekleme 207 olarak belirlenmiştir.

Ölçekler 01.10.2021- 01.11.2021 tarihleri arasında dağıtılmış ve toplanmıştır. Anketler katılımcılara Google Form linki üzerinden ulaştırılmıştır.

### **3.6. Araştırmada Verilerin Analizi**

Obezite cerrahisi düşünen bireylerde alkol ve sigara kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 22. 0 (Statistical package for the Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir.

Demografik değişkenlere göre dağılımların belirlenmesi amacıyla frekans (n) ve yüzdeler (%) hesaplanmıştır. Ölçeklerin ve alt boyutlarına ait madde toplamları, ortalamaları ve güvenilirlik analizi bulunmuştur. Ortalamalar ve standart sapmalar hesaplanmıştır. Çalışmada bazı sosyodemografik değişkenlerin ve vücut kitle indeksinin; Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanteri düzeylerine göre değişip değişmediğini saptamak için t-testi, tek yönlü varyans ve pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

#### **3.6.1. Güvenilirlik Analizi**

Çalışmada ölçeklerin ve alt boyutların güvenilirliğini ölçmek için Cronbach's Alfa Analizi uygulanmıştır. Testte yer alan soruların varyansların toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değerler alan Alfa katsayısı, bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Ankette bulunan soruların bütün oluşturup oluşturmadıkları ve homojen yapıyı açıklaması için cronbach's alfa analizi kullanılmaktadır. Katılımcıların cevap verdikleri sorularının toplanmasında soruların yakınlığını ve benzerliğini açıklayan bir alfa katsayısıdır. Alfa katsayısının

bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir (Büyüköztürk, 2010).

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise test güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise test düşük güvenilirliktedir,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise test oldukça güvenilirdir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise test yüksek derecede güvenilir bir testtir.

**Tablo 3.1.** Çalışmanın Güvenilirlik Analizi

Ölçek	Cronbach's Alpha	n
Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi	,921	10
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	,885	6
Beck Depresyon Envanteri	,974	21

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere araştırmanın ölçekleri ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyi oldukça yüksektir. Bu sebeple güvenilir bir anket olduğunu kanıtlamaktadır.

### 3.6.2. Normallik Analizi

Parametrik ya da parametrik olmayan analiz teknikleri arasından hangi tekniğin kullanılacağına dair karar vermek için elde edilen verilerin normallik analizinin yapılması gerekmektedir. Normal dağılım içerisinde ölçeklerin puanlarının incelenmesi için yapılması gereken öncelikli işlem çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıdır. Elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ve -3 arasında bir değerde olması normal dağılım açısından yeterli kabul edilmektedir (Hopkings ve Weeks, 1990). Bu bağlamda ölçek puanları normal bir dağılım göstermektedir. Öte yandan söz konusu ölçek ve ölçek boyutlarına yönelik histogram, grafik ve varyasyon

katsayıları da incelenmiş ve bunların da normal dağılıma uygun olduğu saptanmıştır. Böylece, analizler gerçekleştirilirken parametrik teknikler ele alınmıştır. Ek olarak analizler gerçekleştirilirken, test yöntemlerinden bağımsız gruplar t-testi kullanılmıştır.

**Tablo 3.2.** Çalışmanın Güvenilirlik Analizi

<b>Test</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi	10,2899	8,57480	,632	-,481
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	3,3671	2,62003	,100	-1,568
Beck Depresyon Envanteri	27,7536	16,53129	-,090	-1,223

## DÖRDÜNCÜ BÜLÜM

### BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin 111'i (%53,6) kadın, 96'sı (%46,4) ise erkektir. Katılımcıların; 108'i (%52,2) evli, 58'i (%28,0) bekâr, 24'ü (%11,6) boşanmış/dul, 17'si (%8,2) ise ayrı yaşamaktadır. Çalışmanın çoğunluğunu evli bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların 15'i (%7,2) okuryazar, 27'si (%13,0) ilkokul mezunu, 38'i (%18,4) ortaokul mezunu, 48'i (%23,2) lise mezunu, 79'u (%38,2) ise üniversite mezunudur. Bireylerin 52'si (%25,1) gelir düzeyini çok yetersiz bulmakta, 36'sı (%17,4) yetersiz bulmakta, 39'u (%18,8) gelir düzeyini orta bulmakta, 48'i (%23,2) iyi bulmakta, 32'si (%15,5) ise gelir düzeyini çok iyi bulmaktadır. Bireylerin 47'si (%22,7) yalnız yaşamakta, 139'u (%67,1) ailesiyle yaşamakta, 21'i (%10,1) ise diğer cevabını vermiştir. Detaylar Tablo 4.1'de gösterilmiştir.



**Tablo 4.1.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=207)

Özellik	Frekans (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	111	53,6
	Erkek	96	46,4
	Toplam	207	100,0
Medeni Durum	Evli	108	52,2
	Bekar	58	28,0
	Boşanmış/Dul	24	11,6
	Ayrı yaşıyor	17	8,2
	Toplam	207	100,0
Eğitim Durumu	Okuryazar	15	7,2
	İlkokul mezunu	27	13,0
	Ortaokul mezunu	38	18,4
	Lise mezunu	48	23,2
	Üniversite mezunu	79	38,2
	Toplam	207	100,0
Çalışma Durumu	Evet	134	64,7
	Hayır	73	35,3
	Toplam	207	100,0
Gelir Düzeyi	Çok yetersiz	52	25,1
	Yetersiz	36	17,4
	Orta	39	18,8
	İyi	48	23,2
	Çok iyi	32	15,5
Toplam	207	100,0	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	47	22,7
	Aile	139	67,1
	Diğer	21	10,1
Toplam	207	100,0	

Araştırmaya dâhil olan bireylerin yaşları; 33- 56 arasındadır ve yaş ortalamaları  $33,60 \pm 4,80$ 'dir. Detaylar Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların Yaş Dağılım Tablosu (n=207)

	Frekans (n)	Min.	Max.	Ortalama	Std. sapma
Yaş	207	57	33	33,60	4,80
Toplam	207				

Çalışmaya dahil edilen bireyler; bir günde 2-4 kere ana öğün tüketmektedir ve ana öğün ortalaması  $2,80 \pm 0,500$ 'dür. Aynı zamanda çalışmaya dâhil edilen bireyler bir günde 0-6 kere ara öğün tüketmektedir ve ara öğün ortalaması  $3,06 \pm 1,438$ 'dir. Detaylar Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların Günlük Öğün Sayısı Dağılımı Tablosu (n=207)

	Frekans (n)	Min.	Max.	Ortalama	Std. sapma
Ana öğün sayısı	207	2	4	2,80	0,500
Ara öğün sayısı	207	0	6	3,06	1,438
Toplam	207	2	10	5,86	1,938

Çalışmaya katılan bireylerin 78'i (%37,7) obez ( $VKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ ), 129'u (%62,3) ise ileri derecede obezdir ( $VKİ > 40 \text{ kg/m}^2$ ). Bireylerin 126'sı (%60,9) ailede obezite geçmişi olduğunu belirtirken, 81'i (%39,1) ise ailede obezite geçmişinin olmadığını ifade etmektedir. Bireylerin 145'i (%70,0) çocukluk döneminde obezite öyküsü olduğunu belirtirken, 62'si (%30,0) çocukluğunda obezite öyküsünün olmadığını söylemektedir. Ayrıca örneklemin tamamı (n=207), daha önce obezite ameliyatı geçirmemiş kişilerden oluşmaktadır. Detaylar Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi, Ailede Obezite Durumu ve Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü Değişkenlerine Ait Dağılım Tablosu (n=207)

	(n)	Frekans	Yüzde (%)
Vücut Kitle İndeksi	Obez (VKİ>30 kg/m <sup>2</sup> )	78	37,7
	İleri Derecede Obez (VKİ>40 kg/m <sup>2</sup> )	129	62,3
	Toplam	207	100,0
Ailede obezite öyküsü	Evet	126	60,9
	Hayır	81	39,1
	Toplam	207	100,0
Çocukluk döneminde obezite öyküsü	Evet	145	70,0
	Hayır	62	30,0
	Toplam	207	100,0

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerinin; Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Beck Depresyon Envanteri ölçekleri üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla Bağımsız Gruplarda T-testi uygulanmıştır.

Buna göre; katılımcıların cinsiyetleri ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00$ ). Erkek katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi puanı ortalamaları, kadın katılımcıların test puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur ( $E_{ORT(14,19)} > K_{ORT(6,9)}$ ).

Bununla birlikte; katılımcıların cinsiyetleri ile Beck Depresyon Envanteri düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00$ ). Kadın katılımcıların Beck Depresyon Envanteri test puanı ortalamaları, erkek katılımcıların test puanı ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur ( $K_{ORT(28,93)} > E_{ORT(26,38)}$ ).

Ancak; katılımcıların cinsiyetleri ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,5$ ). Detaylar Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5.** Katılımcıların Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanteri Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine İlişkin Sonuçları (n=207)

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması	Sig
Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi	Kadın	111	6,90	5,56	,52	,000
	Erkek	96	14,19	9,73	,99	
	Toplam					
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	Kadın	111	3,75	2,61	,24	,770
	Erkek	96	2,91	2,56	,26	
Beck Depresyon Envanteri	Kadın	111	28,93	13,60	1,29	,000
	Erkek	96	26,38	19,35	1,97	

\* Bağımsız gruplarda t-testi

Çalışmaya katılan bireylerin Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi puanları, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları ve Beck Depresyon Envanteri puanları, vücut kitle indeksi grupları (obez, ileri derecede obez) açısından kıyaslanmıştır. Bu amaçla bağımsız gruplarda t-testi uygulanmıştır.

Buna göre katılımcıların vücut kitle indeksleri ile Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,03$ ).

‘İleri derecede obez ( $VKİ>40\text{kg/m}^2$ )’ skalasında yer alan katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi test puanı ortalamaları, ‘obez ( $VKİ>40\text{kg/m}^2$ )’ skalasında yer alan katılımcıların test puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (İleri Derecede Obez<sub>ORT</sub> (11,6)>Obez<sub>ORT</sub>(8,01)).

Ancak katılımcıların vücut kitle indeksleri ile Beck Depresyon Envanteri ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,5$ ). Detaylar Tablo 4.6’da gösterilmiştir.

**Tablo 4.6.** Katılımcıların Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanterinin Vücut Kitle İndeks Değişkenine İlişkin Sonuçları (n=207)

	VKİ	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Sig
Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi	Obez (VKİ>30 kg/m <sup>2</sup> )	78	8,01	6,30	,71	,003
	İleri derecede obez (VKİ>40kg/m <sup>2</sup> )	129	11,66	9,45	,83	
	Toplam	207	10,28	8,57	,59	
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	Obez(VKİ>30 kg/m <sup>2</sup> )	78	3,55	2,64	,29	,433
	İleri derecede obez(VKİ>40kg/m <sup>2</sup> )	129	3,25	2,61	,22	
	Toplam	207	3,36	2,62	,18	
Beck Depresyon Envanteri	Obez(VKİ>30 kg/m <sup>2</sup> )	78	27,44	13,79	1,56	,837
	İleri derecede obez(VKİ>40kg/m <sup>2</sup> )	129	27,93	18,03	1,58	
	Toplam	207	27,75	16,53	1,14	

\* Bağımsız gruplarda t-testi

Çalışmaya katılan bireylerin ailede obezite öyküsü değişkeninin, Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Beck Depresyon Envanteri ölçekleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla Bağımsız gruplarda T-testi uygulanmıştır. Buna göre katılımcıların ailede obezite öyküsü

bulgusu ile Beck Depresyon Envanteri düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,03<0,5$ ).

Ailesinde obezite bulgusu olan, yani ‘Ailenizde obezite var?’ mı sorusuna ‘evet’ diyen katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları, ailesinde obezite bulgusu olmayan (‘Ailenizde obezite var mı?’ sorusuna ‘hayır’ diyen) katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarından daha yüksektir ( $28,30>26,90$ ). Detaylar Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7.** Katılımcıların Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanterinin Ailede Obezite Bulgusu Değişkenine İlişkin Sonuçları (n=207)

	<b>Ailede obezite bulgusu</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>	<b>Std. Hata Ortalaması</b>	<b>Sig</b>
Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi	Evet	126	11,68	8,44	,75	,721
	Hayır	81	8,12	8,36	,92	
	Toplam	207	19,8	16,8	1,67	
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	Evet	126	3,34	2,54	,22	,079
	Hayır	81	3,39	2,75	,30	
	Toplam	207	6,73	5,29	,52	
Beck Depresyon Envanteri	Evet	126	28,30	15,56	1,38	,032
	Hayır	81	26,90	17,99	1,99	
	Toplam	207	55,2	33,55	3,37	

\* Bağımsız gruplarda t-testi

Çalışmaya katılan bireylerin, çocukluk dönemlerinde obezite problemlerinin olup olmaması durumunun Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Beck Depresyon Envanteri ölçekleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla bağımsız gruplarda T-testi uygulanmıştır.

Bu sonuca göre; çocukluk döneminde obezite geçmişi bulunan ve bulunmayan bireylerin Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi düzeyleri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p<0,05$ ). Detaylar Tablo 4.8.’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8.** Katılımcıların Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Depresyon Envanterinin Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü Değişkenine İlişkin Sonuçları (n=207)

	<b>Çocukluk döneminde obezite öyküsü</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>	<b>Std. Hata Ortalaması</b>	<b>Sig.</b>
Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi	Evet	145	11,29	8,26	,68	,219
	Hayır	62	7,93	8,88	1,12	
	Toplam	207	19,22	17,14	1,8	
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	Evet	145	3,34	2,58	,21	,344
	Hayır	62	3,41	2,72	,34	
	Toplam	207	6,75	5,3	0,55	
Beck Depresyon Envanteri	Evet	145	25,24	16,37	1,35	,904
	Hayır	62	33,62	15,49	1,96	
	Toplam	207	58,86	31,86	3,31	

\* Bağımsız gruplarda t-testi

Araştırmaya katılan katılımcıların; Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Depresyon Envanteri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon testi uygulanmıştır.

Korelasyon sonuçlarına göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi düzeyi ile Beck Depresyon Envanteri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (p=,000). Buna göre katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluğu düzeyleri yükseldikçe; Beck Depresyon Envanteri puanları da yükselmektedir. (r=0,259)

Ancak Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları ile Beck Depresyon Envanteri düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0.5). Detaylar Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.9.** Katılımcıların Alkol Kullanım Bozuklarını Tanıma Testi ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki (n=207)

		<b>Beck Depresyon Envanteri</b>
Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi	Pearson Korelasyonu	0,259**
	Sig. (2-kuyruklu)	0,000
	n	207

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	Pearson Korelasyonu	-0,91
	Sig. (2-kuyruklu)	0,190
	n	207

\*Pearson Korelasyon testi. \*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde (2-kuyruklu) önemlidir.

Araştırmaya katılan katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi toplam puan ortalamaları 10,12; standart sapmaları ise 8,35 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte katılımcılardan en az puanı alan 0 puan, en çok puanı alan ise 28 puan almıştır. Detaylar Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.10.** Katılımcıların Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 207)

Ölçek	Ortalama±SS	En Küçük-En Büyük
Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi	10,1228±8,35338	,00-28,00

SS: standart sapma

Araştırmaya katılan katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puan ortalamaları 3,04; standart sapmaları ise 2,59 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte katılımcılardan en az puanı alan 0 puan, en çok puanı alan ise 7 puan almıştır. Detaylar Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.11.** Katılımcıların Fagerstrom Tolerans Anketi Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=207)

Ölçek	Ortalama±SS	En Küçük-En Büyük
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	3,0409±2,59719	,00-7,00

SS: standart sapma

Araştırmaya katılan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamaları 27,21; standart sapmaları ise 16,94 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte katılımcılardan en az puanı alan 2 puan, en çok puanı alan ise 53 puan almıştır. Detaylar Tablo 4.12'de gösterilmiştir.



**Tablo 4.12.** Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=207)

Ölçek	Ortalama±SS	En Küçük-En Büyük
Beck Depresyon Envanteri	27,2105±16,94149	2,00-53,00

SS: standart sapma

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsüne göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi toplam puanları karşılaştırıldığında; katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı değişkenlerine ait veriler ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Erkek katılımcıların, kadın katılımcılardan; ayrı yaşayan katılımcıların, evli, bekar ve boşanmış/dul olan katılımcılardan; üniversite mezunlarının, okuryazar, ilköğretim mezunu, ortaokul mezunu ve lise mezunu olanlardan; gelir düzeyi çok iyi olan katılımcıların; çok yetersiz, yetersiz, orta ve iyi olanlardan; yalnız yaşayan katılımcıların, aile ve diğer ile yaşayan katılımcılara göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksek ve anlamlıdır.

Ancak diğer karşılaştırmalarda; katılımcıların çalışma durumu, ailede obezite öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü değişkenlerine ait veriler ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Detaylar Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.13.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi Toplam Puanı Karşılaştırmaları (n=207)

	n	Ortalama±SS	t/F	p	
Cinsiyet	Kadın	111	6,5978±5,12494	-6,674	,000*
	Erkek	96	14,2278±9,47189		
Medeni Durum	Evli	108	6,2222±5,91186	55,739	,000**
	Bekar	58	10,9286±5,56729		
	Boşanmış/Dul	24	19,4444±7,02284		
	Ayrı Yaşıyor	17	25,5000±5,97723		
	Okuryazar	15	1,3636±1,56670	16,698	,000**

Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	27	6,8519±5,17170		
	Ortaokul mezunu	38	12,9063±10,84007		
	Lise mezunu	48	6,0909±4,79737		
	Üniversite mezunu	79	14,9123±7,44811		
Çalışma Durumu	Evet	134	12,0190±7,94934	3,897	,737*
	Hayır	73	7,1061±8,14509		
Gelir Düzeyi	Çok yetersiz	52	4,7708±4,43506		
	Yetersiz	36	10,4545±7,60383		
	Orta	39	11,8125±8,71201	9,144	,000**
	İyi	48	12,8718±10,36233		
Kiminle Yaşadığı	Çok iyi	32	14,5789±5,33662		
	Yalnız	47	19,2703±10,09304		
	Aile	139	7,2969±5,60281	46,186	,000**
Ailede obezite öyküsü	Diğer	21	14,0000±,00000		
	Evet	126	11,2569±8,32155	2,386	,895*
Çocukluk döneminde obezite öyküsü	Hayır	81	8,1290±8,09469		
	Evet	145	11,0496±7,79407	2,285	,062*
	Hayır	62	7,8800±9,27723		

SS= Standart Sapma \*Bağımsız gruplarda t testi \*\* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) a<b (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsüne göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları karşılaştırıldığında; katılımcıların çalışma durumu değişkenine ait veriler Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (p<0,05).

Çalışan katılımcıların, çalışmayan katılımcılara göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek ve anlamlıdır.

Ancak diğer karşılaştırmalarda; katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsü değişkenlerine ait veriler ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir (p>0,05). Detaylar Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.14.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Toplam Puanı Karşılaştırmaları (n=207)

		n	Ortalama±SS	t/F	p
Cinsiyet	Kadın	111	3,4674±2,62888	2,348	,169*
	Erkek	96	2,5443±2,48481		
Medeni Durum	Evli	108	2,8081±2,88797	1,485	,221**
	Bekar	58	3,4524±2,45150		
	Boşanmış/Dul	24	3,8333±1,50489		
	Ayrı Yaşıyor	17	2,3333±1,15470		
Eğitim Durumu	Okuryazar	15	1,8182±2,08893	1,192	,316**
	İlkokul mezunu	27	2,7037±2,55425		
	Ortaokul mezunu	38	2,8438±2,28755		
	Lise mezunu	48	3,5227±2,96090		
	Üniversite mezunu	79	3,1754±2,54336		
Çalışma Durumu	Evet	134	2,9143±2,40238	-,803	,002*
	Hayır	73	3,2424±2,88796		
Gelir Düzeyi	Çok yetersiz	52	3,5417±2,60080	2,099	,083**
	Yetersiz	36	2,0303±2,72127		
	Orta	39	3,5313±2,71179		
	İyi	48	3,0256±2,52865		
	Çok iyi	32	2,7368±1,91027		
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	47	2,9459±2,24779	1,787	,171**
	Aile	139	2,9766±2,72193		
	Diğer	21	5,0000±,00000		
Ailede obezite öyküsü	Evet	126	3,2202±2,57609	1,198	,752*
	Hayır	81	2,7258±2,62503		
Çocukluk döneminde obezite öyküsü	Evet	145	3,1240±2,59670	,649	,909*
	Hayır	62	2,8400±2,61362		

SS= Standart Sapma \*Bağımsız gruplarda t testi \*\* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) a<b (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsü ile Beck Depresyon Envanteri toplam puanları karşılaştırıldığında; katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, ailede obezite öyküsü değişkenlerine ait veriler ile Beck Depresyon Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kadın katılımcıların, erkek katılımcılardan; evli katılımcıların, diğer gruplardaki katılımcılardan; üniversite mezunlarının, okuryazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu ve lise mezunu olanlardan; gelir düzeyi çok yetersiz olan katılımcıların; yetersiz, çok iyi, orta ve iyi olanlardan; ailesi ile yaşayan katılımcıların, yalnız ve diğer ile yaşayan katılımcılara göre Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksek ve anlamlıdır.

Ancak diğer karşılaştırmalarda; katılımcıların çalışma durumu ve çocukluk döneminde obezite değişkenlerine ait veriler ile Beck Depresyon Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Detaylar Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.15.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı Karşılaştırmaları (n=207)

		n	Ortalama±SS	t/F	p
Cinsiyet	Kadın	111	29,6630±13,86772	2,062	,000*
	Erkek	96	24,3544±19,64234		
Medeni Durum	Evli	108	24,2020±16,64760	7,921	,000**
	Bekar	58	25,4048±16,34097		
	Boşanmış/Dul	24	36,7222±12,54078		
	Ayrı Yaşıyor	17	44,0833±13,25593		
Eğitim Durumu	Okuryazar	15	38,9091±16,18922	5,153	,001**
	İlkokul mezunu	27	32,1481±11,41087		
	Ortaokul mezunu	38	32,7188±17,02794		
	Lise mezunu	48	25,0000±16,45289		
	Üniversite mezunu	79	21,2281±17,30402		
Çalışma Durumu	Evet	134	25,8476±16,84361		,483*

	Hayır	73	29,3788±16,99843	-	1,330
Gelir Düzeyi	Çok yetersiz	52	35,4375±12,32521		
	Yetersiz	36	23,1515±16,60595		
	Orta	39	24,8750±15,47891	5,026	,001**
	İyi	48	26,4359±20,02471		
	Çok iyi	32	19,0000±16,48568		
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	47	34,0000±20,21551		
	Aile	139	25,2578±15,84534	3,955	,021**
	Diğer	21	27,0000±,00000		
Ailede obezite öyküsü	Evet	126	26,8532±15,46431	-,365	,001*
	Hayır	81	27,8387±19,38666		
Çocukluk döneminde obezite öyküsü	Evet	145	23,9835±16,43927	-	,874*
	Hayır	62	35,0200±15,68372	4,046	

SS= Standart Sapma \*Bağımsız gruplarda t testi \*\* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) a<b (p<0,05)

Katılımcıların yaşı ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; bireylerin yaşı ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Ve bu ilişki pozitif yönlü bir ilişkidir (r=,241). Detaylar Tablo 4.16'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.16.** Katılımcıların Yaşı ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=207)

Yaşı	Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi	
	Pearson Korelasyonu	,241**
p	,001	
n	171	

\*Pearson Korelasyon testi. \*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde (2-kuyruklu) önemlidir.

Katılımcıların yaşı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; bireylerin yaşı ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Ve bu ilişki negatif yönlü bir ilişkidir (r=-,422). Bireylerin yaşı arttıkça Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplam puanları düşmektedir. Detaylar Tablo 4.17'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.17.** Katılımcıların Yaşı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=207)

Yaşı	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	
	Pearson Korelasyonu	-,422**
p	,000	
n	207	

\*Pearson Korelasyon testi. \*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde (2-kuyruklu) önemlidir.

**Tablo 4.18.** Katılımcıların Yaşı ile Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=207)

Yaş	Beck Depresyon Envanteri	
	Pearson Korelasyonu	-,036
p	,642	
n	207	

\*Pearson Korelasyon testi. \*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde (2-kuyruklu) önemlidir.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, 18 yaş üstü, VKİ>30 olan ve obezite cerrahisine başvurmuş olan 207 bireyle gerçekleştirilmiştir. Bireylere sosyal medyadaki obezite gruplarından ulaşılmış ve ölçekler Google form linki üzerinden gönderilmiştir. Bu çalışmada, bireylerin alkol ve sigara kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamıza cinsiyet ayrımı yapılmaksızın katılım sağlanmıştır. Fakat kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre daha fazladır. Bu durumun nedeni; kadınlarda erkeklere göre obezitenin daha yaygın olması ve sosyal medya kanallarını kadınların daha çok takip etmesi ve bu tür çalışmalara destek konusunda kadınların daha istekli olması olabilir.

Çalışmamızda 111 obez kadın ve 96 obez erkek olmak üzere toplam 207 obez birey değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin 78'i obez, 129'u ise ileri derecede obezdir. Literatürde obezitenin kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. 2010 yılında yapılan TURDEP-II (2010) çalışmasında obez kadınların ülkemiz genel nüfusu içindeki oranı %44,2, obez erkeklerin oranı ise %27,3 olarak bulunmuştur (Tüzün vd. 1999).

Obez bireylerde depresyonun çok sık görüldüğü ve beden kitle artışı ile depresyonun da arttığı belirtilmektedir. Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen bir çalışmada, obez bireylerde depresif bozuklukların sık görüldüğü belirtilmektedir (Black, vd., 1992). Literatürde, vücut kitle indeksi artışının psikiyatrik hastalık gelişimine zemin hazırladığını gösteren çalışmalara rastlamak mümkündür. Roberts ve arkadaşları (2003), obezitenin depresyonla arttığını, ancak depresyonun olası obeziteyi arttırmadığını tespit etmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise aşırı obezitenin psikiyatrik hastalık riskini arttırdığı gözlemlenmiştir (Dong vd., 2004). Yine bir başka çalışmada vücut kitle indeksinin depresyonla arttığı ve depresyonun obezite oluşumuna yol açtığı gözlemlenmiştir (Çakmur ve Ardiç, 2015). Türkiye'de gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada obezlerde karşılaşılan en sık tanılardan birinin majör depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir (Eren, vd., 2003). Obezlerle yapılan bir çalışmada, obezlerdeki majör depresyonun yüksek olduğu belirtilmektedir (Stunkard, vd., 2003; Bulik, vd., 2002). Yapılan çalışmalar obezite ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve birbirlerini tetikleyen faktörler olduklarını göstermektedir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre, depresyon görülme oranı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Çalışmamıza katılan kadın katılımcılarda görülen depresyon sıklığı, erkek

katılımcılardan daha fazladır. Araştırmalar, tüm dünyada kadınlardaki depresyon prevalansının, erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. DSÖ, depresyonun her iki cinsiyette de önde gelen sağlık sorunu olduğunu, ancak kadınlarda erkeklere oranla %50 daha fazla görüldüğünü belirtmektedir (DSÖ 2017). Pratt ve arkadaşları bireylerde depresyonu değerlendirdikleri çalışmada; obez kadınlarda depresyonun obez erkeklere göre daha yaygın olduğunu gözlemlemişlerdir. Fakat obez erkeklerde obezite ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Tüzün vd., 1999). Depresyonun orta yaşlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. (Hirschfeld vd., 1982, Craig, vd., 1979). İleri yaşla birlikte depresyonun ve olumsuz yaşam olaylarının bildirimini azalması, yaşlanmanın depresyon açısından koruyucu bir etken olduğunu düşündürebilir. (Kendler, vd., 1995). Depresyon, cinsiyet ve yaş gibi psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerin nedeni veya sonucu olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun ailesinde obezite geçmişi öyküsü var olmasına rağmen, geriye kalan azınlık grubun ailesinde obezite geçmişinin olmadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin ailesinde obezite öyküsü olanların depresyon düzeyleri, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistikler katılımcıların ailelerindeki obezite öyküsünün, depresyon düzeylerini etkilediğini göstermiştir. Ailedeki obezite bulgusu bireylerin ileride obez olmaları ile beraber depresyonu da tetikleyen sebepler arasında gösterilebilir. Vücut kitle indeksinin depresyonla arttığı ve depresyonun obezite oluşumuna yol açtığı bilinmektedir. Ailedeki obez birey depresif belirtiler yaşarken, bunu diğer aile bireylerine de dolaylı olarak yansıtacaktır. Ailesinde obezite bulgusu olan katılımcıların depresyon düzeylerinin anlamlı ve yüksek çıkmasının sebebi bu dolaylı etkilenme olabilir.

Çalışmamızda, bireylerin çoğunluğunun çocukluk döneminde obezite öyküsü var olmasına rağmen, geriye kalan azınlık grubun çocukluk döneminde obezite öyküsünün var olmadığı bulunmuştur. Ayrıca çocukluk döneminde obezite öyküsü bulgusunun, bireylerin ileride olası alkol veya sigara kullanımına ve potansiyel depresyon olgusuna sebep olmadığı saptanmıştır. Obezitenin depresyon gelişimine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada 496 kız adölesan 4 yıllık süre ile izlenmiştir. Çalışma sonucuna göre, mevcut obezitenin ileri yaşlardaki depresif belirtiler ile ilişkisinin olduğu, fakat klinik depresyonla bir ilişkisinin olmadığı belirtilmektedir (Boutelle, 2010). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da obezite ve depresyon belirtileri arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (Wardle , 2006). Çocuğun yetiştiği ilk çevre olan ailenin beslenme tercihleri, sosyoekonomik durum, kültürel özellikler ve fiziksel aktivite düzeyi çocukluk dönemi obezitesinin hazırlayıcı faktörleri arasında gösterilebilir. Çocukluk çağı obezitesinin ileride bireylerin alkol ve sigara kullanımları üzerinde



belirleyici bir faktör olup olmadığını araştıran çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre; katılımcıların alkol kullanımları ile depresyon düzeyleri ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Buna göre katılımcıların alkol kullanımları arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı söylenebilir. Veya tam tersi olarak, katılımcıların depresyon düzeylerinin artışının alkol kullanımlarını arttırdığı bilinmektedir. Literatürde, duygudurum bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu eş tanısı ile ilgili çok sayıda epidemiyolojik ve klinik çalışmadan elde edilen veriler bulunmaktadır. Literatürde yer alan bir çalışmaya göre; alkol kullanımı ile depresyon belirtileri arasında bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir. Bu ilişkiye göre; alkol kullanımı ve depresyondan herhangi birinin varlığı diğeri için tetikleyici olabilmektedir (Richards, vd., 2014). Yine başka bir çalışmaya göre; sigara ve alkol kullananların depresyon düzeyleri ortalaması, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Özarlan, vd., 2015). Majör depresif bozukluk olgularında %40.3 oranda alkol kullanım bozukluğu eş tanısı saptanmıştır (Pettinatti, vd., 2013). Alkol bağımlılarında komorbid gelişen depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıklar yaygın olarak görülmektedir (Langas 2011). Literatürde yer alan çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bizim çalışmamızdan ortaya çıkan sonuç ile diğer çalışmalardan elde edilen veriler örtüşmektedir. Dolayısıyla depresyon ve alkol kullanımı arasında bir ilişkiden söz edilebilir. Fakat hangisinin hangisi üzerinde etkili olduğu tam olarak bilinmemektedir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre; katılımcıların sigara kullanımları ile depresyon arasında bir anlamlı ilişki bulunamamıştır. Mykletun ve arkadaşları tarafından sigara bağımlılılarıyla yapılan bir çalışmada, depresyon ve sigara ilişkisinden söz edilemeyeceği, aksiyete ve sigara bağımlılığı arasında depresyona göre daha güçlü bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin kadın ve daha genç olanlarda daha da güçlü olduğu belirtilmiş olup bizim çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir (Mykletun, vd., 2008). Literatürde yer alan ve bizim sonuçlarımızla örtüşmeyen bir çalışmaya göre; nikotin bağımlılık düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ilişki vardır. Nikotin bağımlılık düzeyinin artışı, depresyon düzeyinin artışının sebebi veya sonucu olabilmektedir (Tuna, vd., 2019). Yapılan başka çalışmalarda da depresyonun sigara bağımlılığıyla yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Morissette, vd., 2007; Mykletun, vd., 2008). Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen bir araştırmada, ileri düzeyde obezitesi olan yetişkin hastalarda sigara bağımlılığının çok sık görüldüğü belirtilmektedir (Black, vd., 1992). Sonuç olarak insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan sigara kullanımının, ruhsal

rahatsızlıklarla da yakından ilişkili olduğu söylenebilir, ancak sigara ve anksiyete ilişkisi de dikkat edilmesi gereken noktalardan biridir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre; bir işte çalışan katılımcıların, çalışmayan katılımcılara göre sigara kullanımları daha fazladır. Bilindiği kadarıyla literatürde çalışmamızı destekleyen veya desteklemeyen çalışmalar mevcut değildir. Çalışma hayatının getirmiş olduğu birtakım problemlerin ve maddi kaygıların bireylerin sigara kullanımlarını arttırıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların yaşları ile sigara kullanımları arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Yani katılımcıların yaşları arttıkça sigara kullanımları azalmaktadır. Benzer şekilde hemşirelerle yapılan bir çalışmada yaş ile sigara bağımlılığı arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur (Sayan, vd., 2009). Kutlu ve arkadaşları tarafından polis memurlarıyla yapılan çalışmada; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak bir başka çalışmaya göre; sigara ile yaş arasında ilişki bulunmuştur. Gençlerde sigara kullanımı sınıf düzeyleri arttıkça artmaktadır. Bu artışta sigara içen yakın arkadaş grubunun etkisi olduğu düşünülmektedir (Çilingir, vd., 2012). Depresyon, gençlerin sigaraya başlama nedenleri arasında sıralanmaktadır (Çilingir, vd., 2012). İnsanların sigaraya genç yaşlarda başlama nedenleri arasında çevrenin etkisi, özentisi, merak, arkadaş etkisi sayılabilir. Bu sebeplerle sigaraya başlayan insanlarda ilerleyen yaşlarda, yaşa bağlı veya sigara kullanımına bağlı birtakım hastalıkların çıkma ihtimali yüksektir. Bu durumun sigara kullanımını azalttığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan bireylerde, erkek katılımcılar ile kadın katılımcılar arasında sigara kullanımları açısından bir farklılık bulunmamaktadır. Bizim araştırma bulgularımızla örtüşen, Avrupa Birliği ülkelerinde 1995-1999 yılları arasında sigara kullanımı üzerine yapılan çalışmalarda erkek ve kadın arasındaki farkın kapandığı belirtilmektedir (ESPAD 2011). Fakat Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre erkeklerde sigara kullanımı kızlara göre daha yüksek bulunmuştur (Çilingir, vd., 2012). Dünya genelindeki tahminlere göre, 1995 yılında dünya çapında 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1,1 milyar sigara kullanan kişi vardır ve erkeklerin %47’si, kadınların %12’si sigara kullanmaktadır (DSÖ, 1997). Çalışma grubumuz obezite cerrahisine başvurmuş olan hastalardır, cerrahiden önce hastaların sigara kullanımları tehlikeli olabilmektedir. Çalışmamızı destekleyen bulgular mevcuttur, fakat tam tersi çalışmalarda gösterilen genel popülasyonda sigara kullanımı yüksek olan erkek katılımcıların obezite cerrahisi sebebi ile sigarayı azalttıkları veya bıraktıkları söylenebilir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre; erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre; ayrı yaşayan katılımcıların, diğer gruplara göre; üniversite mezunlarının, diğer gruplara göre; gelir düzeyi çok iyi olan katılımcıların, diğer gruplara göre; yalnız yaşayan katılımcıların diğer gruplardaki katılımcılara göre alkol kullanımları daha fazladır. Ayrıca çalışmamızdan elde edilen verilere göre; katılımcıların yaşları ile alkol kullanımları arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur. Yani katılımcıların yaşları arttıkça alkol kullanımları da artmaktadır.

Çalışmamıza katılan erkek bireylerin kadın bireylerden daha fazla alkol tükettiği bulunmuştur. Bu bulguyu destekler nitelikte Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yayımladığı çalışmaya göre ve literatürde yer alan farklı çalışmalara göre Türkiye'deki erkeklerin alkol kullanımı, kadınlara göre çok daha fazladır (THSK 2013; Çilingir vd., 2012). Depresyonun kadınlarda, alkol kullanımının erkeklerde daha yaygın olduğu bilinmektedir. Kadınlar ve erkekler farklı yardım arama tarzına sahiptirler. Depresif kadınlar yardım aramak için kliniğe başvururken, depresif erkekler psikiyatrik yardım aramada isteksiz davranarak depresyonunu daha çok alkolle tedavi etmeye yönelmektedir (Weissman, 1977; Mazer 1974). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada alkol kullanmak, bekar ve şişman olmak erkeklerde depresyon için risk etkeni olarak saptanmaktadır (Lindeman vd. 2000).

Çalışmamıza katılan bireylerin vücut kitle indeksleri ile alkol kullanımı arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak; ileri derecede obez olan bireylerin alkol kullanımları, obez olan bireylere kıyasla daha fazladır. Obezite ile alkol tüketimi arasında bir ilişkinin olduğu ileri sürülmektedir. Araştırmalar alkol tüketimindeki artışın obezite oranlarını arttırdığını savunmuşlardır (Phillopson vd. 2008). Obezlerle yapılan başka bir çalışmada, obezlerde alkol bağımlılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (Stunkard, vd., 2003; Bulik, vd., 2002). Literatürde yer alan bilgiler de bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmadan elde edilen verilere göre; katılımcıların cinsiyetleri ile depresyon arasında farklılık bulunmuştur. Kadın katılımcılar, erkeklerden daha depresif bulunmuştur. Çalışmamızı destekler nitelikte depresyonun bütün toplumlarda kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. (Earls, 1987). Bunlara ek olarak, kadınlarda sigara kullanım bozukluğu ve depresyon erkeklerle göre daha fazladır (Tuna, vd., 2019). Hekime başvuran kadın depresiflerin erkeklerle göre fazla olması, kadın olmanın depresyonda önemli bir risk etkeni olduğunu gösterebilir (Küey ve Küey 1988; Petersen, vd., 1991; Piccinelli vd. 2000). Kadınların biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma tarzı, toplumsal ve kültürel konumu ile cinsel kimlik rolü depresyona daha yatkın hale gelmelerine sebep olarak gösterilebilir.

Çalışmadan elde edilen verilere göre; üniversite mezunlarındaki depresyon varlığı, eğitim kategorisindeki diğer katılımcılardan daha fazladır. Bizimkini destekler nitelikte olan bir çalışmada psikososyal stres oranının yüksekokul mezunlarında daha yüksek bulunduğu görülmektedir (Süheyla, vd., 2002). Bu sonuca göre; bilgilenme düzeyi arttıkça, farkındalık düzeyinin de artıyor olabileceğini ve yaşam olaylarının etkisinin daha fazla algılanıyor olabileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamıza katılan bireylerin yaşları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yine Kutlu ve arkadaşları tarafından polis memurlarıyla yapılan çalışmada; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyinin depresyon üzerine etkili olmadığı belirtilmiştir (Kutlu, vd., 2008) Literatürde yer alan başka bir çalışmaya göre, depresyonun orta yaşlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir. (Hirschfeld vd. 1982; Craig ve vd. 1979). İleri yaşla birlikte depresyonun ve olumsuz yaşam olayları bildiriminin azalma göstermesi, yaşlanmanın depresyon açısından koruyucu bir etken olduğunu düşündürebilir.

## ÖNERİLER

Her ne kadar majör depresif bozukluğun obez hastalarda yüksek oranda görüldüğü bilinse de çalışmanın örneklem sayısı 207 kişi ile sınırlıdır. Ancak bu konuda net bilgiler için kontrollü ve daha geniş katılımcılara gereksinim vardır.

Örneklem grubumuzun yeterince büyük olmaması obezite cerrahisine başvuran hasta grubundan oluşması elde edilen sonuçların genellenmesini kısıtlayan diğer etkenleri oluşturmaktadır. Cerrahiye başvuran ve başvurmeyen grupların karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Ülkemizde, obez ve normal kilolu bireylerin psikiyatrik değerlendirilmesine ilişkin az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu sebeple daha fazla çalışma yapılmasının ileride bu konu üzerinde çalışacak olan araştırmacılara ışık tutacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar obezite ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve birbirlerini tetikleyen faktörler olduklarını göstermektedir. Depresyon ve obezitenin bir arada oluşunun tedaviyi olumsuz etkilediği düşünüldüğünde; obez bireylerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi obezitenin tedavisine de katkı sağlayacaktır. Mevcut psikiyatrik bozukluğun tedavisi, hastanın uyumunu arttıracak ve komplikasyonları azaltacaktır. Bu nedenle obez bireylere gerekli psikiyatrik yardım ve desteğin verilmesi obezitenin tedavisine katkı sağlayacak ve yaşam kalitesini olumlu yönde değiştirecektir.

Çalışmamızda elde edilen bulgu obezite ile alkol kullanım bozukluğu arasında ilişki olduğu yönündedir. Fakat bu ilişkinin gruba özel ya da genel olup olmadığının değerlendirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Depresyon ve alkol kullanımı arasında bir ilişkiden söz edilebilir. Fakat hangisinin hangisi üzerinde etkili olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bu konu ile alakalı yapılacak olan ilerideki çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de alkol kullanımında son yıllarda bir artış söz konusudur. İleri derecede obez olanlar bireylerde alkol kullanımının fazla olması dikkate değer olup ileride yapılacak olan çalışmalarda incelenmelidir.

Çocuğun yetiştiği ilk çevre olan ailenin beslenme tercihleri, sosyoekonomik durum, kültürel özellikler ve fiziksel aktivite düzeyi çocukluk dönemi obezitesinin hazırlayıcı faktörleri arasında gösterilebilir. Çocukluk çağı obezitesinin ileride bireylerin alkol ve sigara kullanımları

üzerinde belirleyici bir faktör olup olmadığını araştıran çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Obezite tedavisi çoğunlukla depresif semptomlarda azalmaya yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar gastrik bypass cerrahisinden sonra, fazla kilo kaybının duygudurumdaki düzelmeye etki ettiğini göstermektedir (Albert, vd., 2003). Obezite cerrahisi, obez hastalarda azımsanmayacak kadar kilo kaybı sağlarken aynı zamanda duygudurumda iyileşme sağlar. Duygudurumdaki iyileşme bireylerin alkol ve sigara kullanımlarını azaltmaya yardımcı olabilir.

Bireylerin hareket etmesinin, fiziksel aktivite yapmasının ruh sağlığına iyi gelmesi ve bireylerin beden egzersizi yapmaları için yönlendirme sağlanmalıdır. Bu egzersizlere kolaydan zora doğru giden bir yolla yapılmasının bireylerin alışmalarını sağlayacak bilirkişilere yönlendirmek faydalı olacaktır.

Obezite, bedensel (biyolojik), ruhsal (psikolojik) ve sosyokültürel bir sorundur. Erken tanı ve önlem, konuyla ilgili toplumun bilinçlendirilmesi önemli niteliktedir. Bireyleri motive edici konuşmalar yapılması motivasyonel görüşme teknikleri ile bireylerde davranış değişikliğine kesin karar vermesi ve bununla birlikte kendilerini kontrol sahibi olmasını sağlamaktadır. Bireyleri teşvik etmek önemli olmaktadır. Çok az kilo verilmesinin bile bir başarı olduğunu sağlayıcı olumlu konuşmalar faydalı olacaktır. Obezite bir kez oluştuktan sonra tedavisi oldukça zor ve komplike bir durum olduğundan, önlenmesine yönelik çalışmalar yapılması oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın; obez bireylerin depresyon riski ile alkol ve sigara kullanımları açısından da değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekeceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abenhaim, L. (2005). Lessons From The Heat-Wave Epidemic In France (Summer 2003). In *Extreme Weather Events And Public Health Responses* (Pp. 161-166). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Aggarwal, S., & Anand, S. (2013). Bariatric surgical procedures. *JIMSA*, 26(2), 138-140.
- Akman, M., Budak, Ş., & Kendir, M. (2004). Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Sağlık Problemleri. *Marmara Medical Journal*, 17(3), 113-120.
- Albayrak, E. Ö., & Ceylan, M. E. (2004). Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*, 17(1), 27-33.
- Altunkaynak, B. Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
- Altunoğlu, E.G., Sarı, Z., Erenen, F., Müderrisoğlu, C., Ülgen, E. ve Sarı, M. (2012). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Diyabet Süresi ve Hb1c Düzeyleri ile Depresyon, Anksiyete ve Yeti Yitimi Arasındaki İlişki. *İstanbul Tıp Dergisi*. 13 (3), ss. 115-119.
- Ambrose, J. A., & Barua, R. S. (2004). The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease: an Update. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(10), 1731-1737.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Arac, E. (2019). Frequency Of Tobacco Use In Obese Patients And Wrong Perception That Is Thought Right: Quitting Smoking Adds Weight!/Obez Hastalarda Tutun Urunleri Kullanım Sıklığı Ve Doğru Sanılan Yanlış Algı: Sigarayı Bırakmak Kilo Aldırır!. *ADDICTA: The Turkish Journal On Addictions*, 6(S4), 328-335.
- Ashwell, M. (1994). Obesity in men and women. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18, 1-7.
- Aşudu, M. (2017). Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi SBE.
- Avenell, A., Broom, J., Brown, T. J., Poobalan, A., Aucott, L., Stearns, S. C., ... & Grant, A. M. (2004). Systematic Review Of The Long-Term Effects And Economic Consequences Of Treatments For Obesity And Implications For Health Improvement. *Health Technology Assessment*, 8(21).
- Aycan, S., Özkan, S., Avcı, E., Özdemirhan, T., & Çivil, E. F. (2012). Ankara il merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran on sekiz yaş üstü kişilerin aile hekimliği

- uygulanmasına ilişkin bilgi, tutum ve memnuniyet değerlendirmesi. *Toplum ve Hekim*, 27(6), 449-455.
- Aygün, N. (2014). Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 45-49.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). AUDIT the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Second edition. WHO/MSD/MSB/01.6a, World Health Organization, Geneva
- Baltacı, G., & Tedavi, F. (2008). *Obezite ve Egzersiz*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 37.
- Başıyigit, İ. (2010). KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 114-118.
- Baysal, A. (2009). Beslenme. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık. 89-95.
- Baysal, A. (2012). Beslenme. 14. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi. 52-55.
- Baysal, A. (2012). *Beslenme*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 176-83.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H. T., Bozkurt, N., Kececioğlu, S., Mercanlıgil, S., & Yıldız, E. (2002). Beden ağırlığının denetimi. *Diyet El Kitabı*, 39-64.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1961;4:561-71. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Beck-Friis, J., Ljunggren, J. G., Thorén, M., Von Rosen, D., Kjellman, B. F., & Wetterberg, L. (1985). Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy humans with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*, 10(2), 173-186.
- Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C. M., Sharma, A. M., & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC public health*, 8(1), 1-10.
- Berthoud, H. R., & Morrison, C. (2008). The Brain, Appetite and Obesity,. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 55-92.
- Bezerra, I. N., Curioni, C., & Sichieri, R. (2012). Association Between Eating out of Home and Body Weight. *Nutrition reviews*, 70(2), 65-79.
- Bilim, B. (2012). Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları: Duygu Düzenleme, Kişiler arası Tarz ve Genel Psikolojik Sağlık Açısından Bir İnceleme, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Birliği, A. P. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. E. Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 91-97.
- Blaak, E.E. (2003). Fatty Acid Metabolism in Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus. *Proc Nutr Soc.* 62 (1), pp. 753-760.



- Block, R. I., Farinpour, R., & Braverman, K. (1992). Acute Effects Of Marijuana On Cognition: Relationships To Chronic Effects And Smoking Techniques. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*, 43(3), 907-917.
- Body mass index (t.y.). Erişim adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Boutelle, K.N., Hannan, P., Stat, M., Fulkerson, J.A., Crow, S.J., Stice, E. (2010). Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychol*;29(3):293–298.
- Bozkurt, D. S. (2017). Yeme Bozuklukları ve Obezite Epidemiyolojisi. *Ayrıntı Dergisi*, 5(50), 39-41.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (Eds.). (2007). *The Challenge Of Obesity In The WHO European Region And The Strategies For Response: Summary*. World Health Organization.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları Ve Yorum. (12. Bs.). Ankara: Pegem Akademi.
- Buzgan, T., Çom, S., Irmak, H., Baykan, H., Aydın, E., & Taner, S. (2007). Mpower Tütün Salgınıını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, Ankara.
- Buzgan, T., Pekcan, A., Samur, G., Dikmen, D., Kızıl, M., Rakıcıoğlu, N., Yıldız, E., ... & Besler, H. (2017). Population Based Study Of Obesity İn Turkey: Results Of The Turkey Nutrition And Health Survey.
- Çakmur H, Ardıç S, (2015). 'Investigation of Obesity and Depression in a Sample of Turkish Elderly Adults'. *Turkish journal of Geriatrics* 18(2):115-122.
- Callaway, L. K., Chang, A. M., McIntyre, H. D., & Prins, J. B. (2006). The Prevalence And Impact Of Overweight And Obesity İn An Australian Obstetric Population. *Medical Journal Of Australia*, 184(2), 56-59.
- Campbell, M. M., Craig, R. C., Boyd, A. C., Gilbert, I. M., Logan, R. T., Redpath, J. & Sleight, T. (1979). Amino-Steroids. Part 6. Stereospecific Syntheses Of Eight, İsomeric, Steroidal Vicinal 2, 3-Amino-Alcohols. *Journal Of The Chemical Society, Perkin Transactions 1*, 2235-2247.
- Çapık C, Özbıçakcı Ş. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sigara bağımlılık düzeyleri ve etkileyen etmenler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2007; 4:1-12.
- Capuron, L., & Miller, AH. (2011). Immune system to brain signaling: neuropsychopharmacological implications. *Pharmacol Ther*, 130(2), 226-38.
- Caterson, I. D., & Gill, T. P. (2002). Obesity: epidemiology and possible prevention. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 16(4), 595-610.

- Çayır, A., Nazlı, A. & Köse, S. K. (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), 13-19.
- Çelepkolu, T., Atli, A., Palancı, Y., Yılmaz, A., Demir, S., İbiloğlu, A. O., & Selami, E. K. İ. N. (2014). Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(4), 712-716.
- Çevik, A., & V.D, V. (1993). Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. *Depresyon Monografaları Serisi*, 3, 109-122.
- Ceylan, M. E., & Çetin, M. (2005). Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. *Şizofreni*, 2(3), 83-613.
- Chrousos, GP, (2000). 'The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes'. *Int J Obes Relat Metab Disord*, (24): 50- 55.
- Çilingir, D., Hintistan, S., & Öztürk, H. (2012). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanma Alışkanlıkları Ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 69-87.
- Colditz, G. A. (1992). Economic Costs Of Obesity. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 55(2), 503S-507S.
- Craig TJ, Van Natta PA (1979) Influence of demographic characterization two measures of depressive symptoms: The relation of prevalence and persistence of symptoms with sex, age, education and marital status. *Arch Gen Psychiatry*, 36:149- 154.
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review Of Psychology*, 68, 491-516.
- Dallar, Y., Erdeve, Ş. S., Çakır, İ., & Köstü, M. (2006). Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48(1), 1-3.
- Dantzer, R., O'connor, J. C., Freund, G. G., Johnson, R. W., & Kelley, K. W. (2008). From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature reviews neuroscience*, 9(1), 46-56.
- De Zwaan, M., Lancaster, K. L., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Roerig, J. L., & Crosby, R. D. (2002). Health-Related Quality Of Life İn Morbidly Obese Patients: Effect Of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 12(6), 773-780.
- Demyttenaere, K. (2004). WHO World Mental Health Survey Consortium: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*, 291, 2581-2590.
- Depresyondaki kişi sayısı artıyor (2017). Erişim adresi: <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/depresyondaki-kisi-sayisi-artiyor>
- Derogar, M., Hull, M. A., Kant, P., Östlund, M., Lu, Y., & Lagergren, J. (2013). Increased Risk Of Colorectal Cancer After Obesity Surgery. *Annals Of Surgery*, 258(6), 983-988.

- Desai HD, Jann MW (2000) Major depression in women: A re- view of the literature. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 40:525-537.
- Deuschle, M., Blum, W. F., Englaro, P., Schweiger, U., Weber, B., Pflaum, C. D., & Heuser, I. (1996). Plasma leptin in depressed patients and healthy controls. *Hormone and metabolic research*, 28(12), 714-717.
- Deveci, E. (2013). *Obezite cerrahisi (bariatrik) adayı olan ve olmayan obez bireylerde psikopatoloji, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk, tedavi motivasyonu ve yeme özelliklerinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Dilbaz, N., & Çavus, S. Y. (2010). Depresyon tedavisinde yetersiz yanıt durumunda güçlendirme tedavileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 20, 4.
- Doğan, T., Sapmaz, F., & Totan, T. (2011). Beden imgesi baş etme stratejileri ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 121-129.
- Dolati, K., Rakhshandeh, H., & Shafei, M. N. (2012). Evaluation Of Antidepressant Effect Of Ethanolic Extract Of *Frosia Damascena* Using Forced Swimming Test. *Avicenna Journal Of Phytomedicine*, 2(1), 46-51.
- Dönder, E., & Önalın, E. (2018). Obezitenin Tanımı, Epidemiyolojisi ve Klinik Değerlendirmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 23, 1-4.
- Dong, C., Sanchez, L.E. and Price, R.A. (2004). 'International Journal of Obesity'. *Journal of Obesity* (28): 790-795.
- Dorsey, R. R., Eberhardt, M. S., & Ogden, C. L. (2009). Racial/ethnic differences in weight perception. *Obesity*, 17(4), 790-795.
- Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biological psychiatry*, 67(5), 446-457.
- Duman, R. S., & Monteggia, L. M. (2006). A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biological psychiatry*, 59(12), 1116-1127.
- Dünya obezite oranı (2021). Erişim adresi: <https://www.kuantumtedavi.com/beslenme/obezite-sebepleri>
- Dünya tütünsüz günü (2021). Erişim adresi: [https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/dunya\\_tutunsuz\\_gunu.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/dunya_tutunsuz_gunu.pdf)
- Durna, Z. (2002). Diyabetin sınıflandırılması ve tanı kriterleri. İn Erdoğan S, ed. *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş.
- Düzgun-Öncel, B., & Karaoğlan, D. (2019). Determinants Of Childhood Obesity: Evidence From Turkey. In *ACADEMIC STUDIES* (P. 193).

- Earls, F (1987). Sex differences in psychiatric disorders: Origins and developmental influences. *Psychiatr Dev*, 1:1-23.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, 367(9505), 153-167.
- Efil, S. (2006). *Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Eker, E., & Şahin, M. (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(7), 246.
- Elder, B. L., & Mosack, V. (2011). Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues in mental health nursing*, 32(4), 192-202.
- Erem, C. (2015). Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *IJC Metabolic & Endocrine*, 8, 38-41.
- Eren, İ., & Erdi, Ö. (2003). Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6(3), 152-157.
- Eren-Koçak, E., Kılıç, C., Aydın, I., & Hızlı, F. G. (2009). Memory And Prefrontal Functions İn Earthquake Survivors: Differences Between Current And Past Post-Traumatic Stress Disorder Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 35-44.
- Ergüder, T. (2008). Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. Sağlık Bakanlığı- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci Basım. Klasmat Matbaacılık. Yayın No:731, Ankara.
- Erkol, A., & Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 14(2), 101-107.
- Ersoy, C. (2002). Sigaranın Endokrin Sistem Üzerine Etkileri. *Sigara Ve Sağlık*. (Ed. Özyardımcı N.) Sayfa, 194-205.
- Ertem, M. (2017). Obezite Epidemiyolojisi ve Korunma. *Klinik Tıp Bilimleri*, 5(5), 21-30.
- Fagerstrom, K.O., Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T. (1992). Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J*; 69:763-767.
- Fava, M. (2003). The role of the serotonergic and noradrenergic neurotransmitter systems in the treatment of psychological and physical symptoms of depression. *Clin Psychiatry*, 64(Suppl 13), 26-29.
- Fizyopatolojisi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 4 (1), ss. 15-21.
- Friedrich, M. J. (2014). Research on psychiatric disorders targets inflammation. *Jama*, 312(5), 474-476.
- Goodman, J., Norton, M., & Parascandola, M. (2016). *Tobacco In history and culture*, Londra: Routledge, 48-61.

- Granich, J., Lin, A., Hunt, A., Wray, J., Dass, A., & Whitehouse, A. J. (2016). Obesity And Associated Factors In Youth With An Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 20(8), 916-926.
- Gregor, K. L., Zvolensky, M. J., Mcleish, A. C., Bernstein, A., & Morissette, S. (2008). Anxiety Sensitivity And Perceived Control Over Anxiety-Related Events: Associations With Smoking Outcome Expectancies And Perceived Cessation Barriers Among Daily Smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(4), 627-635.
- Güler, N., Uzun, S., Boztag, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler, C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 24, Sayı: 3, s/128-134, Sivas.
- Gureje, O., Kola, L., & Afolabi, E. (2007). Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. *The Lancet*, 370(9591), 957-964.
- Gürkan, B. (2012). *Şemalar ve baş etme yollarının obezitesi olan bireylerin kaygı, depresyon, benlik saygısı ve intihar oranları üzerindeki etkisinin şema kuramı açısından incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Hagedorn, J. C., Encarnacion, B., Brat, G. A., & Morton, J. M. (2007). Does Gastric Bypass Alter Alcohol Metabolism?. *Surgery For Obesity And Related Diseases*, 3(5), 543-548.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerstrom, K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*; 86:1119- 1127.
- Hington, C., Balye, D., Warthen, M., Marema, R.(2006). Changes in alcohol sensitivity and effects with gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*; 2:313.
- Hirschfeld, R. M., & Cross, C. K. (1982). Epidemiology Of Affective Disorders: Psychosocial Risk Factors. *Archives Of General Psychiatry*, 39(1), 35-46.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerlilik, guvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol.*; 7:3–13.
- Hoffmann, D. H. I. (1997). The changing cigarette, 1950-1995. *Journal of Toxicology and Environmental Health Part A*, 50(4), 307-364.
- [Http://Www.Espad.Org/Sites/Espad.Org/Files/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_10\\_29.Pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/the_2011_espada_report_full_2012_10_29.pdf)
- [Https://Acikders.Ankara.Edu.Tr/Pluginfile.Php/7382/Mod\\_Resource/Content/0/Ferm.Rea.10.%20hafta.Pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/7382/mod_resource/content/0/ferm.rea.10.%20hafta.pdf) (Anlı, 2016)
- [Https://Bilgihanem.Com/Alkoller-Hakkinda-Bilgi/](https://bilgihanem.com/alkoller-hakkinda-bilgi/) (Alkolün Özellikleri)
- [Https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Obezite/Obezitenin-Nedenleri.Html](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-nedenleri.html) (Dünya Obezite Oranı, 2021)

- [https://www.ındytrk.com/node/91241/ya%C5%9fam/Oecd-En-%C3%A7ok-Alkol-T%C3%Bcketen-%C3%Bclkeleri-A%C3%A7%C4%B1klad%C4%B1#:~:Text=Ekonomik%20kalk%C4%B1nma%20ve%20%C4%B0%C5%9fbirli%C4%9fi%20%C3%96rg%C3%Bct%C3%Bc,Litre\)%20ilk%20be%C5%9fteki%20di%C4%9fer%20%C3%Bclkeler.](https://www.ındytrk.com/node/91241/ya%C5%9fam/Oecd-En-%C3%A7ok-Alkol-T%C3%Bcketen-%C3%Bclkeleri-A%C3%A7%C4%B1klad%C4%B1#:~:Text=Ekonomik%20kalk%C4%B1nma%20ve%20%C4%B0%C5%9fbirli%C4%9fi%20%C3%96rg%C3%Bct%C3%Bc,Litre)%20ilk%20be%C5%9fteki%20di%C4%9fer%20%C3%Bclkeler.) (Oecd, 2017)
- <https://www.obezite.net/dunya-obezite-orani/> (Dünya Obezite Oranı 2019)
- IB, K. (2008). Yaşlılık psikiyatrisi. *Güncel Klinik Psikiyatri*, 2(1), 527-40.
- Işık, E., Işık, U., & Taner, Y. (2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Kitapevi, 55-60.
- Iwata, M., Ota, K. T., & Duman, R. S. (2013). The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain, behavior, and immunity*, 31, 105-114.
- Jacobs, M. (1997). From the first to the last ash: the history, economics & hazards of tobacco: a comprehensive adult basic education curriculum. *Community Learning Center*. 4, 26.
- Kahan, D. M. (2016). The 'gateway belief' illusion: Reanalyzing the results of a scientific-consensus messaging study. *Journal of Science Communication*, 16(5), 1-20.
- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., & Kitamura, T. (2004). Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research*, 121(3), 293-301.
- Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(Supp: 6), 3-10.
- Keller, M. (1979). A historical overview of alcohol and alcoholism. *Cancer Research*, 39(7 Part 2), 2822-2829.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The Structure Of The Genetic And Environmental Risk Factors For Six Major Psychiatric Disorders In Women: Phobia, Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Bulimia, Major Depression, And Alcoholism. *Archives Of General Psychiatry*, 52(5), 374-383.
- Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C. (1995) The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Arch Gen Psychiatry*, 52:374-383.
- Kennedy, N., & Paykel, E. S. (2004). Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. *Journal of affective disorders*, 80(2-3), 135-144.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.
- Koçak, M. ve Erem, C. (2013). Obezite ve kanser. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*, 6 (1), ss. 40-44.

- Köhler, C. A., Freitas, T. H., Stubbs, B., Maes, M., Solmi, M., Veronese, N., ... & Carvalho, A. F. (2018). Peripheral alterations in cytokine and chemokine levels after antidepressant drug treatment for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *Molecular neurobiology*, 55(5), 4195-4206.
- Köroğlu, E. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı-Amerikan Psikiyatri Birliği*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 91-129.
- Köse, O., Çanakçı, V., Arabacı, T. ve Sağlam, E. (2012). Obezite ve Periodontitis, MÜSBED. 2 (2), ss. 89-100.
- Kovesdy, C.P., Furth, S.L., Zoccali, C. (2017). World Kidney Day Steering Committee. Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. *J Nephrol*, 30 (1), ss. 1-10.
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), 894-902.
- Kubera, M., Obuchowicz, E., Goehler, L., Brzeszcz, J., & Maes, M. (2011). In animal models, psychosocial stress-induced (neuro) inflammation, apoptosis and reduced neurogenesis are associated to the onset of depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(3), 744-759.
- Küey, L., Küey, Y. (1988). Depresyon ve kadýn: Gözden geçirme. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara.
- Küey, L. (1998). Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-12.
- Küey, L., & Güleç, C. (1993). Depresyonun epidemiyolojisi. *Depresyon Monografları Serisi*, 2, 53-68.
- Kutlu, R., & Selma, Ç. İ. V. İ. (2009). Özel Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının Ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 18-24.
- Langas, A.M., Malt U. F., Opjordsmoen S. (2001). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. *BMC Psychiatry*; 11:25.
- Langer, F.B., Hoda, M.A.R., Bohdjalian, A., Felberbauer, F.X., Zacherl, J., Wenzl, E., vd. (2005). Sleeve gastrectomy and gastric banding: effects on plasma ghrelin levels, *Obesity Surgery*, 15 (7), pp. 1024-1029.
- Lee, W.J., Ser, K.H., Lee, Y.C., Tsou, J.J., Chen, S.C., Chen, J.C. (2012). Laparoscopic roux-en-y vs. mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a 10- year experience. *Obesity Surgery*, 22 (12), pp. 1827- 1834.
- Lee, Y., Lim, S. W., Kim, S. Y., Chung, J. W., Kim, J., Myung, W., ... & Kim, D. K. (2013). Association between the BDNF Val66Met polymorphism and chronicity of depression. *Psychiatry investigation*, 10(1), 56.

- Lindeman, S., Hämäläinen, J., Isometsä, E. (2000). The 12- month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: Representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand*, 102:178-184.
- Lindsay, R. M., Wiegand, S. J., Altar, C. A., & DiStefano, P. S. (1994). Neurotrophic factors: from molecule to man. *Trends in neurosciences*, 17(5), 182-190.
- Lubrano, C., Genovesi, G., Specchia, P., Costantini, D., Mariani, S., Petrangeli, E., ... & Gnessi, L. (2013). *Obesity and metabolic comorbidities: environmental diseases?. Oxidative medicine and cellular longevity*, Londra: Hindaw, 1-9.
- Mackay, J., Eriksen, M. (2002). The Tobacco Atlas. *World Health Organization*. 7, 40-65.
- Marneros, A. (2006). Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, 5(4), 119-122.
- Mazer, M. (1974). People in predicament: A study in psychiatric and psychosocial epidemiology. *Soc Psychiatry*, 9:85-90.
- Memiş, E. (2004). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Tezi, Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu Ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma, Ankara.
- Mitchell, A. B., Cole, J. W., Mcardle, P. F., Cheng, Y. C., Ryan, K. A., Sparks, M. J., ... & Kittner, S. J. (2015). Obesity Increases Risk Of Ischemic Stroke In Young Adults. *Stroke*, 46(6), 1690-1692.
- Mokdad, A. H., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Bowman, B. A., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (2000). The Continuing Epidemic Of Obesity In The United States. *Jama*, 284(13), 1650-1651.
- Morissette, S. B., Tull, M. T., Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Zimering, R. T. (2007). Anxiety, Anxiety Disorders, Tobacco Use, And Nicotine: A Critical Review Of Interrelationships. *Psychological Bulletin*, 133(2), 245.
- Moyer, V. A. (2012). Screening for and management of obesity in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 157(5), 373-378.
- Musetti, A., Cattivelli, R., Guerrini, A., Mirto, A. M., Riboni, F. V., Varallo, G., ... & Molinari, E. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy: Current Paths in the Management of Obesity. In Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. Londra: IntechOpen, 114-140.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., ... & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Archives of General psychiatry*, 41(10), 959-967.
- Nazlıcan, E., Demirhindi, H. ve Akbaba, M. (2011). Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1 (2), ss. 5-12.



- Neumann, T. G., Craig, R. M., & Poticha, S. (1978). Granulomatous Hepatitis And Pleuritis After İleal Bypass For Obesity. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 31(11), 1993-1997.
- Nøhr, E. A. (2005). Obesity İn Pregnancy: Epidemiological Studies Based On The Danish National Birth Cohort.
- Nyaruhucha, C. N. M., Achen, J. H., Msuya, J. M., Shayo, N. B., & Kulwa, K. B. M. (2003). Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. *East African medical journal*, 80(2), 68-72.
- Odabaş, H. R. (2015). Obezite Cerrahisinde Multidisipliner Yaklaşım. <https://www.drerolvural.com/obezite-cerrahisinde-multidisipliner-yaklasim/>.
- Ögel, K., Karali, A., Tamar, D., & Çakmak, D. (1998). *Alkol Ve Madde El Kitabı*. İstanbul: Amatem, 10-25.
- Olchanski, N., Myers, M. M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
- Önen, S., Budak, E. (2020). Morbid Obez Bireylerde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Bilişsel Esneklik Kaybı Arasındaki İlişki. *J Cogn Behav Psychother Res*, 9(^), 211-220.
- Özcan, B. (2017). *Egzersiz Yapan Ve Yapmayan Obez Kadınların Yaşam Doyumu Ve Öz Yeterlik Düzeyleri* (Master's Thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Özenoğlu A., Sabuncu T., Ünüvar E. (1998). Ekzojen Obezitesi Olan Adolesanların Günlük Diyetlerinde Aldıkları Enerji Ve Besin Öğelerinin Dağılımı, *Endokrinolojide Yönelişler*, 9:1;38-42.
- Özenoğlu, A., Sabuncu, T., & Ünüvar, E. (2000). Ekzojen obezitesi olan adolesanların günlük diyetlerinde aldıkları enerji ve besin öğelerinin dağılımı. *Endokrinolojide Yönelişler*, 9(1), 38-43.
- Özer, M.K. (2015). *Fiziksel Uygunluk*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 8. Baskı.
- Özkan, I., Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Karagöz, Ş., Ersöz, Y., & Doğan, İ. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Farklı Ölçüm Yöntemlerine Göre Obezite Prevalansı. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(2), 20-33.
- Özpulat, F., & Erdem, Y. (2019). *Üniversite öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Öztoprak, S., & Günay, T. (2013). Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü/Gender and tobacco control for health. *Turkish Journal of Public Health*, 11(3), 197-206.
- Öztürk, A. K. (2021). *Lise Öğrencilerinin Dengeli Beslenme Ve Obezite İle İlgili Tutumlarının Belirlenmesi İçin Ölçek Geliştirme-Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması* (Master's Thesis, Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü).

- Öztürk, A., Buğrul, N., Metintaş, S. ve Kalyoncu, C. (2012). Lise Öğrencilerinin Kendi Bildirdikleri Ağırlık Ve Boy Değerlerinin Geçerliliği. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 261-264.
- Özütürker, S., & Özer, B. K. (2016). Erzincan Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Ve Antropometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 63-74.
- Parmaksız, H. (2007). *Yetişkin obezlerde fiziksel aktivite seviyesinin belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Pekcan, G. (2008). *Beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı*. Ankara: Gazi Kitabevi, 67-141.
- Pekcan, G. (2016). *Beslenme Durumunun Saptanması, Diyet El Kitabı*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Peker, İ., Çiloğlu, F., Buruk, Ş., & Bulca, Z. (2000). *Egzersiz biyokimyası ve obezite*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 68-74.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent Depression: Why More Girls?. *Journal Of Youth And Adolescence*, 20(2), 247-271.
- Petersen, A.C., Sarigiani, P.A., Kennedy, R.E. (1991). Adolescent depression: Why more girls. *J Youth Adolesc*, 20:247-271.
- Pettinato, T. (2013). Diversity İn Law Of Socio-Economic Class: A Personal Essay. *Bar Briefs, February*.
- Philipson, T., & Posner, R. (2008). *Is The Obesity Epidemic A Public Health Problem? A Decade Of Research On The Economics Of Obesity* (No. W14010). National Bureau Of Economic Research.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender Differences İn Depression: Critical Review. *The British Journal Of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Piccioli, A., Prandoni, P., Goldhaber, S.Z. (2000) Epidemiologic Characteristics, Management, And Outcome Of Deep Venous Thrombosis İn A Tertiary-Care Hospital: The Brigham And Women's Hospital DVT Registry. *Am Heart J* ;132:1010–1014.
- Rakıcıoğlu, N., Başoğlu, S., & Samur, F. (2017). *Diyetisyenler İçin Hasta İzleme Rehberi. Ağırlık Yönetimi El Kitabı*. Ankara: CNR Sistem Bilişim Teknolojileri, 79-82.
- Ressler, K. J., & Nemeroff, C. B. (1999). Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of mood disorders. *Biological psychiatry*, 46(9), 1219-1233.
- Richards, Z., Kostadinov, I., Jones, M., Richard, L., & Cargo, M. (2014). Assessing Implementation Fidelity And Adaptation İn A Community-Based Childhood Obesity Prevention Intervention. *Health Education Research*, 29(6), 918-932.

- Rivera, M., Locke, A. E., Corre, T., Czamara, D., Wolf, C., Ching-Lopez, A., ... & McGuffin, P. (2017). Interaction Between The FTO Gene, Body Mass Index And Depression: Meta-Analysis Of 13701 Individuals. *The British Journal Of Psychiatry*, 211(2), 70-76.
- Roberts, R., Deleger, S., Strawbridge, W.J., Kaplan, W.A. (2003). 'Prospective association between obesity and depression:evidence from alameda county study'. *International Journal of Obesity*, (27):514-527.
- Robicsek, F. (2004). Ritual smoking in central America. *Smoke: A Global History of Smoking*. London: Reaktion Books Ltd, 30-37.
- Rosso, A. M. (2012). Beer and wine in antiquity: beneficial remedy or punishment imposed by the Gods?. *Acta medico-historica Adriatica: AMHA*, 10(2), 237-262.
- Royal College of Physicians of London. Tobacco Advisory Group. (2007). Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit. Londra: Royal College of Physicians, 45-60.
- Saatçioğlu, Ö., Evren, C., & Çakmak, D. (2002). Alkol kullanım bozuklukları tanıma testi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 4(2-3), 107-113.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. İstanbul: Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri, 1559-1800.
- Sağlam, F., Güven, H. (2014). Obezitenin cerrahi tedavisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (1), 60-65.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 51-71.
- Sayan, İ., Tekbaş, Ö. F., Göçgeldi, E., Paslı, E., & Babayiğit, M. (2009). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sigara İçme Profiline Belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 19(1).
- Schwartz, M., Kipnis, J., Rivest, S., & Prat, A. (2013). How do immune cells support and shape the brain in health, disease, and aging?. *Journal of Neuroscience*, 33(45), 17587-17596.
- Serter, R. (2004). *Obezite atlası*. Ankara: Karakter Color Basımevi, 13-27.
- Sevinçer, G. M., (2016). Türkiye'de Obezite Cerrahisinde Psikiyatrik Değerlendirme: Uzlaşma ve Kılavuz Gereksinmesi. 2016. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 5-45.
- Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N., & Bozkurt, S. (2014). Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 6(1), 32-44.
- Shin, K. C., Hwang, I., Choe, S. S., Park, J., Ji, Y., Kim, J. I., ... & Kim, J. B. (2017). Macrophage Vldlr Mediates Obesity-Induced İnsulin Resistance With Adipose Tissue İnflammation. *Nature Communications*, 8(1), 1-14.
- Sims, E. A. (1989). Storage And Expenditure Of Energy İn Obesity And Their İmplications For Management. *Medical Clinics Of North America*, 73(1), 97-110.

- Skipsey, D., Allen, F., Hussein, A., Kader, D., & Smoljanovic, T. (2017). Blood Transfusion Rates As A Primary Outcome Measure: The Use Of Predetermined Triggers And Display Of Clinical Indications In Providing Accurate Comparative Transfusion Rates: To The Editor. *Clinics In Orthopedic Surgery*, 9(1), 126-128.
- Skipsey, K., Burleson, J. A., & Kranzler, H. R. (1997). Utility Of The AUDIT For Identification Of Hazardous Or Harmful Drinking In Drug-Dependent Patients. *Drug And Alcohol Dependence*, 45(3), 157-163.
- Skipsey, K., Burleson, J.A. , & Kranzler, H.R. (1997). Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157-163.1997.
- Smith, R. S. (1991). The macrophage theory of depression. *Medical hypotheses*, 35(4), 298-306.
- Smoking, O., & Centers for Disease Control and Prevention. (2010). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: *A report of the surgeon general*.1, 41.
- Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., & Cauter, E. V. (2004). Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of internal medicine*, 141(11), 846-850.
- Strandberg, T. E., Stenholm, S., Strandberg, A. Y., Salomaa, V. V., Pitkälä, K. H., & Tilvis, R. S. (2013). The “Obesity Paradox,” Frailty, Disability, And Mortality In Older Men: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *American Journal Of Epidemiology*, 178(9), 1452-1460.
- Strock, G. A., Cottrell, E. R., Abang, A. E., Buschbacher, R. M., & Hannon, T. S. (2005). Childhood obesity: a simple equation with complex variables. *Journal of long-term effects of medical implants*, 15(1).
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Tarihini Sıfır Noktası: Göbeklitepe (2019). Erişim adresi: <https://www.thbb.org/media/150339/sanat134.pdf>.
- Tegin, B. (1980). Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Hacettepe Üniversitesi.
- The Challenge Of Obesity In The Who European Region And The Strategies For Response. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, Eds. Denmark:Who; 2007.
- Trasande, L., Cronk, C., Durkin, M., Weiss, M., Schoeller, D. A., Gall, E. A., ... & Gillman, M. W. (2009). Environment and obesity in the National Children’s Study. *Environmental Health Perspectives*, 117(2), 159-166.
- Tuna, T. (2009). Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarımızın Prospektif Değerlendirilmesi.

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II), 2010.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). (2013) Obezite, Diyabet Ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı. URL: <Http://Beslenme.Gov.Tr/Index.Php?Lang=Tr&Page=39>

Türkiye Sigara İçme İstatistikleri (t.y.) Erişim adresi: <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/turkiyenin-sigara-icme-istatistikleri-986809>.

Türkmen, E. (2000). Akut Koroner Sendromların Tanımı, Risk Faktörleri ve

Tütünün tarihi (2006). Erişim adresi: <https://www.msxlabs.org/forum/tarih/14436-tutunun-tarihi.html#ixzz77H7gUTCZ>.

Tüzün, M., Kabalak, T., Yılmaz, C. (1999). ‘Obezitenin genel özellikleri tanım, sıklık, tanı, sınıflandırma, tipleri, dereceleri ve komplikasyonları’. In: Yılmaz C, editör. Obezite ve Tedavisi. İstanbul: Mart Matbaacılık, : 11-28.

Ünal, M. (1988). Sigara Bağımlılığı-Ruhsal Toplumsal Yönleriyle. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 4, 595-600.

Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroglu, M., Evlice, Y. E., & Kırılı, S. (2002). Risk Factors İn Depressive Disorders. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 8-15.

Upmanyu, V.V., Upmanyu, S., Lester, D. (2000). Depressive symptoms among U.S. and Indian college students: The effects of gender and gender role. *J Soc Psychol*, 140:669-672.

Uskun, E., Öztürk, M., Kişioğlu, A., Kırbyık, S., & Demirel, R. (2005). İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2), 19-25.

Uyar, M., Durduran, Y., Demir, L. S., Yücel, M., Altınay, S. B., & Şahin, T. K. (2013). İlkokul Öğrencilerinde Obezite İnsidansının Saptanması; 4 Yıllık Kohort Çalışmasının Ön Bulguları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1-6.

Uysal, M.A., Kadakal, F., Karsidag, C., Bayram, N.G., Uysal, O., Yılmaz, V.(2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*;52(2):115-21.

Uzbay, İ. T. (2009). Madde Bağımliliğinin Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlilik Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 5-15. (Alkolün Tanımı Ve Tarihçesi)

Vogelzangs, N., Duivis, H. E., Beekman, A. T., Kluft, C., Neuteboom, J., Hoogendijk, W., ... & Penninx, B. W. (2012). Association of depressive disorders, depression characteristics and antidepressant medication with inflammation. *Translational psychiatry*, 2(2), 79.

Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., ... & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(8), 171-173.

- Wardle, J., Williamson, S., Johnson, F., Edwards, C. (2006). Depression in adolescent obesity: cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. *Int J Obes*;30:634–643.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L. (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 34:98-111.
- Who. (2017). Global Health Observatory (Gho) Data. Prevalence Of Tobacco Smoking. [Http://Www.Who.Int/Gho/Tobacco/Use/En/](http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/).
- Wildes, J. E., Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., & Courcoulas, A. P. (2008). Childhood Maltreatment And Psychiatric Morbidity In Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 18(3), 306-313.
- Williamson, D. F. (1993). Descriptive epidemiology of body weight and weight change in US adults. *Annals of internal medicine*, 119(7\_Part\_2), 646-649.
- Williard, C. V. (2016). Bioanalytical method transfer considerations of chromatographic-based assays. *Bioanalysis*, 8(13), 1409-1413.
- Willinger, U., Lenzinger, E., Hornik, K., Fischer, G., Schönbeck, G., Aschauer, H. N., & Meszaros, K. (2002). Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 609-612.
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025*. World Health Organization. 1-4.
- World Health Organization. 2009. “Report On The Global Tobacco Epidemic, Implementing Smoke-Free Environments”. [Http://Www.Who.Int/Tobacco/Mpower/2009/Gtcr\\_Download/En/](http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/).
- World Health Organization. 2011. “Report On The Global Tobacco Epidemic, Warning About The Dangers Of Tobacco”. [Http://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/10665/44616/1/9789240687813\\_Eng.Pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf).
- World Health Organization. Tobacco or Health: A global status report. Geneva: World Health Organization, 1997:10-8.
- Wysoker, A. (2005). The Lived Experience Of Choosing Bariatric Surgery To Lose Weight. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 11(1), 26-34.
- Xia, Q., & Grant, S. F. (2013). The genetics of human obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1281(1), 178.
- Yang, B., Ren, Q., Zhang, J. C., Chen, Q. X., & Hashimoto, K. (2017). Altered expression of BDNF, BDNF pro-peptide and their precursor proBDNF in brain and liver tissues from psychiatric disorders: rethinking the brain–liver axis. *Translational psychiatry*, 7(5), 1128.
- Yazıcı, O. Oral, E.T., Vahip, S. (2008). Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları:71-99.

Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Karagöz, Ş., Ersöz, Y., & Doğan, İ. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Farklı Ölçüm Yöntemlerine Göre Obezite Prevalansı. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(2), 20-33.

Yıldırım, M., Akyol, A., & Ersoy, G. (2008). Şişmanlık (obezite) ve fiziksel aktivite enerji dengesinin aktivite yönüne bir bakış. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 7-10.

Yokusoglu, M., Uzun, M., Hasımı, A., Uzun, S., Cakır, B., Kasıcı, C., & Buzgan, T. (2007). The Relation Between Education Level And Smoking Status: An Analysis From The Survey Held By Ministry Of Health Kvbd-15. *European Journal Of Clinical Investigation*, 37(4).

Zimmerman, F. J., & Bell, J. F. (2010). Associations of television content type and obesity in children. *American journal of public health*, 100(2), 334-340.



## EKLER

### EK-A: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Katılmış olduğunuz bu çalışma '*Obezite Cerrahisi için Başvuran Hastalarda Alkol ve Sigara Kullanımı ile Depresyon İlişkisi*' adlı bilimsel bir çalışmadır. İstanbul Gelişim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında öğrenim gören Ahsen OĞUZ tarafından yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla, Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER danışmanlığında gerçekleştirilmektedir.

Çalışmanın amacı; obezite cerrahisi için başvuran 18 yaş üstü obez bireylerde (BKİ>30) alkol ve sigara kullanımı ve bunun depresyonla ilişkisinin incelenmesidir.

Çalışmada kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma dışında başka amaçlarla kullanılmayacaktır. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz, gönüllülük esastır.

Teşekkürler.

Ahsen OĞUZ

**Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum, araştırmacının anlattıklarını anladım. Bu araştırmaya gönüllü olarak hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.**

**EVET**

**HAYIR**



## EK-B: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1) Doğum Tarihi : \_\_\_\_\_
- 2) Cinsiyet : 1- Kadın 2- Erkek
- 3) Medeni Durumunuz : 1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış/Dul 4- Ayrı yaşıyor
- 4) Eğitim Durumunuz: 1- Okur-yazar değil 2- Okur-yazar 3- İlkokul mezunu  
4- Ortaokul mezunu 5- Lise mezunu 6- Üniversite mezunu
- 5) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır
- 6) Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?  
1- Çok yetersiz 2- Yetersiz 3- Orta 4- İyi 5- Çok iyi
- 7) Kiminle yaşıyorsunuz?: 1- Yalnız 2- Aile 3- Diğer
- 8) Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı?  
1- Var \_\_\_\_\_ (adını yazınız) 2- Yok
- 9) Kullandığımız psikiyatri ilacı var mı?  
1-Var \_\_\_\_\_ (adını yazınız) 2- Yok
- 10) Boyunuz : \_\_\_\_\_ cm
- 11) Kilonuz : \_\_\_\_\_ kg
- 12) Günde kaç öğün besleniyorsunuz? Ana Öğün: \_\_\_\_\_ Ara Öğün: \_\_\_\_\_
- 13) Ailenizde obezite var mı?  
1-Evet 2- Hayır
- 14) Çocukluk döneminde obezite probleminiz var mıydı?  
1-Evet 2- Hayır
- 15) Daha önce obezite ameliyatı oldunuz mu ?  
1-Evet 2-Hayır
- 16) Olmadıysanız obezite ameliyatı olmayı düşünüyor musunuz?  
1-Evet 2- Hayır
- 17) Obezite cerrahisi olmak için herhangi bir obezite merkezine/cerrahi kliniğine başvurunuz var mı?

## EK-C: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

### BECK DEPRESYON ENVANTERİ

#### 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 dikkatle okuyunuz.

**SON BİR HAFTA İÇİNDE (ŞU AN DAHİL)** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

**1- 0.** Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

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

**2- 0.** Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**3- 0.** Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

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

**4- 0.** Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**5- 0.** Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

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

**6- 0.** Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

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

**7- 0.** Kendimden memnunum.

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

**8- 0.** Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

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

**9- 0.** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

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

**10- 0.** Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

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

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

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

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

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

**13- 0.** Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

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

**14- 0.** Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**15- 0.** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

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

**16- 0.** Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

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

**17- 0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

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

**18- 0.** İştahım her zamanki gibi.

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

**19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.

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

**20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

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

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

## EK- D : ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARINI TANIMA TESTİ

### ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARINI TANIMA TESTİ

**1. Alkollü içecekleri ne sıklıkta kullanırsınız?**

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir veya daha az (2) Haftada bir veya daha az  
(3) Haftada 2-4 kez (4) Haftada 5 kez veya daha fazla

**2. Alkol aldığınız zaman günde kaç standart içki içersiniz?**

- (0) 1 (1) 2 (2) 3-4 (3) 5-6 (4) 7 ve daha fazla

**3. Bir seferde 6 veya daha fazla standart içki içme sıklığınız?**

- (0) Hiçbir zaman (1) Bir kezden az (2) Her ay  
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

**4. Geçtiğimiz yıl içinde kaç kez içmeye başladıktan sonra alkol alımını durduramadınız?**

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay  
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

**5. Geçen yıl içinde alkollü içki içmeniz nedeniyle normalde sizden bekleneni yapmakta kaç kez başarısız oldunuz?**

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay  
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

**6. Geçen yıl fazla alkollü içki içtiğiniz bir gecenin sabahında kendinize gelebilmek için alkollü bir içki almanız kaç kez gerekti?**

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay  
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

**7. Geçen yıl kaç kez alkollü bir içki içtikten sonra suçluluk veya pişmanlık duyduğunuz oldu?**

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay  
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

**8. Geçen yıl içinde ne sıklıkta alkollü içki içtiğiniz için ertesi sabah bir önceki gece olanları hatırlayamadınız?**

- (0) Hiçbir zaman (1) Ayda bir kezden az (2) Her ay  
(3) Her hafta (4) Her gün veya yaklaşık her gün

**9. Siz veya bir başkası sizin alkol almanız yüzünden yaralandı mı?**

- (0) Hayır (1) Evet, fakat geçen yıl değil (2) Evet, geçen yıl içinde

**10. Bir arkadaşınız, bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı size alkol almayı kesmenizi önerdi mi?**

- (0) Hayır (1) Evet, fakat geçen yıl değil (2) Evet, geçen yıl içinde

## EK-E: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

### FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ (FBNT)

- 1- Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
  - a. İlk 5 dakika içinde
  - b. 6-30 dakika içinde
  - c. 30-60 dakika içinde
  - d. 1 saatten sonra
  
- 2- Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?  
(kütüphane, sinema, vs.)
  - a. Evet
  - b. Hayır
  
- 3- Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
  - a. Sabah ilk içilen sigara
  - b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar
  
- 4- Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
  - a. 31 ve daha fazla
  - b. 21-30 adet
  - c. 11-20 adet
  - d. 10 ve daha az
  
- 5- Sabahları günün diğer zamanlara göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
  - a. Evet
  - b. Hayır
  
- 6- Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
  - a. Evet
  - b. Hayır

## EK-F: ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ



T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
Etik Kurul Başkanlığı

### ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

**TOPLANTI TARİHİ:** 27.10.2021  
**TOPLANTI SAYISI:** 2021-32

**KARAR NO: 2021-32-12:** Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı 180624083 numaralı Ahsen OĞUZ' un "Obezite Cerrahisi İçin Başvuran Hastalarda Alkol ve Sigara Kullanımı ile Depresyon İlişkisi" konulu çalışması hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 22.07.2021 tarih ve 2021-25 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi. \_\_\_