

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADINLARDA BEDEN KÜTLE İNDEKSİ, DEPRESYON, YEME
DAVRANIŞI VE UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN

ÇİLENAY TATLI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2022

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADINLARDA BEDEN KÜTLE İNDEKSİ, DEPRESYON, YEME
DAVRANIŞI VE UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN

ÇİLENAY TATLI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ ESRA KÖSELER BEYAZ

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Çilenay TATLI tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

Tez Adı: Kadınlarda Beden Kütle İndeksi, Depresyon, Yeme Davranışı ve Uyku Kalitesi İlişkisinin Belirlenmesi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

KÖSELER, AZ, Başkent Üniversitesi
AYR, Başkent Üniversitesi
ÖSE, Başkent Üniversitesi

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih:

İTHAF

Sadece kadınlarla yürüttüğüm bu çalışma;

Sadece kadın olduğu için genç yaşta hayattan, sevdiklerinden ve sevenlerinden koparılan, bana sonuna kadar “güvenmiş” ve beni her zaman desteklemiş olan, tezimin her satırını yazarken manevi varlığını kalbimde hissettiğim biricik arkadaşım ...

Ve onunla aynı kaderi paylaşan tüm kadınlara...



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi sürecinde, değerli bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan, bana ihtiyaç duyduğum her aşamada zaman ayıran, yol gösteren, sabrını, desteğini, ilgi ve anlayışını benden hiçbir zaman esirgemeyen değerli tez danışmanım

Lisans ve yüksek lisans eğitim sürecim boyunca kıymetli bilgileri ile yoluma ışık tutan, akademik ve mesleki hayatım boyunca her zaman örnek alacağım Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik bölümündeki tüm hocalarıma,

Hayatımın her anında olduğu gibi akademik ilerlemem boyunca da yanımda olan, eğitimimi önemseyen, sevgileriyle, ilgileriyle ve varlıklarıyla bana güç ve cesaret aşılayan, yoluma ışık tutan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bana kocaman gelen sorunları küçülten bir yandan da beni büyüten ve bu günlere gelmem için çok büyük emek veren benim ‘‘TATLI’’ aileme,

Hem lisans hem yüksek lisans sürecimde bana yol arkadaşlığı yapan, her daim olduğu gibi bu çalışma boyunca da bana tüm samimiyetleriyle güç veren canım dostlarım

ÖR, P, Elif, ŞİM, Na S ve bu süreçte hep yanımda olan, beni dinleyen, anlayan, destekleyen yoldaşım ve diğer tüm arkadaşlarıma,

Veri toplama sürecinde değerli zamanını ayırarak araştırmama katkı sağlayan katılımcıların her birine

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Tatlı Ç. Kadınlarda Beden Kütle İndeksi, Depresyon, Yeme Davranışı ve Uyku Kalitesi İlişkisinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2022.

Bu araştırma kadın bireylerde beden kütle indeksi (BKİ), depresyon, yeme davranışı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Bu araştırma, Ocak 2022 – Mart 2022 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya gönüllü 22-64 yaş arası 430 yetişkin kadın birey ile çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın anket formu, sosyodemografik bilgiler, fiziksel aktivite alışkanlıkları, sağlık durumu ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin sorular içeren bir form, Hollanda Yeme Davranış Anketi (DEBQ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) 'nden oluşmaktadır. Bireylerin %5.6'sı zayıf, %55.3'ü normal, %39.1'i hafif şişman/obez sınıfındadır. Farklı BKİ grubundaki bireylerin DEBQ toplam, duygusal ve dışsal yeme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0.05$). Bireylerin BDÖ puan ortalaması 12.5 ± 8.58 ve PUKİ toplam puan ortalaması ise 6.5 ± 3.54 'tür. Farklı BKİ grubundaki bireylerin BDÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bireylerin BDÖ puanı ile PUKİ toplam puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0.05$). Bireylerin DEBQ'dan aldıkları toplam puan ile PUKİ'den aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bireylerin BDÖ puanları ile DEBQ toplam puanı, duygusal ve kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Bireylerin BKİ değerleri ile DEBQ toplam puanı, duygusal ve dışsal yeme puanı, BDÖ puanı ve uyku bozukluğu alt ölçeği puanı arasında pozitif; gündüz işlev bozukluğu alt ölçeği puanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Beden kütle indeksi, yeme davranışı, depresyon ve uyku kalitesi gibi faktörlerin birbirleri ile etkileşim içinde olduğuna dair ilişkileri ortaya koyan bu araştırma; bireylerin yeme davranışlarında, depresyon semptomlarında ve uyku kalitesinde yaşanan bozulmaların ilerleyen dönemde obezite riskini arttırabileceğini ve BKİ değerlerindeki bu olası artışın da diğer sağlık risklerindeki artışla sonuçlanabileceğine dair ipuçları sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Beden kütle indeksi, depresyon, yeme davranışı, uyku kalitesi

ABSTRACT

Tatlı Ç. Determination of the Relationship Between Body Mass Index, Depression, Eating Behavior and Sleep Quality in Women. Başkent University Institute of Health Sciences Department of Nutrition and Dietetics, Master's Thesis, 2022.

This research was carried out to determine the relationship between body mass index (BMI), depression, eating behavior and sleep quality in women. This research was carried out by using online questionnaire with 430 women between the ages of 22-64 who volunteered to participate in the research between January 2022 and March 2022. The survey of the study consists of a form containing questions about the sociodemographic information, physical activity habits, health status and nutritional habits, Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), Beck Depression Inventory (BDI) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI). According to the BMI classification, 5.6% of the individuals are underweight, 55.3% are normal, 39.1% are in the overweight/obese group. It was observed that there was a statistically significant difference between the DEBQ total, emotional, and external eating mean scores of individuals in different BMI groups ($p<0.05$). The mean total score of BDI was 12.5 ± 8.58 and the mean total score of PUKI was 6.5 ± 3.54 . There is no statistically significant difference between the mean BDI and PUKI total scores of individuals in different BMI groups ($p>0.05$). A positive and statistically significant relationship was observed between the BDI scores and the total score of PUKI ($p<0.05$). There was no statistically significant relationship between the total scores DEBQ and the total scores PUKI ($p>0.05$). There was a positive and significant relationship between BDI scores and DEBQ total score, emotional and restrictive eating scores ($p<0.05$). There was a positive relationship between the BMI values and the DEBQ total score, emotional and external eating score, BDI score and sleep disorder subscale score. There was a significant negative correlation with the daytime dysfunction subscale score ($p<0.05$). This study reveals the relationships between factors such as body mass index, eating behavior, depression, and sleep quality. It provides clues that the problems in eating behaviors, depression symptoms and sleep quality of individuals may increase the risk of obesity in the future, and this possible increase in BMI values may result in an increase in other health risks.

Key words: Body mass index, depression, eating behavior, sleep quality

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İTHAF.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obezite.....	3
2.1.1. Obezitenin tanımı ve prevalansı.....	3
2.1.2. Obezitenin belirlenmesi.....	3
2.1.3. Obeziteye neden olan faktörler.....	3
2.2. Depresyon.....	4
2.2.1. Tanımı ve sınıflandırması.....	4
2.2.2. Epidemiyolojisi.....	5
2.2.3. Tanılama yöntemleri ve tanı kriterleri.....	5
2.2.4. Depresyon ve beden kütle indeksi ilişkisi.....	6
2.3. Yeme Davranışı ve Bozuklukları.....	7
2.3.1. Duygusal (emosyonel) yeme davranışı.....	8
2.3.1.1. Duygusal yeme davranışını açıklayan kuramlar.....	8
2.3.1.1.1. Psikosomatik kuram.....	8
2.3.1.1.2. Kaplan ve Kaplan'ın obezite kuramı.....	9
2.3.1.1.3. Bruch'ın kuramı.....	9
2.3.1.1.4. Kaçış kuramı.....	10
2.3.1.2. Dışsal yeme davranışı.....	10
2.3.1.3. Kısıtlayıcı yeme davranışı.....	11
2.3.2. Yeme davranışı bozuklukları ve obezite ilişkisi.....	12
2.4. Uyku.....	12
2.4.1. Uyku işlevleri ve gereksinimi.....	12
2.4.2. Sirkadiyen ritim	13

2.4.3. Uyku kalitesini değerlendirirken kullanılan terimler.....	14
2.4.3.1. Uyku periyot süresi.....	14
2.4.3.2. Toplam uyku süresi.....	14
2.4.3.3. Yatakta geçen süre.....	14
2.4.3.4. Alışılmış uyku etkinliği (uyku indeksi).....	14
2.4.3.5. Uyku latansı.....	14
2.4.3.6. Uyku kalitesi.....	14
2.4.4. Uyku kalitesini etkileyen faktörler.....	14
2.4.4.1. Yaş.....	14
2.4.4.2. Cinsiyet.....	15
2.4.4.3. Hastalıklar ve kullanılan ilaçlar.....	15
2.4.4.4. Yaşam tarzı ve çevresel faktörler.....	15
2.4.4.5. Beslenme.....	16
2.4.4.6. Psikolojik faktörler.....	16
2.4.4.7. Fiziksel aktivite.....	16
2.4.4.8. Alkol ve sigara kullanımı.....	17
2.4.5. Uyku ve obezite ilişkisi.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	19
3.2. Araştırma Planı.....	19
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	19
3.3.1. Kişisel özellikler.....	19
3.3.2. Beden kütle indeksi.....	20
3.3.3. Hollanda yeme davranışları ölçeği.....	20
3.3.4. Beck depresyon ölçeği.....	21
3.3.5. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi.....	21
3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	21
4. BULGULAR.....	23
4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri.....	23
4.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	23
4.3. Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumları.....	24
4.4. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları.....	27
4.5. Bireylerin DEBQ Puanlarının Değerlendirilmesi.....	30

4.6. Bireylerin BDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi.....	31
4.7. Bireylerin PUKİ Puanlarının ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi.....	31
4.8. Bireylerin Uyku Kalitelerine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	33
4.9. Bireylerin DEBQ, BDÖ ve PUKİ Puanları Arasındaki İlişki.....	35
4.10. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri, Bazı Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktiviteleri ve Sağlık Durumları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	37
5. TARTIŞMA.....	47
5.1. Bireylerin Demografik Özellikleri.....	47
5.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	47
5.3. Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumları.....	48
5.4. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları.....	48
5.5. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine Göre Yeme Davranışı, Depresyon Durumu ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	49
5.6. Bireylerin Uyku Kalitelerine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	51
5.7. Bireylerin Yeme Davranışı, Depresyon Durumu ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	51
5.8. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	53
5.9. Bireylerin Bazı Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktiviteleri ve Sağlık Durumları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
6.1. Sonuçlar.....	57
6.2. Öneriler.....	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER	
EK 1: Proje Onayı	
EK 2: Anket Formu	
EK 3: Hollanda Yeme Davranışları Anketi (DEBQ)	
EK 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	
EK 5: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1. DSÖ'ye göre beden kütle indeksi sınıflandırması.....	20
Tablo 4.1. Bireylerin demografik özellikleri.....	23
Tablo 4.2. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalamaları.....	24
Tablo 4.3. Bireylerin BKİ sınıflaması dağılımları.....	24
Tablo 4.4. Bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının dağılımı.....	24
Tablo 4.5. Bireylerin haftalık yaptıkları egzersiz türleri ve sıklıkları.....	25
Tablo 4.6. Bireylerin genel sağlık durumları.....	26
Tablo 4.7. Bireylerin BKİ sınıflandırmalarına göre genel beslenme alışkanlıklarının dağılımı.....	28
Tablo 4.8. Bireylerin BKİ sınıflandırmalarına göre uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıklarının dağılımı.....	29
Tablo 4.9. Bireylerin BKİ gruplarına göre DEBQ puan ortalamaları ve standart sapma değerleri.....	30
Tablo 4.10. Bireylerin BKİ gruplarına göre BDÖ puan ortalamaları ve standart sapma değerleri	31
Tablo 4.11. Bireylerin BKİ gruplarına göre PUKİ puan ortalamaları ve standart sapma değerleri.....	32
Tablo 4.12. Bireylerin uyku kalitelerinin dağılımı.....	32
Tablo 4.13. Bireylerin uyku kalitelerine göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı....	34
Tablo 4.14. Bireylerin uyku kalitelerine göre uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıklarının dağılımı.....	35
Tablo 4.15. Bireylerin PUKİ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki	36
Tablo 4.16. Bireylerin PUKİ ve DEBQ puanları arasındaki ilişki	37
Tablo 4.17. Bireylerin DEBQ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki	37
Tablo 4.18. Bireylerin yaş, ağırlık, boy uzunluğu ve BKİ değerleri ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki	39

Tablo 4.19. Bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki	40
Tablo 4.20. Bireylerin tanısı konmuş hastalık durumu ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki	42
Tablo 4.21. Bireylerin düzenli ilaç kullanma durumu ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki	43
Tablo 4.22. Bireylerin su tüketimi, ana ve ara öğün sayıları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki	44
Tablo 4.23. Bireylerin öğün atlama alışkanlıkları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki.....	46



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

APA	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	beden kütle indeksi
DEBQ	Dutch Eating Behaviour Questionnaire (Hollanda Yeme Davranışı Anketi)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KNHANES	Korea National Health and Nutrition Examination Survey (Kore Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması)
MDB	major depresif bozukluk
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
SCN	suprachiasmatic nucleus (suprakiazmatik çekirdek)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UUV	Ulusal Uyku Vakfı

1. GİRİŞ

Günümüzde hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi kronik hastalıklar için büyük bir risk faktörü olarak görülen ve bu yönü ile yaşam süresini ve kalitesini azaltan obezitenin prevalansı ülkemizde ve tüm dünyada artış göstermektedir (1,2). Obezite genetik ve çevresel pek çok risk faktörüne sahiptir. Yapılan çalışmalarda, yetersiz ve dengesiz beslenme, sorunlu yeme davranışları, fiziksel aktivitede yetersizlik, uyku bozuklukları, duygu durumundaki değişiklikler gibi psikolojik ve davranışsal pek çok süreç bireylerin beden kütle indeksi (BKİ) ile ilişkili bulunmuştur (3-7).

Obezite günümüzde, psikosomatik bir bozukluk, başka bir deyişle psikolojik faktörlerin neden olduğu bir hastalık olarak kabul edilmektedir (8). Aynı zamanda obezite, depresyon başta olmak üzere sosyal, duygusal ve davranışsal sorunlara yol açan kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (9,10). Bu açıdan obezite ile duygusal ve davranışsal süreçleri etkileyen depresyon arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu fikri ön plana çıkmıştır. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 59.000 kişiyle yaptığı bir meta-analiz çalışmasında (2019), obezitenin depresyon riskinde yükselmeye neden olduğu ve depresyonun da obezitenin gelişme olasılığını arttırdığı bulgusuna ulaşılmıştır (11).

Yeme davranışında meydana gelen bozulmalar da obezite başta olmak üzere pek çok kronik hastalığa neden olabilmektedir (12,13). Kronik hastalıkların son yıllarda ülkemizde ve tüm dünyada artış göstermesi ile yeme davranışındaki sorunlar da dikkat çekici hale gelmektedir. Bu açıdan, obezite sıklığındaki artışın ve bu artışın beraberinde getirdiği kronik hastalıkların önlenmesinde yeme davranışında meydana gelen bozuklukları tanımlamak önem teşkil etmektedir.

Bireylerin iyi oluş hallerini ve yaşam kalitelerini etkileyen yaşamsal faaliyetlerden biri olan uyku, sadece temel bir gereksinme değildir. Bu sağlık değişkeninde yaşanan sorunlar obezite için bir risk faktörü olarak görülmektedir (14). Uyku süresi ve kalitesinin öğrenme, bellek gibi bilişsel süreçlerin yanında metabolik ve endokrin sistem fonksiyonlarını etkilediği bilinmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar, uyku süresindeki kısalmanın nöro hormonal dengeyi bozarak bireyin ağırlık kazanmasına ve obezite riskinde artışa neden olduğunu belirtmektedir (15,16). Diğer yandan, Soares ve ark. (17) yaptıkları bir araştırmada, obez bireylerin normal beden kütle indeksindeki bireylere göre daha sık uyku sorunu yaşadığı ve uyku kalitelerinin daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde,

obezitenin uyku bozukluğu sonucu görülen en önemli hastalık olduğu ve bu iki değışken arasında çift yönlü bir etkileşim bulunduğu belirtilmektedir (18).

Literatür; biyolojik, genetik ve sosyoekonomik faktörler nedeniyle depresyon, uyku sorunları ve dolayısıyla sorunlu yeme davranışları açısından kadınların, erkeklere göre daha duyarlı olduğunu belirtmektedir. Bu farklılık, kadınların obezite açısından erkeklere göre daha büyük bir riske sahip olduğunu düşündürmektedir.

Tüm bu bulgular ışığında bu çalışma, yetişkin kadın bireylerde beden kütle indeksi, depresyon durumu, yeme davranışı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Obezitenin tanımı ve prevalansı

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal ya da aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır (19). Günümüzde hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi kronik hastalıklar için yüksek bir risk faktörü olarak görülen ve bu yönü ile yaşam süresini ve kalitesini azaltan obezitenin prevalansı ülkemizde ve tüm dünyada artış göstermektedir (1,2). DSÖ, 2016 yılında dünya genelinde 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %39'unun aşırı kilolu, %13'ünün ise obez olduğunu belirtmiştir (19). Ülkemizde obeziteye ilişkin en kapsamlı çalışmalardan biri olan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II)'nda ise genel toplumdaki obezite sıklığı %35 olarak bulunmuştur (20). Son yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) raporuna göre ise çalışmaya dahil edilen 19-64 yaş arası tüm bireylerin %36.9'unun fazla kilolu, %28.4'ünün obez ve %3.8'inin ise morbid obez olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (21). Ayrıca obezitenin hem kadınlarda hem de erkeklerde 20-24 yaş grubundan itibaren 50-54 yaş grubuna kadar sürekli artış gösterdiği bilinmektedir (22).

2.1.2. Obezitenin belirlenmesi

Obezite varlığını ve derecesini belirlemek için kullanılan en yaygın ve basit yöntem beden kütle indeksi (BKİ)'dir. Vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine oranı ile BKİ elde edilir [$BKİ = \text{Vücut Ağırlığı (kg)} / \text{Boy uzunluğu (m}^2\text{)}$]. BKİ, obezitenin saptanmasında kullanılan en temel yöntem olmasına rağmen vücudun kas, yağ ve su dağılımını dikkate almaz. Bu yüzden bu değere alternatif olarak farklı fiziki ölçümler de kullanılmaktadır. Bel çevresi, kalça çevresi, uyluk çevresi, baldır çevresi, üst orta kol çevresi, bel kalça oranı ve bel boy oranı gibi antropometrik ölçümlere ek olarak triceps, biceps, subscapular ve suprailiac deri kıvrım kalınlıkları gibi fiziki ölçümler de obezitenin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (23,24).

2.1.3. Obeziteye neden olan faktörler

Obezite genetik ve çevresel pek çok risk faktörüne sahiptir. Yapılan çalışmalarda yetersiz ve dengesiz beslenme, sorunlu yeme davranışları, fiziksel aktivitede yetersizlik,

uyku bozuklukları, duygu durumundaki değişiklikler gibi psikolojik ve davranışsal pek çok süreç bireylerin beden kütle indeksi ile ilişkili bulunmuştur (4-8).

2.2. Depresyon

2.2.1. Tanımı ve sınıflandırması

Duygu durum bozuklukları; aylarca sürebilen, kişinin işlevselliğini etkileyen, dönem dönem tekrar etme eğilimi olan sendromlardır (25). Bu tür bozuklukların klinik seyrini ifade eden sendromlardan biri ise depresyondur. Günümüzde depresyon, önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur (26). Görülme sıklığı zaman içinde artış göstermekte ve özellikle 50 yaşından genç olan bireyleri oldukça büyük ölçüde etkilemektedir (26,27). Herkesin hayatının belli bir döneminde depresyonla karşılaşması ve bu yaygınlığı nedeniyle depresyon, “psikopatolojinin nezlesi” şeklinde de tanımlanmaktadır (28).

Depresyon yaşamdan zevk alamama, enerji azlığı, eskiden ilgi duyulan şeylere karşı ilginin azalması veya kaybı, konsantrasyon bozukluğu ve dikkat eksikliği, değersiz, umutsuz ve suçlu hissetme, intihar düşünceleri, uyku ve iştah değişimleri, psikomotor becerilerde yavaşlama, ajite olma ve cinsel istekte azalma gibi duygusal, bilişsel ve fiziksel pek çok belirtille kendini göstermektedir (29). Depresyonun tanı kriterleri arasında klasik olarak vücut ağırlığının azalması ile sonuçlanan iştah kaybı gözlenmesine rağmen bir alt tipi olan “atipik depresyonda” ise tersine bireylerin iştahı artmakta ve vücut ağırlığı artışı izlenmektedir (30).

Depresyon aslında kendi başına bir hastalık olarak kabul edilmeyip beraberinde getirdiği hastalık grupları ile bir bütün olarak ele alınmaktadır (26). Psikiyatrik hastalıkların ve bozuklukların sınıflandırılmasında kullanılan en yaygın sınıflandırma sistemi olan DSM-V’e göre depresyon bozuklukları aşağıdaki alt gruplardan oluşmaktadır (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) (31):

1. Majör (Yeğın) Depresif Bozukluk (MDB)
2. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
3. Yıkıcı Duygu Durumu Düzenleyememe Bozukluğu
4. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu
5. Maddenin / İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
6. Bir Başka Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

7. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

8. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.2.2. Epidemiyolojisi

Depresyon, dünya genelinde psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen bozuktur (32). Her yaş grubundan bireyde gözlenebilmekte fakat 25-44 yaş arası yetişkin bireylerde daha sık karşılaşılmaktadır. Yapılan farklı çalışmalarda yaşam boyu majör depresyon yaygınlığının %1.5-%19.6 olduğu görülmüştür (33,34). Ülkemizdeki depresyon görülme sıklığı %8-20 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’deki yıllık depresyon görülme sıklığı ise erkeklerde %3, kadınlarda %8 olarak saptanmıştır (35).

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalar incelendiğinde varılan ortak sonuç, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğu şeklindedir. Çeşitli çalışmalarda biyolojik, genetik ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak kadınlarda MDB riski erkeklerin 2 katı olarak gözlenmiştir (33,36,37,38). Depresyon yaygınlığının küresel çaptaki seyrine bakıldığında, 2020’li yıllarda bireysel açıdan anlama, kavrama, düşünme gibi zihinsel becerilerin kaybı ve toplumsal açıdan iş gücündeki azalma gibi olumsuz sonuçlara neden olması yönüyle tüm tıbbi hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (36,39).

2.2.3. Tanılama yöntemleri ve tanı kriterleri

Psikiyatri kliniklerinde en sık karşılaşılan tanı grubunun depresyon olması nedeniyle bu konu bilimin odak noktalarından biri olmuştur (40). Depresyonun şiddetinin ve özelliklerinin konu edinildiği çalışmalarda bir standart oluşturabilmesi için ‘klinikyenin bireyi değerlendirdiği’ ve ‘bireyin kendini değerlendirdiği’ olmak üzere farklı tipte ölçekler geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır (41).

Türkiye’de kullanılan, güvenirlik ve geçerliliği yapılmış bazı depresyon değerlendirme ölçekleri ise şunlardır: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Montgomery-Asberg Derecelendirme Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği. Depresyonu değerlendirmede kullanılan ölçeklerinin tümünün güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmanın amacına ve belirlenen çalışma grubuna yönelik en uygun ölçeğin seçilmesi önem taşımaktadır (42).

Uluslararası anlamda en çok kabul gören sınıflandırma, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin sınıflandırma sistemi olan DSM'dir (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı). Belli zaman aralıklarında APA tarafından güncellenen DSM kılavuzu DSM-5 versiyonu ile 2013 yılında yayınlanmıştır (31).

DSM-5'e göre Majör Depresyon Bozukluğu (MDB)'nin tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Günlerce ya da günün büyük bir kısmında görülen depresif ve çökkün duygu durum
- Sosyal aktivitelere ve günlük etkinliklere olan ilgi azlığı ve zevk alamama
- Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma
- Vücut ağırlığı kaybetmeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) ağırlık kaybetme ya da ağırlık kazanma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da yeme isteğinde azalma/artma
- Değersizlik ve suçluluk duyguları
- Psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama
- Bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
- Düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
- Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi (31).

2.2.4. Depresyon ve beden kütle indeksi ilişkisi

Günümüzde obezite, psikosomatik bir bozukluk, başka bir deyişle psikolojik faktörlerin neden olduğu bir hastalık olarak kabul edilmektedir (8). Aynı zamanda obezite, depresyon başta olmak üzere sosyal, duygusal ve davranışsal sorunlara yol açan kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (9,10). Bu açıdan obezite ile duygusal ve davranışsal süreçleri etkileyen depresyon arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu fikri ön plana çıkmıştır. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 59.000 kişiyle yaptığı bir meta-analiz çalışmasında (2019), obezitenin depresyon riskinde yükselmeye neden olduğu ve depresyonun da obezitenin gelişme olasılığını arttırdığı bulgusuna ulaşılmıştır (11).

Yetişkin bireylerde depresyon ve obezite arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, sosyodemografik özellikler ve aşırı yeme davranışı gibi faktörlerin yanı sıra

negatif sözlü yorumlar, fiziksel aktivite yetersizliği, metabolik ve fizyolojik süreçler gibi faktörlerin de bu iki değişken arasındaki etkileşimde aracı rolü olabileceği belirtilmiştir (43).

Obeziteye sahip kadın bireylerle yürütülen bir araştırmada, bireylerin çevrelerinden gelen negatif sözlü yorumlar karşısında fiziksel görünümünden memnuniyetsizlik duyduğu, öz saygılarının azaldığı ve daha depresif hissettikleri belirlenmiştir (44).

Babyak ve ark. (45) yaptığı bir çalışmada, depresif bireylerin fiziksel olarak daha inaktif olduğunu göstermekte ve duygu durum düzenlemenin bir yolu olarak fiziksel aktivitenin etkili olabileceğini belirtmektedir. Fiziksel olarak daha aktif olan bireylerde ise obezite sıklığı daha düşüktür. Çünkü fiziksel aktivite hem depresyon ve hem de obezite etiyolojisinde önleyici bir faktör olarak görülmektedir.

Metabolik ve fizyolojik süreçler de obezite ve depresyon etkileşiminin önemli bir belirleyicisidir. Yapılan bir araştırmada stres ve depresif durum sırasında salgılanan kortizol oranı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (46). Böbrek üstü bezleri tarafından salgılanan kortizol hormonu, kan glikozuna ve insülin salınımına etki etmektedir. İnsülin, kanda düzeyi artan glikozun hücre içine girmesini ve enerjiye dönüşmesini sağlamaktadır. Enerjiye dönüştürülemeyen glikoz ise yağa çevrilerek depolanmaktadır. Bu nedenle kortizol hormonunun yüksek oranda ve uzun süreli salgılandığı durumlarda beden kütle indeksinde artış gözlenmektedir (43).

2.3. Yeme Davranışı ve Bozuklukları

Beslenme ihtiyacı, bireyin dünyaya geldiği andan ölümüne kadar geçen sürede biyolojik ihtiyacını karşılamak ve hayatta kalmak amacıyla gereksinim duyduğu yaşamsal bir zorunluluktur. Bu ihtiyaç, yaşamın başlangıcında dürtüsel olarak anne sütü aracılığıyla karşılanmaktadır. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde ise yeme davranışı; genetik yatkınlık, hormonlar gibi biyolojik faktörlerin; medyanın etkisi, kültürel ve dini inanışlar gibi sosyokültürel faktörlerin ve duygusal durum, beden algısı ve geçmiş deneyimler gibi psikolojik faktörlerin etkisiyle basit bir ihtiyaç olmaktan uzaklaşarak karmaşık süreçlerden etkilenen biyopsikososyal bir davranış haline gelmektedir (47).

Bireyin sahip olduğu ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle pek çok faktörden etkilenen yeme davranışı kişiden kişiye farklılık gösterebilmekte ve zaman içinde bozulabilmektedir. Yeme davranışında meydana gelen bozulmalar, başta obezite olmak üzere kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, kanser, solunum sistemi

hastalıkları, eklem hastalıkları, osteoporoz vb. hastalıklara neden olabilmektedir (12,13). Tüm bu kronik hastalıkların son yıllarda ülkemizde ve tüm dünyada artış göstermesi ile yeme davranışındaki sorunlar daha dikkat çekici hale gelmiştir. Bu açıdan, obezite sıklığındaki artışın ve bu artışın beraberinde getirdiği kronik hastalıkların önlenmesinde yeme davranışında meydana gelen bozuklukları tanımlamak önem teşkil etmektedir.

2.3.1. Duygusal (emosyonel) yeme davranışı

Ruh ve bedenin birbirleriyle iç içe geçmiş halde bulunduğu ve organizmanın bir bütün olduğu kabul edilirse ruhsal değişimler, bedensel ve davranışsal işlevleri de etkilemektedir. Bu açıdan bireylerde duygusal durum ve yeme davranışı arasında çift yönlü bir ilişki bulunduğu ve yeme davranışının olumlu ve olumsuz pek çok duyguya göre değiştiği kabul edilmektedir (48).

2.3.1.1. Duygusal yeme davranışını açıklayan kuramlar

2.3.1.1.1. Psikosomatik kuram

Duygusal yeme, Psikosomatik Kuram’ da temellenir. Bu kurama göre bireyler öfke, korku, üzüntü, tedirginlik, depresyon, kaygı gibi olumsuz duygulara yanıt olarak yemek yerler (49). Bu aslında bireylerin olumsuz duygularla başa çıkabilmek amacıyla eğilim gösterdiği bir başa çıkma davranışdır. Bu durumda kişi fizyolojik olarak bir açlık halinde olmasa bile besin almaya ihtiyaç duymaktadır (50).

Bireylerin duygu durumlarının yeme davranışlarını etkilemesi konusu ile ilgili yapılan birçok çalışma bulunmaktadır (51,52,53,54,55,56). Bu çalışmalar özellikle depresyon, stres ve negatif duygu durumunun besin alımı miktarını ve yemek yeme sıklığını hem arttırabileceğini hem de azaltabileceğini ifade etmektedir.

Yapılan bir araştırmada, duygusal iştah anketine göre bireylerin olumlu ve olumsuz duygulara sahip olduğundaki iştah durumları ile bireylerin depresyonda olup olmama durumları arasında önemli bir fark saptanmıştır (57). Depresyonun duygusal yeme ile olan bu bağlantısı göz önüne alındığında, depresif semptom düzeyinin bireylerde vücut ağırlığı artışına sebep olduğu fikri ortaya konmuştur (58). Siegel ve ark. (59), kadın katılımcılarla yürüttükleri bir çalışmada, bu fikri destekler nitelikte, obezitenin depresyon semptomları ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır.

2.3.1.1.2. Kaplan ve Kaplan'ın obezite kuramı

Obez bireylerin anksiyete ve depresyon durumları ile yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayan bir diğer teori ise ‘‘Kaplan ve Kaplan’ın Obezite Kuramı’’dır (60). Bu kurama göre obez bireyler gergin ve sıkıntılı hissettiklerinde kaygılarını azaltmak için aşırı yemektirler. Yeme davranışının anksiyeteyi hangi mekanizmayla azalttığı tam olarak belirlenememiştir. Fakat protein ve karbonhidrat tüketiminin beyinde serotonin gibi nörotransmitterlerin sentezi üzerine etki edebileceği üzerinde durulmuştur (30).

Bireylerin erken yaşta, beslenme davranışı ve açlık-tokluk sinyalleri ilişkisini öğrenmiş olmaları bu teorinin temelini oluşturmaktadır. Açlık ve anksiyete kavramlarını birbirinden ayırt edememek ve duygu durumuna bağlı olarak yeme davranışına yönelmek, bireylerin anksiyeteyi azaltan tekrarlayıcı bir aşırı yeme davranışı göstermesine neden olmakta ve bu durum obeziteye yol açmaktadır (61).

Mc Crone ve ark. (62) erken başlangıçlı obezitesi olan kadınlarla yaptıkları çalışma ile olumsuz duygulanıma yanıt olarak yeme davranışının daha sık olduğunu göstermiştir. Bir başka araştırmada ise duygusal yeme davranışı, vücut ağırlığı kontrolü düşük ve beden kütle indeksi yüksek olan bireylerde daha sık olarak gözlenmiştir (63).

2.3.1.1.3. Bruch’ın kuramı

Bu kuram, açlığın sadece içgüdülerden kaynaklanmadığını aynı zamanda öğrenilmiş bir yaşantı olduğunu vurgulamakta ve obez bireylerin beslenme gibi bedensel ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik olan geçmiş deneyimlerini hatalı olarak değerlendirmektedir (64).

Erken döneme ait hatalı ve karışık yaşantılar açlık ve tokluk hissini tanımlama ile ilgili becerilerin iç içe geçmesine neden olur. İlerleyen dönemlerde de bu bireyler açlıklarını ve tokluklarını algılayamaz ve aynı zamanda beslenme isteklerini olumsuz duygu ve hislerden ayıştıramaz hale gelirler. Bu kişiler içsel ipuçlarına karşı bir farkındalığa ve doğru bir içsel strateji yürütme becerisine sahip olmadığı için yeme davranışlarının zamanı ve yemeleri gereken miktarla ilgili dışsal ipuçlarına ihtiyaç duyarlar (30).

Kurama göre, bu durumun bir sonucu olarak bireyler duygusal bir zorlanma içinde olduklarında aşırı yeme davranışına yönelirler (64). Bu nedenle Kaplan’ın ve Bruch’ın kuramlarının ortak çıkarımı obez bireylerin olumsuz duygusal durumlara yanıt olarak yemek yediği yönündedir (30).

2.3.1.1.4. Kaçış kuramı

Duygusal yeme davranışını açıklayan bir diğer kuram ise Kaçış Kuramı'dır. Bu kurama göre olumsuz yönde farkındalık oluşturan ortamlardan bir kaçış yöntemi olarak emosyonel aşırı yeme kullanılmaktadır (65). Kuram bu davranışın farkındalığa etki edebilecek özelliği olan ve bireyin benlik bileşenlerinden biri olan egosunu tehdit eden uyaranlardan uzaklaştırma, kaçış sağlama ve dikkati başka yöne kaydırma gibi nitelikleri olduğunu ifade etmektedir. Bu görüşe göre olumsuz duygular sırasında ve benliğin tehdit edildiği durumlarda benlik bir savunma mekanizması olarak bireyi kaçışa yöneltir. Emosyonel yiyiciler de bu farkındalıktan kaçmak için dikkati dış uyaranlara yöneltir ve bu yönelim aşırı yeme ile sonuçlanır. Literatürde farkındalıktaki yükselmenin aşırı yeme ile ilişkili olduğu bir araştırma da bulunmaktadır (66).

2.3.1.2. Dışsal yeme davranışı

Dışsal yeme, bireylerin dışsal uyaranlara bağlı olduğunu ve bu nedenle besine dair dışsal ipuçlarına daha duyarlı olduğunu öne süren Dışsallık Teorisi (Schachter'ın İçsel Dışsal Obezite Kuramı)'ne dayanmaktadır (67). Bruch'ın kuramına benzer olarak bu kuram da açlık yaşantısının fizyolojik olmasının yanı sıra öğrenilmiş olabileceğini ama obez bireylerde öğrenilemediğini ifade etmektedir. Normal vücut ağırlığındaki bireylerde kaygı ve korkunun fizyolojik belirtileri besin alımını azaltıcı etkiye sahiptir. Fakat obez bireylerde içsel ipuçlarına karşı bir duyarsızlık olduğundan bu durum gerçekleşmez. Normal kilolu bireylerde stres ve olumsuz duygu durumu sırasında mide kasılmaları ve açlık hissinin azalmasına bağlı olarak yeme davranışı azalırken obez bireyler içsel fizyolojik uyarıcıları algılayamadıkları için süreç bu şekilde gerçekleşmez.

Araştırmalar, besinlerin duygusal etkilerinin obez bireylerde normal BKİ'ye sahip olan bireylere göre daha belirgin olarak kendini gösterdiğini belirtmektedir (68,69). Bir diğer deyişle obez kişiler dışsal gıda uyaranlarına, normal kiloda olanlara göre daha hassastır. Fizyolojik bir açlık olmadan da ortamdaki besinin kokusu, görünüşü, lezzeti gibi dışsal özelliklerine karşı var olan yüksek duyarlılık sonucu yeme eğilimi gösterirler (70). Bu kişilerde yeme davranışı, dışsal uyaranlara karşılık olarak başlar ya da sonlanır (67).

Dışsal Yeme Teorisi'nde Psikosomatik Teori'de olduğu gibi bireyler kendilerine ait içsel ipuçlarına (açlık ve tokluk) karşı duyarlı değildir. Fakat Psikosomatik Kuram'da, duygusal yemesi olan bireylerde, dışsal bir uyarıya cevap olarak değil kişinin kendi emosyonlarında meydana gelen değişikliğe karşı bir yanıt olarak yeme davranışı başlar. Bu

açından iki teori birbirinden farklılık göstermektedir (47). Dışsal yemesi olan bireylerde ise, besinin kokusu ve görünüşü gibi uyarana maruz kalma durumunda yüksek yanıt verme davranışı gerçekleşir ve bu bireyler sadece dışsal ipuçlarından oldukça yüksek düzeyde etkilendikleri için aşırı yemeye başlarlar (71).

Psikosomatik Kuram ve Dışsal Yeme Kuramı farklılıklarının yanında, aşırı yemenin etiyojisi ile ilgili benzer düşünceleri paylaşmaktadır. Her iki teorinin ortak noktasında, duygusal ve dışsal yeme davranışı gibi sorunlu yeme davranışları, diyetten kaynaklanmaktan ziyade diyet sürecinden önce gözlenmektedir. Bu gözlem, aşırı yemenin diyetten kaynaklandığını varsayan Kısıtlayıcı Yeme Davranışı Teorisi'nin tersidir (72).

2.3.1.3. Kısıtlayıcı yeme davranışı

Kısıtlama Teorisi, Herman ve Mack tarafından (1975) tanımlanan (73) ve Herman ve Polivy tarafından (1980) genişletilen bir teoridir (74). Bu teoriye göre; yeme davranışının belirleyicileri kısıtlama davranışı, besinlere karşı duyulan yoğun istek ve bu isteğe karşı direnme çabasıdır.

Kısıtlayıcı yeme davranışında kişi, besinlere karşı yoğun bir istek duyarken aynı zamanda ihtiyacı olan kadar besini tüketmek yerine yediklerinin miktarını azaltma eğilimi gösterir. Bu kısıtlama davranışı, besinlere karşı duyulan arzuya direnme ile ilişkili olan bilişsel bir çabadır ve bu davranış daha düşük vücut ağırlığı ve daha sağlıklı gıda alımı ile ilişkilendirilmektedir (75).

Bazı kaynaklarda, yağ dokusundaki azalış sonrasında ağırlığı korumaya yönelik olarak çeşitli fizyolojik ve psikolojik mekanizmaların devreye girdiğinden bahsedilmektedir (76). Söz konusu düşünce ışığında, kısıtlayıcı yeme davranışı, ağırlık artışı kaygısıyla yapılan aşırı kısıtlayıcı diyetle, beslenme örüntüsünün anksiyete, depresyon gibi durumlar nedeniyle bozulup aşırı yemeye yönelme riskini beraberinde getirmektedir.

Kısıtlayıcı Yeme Davranışı Teorisi'nin içinde yer alan "disinhibisyon hipotezi"ne göre ise kısıtlayıcı şekilde beslenen bireylerin kendilerini kontrol etme becerileri anksiyete ve depresyon gibi güçlü emosyonel durumlar, aşırı yediğine dair gelişen bir algı ve alkol tüketimi gibi bazı durumlarda bozulmaktadır. Bu nedenle kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenler, stresli bir durumla karşılaştıklarında kısıtlama yapmayanlara göre aşırı yemeye daha fazla eğilimlidir (74). Bu yönüyle yeme davranışları içinde kısıtlama kavramı, başta

obezite ve tıknırcasına yeme olmak üzere yeme patolojilerinin etiyolojik faktörleri arasındadır ve sorunlu bir davranış olarak kabul edilmektedir (72).

2.3.2. Yeme davranışı bozuklukları ve obezite ilişkisi

Emosyonel durumlara ya da dışsal tetikleyicilere yanıt olarak yeme davranışı göstermek ve beslenme düzeninde ya da diyet sürecinde kısıtlama yapmak gibi bozulmuş yeme davranışlarının yanında obezitede de rol oynayan kavram tıknırcasına yeme davranışdır. Tüm bu yeme davranışı sorunlarının yanı sıra obezitenin meydana gelmesinin, gelişmesinin ve sürdürülmesinin ortak paydasında yer alan bu kavram, DSM’de de bahsedildiği üzere depresyon ve anksiyete gibi zorlayıcı psikolojik nedenler sonucunda tetiklenebilmektedir (30).

Duyguların yeme davranışı üzerindeki etkisi göz önüne alındığında bazı bireylerin olumsuz duygularla başa çıkabilmek için bu davranışa yöneldiği bilinen bir gerçektir. Depresyon ve yalnızlık (77), öfke (78), can sıkıntısı (79), kaygı ve stres (66) gibi olumsuz duygular karşısında obez bireylerin gıda alımında bir artış görülürken aksine normal kilodaki bireylerde bu tür olumsuz duygulara cevaben gıda alımında azalma olduğu varsayılmaktadır. Yapılan çalışmalarda da obez bireylerde yüksek oranda depresyona rastlanmaktadır (80,81,82,83,84,85). Bu durum obez bireylerin duygusal yeme davranışına yönelmelerinin arkasındaki neden olarak yorumlanmaktadır (60).

2.4. Uyku

Günlük yaşamsal faaliyetlerinden biri olan uyku temel fizyolojik gereksinmelerinin başında yer almaktadır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları nedeniyle tüm yaş gruplarında sağlık ve yaşam kalitesi açısından önemlidir. Sağlıklı bir yetişkin birey, gününün ve ömrünün yaklaşık olarak 1/3-1/4’ünü uykuda geçirmektedir (86,87). Bu nedenle bireylerin iyi oluş hallerini ve yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir sağlık değişkeni olarak görülmektedir (14).

2.4.1. Uyku işlevleri ve gereksinimi

Vücudun kendini yenilemesi, beyin faaliyetlerinin düzenli şekilde sürdürülmesi, hücrelerin tamir edilmesi, hafıza fonksiyonlarının düzenlenmesi, öğrenmenin sağlanması açısından yeterli ve kaliteli uyku oldukça önemlidir (14). Çünkü uyku, vücut için sadece bir dinlenme dönemi değil; aynı zamanda bedenin ve zihnin yaşama tekrar hazırlanmasına yardım eden bir yenilenme dönemidir. Uyku sırasında büyüme hormonu salgılanmasında ve

protein sentezinde artış yaşanırken metabolizmada, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi aktivitesinin hızında yavaşlama gözlenmektedir. Yaşanan bu fizyolojik değişimler vücudun dinlenmesine ve hücre yenilenmesine katkıda bulunan anabolik faaliyetlerdir (86).

Literatür uyku süresinin obezite başta olmak üzere diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, depresyon ve mortalite riskinde artış gibi sağlık sorunları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bireylerin uyku gereksinimi; yaş, beslenme alışkanlıkları, sağlık durumu, çevresel ve kişisel farklılıklara göre değişiklik göstermektedir (88). Ulusal Uyku Vakfı (UUV), genel sağlık ve esenlik durumuna ek olarak bilişsel, duygusal ve fiziksel sağlığı da dikkate alarak yetişkin bireyler için uygun uyku süresini günde 7-9 saat arası olarak önermektedir (89).

2.4.2. Sirkadiyen ritim

Davranışsal ve fizyolojik pek çok sürece yaklaşık olarak 24 saatte bir tekrar eden ritim olan sirkadiyen sistem aracılık eder (90). Sirkadiyen ritim bir çeşit biyolojik saattir ve hipotalamusun ön kısmında bulunan suprakiazmatik çekirdek (SCN) tarafından düzenlenir. Aynı zamanda SCN'yi oluşturan hücrelerin benzerleri karaciğer ve bağırsak gibi periferik hücrelerde de bulunmaktadır (91). Merkezi sinir sistemindeki ve periferdeki bu hücreler glikoz, aminoasit ve kolesterol metabolizması gibi süreçlerde yer alan enzimlerin ekspresyonu ve bu enzimlerin aktivitesinin regülasyonunda görev alarak besinlerin metabolize edilmesi ve enerji homeostazının sağlanması gibi sayısız fizyolojik süreci kontrol etmek için birlikte çalışmaktadır (92).

Bununla birlikte sirkadiyen ritim birçok fizyolojik ve psikolojik etkiye sahip olup gün içerisinde uyku-uyanıklık döngüsü, kalp hızı, vücut ısısı ve kan basıncı regülasyonu, kişisel çalışma performansı, duygu durum değişiklikleri, melatonin, büyüme hormonu, kortizol ve nörotransmitter sekresyonu gibi hücresel ve sistemsel bazdaki süreçleri yöneterek uygun yanıtlar sunabilmektedir (93,94). Sirkadiyen ritimdeki ve dolayısı ile uyku döngüsündeki bozulmalar uyku kalitesini olumsuz etkileyerek fizyolojik ve mental süreçlerin düzgün işleyememesine neden olmaktadır (94). Tüm bu işlevler açısından değerlendirildiğinde, araştırmalar, sirkadiyen ritimdeki koordinasyonun aksaması ile hormon dengesizlikleri, artan kronik hastalık riski ve azalan yaşam süresinin ilişkili olduğunu ifade etmektedir (95).

2.4.3. Uyku kalitesini değerlendirirken kullanılan terimler

2.4.3.1. Uyku periyot süresi: Bireyin uykuya başladığı an ile sabah yataktan çıkmadan önceki uyanışına kadar geçen süredir (87).

2.4.3.2. Toplam uyku süresi: Gece boyunca yaşanan uyanıklık süresinin uyku periyot süresinden çıkarılması ile elde edilen süredir (87).

2.4.3.3. Yatakta geçen süre: Bireyin uyumaya hazır olduğu andan sabah uyandığı ana kadar geçen süredir (87).

2.4.3.4. Alışılmış uyku etkinliği (uyku indeksi): Toplam uyku süresinin yatakta geçen süreye oranlanması ile elde edilen değerdir (87).

2.4.3.5. Uyku latansı: Bireyin uykusunun gelip yatağa girmesinden uykunun başlamasına kadar geçen süredir (87).

2.4.3.6. Uyku kalitesi: Bireyin uyandıktan sonra yeni gün için hazır ve zinde hissetmesi olarak tanımlanabilen uyku kalitesi birçok hastalığın belirtisi ya da sebebi olması açısından ve uyku ile ilgili yakınmaların yaygınlığından dolayı oldukça önemlidir (96,97). Uyku latansı, uyku indeksi, uyku süresi ve gece boyunca uyanma sayısı gibi ölçülebilen nicel değerlerin yanı sıra uykunun dinlendiriciliği ve derinliği gibi öznel değerlendirmeleri de içermektedir (96).

2.4.4. Uyku kalitesini etkileyen faktörler

Uyku kalitesi; bireyin yaşı, cinsiyeti, beden kütle indeksi, fiziksel aktivitesi, sahip olduğu hastalıkları, beslenme durumu, çevresel koşulları, yaşam tarzı, kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol tüketme durumu gibi pek çok faktör tarafından etkilenebilmektedir (98).

2.4.4.1. Yaş

Bireyin uyku kalitesi de uyku gereksinimi gibi yaşa bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Yaş faktörü bireyin uyku örüntüsünün önemli belirleyicilerinden biridir. Bebeklik ve çocukluk döneminde bireylerin uykuya daha çok ihtiyaı varken ilerleyen yaşlarda uykuya olan ihtiyaç azalış göstermektedir (99). Uykuda geçirilen ortalama sürenin yeni doğanlarda yaklaşık 16 saat, ergenlik ve yetişkinlikte ortalama 8-10 saat ve yaşlılıkta ise yaklaşık 6 saat olduğu ifade edilmektedir (99,100).

2.4.4.2. Cinsiyet

Uyku sorunları kadınlarda erkeklerden daha sık gözlenmektedir. Bunun nedeni biyolojik nedenlerin yanı sıra uyku ritmindeki ve duygusal durumdaki değişikliklere kadınların erkeklerden daha duyarlı olması ile açıklanmaktadır. Toplumsal konumu gereği kadınların aile içindeki sorumluluklarının fazla olması, geleneksel rollere bağlı kalmak zorunda hissetmeleri ve buna bağlı olarak yaşadıkları yüksek kaygı düzeyinin kadınların uyku kalitesinde kötüleşmeye yol açtığı düşünülmektedir (14).

2.4.4.3. Hastalıklar ve kullanılan ilaçlar

Bireyin sağlık durumu ve kronik bir hastalığının varlığı, uyku süresi ve kalitesini oldukça önemli ölçüde etkilemektedir (101). Hastalık sırasında yaşanan ağrılar, acı hissi, anksiyete ve depresyon kötü uyku kalitesi ve insomnia (uykusuzluk) ile sonuçlanabilmektedir.

Sağlığın herhangi bir sebeple bozulmasının dışında hastalık durumunda kullanılan ilaçların bireyde oluşturduğu psikolojik ve fizyolojik etkiler de uyku düzeninde ve kalitesinde kötüleşmeye yol açabilmektedir (88). Bireyin düzenli olarak kullandığı ilaçlar kendi başına ve direkt olarak uyku kalitesini olumsuz etkileyebileceği gibi uyku sorunlarına karşı önerilmiş olan bazı ilaçların da olumlu etkilerinin yanı sıra başka sağlık sorunlarına yol açtığı ve uyku kalitesini bozduğu ifade edilmektedir (102).

2.4.4.4. Yaşam tarzı ve çevresel faktörler

Vardiyalı çalışma sistemi ya da sürekli değişen çalışma saatleri gibi nedenler bireyin biyolojik saatinde kaymalara neden olmaktadır. Bu bireyler değişen uyku düzenine uyum sağlamakta güçlük çekmekte ve bu nedenle kronik bir uykusuzluk sorunu yaşamaktadırlar. Bu uyum sorununun diğer nedeni ise sosyal faktörlerdir. Diğer insanların uykuda oldukları süre boyunca çalışmak ve çalıştıkları süre boyunca uyumak bireylerin psikolojik hallerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bireyin çalışma koşulları ve süresinin yanında televizyon ve bilgisayar gibi faktörlere maruz kalma durumları, sıcaklık, ışık ve ses düzeyi gibi uyku ortamına ait konfor bileşenleri de uyku kalitesini etkilemektedir (103,104).

2.4.4.5. Beslenme

Uyku süresi, kalitesi ve beslenme düzeni arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır (105). Beslenme düzeninde yaşanan bir bozulmanın uyku kalitesini etkileyebileceği gibi uyku süresindeki kısılmanın da diyet seçimlerini etkileyebileceği ifade edilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda anormal uyku düzeni ve kötü uyku kalitesi; gıda alımında artış, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, düzensiz beslenme örüntüleri ve obezite ile ilişkilendirilmiştir (106,107,108).

Bireylerin vücut ağırlıklarında bir artış ya da azalış yaşanması da uyku örüntüsü üzerinde oldukça etkilidir. Ağırlık azalışı uyku süresinin kısılması ile ilişkilendirilirken ağırlık artışının uyku süresinde uzama ile ilişkili olduğu söylenmektedir (103). Bu nedenle uyku düzenindeki ve kalitesindeki değişikliklerin obezite ve dolayısı ile metabolik bozukluk prevalansı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Beslenme düzeninin yanı sıra diyet içeriği de uyku kalitesi ile oldukça bağlantılıdır. Özellikle elzem aminoasitlerden biri olan triptofan uykuya geçişte rol oynayan serotonin ve melatonin nörotransmitterlerinin salgılanmasında oldukça önemlidir. Bu nörotransmitterler, merkezi sinir sisteminde, uyku, iştah, vücut sıcaklığı dengesi, kan basıncı kontrolü gibi sirkadiyen ritim fonksiyonlarını düzenlemenin yanı sıra depresyon ve anksiyete gibi çeşitli psikolojik süreçlere de etki etmektedir (109,110).

2.4.4.6. Psikolojik faktörler

Kaygı bozukluğu, stres, duygu durum bozuklukları ve depresyon gibi psikolojik sorunlar özellikle kadın bireylerde uyku kalitesi ile sıkça ilişkilendirilmektedir. Stres, üzüntü, anksiyete, korku ya da yas gibi duygu durumu değişimleri bireyin uykuya dalmasına ya da rahat uyumasına engel olabilmektedir. Yaşam doyumu olmayan, endişeli, stresli ve mutsuz bireylerin uyku kalitelerinin kötü olduğu bildirilmektedir (111).

2.4.4.7. Fiziksel aktivite

Bireyin gün içerisinde fiziksel olarak aktif olması yorulmasına neden olur ve gün sonunda uykuya daha kolay geçebilmesine olanak sağlar. Bu açıdan bireyin fiziksel olarak aktif olmasının uyku kalitesini ve süresini olumlu yönde etkilediğini söylemek mümkündür. Özellikle günün erken saatlerinde ya da gün sonunda, geç saatte yapılan egzersizin uyku kalitesi ve süresinde artışa neden olduğu ve daha derin uyku sağladığı bildirilmektedir (112).

Düzenli fiziksel aktivitenin iyi uyku kalitesi ile direk ilişkilendirilmesinin yanı sıra psikolojik iyilik haline de katkıda bulunması yönüyle de uyku kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Gün içerisinde 5000 adımdan az adım atan bireyler sedanter olarak adlandırılmaktadır (113). Yapılan bir çalışmada ise sedanter bireylerde depresyon prevalansının ve kardivasküler risk faktörlerine sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (114).

2.4.4.8. Alkol ve sigara kullanımı

Sigara, nikotin içeriği ve solunum yollarının fonksiyonunda bozulmalara neden olması sebebiyle kötü uyku kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Sigara kullanan bireylerde, kullanmayanlara kıyasla uyku ile ilgili solunum hastalıkları riskinin 4-5 kat daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Solunum yolundaki fonksiyon bozulmalarına neden olması yönüyle sigara uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir (115).

Geceleri tüketilen az miktarda alkol sedatif etki göstermesi nedeniyle uyku sürecinin başında uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır. Fakat uyku sırasında kesintilere yol açması ve uyku evreleri arasındaki geçişin hızını arttırması nedeniyle uyku kalitesini kötüleştirmektedir (102).

2.4.5. Uyku ve obezite ilişkisi

Uyku süresi ve kalitesinin öğrenme ve bellek gibi bilişsel süreçlerin yanında metabolik ve endokrin sistem fonksiyonlarını etkilediği bilinmektedir. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, obezitenin uyku sorunları nedeniyle karşılaşılan en önemli hastalık olduğu ve bununla birlikte obezite ile uyku bozuklukları arasında çift yönlü bir etkileşimin söz konusu olduğu belirtilmektedir (18). Bu konuda yapılan çalışmalar, uyku süresindeki kısalmanın nörohormonal dengeyi bozarak bireyin ağırlık kazanmasına ve obezite riskinde artışa neden olduğunu ifade etmektedir (15,116).

Uyku sürecinde, iştahın azalmasından sorumlu tokluk hormonu leptin seviyesi artarken, iştahın artması ve açlıktan sorumlu olan ghrelin hormon seviyesi azalmaktadır. Bu konudaki çeşitli araştırmalarda da uyku süresinin az olması, ghrelin düzeyindeki artış ve leptin hormonu düzeyindeki azalma ile ilişkilendirilmektedir. Kısa uyku süresinin neden olduğu bu metabolik ve hormonal değişimler sonucunda birey enerji içeriği yoğun olan besinlerin tüketimine yönelebilmekte ve bununla birlikte fazla yağ ve enerji alımının bir sonucu olarak obezite riskinde artış söz konusu olabilmektedir (15,117). Kore Ulusal Sağlık

ve Beslenme Araştırması (KNHANES) verilerinin kullanıldığı bir çalışmada, 9077 yetişkin birey dört gruba ayrılmış ve obez olan metabolik olarak sağlıklı ve sağlıklı bireylerin obez olmayan metabolik olarak sağlıklı ve sağlıklı bireylere göre uyku sürelerinin anlamlı ölçüde daha kısa olduğu sonucuna ulaşılmıştır (118).

Literatür uyku süresinin yanı sıra uyku kalitesi ile ilişkili bileşenlerin de obezite ile ilişkili olabileceğini söylemektedir. Göktaş ve ark. (14), yetişkin bireylerle yürüttükleri bir araştırmada, obez bireylerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu sonucuna ulaşmıştır. Obez bireylerin normal ağırlıktakilere göre daha sık uyku sorunu yaşadığı, uyku etkinliklerinin daha az olduğu, uyku sırasında daha sık uyandıkları ve yüksek uyku latansına sahip oldukları bildirilmiştir (17). Yapılan farklı araştırmalarda, uyku kalitesine ait bileşenlerden uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu, uykuya dalma süresi ve uyku ilacı kullanımı gibi faktörlerin beden kütle indeksi ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (117,119).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, Ocak 2022 – Mart 2022 tarihleri arasında, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 22-64 yaş arası toplam 430 yetişkin kadın birey ile yürütülmüştür.

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından 03.12.2021 tarihinde onaylanmıştır (Proje no: KA21/451) (EK 1). Araştırmaya dahil edilen bireylere araştırma ile ilgili yazılı bilgilendirme yapılmış ve gönüllü onam formu doldurulmuştur.

3.2. Araştırma Planı

Bu araştırma, yetişkin kadın bireylerin beden kütle indeksleri (BKİ) ile depresyon düzeyi, uyku kalitesi ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle araştırmanın anket formu, katılımcıların sosyodemografik bilgilerine, fiziksel aktivite alışkanlıklarına, sağlık durumlarına ve beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular içeren bir form (EK 2), Hollanda Yeme Davranış Anketi (DEBQ) (EK 3), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK 4) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK 5)'nden oluşmaktadır.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Anket formu, Google Formlar uygulaması üzerinden çevrimiçi ortamda oluşturulmuş ve anket linkinin ilgili kişilere ulaştırılması için sosyal medya platformları (Instagram, LinkedIn, WhatsApp vb.) kullanılmıştır. Bu platformlar üzerinden ulaşılabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylere Google Formlar'da oluşturulan anket linki iletilmiş ve formda yer alan açıklamalara göre doldurmaları istenmiştir. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS 22.0 bilgisayar paket programı kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel özellikler

Bireylere ait kişisel bilgiler anket formu (EK 2) ile, çevrimiçi şekilde Google Formlar uygulaması üzerinden toplanmıştır. Ankette bireylerin sosyodemografik özelliklerine (yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışma durumu), antropometrik ölçümlerine (boy uzunluğu, vücut ağırlığı), fiziksel aktivite alışkanlıklarına (düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, türü ve sıklığı), sağlık durumlarına (herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu, ilaç kullanma durumu, ilaç türü) ve beslenme alışkanlıklarına (su

tüketimi, ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama alışkanlığı, yatmadan yeme ya da uykudan kalkıp yeme durumu, yeme eyleminin öznel ifadesi) ilişkin sorulara yer verilmiştir.

3.3.2. Beden kütle indeksi

Katılımcıların beden kütle indeksleri (BKİ), bireylerin kendi beyanlarına dayanan antropometrik ölçüm verileri üzerinden vücut ağırlıklarının (kg), boy uzunluklarının (m) karesine bölünmesi ile araştırmacı tarafından hesaplanmış ve DSÖ'nün BKİ sınıflandırması kullanılarak gruplandırılmıştır.

DSÖ'ye göre beden kütle indeksi değerleri Tablo 3.1'de gösterildiği şekilde sınıflandırılmaktadır (Tablo 3.1) (19).

Tablo 3.1. DSÖ'ye göre beden kütle indeksi sınıflandırması (19)

BKİ (kg/m ²)	Sınıflandırılması
<18.50	Zayıf
18.50 – 24.99	Normal
25.00 – 29.99	Hafif şişman
30.00 – 34.99	1.derece Obez
35.00– 39.99	2.derece Obez
≥40.00	3.derece Obez

3.3.3. Hollanda yeme davranışları anketi

Van Strein ve ark. (49) tarafından geliştirilen Hollanda Yeme Davranışları Anketi (DEBQ), 33 maddeden oluşmakta ve “Duygusal Yeme Davranışı”, “Kısıtlayıcı Yeme Davranışı” ve “Dışsal Yeme Davranışı” olmak üzere 3 alt faktör içermektedir. Ölçeğin ilk 10 sorusu dışsal, 11-23 arasındaki sorular duygusal, 24-33 arasındaki sorular ise kısıtlayıcı yeme davranışını ölçmektedir. Beşli Likert tipindeki ölçekte “1: Hiçbir zaman” “2: Nadiren” “3: Bazen” “4: Sık” ve “5: Çok sık” değerlerini ifade etmektedir. Ölçekteki 31. madde ters maddedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bozan (120) tarafından yapılmış ve tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada alt ölçekler için iç tutarlılık katsayı değerleri ise duygusal yeme için 0.94, kısıtlayıcı yeme için 0.92 ve dışsal yeme için 0.86 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından alınabilecek toplam puan duygusal yeme için 13 ile 65, kısıtlayıcı yeme için 10 ile 50, dışsal yeme için 10 ile 50 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam

puan ise 33 ile 165 arasında değişmektedir (120). Ölçekten alınan puanın yüksek olması sorunlu yeme davranışının fazla olduğunu göstermektedir.

3.3.4. Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), sağlıklı ve psikiyatrik hastalık semptomlarına sahip hastalarda kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (121). Beck ve ark. (122) tarafından depresyon riskini belirlemek, depresif semptom düzeyinin ve şiddetinin değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Dörtlü Likert tipinde 21 sorudan oluşan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (123) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.80 bulunmuştur. Her soru 0-3 arasında bir puan aralığına sahiptir ve ölçek puanı her soruya verilen yanıtlara ait puanların toplamıdır. Toplam puan 0-63 arasında değişiklik göstermektedir (123). Ölçekten alınan toplam puanın artışı depresyon düzeyinin yüksekliğini göstermektedir.

3.3.5. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi

Son bir ay içerisindeki uyku kalitesini, uyku bozukluğunu, tipini ve şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), 1989 yılında Buysse ve ark. (124) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark. (125) tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. (125). Bu ölçekte kişinin uyku kalitesi; uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu üzerinden değerlendirilmektedir. Puanlama 18 soru ve 7 bileşen üzerinden yapılmakta ve her bir anket sorusu 0 ile 3 arasında bir puan üzerinden değerlendirilmektedir. 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını oluşturmaktadır. Toplam puan 0-21 arasında değişiklik göstermektedir ve toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir. Toplam PUKİ puanının 5 ve altında olması uyku kalitesinin “iyi” olduğunu, 5’ten büyük olması ise uyku kalitesinin “kötü” olduğunu göstermektedir (124).

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmada veri toplama aracı olarak çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel değişkenlerin (sürekli değişkenler) ifade edilmesinde ortalama ($\bar{X}$), standart sapma ($\pm SS$), alt ve üst değerler; nitel değişkenlerin ifade

edilmesinde ise (kategorik değişkenler) ise sayı (S) ve yüzde (%) tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Analizlerden önce ölçeklerden elde edilen nicel değişkenlerin tamamının normal dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla Shapiro-Wilk Normallik Testi uygulanmış ve değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uygunluk göstermediği gözlenmiştir. Tüm değişkenlerin analizinde nonparametrik analizler uygulanmıştır. İki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenler arasındaki ilişkinin gücü ve yönünün belirlenmesi için ise Spearman's Rho korelasyon testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise Chi-Square testi kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum ve çalışma durumuna ilişkin demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Bireylerin yaşları 22-64 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 35.2 ± 11.75 yıl olarak bulunmuştur. Tüm katılımcıların %49.8’i bekar iken %50.2’si evlidir.

Tablo 4.1. Bireylerin demografik özellikleri

Demografik Özellikler	n:430	
	n	%
Yaş (Yıl) $\bar{X} \pm SS$	35.2 $\pm$ 11.75	
Medeni Durum		
Bekar	214	49.8
Evli	216	50.2
Eğitim Durumu		
İlkokul/Ortaokul/Lise	34	7.9
Ön lisans	38	8.8
Lisans	270	62.8
Lisansüstü	88	20.5
Ekonomik Durum		
Geliri giderinden az	93	21.6
Geliri giderine eşit	218	50.7
Geliri giderinden fazla	119	27.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	253	58.8
Çalışmıyor	177	41.2

4.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Tablo 4.2’de bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerlerine ilişkin bilgilere verilmiştir. Araştırmaya katılan tüm bireylerin vücut ağırlığı ortalaması 65.6 ± 12.82 kg iken, boy uzunluğu ortalaması 163.4 ± 5.96 cm olarak bulunmuştur. Bireylerin beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması ise 24.5 ± 4.77 kg/m² ‘dir.

Tablo 4.2. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalamaları

Antropometrik Ölçümler	n:430		
	$\bar{X} \pm SS$	Alt	Üst
Vücut Ağırlığı (kg)	65.6 $\pm$ 12.82	40.0	110.0
Boy uzunluğu (cm)	163.4 $\pm$ 5.96	147.0	180.0
BKİ (kg/m ²)	24.5 $\pm$ 4.77	15.6	39.5

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.3'te Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması göz önüne alınarak, bireylerin antropometrik ölçümlerinin dağılımı değerlendirilmiştir. BKİ sınıflamasına göre bireylerin %5.6'sının zayıf, %55.3'ünün normal, %39.1'inin hafif şişman/obez grubunda yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Bireylerin BKİ sınıflaması dağılımları

BKİ Sınıflaması (kg/m ²)	n:430	
	n	%
Zayıf (<18.50)	24	5.6
Normal (18.50-24.99)	238	55.3
Hafif Şişman/Obez ($\geq$ 25.00)	168	39.1

BKİ: Beden Kütle İndeksi

4.3. Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumları

Tablo 4.4'te bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının dağılımı değerlendirildiğinde %26.0'sının (112 kişi) düzenli olarak fiziksel aktivite alışkanlığının olduğu, %74.0'ünün ise (318 kişi) düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının bulunmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.4. Bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının dağılımı

Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığı	n:430	
	n	%
Var	112	26.0
Yok	318	74.0

Tablo 4.5'te bireylerin yaptıkları egzersiz türü ve sıklıkları belirtilmiştir. Yapılan egzersiz türleri incelendiğinde en fazla yapılan egzersizin yürüyüş olduğu; her gün yürüyüş yapan bireylerin oranının %3.3, haftada 5-6 kez yürüyüş yapan bireylerin oranının %5.1, haftada 3-4 kez yürüyüş yapan bireylerin oranının %10.2, haftada 1-2 kez yürüyüş yapan bireylerin oranının %11.4 olduğu gözlenmiştir. Sık yapılan diğer bir egzersiz türü ise

pilatestir. Her gün ve haftada 5-6 kez pilates yapan bireylerin oranı %0.7, haftada 3-4 kez pilates yapan bireylerin oranı %3.3 ve haftada 1-2 kez pilates yapan bireylerin oranı ise %7.4 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin haftalık yaptıkları egzersiz türleri ve sıklıkları

Egzersiz Türü	Her Gün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yürüyüş	14	3.3	22	5.1	44	10.2	49	11.4	301	70.0
Koşu	1	0.2	1	0.2	4	0.9	13	3.0	411	95.6
Yüzme	-	-	-	-	-	-	18	4.2	410	95.3
Dans	1	0.2	5	1.2	7	1.6	14	3.3	403	93.7
Pilates	-	-	3	0.7	14	3.3	32	7.4	381	88.6
Bisiklet	-	-	1	0.2	5	1.2	8	1.9	416	96.7

Tablo 4.6’da çalışmaya katılan bireylerin genel sağlık durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların %71.6’sında hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalık bulunmamaktadır. Hastalık türlerine ait en yüksek oranlara bakıldığında; en fazla görülen 3 hastalığın sırasıyla %6.0 oranıyla tiroid hastalıkları, %5.6 oranı ile astım/alerji ve %4.0 oranı ile hipertansiyon olduğu görülmektedir. Katılımcıların %70.0’inin düzenli olarak kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır. Kullanılan ilaç türüne ait en yüksek oranlara bakıldığında; en fazla kullanılan 3 ilaç türünün %6.5 oranıyla tiroid ilaçları, %5.3 oranları ile antidepresan ve tansiyon ilaçları olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Bireylerin genel sağlık durumları

Genel Sağlık Durumu	n:430	
	n	%
Tanısı Konulmuş Hastalık		
Var	122	28.4
Yok	308	71.6
Hastalık Türü**		
Diyabet	15	3.5
Hipertansiyon	17	4.0
Kalp Damar Hastalıkları	10	2.3
Tiroid Hastalıkları	26	6.0
Astım/Alerji	24	5.6
Sindirim Sistemi Hastalıkları	4	0.9
Kemik ve Eklem Hastalıkları	14	3.3
Nörolojik Hastalıklar	9	2.1
Deri Hastalıkları	4	0.9
Bağıışıklık Sistemi Hastalıkları	4	0.9
Diğer Hastalıklar	15	3.5
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	129	30.0
Hayır	301	70.0
Kullanılan İlaç Türü***		
Diyabet İlacı	12	2.8
Antidepresan	23	5.3
Tansiyon İlaçları	23	5.3
Kalp Koruyucu	9	2.1
Tiroid İlacı	28	6.5
Astım/Alerji İlacı	17	4.0
Mide Koruyucu	3	0.7
Kas/Eklem İlaçları	6	1.4
Nörolojik İlaçlar	6	1.4
Diğer İlaç Türleri	10	2.3

**Bir bireyde birden fazla hastalık bulunabilmektedir.

***Bir birey birden fazla ilaç kullanabilmektedir.

4.4. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Tablo 4.7’de bireylerin BKİ sınıflandırmalarına göre genel beslenme alışkanlıklarının dağılımı gösterilmektedir.

Bireylerin günlük su tüketimlerine bakıldığında %33.3’ünün 1000 ml’den az, %28.1’inin 1001-1999 ml arası ve %38.6’sının 2000 ml ve üzeri su tükettiği gözlenmiştir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin günlük su tüketim ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Bireylerin gün içindeki ara ve ana öğün sayıları değerlendirildiğinde 2 ana öğün tüketenlerin oranının %56.7, 3 ana öğün tüketenlerin oranının ise %40.7 olduğu gözlenmiştir. Bireylerin %49.1’i gün içinde 1 ara öğün tüketirken %38.4’ünün ise 2 ara öğün tükettiği bulgusuna ulaşılmıştır. Farklı BKİ grubundaki bireylerin öğün atlama alışkanlıkları, günlük tükettikleri ara ve ana öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Bireylerin öğün atlama alışkanlıkları incelendiğinde zayıf bireylerin %66.7’sinin, normal BKİ değerine sahip bireylerin %68.9’unun ve hafif şişman/obez bireylerin ise %63.1’inin öğün atlama alışkanlığı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklı BKİ grubundaki bireylerin öğün atlama alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Bireylerin çoğunluğu (%30.5) vakit olmamasından kaynaklı olarak öğün atladığını ifade etmiştir. Bireylerin yeme eylemine dair öznel ifadeleri değerlendirildiğinde zayıf bireylerin %66.7’si, normal BKİ değerine sahip bireylerin %39.9’u ve hafif şişman/obez bireylerin ise %28.0’i yeme eyleminin “gereklilik/ihtiyaç” olduğunu ifade etmiştir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin yeme eylemine dair öznel ifadeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin BKİ sınıflandırmalarına göre genel beslenme alışkanlıklarının dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	Zayıf		Normal		Hafif Şişman / Obez		Toplam		p
	n:24		n:238		n:168		n:430		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Günlük Su Tüketimi									
1000 ml ve altı	11	45.8	80	33.6	52	31.0	143	33.3	0.421
1001-1999 ml	7	29.2	70	29.4	44	26.2	121	28.1	
2000 ml ve üstü	6	25.0	88	37.0	72	42.9	166	38.6	
Ana Öğün Sayısı									
1	1	4.2	10	4.2	-	-	11	2.6	0.114
2	13	54.2	135	56.7	96	57.1	244	56.7	
3	10	41.7	93	39.1	72	42.9	175	40.7	
Ara Öğün Sayısı									
1	8	33.3	123	51.7	80	47.6	211	49.1	0.419
2	14	58.3	86	36.1	65	38.7	165	38.4	
3	2	8.3	20	8.4	18	10.7	40	9.3	
4	-	-	9	3.8	5	3.0	14	3.3	
Öğün Atlama Alışkanlığı									
Evet	16	66.7	164	68.9	106	63.1	286	66.5	0.474
Hayır	8	33.3	74	31.1	62	36.9	144	33.5	
Atlanılan Öğün									
Sabah	4	25.0	53	32.3	40	37.7	96	33.5	
Öğle	9	56.2	72	43.8	48	45.2	129	45.1	
Akşam	-	-	14	8.5	4	3.8	18	6.2	
Ara Öğünler	3	18.8	25	15.4	14	13.3	43	15.2	
Öğün Atlama Nedeni****									
İştahsızlık	3	12.5	33	13.9	14	8.3	50	11.6	
Vakit olmaması	7	29.2	80	33.6	44	26.2	131	30.5	
Alışkanlığın olmaması	4	16.7	69	29.0	37	22.0	110	25.6	
Ağırlık kaybı sağlamak	-	-	20	8.4	26	15.5	46	10.7	
Hazırlamaya üşenmek	7	29.2	34	14.3	22	13.1	63	14.7	
Yeme Eyleminin Öznel İfadesi									
Gereklilik/İhtiyaç	16	66.7	95	39.9	47	28.0	158	36.7	0.000#
Doymak	4	16.6	52	21.8	53	31.5	109	25.5	
Mutluluk	3	12.5	77	32.4	41	24.4	121	28.1	
Stres atma	-	-	5	2.1	7	4.2	12	2.8	
Duygusal rahatlama	1	4.2	8	3.4	20	11.9	29	6.7	
Sosyalleşme	-	-	1	0.4	-	-	1	0.2	

[#] $p < 0.05$ | Fisher's Exact Chi-Square Testi

****Bir bireyin birden fazla öğün atlama nedeni bulunabilmektedir.

Tablo 4.8’de bireylerin BKİ sınıflandırmalarına göre uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıkları incelendiğinde zayıf bireylerin %29.2’sinin, normal BKİ değerine sahip bireylerin %26.1’inin ve hafif şişman/obez bireylerin ise %32.7’sinin yatmadan yeme alışkanlığı olduğu gözlenmiştir. Bireylerin %6.5’inin ise uykudan kalkıp yeme alışkanlığı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Bireylerin en son yeme zamanı ve uyku arasındaki süreler incelendiğinde %29.1’inin uykudan 121-180 dk önce, %28.6’sının ise uykudan 181 dk ya da daha önce yediği sonucuna ulaşılmıştır. Farklı BKİ grubundaki bireylerin uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Bireylerin BKİ sınıflandırmalarına göre uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıklarının dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	Zayıf n:24		Normal n:262		Hafif şişman / Obez n:168		Toplam n:430		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yatmadan yeme alışkanlığı									
Evet	7	29.2	62	26.1	55	32.7	124	28.8	0.342
Hayır	17	70.8	176	73.9	113	67.3	306	71.2	
Uykudan kalkıp yeme alışkanlığı									
Evet	-	-	13	5.5	15	8.9	28	6.5	0.156
Hayır	24	100.0	225	94.5	153	91.1	402	93.5	
En son yeme zamanı ve uyku arasındaki süre									
15-30 dk	-	-	15	6.3	10	6.0	25	5.8	0.275
31-60 dk	4	16.7	23	9.7	19	11.3	46	10.7	
61-120 dk	7	29.2	55	23.1	49	29.2	111	25.8	
121-180 dk	7	29.2	81	34.0	37	22.0	125	29.1	
181 dk ya da daha fazla	6	25.0	64	26.9	53	31.5	123	28.6	

Pearson Chi-Square Testi

4.5. Bireylerin DEBQ Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.9’da bireylerin BKİ gruplarına göre Hollanda Yeme Davranışları Anketi (DEBQ) puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. DEBQ toplam puan ortalamasının zayıf bireylerde 13.0 ± 9.51 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 11.9 ± 8.39 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 56.2 ± 22.86 olduğu gözlenmiştir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin DEBQ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Bireylerin duygusal yeme puanlarına ait ortalama değerleri zayıf bireylerde 10.4 ± 11.99 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 15.6 ± 13.88 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 20.0 ± 15.58 ’dir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin duygusal yeme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Bireylerin dışsal yeme puanlarına ait ortalama değerleri zayıf bireylerde 7.9 ± 6.88 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 16.2 ± 7.89 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 16.1 ± 7.29 ’dur. Farklı BKİ grubundaki bireylerin dışsal yeme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Bireylerin kısıtlayıcı yeme puanlarına ait ortalama değerleri zayıf bireylerde 20.1 ± 5.69 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 20.2 ± 7.52 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 20.0 ± 7.71 ’dir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin kısıtlayıcı yeme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. Bireylerin BKİ gruplarına göre DEBQ puan ortalamaları ve standart sapma değerleri

DEBQ	Zayıf n:24	Normal n:238	Hafif şişman / Obez n:168	Toplam n:430	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Toplam	13.0 ± 9.51	11.9 ± 8.39	56.2 ± 22.86	53.0 ± 21.87	0.000 ^a
Duygusal Yeme	10.4 ± 11.99	15.6 ± 13.88	20.0 ± 15.58	17.1 ± 14.69	0.002 ^a
Dışsal Yeme	7.9 ± 6.88	16.2 ± 7.89	16.1 ± 7.29	15.7 ± 7.82	0.000 ^a
Kısıtlayıcı Yeme	20.1 ± 5.69	20.2 ± 7.52	20.0 ± 7.71	20.1 ± 7.49	0.954

^a $p < 0.05$ | Kruskal Wallis Testi | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi

4.6. Bireylerin BDÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.10’da bireylerin BKİ gruplarına göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Tüm bireylerin BDÖ toplam puan ortalaması 12.5 ± 8.58 iken bu değer zayıf bireylerde 13.0 ± 9.51 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 11.9 ± 8.39 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 13.4 ± 8.68 ’dir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin BKİ gruplarına göre BDÖ puan ortalamaları ve standart sapma değerleri

BDÖ	Zayıf n:24	Normal n:238	Hafif şişman / Obez n:168	Toplam n:430	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Toplam	13.0 ± 9.51	11.9 ± 8.39	13.4 ± 8.68	12.5 ± 8.58	0.191

Kruskal Wallis Testi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.7. Bireylerin PUKİ Puanlarının ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.11’de bireylerin BKİ gruplarına göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Tüm bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması 6.5 ± 3.54 iken bu değer zayıf bireylerde 7.8 ± 3.59 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 6.4 ± 3.43 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 6.6 ± 3.67 olduğu gözlenmiştir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Ölçeğin alt gruplarına ait ortalama değerler incelendiğinde bireylerin öznel uyku kalitesi puan ortalamasının 1.4 ± 0.77 , uyku latansı puan ortalamasının 1.5 ± 0.88 , uyku süresi puan ortalamasının 0.33 ± 0.86 , alışılmış uyku etkinliği puan ortalamasının 0.5 ± 0.92 , uyku bozukluğu puan ortalamasının 1.2 ± 0.50 , uyku ilacı kullanımı puan ortalamasının 0.08 ± 0.40 ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalamasının 2.5 ± 1.58 olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ölçeğin alt gruplarına ait ortalama değerler arasında farklı BKİ grubundaki bireylerin sadece gündüz işlev bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.11. Bireylerin BKİ gruplarına göre PUKİ puan ortalamaları

PUKİ	Zayıf n:24	Normal n:238	Hafif şişman / Obez n:168	Toplam n:430	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Toplam	7.8±3.59	6.4±3.43	6.6±3.67	6.5±3.54	0.176
Öznel Uyku Kalitesi	1.4±0.77	1.2±0.58	1.1±0.70	1.2±0.64	0.192
Uyku Latansı	1.5±0.88	1.2±0.96	1.2±0.91	1.2±0.94	0.249
Uyku Süresi	0.33±0.86	0.4±0.80	0.6±1.07	0.5±0.93	0.078
Ahşılmiş Uyku Etkinliği	0.5±0.92	0.4±0.76	0.5±0.88	0.4±0.82	0.643
Uyku Bozukluğu	1.2±0.50	1.2±0.53	1.3±0.60	1.2±0.56	0.082
Uyku İlacı Kullanımı	0.08±0.40	0.1±0.53	0.09±0.47	0.1±0.50	0.624
Gündüz İşlev Bozukluğu	2.5±1.58	1.6±1.62	1.5±1.65	1.6±1.64	0.013 ^a

^a $p < 0.05$ | Kruskal Wallis Testi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.12’de bireylerin BKİ gruplarına göre uyku kalitelerinin dağılımı gösterilmiştir. Tüm bireylerin uyku kaliteleri incelendiğinde iyi uyku kalitesine sahip bireylerin oranı %32.6 ve kötü uyku kalitesine sahip bireylerin oranı ise %67.4’tür. BKİ sınıflamasına göre zayıf bireylerin %87.5’inin, normal BKİ değerine sahip bireylerin %66.8’inin ve hafif şişman/obez bireylerin ise %65.5’inin uyku kalitesi kötüdür. Farklı BKİ grubundaki bireylerin uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.12. Bireylerin BKİ gruplarına göre uyku kalitelerinin dağılımı

Uyku Kalitesi	Zayıf n:24		Normal n:238		Hafif şişman / Obez n:168		Toplam n:430		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İyi Uyku Kalitesi (≤ 5)	3	12.5	79	33.2	58	34.5	140	32.6	0.094
Kötü Uyku Kalitesi (> 5)	21	87.5	159	66.8	110	65.5	290	67.4	

Pearson Chi-Square Testi

4.8. Bireylerin Uyku Kalitelerine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.13'te bireylerin uyku kalitelerine göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. İyi uyku kalitesine sahip bireylerin yaş ortalaması 37.3 ± 11.34 yıl iken kötü uyku kalitesine sahip bireylerin yaş ortalaması 34.3 ± 11.84 yıl'dır. İyi ve kötü uyku kalitelerine sahip bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

İyi uyku kalitesine sahip bireylerin %55.0'inin medeni durumu evli iken kötü uyku kalitesine sahip bireylerin %52.1'inin medeni durumu bekardır. İyi ve kötü uyku kalitelerine sahip bireylerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Bireylerin ekonomik durumları değerlendirildiğinde iyi ve kötü uyku kalitesine sahip bireylerin %50.7'sinin geliri ve giderinin eşit olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin uyku kaliteleri ve ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Bireylerin çalışma durumları incelendiğinde uyku kalitesi iyi olanların %62.9'unun, uyku kalitesi kötü olanların ise %56.9'unun çalıştığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bireylerin uyku kaliteleri ve çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.13. Bireylerin uyku kalitelerine göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Demografik Özellikler	İyi Uyku Kalitesi		Kötü Uyku Kalitesi		Toplam		
	n:140		n:290		n:430		
	n	%	n	%	n	%	p
Yaş (yıl) $\bar{X} \pm SS$	37.3±11.34		34.3±11.84		35.2±11.75		0.010 ^b
Medeni Durum							
Bekar	63	45.0	151	52.1	214	49.8	0.170
Evli	77	55.0	139	47.9	216	50.2	
Ekonomik Durum							
Geliri giderinden az	27	19.3	66	22.8	93	21.6	0.627
Geliri giderine eşit	71	50.7	147	50.7	218	50.7	
Geliri giderinden fazla	42	30.0	77	26.6	119	27.7	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	88	62.9	165	56.9	253	58.8	0.239
Çalışmıyor	52	37.1	125	43.1	177	41.2	

^b $p < 0.05$ | Mann-Whitney U Testi
Pearson Chi-Square Testi

Tablo 4.14'te bireylerin uyku kalitelerine göre uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıklarının dağılımına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. İyi uyku kalitesine sahip bireylerin %17.1'inin kötü uyku kalitesine sahip bireylerin ise %34.5'inin yatmadan önce yeme alışkanlığı bulunmaktadır. Bireylerin uyku kaliteleri ve yatmadan yeme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

İyi uyku kalitesine sahip bireylerin %5.7'sinin kötü uyku kalitesine sahip bireylerin ise %6.9'unun uykudan kalkıp yeme alışkanlığı bulunmaktadır. Bireylerin uyku kaliteleri ve uykudan kalkıp yeme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Bireylerin en son yeme zamanı ve uyku arasındaki süreler incelendiğinde iyi uyku kalitesine sahip bireylerin %34.3'ünün uykudan 4 saat ya da daha önce, kötü uyku kalitesine sahip bireylerin ise %27.6'sının uykudan 1-2 saat önce yediği bulgusuna ulaşılmıştır. Bireylerin uyku kaliteleri ve en son yeme zamanı ile uyku arasındaki süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.14. Bireylerin uyku kalitelerine göre uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıklarının dağılımı

Uyku Öncesi ve Uyku Sürecindeki Beslenme Alışkanlıkları	İyi Uyku Kalitesi n:140		Kötü Uyku Kalitesi n:290		Toplam n:430		
	n	%	n	%	n	%	p
Yatmadan Yeme Alışkanlığı							
Evet	24	17.1	100	34.5	124	28.8	0.000 ⁺
Hayır	116	82.9	190	65.5	306	71.2	
Uykudan Kalkıp Yeme Alışkanlığı							
Evet	8	5.7	20	6.9	28	6.5	0.641
Hayır	132	94.3	270	93.1	402	93.5	
En Son Yeme Zamanı ve Uyku Arasındaki Süre							
15-30 dk	8	5.7	17	5.9	25	5.8	0.012 ⁺
31-60 dk	6	4.3	40	13.8	46	10.7	
61-120 dk	31	22.1	80	27.6	111	25.8	
121-180 dk	47	33.6	78	26.9	125	29.1	
180 dk ya da daha fazla	48	34.3	75	25.9	123	28.6	

⁺ $p < 0.05$ | Pearson Chi-Square Testi

4.9. Bireylerin DEBQ, BDÖ ve PUKİ Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 4.15'te bireylerin PUKİ ve BDÖ puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Bireylerin BDÖ puanları ile PUKİ toplam puanı ($r:0.450$, $p:0.000$), öznel uyku kalitesi puanı ($r:0.387$, $p:0.000$), uyku latansı puanı ($r:0.246$, $p:0.000$), uyku bozukluğu puanı ($r:0.340$, $p:0.000$), uyku ilacı kullanımı puanı ($r:0.202$, $p:0.000$) ve gündüz işlev bozukluğu puanı ($r:0.434$, $p:0.000$) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p < 0.05$).

Tablo 4.15. Bireylerin PUKİ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki

	BDÖ	
	r	p
PUKİ Toplam	0.450	0.000*
Öznel Uyku Kalitesi	0.387	0.000*
Uyku Latansı	0.246	0.000*
Uyku Süresi	0.057	0.237
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.029	0.549
Uyku Bozukluğu	0.340	0.000*
Uyku İlacı Kullanımı	0.202	0.000*
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.434	0.000*

* $p < 0.05$ | *Spearman Rho Correlation Testi* | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.16’da bireylerin PUKİ ve DEBQ puanları arasındaki ilişkilere dair bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin DEBQ’dan aldıkları toplam puanlarla PUKİ’den aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bireylerin DEBQ toplam puanları ile öznel uyku kalitesi ($r: 0.114$, $p: 0.018$), uyku bozukluğu ($r: 0.116$, $p: 0.016$) ve gündüz işlev bozukluğu ($r: 0.155$, $p: 0.001$) gibi alt ölçeklerin puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Bireylerin duygusal yeme puanları ile PUKİ’den aldıkları toplam puan ($r: 0.160$, $p: 0.001$), öznel uyku kalitesi puanı ($r: 0.175$, $p: 0.000$) ve uyku bozukluğu puanı ($r: 0.119$, $p: 0.013$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Bireylerin dışsal yeme puanları ile PUKİ’den aldıkları toplam puan ($r: -0.144$, $p: 0.003$), öznel uyku kalitesi puanı ($r: -0.133$, $p: 0.006$), alışılmış uyku etkinliği puanı ($r: -0.150$, $p: 0.002$) ve gündüz işlev bozukluğu puanı ($r: -0.125$, $p: 0.009$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Bireylerin kısıtlayıcı yeme puanları ile PUKİ’den aldıkları toplam puan ($r: 0.113$, $p: 0.019$), öznel uyku kalitesi puanı ($r: 0.140$, $p: 0.004$) ve gündüz işlev bozukluğu puanı ($r: 0.210$, $p: 0.000$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.16. Bireylerin PUKİ ve DEBQ puanları arasındaki ilişki

	DEBQ Toplam		Duygusal Yeme		Dışsal Yeme		Kısıtlayıcı Yeme	
	r	p	r	p	r	p	r	p
PUKİ Toplam	0.084	0.084	0.160	0.001*	-0.144	0.003*	0.113	0.019*
Öznel Uyku Kalitesi	0.114	0.018*	0.175	0.000*	-0.133	0.006*	0.140	0.004*
Uyku Latansı	0.038	0.430	0.048	0.320	0.000	0.992	0.040	0.413
Uyku Süresi	-0.027	0.581	-0.009	0.856	-0.014	0.779	-0.031	0.524
Alışılmış Uyku Etkinliği	-0.065	0.176	0.016	0.740	-0.150	0.002*	-0.059	0.225
Uyku Bozukluğu	0.116	0.016*	0.119	0.013*	0.031	0.526	0.043	0.369
Uyku İlacı Kullanımı	0.014	0.768	0.044	0.365	-0.065	0.179	0.057	0.235
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.155	0.001*	0.219	0.000*	-0.125	0.009*	0.210	0.000*

* $p < 0.05$ | Spearman Rho Correlation Testi | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.17’de bireylerin DEBQ ve BDÖ puanları arasındaki ilişkilere dair bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin BDÖ puanları ile DEBQ toplam puanı ($r:0.257$, $p:0.000$), duygusal yeme puanı ($r:0.294$, $p:0.000$) ve kısıtlayıcı yeme puanı ($r:0.265$, $p:0.000$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.17. Bireylerin DEBQ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki

	BDÖ	
	r	p
DEBQ Toplam	0.257	0.000*
Duygusal Yeme	0.294	0.000*
Dışsal Yeme	-0.042	0.381
Kısıtlayıcı Yeme	0.265	0.000*

* $p < 0.05$ | Spearman Rho Correlation Testi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi

4.10. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri, Bazı Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktiviteleri ve Sağlık Durumları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 4.18’de bireylerin yaş, vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ değerleri ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişkilere dair bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin yaşları ile DEBQ toplam puanı ($r:0.125$, $p:0.010$), duygusal yeme puanı ($r:-0.191$, $p:0.000$) ve kısıtlayıcı yeme puanı ($r:-0.218$, $p:0.000$) arasında negatif; dışsal yeme puanı ($r:0.157$, $p:0.001$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır ($p < 0.05$). Bununla birlikte bireylerin yaşları ile BDÖ’den aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0.05$).

Bireylerin yaşları ile PUKİ puanları arasındaki ilişkilere dair bulgular incelendiğinde ise bireylerin yaşları ile PUKİ toplam (r:-0.095, p:0.048), öznel uyku kalitesi (r:-0.103, p:0.032), uyku latansı (r:-0.122, p:0.011), uyku süresi (r:0.165, p:0.001), uyku bozukluğu (r:0.121, p:0.012) ve gündüz işlev bozukluğu (r:-0.214, p:0.000) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (p<0.05).

Bireylerin ağırlıkları ile DEBQ toplam puanı (r:0.248, p:0.000), duygusal (r:0.258, p:0.000) ve dışsal yeme puanı (r:0.106, p:0.028), BDÖ puanı (r:0.102, p:0.034) ve uyku bozukluğu alt ölçeği puanı (r:0.130, p:0.007) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Bireylerin boy uzunlukları ile kısıtlayıcı yeme puanı (r:0.119, p:0.014) arasında pozitif; uyku süresi (r:-0.140, p:0.004) ve alışılmış uyku etkinliği (r:-0.097, p:0.044) alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Bireylerin BKİ değerleri ile DEBQ toplam puan (r:0.212, p:0.000), duygusal yeme puanı (r:0.222, p:0.000), dışsal yeme puanı (r:0.119, p:0.013), BDÖ puanı (r:0.097, p:0.044) ve uyku bozukluğu alt ölçeği puanı (r:0.126, p:0.009) arasında pozitif; gündüz işlev bozukluğu alt ölçeği puanı (r:-0.102, p:0.034) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Tablo 4.18. Bireylerin yaş, ağırlık, boy uzunluğu ve BKİ değerleri ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki

	Yaş (yıl)		Ağırlık (kg)		Boy Uzunluğu (cm)		BKİ (kg/m ²)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
DEBQ Toplam	-0.125	0.010*	0.248	0.000*	0.085	0.077	0.212	0.000*
Duygusal Yeme	-0.191	0.000*	0.258	0.000*	0.088	0.069	0.222	0.000*
Dışsal Yeme	0.157	0.001*	0.106	0.028*	-0.025	0.604	0.119	0.013*
Kısıtlayıcı Yeme	-0.218	0.000*	0.071	0.140	0.119	0.014*	0.022	0.651
BDÖ	-0.076	0.117	0.102	0.034*	0.010	0.834	0.097	0.044*
PUKİ Toplam	-0.095	0.048*	-0.028	0.557	-0.044	0.365	-0.024	0.618
Öznel Uyku Kalitesi	-0.103	0.032*	-0.34	0.479	-0.026	0.591	-0.030	0.533
Uyku Latansı	-0.122	0.011*	-0.045	0.355	0.027	0.582	-0.064	0.187
Uyku Süresi	0.165	0.001*	0.046	0.346	-0.140	0.004*	0.088	0.067
Ahşılmış Uyku Etkinliği	0.000	0.998	-0.024	0.622	-0.097	0.044*	-0.001	0.980
Uyku Bozukluğu	0.121	0.012*	0.130	0.007*	-0.024	0.621	0.126	0.009*
Uyku İlacı Kullanımı	0.042	0.452	-0.036	0.452	0.011	0.819	-0.050	0.304
Gündüz İşlev Bozukluğu	-0.214	0.000*	-0.082	0.088	0.052	0.285	-0.102	0.034*

* $p < 0.05$ | Spearman Rho Correlation Testi | BKİ: Beden Kütle İndeksi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.19’da bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı ile duygusal ve dışsal yeme puanı, BDÖ ve PUKİ toplam puanı, öznel uyku kalitesi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu gibi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Düzenli fiziksel alışkanlığı olmayan bireylerin duygusal yeme, BDÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarının düzenli egzersiz yapanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.19. Bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki

	Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığı	n	$\bar{X} \pm SS$	p
DEBQ Toplam	Var	112	52.7±22.23	0.860
	Yok	318	53.0±21.78	
Duygusal Yeme	Var	112	14.6±13.72	0.040 ^b
	Yok	318	17.9±14.93	
Dışsal Yeme	Var	112	18.4±8.07	0.000 ^b
	Yok	318	14.7±7.51	
Kısıtlayıcı Yeme	Var	112	19.7±7.77	0.333
	Yok	318	20.3±7.40	
BDÖ	Var	112	10.3±8.83	0.000 ^b
	Yok	318	13.3±8.70	
PUKİ Toplam	Var	112	5.8±3.43	0.011 ^b
	Yok	318	6.8±3.55	
Öznel Uyku Kalitesi	Var	112	1.1±0.61	0.033 ^b
	Yok	318	1.2±0.65	
Uyku Latansı	Var	112	1.2±0.58	0.623
	Yok	318	1.2±0.91	
Uyku Süresi	Var	112	0.4±0.92	0.313
	Yok	318	0.5±0.93	
Alışılmış Uyku Etkinliği	Var	112	0.4±0.86	0.636
	Yok	318	0.4±0.80	
Uyku Bozukluğu	Var	112	1.2±0.58	0.636
	Yok	318	1.2±0.55	
Uyku İlacı Kullanımı	Var	112	0.0±0.09	0.014 ^b
	Yok	318	0.1±0.58	
Gündüz İşlev Bozukluğu	Var	112	1.2±1.80	0.005 ^b
	Yok	318	1.8±1.67	

^b $p < 0.05$ | Mann-Whitney U Testi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.20’de bireylerin tanısı konmuş hastalık durumları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bireylerin hastalık durumları ile kısıtlayıcı yeme, uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı gibi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tanısı konmuş bir hastalığa sahip olan bireylerin kısıtlayıcı yeme puan ortalamasının (18.8 ± 7.24) herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerin kısıtlayıcı yeme puan ortalamasından (20.7 ± 7.54) daha düşük olduğu gözlenmiştir. Tanısı konmuş bir hastalığa sahip olan bireylerin uyku bozukluğu puan ortalaması (1.4 ± 0.58) ve uyku ilacı kullanımı puan ortalamasının (0.2 ± 0.70) herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerin uyku bozukluğu puan ortalaması (1.2 ± 0.54) ve uyku ilacı kullanımı puan ortalamasından (0.0 ± 0.40) daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.20. Bireylerin tanısı konmuş hastalık durumları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki

	Tanısı Konmuş Hastalık	n	$\bar{X} \pm SS$	p
DEBQ Toplam	Var	122	50.4±20.72	0.141
	Yok	308	54.0±22.26	
Duygusal Yeme	Var	122	15.8±14.41	0.258
	Yok	308	17.6±14.79	
Dışsal Yeme	Var	122	15.7±7.67	0.950
	Yok	308	15.7±7.90	
Kısıtlayıcı Yeme	Var	122	18.8±7.24	0.011 ^b
	Yok	308	20.7±7.54	
BDÖ	Var	122	13.5±9.06	0.142
	Yok	308	12.2±8.36	
PUKİ Toplam	Var	122	7.0±3.87	0.174
	Yok	308	6.3±3.39	
Öznel Uyku Kalitesi	Var	122	1.2±0.71	0.736
	Yok	308	1.2±0.61	
Uyku Latansı	Var	122	1.3±0.91	0.215
	Yok	308	1.2±0.94	
Uyku Süresi	Var	122	0.5±0.86	0.675
	Yok	308	0.5±0.95	
Alışılmış Uyku Etkinliği	Var	122	0.5±0.85	0.870
	Yok	308	0.4±0.80	
Uyku Bozukluğu	Var	122	1.4±0.58	0.000 ^b
	Yok	308	1.2±0.54	
Uyku İlacı Kullanımı	Var	122	0.2±0.70	0.031 ^b
	Yok	308	0.0±0.40	
Gündüz İşlev Bozukluğu	Var	122	1.7±1.69	0.496
	Yok	308	1.6±1.63	

^b $p < 0.05$ | Mann-Whitney U Testi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.21’de bireylerin düzenli ilaç kullanma durumları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişkilere dair bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin düzenli ilaç kullanma durumları ile kısıtlayıcı yeme ve PUKİ toplam puanı, uyku latansı, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı gibi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Düzenli ilaç kullanan bireylerin PUKİ toplam puan (7.37 ± 4.03), uyku latansı (1.4 ± 0.91), alışılmış uyku etkinliği (0.6 ± 0.96), uyku bozukluğu (1.4 ± 0.59) ve uyku ilacı kullanımı (0.2 ± 0.78) puan ortalamalarının herhangi bir ilaç kullanmayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.21. Bireylerin düzenli ilaç kullanma durumları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki

	Düzenli İlaç Kullanma	n	$\bar{X} \pm SS$	p
DEBQ Toplam	Evet	129	50.9 $\pm$ 21.52	0.214
	Hayır	301	53.9 $\pm$ 21.99	
Duygusal Yeme	Evet	129	15.5 $\pm$ 14.13	0.170
	Hayır	301	17.7 $\pm$ 14.89	
Dışsal Yeme	Evet	129	16.6 $\pm$ 8.10	0.152
	Hayır	301	15.3 $\pm$ 7.68	
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	129	18.6 $\pm$ 7.27	0.006 ^b
	Hayır	301	20.8 $\pm$ 7.51	
BDÖ	Evet	129	13.8 $\pm$ 9.18	0.061
	Hayır	301	12.0 $\pm$ 8.26	
PUKİ Toplam	Evet	129	7.37 $\pm$ 4.03	0.011 ^b
	Hayır	301	6.2 $\pm$ 3.25	
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	129	1.2 $\pm$ 0.69	0.745
	Hayır	301	1.2 $\pm$ 0.62	
Uyku Latansı	Evet	129	1.4 $\pm$ 0.91	0.012 ^b
	Hayır	301	1.1 $\pm$ 0.94	
Uyku Süresi	Evet	129	0.6 $\pm$ 0.92	0.057
	Hayır	301	0.5 $\pm$ 0.93	
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	129	0.6 $\pm$ 0.96	0.027 ^b
	Hayır	301	0.4 $\pm$ 0.74	
Uyku Bozukluğu	Evet	129	1.4 $\pm$ 0.59	0.000 ^b
	Hayır	301	1.2 $\pm$ 0.53	
Uyku İlacı Kullanımı	Evet	129	0.2 $\pm$ 0.78	0.001 ^b
	Hayır	301	0.0 $\pm$ 0.30	
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	129	1.7 $\pm$ 1.73	0.572
	Hayır	301	1.6 $\pm$ 1.61	

^b $p < 0.05$ | Mann-Whitney U Testi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.22’de bireylerin su tüketimi, ana ve ara öğün sayıları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişkiye dair bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin günlük su tüketim miktarları ile DEBQ toplam (r:0.115, p:0.017) ve dışsal yeme puanları (r:0.200, p:0.000) arasında pozitif; BDÖ toplam (r:-0.132, p:0.006), PUKİ toplam (r:-0.123, p:0.011) ve uyku ilacı kullanımı puanı (r:-0.106, p:0.027) arasında ise negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (p<0.05).

Bireylerin ana öğün sayısı ile kısıtlayıcı yeme puanı (r:0.098, p:0.042) arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (p<0.05). Bireylerin ara öğün sayısı ile DEBQ toplam (r:0.136, p:0.005), duygusal yeme (r:0.191, p:0.000), kısıtlayıcı yeme (r:0.162, p:0.001) ve gündüz işlev bozukluğu (r:0.111, p:0.022) puanları arasında pozitif; dışsal yeme puanı (r:-0.114, p:0.018) arasında ise negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (p<0.05).

Tablo 4.22. Bireylerin su tüketimi, ana ve ara öğün sayıları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki

	Su Tüketimi (ml)		Ana Öğün Sayısı		Ara Öğün Sayısı	
	r	p	r	p	r	p
DEBQ Toplam	0.115	0.017*	0.062	0.199	0.136	0.005*
Duygusal Yeme	0.056	0.249	0.063	0.192	0.191	0.000*
Dışsal Yeme	0.200	0.000*	-0.042	0.386	-0.114	0.018*
Kısıtlayıcı Yeme	0.058	0.229	0.098	0.042*	0.162	0.001*
BDÖ	-0.132	0.006*	0.042	0.382	0.037	0.438
PUKİ Toplam	-0.123	0.011*	-0.029	0.542	0.060	0.214
Öznel Uyku Kalitesi	-0.088	0.067	-0.059	0.221	-0.016	0.747
Uyku Latansı	-0.055	0.255	-0.049	0.311	-0.026	0.589
Uyku Süresi	-0.024	0.625	-0.034	0.486	-0.057	0.237
Alışılmış Uyku Etkinliği	-0.043	0.370	-0.079	0.102	0.044	0.364
Uyku Bozukluğu	-0.073	0.132	-0.071	0.142	0.006	0.898
Uyku İlacı Kullanımı	-0.106	0.027*	-0.046	0.340	0.070	0.145
Gündüz İşlev Bozukluğu	-0.082	0.090	0.063	0.192	0.111	0.022*

*p<0.05 | Spearman Rho Correlation Testi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Tablo 4.23'te bireylerin öğün atlama alışkanlıkları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişkiye dair bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin öğün atlama durumları ile BDÖ toplam, PUKİ toplam, öznel uyku kalitesi, uyku latansı ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Öğün atlama alışkanlığı bulunan bireylerin BDÖ toplam (13.2 ± 8.44), PUKİ toplam (6.8 ± 3.57), öznel uyku kalitesi (1.2 ± 0.63), uyku latansı (1.3 ± 0.94) ve gündüz işlev bozukluğu (1.7 ± 1.60) puan ortalamalarının öğün atlama alışkanlığı olmayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.



Tablo 4.23. Bireylerin öğün atlama alışkanlıkları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki ilişki

	Öğün Atlama	n	$\bar{X} \pm SS$	p
DEBQ Toplam	Evet	286	54.2±22.05	0.223
	Hayır	144	50.5±21.38	
Duygusal Yeme	Evet	286	17.9±15.26	0.162
	Hayır	144	15.4±13.3	
Dışsal Yeme	Evet	286	15.7±7.80	0.737
	Hayır	144	15.5±7.89	
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	286	20.4±7.43	0.311
	Hayır	144	19.5±7.60	
BDÖ	Evet	286	13.2±8.44	0.013 ^b
	Hayır	144	11.3±8.74	
PUKİ Toplam	Evet	286	6.8±3.57	0.018 ^b
	Hayır	144	6.0±3.42	
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	286	1.2±0.63	0.011 ^b
	Hayır	144	1.1±0.67	
Uyku Latansı	Evet	286	1.3±0.94	0.003 ^b
	Hayır	144	1.0±0.90	
Uyku Süresi	Evet	286	0.5±0.81	0.597
	Hayır	144	0.5±0.96	
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	286	0.5±0.81	0.194
	Hayır	144	0.4±0.84	
Uyku Bozukluğu	Evet	286	1.3±0.58	0.203
	Hayır	144	1.2±0.52	
Uyku İlacı Kullanımı	Evet	286	0.0±0.46	0.297
	Hayır	144	0.1±0.57	
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	286	1.7±1.60	0.024 ^b
	Hayır	144	1.4±1.72	

^b $p < 0.05$ | Mann-Whitney U Testi | BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği | DEBQ: Hollanda Yeme Davranışları Anketi | PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

5. TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Demografik Özellikleri

Bu çalışmaya yaşları 22-64 yıl arasında değişmekte olan toplam 430 kadın birey dahil edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2019 tarihli verilerine göre, Türkiye'deki kadın bireylerin yaş ortancası 33.4'tür (126). Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 35.2 ± 11.75 yıl olup, ülke nüfusunu oluşturan kadın bireylerin yaş ortancasına yakın bir değerdedir.

Obezite, içsel ve dışsal pek çok sürecin dahil olduğu multifaktöriyel kronik bir hastalık olarak görülmektedir. Obezite, etiyolojisinde genetik faktörler ve duygusal süreçler gibi biyolojik ve psikolojik etmenlerin yanı sıra medeni durum, çalışma hayatı, sosyoekonomik seviye olmak üzere çok sayıda sosyal etmen de barındırmaktadır (127). Obezitenin etiyolojisinde yer alan etmenlerle ilgili en güncel yaklaşım, bu sıralanan nedenlerin birbiriyle ilişkili olduğu yönündedir (127,128,129).

Çalışmaya dahil olan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde %8.8'inin ön lisans, %62.8'inin lisans ve %20.5'inin lisansüstü mezunu olduğu gözlenmiştir. Çalışmaya dahil olan bireylerin sosyoekonomik seviyeleri incelendiğinde ise %21.6'sı giderinden az olduğunu, %50.7'si geliri ile giderinin eşit olduğunu ve %27.7'si ise gelirin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1). Sosyoekonomik düzey ve obezite ilişkisine yönelik olarak Kore'de yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin vücut ağırlığının korunmasında rol oynadığı belirtilmiştir (130). Volaco ve ark. (131) yaptıkları bir araştırmada, düşük gelir düzeyine sahip bölgelerde yaşayan bireylerin egzersiz tesislerine ulaşımında yaşanan sorunlar ve güvensizlik gibi nedenler sonucu fiziksel aktivitelerinin daha az olduğunu dolayısıyla obezite riskinin de daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu açıdan bireylerin çoğunluğunun eğitim düzeyinin üniversite düzeyinde olması ve gelir gider oranlarının eşit olması durumunun, BKİ değerlerinin normal aralığındaki dağılımının daha yüksek olmasında rolü olduğu düşünülmektedir.

5.2. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Antropometrik ölçümler, beslenme durumunun belirlenmesi ve vücudun fiziksel özelliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçümlerdir (132).

Bu çalışmaya dahil olan 22-64 yaş arası kadınların vücut ağırlığı ortalaması 65.6 ± 12.82 kg, boy uzunluğu ortalaması 163.4 ± 5.96 cm ve beden kütle indeksi (BKİ)

ortalaması ise 24.5 ± 4.77 kg/m²'dir (Tablo 4.2). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2017) verilerine göre, 19-64 yaş arası kadınlarda vücut ağırlığı ortalaması 71.6 ± 15.82 kg, boy uzunluğu ortalaması 158.1 ± 6.72 cm ve BKİ ortalaması ise 28.8 ± 6.92 kg/m²'dir (21).

Çalışmaya katılan kadın bireylerin BKİ sınıflamasına göre dağılımları incelendiğinde %5.6'sının zayıf, %55.3'ünün normal, %25.3'ünün hafif şişman, %9.5'inin I. derece obez ve %4.2'sinin II. derece obez olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.3). TBSA-2017 verilerine göre 19-64 yaş arası kadınların BKİ sınıflamasına göre dağılımları incelendiğinde ise %2.3'ünün zayıf, %30.0'unun normal, %28.5'i fazla kilolu, %33.1'inin obez ve %6.2'sinin ise morbid obez olduğu görülmektedir (21).

Çalışma örneklemindeki bireylerin BKİ sınıflamasına göre dağılımının, Türkiye genelindeki bireylerinkine kıyasla normal aralıkta daha yüksek bir sıklığa sahip olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalamasının Türkiye geneline kıyasla daha küçük ve eğitim düzeyinin daha yüksek olması gibi faktörlerin bu farklılıkta etkisi olduğu düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumları

Düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının olmaması ve sedanter yaşam tarzı obezitenin meydana gelmesinde ve dolayısıyla diğer sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında en etkili nedenlerden biridir (129,133). Çalışmaya dahil olan bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının dağılımı değerlendirildiğinde sadece %26.0'sının düzenli olarak fiziksel aktivite alışkanlığının olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Tablo 4.4).

Obezite günümüzde sık görülen kronik bir hastalık olmasının yanı sıra başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere diğer sağlık sorunları için de bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. (132, 134, 135). Bu çalışmaya dahil olan bireylerin %28.4'ünde hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalık bulunmakta iken katılımcıların %30'u düzenli olarak bir ilaç kullandığını etmiştir (Tablo 4.6). Kronik hastalığa sahip olan bireylerin yüzdesi ile düzenli ilaç kullanan bireylerin yüzdesi arasındaki farkın herhangi bir tanı almamasına rağmen ilaç kullanan bireylerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)'ne göre Türkiye genelinde 19 yaş üzeri yetişkin kadınlarda günlük ortalama su tüketim miktarı 1497.2 ml'dir (136). Çalışmaya katılan

bireylerin günlük su tüketimlerine bakıldığında ise %33.3'ünün 1000 ml'den az, %28.1'inin 1001-1999 ml arası ve %38.6'sının 2000 ml ve üzeri su tükettiği gözlenmiştir (Tablo 4.7).

Yetişkin bireylerde BKİ ile hidrasyon düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada yetersiz hidrasyon düzeyi ile daha yüksek BKİ ve obezite arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (137). Bu durum su tüketim miktarını arttırmanın obeziteyi önlemede önemli bir etken olabileceği düşüncesini doğurmuştur. Fakat bu çalışma dahilinde farklı BKİ grubundaki bireylerin günlük su tüketim ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 4.7).

Turan ve ark. (138) ile Çetintaş (139)'ın araştırmalarına göre öğün sıklığı ve BKİ'yi ilişkilendiren farklı çalışmalarda öğün atlama davranışı ile obezite sıklığı arasında pozitif yönlü bir ilişki gözlenmektedir. Bunun yanı sıra bu iki değişken arasında hiçbir ilişki olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (140, 141). Bu çalışma dahilinde de farklı BKİ grubundaki bireylerin öğün atlama alışkanlıkları, günlük tükettikleri ara ve ana öğün sayıları gibi beslenme alışkanlıkları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 4.7).

Bu çalışma dahilinde bireylerin yeme eylemine dair öznel ifadeleri değerlendirildiğinde zayıf bireylerin %66.7'si, normal BKİ değerine sahip bireylerin %39.9'u ve hafif şişman/obez bireylerin ise %28.0'i yeme eyleminin "gereklilik/ihtiyaç" olduğunu ifade etmiştir. Diğer katılımcılar ise yeme eyleminin kendileri için duygusal ve sosyal farklı motivasyonlara sahip olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.7). Duygusal yemeyi açıklayan farklı kuramlara göre bireyin içsel ipuçlarına dair farkındalığının azalması ve açlık/tokluk hislerini algılayamaması sonucunda yeme eylemi fizyolojik bir gereklilik/ihtiyaç olmaktan öte duyguların motivasyonundan beslenen bir eylem haline gelmektedir (30,142). Bunun sonucunda yeme davranışını ve tüketilen besin miktarını kontrol etmek güçleşmekte ve bu durum obezite için bir risk faktörü haline dönüşmektedir. Bu durumun çalışmaya katılan farklı BKİ grubundaki bireylerin yeme eylemine dair öznel ifadeleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan farkı açıkladığı düşünülmektedir.

5.5. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine Göre Yeme Davranışı, Depresyon Durumu ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Emosyonel ya da dışsal uyarılara yanıt olarak yeme davranışı göstermek ve beslenme düzeninde kısıtlama yapmak gibi bozulmuş yeme davranışlarının obezitede rol oynadığı bilinmektedir (30). Bu çalışma dahilinde farklı BKİ grubundaki bireylerin bozulmuş yeme

davranışı toplam puanı, duygusal yeme puanı ve dışsal yeme puanı gibi değişkenleri birbirinden anlamlı ölçüde farklılık göstermektedir (Tablo 4.9). Obezite ve yeme davranışı bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak, bireylerin BKİ değerlerine göre yeme davranışlarına ait skorları incelenmiş ve obez olan gruptaki bireylerin duygusal yeme davranışına ait skorlarının diğer gruplara kıyasla yüksek olduğu gözlenmiştir (143). Van Strien ve ark. (144)'nın çalışması ise BKİ'deki artışta duygusal yemeye ek olarak dışsal yeme davranışının da aracı rolü olduğunu belirtmiştir (144). Bu durumun farklı duygulara ve dışsal uyaranlara cevaben duygusal ve dışsal yeme davranışı gösteren bireylerin besin tüketimlerinin artışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde depresyon ile BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları değişkenlik göstermektedir. Bazı araştırmalar bu iki değişken arasında herhangi bir korelasyon bulunmadığını ifade etmektedir (145-148). Yapılan son çalışmalarda ise bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğu, BKİ değeri arttıkça toplam depresyon puanının da arttığı belirtilmektedir (149-152). Bu çalışmanın bulguları incelendiğinde ise farklı BKİ grubundaki bireylerin depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. (Tablo 4.10). Depresyon durumunda bireylerin değişen duygu durumları ve hormonal süreçleri nedeniyle iştahta artış ya da azalış yaşanmasının yanı sıra aynı zamanda herhangi bir değişiklik olmayabilmektedir (153). Depresyonun iştah üzerindeki bireye özgü değişimlerinin farklı BKİ grubundaki bireylerin depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olmamasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan farklı araştırmalarda, uyku kalitesine ait bileşenlerden uyku süresi, alımlı uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu, uykuya dalma süresi ve uyku ilacı kullanımı gibi faktörlerin BKİ ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (117,119,154,155). Bu çalışmanın bulgularına göre ise uyku kalitesi ölçeğinin alt gruplarına ait ortalama değerler arasında farklı BKİ grubundaki bireylerin sadece gündüz işlev bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 4.11). Bununla birlikte bireylerin BKİ gruplarına göre uyku kalitelerinin dağılımı incelendiğinde farklı BKİ grubundaki bireylerin uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 4.12).

5.6. Bireylerin Uyku Kalitelerine Göre Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Bireyin uyku kalitesi; cinsiyet, beden kütle indeksi, fiziksel aktivite, sahip olduğu hastalıklar, beslenme durumu, çevresel koşullar, yaşam tarzı, kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol tüketme durumu gibi pek çok faktör tarafından etkilenebilmektedir (98). Yaş faktörü bireyin uyku örüntüsünün önemli belirleyicilerinden biridir (99). Çalışmaya dahilinde de iyi ve kötü uyku kalitesine sahip bireylerin yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (Tablo 4.13).

Literatür, beslenme alışkanlıkları ile uyku kalitesi ve uyku süresinin yetersizliği arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Bunun sebebi bireylerin uykuya geçiş süresinin ve saatinin öğün saati üzerinde etkili olması gibi öğün planlaması ve saatinin de uyku süresi ve saatini etkileyebildiği görüşüdür (105). Bu çalışma dahilinde de bireylerin uyku kalitelerine göre uyku öncesindeki ve uyku sürecindeki beslenme alışkanlıklarının dağılımına ilişkin bulgular incelendiğinde, bireylerin uyku kaliteleri ile yatmadan yeme alışkanlığı ve en son yeme zamanı ile uyku arasında geçen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu gözlenmektedir (Tablo 4.14). Yeme zamanlamasının ve besin tüketiminin sirkadiyen ritmi etkilemesi nedeniyle bireylerin uyku kalitesi üzerinde de önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir.

5.7. Bireylerin Yeme Davranışı, Depresyon Durumu ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Mevcut araştırmaların sonuçları bireysel ve çevresel pek çok faktörün yanı sıra depresyon ya da diğer herhangi bir psikolojik sorunun varlığının da uyku kalitesi üzerinde etkili olduğunu ve bu iki değişken arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (111,156,157,158). Bu çalışmada da bireylerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) toplam puanı, öznel uyku kalitesi puanı, uyku latansı puanı, uyku bozukluğu puanı, uyku ilacı kullanımı puanı ve gündüz işlev bozukluğu puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 4.15). Bireylerin depresyon semptomlarına ilişkin puanları arttıkça uyku kalitesindeki ve uyku kalitesini etkileyen alt bileşenlerdeki bozulma da artış göstermektedir.

Bireylerin PUKİ ve Hollanda Yeme Davranışları Anketi (DEBQ) puanları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular incelendiğinde iki ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın bireylerin DEBQ toplam puanları

ile öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu gibi alt ölçeklerin puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmakta olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.16). Benzer şekilde kadınlar üzerinde yapılan bir başka araştırmada, yeme davranışındaki bozulmanın artışı ile uyku düzenindeki ve kalitesindeki bozulmanın da arttığı ve bu durumun obezite başta olmak üzere pek çok metabolik ve kronik hastalıkla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (159). Yeme davranışındaki bozulmaların aşırı yeme ve gereğinden fazla besin tüketme gibi durumlara yol açtığı göz önüne alındığında bireylerin gün içinde ya da uyku saatine yakın bir zamanda bozulmuş yeme davranışı göstermesi ve gereğinden fazla besin tüketmesinin uyku bozuklukları ile sonuçlandığı düşünülmektedir.

Bireylerin uyku kalitesindeki bozulmaya ait toplam puan ile duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışına ait puanları arasında anlamlı ilişkiler mevcuttur (Tablo 4.16). Yapılan bir araştırmada uyku kalitesini etkileyen bileşenlerden biri olan uyku süresinin duygusal yeme davranışı gösteren bireylerde daha kısa olduğu ve bu durumun uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır (160). Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir başka araştırma da ise duygusal yeme ve dışsal yeme davranışı ile kötü uyku kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (161).

Psikosomatik Kuram; bireylerin öfke, korku, üzüntü, tedirginlik, depresyon, kaygı gibi olumsuz duygulara yanıt olarak yemek yediğini ifade etmektedir (49). Aynı şekilde Kaçış Kuramı'na göre ise olumsuz yönde farkındalık oluşturan, kişiyi psikolojik anlamda zorlayan durumlardan ve ortamlardan kurtulmak ya da uzaklaşmak için kişi fizyolojik olarak bir açlık halinde olmasa bile besin almaya ihtiyaç duyabilmektedir (50). Bu kuramları destekler nitelikte, bu çalışma dahilinde bireylerin depresyon durumları ile yeme davranışı puanları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular incelendiğinde, BDÖ puanı ile DEBQ toplam puanı ve duygusal yeme puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.17). Bireylerin depresyon puanı arttıkça DEBQ toplam puanı ve duygusal yeme puanı da artış göstermektedir. Yeme davranışı bozukluklarının artış sebebinin bu davranışın olumsuz duygularla başa çıkabilmek amacıyla kullanılan bir çeşit yöntem olarak görülmesi olduğu düşünülmektedir.

Dışsal Yeme Teorisi'ne göre bireyler kendilerine ait içsel ipuçlarına (açlık ve tokluk) karşı duyarlı olmamakla beraber emosyonel durumlarında meydana gelen değişikliğe karşı değil dışsal uyaranlara bir yanıt olarak yeme davranışı göstermektedir (47). Yapılan önceki çalışmalarda (142,162) dışsal yeme davranışı ile depresyon arasında direk ya da dolay

olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmasına rağmen bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre bu iki değişken arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir (Tablo 4.17).

Bu araştırmanın istatistiksel olarak anlamlı olan bir diğer bulgusu ise kısıtlayıcı yeme davranışı ve depresyon puanı arasındaki ilişkidir. Bireylerin BDÖ puanları ile kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur (Tablo 4.17). Brechan ve Kvaalem (163) yaptıkları bir araştırmada özellikle kadın bireylerde depresyonun kısıtlayıcı yeme üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu gözlemlemiştir. Kısıtlayıcı yeme bozukluğu ile ilgili yapılan bir diğer araştırmada bu çalışmaya paralel olarak kısıtlayıcı yeme ve depresyon arasındaki pozitif ilişki ortaya konmuştur (164). Bu durumun depresyonun semptomlarından biri olan iştah kaybından kaynaklandığı ve bu tür semptomların bir sonucu olarak ağırlık kaybı yaşanabileceği ve yeme davranışında bozulmalar olabileceği düşünülmektedir.

5.8. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bireylerin yaşları ile DEBQ puanları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular incelendiğinde yaş arttıkça yeme davranışı bozukluğuna ilişkin toplam puanın, duygusal ve kısıtlayıcı yeme puanının azaldığı; dışsal yeme puanının ise arttığı gözlenmektedir (Tablo 4.18). Robinson ve ark. (165)'nın yaptıkları araştırmanın bulguları da bu çalışmaya benzer olarak bireylerin yaşları ve bozulmuş yeme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Genç yaştaki bireylerin olumsuz duygularla başa çıkma becerilerinin ilerleyen yaşlardakilere göre daha az olması nedeniyle daha bozulmuş yeme davranışları açısından daha büyük riske sahip olduğu düşünülmektedir.

Yeme davranışı bozukluklarını açıklayan Kaplan ve Kaplan'ın Obezite Kuramı, Bruch'ın Kuramı ve Dışsallık Teorisi (Schachter'in İçsel Dışsal Obezite Kuramı) gibi kuramlara göre normal vücut ağırlığındaki bireyler ve obez bireyler arasında içsel ipuçlarına karşı farkındalığın azalması, fizyolojik açlık kavramının hissedilememesi, besinlere ait koku ve tat gibi dışsal uyaranlara duyusal etkilerin artışı, stres ve olumsuz duygu durumlarına yanıt olarak yeme davranışının başlaması gibi fizyolojik ve davranışsal pek çok farklılık bulunmaktadır (30,67). Tüm bu farklılıkların bir sonucu olarak obez bireylerde yeme davranışındaki bozulmaların daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın bulguları da bu düşüncayı destekler niteliktedir. Bireylerin BKİ değerleri ile DEBQ toplam puanı,

duygusal ve dışsal yeme puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (Tablo 4.18).

Yetişkin kadınlarla yürütülen ve dört yıl süren bir gözlem çalışmasında depresyonlu olan ve olmayan iki grup karşılaştırmış ve depresyonu olan grubun obezite riskinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (166). Literatürde bu iki değişken arasında çift yönlü bir ilişki olduğuna dair pek çok çalışma bulunmaktadır (9-11). Bu çalışma dahilinde de literatürle benzer olarak bireylerin BKİ değerleri ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.18). Bireylerin depresyon puanlarına paralel olarak BKİ değerlerindeki artışın, depresyonun metabolik ve hormonal mekanizmaları etkileyerek iştah değişikliğine neden olması ve bireylerin olumsuz duygularla başa çıkabilmek için aşırı yemeye yönelmesi gibi farklı nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.9. Bireylerin Bazı Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktiviteleri ve Sağlık Durumları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Babyak ve ark. (45) yaptıkları bir çalışmada, depresif bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının daha az olduğunu göstermekte ve duygu durumunu iyileştirmenin bir yolu olarak düzenli fiziksel aktivite yapmayı önermektedir. Bu çalışmaya dahil edilen bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular incelendiğinde, bireylerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı ile duygusal ve dışsal yeme puanı, BDÖ ve PUKİ toplam puanı, öznel uyku kalitesi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu gibi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğu gözlenmektedir (Tablo 4.19). Gün içinde fiziksel olarak aktif olmanın bireylerin psikolojik sağlığını iyileştirme ve uyku kalitesini artırma gibi olumlu çıktıları göz önüne alındığında, çalışmaya katılan bireylerin depresyon ve uyku kalitesindeki bozulmaya ait puanlarındaki artışın nedenlerinden birinin yetersiz fiziksel aktivite olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte fiziksel olarak daha aktif olan bireylerin yeme davranışı bozukluğu, depresyon ve uyku bozuklukları açısından daha düşük riske sahip olmasının bir sonucu olarak obezite riskinin de daha az olacağı düşünülmektedir. Bu açıdan fiziksel aktivite hem depresyon hem de obezite etiyolojisinde önleyici bir faktör olarak görülmektedir.

Bireylerin hastalık durumları ve düzenli ilaç kullanma durumları ile kısıtlayıcı yeme, uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı gibi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Tablo 20,21). Bu durumun bireylerin herhangi bir hastalığa sahip olması durumunda diyet kısıtlamaları içinde olduğunu düşünmesi ve nasıl besleneceğine dair yetersiz bilgiye sahip olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte bireylerin kronik hastalıklarının ve kullandığı ilaçların da uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada bireylerin su tüketimi ile DEBQ, BDÖ ve PUKİ puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde su tüketimi ile DEBQ toplam ve dışsal yeme puanları arasında pozitif; BDÖ, PUKİ toplam ve uyku ilacı kullanımı puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu gözlenmiştir (Tablo 4.22). Kadınlarla yürütülen ve yeme davranışı sorunları ile obeziteyi inceleyen bir başka araştırmada da su tüketimi ile kısıtlayıcı ve dışsal yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (167). Yetişkin bireylerle yürütülen bir başka araştırmada ise günlük tüketilen su miktarı ile uyku kalitesine ilişkin toplam puan ve alt bileşenlerin puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (168). Yapılan araştırmalar, su tüketiminin bilişsel ve nörolojik işlevlerde rol oynadığını ve dehidrasyonun kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir (169,170). Bu bulgular göz önüne alındığında yetersiz su tüketiminin depresif semptomlarda artışa neden olabileceği düşünülmektedir.

Yeterli beslenmenin temel ilkelerinden birinin de düzenli öğün alışkanlığı olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada da bireylerin öğün atlama durumları ile BDÖ, PUKİ toplam, öznel uyku kalitesi, uyku latansı ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu gözlenmiştir (Tablo 4.23).

Öğün atlama alışkanlığı ve BDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde öğün atlama alışkanlığı olanların BDÖ puan ortalamalarının 13.2 ± 8.44 , olmayanların ise 11.3 ± 8.74 olarak bulunmuştur (Tablo 4.23). Obez yetişkinlerle yürütülen bir araştırmada da bu çalışmaya benzer olarak öğün atlayanların depresyon puanlarının atlamayanlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (171). Yapılan bir başka çalışmada ise bireylerin öğün atlama davranışları ile intihar düşüncesi ve depresyon oranları arasında fark olduğu gözlenmiştir (172). Depresyonun iştah azalmasına neden olmasının bir sonucu olarak bireylerin gün içinde daha sık öğün atladıkları düşünülmektedir.

Uyku süresi ve beslenme alışkanlıklarını değerlendiren önceki bir çalışmaya göre kısıtlı uyku süresine sahip olan bireylerin uyku süresi ile gün içindeki öğün sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (173). Bu çalışmada da öğün atlama

alışkanlığı bulunan bireylerin PUKİ toplam, öznel uyku kalitesi, uyku latansı ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalamalarının öğün atlama alışkanlığı olmayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.23). Bireylerin gün içinde düzensiz öğün tüketimi ve öğün atlama davranışlarının bir sonucu olarak uyku saatlerine yakın zamanda besin tüketme eğilimlerinin arttığı ve dolayısı ile uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmanın amacı, yetişkin kadın bireylerin beden kütle indeksleri ile depresyon düzeyi, uyku kalitesi ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışmaya katılan 430 kadın bireyden elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

1. BKİ sınıflamasına göre bireylerin %5.6'sı zayıf, %55.3'ü normal, %39.1'i hafif şişman/obez grubunda yer almaktadır.
2. DEBQ toplam puan ortalaması zayıf bireylerde 13.0 ± 9.51 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 11.9 ± 8.39 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 56.2 ± 22.86 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).
3. Duygusal yeme puanlarına ait ortalama değerler zayıf bireylerde 10.4 ± 11.99 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 15.6 ± 13.88 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 20.0 ± 15.58 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).
4. Dışsal yeme puanlarına ait ortalama değerler zayıf bireylerde 7.9 ± 6.88 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 16.2 ± 7.89 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 16.1 ± 7.29 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).
5. Kısıtlayıcı yeme puanlarına ait ortalama değerler zayıf bireylerde 20.1 ± 5.69 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 20.2 ± 7.52 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 20.0 ± 7.71 'dir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin kısıtlayıcı yeme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).
6. Tüm bireylerin BDÖ toplam puan ortalaması 12.5 ± 8.58 'dir.
7. BDÖ toplam puan ortalaması zayıf bireylerde 13.0 ± 9.51 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 11.9 ± 8.39 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 13.4 ± 8.68 'dir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).
8. Tüm bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması 6.5 ± 3.54 'tür.
9. PUKİ toplam puan ortalaması zayıf bireylerde 7.8 ± 3.59 , normal BKİ değerine sahip bireylerde 6.4 ± 3.43 ve hafif şişman/obez bireylerde ise 6.6 ± 3.67 'dir. Farklı BKİ grubundaki bireylerin PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).
10. Zayıf bireylerin %87.5'inin (21 kişi), normal BKİ değerine sahip bireylerin %66.8'inin (159 kişi) ve hafif şişman/obez bireylerin ise %65.5'inin (110 kişi)

uyku kalitesi kötüdür. Farklı BKİ grubundaki bireylerin uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

11. Bireylerin BDÖ puanları ile PUKİ toplam puanı, öznel uyku kalitesi puanı, uyku latansı puanı, uyku bozukluğu puanı, uyku ilacı kullanımı puanı ve gündüz işlev bozukluğu puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0.05$).
12. Bireylerin DEBQ'dan aldıkları toplam puanlarla PUKİ'den aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
13. Bireylerin DEBQ toplam puanları ile öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu gibi alt ölçeklerin puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).
14. Bireylerin duygusal yeme puanları ile PUKİ'den aldıkları toplam puan, öznel uyku kalitesi puanı ve uyku bozukluğu puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır ($p<0.05$).
15. Bireylerin dışsal yeme puanları ile PUKİ'den aldıkları toplam puan, öznel uyku kalitesi puanı, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz işlev bozukluğu gibi alt ölçeklerin puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).
16. Bireylerin kısıtlayıcı yeme puanları ile PUKİ'den aldıkları toplam puan, öznel uyku kalitesi puanı ve gündüz işlev bozukluğu gibi alt ölçeklerin puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).
17. Bireylerin BDÖ puanları ile DEBQ toplam puanı, duygusal ve kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).
18. Bireylerin BKİ değerleri ile DEBQ toplam puanı, duygusal ve dışsal yeme puanı, BDÖ puanı ve uyku bozukluğu alt ölçeği puanı arasında pozitif; gündüz işlev bozukluğu alt ölçeği puanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgular kadın bireylerde; obezite ile depresyon, yeme davranışı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkileri ortaya koymak açısından önemli bir bakış açısı sağlamaktadır. Literatürle benzer olarak, BKİ değeriyle birlikte bireylerin yeme davranışındaki bozulmaların, depresyon durumlarının ve uyku kalitesini etkileyen bazı bileşenlerde yaşanan sorunların arttığı gözlenmiş ve bireylerde obezite varlığının davranışsal, psikolojik ve fizyolojik pek çok süreci olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

BKİ, yeme davranışı, depresyon ve uyku kalitesi gibi faktörlerin birbirleri ile etkileşim içinde olduğuna dair ilişkileri ortaya koyan bu çalışma; bireylerin yeme davranışlarında, depresyon semptomlarında ve uyku kalitesinde yaşanan bozulmaların ilerleyen dönemde obezite riskini arttırabileceğini ve BKİ değerlerindeki bu olası artışın da diğer sağlık risklerindeki artışla sonuçlanabileceğine dair ipuçları sağlamaktadır.

Mevcut veriler; biyolojik, genetik, psikolojik ve sosyoekonomik faktörler nedeniyle depresyon, uyku sorunları ve sorunlu yeme davranışları açısından kadınların erkeklere göre daha duyarlı olduğunu belirtmesine rağmen literatürde bu değişkenler açısından sadece kadınlarla yürütülen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kadın ve erkek bireyler arasındaki bu farklılık, obezite açısından kadınların erkeklere göre daha büyük bir riske sahip olduğunu düşündürmektedir. Bu amaçla, bu çalışmanın özellikle kadın bireylerde obezitenin birbirleriyle etkileşim içinde olan risk faktörlerini tanımlayarak obezitenin önlenmesi açısından literatüre önemli bir fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, artan BKİ ve bu durumun bir sonucu olarak diğer sağlık sorunlarındaki artışın sebep olduğu zararlar düşünüldüğünde, obezitenin önlenmesi ve bireylerin bu zararlar açısından farkındalık sahibi olması konularına ağırlık verilmelidir.

Obezitenin etiyolojisinde yer alan davranışsal ve psikolojik faktörler göz önüne alındığında obezitenin önlenmesi ve tedavisi konularına multidisipliner bir bakış açısıyla yaklaşılmalıdır. Diyetisyenler tarafından bireyin yaşam tarzına uygun, sürdürülebilir, yeterli ve dengeli beslenme örüntülerinin benimsenmesi konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi, bireylerin sağlıklı beslenmeye ilişkin bilgi düzeyini arttırmaya yönelik eğitimler planlanması ve gerektiğinde tıbbi beslenme tedavisi protokollerinin uygulanması önem teşkil etmektedir.

Bununla birlikte obezitenin tedavi sürecinde bireyin değişen psikolojik süreçleri göz önüne alınarak konusunda yetkin psikologlardan psikolojik danışmanlık ve terapi desteği alması konusunda birey teşvik edilmelidir. Konusunda yetkin olan psikologlar tarafından bireye; diyetisyenler tarafından hayatına dahil edilen doğru ve sağlıklı yeme davranışını benimseme, duygusal süreçlerinin farkında olma, duygularını tanımlama, duygu kontrolünü sağlama, stres ve olumsuz duygularla baş etme becerilerini arttırma, içsel ipuçlarına ve bedenin fizyolojik tepkilerine karşı farkındalığını arttırma ve yeme eylemine karşı sahip olduğu bilişsel çarpıtmaları azaltma gibi konularda destek verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Arslan, M. (1996). *Obezite (şişmanlık)*. Endokrinoloji Temel ve Klinik. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 775- 784.
2. Cabioğlu, M.T., Ergene, N., ve Bodur, S. (2003). Obezlerde ağırlık kaybı için uygulanan elektroakupunktur ve diyet tedavisinin serum lipid düzeylerine akut etkileri. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3): 145- 150.
3. Altunkaynak, B. Z., ve Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
4. Wadden, T., Kaplan, H.I., ve Sadock, B.J. (1995). *Obesity*. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, 1481-1491.
5. Gedik, O. (2003). Obezite ve çevresel faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2(1), 1-4.
6. Aslan, N. (2018). Kadınlarda beden kitle indeksi ile ilişkili psikososyal faktörlerin belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 50-56.
7. Bektaş, B. D., ve Garipağaoğlu, M. (2016). Yetişkin kadınlarda beden kitle indeksi ile gece yeme sendromu ve uyku düzeni arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 44(3), 212-219.
8. Resch, M., Haasz, P., ve Sido, Z. (1998). Obesity as psychosomatic disease. *European Psychiatry*, 13(4), 315-315.
9. Çorakçı, A. (2001). Risk faktörü olarak obezite. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(2): 33-38.
10. Yılmaz, C. (2002). *Endokrinolojide tanı basamakları*. Güven Kitabevi, 139-140.
11. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2019). *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu*. 8. Baskı, Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
12. Yılmaz, E. ve Özkan, S. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), 87-104.
13. Yurtseven, E., Eren, F., Vehid, S., Köksal, S., Erginöz, E. ve Erdoğan, M. S. (2014). Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15 (1), 20-26.
14. Göktaş, E., Çelik, F., Özer, H. ve Çıray Gündüzoğlu, N. (2015). Obez bireylerin uyku kalitesinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3), 156-161.

15. Taheri, S., Lin, L., Austin, D., Young, T., ve Mignot, E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *Plos Medicine*, 1(3), 62.
16. Gangwisch, J. E., Malaspina, D., Boden-Albala, B., ve Heymsfield, S. B. (2005). Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep*, 28(10), 1289-1296.
17. Mj, S., ve Macedo, A. (2015). Modulation of sleep by obesity, age and diet. *Sleep Disturbances, Body Mass Index, and Eating Behavior*, 43-57.
18. Cappuccio, F. P., Taggart, F. M., Kandala, N. B., Currie, A., Peile, E., Stranges, S., ve Miller, M. A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*, 31(5), 619-626.
19. World Health Organization. (2018). Obesity and overweight. 23 Eylül 2021 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> adresinden erişildi.
20. Satman, İ. Ve TURDEP-II Çalışma Grubu (2011). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II) Sonuçları. 23 Eylül 2021 tarihinde <https://silo.tips/download/turdep-ii-sonular-prof-dr-lhan-satman-ve-turdep-ii-alma-grubu> adresinden erişildi.
21. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019. 23 Eylül 2021 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf adresinden erişildi.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). *Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı*. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 23 Eylül 2021 tarihinde <http://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2017/12/turkiye-sismanlikla-mucadele.pdf> adresinden erişildi.
23. Akpınar, E., Bashan, İ., Bozdemir, N., ve Saatci E. (2007). Which is the best anthropometric technique to identify obesity: Body mass index, waist circumference or waist-hip ratio? *Collegium Antropologicum*, 31(2), 387-393.
24. İşler, S., Koç, F., ve Özkoçak, V. (2020). Obezitenin antropolojik açıdan değerlendirilmesi. *SmartJournal*, 6(31):639-646.
25. Rihmer, Z., ve Angst, J. (2007). *Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji*. (Aydın, H., Bozkurt, A., Çev.). Kaplan & Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi, 1575-1582.

26. Oakes, P., Loukas, M., Oskouian, R.J. ve Tubbs, R.S. (2016). The neuroanatomy of depression: a review. *Clin Anat*, 30 (1): 44-49.
27. Özkan İ. (2017). *Hafif şişman/ obez kadınlarda yeme bağımlılığı, depresyon ve diyet kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
28. Gerrig, J.R., ve Zimbardo, P.G. (2010). *Psychology life*. New Jersey, Pearson Education, 454-455.
29. Dikici, D. S., Aşçıbaşı, K., ve Aydemir, O. (2017). DSM-5 depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18, 51-57.
30. Sevinçer, G. M., ve Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-8.
31. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı. (Köroğlu, E. Çev.), Beşinci baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
32. Cimilli, C. (2001). *Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler*. Duygu Durumu Bozuklukları- 4. Çizgi Tıp Yayınevi, 157-68.
33. Kessler, R. C., ve Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.
34. Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106(1), S71-S74.
35. Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1(1), 29-38.
36. Çelik, F. H., ve Hocaoglu, Ç. (2016). ‘Major depresif bozukluk’ tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
37. Akiskal, H.S., (2000). *Mood disorders: introduction and overview*. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 1284-98.
38. Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci baskı, Ankara. 23 Eylül 2021 tarihinde <https://doczz.biz.tr/doc/51570/t%C3%BCrkiye-ruh-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-profil-raporu> adresinden erişildi.
39. Işık, E., Işık, U., ve Taner, Y. (2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara, Rotatıp Kitapevi.

40. Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı. Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). (Köroğlu, E. Çev.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
41. Snaith, R. P., ve Taylor, C. M. (1985). Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 19(S1), 17S-20S.
42. Kılınç, S., ve Torun, F. (2011). Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1), 39-47.
43. Güneş, Ü. B. (2015). Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Kafkas Üniversitesi, Kars.
44. Jackson, T.D., Grilo, C.M., Masheb, R.M., (2000). ‘Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder’. *Obes Res* (6):451-8.
45. Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, W.E., Baldewicz, T.T., ve Krishnan, K.R., (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* (62):633-8.
46. Rosmond, R., ve Björntorp, P., (1998). Endocrine and metabolic aberrations in men with abdominal obesity in relation to anxio-depressive infirmity. *Metab, Clin Exp* (10):1187-93.
47. Altıntaş, M. ve Özgen, U. (2017). Kişilik yapısının yeme biçimleri üzerindeki etkisi. *International Journal of Social Sciences and Education Researc*. 3 (5), 1810.
48. Eren, İ., ve Erdi, Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6(3), 152-157.
49. Van Strien, T., Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A., ve Defares, P.B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295–315.
50. Macht, M., ve Simons, G. (2011). *Emotional eating*. Emotion regulation and well-being. New York: Springer.
51. Bellisle, F., Louriş-Sylvestre, J., Linet, N. Rocaboy, B., Dalle, B, Cheneau, F., L’Hinoret, D. ve Guyot, L. (1990). Anxiety and food intake in men. *Psychomatic Medicine*, 52 (4), 452-457.
52. Macht, M., Roth, S. ve Ellgring, H. (2002). Chocolate eating in healthy men during experimentally induced sadness and joy. *Appetite*, 39, 147-158.

53. Adam, T.C. ve Epel, E.S. (2007). Stress, eating and reward system. *Physiology & Behavior*, 91, 449-458.
54. Torres, S. J., Diet, M.N. ve Nawson, C. A. (2007). Relationship between stres, eating behavior and obesity. *Nutrition*, 23, 887-894.
55. Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five way model. *Appetite*, 50 (1), 1-11.
56. Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., Laraia, B. ve Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58, 717-721.
57. Güray, A. (2019). *Duygu durum bozukluğu olan hafif şişman ve şişman bireylerin beslenme alışkanlıkları, diyet kalitesi ve iştah durumlarının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
58. Ünüsan, N., Aça, H. T., Erdoğan, P., ve Keser, M. G. (2020). Yetişkin bireylerde obezite, depresyon ve duygusal yeme davranışı arasındaki ilişki. (Sözel bildiri metni). 28 Eylül 2021 tarihinde http://www.saglikliyasamkongresi.org/bildiriayrinti/yetiskin-bireylerde-obezite-depresyon-ve-duygusal-yeme-davranisi-arasindaki-iliski_211 adresinden erişildi.
59. Siegel, J., Yancedy, A.K., ve McCarthy, W.J. (2000). Overweight and depressive symptoms among African American women. *Prev Med*, 31: 232-240.
60. Kaplan, H. I., ve Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
61. Ruderman, A. J. (1983). Obesity, anxiety, and food consumption. *Addictive behaviors*, 8(3), 235-242.
62. McCrone, S., Dennis, K., Tomoyasu, N., ve Carroll, J. (2000). A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(9), 1007-1013.
63. Blair, A. J., Lewis, V. J., ve Booth, D. A. (1990). Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control?. *Appetite*, 15(2), 151-157.
64. Bruch, H. (1997). Obesity in childhood and personality development. *Obesity Research*, 5(2), 157-161.
65. Heatherton, T. F., ve Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86.

66. Wallis, D. J., ve Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), 39-46.
67. Schachter, S. (1968). Obesity and eating: internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*, 161(3843), 751-756.
68. Canetti, L., Bachar, E., ve Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), 157-164.
69. Schachter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychologist*, 26(2), 129.
70. Evers, C., (2011). The shaping role of hunger on self-reported external eating status. *Appetite*, 57 (2): 318.
71. Van Strein, T., ve Bazelier, F. G., (2007). Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7–12-year-old boys and girls. *Appetite*, 49: 618, 625.
72. Strien, T.V., ve Schippers, G.M. (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behavior*, 20(5): 587.
73. Herman, C. P., ve Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*. 43(4), 647–660.
74. Herman, C. P. (1978). Restrained eating. *Psychiatric Clinics*, 1(3), 593-607.
75. Bayrak, E., Serter, R., ve Işıklı, S. (2020). Duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme bozukluklarının metabolik sendrom gelişimi üzerine etkisi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 53(1), 36-43.
76. Nisbett, R. E. (1972). Eating behavior and obesity in men and animals. *Hunger and Satiety in Health and Disease*, 7, 173-193.
77. Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 343-361.
78. Kenardy, J., Arnow, B., ve Agras, W. S. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(6), 839-844.
79. Abraham, S. F., ve Beumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12(3), 625-635.

80. Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., ve Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 150(10), 1472–1479.
81. Black, D. W., Goldstein, R. B., ve Mason, E. E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 149(2), 227–234.
82. Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B. M., Remschmidt, H., ... ve Hebebrand, J. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity*, 24(12), 1707-1714.
83. Gentry, R., Halverson, J.D., ve Heisler, S. (1984) Psychological assessment of morbidly obese patients undergoing gastric bypass: a comparison of preoperative and postoperative adjustment. *Surgery*, 95:215-220.
84. Halmi, K. A., Long, M., Stunkard, A. J., ve Mason, E. (1980). Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. *The American Journal of Psychiatry*, 137(4), 470–472.
85. Reivich, R. S., Ruiz, R. A., ve Lapi, R. M. (1966). Extreme obesity--psychiatric, psychometric and psychotherapeutic aspects. *The Journal of the Kansas Medical Society*, 67(3), 134-40.
86. Köse, E., ve Aslan, D. (2013). Uyku ve sağlık: halk sağlığı bakış açısı. *Sağlık ve Toplum*; 23(1); 12-24.
87. Özgen, F. (2001). Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 41-48.
88. Guyton, A. C., ve Hall, J. E. (2001). Tıbbi Fizyoloji. 10 Baskı. Nobel Kitapevi, Ankara.
89. Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... ve Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations. *Sleep Health*, 1(4), 233-243.
90. Laposky, A. D., Bass, J., Kohsaka, A., ve Turek, F. W. (2008). Sleep and circadian rhythms: key components in the regulation of energy metabolism. *FEBS Letters*, 582(1), 142-151.
91. Poggiogalle, E., Jamshed, H., ve Peterson, C. M. (2018). Circadian regulation of glucose, lipid, and energy metabolism in humans. *Metabolism*, 84, 11-27.

92. Froy, O. (2007). The relationship between nutrition and circadian rhythms in mammals. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28(2-3), 61-71.
93. Sözlü, S., ve Şanlıer, N. (2017). Sirkadiyen ritim, sağlık ve beslenme ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 100-109.
94. Deniz, B. (2016). *Yetişkin kadınlarda vücut kitle indeksi ile gece beslenmesi ve uyku düzeni arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
95. Spiegel, K., Leproult, R., ve Van Cauter, E. (1999). Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *The Lancet*, 354(9188), 1435-1439.
96. Türközü, D., ve Aksoydan, E. (2015). Uyku süresi ve kalitesinin beslenme ve vücut bileşimine etkisi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 24(1), 10-17.
97. Demir, F. D., Çakın, K., ve Can, H. Ö. (2017). Menstrual faktörlerin uyku kalitesine etkisi. *Life Sciences*, 12(1), 30-41.
98. Rasekhi, S., Ashouri, F. P., Pirouzan, A., (2016), "Effects of Sleep Quality on the Academic Performance of Undergraduate Medical Students". *Health Scope*, 5(3): 1-7.
99. Monk, T. H., Thompson, W. K., Buysse, D. J., Hall, M., Nofzinger, E. A., ve Reynolds III, C. F. (2006). Sleep in healthy seniors: a diary study of the relation between bedtime and the amount of sleep obtained. *Journal of Sleep Research*, 15(3), 256-260.
100. Sabuncuoğlu, N., Ecevit Alpar, Ş., Özdilli, K., Batmaz, M., Bahçecik, N., Erkal İlhan, S., ... ve Dursun, S. (2009). *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Ankara: Alter Yayıncılık.
101. Atık, D. Ö., Zeydan, Z. E., ve Çoşar, A. A. (2012). Uyku sorunları hipertansiyona neden olur mu?. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 2-8.
102. Taylor, C. (2001). *Fundamental of Nursing: The Art & Science Of Nursing Care* (Fourth Edition), Philadelphia: Lippincott.
103. Taşkıran, N. (2009). *Gebelerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
104. Öge, B. (2011). *Adölesanlarda vücut ağırlığının uyku süresi, uyku kalitesi ve depresyon durumuna etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

105. Peuhkuri, K., Sihvola, N., ve Korpela, R. (2012). Diet promotes sleep duration and quality. *Nutrition Research*, 32(5), 309-319.
106. Chaput, J. P. (2014). Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiology & Behavior*, 134, 86-91.
107. Doo, M., ve Kim, Y. (2017). The consumption of dietary antioxidant vitamins modifies the risk of obesity among Korean men with short sleep duration. *Nutrients*, 9(7), 780.
108. Frank, S., Gonzalez, K., Lee-Ang, L., Young, M. C., Tamez, M., ve Mattei, J. (2017). Diet and sleep physiology: public health and clinical implications. *Frontiers in Neurology*, 8, 393.
109. Kurtulmuş, S., ve Taş, T. K. (2015). L-Tryptophan, melatonin, serotonin profiles in the foods and their effects on health. *Turkish Journal of Agriculture-Food Science and Technology*, 3(11), 877-885.
110. Balcı, K. (2017). *Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde çalışan yetişkin bireylerin beslenme durumları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
111. Yaran, M. (2014). *Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinde uyku ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
112. Vardar, S. A. (2005). Egzersiz ve uyku ilişkisi tam olarak biliniyor mu?. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 173-177.
113. Bames, J., Behrens, T. K., Benden, M. E., Biddle, S., Bond, D., Brassard, P., ... ve Woodruff, S. (2012). Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology Nutrition and Metabolism-Physiologie Appliquee Nutrition Et Metabolisme*, 37, 540-542.
114. Can, S. (2019). Sedanter davranış, adım sayısı ve sağlık. *Spor Hekimliği Dergisi/Turkish Journal of Sports Medicine*, 54(1).
115. Çelebi D. (2011) *Sigara bırakmanın solunum fonksiyon testi ve uyku kalitesi üzerine etkileri*, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Bölümü, Edirne.
116. Gangwisch, J. E., Malaspina, D., Boden-Albala, B., ve Heymsfield, S. B. (2005). Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep*, 28(10), 1289-1296.

117. Moraes, W., Poyares, D., Zalcman, I., De Mello, M. T., Bittencourt, L. R., Santos-Silva, R., ve Tufik, S. (2013). Association between body mass index and sleep duration assessed by objective methods in a representative sample of the adult population. *Sleep Medicine*, 14(4), 312-318.
118. Ryu, J. Y., Lee, J. S., Hong, H. C., Choi, H. Y., Yoo, H. J., Seo, J. A., ... ve Choi, K. M. (2015). Association between body size phenotype and sleep duration: Korean National Health and Nutrition Examination Survey V (KNHANES V). *Metabolism*, 64(3), 460-466.
119. Hung, H. C., Yang, Y. C., Ou, H. Y., Wu, J. S., Lu, F. H., ve Chang, C. J. (2013). The association between self-reported sleep quality and metabolic syndrome. *PloS One*, 8(1), e54304.
120. Bozan, N. (2009). *Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenirliğinin sınanması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
121. Akdemir, A., Örsel, D. S., Dağ, İ., Türkçapar, M. H., İşcan, N., ve Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259.
122. Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., ve Erbaugh, J. J. A. G. P. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
123. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
124. Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., ve Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
125. Ağargün, M. Y., Kara, H., Anlar, O. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7: 107-15.
126. Türkiye İstatistik Kurumu Veri Portalı. 19 Nisan 2022 tarihinde data.tuik.gov.tr. adresinden erişildi.
127. Berberoğlu, Z., ve Hocaoglu, C. Küresel Sağlık Sorunu ‘Obezite’: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552.

128. Conway, B., ve Rene, A. (2004). Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity Reviews*, 5(3), 145-151.
129. Archer, E., Lavie, C. J., ve Hill, J. O. (2018). The contributions of ‘diet’, ‘genes’, and physical activity to the etiology of obesity: contrary evidence and consilience. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61(2), 89-102.
130. Yoon, Y. S., Oh, S. W., ve Park, H. S. (2006). Socioeconomic status in relation to obesity and abdominal obesity in Korean adults: a focus on sex differences. *Obesity*, 14(5), 909-919.
131. Volaco, A., Cavalcanti, A. M., ve Précoma, D. B. (2018). Socioeconomic status: the missing link between obesity and diabetes mellitus?. *Current Diabetes Reviews*, 14(4), 321-326.
132. Pekcan, G. (2008). *Diyet El Kitabı*, Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
133. Wright, S.M. (2012). Causes of obesity. *Abdom Imaging*, 37(5), 730-2.
134. Eker, E., ve Şahin, M. (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(7), 246.
135. Hodge, A.M., ve Zimmet, P.Z. (1994). The epidemiology of obesity. *Baillieres Clin Endocrinol Metab*; 8(3):577-99.
136. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Beslenme Rehberi 2015. 20 Nisan 2022 tarihinde <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/rehberler/2015-beslenme-rehberi.pdf> adresinden erişildi.
137. Chang, T., Ravi, N., Plegue, M. A., Sonnevile, K. R., ve Davis, M. M. (2016). Inadequate hydration, BMI, and obesity among US adults: NHANES 2009–2012. *The Annals of Family Medicine*, 14(4), 320-324.
138. Turan, T., Ceylan, S. S., Çetinkaya, B., ve Altundağ, S. (2009). Meslek lisesi öğrencilerinin obezite sıklığının ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(1).
139. Çetintaş, M. (2016). *Depresif fazla kilolu ve obez kadınların diyet tedavisi sonucunda psikolojik durumlarının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
140. Mahmoud, M. H., ve Taha, A. S. (2017). The association between eating habits and body mass index among nursing students. *J Nurs Health Sci*, 6(3), 14-26.
141. Chellaiyan, V. G., Kamble, B. D., Raja, T. K., Liaquathali, F., Saha, R., Singh, S. K., ve Acharya, B. P. (2021). A study of determinants of obesity-is skipping

- breakfast meal a risk factor?. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 10(25), 1883-1889.
142. Ouwens, M. A., Van Strien, T., ve Van der Staak, C. P. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 40(3), 291-298.
143. Boğaz, M. E., Kutlu, R., ve Cihan, F. G. (2019). Obezite ile yeme davranışı, beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1064-1073.
144. Van Strien, T., Kontinen, H. M., Ouwens, M. A., van de Laar, F. A., ve Winkens, L. H. (2020). Mediation of emotional and external eating between dieting and food intake or BMI gain in women. *Appetite*, 145, 104493.
145. Karagöl, A., Özçürümez, G., Taşkıntuna, N. ve Nar, A. (2014). Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 15, 207-213.
146. Roohafza, H., Kelishadi, R., Sadeghi, M., Hashemipour, M., Pourmoghaddas, A., ve Khani, A. (2014). Are obese adolescents more depressed?. *Journal of Education and Health Promotion*, 3.
147. Coryell, W. H., Butcher, B. D., Burns, T. L., Dindo, L. N., Schlechte, J. A., ve Calarge, C. A. (2016). Fat distribution and major depressive disorder in late adolescence. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(1), 7207.
148. Taş, H.İ., Ertekin, H., Açar Yıldızoğlu, Ç. ve Ertekin, Y.H. (2019). Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda yeme tutumu ve vücut kompozisyonunun depresyon şiddetiyle ilişkisi. *Kafkas J Med Sci*, 9(1), 39-45.
149. Değirmenci, T., Kalkan Oğuzhanoğlu, N., Sözeri Varma, G., Özdel, O. ve Fenkçi, S. (2015). Obezitede psikolojik belirtiler ve ilişkili etmenler. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 42-46.
150. Bunsuz E. (2018). *Kadınlarda bel çevresi ve beden kitle indeksi ve Beck Depresyon Envanteri puanlaması arasındaki ilişkinin saptanması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
151. Durmuşçelebi, E., ve Akman, M. (2021). Obezite ile depresyon ve benlik saygısı durumunun ilişkisinin değerlendirilmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(34), 1-1.
152. Herhaus, B., Kersting, A., Brähler, E., ve Petrowski, K. (2020). Depression, anxiety and health status across different BMI classes: A representative study in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 276, 45-52.

153. Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D., ve Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439-454.
154. Wang, J., Chen, Y., Jin, Y., Zhu, L., ve Yao, Y. (2019). Sleep quality is inversely related to body mass index among university students. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65, 845-850.
155. Park, S. K., Jung, J. Y., Oh, C. M., McIntyre, R. S., ve Lee, J. H. (2018). Association between sleep duration, quality and body mass index in the Korean population. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(8), 1353-1360.
156. Meolie, A. L., Rosen, C., Kristo, D., Kohrman, M., Gooneratne, N., Aguillard, R.N. (2005). Oral nonprescription treatment for insomnia: an evaluation of products with limited evidence. *J Clin Sleep Med*, 1:173–87.
157. Hall, R.C.W., Rundel, J.R., Popkin, M.K. (2002). Cost-effectiveness of the Consultation- Liaison Service. *American Psychiatric Publishing*, 25-32.
158. Alvaro, P. K., Roberts, R. M., ve Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068.
159. Kim, S., DeRoo, L. A., ve Sandler, D. P. (2011). Eating patterns and nutritional characteristics associated with sleep duration. *Public Health Nutrition*, 14(5), 889-895.
160. Dweck, J. S., Jenkins, S. M., ve Nolan, L. J. (2014). The role of emotional eating and stress in the influence of short sleep on food consumption. *Appetite*, 72, 106-113.
161. Nolan, L. J., ve Geliebter, A. (2012). Night eating is associated with emotional and external eating in college students. *Eating Behaviors*, 13(3), 202-206.
162. Van Strien, T., Konttinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C., ve Winkens, L. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, 216-224.
163. Brechan, I., ve Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58.
164. Zickgraf, H. F., ve Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the nine item avoidant/restrictive food intake disorder screen (NIAS): a measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32-42.

165. Robinson, E., Boyland, E., Chisholm, A., Harrold, J., Maloney, N. G., Marty, L., ... ve Hardman, C. A. (2021). Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite*, 156, 104853.
166. Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O. I., Lucas, M., ... ve Hu, F. B. (2012). Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal of Obesity*, 36(4), 595-602.
167. Kaya Gündüz, G. (2016). *Obezite tanısı almış kadınların obezite dereceleri ile problemli yeme davranışları arasındaki ilişki*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
168. Öçal, Ö. (2015). *Acıbadem Maslak Hastanesi beslenme ve diyet polikliniğine başvuran yetişkin bireylerde besin tüketiminin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
169. Bialecka-Dębek, A., ve Pietruszka, B. (2019). The association between hydration status and cognitive function among free-living elderly volunteers. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(5), 695-703.
170. Lieberman, H. R. (2007). Hydration and cognition: a critical review and recommendations for future research. *Journal of the American College of Nutrition*, 26(sup5), 555S-561S.
171. Malkoç, B. (2018). *Obez yetişkinlerde beslenme durumu ve diyet kalitesinin depresyon anksiyete ve stres düzeyi ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
172. Kwak, Y., ve Kim, Y. (2018). Association between mental health and meal patterns among elderly Koreans. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(1), 161-168.
173. Spaeth, A. M., Dinges, D. F., ve Goel, N. (2013). Effects of experimental sleep restriction on weight gain, caloric intake, and meal timing in healthy adults. *Sleep*, 36(7), 981-990.

EK 1: PROJE ONAYI



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı :1
Konu :Proje Onayı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çilenay Tatlı tarafından yürütülecek olan KA21/451 nolu "Kadınlarda beden kütle indeksi, depresyon, yeme davranışı ve uyku kalitesi ilişkisinin belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

EK 2: ANKET FORMU

Anket no:

Tarih :

KADINLARDA BEDEN KÜTLE İNDEKSİ, DEPRESYON, YEME DAVRANIŞI VE UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı,

Bu anket Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Dyt. Psk. Çilenay TATLI'nın "**Kadınlarda Beden Kütle İndeksi, Depresyon, Yeme Davranışı ve Uyku Kalitesi İlişkisinin Belirlenmesi**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Anket formundaki soruları kendinize en uygun cevabı seçerek doldurmanızı rica ediyoruz. Elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

A. Kişisel Bilgiler ve Demografik Özellikler

1. Yaşınız:

2. Ağırlığınız: kg

3. Boyunuz: cm

4. Medeni durumunuz: 1) Bekar 2) Evli

5. Eğitim durumunuz nedir?

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Ön lisans 5) Lisans 6) Yüksek lisans / Doktora

6. Gelir durumunuzu belirtiniz.

1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden fazla

7. Çalışma durumunuzu belirtiniz.

1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

B. Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumu

1. Düz enli fiziksel aktivite alış kanlığınız var mı? 1) Var 2) Yok

2. Cevabınız 'EVET' ise hangi egzersizi ne sıklıkta yaptığ ınızı belirtiniz.

	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez
Yürüyüş				
Koş u				
Yüzme				
Dans				
Pilates				
Bisiklet				
Diğer (.....)				

3. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır

4. Cevabınız 'EVET' ise belirtiniz.

5. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

6. Cevabınız 'EVET' ise belirtiniz.

C. Beslenme Alış kanlıkları

1. Günde ne kadar su tüketiyorsunuz?ml

2. Günde ortalama kaç ana öğün tüketiyorsunuz?

3. Günde ortalama kaç ara öğün tüketiyorsunuz?

4. Öğün atlıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

5. Cevabınız 'EVET' ise en sık atladığ ınız öğün hangisidir?

1) Sabah 2) Öğle 3) Akş am 4) Ara öğünler

6. Cevabınız 'EVET' ise öğün atlama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği iş aretleyebilirsiniz.)

1) İş tahsızlık 2) Vakit olmuyor 3) Alış kanlığım yok

4) Ağ ırlık kaybetmek için 5) Hazırlamaya üş eniyorum

7. Yatmadan önce yemek yeme alışkanlığınız var mıdır? 1) Evet 2) Hayır

8. Uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığınız var mıdır? 1) Evet 2) Hayır

9. En son yatmadan ne kadar zaman önce yemek yersiniz?

1) 15-30 dakika 2) 31-60 dk 3) 61-120 dk 4) 121-180 dk 5) 181 dk ya da daha önce

10. Yemek yeme eylemi sizin için ne ifade ediyor? En çok tanımlayan tek şıkkı işaretleyiniz.

1) Gereklilik/İhtiyaç 2) Doymak 3) Mutluluk 4) Stres atma

5) Duygusal olarak rahatlama 6) Sosyalleşme



EK 3: HOLLANDA YEME DAVRANIŞLARI ANKETİ (DEBQ)

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1	Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2	Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3	Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4	Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5	Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler yer misiniz?					
6	Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7	Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10	Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11	Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?					
12	Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13	Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14	Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15	Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16	Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					

17	İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18	Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19	Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20	Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21	Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22	Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23	Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24	Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25	Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26	Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27	Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28	Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29	Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30	Başkalarını yerken görürseniz, siz de yemek ister misiniz?					
31	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32	Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33	Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

EK 4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın üzerine (x) işareti koyunuz. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (x) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

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 umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi 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) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11. (0) Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- (1) Başkaları ile eskisinden daha az görüşmek konuşmak istiyorum.
 - (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 - (3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
12. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 - (3) Artık hiç karar veremiyorum.
13. (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- (1) Daha yaşlanmışım çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.
 - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (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.
15. (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
 - (2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 - (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
16. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 - (2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
 - (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

18. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

19. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1) Ağrı, sancı, mide sorunları ya da kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde değişme fark etmedim.

(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgileniyorum.

(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK 5: PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ)

Aşağıdaki soruları son 1 ay içerisindeki uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.

1.Genellikle saat kaçta uyku için yatağa gidersiniz?

Saat :

2.Yatağa yatmanız ile uykuya dalmanız arasında geçen süre ortalama kaç dakikadır?

..... dakika

3.Genellikle sabah saat kaçta uyanırsınız?

Saat :

4.Geceleri ortalama uyku süreniz ne kadardır? (Yatakta geçirilen süre değil uyku süresi)

..... saat

5.Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

Haftada	Hiç (0)	1'den Az (1)	1-2 Kez (2)	3'ten Çok (3)
a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
c) Tuvalete gittiniz.				
d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				
e) Aşırı derecede üşüdünüz.				
f) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.				
g) Kötü rüyalar gördünüz.				
h) Ağrı duydunuz.				
i) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.				
j) Diğer nedenler				

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

1) Çok iyi 2) Oldukça iyi 3) Oldukça kötü 4) Çok kötü

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

1) Hiç 2) 1'den az 3) 1-2 kez 4) 3'ten fazla

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1) Hiç 2) 1'den az 3) 1-2 kez 4) 3'ten fazla

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

1) Hiç 2) Çok az 3) Bir dereceye kadar 4) Çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- 1) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok.
2) Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var.
3) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil.
4) Partner aynı yatakta.

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar yaşadığınızı sorun.

Haftada	Hiç (0)	1'den Az (1)	1-2 Kez (2)	3'ten Çok (3)
a) Gürültülü horlama				
b) Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e) Diğer huzursuzluklarınız				