



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YETİŞKİN OBEZ KADINLARDA GECE YEME SENDROMU
İLE AĞIRLIK DENETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DİLER YEŞİM DANDİN TÜRK

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. MUAZZEZ GARİPAĞAOĞLU

İSTANBUL - 2016

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik
Tez Sahibi : Diler Yeşim DANDİN TÜRK
Tez Başlığı : Yetişkin Obez Kadınlarda Gece Yeme Sendromu ve Ağırılık Denetimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 31.08.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr. Muazzez GARİPAĞAOĞLU

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç. Dr. Nihal BÜYÜKUSLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd.Doç. Dr. Zeynep ÖZERSON KOÇ

Haliç Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 01./09./2016 tarih ve 2016.../23.... - 26... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Diler Yeşim DANDİN TÜRK



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerinden yararlandığım ve tez danışmanım olarak çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde bana yol gösteren, akademik bilgi ve deneyimleri ile büyük katkılarda bulunan, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Başkanı, değerli hocam, Prof. Dr. Muazzez Garipağaoğlu'na,

Beni büyük fedakarlıklarla bu günlere getiren sevgili annem, Nurgül DANDİN, babam, Mehmet DANDİN'e, her zaman desteğini hissettiğim canım ablam Leyla, kardeşim Cemre DANDİN'e ve sevgi ve sabrını hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Murat TÜRK'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
1.ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. Obezite.....	5
4.1.1. Obezitenin tanımı.....	5
4.1.2. Dünya ve Türkiye’deki obezite sıklığı	6
4.1.3. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları	7
4.1.4. Obezitenin etiyolojisinde etkili olan faktörler	7
4.1.5. Obezite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisi	9
4.1.6. Obezite tedavi yöntemleri.....	11
4.1.6.1. Diyet tedavisi	11
4.1.6.2. Fiziksel aktivite	13
4.1.6.3. Davranış değişikliği tedavisi	14
4.1.6.3. İlaç tedavisi	14
4.1.6.4. Cerrahi müdahale	14
4.2.Gece Yeme Sendromu	15
4.2.1.Gece yeme sendromu tanımı ve tanı ölçütleri	15
4.2.2. Gece yeme sendromu preveansı	18
4.2.3. Gece Yeme sendromunda davranışsal ve nöroendokrin bulgular	18
4.2.4 Gece Yeme Sendromunun BKİ ile ilişkisi	19
4.2.6. Gece yeme sendromunun ağırlık denetimi ile ilişkisi.....	20

4.2.7. Gece yeme sendromu ve tedavisi	21
5. MATERİYAL VE METOT	22
5.1. Örneklem Seçimi	22
5.2. Verilerin Toplaması.....	22
5.2.1. Anket Uygulamaları.....	22
5.2.1.1. Genel Anket Formu.....	23
5.2.1.1.1. Antropometrik Ölçümler	23
5.2.2. Beslenme durumunun belirlenmesi	24
5.2.3. Fiziksel Aktivite Durumlarının Belirlenmesi	24
5.2.1.2. Gece Yeme Anketi	24
5.2.1.3 Yaşam kalite Ölçeği (SF-36).....	25
5.3. Tedavi ve İzlem	25
5.3.1. Diyet programının düzenlenmesi.....	25
5.3.2 Beslenme eğitimi	26
5.3.3. İzlem	26
5.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
5.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	28
5.6. Araştırma Sınırlılıkları.....	28
6. BULGULAR	29
7. TARTIŞMA	45
8. SONUÇ.....	55
9. KAYNAKLAR	59
10.EKLER.....	69
11. ETİK KURUL ONAYI.....	80
12. ÖZGEÇMİŞ.....	82

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

BED : Tıknırcasına Yeme Sendromu

BKİ : Bütçü Kitle İndeksi

BMH : Bazal Metabolizma Hızı

BN : Bulimia Nervosa

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EHIS : Avrupa Sağlık Araştırma Çalışması

GYA : Gece Yeme Anketi

GYS : Gece Yeme Sendromu

SF-36 : Kısa Form-36

SYK : Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

TBSA : Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

Kg : Kilogram

Kkal : Kilokalori

m : Metre

m² : Metre Kare

% : Yüzde

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Gece yeme sendromunun 1955 ve 1999 tanı kriterlerin karşılaştırılması	16
Tablo 4.2. Allison ve arkadaşlarının 2010 yılında geliştirdiği tanı ölçütleri	17
Tablo 5.1. Beden Kütle İndeks (BKİ) Sınıflandırması	27
Tablo 5.2. Bel Çevresi Ölçümü (cm) Sınıflandırması	27
Tablo 5.3. Bel/kalça Oranı Sınıflandırılması	27
Tablo 6.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 6.2. Kadınların başlangıç antropometrik ölçümleri	31
Tablo 6.3. Kadınların başlangıç BKİ sınıflamasına göre dağılımı	32
Tablo 6.4. Kadınların 'Gece Yeme Anketine' verdiği cevaplara göre dağılımı	33
Tablo 6.5. Kadınların 'Gece yeme anketi' puan ortalamaları	36
Tablo 6.6. Kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları	36
Tablo 6.7. Kadınların yaşam kalitesi ölçek puanlarının türk toplum puanları ile karşılaştırılması	37
Tablo 6.8. Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlemdeki (1. ay, 2. ay ve 3. ay) antropometrik ölçümleri	39
Tablo 6.9. Kadınların başlangıç ve 12 hafta sonundaki BKİ sınıflamasına göre dağılımları	40
Tablo 6.10. Kadınların başlangıç ve 12 hafta sonundaki antropometrik ölçümlerinin ortalamaları	41
Tablo 6.11. Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlem sonundaki antropometrik ölçüm farkı ortalamaları	42
Tablo 6.12. Kadınların başlangıç ve 12 hafta sonunda bel çevresi sınıflaması	42
Tablo 6.13. Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlem sonundaki bel/kalça oran sınıflamasına göre dağılımı	43
Tablo 6.14. BKİ'nin demografik özellikler, antropometrik özellikler, GYA puanı ve yaşam kalite bileşenleriyle korelasyonu	44

1.ÖZET

YETİŞKİN OBEZ KADINLARDA GECE YEME SENDROMU VE AĞIRLIK DENETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma, yetişkin obez kadınlarda gece yeme sendromu ve ağırlık denetimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Eylül 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmaya, Beykoz Toplum Sağlığı Merkezi Diyet Polikliniği'ne zayıflama amacıyla başvuran, 50'si GYS'li (çalışma grubu), 50'si ise GYS'li olmayan (kontrol grubu) toplam 100 obez kadın alındı. Kadınların demografik özelliklerinin saptanması ve antropometrik ölçümlerinin kaydedilmesi için bir 'genel anket formu', GYS varlığı için 'Gece Yeme Anketi, yaşam kalitelerini belirlemek için 'SF-36 Ölçeği', beslenme durumunu belirlemek için de 'Besin Tüketim Formu' kullanıldı. Sağlıklı beslenme ilkelerine dayalı bireye özgü zayıflama programı planlandı. Kadınlar 2 haftalık periyotlarla telefonla, 4 haftalık periyotlarla yüzyüze görüşmelerle, toplam 12 hafta süresince izlendi. İzlemde, antropometrik ölçümler tekrarlandı. Uygulanan diyetlere ilişkin değerlendirmeler yapıldı, sorular cevaplandı. Çalışmanın verileri SPSS 23 paket programı ile analiz edildi. Yaş ortalamaları 40,64±8,7 yıl olan kadınların gece yeme anket puanları, GYS'li olanlarda 32,9±5,5, olmayanlarda 13,5±4,9 olarak belirlendi ($p<0,05$). Yaşam kalite alt boyutlarından fiziksel sağlık ve ağrı puanları sırasıyla; GYS'li olanlarda 65,0±25; 61,8±24, olmayanlara göre; 73,2±17; 71,0±22 anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,05$). Çalışmanın sonunda, GYS'li grubun BKİ'sinde 2,02±1,5 kg/m², bel çevresinde 5,76±4,9 cm; GYS'li olmayan grubun BKİ'sinde 2,50±4,5 kg/m², bel çevresinde ise 6,32±4,3 cm'lik düşüşler gözlemlendi. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). GYS'li kadınlarda ağırlık kaybının, olmayanlara göre daha düşük olduğu, GYS'nin yaşam kalitesini bozarak; kadınlarda ağırlık denetimi sürecini olumsuz etkilediği saptandı. Ağırlık denetimi ve GYS arasındaki ilişkinin daha kapsamlı çalışma ve yöntemlerle incelenmesi gerektiği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: ağırlık denetimi, gece yeme sendromu, kadın, obezite, yaşam kalitesi

2. ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NIGHT EATING SYNDROME AND WEIGHT CONTROL IN ADULT OBESE WOMEN

This study was conducted with the aim of evaluating the relationship between night eating syndrome and weight control in adult obese women. This study, conducted between September 2015 and June 2016 included 100 obese women, applying to Diet Polyclinic under Beykoz Community Healthcare Centre in order to lose weight, half of whom is with night eating syndrome and half of whom is without night eating syndrome. A general survey form was used in order to register the women's demographic features and antropometric measurements, "Night Eating Questionnaire" to determine if there exists night eating syndrome, "SF-36 Scale" to determine life quality, "Food Consumption Form" to determine nutritional status. An idiosyncratic weight-loss program was designed, based on principles of healthy nutrition. The women were followed through phone calls once every two weeks, through face-to-face meeting once every four weeks, during totally 12 weeks. In the follow-up, antropometric measurements were repeated, the diets applied were considered, and questions were answered. Data of the study were analysed through SPSS 23 package program. Night eating questionnaire scores of the women with the average age of $40,64 \pm 8,7$ were found as $32,9 \pm 5,5$ in the women with NES and as $13,5 \pm 4,9$ in the women without NES ($p < 0,05$). Scores of physical health and pain, one of subdimension of quality of life were found reasonably low in the women with NES (respectively, $65,0 \pm 25$; $61,8 \pm 24$) as compared to the women without NES ($73,2 \pm 17$; $71,0 \pm 22$) ($p < 0,05$). At the end of the study, some decrease was observed $2,02 \pm 1,5$ kg/m^2 in body mass index (BMI) and $5,76 \pm 4,9$ cm in the waist circumference of the group of women with NES; $2,50 \pm 4,5$ kg/ m^2 in BMI and $6,32 \pm 4,3$ cm in the waist circumference of the group of women without NES ($p > 0,05$). It was found that weight loss was lower in women with NES than women without NES; NES impaired quality of life and affected the process of weight control negatively. It was believed that the relationship between weight control and night eating syndrome needed to be evaluated with more extensive studies and methods.

Keywords: Night eating syndrome, quality of life, weight control, woman, obesity

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde sıklığı hızlı bir şekilde artan obezite, toplum sağlığını ve sağlık harcamalarını önemli derecede etkileyen beslenme sorunlarından biridir, Güzey (1).

Obezite; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, ‘yağ miktarının adipoz dokuda sağlığı bozacak ölçüde anormal ve aşırı miktarda artışı’ olarak tanımlanmaktadır, DSÖ (2). Obezitenin insülin direnci, tip 2 diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom, kalp hastalıkları ve bazı kanser türleri gibi birçok sağlık sorununa yol açtığı bildirilmektedir, DSÖ (2). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 verilerine göre yetişkinler arasında 1,9 milyar fazla kilolu (%39), 600 milyon (%13) obez birey bulunmaktadır, DSÖ (2). Ülkemizde de, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre, 15 yaş ve üzeri bireylerin %34,8’inin fazla kilolu, %17,2’sinin ise obez olduğu bildirilmiştir, TÜİK (3).

Obezitenin nedenlerinin başında enerji fazlalığı ve fiziksel aktivite yetersizliği gelirken, bireylerin yeme davranışlarındaki bozukluklar da büyük önem taşımaktadır, Özdel (4), Collins (5). Olumsuz yeme davranışı, toplumdaki obezite ve hafif şişmanlığın büyük çoğunluğunun gizli kalmış nedenidir, Blaine (6).

Yeme eyleminin psikolojik yanı oldukça karmaşık ve geniştir. Psikolojide meydana gelen değişiklikler, yeme bozukluklarının zeminini öncelik olarak yeme davranışında meydana gelen uygunsuzluklar ile hazırlamaktadır, Blaine (6). Bu durum, bireylerin klasik hipokorik diyet tedavisine verdiği cevapları önemli derecede etkilemektedir, Kaşıkçıoğlu (7). Depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları gibi psikolojik sorunları olan kişilerin besin tüketim kontrolleri, yeterli miktarı belirlemeleri ve vücut ağırlığını korumaları sağlıklı kişilere göre daha zor olmaktadır, Collins (5). Özellikle üzgün olma durumu gibi negatif duygusal durumların çoğunda besin, sorunla başa çıkma aracı olarak kullanılmaktadır, Collins (5). Yeme davranış bozukluklarından biri olan Gece Yeme Sendromu (GYS) da, obeziteye neden olan önemli bir yeme bozukluğudur, Yaşar ve ark (8).

Gece yeme sendromu; ilk olarak 1955'te Stunkard tarafından, tedaviye dirençli obezitesi olan hastalarda, sabahları anoreksi, akşam hiperfaji ve insomnia ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır, Stunkard (9). Genel popülasyonda GYS görülme sıklığının %1,5 olduğu tahmin edilmektedir, Rand et al (10). GYS' li obez bireylerde, özellikle zayıflama tedavisi için başvuranlarda daha yaygındır ve prevalansı %6 ile %14 arasında değişmektedir Orhan ve Tuncel (11).

Gece yeme sendromuna sahip obez bireylerde, ağırlık denetimini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, Kazancıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, GYS'ye sahip obez kadınların kilo verme hızları, GYS'ye sahip olmayan obez kadınlara göre daha düşük bulunmuştur, Kazancıoğlu ve ark (12). Gluck ve arkadaşları da benzer bir sonuçla karşılaşarak, GYS'li obez bireylerin obez olmayanlar kadar kilo veremediklerini bildirmiştir, Gluck et al (13). Diğer yandan ise Dalle Grave ve arkadaşları, GYS'li obez bireylerle kontrol grubu arasında kilo kaybı açısından fark olmadığını belirlemiştir, Dalle Grave (14).

Obez bireylerde yeme bozukluklarını araştıran çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olup bu konuda en çok vurgulanan tıkanırcasına yeme bozukluğudur, Değirmenci (15). Konuya katkı sağlayacağı düşünülerek yapılan bu çalışma, yeme davranış bozuklukları arasında önemli bir yeri olan gece yeme sendromunun obez kadın bireylerdeki ağırlık denetimi ile yaşam kalite düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı ve yürütüldü.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Obezite

4.1.1. Obezitenin tanımı

Obezite, Latince ‘obesus’ sözcüğünden türemiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan ‘obesus’, iyi beslenmiş anlamına gelmektedir, Tüfekçi ve ark (16). İngilizce de ise; obezite, şişmanlık, fazla yüklenme anlamına gelmektedir.

Obezite, sıklıkla enerji yoğunluğu fazla olan besinlerin aşırı miktarda tüketimine bağlı bedenın yağ kütlesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır, Annagür (17), Insel (18).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise obezite, ‘yağ miktarının adipoz dokuda sağlığı bozacak ölçüde anormal ve aşırı miktarda artışı’ olarak tanımlanmaktadır, Yaman (19).

Günümüzde obezite; diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, safra kesesi hastalığı, uyku apne sendromu ve belli kanser türlerinin riskinde artışla toplum sağlığını tehdit eden, yaşam kalitesini ve süresini azaltan global bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır, Doak et al (20).

Obezitenin durumunu saptamak için çoğunlukla Beden Kitle İndeksi (BKİ) oranı kullanılmaktadır. BKİ, vücut ağırlığının (kg), boyun(cm) karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. BKİ’nin 18,5 kg/m²’den az olması zayıf, 18,5-24,9 kg/ m² olması normal, 25-29,5 kg/m² fazla kilolu olarak kabul edilmektedir. 30 kg/m² ve daha yüksek BKİ ise, 1. derece (BKİ 30-34,9), 2. derece (BKİ 35-39,9) ve 3. derece obezite (BKİ ≥ 40) olarak ayrılmaktadır, WHO (21).

Obezitenin belirlenmesinde önemli bulgulardan biri de vücutta yağ miktarının saptanmasıdır. Vücut yağ miktarının erkeklerde %25, kadınlarda %35’in üzerinde seyretmesi obezite olarak değerlendirilmektedir, Yaman (19).

Vücuttaki yağın toplam miktarı ve dağılımı obezitenin riskleri açısından önemlidir. Karında visseral organlarda ve gövdenin deri altında yağın fazla birikmesi abdominal obezite, gluteal bölgelerde deri altında aşırı yağ birikmesi ise jinoid obezite olarak tanımlanmaktadır, Sencer (22). Jinoid obezite, obezite ile ilgili hastalıklarla büyük oranda ilişki göstermezken, android obezite hastalıklar açısından daha fazla risk taşımaktadır, WHO (23), Zhu et al (24). Bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm'nin üzerinde olması, birçok hastalık riskini arttırmaktadır, Janssen (25).

4.1.2. Dünya ve Türkiye'deki obezite sıklığı

Obezite, 21.yüzyılın küresel boyuttaki en önemli halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm dünyada obezite prevalansı 1980-2008 yılları arasında ikiye katlanmıştır. 1980'de erkeklerin %5'i, kadınların ise %8'i obezken, 2008'de ise tüm dünyada erkeklerin %10'u, kadınların ise %14'ü obez ($BKİ \geq 30 \text{kg/m}^2$) hale gelmiştir. 2014 yılında yetişkinlerde dünya nüfusunun %39'u fazla kilolu %13'ü ise obezdır, WHO (2).

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre, 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla %33,4, %34,2 ve %34,4, obezite ise %18,8, %22,7 ve %23,9 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi kadınlarda obezite sıklığında son 10 yılda %5,1 artış olmuştur, THSK (26).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre ise obezite ve fazla kilolu olma sıklığı, erkek bireylerde %20,5 ve %39,1, kadınlarda %41,0 ve %29,7 olarak bulunmuştur. Tüm yetişkin bireylerde obezite %30,3, hafif şişmanlık ise %34,6'dır. Ülkemizde yetişkin bireylerin sadece erkeklerde %38,6'sı, kadınların ise %26,6'sı normal BKİ değerlerine sahiptir. BKİ sınıflamasına göre yetişkin bireylerde hafif şişmanlık ve şişmanlık sorununun çok büyük boyutlarda olduğu görülmektedir, TBSA,2010 (28).

En son olarak TÜİK Sağlık Araştırması 2012 verilerine bakıldığında, 15 yaş ve üzeri olanların %34,8'inin fazla kilolu, %17,2'sinin ise şişman olduğunu saptanmıştır, TÜİK (3).

4.1.3. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları

Obezite ile birçok sağlık sorunları ortaya çıkmakta veya mevcut olan bir sağlık sorunu ağırlaşabilmektedir. Obezite birçok hastalıkların insidansındaki artıştan sorumlu tutulmaktadır. Bunların başında özellikle hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve tip 2 diyabet gelmektedir. Buna ek olarak, obezite; solunum problemleri, safra kesesi hastalıkları, osteoartrit, uyku apnesi, inme gibi sağlık sorunları ile de ilişkili morbiditeyi arttıran bir hastalık olarak bildirilmektedir. Tüm bu sebeplere bağlı olarak obezite, mortaliteyi arttırmaktadır, Ogden (28), Cannon (29).

Abdominal bölgede yağ dokusunun aşırı artması, obezite ile ilişkili olan tip 2 diyabet, hipertansiyon, metabolik hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıkların gelişmesi için daha fazla risk meydana getirmektedir, Kopelman (30), Formiguera (31), İslamoğlu (32). Yetişkinlerde BKİ'nin 21-23 kg/m², hedef olarak ise BKİ'nin 18,5-24,9 kg/m² olması optimal sağlık için oldukça önemlidir. Dünya nüfusunun %65'inin obez ve fazla kilolu olma kaynaklı ölümler yaşayacağı, ve fazla kilolu kişilerin bazı ülkelerde 10 yıl içerisinde her yıl %1 oranında artacağı düşünülmektedir, Pekcan (33).

4.1.4. Obezitenin etiyolojisinde etkili olan faktörler

Obezite, multifaktöriyel bir hastalık olup, genetik ve çevresel faktörlerin birbiri ile etkileşimi sonucu meydana gelmektedir, Jeffrey et al (34). Obeziteye neden olabilen en önemli çevresel faktör, beslenme alışkanlığıdır. Obeziteye yatkınlık, belli bir oranda genetik özelliklerle belirleniyor olsa da, obezitenin gelişebileceği bir çevreye ihtiyacı vardır, Baysal (35).

Obeziteye genetik yatkınlığı çok güçlü olan kişiler, kolay kilo aldığı halde, obeziteye dirençli olanlar obezitenin gelişebileceği kolay bir ortamda bile kilo almaz veya çok az kilo almaktadırlar, Baysal (35). Çocukluk döneminde işlenmiş ve yapay

besinler obezite riskini arttırırken, anne sütüyle beslenme ise obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de vücut ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerde, düzenli biçimde günde üç veya daha fazla öğün beslenen kişilere göre daha fazla sıklıkta obezite görülmektedir, Kabalak (36).

Günümüzde besin endüstrisinin gelişmesi ve yaşam biçiminin değişmesine bağlı olarak kolaylıkla elde edilebilen, ucuz, tat duygusuna hitap eden ve enerji yüklü gıdalar üretilmektedir. Bu değişime, düşük fiziksel aktiviteli yaşam tarzı eklenmiş olup, teknoloji ve ulaşımdaki ilerleme günlük yaşamda fiziksel aktiviteyi azaltmakta, televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman sedanter yaşam doğurmaktadır. Bu çevresel koşullar, yüksek enerji alımına karşın daha az enerji harcanmasına yol açmakta ve bu koşullar altında obezite kolaylıkla oluşmaktadır, Değirmenci (35).

Besin miktarının fazla oluşu, obeziteyi arttıran çevresel etkiler arasındadır. En önemlisi ise porsiyon miktarının fazla tüketilmesidir. Ucuz ve tüketime hazır besinlere her yerde ulaşmak mümkündür. Ayak üstü, çabuk beslenmenin, ağırlık kazanımı ve insülin direnci ile arasında paralel bir ilişki olması, bu tarz beslenmenin obezite riskini yükselttiğini açıklamaktadır, Baysal (36).

Obezitenin oluşmasında önemli başlıca riskler ve riski etkileyen nedenler aşağıda sıralanmıştır, THSK (26).

- a) Yaş
- b) Cinsiyet
- c) Eğitim düzeyi ve gelir durumu
- d) Sosyo-kültürel etmenler
- e) Medeni durum
- f) Hormonal ve metabolik etmenler

- g) Genetik etmenler
- h) Hareket yetersizliği
- ı) Aşırı ve yanlış beslenme
- j) Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama
- k) Sigara
- l) Alkol
- m) İlaçlar
- n) Az uyku
- o) Düşük yaşam kalitesi

4.1.5. Obezite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisi

Son çeyrek yüzyılda yaşanan gelişmeler, bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkiliyor olsa da, yüksek oranda olumsuz etkileyen birçok yanı da bulunmaktadır. Bunların başında en belirgin olarak obezite, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalık türlerinin görülme sıklıklarında meydana gelen artışlar gösterilmektedir, WHO (37). Çalışmalar fiziksel ve psikososyal zorluklara neden olan obezitenin, bireylerin yaşam kalitesini belirgin düzeyde azalttığını göstermektedir, Şahin (38).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SYK) ‘sağlığın, fiziksel, ruhsal ve toplumsal alanları; kişinin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılarından etkilenen farklı alanlar’ olarak tanımlanmaktadır, Fidaner (39). Obez bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri, fiziksel kapasitede azalma, ağrı, sosyal ilişkilerde bozulma, benlik saygısında azalma, özgüven kaybı, depresyon, sosyal etiketlenme, iş bulma güçlüğü, iş çevrelerince reddedilme gibi nedenlerden dolayı olumsuz etkilenmektedir, Niero (40), Myers (41).

Bununla beraber, cerrahi dışı yöntemlerle kilo vermeye çalışan obez bireylerin yaşam kaliteleri obezitenin derecesine göre artarak, özellikle morbid obez bireylerde daha düşük olmaktadır, Fontaine (42), (43). Morbid obez bireylerde depresyon ve intihar riskinde artış, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki kötüleşme ile ilişkili bulunmuştur, Onyike et al (44), Dong (45). Kilo ile ilişkili yaşam kalitesi de BKİ ile ilişkilidir, Sarwer (46).

Ayrıca obezitenin sebepleri arasında gösterilen yeme davranış bozuklukları; tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir Fairburn (47). Gece yeme sendromuna sahip bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur, Colles et al (48).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Ölçekler, klinik durum, davranış, tutum, inanç gibi birçok etkenden etkilenen depresyon, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, beslenme alışkanlıkları gibi kesin olarak ölçülmesi zor olan durumları ölçebilmek amacıyla geliştirilmektedir, Kourlaba (49). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler, hastalığa özgü ve genel ölçekler olmak üzere iki gruba ayrılabilir.

Hastalığa özgü ölçekler; belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla tasarlanmıştır, Koltarla (50).

Jenerik (genel) ölçekler ise, genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır. Jenerik ölçekler içerisinde dünyada ve ülkemizde en yaygın kullanılanlardan biri Kısa Form – 36’ dır, Koltarla (50).

Kısa Form-36 (SF-36); yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü olmamakla beraber, Kısa Form-36 ölçeği kullanılarak yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren birçok çalışma vardır, Azevedo et al (51), Wee et al (52).

Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir, Başaran (53). SF- 36 Yaşam kalite ölçeği, Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır, Fidan (54)

4.1.6. Obezite tedavi yöntemleri

Obezitenin tedavisinde; diyet tedavisi, fiziksel aktivite (egzersiz), davranış değişikliği tedavisi (beslenme modeli) başta olmak üzere ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi gibi çeşitli tipte tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (55).

Diyet tedavilerinde, besin alımını kısıtlayan diyet uygulamalarının yanı sıra besinden kazanılan enerjinin harcanmasını sağlamak amacıyla fiziksel aktivitenin artırılması etkili bir rol oynamaktadır. Ancak obezite tedavisinde amaca ulaşmak için günlük alışkanlıkların değiştirilmesi temel alınmaktadır. Davranışçı yaklaşımlar, kilo kaybının, hastanın enerji alımını azaltması ve/veya kalori harcamasını artırması gerektiği üzerinde durmaktadır. Obez kişinin ağırlık yönetim programı, diyet, egzersiz ve davranış değiştirme tedavisi olmak üzere üçlü bir programdır, Güzey (1). Kişi zayıflama programında iken sadece hangi besinleri ne şekilde yiyeceği değil, hangi egzersiz programına alınacağı, hangi davranışların değişmesi gerektiğini, psikolojik destek gerekiyorsa ne şekilde programlanacağı gibi pek çok konunun bir program dahilinde belirlenmesi gerekmektedir, Merdol (56).

4.1.6.1. Diyet tedavisi

Obezitede diyet uygulamalarının temel özelliği, bireyin harcadığından daha az enerji alımını sağlamak üzere, enerjisi kısıtlı bir diyet planlaması olmasıdır. Ancak enerji kısıtlamasının, bireyde bir komplikasyona neden olmayan, uygulanabilir ve en önemlisi hızlı ağırlık kaybını önleyen düzeyde olmalıdır, Merdol (56). Bu nedenle de, obezite tedavisinde kullanılacak diyet mutlaka kişiye özel planlanmalıdır, Güzey (1). Kişinin yaşı, cinsiyeti, alışkanlıkları, biyokimyasal bulguları, bir hastalığının olup olmaması ve obezitenin derecesi gibi faktörler diyet düzenini etkilemektedir, Güzey (1). Obez bireyler arasındaki ekonomik, eğitim, kültürel ve bireysel farklılıklar nedeniyle genel bir diyet önerisi vermek son derece sakıncalıdır. Kişiye özel diyet

planlanmadan önce kişinin besleme öyküsünün detaylı bir şekilde alınması, diyeti konusunda eğitilmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Eğitim ve izleme ile desteklenmeyen diyetlerin uygulanması oldukça zor olmaktadır, Merdol (56). Belirli bir program dahilinde kişiye uygulanacak diyet konusunda bilgi vermek ve kişinin alışlageldiği beslenme düzeninde değişiklik yapmasını sağlamak için değerlendirme, inandırma, diyetle uyma veya uymamanın yarar ve zararları gibi gerekli adımlar izlenmelidir, Merdol (56). Bireyin belirlenen diyet ve davranış değiştirme programına ne derece uyduğu izlenmeli ve periyodik kontrol seansları ile izlemler sürdürülmelidir, Merdol (56).

Diyetin temel ilkeleri şu şekilde özetlenebilir;

Diyette enerji, bireyin enerji alımı, haftada 0,5-1 kg ağırlık kaybını sağlayacak şekilde ayarlanmalıdır. Bireyler en az bazal metabolizma düzeyinde enerji içeren diyetlerle, hedeflenen kilo verimi zamana yayılarak sağlanmalıdır.

Protein, enerjinin yaklaşık %15-20'si proteinlerden gelmeli ve toplam proteinin %30-40'ı hayvansal kaynaklardan karşılanmalıdır.

Yağ, enerjinin yaklaşık %25-30'u yağlardan sağlanmalıdır. Bu oranın korunması; bireyin diyeti kabul etmesi, yağda eriyen vitaminlerin (A,D,E,K) kullanımı ve protein biyosentezi için önemlidir. Tüketilen yağın tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerini içermesi tercih edilmelidir.

Karbonhidrat, günlük enerjinin %55-60'ı karbonhidratlardan gelmelidir. Diyette basit karbonhidratlar azaltılmalı, kurubaklagiller ve tam tahıl ürünleri gibi kompleks karbonhidratlara daha fazla yer verilmelidir. Posa içeriği yüksek olan karbonhidratlar tokluk hissi oluşturarak enerji alımının azaltılmasında etkili olmaktadır. Diyetin karbonhidrat miktarı düşük ise karbonhidrat metabolizmasının bozulduğu ve plazma serbest yağ asitlerinin yükseldiği saptanmıştır.

Posa, günlük alınan posa oranının yüksek olması için, sebze, meyve, kurubaklagil ve tam tahıl ürünler tercih edilmelidir. Posa düşük enerjilidir ve posalı besinlerin çiğneme süresi uzun, mide boşalma hızı ise yavaştır. Ayrıca barsak

hareketliliğini arttırarak dışkı hacmini de artırmaktadır. Posa alımı için diyetle önerilen miktar ise 25-30g/ gündür .

Vitamin ve mineraller, diyetlerinin enerjileri azaltıldığında, vitamin ve mineral yetersizlikleri ile karşılaşmaktadır. Yeterli ve dengeli diyetlerde vitamin ve mineral yetersizliği görülmemektedir, Pekcan ve ark (57).

4.1.6.2. Fiziksel aktivite

Egzersiz obezitenin hem önlenmesinde hem de oldukça önemlidir. Günlük fiziksel aktivite ile beden ağırlığı arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Egzersiz ağırlık kontrolü ve ağırlık kaybını kolaylaştırarak, obezitenin komplikasyonlarını azaltmaya yardımcı olmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyi iyi olan obez bireylerde morbidite ve mortalite oranları daha düşüktür, Serter (58).

Fiziksel aktivitenin, diyet süresince yağ dokusunu azaltması ve kas kütlelerinin korunması sağlık için önemini arttırmaktadır. Diyetle beraber artmış fiziksel aktivite, hafif şişman ve obez bireylerde ağırlık kaybını arttırmakta, özgüven, iyi ruh hali ve beden algısını düzeltmektedir, Van Buren (59). Ayrıca fiziksel aktivitenin, düşük depresif mod, artmış duygusal iyilik haliyle ilişkisi de ağırlık denetiminde başarıyı arttırmaktadır, Annesi (60). Fiziksel aktivitede oluşturulan 30-40 dakikalık (haftada >150 dakika) orta şiddetli aktivite, verilen kilonun uzun süre korunmasına yardımcı olmaktadır, Donnelly et al (61). Ayrıca günlük yaklaşık 15-20 dakikalık bir yürüyüşün de ağırlık artışının önüne geçmesinde önemli olduğu belirtilmektedir, Pekcan ve ark (57).

Fiziksel aktivitenin, diyet süresince ya da koruma döneminde, yeme davranışlarını da pozitif yönde etkileyerek diyetdeki başarıyı arttırdığı belirtilmektedir. Fiziksel aktiviteyle özellikle duygusal ve dışsal yeme negatif korelasyon göstermektedir, Van Strien et al (62). Düzenli fiziksel aktivite yapmanın, duygusal yeme tutumlarıyla negatif ilişkili olduğu bildirilmektedir, Kontinen et al (63).

4.1.6.3. Davranış değişikliği tedavisi

Davranış tedavisi; bireylerde, aşırı miktarda yeme eğilimine yol açan dışsal faktörlerin tanınmasını ve değiştirilmesini sağlayarak obezite tedavisinin ilk adımı meydana getirmektedir. Davranış değişikliği, diyet ve fiziksel aktivite ile beraber uygulandığında faydalı sonuçlar alınmaktadır. Obezitenin tedavisinde, ulaşılan verilen kilonun korunmasında, yeme davranışını değiştirmeyi ve fiziksel aktiviteyi arttıran davranışları kazandırmak, davranış değişikliği için önemlidir, Sencer ve Orhan (22), Efil (64). Bu tedavide, kendini gözleme, uyaran kontrolü, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme (kendi kendini ödüllendirme), bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek gibi adımlar bulunmaktadır, Ulusal Obezite Tedavisi (65).

4.1.6.3. İlaç tedavisi

Obezitenin ilaç tedavisinde besin ayırıcı ajanlar, iştah baskılayıcılar, yağ emilimi inhibitörleri, termojenik maddeler kullanılmaktadır, Yetkin (66).

4.1.6.4. Cerrahi müdahale

Obezitede besinlerle alınan enerjinin azaltılması için bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltmaktır. Bu amaca yönelik, gastroplasti, gastrik bantlama, bypass, gastrik balon gibi yöntemler sıklıkla kullanılır. Rekonstrüktif cerrahide ise; bedenin çeşitli yerlerinde lokalize olmuş yağ dokularının uzaklaştırılma amaçlanmaktadır. Bu tedavide, kişi obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar olmaktadır, THSK (67).

4.2.Gece Yeme Sendromu

4.2.1.Gece yeme sendromu tanımı ve tanı ölçütleri

Stunkard ve arkadaşları tarafından 1955 yılında ilk kez tanımlanan gece yeme sendromu, tedaviye dirençli obezitesi olan kişilerde, sabahları iştahsızlık, akşam aşırı yeme ve uykusuzluk ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Ayırıcı tanıları, sabahları ortaya çıkan anoreksi; kahvaltının atlanması veya ihmal edilebilir miktarda yenmesi (örneğin kahve veya meyve suyu), akşam hiperfajisi; akşam yemeğinden sonra günlük toplam kalorisinin en az %25'inin alınması, uykusuzluk veya insomnia ise haftada 3 veya daha fazla olması olarak bildirilmiştir, Stunkard (9).

Gece yeme sendromunun ilk tanımlamasından sonraki yıllarda çok fazla sayıda araştırma yapılmamıştır. Birkedvedt ve arkadaşlarının çalışmasıyla 1999' da ise uyku ve yeme günlüklerinin kullanılarak GYS tanımlaması geniş olarak ele alınmıştır. Bu çalışmada, GYS'li bireylerin uykudan uyanmalarında artış olduğu ve uyanmalardaki yemek yeme davranışının bilinçli olduğu bildirilmiştir. Tanı ölçütlerine, gece yeme ölçütü de (yemek için uykudan uyanmak) eklenmiş ve toplam enerji alımının yüzdesi arttırılarak günlük enerji alımının %50'den fazlasının akşam yemeğinden sonra gerçekleşmesi gerektiği bildirilmiştir, Birkedvedt et al (68).

Tablo 4.1.'de gece yeme sendromunun 1955 ve 1999 tanı kriterlerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Gece yeme sendromunun 1955 ve 1999 tanı kriterlerinin karşılaştırılması

	1955 Stunkard	1999 Birkevedt
Akşam hiperfaji	Akşam yemeğinden sonra günlük toplam kaloringin ¼'ünden fazlasının alınması	Son akşam yemeğinden sonra günlük enerji alımının >% 50 olması
Sabahları anoreksi	Kahvaltıda az miktar yiyecek yenmesiyle birlikte sabahları anoreksi	Katılımcı kahvaltı etse bile sabahları anoreksi
Uyku başlangıcı	En azından gece yarısına kadar uykusuzluk	-
Uyanmalar	-	Gecede en az bir kez uyanma
Nokturnal yeme	-	Uykudan uyanma sırasında atıştırmalıkların yenmesi

BED: Tıkınırcasına yeme bozukluğu, BN: Bulimia nervosa, Birkevedt et al (68).

Yakın zamanda GYS tanısının standardize edilebilmesi için tanı ölçütleri yeniden gözden geçirilmiştir. Allison ve arkadaşları 2010 yılında gece yeme tanımının akşam 7 ile 11'den daha genel bir ifadeden akşam yemeğinden sonraki süreç olarak değiştirmiş, gıda alımının %25'inden fazlasının akşam yemeğinden sonra olması ve/veya haftada en az iki gece uykudan uyanarak yemek yeme olmasına ek olarak sabah yeme isteğinde azalma, akşam yemeği sonrası ya da gece güçlü yeme isteği, en az dört gece uykuya başlama ya da sürdürme güçlüğü ve uyku bölünmelerinde yeme ihtiyacının duyulması olarak bildirmişlerdir, Allison et al (69). Allison ve arkadaşlarının 2010 yılında geliştirdiği tanı ölçütleri şekil 2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Allison ve arkadaşlarının 2010 yılında geliştirdiği tanı ölçütleri

<p>A. Aşağıda belirtilenlerin birisi ya da her ikisi şeklinde ortaya çıkan, günlük yeme düzeninde akşamları ve/veya geceleri belirgin artış olduğunun gösterilmesi</p> <p>A.1. Gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması</p> <p>A.2. Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması</p> <p>B. Akşam ve gece yeme episodlarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması</p> <p>C. Aşağıdaki bulguların en az 3 tanesinin kliniğe eşlik etmesi</p> <p>C.1. Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması.</p> <p>C.2. Akşam yemeği ile uyku başlangıcı arasında ve/veya geceleri güçlü yeme isteği varlığı</p> <p>C.3. Haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniası olması</p> <p>C.4. Uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı</p> <p>C.5. Duygudurumun sıklıkla depresif olması ve veya akşamları kötüleşmesi</p> <p>D. Bozukluğun belirgin sıkıntı ve/veya işlevsellikte azalmaya yol açması</p> <p>E. Yeme düzenindeki bozukluğun en az 3 aydır olması</p> <p>F. Bu bozukluğun herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, tıbbi hastalık, ilaç kullanımı veya diğer psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak gelişmiş olmaması</p>
--

Akşam saatlerinde aşırı yeme atakları tüm tanımlamalarda yaygın olarak kullanılmıştır; ancak yenilen spesifik miktar, yemeğin yendiği zaman aralığı çalışmalar arasında değişiklik göstermektedir, Orhan ve Tuncel (11).

Sabah anoreksiyası sabahları yemek yeme isteğinin olmaması ya da kahvaltının yapılmaması olarak belirtilmekte olup, ilk tanımlanmasından beri sıklıkla sendromun bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Sabah anoreksiyası GYS'li kişilerin bir çoğunda bulunmak olsa da GYS için spesifik değildir, Küçükgöncü (70).

Uykuya başlama ve sürdürme insomniası GYS içerisinde sıklıkla tanımlanmıştır. Ancak insomnia klinik olarak GYS tanısı konulan her kişide

görülmeyebilir. Örneğin kişi gece iki ya da üç kere kalkıp yemek yerken, uykuya dalmakta güçlük çekmeyebilir ya da akşamları fazlasıyla yemek yerken uykuya dalma ya da sürdürme gücü yaşamayabilir, Küçükgöncü (70). GYS'de uyku başlama zamanında gecikme olmazken gıda alımında 2 ile 6 saat arasında sirkadiyen gecikme olmaktadır, Stunkard (71).

4.2.2. Gece yeme sendromu preveansı

Zaman içerisinde GYS'nin farklı ölçütlerle tanımlanmış olmasından dolayı gerçek görülme sıklığını saptamak zor gözükmektedir. Bunun yanında son zamanlara kadar çoğu çalışmada örneklem gruplarının obez kişilerden ve kadınlardan oluşması görülme sıklığının belirlenmesinde güçlükler yol açmaktadır.

Soares ve Macedo tarafından gece yeme sendromu; genel popülasyonda %1,5, zayıflama tedavisi gören bireylerde %4.3- %8.9 aralığında, BKİ' leri 30 ve üzeri olan obez grupta %10,1, morbid obez yetişkinlerde %15, bariatrik cerrahi operasyon geçirmiş kişilerde %8-42 olarak belirtilmiştir, Soares (72).

Şiddetli psikiyatrik hastalığı olan hastalarda yapılan bir çalışmada aşırı kilolu ve obez kişilerde konservatif tanı ölçütleri (\geq %50 akşam yeme ya da haftada \geq 3 gece uyanarak yeme) kullanıldığında GYS sıklığı %25; daha esnek tanı ölçütleri (\geq %25 akşam yeme ya da haftada \geq 3 gece uyanarak yeme) kullanıldığında %40 olarak tespit edilmiştir, Lundgren (73).

Ayaktan takip edilen 399 psikiyatri hastasında, obez olan hastalarda, normal kilolu olanlara göre GYS gelişiminin 5,2 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir, Lundgren et al(74).

4.2.3. Gece Yeme sendromunda davranışsal ve nöroendokrin bulgular

GYs'li kişilerde nöroendokrin değişiklikleri araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır, Birketvedt et al (68). GYSli hastalardaki nöroendokrin ve davranışsal özelliklerin araştırıldığı çalışmalarda, GYS olan ve olmayan katılımcının enerji alımları, duyu durumları, yeme paternleri, plazma melatonin, leptin, insülin, kan glukoz ve kortizol düzeyleri karşılaştırılmıştır. Akşamları normalde olması gereken

plazma melatonin ve leptin değerlerindeki yükselmenin normal kilolu GYS'li hastalarda azaldığı çalışmalarda gösterilmiştir. Aşırı kilolu GYS'li hastalarda ise kontrol grubuna göre leptin düzeylerinde anlamlı yükselme tespit edilmiştir. Ayrıca GYS'li hastalarda plazma kortizol düzeyleri kontrollerden daha yüksek bulunmuştur. İki grubun glukoz ve insülin düzeyleri ise birbirlerine benzer bulunmuşdur. Yeme paternleri değerlendirildiğinde GYS'li kişilerin beklenildiği üzere akşamları enerji alımının fazla olduğu ve karbonhidrat/protein oranı yüksek besinler tercih ettikleri tespit edilmiştir.

alışmalar, melatonin ve leptin değerlerindeki değişikliklerin GYS'ye neden olabileceğini, ayrıca GYS'li kişilerdeki beslenme şeklinin triptofanın beyne geçişini arttırdığı ve sonuçta bunun serotonine dönüşümü arttırdığını, yeme paterninin bu kişilerdeki bozulmuş uyku paternini düzeltmeye yönelik bir özellik taşıdığını öne sürmüşlerdir. Diğer bir çalışmada ise normalde açlığa yanıt olarak salgılanan ve yeme ile baskılanan, ghrelin hormonu GYSli hastalarda normal kontrollere oranlara geceleri belirgin olarak düşük bulunmuştur, Cummings (75), Tschop (76).

Aynı çalışmadaki önemli bulgulardan diğeri ise GYSli hastalarda geceleri insülin değerleri yüksek, gündüzleri ise düşük tespit edilmesidir. Çalışmada tiroid sitümülan hormon (TSH), prolaktin ve önceki çalışmadan farklı olarak leptin, kortizol, melatonin düzeyleri arasında farklılık tespit edilmemiştir. Ghrelin düzeylerindeki farkın GYS'nin bir sonucu olabileceğini, düşük ghrelin düzeylerinin gece yeme nedeniyle ortaya çıktığı öne sürülmüştür, Allison et al (77).

4.2.4 Gece Yeme Sendromunun BKİ ile İlişkisi

Gece yeme sendromunun BKİ'si yüksek bireylerde görülme oranının daha yüksek olması, GYS ve BKİ arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu amaçla GYS ve BKİ'nin ilişkisi çeşitli çalışmalarla incelenmiş ve çalışmaların bazılarında anlamlı ilişki bulunurken, Colles et al(78), Cleator et al (79), Meule et al (80), bazılarında ilişki bulunmamıştır, Runfolae al (81), Calugiet al (82), Yeh and Brown (83). Yapılan bir çalışmada GYS'nin normal kilolu bireylerde, obez bireylere göre daha genç yaşlarda gözlendiği görülmüş ve bu durumun BKİ ile GYS arasındaki tutarsız

bulguları açıklayabileceği GYS'nin ileriki yıllarda obeziteye neden olabileceği belirtilmiştir, Marshall et al (84).

Gece yeme sendromunun, kişilerin obez olmalarından önce olup olmadığı ve obeziteye neden olup olmadığı net olarak bilinmemektedir. Yapılan çalışmalarda da gece yemenin obeziteye yol açtığı ileri sürülmüştür. Marshall ve arkadaşları normal kilolu gece yeme vakalarının obez olanlardan daha genç olduğunu, obez gece yeme vakalarının, obezite öncesi de gece yeme alışkanlığına sahip olduğunu bildirmişlerdir, Marshall et al (84). Napolitano da, obez olmayan gece yeme vakalarının obez olanlara göre daha genç olduğunu bildirmiştir, Napolitano et al (85). Spaggiari çoğu gece yeme hastasında obezite başlangıcından önce de gece yemesinin olduğunu bildirmektedir, Spaggiari et al (86). Bu çalışmaların aksine obezite düzeyinin, GYS için bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar da vardır, Aronoff et al (87). Kant ve arkadaşları ise, akşam yemenin (akşam 5'ten sonra) miktarıyla 10 yıl sonraki kilo değişikliği arasında ilişki bulamamışlardır, Kant et al (88). Benzer şekilde Andersen ve arkadaşlarının yaptıkları toplum çalışmasında, gece yemenin, şişman kadınlar dışında, 5 yıl önceki ve 6 yıl sonraki kilo değişiklikleri ile ilişkili olmadığını saptanmıştır., Andersen (89). Yani gece yeme alışkanlıklarının yalnızca kilolu kadınlarda, daha sonra kilo alımına yol açıyor olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca birçok GYS hastası aşırı kilolu olmadığını ve gece yemek yemeği sorun olarak görmediklerini bildirmiştir, Orhan ve Tuncel (11).

4.2.6. Gece yeme sendromunun ağırlık denetimi ile ilişkisi

Gece yeme sendromu ve obezite ilişkisini inceleyen çalışmalarda, birebir bir ilişki bulunamasa da, GYS sürdükçe kilo alımının olduğu belirtilmektedir, Küçükgöncü (70). Gece yeme sendromu olan obez bireylerde kilo vermede zorluk ve kilo alma grafiğinin yukarı doğru olduğu gözlemlenmiştir, Küçükgöncü (70).

Gece yeme sendromuna sahip obez bireylerde, ağırlık denetimini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, Kazancıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, GYS'ye sahip obez kadınların kilo verme hızları, GYS'ye sahip olmayan obez kadınlara göre daha düşük bulunmuştur, Kazancıoğlu ve ark (12). Gluck ve arkadaşları da benzer bir sonuçla karşılaşarak, GYS'li obez

bireylerin obez olmayanlar kadar kilo veremediklerini bildirmiştir, Gluck et al (13). Diğer yandan ise Dalle Grave ve arkadaşları, GYS'li obez bireylerle kontrol grubu arasında kilo kaybı açısından fark olmadığını belirlemiştir, Dalle Grave et al (14).

4.2.7. Gece yeme sendromu ve tedavisi

Gece yeme bozukluğunda kullanılan tedavi metotları, literatürde kapsamlı olarak yayınlanmamıştır. Araştırmalarda GYS için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri sunulmuştur. Bunlar; serotonin geri alım inhibitörleri, topiramet, bilişsel davranışçı terapi, relaksasyon eğitimi ve ışık terapisi, Orhan ve Tuncel (11).



5. MATERYAL VE METOT

Bu çalışma, İstanbul'da Eylül 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında bir grup obez kadın ile yürütüldü. Kesitsel, izleme dayalı bir çalışmadır.

Çalışma için öncelikle Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan E. 1084 sayılı ve 14/07/2015 tarihli "Etik Kurul Onayı" , daha sonra İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 174464 sayılı ve 05/10/2015 tarihli yazı ile "Araştırma İzni" (Ek -1) alındı.

5.1. Örneklem Seçimi

Çalışma popülasyonu 1 Eylül 2015 ve 30 Haziran tarihleri arasında, Beykoz Toplum Sağlığı Merkezi Diyet Polikliniği'ne zayıflama amacıyla başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmanın örnekleme ise, bu bireylerden çalışmaya katılmayı kabul eden, Beden Kütle İndeksleri (BKİ) 25 ve üzeri, yaşları 19-65 yıl aralığında değişen, 50'si GYS'ye sahip olan (çalışma grubu), 50'si ise GYS'ye sahip olmayan (kontrol grubu) olmak üzere toplamda 100 kadın oluşturmaktadır. Gebe ve laktasyon dönemindeki kadınlar ile herhangi bir kronik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma grubu ve kontrol grubu benzer sosyodemografik özellikler taşımaktadır.

5.2. Verilerin Toplaması

5.2.1. Anket Uygulamaları

Çalışmaya başlamadan önce bireylere 'Gönüllü Onam Formu' okutuldu ve katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edildi. Bireylerin demografik özelliklerinin saptanması ve antropometrik ölçümlerinin kaydedilmesi için bir 'genel anket formu', GYS varlığı için 'Gece Yeme Anketi' kullanıldı. Gece yeme anket skorlarına göre obez kadınlardan gece yeme sendromuna sahip olan (n=50) ve olmayan (n=50) olmak üzere 2 ayrı grup oluşturuldu. Bireylerin yaşam kalitelerini belirlemek için ise "SF -36 Yaşam Kalite Ölçeği" kullanıldı. Anket formları ve ölçek bireylere yüz yüze görüşme tekniğiyle dolduruldu (Ek2).

5.2.1.1. Genel Anket Formu

Genel anket formunun ilk kısmında bireylerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durumu gibi demografik özellikleri yer alırken, ikinci kısmında da antropometrik ölçümlerine yer verildi.

İlk görüşmede kadınların boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, vücut yağ oranı, bel ve kalça çevresi ile bel/kalça oranları belirlendi ve genel anket formuna kaydedildi. 12 hafta süresince takip edilen bireyler 4 haftalık periyotlar halinde kontrole çağrıldı. Her 4 haftanın sonunda bireylerin boy uzunluğu haricindeki tüm antropometrik ölçümleri tekrarlandı ve genel anket formuna kaydedildi. Ölçümlerin tümü araştırmacı tarafından yapıldı.

5.2.1.1.1. Antropometrik Ölçümler

Vücut ağırlığı, ayakkabısız ve çorapsız olarak Tanita BC418 vücut analiz cihazı kullanılarak ölçüldü.

Boy uzunluğu, boy ölçer ile ayakkabısız olarak yapıldı. Boy uzunluğu ölçümü yapılırken bireylerin ayaklarının yan yana ve başının Frankfurt düzleminde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada, baş ile boyun arası 90 derece) olmasına dikkat edildi.

Bel çevresi, kadınların bel çevresi ölçümü alınırken, kollarının iki yanda ve ayaklarının birleşik durumda olmasına dikkat edilerek, alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunup orta noktasından geçen çevre, esnek olmayan mezür ile ölçüldü.

Kalça çevresi, kadınların kalça çevresi ise, mezür ile bireyin yan tarafından en yüksek noktadan ölçümü yapılarak belirlendi.

Bel/Kalça oranı, Bel/kalça oranı (BKO) bel çevresi (cm)/ kalça çevresi(cm) formülü ile hesaplandı.

5.2.2. Beslenme durumunun belirlenmesi

Kadınların 1 günlük beslenme öyküleri 'Besin Tüketim Formu' ile alındı (Ek 2). Formun nasıl doldurulması gerektiği araştırmacı tarafından ayrıntılı bir şekilde anlatıldı. Kadınlardan tükettikleri besinlerin porsiyon miktarlarını, yemeğe başladıkları ve bitirdikleri saatleri forma kaydetmeleri istendi. Bu verilerden yola çıkılarak, bireylerin beslenme alışkanlıkları değerlendirildi.

5.2.3. Fiziksel Aktivite Durumlarının Belirlenmesi

Araştırmaya katılan kadınların fiziksel aktivite durumlarını saptamak için, gün içinde yaptığı her türlü fiziksel aktivite türü, düzeyi ve süresi sorgulanarak ortalama fiziksel aktivite düzeyleri belirlendi.

5.2.1.2. Gece Yeme Anketi

Allison ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 16 sorudan oluşan bir tarama anketidir, Allison et al (90). Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması, psikiyatrik ayaktan hastalar üzerinde yapılmıştır, Atasoy ve ark (91). Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma gücüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yeme sırasındaki farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olmayan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. soru dışındaki sorular, beşli likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yedinci soruda gün içi duygudurum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır. Soru 1, 4 ve 14 ters puanlanmaktadır. Gece yarısı atıştırmalarının ne kadar farkında olduğunu soran soru 13, GYS'nin uykuyla ilişkili yeme bozukluğundan ayırt edilebilmesi için sorulmakta, ancak puanlamaya katılmamaktadır. Toplam puan aralığı 0-52'dir. Ankette yer alan 15. ve 16. soruların ise ek soru olarak kullanılması önerilmiş ama puanlamaya katılmamıştır, Allison et al (90).

5.2.1.3 Yaşam kalite Ölçeği (SF-36)

SF-36, 36 sorudan oluşan sağlığın 8 alanını ölçen genel bir ölçektir. Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. SF-36'nın, Türkçe için geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark tarafından yapılmıştır, Koçyiğit ve ark (92). Bu 8 ölçek; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vücut ağrısı, genel sağlık, enerji ve canlılık (vitalite), sosyal fonksiyon, mental sağlık, ve emosyonel rol güçlüğünden oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyon ölçeği; bir veya birkaç kat merdiven çıkma gibi fiziksel kısıtlılıkları ölçer. Emosyonel ve fiziksel rol güçlükleri ölçekleri, fiziksel ve emosyonel problemlerin hastaların aktivitelerini ne kadar kısıtlandığını sorgular. Ağrı ölçeği; vücut ağrılarının derecesini ve ağrıların hastaların günlük yaşamlarını ne kadar etkilediğini değerlendirir. Genel sağlık ölçeği; hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ve sağlıklarının ileride nasıl olacağına dair tahminlerini değerlendirir. Vitalite ölçeği; hastaların enerji durumlarını ve yorgunluklarını ölçer. Sosyal fonksiyon ölçeği; fiziksel ve emosyonel problemlerin hastaların aile ve arkadaşları ile olan sosyal aktivitelerini ne kadar etkilediğini sorgular. Mental sağlık ölçeği; anksiyete, depresyon, emosyonel bozukluk ve psikolojik iyilik hali gibi durumlardan mental sağlığın ne kadar etkilendiğini sorgular. Bu ölçeklerden ilk 4'ü fiziksel sağlık özet skoru, son 4'ü de mental sağlık özet skoru olarak açıklanmaktadır, Aydemir (93).

5.3. Tedavi ve İzlem

5.3.1. Diyet programının düzenlenmesi

Bireylerin beslenme öyküleri, fiziksel aktivite durumları, sosyo-kültürel ve ekonomik durumları, çalışma koşulları, yaşam tarzları göz önünde bulundurularak bireye özgü beslenme programı planlandı. Diyetin enerjisi belirlenirken Schofield denklemi kullanıldı ve her bireyin kendi Bazal Metabolizma Hızı (BMH) bulundu. BMH'nın üzerinde enerji içeren bir diyet uygulaması hedeflendi. Günlük alınması gereken enerji; uygun fiziksel aktivite katsayısı ile BMH değeri çarpılarak hesaplandı. Diyetlerin enerjisi, haftada 0,5-1,0 kg ağırlık kaybı sağlayacak şekilde ayarlandı. Diyet, sağlıklı beslenme ilkelerine dayalı, makro besinlerin toplam enerjisiyi karşılama

yüzdeleri %55-60 karbonhidrat, %15-20 protein ve %25-30 yağ olacak şekilde planlandı. Diyetin öğün saatleri bireyin yaşam tarzına uygun olarak 3-6 öğün şekilde ayarlandı. Diyet programının, hedeflenen olumlu yeme davranışları açısından kolay ve uygulanabilir olmasına dikkat edildi.

5.3.2 Beslenme eğitimi

Bireylere diyetleri süresince dikkat etmesi gereken kurallarla ilgili beslenme eğitimi verildi. Belirlenen olumsuz yeme davranışlarının yerine sağlıklı beslenme davranışlarının benimsenmesi sağlandı.

Sağlıklı beslenmenin önemi anlatılarak, günlük enerji alımı, yeterli ve dengeli beslenme gibi temel beslenme konusunda bilgi verildi. Karbonhidrat ve yağdan zengin besinlerin kısıtlanması, hazır yemeklerin yenmemesi, yemek aralarında kalori bakımından zengin yiyeceklerin tüketilmemesi gerektiği hakkında bilgi verildi. Yemek yeme biçiminin düzeltilmesinde hızlı yemek yeme alışkanlığının değiştirilmesi ve gece yatmadan önce yüksek kalorili yiyeceklerin alınmaması gerektiği anlatıldı.

Besinlerin porsiyon miktarlarını gösteren resimler ile besin grupları ve değişimleri anlatıldı. Bireylere, diyet süresince arzu ettiklerinde aynı besin grubu içinde değişiklik yapabilecekleri (örneğin süt yerine yoğurt vb.) besinler hakkında bilgi verildi. Ayrıca; toplantılar, tatiller, davetler gibi özel günlerde de planlı olmaya yönelik nasıl davranacakları konusunda çeşitli önerilerde bulunuldu. Fiziksel aktivitenin öneminden bahsedilerek uygun fiziksel aktivite önerileri verildi.

5.3.3. İzlem

İzlemde, tüm kadınlar 4 haftalık periyotlar halinde toplam 3 kez kontrole çağrıldı. 30 dakikalık kontrol süresince kadınların boy hariç diğer antropometrik ölçümler alınarak, mevcut diyet uygulamaları, ağırlık kayıpları ve fiziksel aktivite durumları değerlendirildi ve soruları cevaplandı. Her kontrolün 15. gününde telefonla görüşülerek motivasyonları artırıldı.

5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Beden Kütle İndeksi, boya uygun vücut ağırlığının değerlendirilmesinde kullanılan yaygın bir formüldür. BKİ, ağırlığın boyun karesine bölünmesiyle hesaplanır (ağırlık(kg)/boy² (m²)).

Çalışmada, kadınlar DSÖ'nün belirlediği BKİ sınıflama kriterlerine göre değerlendirilmiştir, DSÖ (2).

Tablo 5.1. Beden Kütle İndeksi (BKİ) Sınıflandırması

BKİ Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kilolu	25,0-29,9
1. Derece obez	30,0-34,9
2. Derece obez	35,0-39,9
3. Derece obez	>40,0

Çalışmada, kadınların **bel çevresi ölçümleri**, şekil 4'e göre değerlendirildi, DSÖ 2008 (94).

Tablo 5.2. Bel Çevresi Ölçümü (cm) Sınıflandırması

Bel Çevresi (cm)	Normal	Artmış Risk	Yüksek risk
Erkek	<94	94-101	>102
Kadın	<80	80-87	>88

Bel/Kalça oranı; Şekil 5'e göre değerlendirildi, DSÖ 2008 (94).

Tablo 5.3. Bel/kalça Oranı Sınıflandırılması

Bel /Kalça Oranı	erkek	Kadın
Normal	<1	<0,85
Artmış risk	≥1	≥0,85

Gece yeme sendromu, Gece Yeme Anketi puanlamasına göre değerlendirildi. GYA için 25 puan ve üzeri değerler; yüksek/ 'GYS var', 25 puanın altındaki değerler, düşük/'GYS yok' olarak değerlendirilmektedir, Allison et al (90).

Yaşam kalite durumunu belirlemek için, SF-36 Yasam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Her bir ölçek 0 ile 100 arasında puanlanmakta ve 0 en kötü sağlığı 100 ise en iyi sağlığı belirtmektedir, Koçyiğit ve ark (92).

5.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23 İstatistiksel paket programı kullanılarak yapıldı. İki grup ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında Student-t testi kullanılmıştır. Verilerin önce-sonra farklılıklarını karşılaştırmak için “bağımlı gruplarda t testi” kullanılmıştır. Niteliksel verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma, sayımla elde edilen veriler sayı ve (%) yüzde olarak gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p değerinin 0,05’ten küçük olması durumu olarak kabul edilmiştir.

5.6. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma grubu, tedavi amacıyla diyet polikliniğine başvuran obez kadınlardan oluştuğu için elde edilen sonuçlar, erkek cinsiyetini ve poliklinik dışındaki obez ve gece yeme bozukluğu olan grupları genellemez. Katılımcıların yalnızca kadınlardan oluşması, araştırmanın kısıtlılığıdır. Çalışma kapsamında, diyet polikliniğine yeterli sayıda erkek obez birey başvurmadığı için bu çalışmaya dahil edilmedi.

6. BULGULAR

Bu çalışmada; yetişkin obez kadınlarda gece yeme sendromunun ağırlık denetimine ve yaşam kalite düzeylerine etkisi incelenmiştir.

Kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 6.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri

GECE YEME SENDROMU VARLIĞI							
Özellik	VAR n=50		YOK n=50		TOPLAM n=100		P
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
19-25	1	2	2	4	3	3	0,894
26-35	2	4	5	10	7	7	
36-45	32	64	20	40	52	52	
46-55	10	20	17	34	27	27	
56-65	5	10	6	12	11	11	
Toplam	50	50	50	50	100	100	
Yaş Ortalaması (yıl)	40,04±8,4		41,24±9,6		40,6±8,7		
Medeni Durum							P
Bekar	4	8	5	10	9	9	0,591
Evli	43	86	41	82	84	84	
Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor	3	6	4	8	7	7	
Toplam	50	100	50	100	100	100	
Eğitim Durumu							P
Okuryazar değil	0	0	1	2	1	1	0,213
Okuryazar	4	8	4	8	8	8	
İlkokul-Ortaokul	27	54	29	58	56	56	

Lise	11	22	11	22	22	22	
Üniversite- Yükseköğretim	8	16	15	10	13	13	
Toplam	50	100	50	100	100	100	
Çalışma Durumu							P
Var	22	44	14	28	36	36	0,048*
Yok	28	56	36	72	64	64	
Toplam	50	100	50	100	100	100	
Meslek							P
Ev hanımı	27	54	33	66	60	60	0,061
Memur	4	8	5	10	9	18	
Serbest meslek/Esnaf	10	20	6	12	16	16	
Özel Sektör	9	18	6	12	15	15	
Toplam	50	100	50	100	100	100	

Gece yeme sendromlu olan kadınların yaş ortalaması $40,04 \pm 8,4$ yıl iken; olmayanların $41,24 \pm 9,6$ yıldır. GYS'li olan kadınların % 64'ü; olmayanların ise %40'ı 36-45 yaş aralığındadır. Medeni durumlarına göre, GYS'li olan kadınların %86'sı evli, %8'i bekar, %6'sı boşanmış/dul/ayrı iken; olmayanların %82'si evli, %10'u bekar, %8'i boşanmış/dul/ayrı'dır. Eğitim durumuna göre; GYS'li olan kadınların %58'i ilkokul-ortaokul, %22'si lise, %16'sı üniversite/yükseköğretim mezunu iken; olmayanların %54'ü ilkokul-ortaokul, %22'si lise, %10'u üniversite/yükseköğretim mezunudur. Çalışma durumuna göre; GYS'li olan kadınların %44'ü çalışmakta iken, olmayanların %28'i çalışmaktadır ($p < 0,05$). Gruplar arasında çalışma oranı açısından anlamlı bir fark saptandı ($p > 0,05$). Meslek durumlarına göre; GYS'li olan kadınların %54'ü ev hanımı, %8'i memur, %20'si esnaf/serbest meslek ve %20'si özel sektör şeklinde iken; olmayanların, %66'sı ev hanımı, %4'ü memur, %12'si esnaf/serbest meslek ve %12'si özel sektör şeklindedir. GYS'li olan ve olmayan kadınların demografik özelliklerinden; yaşları, eğitim düzeyleri, medeni durumları ve meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Gece yeme sendromlu olan ve olmayan kadınların başlangıç antropometrik ölçümleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 6.2. Kadınların başlangıç antropometrik ölçümleri

	GECE YEME SENDROMU VARLIĞI		P
	VAR ORT±SS	YOK ORT±SS	
Boy uzunluğu(cm)	158,84±5,9	158,86±21,7	0,923
Vücut ağırlığı(kg)	95,2±15	92,1±17	0,112
BKİ(kg/m²)	37,4±5,9	36,5±7,0	0,236
Bel çevresi(cm)	110,7±12	110,3±11	0,556
Kalça çevresi(cm)	124,5±11	123,1±18	0,259
Bel/kalça oranı	0,88±0,06	0,89±0,06	0,623
Vücut yağ oranı(%)	44,0±4,7	43,8±7,0	0,811

Gece yeme sendromlu olan kadınların başlangıç ağırlık ortalaması 95,2±15 kg iken, olmayanların 92,1±17 kg’dır. GYS’li olan kadınların başlangıç BKİ ortalaması 37,46±5,9 kg/m² iken, olmayanların 36,56±7,0 kg/m²’dir. GYS’li olan kadınların başlangıç bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ortalamaları sırasıyla; 110,7±12 cm, 124,5±11 cm ve 0,88±0,06 iken; olmayanların ise 110,3±11 cm, 123,1±18 cm ve 0,89±0,06’ dir. GYS’li olan kadınların başlangıç vücut yağ oranı ortalaması %44,0±4,7; olmayanların ise %43,8±7,0’tür.

Buna göre, GYS’li olan kadınların başlangıç antropometrik ölçümleri değerleri, olmayanlara göre daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p>0,05).

GYS’li olan ve olmayan obez kadınların başlangıç BKİ sınıflamasına göre dağılımları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 6.3. Kadınların başlangıç BKİ sınıflamasına göre dağılımı

	VAR n=50		YOK n=50		TOPLAM n=50	
	n	%	n	%	n	%
BKİ sınıflaması						
25-29,9	2	4	3	6	5	5
30-34,9	16	32	18	36	34	34
35-39,9	16	32	19	38	35	35
40 ve üzeri	16	32*	10	20*	26	26
Toplam	50	100	50	100	100	100

p<0,05*

Gece yeme sendromlu olan kadınların başlangıç BKİ sınıflamasına göre; %4'ü fazla kilolu, %32'si 1. derece obez, %32'si 2. derece obez, %32'ü ise 3. derecede obez iken; olmayanların ise; %6'sı fazla kilolu, %36'u 1. derece obez, %38'i 2. derece obez, %26'sı ise 3. derece obezdir. BKİ sınıflamasına göre, GYSli olan kadınların 3. derecede obez olma oranları, olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. 3. derece obezite oranları dışında, grupların BKİ dağılımlarında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır

Gece yeme sendromu olan ve olmayanların obez kadınların, GYA'ya verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 6.4. Kadınların 'Gece Yeme Anketine' verdiği cevaplara göre dağılımı

GECE YEME SENDROMU VARLIĞI							
	VAR n=50		YOK n=50		TOPLAM n=100		P
	n	%	n	%	n	%	
Sabahları aç olma durumu							
Hiç	10	20	6	12	16	16	0,001
Çok az –biraz	29	58	19	38	48	48	
Orta derece	7	14	20	40	27	27	
Aşırı	4	8	5	10	9	9	
İlk yemeği yeme saati							
							P
9'dan önce	14	28	10	20	24	24	0,012
9-12 arası	27	54	23	46	50	50	
12-15 arası	5	10	2	4	7	7	
15'den sonra	1	2	0	0	1	1	
18'den sonra	3	6	0	0	3	3	
Akşam yemeğinden sonra atıştırma isteği							
							P
Hiç	6	12	6	12	12	12	0,254
Çok az – biraz	13	26	20	40	33	33	
Oldukça çok	17	34	15	30	32	32	
Aşırı	14	28	9	18	23	23	
Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yeme üzerindeki kontrol							
							P
Hiç	15	30	11	22	26	26	0,013
Çok az –biraz	24	48	30	60	54	54	
Çok	5	10	7	14	12	12	
Tamamen	6	12	2	4	8	8	
Günlük besin alımının akşam yemeğinden sonra tüketilen miktarı							
							P
% 0	2	4	6	12	8	8	0,021
% 1-25	18	36	17	34	35	35	
% 26-50	22	44	17	34	39	39	
%51-75	6	12	9	18	15	15	
%76-100	2	4	0	0	2	2	
Son zamanlarda kendini hüzünlü hissetme durumu							
							P
Hiç	3	6	8	16	11	11	0,002
Çok az-biraz	22	44	21	42	43	43	
Oldukça çok	13	26	14	28	27	27	
Aşırı	12	24	6	12	18	18	
Duygu durumunun daha çökkün olduğu zaman dilimi							
							P
Değişiklik yok	4	8	14	28	18	18	0,031
Sabah erken	1	2	5	10	6	6	
Sabah	4	8	2	4	6	6	
Öğleden sonra	9	18	9	9	18	18	
Akşamüzeri	17	34	10	20	27	27	
Akşam-gece	15	30	10	20	25	25	

Uykuya dalmakta yaşanan zorluk sıklığı							P
Hiç	14	28	11	22	25	25	0,042
Bazen	16	32	24	48	40	40	
Zamanın yarısında	2	4	1	2	3	3	
Genelde	6	12	8	16	14	14	
Her zaman	12	24	5	10	17	17	
Tuvalet gereksinimi dışında gece en az bir kez kalkma sayısı							P
Hiç	0	0	33	66	33	33	0,002
Haftada birden az	2	4	1	2	3	3	
Haftada bir	3	6	3	6	6	6	
Haftada birden çok	17	34	6	12	23	23	
Her gece	28	56	7	14	34	34	
Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırma durumu (GYS'li 50 olan; GYS'li olmayan=17)							P
Hiç	0	0	14	82,3	28	41,7	0,01
Çok az –biraz	17	34	3	17,6	13	19,4	
Oldukça çok	20	40	0	0	13	19,4	
Aşırı	13	26	0	0	10	14,9	
Gece yarısı atıştırdığında farkında olm durumu n=50							P
Hiç	6	12	0	0	6	12	0,022
Çok az –biraz	6	12	0	0	6	12	
Çok	4	8	0	0	4	8	
Tamamen	34	68	0	0	34	68	
Gece yeme ne kadar rahatsız ediyor n=50							P
Hiç	12	24	0	0	12	24	0,014
Çok az-biraz	11	22	0	0	11	22	
Orta derecede	10	20	0	0	10	20	
Aşırı	17	34	0	0	17	34	
Gece yemenin hayatı etkileme durumu							P
Hiç	11	22	0	0	11	22	0,021
Çok az-biraz	9	18	0	0	9	18	
Orta derecede	16	32	0	0	16	32	
Aşırı	14	28	0	0	14	28	

Gece yeme sendromlu olan kadınların sabah açlık hissetme oranları % 20'si hiç, %58'i çok az /biraz , % 22'si orta derecede/aşırı iken; olmayanların ise %12'si hiç, %38'i çok az /biraz, %50'si orta derecede veya aşırıdır (p<0,05).

Gece yeme sendromlu olan kadınların %28'i saat 9'dan önce; %54'ü saat 12'den sonra kahvaltı yapmakta iken olmayanların %20'si saat 9'dan önce; %46'sı saat 12'den sonra kahvaltı yapmaktadır.

Gece yeme sendromlu olan kadınların akşam yemeğinden sonra, oldukça çok /aşırı derecede yeme isteği duyanların oranı %62 iken; olmayanların oranı %48'dir. Gece yeme sendromlu olan kadınların %78'inin akşam yemeğinden yatıncaya kadar olan süredeki yemeleri üzerindeki kontrolleri hiç yok veya çok az/biraz iken olmayanların %82'dir. Gece yeme sendromlu olan kadınların %44'ü günlük besin alımlarının %26-50'lik miktarını akşam yemeğinden sonra, %16'sı ise %51'inden fazlasını tüketmekte iken; olmayanların %12'i akşam yemeğinden sonra bir şey tüketmemekte, %34'ü günlük besin alımlarının %1-25'lik miktarını akşam yemeğinden sonra tüketmekte, %34'ü ise %25'inden fazlasını akşam yemeğinden sonra tüketmektedir. Gece yeme sendromlu olan kadınların %50'si son zamanlarda oldukça çok veya aşırı hüzünlü- kederli hissetme, hüzünlü hissedilen zamanın akşam veya akşam-gece olma oranı %64 iken; olmayanların her iki oranı da %40'tır. Gece yeme sendromlu olan kadınların %36'sı genelde veya her zaman uyku problemi yaşarken, olmayanların oranı %26'dır. Gece yeme sendromlu olan kadınların %90'ı haftada birden çok veya her gece tuvalet gereksinimi duymaksızın herhangi bir nedenle kalkmakta iken; olmayanların ise %26'sı kalkmakta, %66'sı ise hiç kalkmamaktadır. Gece yeme sendromlu olan kadınların %66'sı gece uyanınca oldukça çok veya aşırı yeme isteği duymakta; %44'ü uyandığında bazen veya zamanın yarısında atıştırma yapmakta iken, %56'sı ise sıklıkla veya her zaman atıştırma yapmaktadır. Gece yeme sendromlu olan kadınların %76'si yediklerinin çok veya tamamen farkında iken, %44'ü de gece yemelerini hiç kontrol edememektedir. Gece yeme sendromlu olan kadınların %54'ü bu durumdan orta derecede veya aşırı rahatsız iken; %60'ının hayatını orta derecede veya aşırı etkilemektedir. Gece yeme sendromu olan kadınların gece yeme ile ilgili sorunları ortalama 6,2 yıldır sürmektedir. BKİ ile GYA'ya verilen cevaplar ile arasında pozitif anlamlılık düzeyinde bir ilişki vardır.

Tablo 6.5. Kadınların ‘Gece yeme anketi’ puan ortalamaları

GECE YEME SENDROMU	Gece yeme anketi puanları (Ort±SS)	P
VAR	32,960±5,562	0,000*
YOK	13,520±4,957	
Tüm Kadınlar	23,240±11,086	

p<0,05*

Gece yeme anketi puanları ile BKİ arasında doğrudan bir ilişki bulunmuştur. GYS’li olan ve olmayan kadınların gece yeme anket puanları sırasıyla 32,960±5,5 ve 13,520±4,9 olup; gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05).

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puanları Tablo 6’ya göre değerlendirilmiştir.

Tablo 6.6. Kadınların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları

SF-36 Alt Boyutları	GECE YEME SENDROMU VARLIĞI		P
	VAR n=50 (Ort±SS)	YOK n=50 (Ort±SS)	
Fiziksel Fonsksiyon	65,0±25,4	73,2±17,3	0,024*
Fiziksel Rol Güçlüğü	32,5±20,8	35,1±16,1	0,054
Emosyonel Rol Güçlüğü	24,5±20,2	28,2±17,4	0,064
Eneji/ Canlılık/ Vitalite	51,0±18,9	51,8±16,9	0,082
Ruhsal Sağlık	52,7±15,9	57,0±17,1	0,210
Sosyal İşlevsellik	68,3±22,8	71,2±22,6	0,075
Ağrı	61,8±24,9	71,0±22,6	0,029*
Genel Sağlık Algısı	54,5±19,8	56,9±20,1	0,111

*p<0,05

Çalışmada, kadınların yaşam kaliteleri SF-36 ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Sf-36; genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel

rol, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı olmak üzere 8 alt boyutta incelenmiştir. GYS'li olan kadınların sosyal puan ortalaması 68,3±22,8 olup, en yüksek ortalamaya sahip alt boyuttur. Emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 24,5±20,2 ise olup, en düşük alt boyuttur. GYS'li olmayan kadınların fiziksel fonksiyon puan ortalaması 73,2±17,3 olup, en yüksek ortalamaya sahip alt boyuttur. Emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması ise 28,2±17,4 olup, en düşük alt boyuttur. Gece yeme sendromlu obez kadınların yaşam kalite düzeylerine ilişkin puan ortalamaları; olmayanlara göre daha düşüktür. Fiziksel sağlık ve ağrı alt boyut puan ortalamalarındaki fark anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 6.7. Kadınların yaşam kalitesi ölçek puanlarının türk toplum puanları ile karşılaştırılması

SF-36	GECE YEME SENDROMU VARLIĞI		TÜRK TOPLUMU YAŞAM KALİTE PUANI	P
	VAR n=50 (Ort±SS)	YOK n=50 (Ort±SS)		
Fiziksel Fonsksiyon	65,0±25,4	73,2±17,3	86,6±25,2	0,032*
Fiziksel Rol Güçlüğü	32,5±20,8	35,1±16,1	89,5±29,6	0,012*
Emosyonel Rol Güçlüğü	24,5±20,2	28,2±17,4	94,7±20,9	0,011*
Eneji/ Canlılık/ Vitalite	51,0±18,9	51,8±16,9	67,0±13,8	0,042*
Ruhsal Sağlık	52,7±15,9	57,0±17,1	73,5±11,6	0,048*
Sosyal İşlevsellik	68,3±22,8	71,2±22,6	94,8 ±14,2	0,039*
Ağrı	61,8±24,9	71,0±22,6	86,1±20,6	0,027*
Genel Sağlık Algısı	54,5±19,8	56,9±20,1	73,9±17,5	0,036*

*P<0,05

Gece yeme sendromlu olan ve olmayan kadınların yaşam kaliteleri, Demirel ve arkadaşları tarafından belirlenen Türk toplum puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlemdeki 1. ay, 2. ay ve 3. ay antropometrik ölçümleri Tablo 8'de gösterilmiştir.



Tablo 6.8. Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlemdeki (1. ay, 2. ay ve 3. ay) antropometrik ölçümleri

	BAŞLANGIÇ		1. AY		2. AY		3. AY	
	GECE YEME SENDROMU VARLIĞI							
	VAR n=50	YOK n=50	VAR n=50	YOK n=50	VAR n=50	YOK n=50	YOK n=50	YOK n=50
Vücut Ağırlığı (kg)	95,2±15	92,1±17	92,8±15	89,0±17	91,4±15	87,3± 17	90,2±14,8	85,8±16,9
BKİ (kg/m²)	37,4±5,9	36,5±7,0	36,5± 5,8	35,3± 6,8	35,9±5,8	34,6±6,8	35,4±5,7	34,0±6,7
Bel çevresi (cm)	110,7±12	110,3±11	106,1±17	106,8±19	106,4±11	104,8±17	105,3±11	103,4±17
Kalça çevresi (cm)	124,5±11	123,1±18	122,7±11	120,4±18	121,6±11	119,6±18	120,8±11	115,5±21
Bel/ kalça oranı	0,88±0,0	0,89±0,0	0,87± 0,0	0,88± 0,1	0,87±0,0	0,87± 0,1	0,86±0,06	0,87±0,05
Vücut yağ oran(%)	44,0±4,7	43,8±7,0	42,9±4,6	42,7±6,9	42,3±4,7	41,9±6,9	41,8±4,8	41,2±7,0

GYS'li olan kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlemleri sonundaki (1. ay, 2. ay, 3. ay) antropometrik ölçüm değişimleri; olmayanlara göre daha düşük olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlemdeki antropometrik ölçümleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 6.9. Kadınların başlangıç ve 12 hafta sonundaki BKİ sınıflamasına göre dağılımları

	GECE YEME SENDROMU VARLIĞI									
	BASLANGIÇ					12 HAFTA SONRA				
	VAR n=50		YOK n=50		P	VAR n=50		YOK n=50		P
n	%	n	%	n		%	n	%		
BKİ sınıflaması										
18,5-24,9	0	0	0	0	-	0	0	1	2	
25-29,9	2	4	3	6	0,08	8	16	12	24	0,04
30-34,9	16	32	18	36	0,08	17	34	18	36	0,09
35-39,9	16	32	19	38	0,07	16	32	12	24	0,05
40 ve üzeri	16	32	10	20	0,04	9	18	7	14	0,07
Toplam	50	100	50	100		50	100	50	100	

P<0,05

12 haftalık diyet tedavisinden sonra BKİ sınıflamasına göre; GYS'li kadınların %16'ü fazla kilolu, %34'ü 1. derece obez, %32'ü 2. derece obez, %18'ü ise 3. derecede obez iken; olmayanların dağılımları ise; %2' si normal, %24'ü fazla kilolu, %36' u 1. derece obez, %24'ü 2. derece obez, %14'ü ise 3. derece obez şeklindedir. GYS'li olan ve olmayan kadınların BKİ sınıflamasına göre 3. derece obez olma oranı 12 hafta sonunda başlangıca göre anlamlı derecede azalmış olup; 1. derece obez olma oranı anlamlı derecede artmıştır (p<0,05).

Tablo 6.10. Kadınların başlangıç ve 12 hafta sonundaki antropometrik ölçümlerinin ortalamaları

GYS VARLIĞI Antropometrik ölçümler	BASLANGIÇ		12 HAFTA SONRA	
	VAR	YOK	VAR	YOK
	ORT±SS		ORT±SS	
Ağırlık(kg)	95,2±15	92,1±17	90,2±14,8	85,8±16,9
BKİ(kg/m²)	37,4±5,9	36,5±7,0	35,4±5,7	34,0±6,7
Bel çevresi(cm)	110,7±12	110,3±11	105,3±11	103,4±17
Kalça çevresi(cm)	124,5±11	123,1±18	120,8±11	115,5±21
Bel kalça oranı	0,88±0,06	0,89±0,06	0,86±0,06	0,87±0,05
Vücut yağ oranı(%)	44,0±4,7	43,8±7,0	41,8±4,8	41,2±7,0

GYS'li kadınların 12 haftalık izlem sonundaki vücut ağırlıklarının ortalaması 95,2±15 kg' dan 90,2±14 kg'a düşerek ortalama 5,0±0,2 kg (%5,25) ağırlık kaybedilmiştir (p<0,05). Bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ve vücut yağ oranı ortalamaları sırası ile 105,3±11 cm, 120,8±11 cm, 0,86±0,06 ve %41,8±4,8 olarak belirlenmiştir. GYS'li kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel kalça ve vücut yağ oranlarında meydana gelen değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

GYS'li olmayan kadınların 12 haftalık izlem sonundaki vücut ağırlıklarının ortalaması ise 92,1±17 kg'dan 85,8±16,9 kg'a düşerek ortalama 6,3±0,1 kg (%6,8) ağırlık kaybedilmiştir (p<0,05). Bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça ve vücut yağ oranı ortalamaları sırası ile 103,4±10 cm, 115,5±17 cm, 0,87±0,05 ve 41,2±7,0 olarak belirlenmiştir. GYS'li olmayan kadınların da vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça ve vücut yağ oranlarında meydana gelen değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05).

Gruplar arasında, başlangıç ve 12 haftalık izlem sonundaki, antropometrik ölçüm değerlerinde meydana gelen değişikliklerde, kalça çevresi dışında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 6.11. Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlem sonundaki antropometrik ölçüm farkı ortalamaları

	GYS VAR			GYS YOK		
	İLK	12 HAFTA SONRA	FARK	İLK	12 HAFTA SONRA	FARK
Ağırlık (kg)	95,2±15	90,2±14,8	5,0±0,2	92,1±17	85,8±16,9	6,3±0,1
BKİ	37,4±5,9	35,4±5,7	2,0±0,2	36,5±7,0	34,0±6,7	2,5±0,3
Bel çevresi	110,7±12	105,3±11	5,4±1	110,3±11	103,4±10	6,9±1
Kalça çevresi	124,5±11	120,8±11	3,7±0	123,1±18	115,5±17	7,6±1*
Bel/kalça oranı	0,88±0,06	0,86±0,06	0,02±0	0,89±0,06	0,87±0,05	0,02±0,01
Vücut yağ oranı	44,0±4,7	41,8±4,8	2,2±0	43,8±7,0	41,2±7,0	2,6±0

*P<0,05

Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlem sonunda bel çevresi sınıflamasına göre değişimi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 6.12. Kadınların başlangıç ve 12 hafta sonunda bel çevresi sınıflaması

bel çevresi	BAŞLANGIÇ				12 HAFTA SONRA			
	GECE YEME SENDROMU							
	VAR n=50		YOK n=50		VAR n=50		YOK n=50	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Riskli bel çevresi≥80	1	2	1	2	1	2	3	6
Yüksek riskli bel çevresi≥88	49	98	49	98	49	98	47	94
Toplam	50	100	50	100	50	100	50	100

P<0,05*, GYS: Gece yeme sendromu

Başlangıç ve 12 haftalık izlem sonundaki bel çevresi sınıflamasına göre, yüksek riskli olan GYS'li kadınların oranı %98; % 98; GYS'li olmayan kadınların ise %98 ; %94 olarak saptandı. Gruplar arasında bir fark bulunmadı.

Tablo 6.13. Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlem sonundaki bel/kalça oran sınıflamasına göre dağılımı

Bel/ kalça oranı	BAŞLANGIÇ				12 HAFTA SONRA				P
	GECE YEME SENDROMU VARLIĞI								
	VAR n=50		YOK n=50		VAR n= 50		YOK n=50		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Normal <0,85	12	24	14	28	20	40	23	46	0,03
Yüksek riskli ≥85	38	76	36	72	30	60	27	54	0,04
Toplam	50	100	50	100	50	100	50	100	

Başlangıç ve 12 haftalık izlem sonundaki bel/kalça oranı sınıflamasına göre, yüksek riskli olan GYS'li kadınların oranı %79; % 60; GYS'li olmayan kadınların ise %72 ; %54 olarak saptandı. Gruplar arasında bir fark saptanmadı.

Kadınların BKİ'lerinin demografik özellikler, gece yeme anket puanı ve yaşam kalite bileşenleriyle korelasyonu Tablo 14'te gösterilmiştir.

Yaş arttıkça BKİ'nin arttığı saptandı ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça BKİ'nin azaldığı görüldü ($p<0,05$). Çalışan kadınların VKİ'lerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Evli kadınların BKİ'lerinin daha yüksek görüldü ($p<0,05$). Gece yeme anket puanı ile BKİ arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardı, BKİ arttıkça gece yeme anketi puanının arttığı saptandı ($p<0,05$). Kadınların düşük yaşam kaliteleri ile BKİ ilişkili bulundu. BKİ artarken kadınların yaşam kalitelerinin azaldığı saptandı.

Tablo 6.14. BKİ'nin demografik özellikler, antropometrik özellikler, GYA puanı ve yaşam kalite bileşenleriyle korelasyonu

PARAMETRELER	BKİ (kg/m ²)		
	N=100	R	P
Yaş (yıl)	100	,188	,041
Medeni durum	100	-,207	,004
Eğitim durumu	100	,388	,047
Meslek	100	-,163	,050
Boy	100	-,086	,396
Kilo	100	,157	,039
Bel çevresi	100	,162	,046
Kalça çevresi	100	,201	,045
Bel/kalça oranı	100	,015	,880
Vücut yağ oranı	100	,146	,146
Gece yeme sendromu anket skoru	100	,391	,005*
Fiziksel fonksiyon	100	-,277	,446
Fiziksel rol güçlüğü	100	-,281	,026
Emosyonel Rol Güçlüğü	100	,314	,004
Eneji/ Canlılık/ Vitalite	100	-,009	,933
Ruhsal Sağlık	100	-,130	,057
Sosyal İşlevsellik	100	-,054	,592
Ağrı	100	-,238	,029
Genel Sağlık Algısı	100	-,356	,004

7. TARTIŞMA

Obezitenin nedenlerinin başında, enerji fazlalığı ve fiziksel aktivite yetersizliği gelirken, bireylerin yeme davranışlarındaki bozukluklar da büyük rol oynamaktadır, Özdel(4), Collins(5).

Yeme bozukluklarından biri olan GYS, düzensiz ve aşırı miktarda beslenme sonucu obeziteye neden olmaktadır, Yaşar (9). Sendrom, özellikle zayıflama tedavisi için başvuran obez bireylerde yaygın olup (4), prevalansı %6 ile %14 arasında değişmektedir, Orhan ve Tuncel (11).

Obezitenin diyet tedavisinde, olumlu yönde davranış değişikliği yapmak, bireylerin ağırlık denetimi sürecindeki başarısını ve yaşam kalitesini arttırmaktadır, Merdol (95).

Bu çalışmada; yetişkin obez kadınlarda gece yeme sendromunun, ağırlık denetimi ve yaşam kalite düzeylerine etkisi incelenmiştir.

Gece yeme sendromunu; stres, yaşam biçimi, çalışma durumu, uyku düzeni ve kalitesi gibi birçok faktörün etkilediği belirtilmektedir, Küçükgöncü (70). Konuya ilişkin yapılan çalışmaların çoğunda; GYS ile yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum arasında bir ilişki bulunamamıştır, Küçükgöncü (70), Runfola et al (81), Calugi et al (82), Deniz (96), Lundgren (89). Buna karşın Andersen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşam biçimi ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir, Andersen et al (97).

Bizim çalışmamızda, yukardaki çalışmalara benzer şekilde, kadınların çalışma durumları dışında; yaş, eğitim durumu, medeni durum ve meslek gibi demografik özellikleri arasında bir fark bulunamamıştır.

Beden kitle indeksi ile GYS arasındaki ilişkisinin incelendiği birçok çalışmada çelişkili sonuçlar elde edilmiştir, Küçükgöncü, (70)

Deniz ve Arslan tarafından yapılan bir çalışmada, gece yeme alışkanlığı olan, olmayan kadınların ortalama BKİ'leri benzer bulunmuştur, Deniz (96), Arslan (98).

Striegel-Moore ve arkadaşlarının çalışmasında da, gece yemesi olanların olmayanlardan daha zayıf oldukları saptanmıştır, Striegel-Moore (99). Yine Striegel-Moore ve arkadaşları tarafından, GYS'li olan siyah kadınlarla, olmayan siyah kadınların BKİ ortalaması ve obezite sıklığı benzer bulunmuştur Striegel-Moore (100). Lundgren ve arkadaşları tarafından yapılan toplumsal tabanlı çalışmada da gece yemesi olan ve olmayanlar arasında BKİ ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmamıştır, Lundgren(101) .

Bu çalışmalardaki sonuçların aksine; Colles ve arkadaşlarının normal kilolu ve obez bireylerde yaptıkları çalışmada, GYS varlığı ile BKİ artışı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir, Colles (102). Gluck ve arkadaşlarının GYS'li kadınların ağırlık denetimleri üzerinde yaptığı çalışmada, GYS'li olanların BKİ ortalamaları ($38,7\pm 3,8$ kg/m²), olmayanlara ($36,1\pm 2,9$ kg/m²) göre daha yüksek bulunmuştur, Gluck (13) . Lundgren ve arkadaşları psikiyatri hastalarında yaptıkları bir çalışmada da, GYS'li olan hastaların BKİ ortalamaları, ($33,1\pm 9,2$ kg/m²) olmayanlara ($27,7\pm 6,6$ kg/m²) göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır Lundgren (103). Küçüköncü'nün yaptığı çalışmada, BKİ ortalaması GYS grubunda $28,84\pm 5,50$, kontrol grubunda ise $26,92\pm 5,45$ olup, GYS grubunda BKİ ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.($p<0,05$), Küçüköncü ve Beştepe (70).

Çalışmamızda GYS'li olan kadınların BKİ ortalamaları; ($37,4\pm 5,9$ kg/m²), olmayan kadınlarla ($36,5\pm 7,0$ kg/m²) benzer bulunmuştur. Çalışmamız sadece obezitesi olan veya fazla kilolu kadınlar ile sınırlandırılması dolayısıyla BKİ değişim aralığının sınırlı olması bu sonuca yol açmış olabilir. Çalışmamızın sonuçları, Deniz, Striegel-Moore ve Lundgren'nin yaptığı çalışmaların sonuçlarıyla paralel iken; Colles, Gluck ve Küçüköncü'nün sonuçlarından farklı olarak değerlendirilmiştir.

Aronoff ve arkadaşları (46) tarafından yapılan çalışmada, BKİ'leri 54'ten yüksek olan birey sayısının, GYS'li grupta daha fazla olduğu saptanmıştır, Aronoff (104). Küçüköncü'nün yaptığı çalışmada, BKİ sınıflamasına göre, obez bireyler GYS grubunda daha fazla olsa da, anlamlı fark bulunamamıştır, Küçüköncü ve Beştepe (70).

Bu çalışmalardaki sonuçların aksine Striegel-Moore ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 15-39 yaş arasında, BKİ'leri 30 üzerinde olan GYS'li bireylerin oranı, olmayanlardan daha düşük saptanmıştır ve BKİ ile GYS arasında ilişki olmadığını belirlemiştir, Striegel-Moore (105).

Çalışmamızda BKİ sınıflamasına göre ise; GYS'li grupta, BKİ'leri 40 ve üzeri olan kadınların oranı, olmayanlara göre daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç, Küçüköncü ve Aronoff'un yaptığı çalışmaların sonuçlarıyla paralel iken; Striegel-Moore'un sonuçlarından farklı olarak değerlendirilmiştir.

Genel olarak çalışmalarda elde edilen bulgular, GYS'nin BKİ değeri yüksek bireylerde daha sık görüldüğü yönündedir, Küçüköncü ve Beştepe (70). Ancak çalışmaların büyük kısmının obez ya da aşırı kilolu bireyler üzerinde yapılması, obezite ile GYS arasındaki ilişkiyi belirlemeyi güçleştirmektedir, Küçüköncü ve Beştepe (70).

Gece yeme sendromunda sabah anoreksiyası, tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Deniz'in yaptığı çalışmada, GYA anket sonuçlarına göre bireylerin sabah aç hissetme durumlarının hiç veya çok az olma oranı %62,2 olarak bulunmuştur, Deniz (96)

Çalışmamızda da, GYS'li olan kadınların (%78) sabah aç hissetme durumlarının hiç veya çok az olma oranı olmayanlara (%50) göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Gece yeme sendromu, günlük besin alımının %25'inden fazlasının akşam yemeğinden sonra tüketilmesi ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır Birketvedt et al (68). Deniz'in çalışmasında bireylerin GYA'ya verdikleri cevaplara göre günlük besin alımının %25'inden fazlasının akşam yemeğinden sonra tüketilme oranı %22,1 iken; Küçüköncü'nün GYS'li bireylerde yaptığı çalışmada bu oran %10,6 olarak belirtilmiştir, Deniz (96), Küçüköncü (70).

Bizim çalışmamızda ise, akşam yemeğinden sonra günlük besin alımının %25'inden fazlasını yeme oranı GYS'li olan kadınlarda ise %68 olup; literatürle kıyaslandığında benzer çalışmalara göre oranların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Gece yeme sendromu, bireyin uyku düzeni ve kalitesini etkilediğinden dolayı, tanı kriterlerinde insomiyadan sıklıkla bahsedilmektedir. Ancak insomnia klinik olarak GYS tanısı konulan her kişide görülmeyebilir. Örneğin kişi gece iki ya da üç kere kalkıp yemek yerken, uykuya dalmakta güçlük çekmeyebilir ya da akşamları fazlasıyla yemek yerken uykuya dalma ya da sürdürme gücünü yaşamayabilir, Küçükgöncü (70). Deniz'in çalışmasında bireylerin GYA'ya verdikleri cevaplara göre uykuya dalmadaki sorunun genelde veya her zaman olma durumu %19,6; hiç veya bazen olma durumu ise %75,7'dir, Deniz (96).

Bizim çalışmamızda da, GYS'li kadınlarda uykuya dalmadaki sorunun genelde veya her zaman olma durumu %36; hiç veya bazen olma durumu literatürde de bahsedildiği şekilde yüksek olup, bu oran % 60 olarak saptandı.

Küçükgöncü'nün yaptığı çalışmada gece yeme anketine göre, GYS'li bireylerin 'gece yeme hayatınızı ne kadar rahatsız ediyor' ve 'gece yeme hayatınızı ne kadar etkiliyor' sorularına hiç veya çok az cevabı verme oranları aynı olup % 76,6 iken; Deniz'in çalışmasında da bu oranlar sırasıyla %62,3 ve %70,6 olarak bulunmuştur, Küçükgöncü ve Beştepe (70), Deniz (96). Küçükgöncü'nün çalışmasında gece yemekle ilgili ciddi sıkıntı yaşayan (%6.4) ya da günlük yaşantılarının olumsuz yönde fazlasıyla etkilendiğini bildiren (%4.3) kişi sayısı da oldukça az bulunmuştur. Toplum tabanlı yapılan bir çalışmada da, gece yemesi olanların %25'inin bu davranışlarını sorun olarak görmedikleri bildirilmiştir, Zwaan et al (106).

Bizim çalışmamızda da, GYA'a göre; GYS'li kadınların 'gece yemenin hayatınızı ne kadar rahatsız ettiği' ve 'gece yeme hayatınızı ne kadar etkiliyor' sorusuna hiç veya çok az cevabı verme oranları sırasıyla %46 ve %40 iken; orta derecede veya aşırı cevabı verme oranlarının sırasıyla %54 ve %60 olduğu belirlendi. Bu sonuç, Deniz ve Küçükgöncü'nün çalışmasındaki oranlardan kısmen daha düşük olsa da, gece yemeklerin sorun olarak algılanmama ihtimali yüksek bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda, GYS'nin fark edilmesi için zayıflama kliniğine başvuran bireylerin gece yemekleri ile ilgili yakınması olmasa da, GYS ile ilişkili yeme alışkanlıkları ve davranışları ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Buna göre, GYS'nin diyet planlamasında göz önünde bulundurulması, bireylerin kilo vermedeki altta yatan başarısızlığının önüne geçmesine yardımcı olacaktır.

Arslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, GYS tanısı konanlar ve konmayanların GYA toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), Arslan ve ark (98).

Küçüköncü 'nün yaptığı çalışmada, GYA ortalama puanı; GYS grubunda $30,4\pm 5,3$, kontrol grubunda ise $17,5\pm 4,6$ saptanmış olup, GYS grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$), Küçüköncü ve Beştepe (70).

Çalışmamızda, GYS'li olan ve olmayan kadınların GYA ortalama puanı sırasıyla; $32,9\pm 5,5$ ve $13,5\pm 4$ olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç, Arslan ve Küçüköncü 'nün çalışmalarıyla benzer olarak değerlendirilmiştir.

Küçüköncü'nün yaptığı çalışmada, GYS'li bireylerin gece yeme ile ilgili sorunlarının ortalama $3,6\pm 5,8$ yıldır (en az 4 ay, en fazla 20 yıl) sürmekte olduğu belirtilmiştir, Küçüköncü ve Beştepe (70). Deniz'in çalışmasında da gece yeme alışkanlığı 5 yıldan daha uzun süre olanların oranı %19,6 olarak bulunmuştur, Deniz (96).

Çalışmamızda, GYS'li olan kadınların gece yeme ile ilgili sorunlarının ortalama $6,3\pm 6$ yıldır (en az 1 ay, en fazla 20 yıl) sürmekte olduğu saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini; hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde, durumlarını algılama biçimi olarak tanımlamaktadır, DSÖ (107). Çalışmalar, obezitenin bireylerin yaşam kalitesini belirgin düzeyde azalttığını göstermektedir. Fiziksel kapasitede azalma, ağrı, kişiler arası ilişkilerde bozulma, benlik saygısında azalma, özgüven kaybı, depresyon, iş bulma güçlüğü gibi nedenler dikkate alındığında, obez bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ne kadar düşük olduğu anlaşılmaktadır, Gündüzlüoğlu ve ark (108).

Obez bireylerde GYS'nin daha sık olarak görüldüğü; uykusuzluk ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir, Arslan ve ark (98). Arslan ve arkadaşları GYS'li olan grubun yaşam kalite ölçek puanlarını, olmayanlara göre düşük saptamıştır, Arslan ve ark (98). Colles ve arkadaşları da, GYS'li bireylerin fiziksel

yönden yaşam kalite puanını 40.87 ± 9.5 , mental yönden kalite puanını ise 47.17 ± 10.2 olarak belirtmiştir, Colles et al (109). Bu nedenle; GYS ve beraberinde eşlik eden obezitenin, bireylerde daha düşük yaşam kalitesine neden olduğu belirtilmiştir. Palmese ve arkadaşlarının şizofreni tanılı obez bireylerde yaptığı çalışmada ise, GYS'li olan, olmayanların; yaşam kalitesi ölçek puanları benzer bulunmuştur. Diyabetli bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada da, GYS varlığına göre yaşam kalite düzeyleri arasındaki farka bakıldığında, hem özet fiziksel sağlık hem de özet mental sağlık skorlarının gece yeme sendromu olan hastalarda olmayanlara göre daha düşük olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$), Güzel (110).

Çalışmamızda, GYS'li olan kadınların yaşam kaliteleri; olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Özellikle, yaşam kalite alt boyutlarından fiziksel sağlık ve ağrı puanları, GYS'li olanlarda (sırasıyla, $65,0 \pm 25$; $61,8 \pm 24$,) olmayanlara (sırasıyla, $73,2 \pm 17$; $71,0 \pm 22$) göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaşam kalitesi fiziksel alan puanının kötüleşmesi ile bireyin duygusal durumunun değiştiği, anksiyete ve depresif ruh halinin ortaya çıktığı çalışmalarda gösterilmiştir, John (112), De Zwann (113). Kadınlar üzerinde yapılan prospektif kilo değişikliği ve yaşam kalitesi çalışmasında, kilo kaybı yaşam kalitesinin mental bileşenlerinden çok, fiziksel fonksiyonu ve vücut ağırlığını daha iyi hale getirmiştir, Fine (111). Bu sorunlara yönelik düzeltici çabalar tedavinin daha olumlu algılanarak etkinliğinin artmasına ve günlük hayatın daha kolay sürdürülmesinde faydalı olabilir.

Demiral ve arkadaşlarının Türkiye nüfusunun genel yaşam kalite düzeylerini saptadığı çalışmada, ruh sağlığı ve canlılık hariç, diğer yaşam kalite alt puan ortalamalarını yüksek bulunmuştur, Demiral (114).

Bizim çalışmamızda da, GYS'li olan ve olmayan kadınların yaşam kalite düzeyleri, Türk toplumunun genel yaşam kalite düzeylerine göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Obez bireylerde vücut ağırlığının %5-10'luk kaybı, obezitenin getirdiği komplikasyonları azaltmada olumlu etkilere sahiptir, Manco (115).

Kazancıoğlu ve arkadaşlarının obez bireylerde ağırlık denetimi üzerine yapmış olduğu çalışmada, GYS'li kadınlarda kilo verme hızı, olmayanlara göre düşük bulunmuştur. Kazancıoğlu ve ark (12) ($p<0,05$). Gluck ve arkadaşları, 4 haftalık diyet uygulaması sonunda, GYS'li olan kadınların ($4,4\pm 3,1$ kg), olmayanlara ($7,3\pm 3,2$ kg) göre daha az ağırlık kaybettiğini saptamıştır ($p<0,05$), Gluck et al (13)

Bu sonuçların aksine; Dalle Grave ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, GYS'li obez grubun, 6 aylık diyet tedavisi sonunda kontrollere göre daha az kilo kaybettiği saptanmış, ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır, Dalle Grave (14).

Çalışmamızda, 12 haftalık izlemde; GYS'li olan kadınların ağırlık kaybı ($5,0$ kg; %5,25), olmayanlara ($6,3$ kg; %6,8) göre düşük olup, GYS'li olan, olmayan kadınların kilo kaybı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç, Grave'in yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzer, Gluck ve Kazancıoğlu'nun yaptığı çalışmaların sonuçlarından ise, farklı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, 12 haftalık izlemler doğrultusunda, GYS'li olanların, olmayanlara göre, daha düşük ağırlık kaybetmelerinin nedeni olarak, GYS'li kadınların gerek öğün saatlerini gerek öğün içeriklerini düzenlemede zorlandıkları, bu nedenle de düzensiz beslenme alışkanlıklarını çoğunlukla sürdürmeye devam ettikleri düşünülmüştür.

Son yıllarda, tek başına bel çevresi ölçümü, obezite tanısında pratik bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Artmış bel çevresi olan bireylerin sağlığı bozulmakta ve yaşam kalitesi düşebilmektedir, Guagnano et al (116), Bel çevresinin kadınlarda 80 cm ve üzerinde olması kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır. DSÖ'ye göre bel çevresinin kalça çevresine oranının 0.85'den fazla olması, elma tipi şişmanlık kabul edilmektedir, DSÖ (2).

Güzey'in yapmış olduğu bir çalışmada da, kadınların başlangıç bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ortalamaları sırası ile; $110,1\pm 12,4$ cm, $124,6\pm 9,9$ cm, $0,88\pm 0,04$ 'dir. 12 haftalık diyet süreci sonucunda, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ortalamaları sırası ile $104\pm 11,7$ cm, $120\pm 9,5$ cm, $0,86\pm 0,04$ olarak

belirlenmiştir. Kadınların bel çevresi, kalça çevresi ve bel kalça oranlarında meydana gelen değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), Güzey (1).

Akbulut'un araştırmasında, 12 haftalık takip süresinde diyet grubundaki bireylerin bel çevresi 86,8'den 79,3cm' e, diyet+aktivite grubundaki bireylerin ise 92,0'den 84,2 cm'e azalmıştır. Bel-kalça oranları ise diyet grubunda 0,79'dan 0,77'ye, diyet+aktivite grubunda ise 0,81'den 0,71'e düşmüştür. Araştırma öncesinde diyet grubundaki kadınların %70.0'inin, diyet+aktivite grubundaki kadınların ise %76.5'inin bel çevresi 88 cm üzerinde belirlenmiştir. Araştırma sonunda ise bel çevresi ölçüm değeri 88 cm altında olan diyet ve diyet+aktivite grubundaki kadınların oranı sırasıyla %85,0 ve %94,1 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte araştırma öncesinde diyet grubundaki kadınların %10,0'unun diyet+aktivite grubundaki kadınların ise %23,5'inin bel-kalça oranı 0,85'in üzerinde olup araştırma sonucunda bel-kalça oranı 0,85'in altında olan diyet ve diyet+aktivite grubundakilerin oranı %100 olarak bulunmuştur, Akbulut (117).

Çiftçi'nin (247) araştırmasında, 3 öğün diyet grubundaki bireylerin bel çevresi 101,0±10,7 cm'den 93,2±9,3 cm'e; 6 öğün diyet grubundaki bireylerin ise, 102,0±7,8'den 95,9±7,9'a düşmüştür. Bel-kalça oranı 3 öğün diyet grubunda 0,9'dan 0,8'e düşmüştür, Çiftçi (118).

Manco ve arkadaşlarının (322) araştırmasında, 3 yıllık izlem sonunda bireylerin bel-kalça oranları 0.96'dan 0.90'a düşmüştür. Ziccardi ve arkadaşlarının (325) araştırmasında, 1 yıllık izlem sonunda premenopozal kadınların bel-kalça oranları 0,84±0,06'den 0,78±0,04'e düşmüştür. Dixon ve arkadaşlarının (318) araştırmasında, 2 yıllık izlem sonunda bireylerin bel çevreleri 122,8±16,1 cm'den 103,6±15,2 cm'ye, bel-kalça oranları ise 0,88±0,009'den 0,83±0,009'a düşmüştür, Manco et al (115).

Kılıç'ın (324) araştırmasında, hafif şişman bireylerin bel çevreleri 91,71±6,98 cm'den 83,24±6,91'e, bel-kalça oranları 0,87'den 0,84'e; şişman kadınların bel çevreleri 97,30±5,13 cm'den 88,50±5,27 cm'e bel-kalça oranları ise 0,86'dan 0,84'e düşmüştür, Kılıç(119).

Çalışmamızda, GYS'li kadınların başlangıç bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ortalamaları sırasıyla; 110,7±12 cm, 124,5±11 cm ve 0,88±0,06 iken; 12 haftalık izlem sonundaki bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ortalamaları sırası ile 105,3±11 cm, 120,8±11 cm ve 0,86±0,06 olarak belirlenmiştir. GYS'li olmayanların ise başlangıç bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı sırası ile 110,3±11 cm, 123,1±18 cm ve 123,1±18 iken 12 haftalık izlem sonunda, sırası ile 103,4±10 cm, 115,5±17 cm ve 0,87±0,05 olarak belirlenmiştir. GYS'li olan, olmayan kadınların bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranlarında meydana gelen değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0.05$), kalça çevresindeki değişimin dışında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmada, GYS'li olan ve olmayan kadınların başlangıçta %98'inin bel çevresi 88 cm üzerinde olup, 12 hafta sonunda bel çevresi 88 cm altında olan kadınların oranı sırasıyla %2 ve % 6 olarak bulunmuştur ($p>0.05$). GYS'li olan, olmayan kadınların başlangıç bel/kalça oranı 0,85 ve üzeri olan kadınların oranı sırasıyla; %76 ve %72 iken, 12 hafta sonunda 0,85'in altına düşen kadınların oranı %60 ve %54 olarak bulunmuştur. GYS'li olan, olmayan kadınların yüksek riskli bel/kalça oranına sahip kadınların oranı, 12 haftalık izlem sonunda anlamlı derecede düşmüş iken; gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, bel çevresi ve bel-kalça oranındaki azalmanın sağlığı olumlu yönde geliştirmede gerçekçi bir katkı sağladığı düşünülebilir.

Obezite tedavisinde ağırlık kaybının çoğunluğunun yağ kütlesinden sağlanması oldukça önemlidir, Akbulut (117). Gluck ve arkadaşlarının GYS'li bireylerin ağırlık denetimleri üzerinde yaptığı bir çalışmada, GYS'li kadınların başlangıç yağ oranları ise, % 45,6 iken GYS'li olmayan kadınların yağ oranları ise %43,8 idi. Zayıflama diyeti sonrasında, GYS'li kadınların yağ oranındaki azalma GYS' li olmayan kadınlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur, Gluck et al (114).

Bizim çalışmamızda da GYS'li kadınların başlangıç vücut yağ oranları ortalama %44,0±4,7 iken 12 haftanın sonunda % 41,8±4,8'e; GYS'li olmayan kadınların ise ortalama % 43,8±7,0 iken %41,2±7,0'ye indiği gözlemlendi. 12 haftanın sonunda GYS'li kadınların yağ oranındaki azalma, GYS' li olmayan kadınlara göre

daha düşük olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) Bu sonuç, Gluck ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın sonucundan farklı olarak değerlendirildi.

Kadınların başlangıç ve 12 haftalık izlem sonunda, vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel kalça ve vücut yağ oranlarında meydana gelen değışiklikler istatistiksel olarak anlamlı iken gruplar arasında sadece kalça çevresindeki azalma oranındaki fark anlamlı olarak saptandı.



8. SONUÇ

Eylül 2015 ve Haziran 2016 tarihleri arasında, Beykoz Toplum Sağlığı Merkezi Diyet Polikliniği'ne zayıflama amacıyla başvuran kadınlarda, GYS ve ağırlık denetimi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmamızın sonuçları şu şekildedir:

1) Çalışma, GYS' li 50, GYS'li olmayan 50 olmak üzere toplam 100 obez kadın üzerinde yürütüldü.

2) GYS'li olan kadınların yaş ortalaması $40,04 \pm 8,4$ yıl; olmayanların ise $41,24 \pm 9,6$ yıl olarak saptandı.

3) GYS'li olan kadınların %86'sı evli, %8'i bekar, %6'sı ise boşanmış/dul/ayrı; olmayan kadınların ise %82'si evli, %10'u bekar, %8'i ise boşanmış/dul/ayrı olarak belirlendi.

4) GYS'li kadınların %58'inin ilkokul-ortaokul, %22'sinin lise, %16'sının üniversite/yükseköğretim; olmayanların %54'ünün ilkokul-ortaokul, %22'sinin lise, %10'unun üniversite/yükseköğretim mezunu olduğu saptandı.

5) GYS'li kadınların %44'ü, olmayan kadınların ise %28'i çalışmakta, olup, çalışan kadınlarda GYS sıklığı anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).

6) GYS'li kadınların % 54'ü ev hanımı, %8'i memur, %20'si esnaf/serbest meslek ve %20'si özel sektör; olmayanların %66 'sı ev hanımı, %4'ü memur, %12'si esnaf/serbest meslek ve %12'si özel sektör olarak belirlendi.

7) GYS'li olan, olmayan kadınların yaş, eğitim düzeyi, medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

8) GYS'li kadınların başlangıçtaki boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri ortalaması sırasıyla; $158,8 \pm 6,5$ cm, $95,2 \pm 15$ kg; olmayanların ise $158,8 \pm 21,7$, $92,1 \pm 17$ kg cm olarak saptandı.

9) GYS'li kadınların başlangıç BKİ ortalaması $37,4 \pm 5,9$ kg/m²; olmayanların $36,5 \pm 7,0$ kg/m² olarak belirlendi ($p > 0,05$). GYS'li kadınların BKİ sınıflamasına göre başlangıç morbid obez olma oranları, olmayanlara göre daha yüksek bulundu ($p < 0,05$).

10) GYS'li kadınların başlangıç bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ortalamaları sırasıyla; $110,7 \pm 12,2$ cm, $124,5 \pm 11,8$ cm, $0,88 \pm 0,06$; olmayanların sırası ile $110,3 \pm 11$ cm, $123,1 \pm 18,6$ cm, $0,89 \pm 0,06$ olarak saptandı.

11) GYS'li olan, olmayan kadınların başlangıç bel çevresi 88 cm üzerinde olma oranları aynı oranda olup, %98 olarak saptandı.

12) GYS'li olan, olmayan kadınların başlangıç bel/kalça oran ortalaması 0,85 ve üzeri olma oranı sırasıyla; %76 ve %72 olarak bulundu.

13) GYS'li kadınların başlangıç vücut yağ oranlarının ortalamaları $\%43,0 \pm 4,7$; olmayanların ise $\%43,8 \pm 7,0$ olarak bulundu.

14) GYS'li kadınların başlangıç bel/kalça oranı dışında, vücut ağırlığı ve BKİ ortalaması, bel, kalça çevresi, vücut yağ oranı ölçüm değerleri, olmayanlara göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark anlamlı saptanmadı ($p > 0,05$).

15) GYS tanı ölçütleri arasında bulunan; sabah anoreksiyası, günlük besin alımının %25'inden fazlasını tüketme ve uykuya dalmakta yaşanan zorluk oranları; GYS'li olan kadınlarda, olmayanlara göre daha yüksek bulundu ($p < 0,05$).

16) GYS'li olan kadınların gece yeme ile ilgili sorunlarının ortalama $6,3 \pm 6$ yıldır sürmekte olduğu saptandı.

17) GYA puanları ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulundu. GYS'li olan ve olmayan kadınların GYA puanları sırasıyla $32,96 \pm 5,5$ ve $13,52 \pm 4,9$ olarak belirlendi ($p < 0,05$).

19) Yaşam kalite alt boyutlarından fiziksel sağlık ve ağrı puanları, GYS'li olanlarda (sırasıyla, $65,0 \pm 25$; $61,8 \pm 24$) olmayanlara (sırasıyla, $73,2 \pm 17$; $71,0 \pm 22$) göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$). Türk toplum genel yaşam kalite düzeyleri

ile karşılaştırıldığında, GYS'li olan ve olmayan kadınların yaşam kaliteleri anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ($p<0.05$).

20) GYS'li olan, olmayan kadınların; başlangıç, 1. ay, 2. ay ve 3. aydaki vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel kalça oranı ve vücut yağ oranlarında meydana gelen değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı iken, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p<0,05$).

21) GYS'li kadınların 12 haftalık diyet süreci sonundaki BKİ ortalaması $35,4\pm 5,7$ kg/m^2 ; olmayanların ise $34,06\pm 6,7$ kg/m^2 olarak saptandı ($p>0,05$). BKİ sınıflamasına göre; GYS'li olan ve olmayan obez kadınların 12 hafta sonunda BKİ sınıflamasındaki değişimler anlamlı iken, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

22) GYS'li kadınların 12 hafta sonunda vücut ağırlıkları ortalaması $90,2\pm 14$ kg, olmayanların ise $85,8\pm 16$ kg olup, GYS'li kadınların ağırlık kaybı olmayanlara göre daha düşük saptandı. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

23) GYS'li kadınların 12 hafta sonunda, bel çevresi, kalça çevresi ve bel kalça oranı ortalamaları sırası ile $105,3\pm 11$ cm, $120,8\pm 11$ cm, $0,86\pm 0,06$; olmayanların sırası ile $103,4\pm 10$ cm, $115,5\pm 17$ cm, $0,87\pm 0,05$ olarak belirlendi. GYS'li olan kadınların bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranındaki azalma oranı, olmayanlara göre daha düşük olup, kalça çevresindeki değişim oranı hariç gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

24) GYS'li olan, olmayan kadınların 12 hafta sonunda bel çevresi ölçüm değeri 88 cm altında olan GYS'li olan ve olmayan kadınların oranı sırasıyla %2 ve %6 olarak saptandı ($p>0,05$).

GYs'li olan, olmayan kadınların 12 hafta sonunda bel/kalça oranı 0,85'in altına düşen kadınların oranı %60 ve %54 olarak bulundu.

26) GYS'li kadınların 12 haftanın sonunda vücut yağ oranları ortalama % $41,8\pm 4,8$; olmayanların ise ortalama % $41,2\pm 7,0$ olarak belirlendi.

Özetle, obezitenin ağırlık denetiminde, GYS'li kadınların daha başarısız olduğu gözlemlendi. GYS'nin, yüksek BKİ riskini arttırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü

ve ağırlık denetimini olumsuz etkilediği belirlendi. İzlem süresince, gerek telefon gerekse yüz yüze görüşmelerde, GYS'li kadınların genelinde, gece yeme alışkanlıklarıyla ilgili pek yakınmalarının olmadığı, diyetlerine uyum sağlamada fazla direnç gösterdikleri, öğünlerini düzenlemede ve öğünlerinin içeriğini belirlemede zorlandıkları ve düzensiz beslenme alışkanlıklarını sürdürmeye daha meyilli oldukları görüldü.

Bu gözlemler doğrultusunda, GYS'nin zayıflama kliniğine başvuran bireylerde fark edilmesi için ayırıcı tanının çok iyi yapılması oldukça önemlidir. Bireylerin gece yemeleri ile ilgili yakınması olmasa da, GYS ile ilişkili olabilecek yeme davranışları ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Bireye özgü diyetin planlanmasında, GYS'nin göz önünde bulundurulması, bireylerin ağırlık denetiminde başarıyı arttırmaya ve yaşam kalitesini yükseltmeye yardımcı olacaktır.

Çalışma, gece yeme sendromu ile ağırlık yönetimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine katkı sağlaması amacıyla yapılmış olup, konunun daha kapsamlı; objektif ölçümler ve prospektif çalışmalar ile araştırılması yararlı olacaktır.

9. KAYNAKLAR

- 1) Güzey M, Kadınlarda Ağırılık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkileri, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- 2) DSÖ Resmi Web Sitesi. [Http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs311/En/](http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs311/En/)
- 3) Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması 2012, Ankara, 2013.
- 4) Özdel O, Varna SG, Fenççi S. The Frequency Of Psychiatric Diagnosis İn Obese Women. Klinik Psikiyatri. 14:210-217, 2011.
- 5) Collins JC, Bents JE. Behavioral And Psychological Factors İn Obesity. Journal Of Lancaster General Hospital. 4(4);124-127, 2009.
- 6) Blaine BE. Weight Loss Treatment And Psychological Well-Being. Journal Of Health Psychology. 12(1);66-82, 2007.
- 7) Kaşıkçıoğlu E, Obez Kadın Hastalarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Binge-Eating Disorder) Ve Gece Yeme Sendromu (Night-Eating Syndrome). İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1998.
- 8) Yasar H, Halit Y , Mehmet GŞ , Adem B, Kemal K, Fatih Ö, Mehmet S, Sequential Clinical Course İn The Form Of Night Eating Syndrome And Sleep Related Eating Disorder: Case Report. Anatol J Clin Investig. 6(2);156-158, 2012.
- 9) Stunkard Aj. The Night Eating Syndrome: A Pattern Of Food İntake Among Certain Obese Patients. Am J Med. 19: 78-89, 1955.
- 10) Rand C, Macgregor A, Stunkard A.. The Night Eating Syndrome İn Thegeneral Population And Among Postoperative Obesity Surgery Patients. Int J Eatdisord. 22: 65-6, 1997.
- 11) Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 1: 132-54, 2009.
- 12) Kazancıoğlu K, Özbey RN, Sezgin U, Özkan S, Orhan Y. Şişman Kadınlarda Gece Yeme Sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 62 (1); 40-43, 1999.

13) Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night Eating Syndrome Is Associated With Depression, Low Self-Esteem, Reduced Daytime Hunger, And Less Weight Loss In Obese Outpatients. *Obes Res.* 9:264–267, 2001.

14) Dalle Grave R, Calugi S, Ruocco A, Marchesini G. Night Eating Syndrome And Weight Loss Outcome In Obese Patients. *International Journal Of Eating Disorders.* 44(2); 150-156, 2011.

15) Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon Ve Anksiyete. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli, 2006.

16) Tüfekçi E. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 137-269, 2013.

17) Annagür BB. Obezitede Çeşitli Risk Faktörleri Ve Dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4); 572-582, 2010.

18) Insel P, Ross D, McMahon K, Bernstein M. Energy Balance, Body Composition And Weight Management: Finding Your Equilibrium. *Discovering Nutrition.* 295-338, 2010.

19) Yaman M. Obezitede Diyet Tedavisi. *Archives Of Clinical Toxicology*, 1: 8-12, 2014.

20) Doak C, Visscher T, Renders C. The Prevention Of Over Weight And Obesity In Children And Adolescents: A Review Of Interventions And Programmes. *Obesrev.* 7: 111-136, 2006.

21) Who Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. Report Of A Who Consultation. Who Technical Report Series. Geneva: World Health Organization, No: 894, 2000.

22) Sencer E, Orhan Y. Klinik Beslenme, İstanbul Medikal Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul, 2005.

23) Who Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. Report Of A Who Consultation On Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.

24) Zhu S, Wang Z, Heshka S. Waist Circumference And Obesity-Associated Risk Factors Among Whites In The Third National Health And Nutrition Examination Survey: Clinical Action Thresholds. *Am J Clin Nutr.* 76: 743–749, 2002.

25) Janssen I, Katzmarzyk P, Ross R.. Waist Circumference And Not Body Mass Index Explains Obesity Related Health Risk. *Am J Clin Nutr.* 79(3): 379–384, 2004.

- 26) Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 –2017), Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2013.
- 27) Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA,2010) Sonuç Raporu, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, 2014.
- 28) Ogden CL, Yanovski, SZ, Carroll MD, Flegal K.M. The Epidemiology Of Obesity. *Gastroenterology*. 132(6);2087-2102, 2007
- 29) Cannon C.P. Obesity-Related Cardiometabolic Complications. *Clinical Cornerstone*. 9(1); 11-22, 2008.
- 30) Kopelman .G. Obesity As A Medical Problem. *Nature*. 404: 635-643, 2000.
- 31) Formiguera, X, Canto'n A. Obesity: Epidemiology And Clinical Aspects, Best Practice&Research Clinical Gastroenterology. 18(6); 1125-1146, 2004.
- 32) İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, Açikel M. Obezite ve Metabolik Sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 6(3); 168-174, 2008.
- 33) Pekcan G, Dağ A, Türkmen EG, Arslan P. Obezite: Dünya’da Ve Türkiye’de Görülme Sıklığı, Her Yönüyle Obezite, Önleme Ve Tedavi Yöntemleri. İstanbul: Cem Ofset Matbaacılık. 2012.
- 34) Jeffrey I, Alan J, Handelsman Y, Timothy W. American Association Of Clinical Endocrinologists’ Position Statement On Obesity And Obesity Medicine, Aace Obesity Position Statement. *Endocr Pract*. 18(5); 643-648, 2012.
- 35) Baysal A, Baş M. Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi (1. Baskı), Ekspres Baskı. İstanbul, 2008.
- 36) Kabalak T. Obezitenin Diyetle Tedavisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri,1995.
- 37) Who. Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases World Health Organization. WHO Technical Report Series Rapor No: 916, 2003.
- 38) Şahin MA, Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- 39) Fidaner C, Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı S.1, İzmir, 2004.

- 40) Niero M, Martin M, Finger T, Lucas R, Mear I, Wild D Et Al. A New Approach To Multicultural Item Generation In The Development Of Two Obesity-Specific Measures: The Obesity And Weight Loss Quality Of Life (OWLQOL) Questionnaire And The Weight-Related Symptom Measure (WRSM). *Clinical Therapeutics*. 24:690-700, 2002.
- 41) Myers A, Rosen J. Obesity Stigmatization And Coping: Relation To Mental Health Symptoms. *Body Image And Self Esteem. International Journal Of Obesity*. 23:221-230, 1999.
- 42) Fontaine K, Barlett S. Estimating Health-Related Quality Of Life In Obese Individuals. *Dis Manage Health Outcomes*. 3:61-70, 1998.
- 43) Fontaine K, Barlett S, Barofsky I. Health-related Quality Of Life Among Obese Persons Seeking And Not Currently Seeking Treatment. *Intlj Eat Dis*. 27: 101-105, 2000.
- 44) Onyike C, Crum R, Lee H, Lyketsos C, Eaton W. Is Obesity Associated With Major Depression? Results From The Third National Health And Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*. 158:1139-1147, 2003.
- 45) Dong C, Li W, Li D, Price R.. Extreme Obesity Is Associated With Attempted Suicides: Results From A Family Study. *Int J Obes*. 30:388-390, 2006.
- 46) Sarwer D, Lavery M, Spitzer J. A Review Of The Relationships Between Extreme Obesity, Quality Of Life, And Sexual Function. *Obes Surg*. 22:668-676, 2012.
- 47) Fairburn C, Harrison P. Eating Disorders. *Lancet*. 361:407-16, 2003.
- 48) Colles S, Dixon J, O'brien P. Grazing And Loss Of Control Related To Eating: Two High-Risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity*. 16:615-622, 2008.
- 49) Kourlaba, G. Panagiotakos, D.B. Dietary Quality Indices And Human Health: A Review. *Maturitas*. 62 (1); 1-8, 2009.
- 50) Koltarla S. Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
- 51) Azevedo, A, Bettencourt P, Alvelos M, Martins E, Abreu-Lima C, Hense HW et al. Health-Related Quality Of Life And Stages Of Heart Failure. *Int J Cardiol*. 129 (2); 238-244, 2008.

- 52) Wee HL, Wu Y, Thumboo J, Lee J, Tai ES. Association Of Body Mass Index With Short-Form 36 Physical And Mental Component Summary Scores In A Multiethnic Asian Population. *Int J Obes (Lond)*. 34 (6); 1034-1043, 2010.
- 53) Başaran S, Güzel R., Sarpel T. Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. Adana, 2005.
- 54) Fidan D, Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Ölçüm Yöntemleri, Sağlık Ve Toplum. 13:3, 2003.
- 55) . Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, Obezite Tedavi Klavuzu Ve Yaşam Tarzı Önerileri, 2014.
- 56) Merdol Kutluay T, Beslenme Eğitimi Ve Danışmanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, Ankara, 2008.
- 57) Pekcan G, Alphan E, Köksal E, Küçükerdönmez Ö, Bayrak M, Kızıltan G, Hasbay A, Şahin Gürhan N, Akgün B, Çiçek B, Dönmez S, Bayraktar F, Baş M, Aytulu T, Şahin H, Avşar Fm, Erdem Nz, Gökçel A. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. 1 Baskı, Ekspres Baskı. İstanbul, 2008.
- 58) Serter R, Obezite Atlası. 1. Baskı, Ankara, Karakter Color, 2004.
- 59) Van Buren j, Sinton M. Psychological Aspects Of Weight Loss And Weight Maintenance. *Journal Of The American Dietetic Association*. 109(12); 1994-1996, 2009.
- 60) Annesi J, Whitaker A.. Relations Of Mood And Exercise With Weight Loss In Formerly Sedentary Obese Women. *Am J Health Beha*. 32(6); 676-683, 2008
- 61) Donnelly J, Blair S, Jakicic J, Manore M, Rankin J, Smith B. American College Of Sports Medicine Position Stand. Appropriate Physical Activity Intervention Strategies For Weight Loss And Prevention Of Weight Regain For Adults. *Med Sci Sports Exer*. 41(7);459- 471, 2009.
- 62) Van Strien T, Herman C, Verheijden M. Eating Style, Overeating And Weight Gain. A Prospective 2- Year Follow-Up Study In A Representative Dutch Sample. *Appetite*. 59: 782-789, 2012.
- 63) Kontinen H, Silventoinen K, Lahteenkorva S. Emotional Eating And Physical Activity Self-Efficacy As Pathways In The Association Between Depressive Symptoms And Adiposity Indicators. *The American Journal Of Clinical Nutrition*. 92:1031-1039, 2010.

- 64) Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2005.
- 65) Ulusal Obezite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara, 2004.
- 66) Yetkin İ, Altınova AE. Obezite Ve Obezite Tedavisinde Yenilikler, Her Yönüyle Obezite Ve Tedavi Yöntemleri, 169-174, Ankara, 2012.
- 67) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezitenin Tedavisi, 2014.
- 68) Birketvedt G, Florholmen J, Sundsfjord J, Osterud B, Dinges D, Bilker W, Stunkard A. Behavioral And Neuroendocrine Characteristics Of The Night-Eating Syndrome. *Jama*. 282: 657-63, 1999.
- 69) Allison Kc, Lundgren Jd, O'reardon Jp, Geliebter A, Gluck Me, Vinai Pet Al. Proposed Diagnostic Criteria For Night Eating Syndrome. *Int J Eat Disord*. 43: 241-47, 2010.
- 70) Küçükgöncü S. Gece Yeme Sendromunun Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2011.
- 71) Stunkard A, Allison KJ. The Night Eating Syndrome: A Progress Report. *Appetite*. 45(2): 182-6, 2005
- 72) Soares M, Macedo A. Modulation Of Sleep By Obesity, Age And Diet. Watson Rr, Editor. *Sleep Disturbances, Body Mass Index, And Eating Behavior*. Usa: Acedemic Press İs An İmprint Elsevier. 43-57, 2015.
- 73) Lundgren J, Rempfer M, Brown C, Goetz J, Hamera E. The Prevalence Of Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder Among Overweight And Obese Individuals With Serious Mental İllness. *Psychiatry Res*. 28; 175(3); 233–36, 2010.
- 74) Lundgren Jd, Allison Kc, Crow S, O'reardon Jp, Berg Kc, Galbraith J Et Al. Prevalence Of The Night Eating Syndrome In A Psychiatric Population. *Am J Psychiatry*. 163:156-8, 2006.
- 75) Cummings DE, Weigle DS, Frayo RS, Breen PA, Ma MK, Dellinger EP, Purnell JQ. Plasma ghrelin levels after diet-induced weight loss or gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 346:1623-1630, 2002.
- 76) Tschöp M, Smiley DL, Heiman ML. Ghrelin induces adiposity in rodents. *Nature*; 407:908-913, 2000.

- 77) Allison K. Neuroendocrine Profiles Associated With Energy Intake, Sleep, And Stress In The Night Eating Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 90(11); 6214–17, 2005.
- 78) Colles S, Dixon J, O'brien P. Night Eating Syndrome And Nocturnal Snacking: Association With Obesity, Binge Eating And Psychological Distress. *Int J Obes.* 31: 1722–30, 2007.
- 79) Cleator J, Abbott J, Judd P, Sutton C, Wilding J. Night Eating Syndrome: Implications For Severe Obesity. *Nutr Diabetes.* 2: 1-10, 2012.
- 80) Meule A, Allison K, Brähler E, Zwaan M. The Association Between Night Eating And Body Mass Depends On Age. *Eat Behav.* 15: 683–85, 2014.
- 81) Runfolo C, Allison K, Hardy K, Lock J, Peebles R.. Prevalence And Clinical Significance Of Night Eating Syndrome In University Students. *J Adolesc Health.* 55: 41-8, 2014.
- 82) Calugi S, Grave R, Marchesini G. Night Eating Syndrome In Class I₁–I₁₁ Obesity: Metabolic And Psychopathological Features. *Int J Obes.* 33: 899–904, 2009.
- 83) Yeh S, Brown R.. Disordered Eating Partly Mediates The Relationship Between Poor Sleep Quality And High Body Mass Index. *Eat Behav.* 15: 291–97, 2014.
- 84) Marshall H, Allison K, O'reardon J, Birketvedt G, Stunkard A.. Night Eating Syndrome Among Nonobese Persons. *Int J Eat Disord.* 35: 217–22, 2004.
- 85) Napolitano M, Head S, Babyak M, Blumenthal J. Binge Eating Disorder And Night Eating Syndrome: Psychological And Behavioral Characteristics. *Int J Eat Disord.* 30:193-203, 2001.
- 86) Spaggiari M, Granella F, Parrino L, Marchesi C, Melli I, Terzano Mg. Nocturnal Eating Syndrome In Adults. *Sleep.* 17:339-344, 1994.
- 87) Aronoff N, Geliebter A, Zammit G. Gender And Body Mass Index As Related To The Night-Eating Syndrome In Obese Outpatients. *J Am Diet Assoc.* 101: 102-104, 2001.
- 88) Kant A, Schatzkin A, Ballard-Barbash R. Evening Eating And Subsequent Longterm Weight Change In A National Cohort. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 21:407-412, 1997.
- 89) Andersen G, Stunkard A, Sorensen T, Petersen L, Heitmann B. Night Eating And Weight Change In Middle-Aged Men And Women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28:1338–1343, 2004.

- 90) Allison KC. The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eat Behav.*9:62-72, 2008.
- 91) Atasoy N, Saraçlı Ö, Konuk N, Ankaralı H, Güriz O, Akdemir A ve ark. Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 15:238-247, 2014.
- 92) Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi.* 12(6);102, 1999.
- 93) Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36. 3-P dergisi. 14(7);22, 1999.
- 94) World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO Expert Consultation Geneva, 8-11, , 2008.
- 95) Merdol KT. Beslenme Eğitimi, Diyet El Kitabı Baysal A. ve ark. (ed). 3. baskı. Hatiboğlu Yayınevi. Ankara, 383, 1999.
- 96) Deniz B, Yetişkin Kadınlarda Vücut Kitle İndeksi İle Gece Beslenmesi Ve Uyku Düzeni Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2015
- 97) Andersen GS, Stunkard AJ, Sorensen TI, Petersen L, Heitmann BL. Night eating and weight change in middle-aged men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28:1338-1343, 2004.
- 98) Arslan F, Tiryaki A , Sağlam D, Özkorumak E, İlterZ, Günaydın D. Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kilolu Veya Obez Ayaktan Hasta Grubunda Gece Yeme Sendromu Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 26(4):242-48, 2015.
- 99) Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Affenito S, Kraemer HC. Night eating: prevalence and demographic correlates. *Obesity (Silver Spring).* 14:39-147, 2006.
- 100) Striegel-Moore RH, Dohm FA, Hook JM, Schreiber GB, Crawford PB, Daniels SR.. Night eating syndrome in young adult women: prevalence and correlates. *Int J Eat Disord.* 37:200-206, 2005.
- 101) Lundgren JD, Williams KB, Heitmann BL. Nocturnal eating predicts tooth loss among adults: results from the Danish MONICA study. *Eat Behav.* 11:170-174, 2010.
- 102) Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond.)* 31:1722-1730, 2007.

- 103 Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O'Reardon JP, Berg KC, Galbraith J, Martino NS, Stunkard AJ. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *Am J Psychiatry*.163:156-158, 2006.
- 104) Aronoff NJ, Geliebter A, Zammit G. Gender and body mass index as related to the night-eating syndrome in obese outpatients. *J Am Diet Assoc*. 101:102-104, 2001.
- 105) Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Affenito S, May A, Kraemer HC. Exploring the typology of night eating syndrome. *Int J Eat Disord*. 41:411-418, 2008.
- 106) De Zwaan M, Roerig DB, Crosby RD, Karaz S, Mitchell JE. Night time eating: a descriptive study.*Int J Eat Disord*. 39:224-232, 2006.
- 107) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41:1403-1409, 1995.
- 108) Gündüzlüoğlu NÇ, Fadiloğlu Ç, Yılmaz C. Obezlere özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 15:63-68, 2014.
- 109) Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond)*. 31:1722-1730, 2007.
- 110) Güzel S, Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yeme Tutum Ve Davranışları İle Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014
- 111) Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, Moseley G, Manson JE, Willett WC, Kawachi I. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *JAMA*. 282: 2136-2142, 1999.
- 112) Dixon JB. .Depression in association with severe obesity. *Arch Intern Med* 163: 2058-2065, 2003.
- 113) De Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan Kremer L, Roering JL, Kolotkin RL, Crosby RD. Two measures of Health-Related Quality of life in morbid obesity. *Obesity Research*. 10 : 1143-1151, 2002.
- 114) Demiral Y, Ergör G, Ünal B. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*. 9; 6: 247, 2006.

115) Manco M, Fernandez-Real M, Equitani F, Vendrell J. Effect of massive weight loss on inflammatory adipocytokines and the innate immune system in morbidly obese women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 92(2); 483-490. 216, 2007.

116) Guagnano MT, Ballon, E, Colagrande V, Vecchia DR, Manigrasso MR., Merlitti D, Riccioni G, Sensi S. Large waist circumference and risk of hypertension. *International Journal of Obesity*. 25, 1360-1364, 2001.

117) Akbulut, GÇ. Yetişkin Şişman Kadınlarda Vücut Ağırlığı Kaybının Dinlenme Metabolik Hızı, Vücut Bileşimi ve Bazı Biyokimyasal Parametreler. 208, 2008.

118) Çiftçi H, Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisinde Öğün Sayısının Ağırlık Kaybı, Vücut Kompozisyonu ve Bazı Biyokimyasal Bulgulara Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Doktora Tezi, Ankara, 2009.

119) Kılıç AV. Hafif ve Orta Şişman Yetişkin Bireylere Uygulanan Zayıflama Diyetleri Sonucundaki Vücut Ağırlık Kaybının Serum Lipid Profilleri ve Diğer Bazı Parametreler Üzerindeki Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.

10.EKLER

EK-1



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 64222187/ 030.03 / 174464 -
Konu : Araştırma İzin Talebi (Diler Yeşim DAN



SAYIN DİLER YEŞİM DANDİN
(Beykoz Toplum Sağlığı Merkezi)

31.08.2015 tarihli başvurunuzdaki "Yetişkin Obez Kadınlarda Gece Yeme Sendromu ile Ağırılık Denetimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma talebiniz değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur.

Çalışmanın yürütülmesi esnasında protokolün dışına çıkılmaması ve araştırma tamamlandıktan sonra bir nüshasının tarafımıza iletilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Onur Özlem KÖSE
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Ekler :
1) Protokol (1 sayfa)

Projeler Birimi
Seyitnizam Mh. Mevlana Cd.No:81/83 Zeytinburnu/İstanbul
Telefon: (212) 409 2311 Fax:

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Mustafa ERATA
e-posta: mustafa.erata@gmail.com
Elektronik Ağ: www.istanbulhalksagligi.gov.tr

PROTOKOL

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Diler Yeşim DANDİN arasında düzenlenmiştir. **Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** İstanbul ili Beykoz Toplum Sağlığı Merkezi Obezite Polikliniği **Çalışmanın adı:** Yetişkin Obez Kadınlarda Gece Yeme Sendromu ile Ağırılık Denetimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Prof. Dr. Muazzez GARİPAĞAOĞLU yönetiminde Diler Yeşim DANDİN yürütecektir.

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu çalışma sahasında uygulanacak olan anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Madde 3-

Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır. Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.

Protokolün Süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü ilgili kurumda 9 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç 01.09.2015 Bitiş 01.06.2016

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların Çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'ne teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddeleri yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

e) **Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.**

Taraflar:

01.09.2015

Araştırmacı

Adı-Soyadı:

Diler Yeşim DANDİN



Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Uzm. Dr. Onur Özlem KÖSE

OLUR
...../...../2015
Prof. Dr. G. Nurhan İNCE
Halk Sağlığı Müdürü

EK-2

YETİŞKİN OBEZ KADINLARDA GECE YEME SENDROMU İLE AĞIRLIK DENETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

GENEL ANKET FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Cinsiyet:

2. Yaş:

3. Medeni Durum:

a) Bekar b) Evli c) Boşanmış d) dul e) ayrı yaşıyor

4. Eğitim Durumu:

a) okuryazar değil b) okuryazar c) ilkokul-ortaokul d) lise e) üniversite/y.öğretim

5. Meslek:

a) Öğrenci b) ev hanımı c) Memur d) Serbest meslek e)diğer

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM BİLGİLERİ

1. Boy uzunluğu:

Antropometrik ölçümler	İlk geliş Başlangıç Kilosu	1. AY Kilo Kaybı Sonrası	2. AY Kilo Kaybı Sonrası	3. AY Kilo Kaybı Sonrası
Vücut ağırlığı(kg)				
BKI (kg/m ²)				
Obezite Derecesi				
Bel Çevresi(cm)				
Kalça Çevresi(cm)				
Bel/kalça oranı				
Vücut Yağ Oranı(%)				

GECE YEMEK YEME DURUMUNU BELİRLEMEYE İLİŞKİN

ANKET FORMU

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?

- A) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Orta derecede e) Aşırı

2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?

- a) Saat 9'dan önce b) 9-12 arası c) 12-15 arası d) 15-18 arası e) 18'den sonra

3. Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Oldukça çok e) Aşırı

4. Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Çok e) Tamamen

5. Günlük besin alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?

- a) %0 b) %1-25 c) %26-50 d) %51-75 e) %76-100

6. Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Oldukça çok e) Aşırı

7. Hüzünlü hissettiğiniz zaman, duygudurumunuz _____ daha çökkün oluyor.

Gün içinde değişme olmuyorsa X işareti koyunuz.

- a) sabah erken b) sabah c) öğleden sonra d) akşam üzeri e) akşam / gece

8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?

- a) Hiç b) Bazen c) Zamanın yarısında d) Genelde e) Her zaman

9. Tuvalet gereksinmesi dışında, gece hangi sıklıkta en az bir kez kalkarsınız?

- a) Hiç b) Haftada birden az c) Haftada bir d) Haftada birden çok e) Her gece

Not: 9. soruda cevabınız hiçse, burada durun.

10. Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?

- a) Hiç d) Çok az c) Biraz d) Oldukça çok e) Aşırı

11. Gece uyanınca tekrar uyuyabilmek için yeme ihtiyacı duyar mısınız?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Oldukça çok e) Aşırı

12. Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?

- a) Hiç b) bazen c) zamanın yarısında d) sıklıkla e) her zaman

Not: 12'ye hiç yanıtı verdiyseniz, burada durun.

13. Gece yarısı atıştırdığınızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Çok e) Tamamen

14. Gece kalktığınızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Çok e) Tamamen

Gece yemeyle ilgili sorunuz ne kadar zamandır sürüyor? ---- ay ---- yıl

15. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Orta derecede e) Aşırı

16. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

- a) Hiç b) Çok az c) Biraz d) Orta derecede e) Aşırı

YAŞAM KALİTE DURUMUNU BELİRLEMeye İLİŞKİN ANKET FORMU
(SF-36)

AD-SOYAD:

TARİH:

ANKET NO:

1. Genel Olarak Sağlığınız İçin Hangisini Söyleyebilirsiniz?

A- Mükemmel B-Çok İyi C-İyi D-Orta E-Kötü

2. Yıl Öncesiyle Karşılaştığınızda Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

A-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha İyi

B-1 Yıl Öncesine Göre Biraz Daha İyi

C-1 Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı

D-1 Yıl Öncesine Göre Daha Kötü

E-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3. Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığınız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5. Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli

8. Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

a) Her zaman b) oğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	oğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

BESİN KAYIT FORMU

AD SOYAD:

	TÜKETİLEN BESİN	MİKTAR
SABAH KAHVALTISI		
ÖĞÜN ARASI		
ÖĞLE YEMEĞİ		
ÖĞÜN ARASI		
AKŞAM YEMEĞİ		
ÖĞÜN ARASI		

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME ONAY FORMU

Değerli katılımcı,

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezitenin nedenlerinin başında yüksek enerji yoğunluklu beslenme, öğün atlama ve dengesiz beslenme gelirken, yeme tutum ve davranışlardaki bozukluklar önemlidir. Son yıllarda gece yeme sendromu, obezitenin önemli bir nedeni olduğu bildirilmektedir.

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Beykoz Toplum Sağlığı Merkezinde yürüteceğimiz bu bilimsel çalışmamızda ' **Gece Yeme Sendromu ve Ağırlık Denetimi Arasındaki İlişki**' araştırılacaktır.

Çalışma yaşları 19-65 arasında Beykoz Toplum Sağlığı Merkezi Obezite Polikliniğine zayıflama amacıyla başvurmuş kadın bireyler üzerinde yürütülecektir.

Çalışmada kişisel bilgilerinizi, gece yeme sendromu ve yaşam kalitenizi saptamaya yönelik hazırlanan anket formunu doldurmanız istenecektir.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilirsiniz ya da katılmayı kabul ettikten sonra istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir.

Bilgilendirmiş Gönüllü Onay Formundaki tüm açıklamaları okudum. Aşağıda adı, soyadı, ve imzası bulunan araştırma sorumlusu tarafından araştırmaya ilişkin

yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.Araştırmaya dahil olduğumda herhangi bir ücret ödemeyeceğimi ve almayacağımı biliyorum.

Katılımcı:

Ad, Soyad:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen çalışmacı:

Ad, soyad, ünvan:

Adres:

Tel:

İmza:

tanık:

ad, soyad, ünvan:

tel:

imza:

11. ETİK KURUL ONAYI



İSTANBUL
MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



E-İmzalıdır

Sayı :10840098-604.01.01-E.1084
Konu : Etik Kurulu Kararı

14/07/2015

Sayın Diler Yeşim Dandin

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Yetişkin Obez Kadınlarda Gece Yeme Sendromu ile Ağrlık Denetim Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

İhalece 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre PROF.DR. HANEFİ ÖZBEK tarafından 14.07.2015 tarihinde e-İmzalanmıştır.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	14.07.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	14.07.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 370	Tarih: 14.07.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad	Diler Yeşim	Soyad:	DANDİN TÜRK
Doğum yeri	Görece/Giresun	Doğum tarihi	01.03.1990
Uyruğu	Türk	TC Kimlik No	35563476602
E-mail	dileryesim@gmail.com	Tel	05365264034

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Erciyes Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü	2013
Lise	Halil Gürel Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1-Diyetisyen	Beykoz Toplum Sağlığı Merkezi	2015-2016
2-Diyetisyen	Ümraniye Toplum Sağlığı Merkezi	2013-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
iyi	iyi	iyi	iyi

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	iyi
Power Point	iyi