

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YETİŞKİN BİREYLERİN UYKU KALİTESİ, DEPRESYON
DURUMU VE YEME DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Cansu KOLUKIRIK

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YETİŞKİN BİREYLERİN UYKU KALİTESİ, DEPRESYON
DURUMU VE YEME DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Cansu KOLUKIRIK

164006007

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2019

Tez Onay Sayfası

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

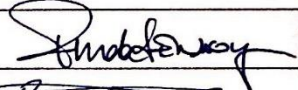
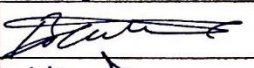
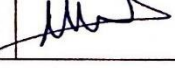
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Cansu Kolukırık Öğrenci No : 164006007
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi: 31.07.2019
Danışman : Dr. Öğr.Üyesi Funda Şensoy Tez Savunma Saati: 10.30

Tez Konusu : YETİŞKİN BİREYLERİN UYKU KALİTESİ, DEPRESYON DURUMU VE YEME DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorular sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Funda Şensoy (Fenerbahçe Üniversitesi)	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Burcu Yeşilkaya	Kabul	
Dr.Öğr.Üyesi Nermin Eroğlu (Fenerbahçe Üniversitesi)	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Fuat Nihat Özaydın		
Dr.Öğr.Üyesi Anıl Tosun (Fenerbahçe Üniversitesi)		

ÖZET

Bu çalışma, yetişkin bireylerin yeme davranışları, depresyon durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi, beden kütle indeksi ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmış bir çalışmadır. Çalışmaya, özel bir hastanenin Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 232'si kadın, 41'i erkek 273 gönüllü yetişkin birey dahil edilmiştir.

Çalışma grubuna; sosyodemografik veriler, beden ölçüsü ve beden algısı ile ilgili bilgiler, antropometrik ölçümler, beslenme durumu ile ilgili bilgiler, Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Beck Depresyon Envanteri, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nden oluşan anket formu uygulanmış olup, bireylerin Beden Kütle İndeksi (BKİ) değeri hesaplanmıştır.

Çalışmada bireylerin yaş ortalaması 30.67, ağırlık ortalamaları BKİ ortalamaları 27.55 bulunmuştur. Bireylerin %38.1'inin normal kilolu, %34.1'inin fazla kilolu, %27.8'inin obez olduğu bulunmuştur. Araştırmanın sonucunda bireylerde depresyon düzeyi arttıkça duygusal yeme ve dışsal yemenin düzeyi arttığı, kısıtlayıcı yemenin azaldığı bulunmuştur. Kadınların duygusal yeme ortalamaları, erkeklerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bireylerde BKİ arttıkça depresyon düzeyi ve duygusal yeme düzeyi artmaktadır, kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır. BKİ arttıkça uyku süresindeki bozulma artmaktadır. Kafein tüketimi arttıkça dışsal yeme düzeyi artmaktadır. Alkol tüketimi arttıkça duygusal yeme düzeyi azalmaktadır. Su tüketimi arttıkça kısıtlayıcı yeme azalmaktadır. Öğün atlayanların depresyon ortalamaları, atlamayanlardan anlamlı şekilde yüksektir. Akşam yemeği sonrasında atıştırmalık tüketenlerin duygusal yeme ortalamaları, almayanlardan anlamlı şekilde yüksektir. Çalışmada normal BKİ aralığında olan bireylerin %52.9'unun, fazla kilolu BKİ aralığında olan bireylerin %64.5'inin, obez BKİ aralığında olan bireylerin %47.4'ünün kendilerini var olan BKİ aralığında gördüklerini belirtmişlerdir.

Anahtar kelimeler: Yeme davranışı, Uyku kalitesi, Beden algısı, Obezite, Depresyon

ABSTRACT

ASSESSMENT OF SLEEP QUALITY, DEPRESSION STATUS AND EATING BEHAVIORS IN ADULT INDIVIDUALS

This study was done to evaluate sleep quality, depression status and eating behaviors in adult individuals and determine the relationship between body mass index. To the study, a total of 273 voluntary adult individuals joined 232 females and 41 males who were admitted to the Nutrition and Diet Clinic of a private hospital.

Informations about sociodemographic situation, body size and body image, anthropometric measurements, their nutritional status, Dutch Eating Behavior Questionnaire, Beck Depression Inventory, Pittsburgh Sleep Quality Index Questionnaire formed survey form was applied in the study and Body Mass Index (BMI) was calculated.

In the study, the mean age of the individuals was 30.67, and the mean of BMI was 27.55. It was found that 38.1% of the subjects were normal weight, 34.1% were overweight, 27.8% were obese. As a result of the study, it was found that the level of emotional eating and external eating increased and restrictive eating decreased as the depression level increased in individuals. The mean of emotional eating of women was found as significantly higher than emotional eating of men.

In individuals, depression and emotional eating levels increase and restrictive eating level decreases as BMI increases. As BMI increases, the deterioration of in timing of sleep increases. As caffeine consumption increases, the level of external eating increases. As alcohol consumption increases, emotional eating level decreases. As water consumption increases, restrictive eating decreases. Depression means of those who skipped meals were significantly higher than those who did not skip meals. The emotional eating means of those who got snacks after dinner were significantly higher than those who did not.

They stated that 52.9% of the individuals in the normal BMI range, 64.5% of the overweight BMI range, and 47.4% of the obese BMI range saw themselves in the existing BMI range.

Key words : Eating behaviour, Sleep quality, Body image, Obesity, Depression.

ÖNSÖZ

Akademik ve sosyal hayatındaki duruşu bana ışık olan, yüksek lisans eğitimim boyunca ve bu tezin hazırlanmasında bütün bilimsel desteğini ve bilgi birikimini benimle paylaşan, üzerimden anne şefkatini ve anlayışını esirgemeyen, çevresine ve dünyaya verimliliğini örnek aldığım değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Funda ŞENSOY'a ve diğer bölüm hocalarıma,

Hayatım boyunca koşulsuz sevgilerini, kararlarıma karşı saygılarını, eğitimim söz konusu olduğunda maddi manevi tüm desteklerini sunan, yoluma ışık olup aydınlatan aileme, canım annem Yasemin KOLUKIRIK'a, canım babam Hüseyin KOLUKIRIK'a, canım kardeşim Birsu KOLUKIRIK'a, pozitif enerjisi, dostluğu, anlayışı ve bu tez sürecinde benimle beraber çalışıp sağladığı motivasyon desteğiyle hep yanımda olan canım eşim Yusuf AKYOL'a

Sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Cansu KOLUKIRIK

BEYAN

BEYAN

Bu çalışmanın kendi çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlanmış olduğum bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Cansu KOLUKIRIK



İÇİNDEKİLER

Tez Onay Sayfası.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obezite.....	3
2.1.1. Obezitenin Tanımı.....	3
2.1.2. Obezitenin Sınıflandırması.....	3
2.1.3. Obezitenin Prevelansı	4
2.1.4. Obeziteye Neden Olan Faktörler	5
2.1.5. Obezitenin Sonuçları.....	8
2.2. Yeme Davranışı	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101
KAYNAKÇA	108
EKLER	127
ÖZGEÇMİŞ	140

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Beden Kütle İndeksi Sınıflaması	4
Tablo 2. Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri	9
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeler.....	31
Tablo 4. Katılımcıların Bedensel Özelliklerine İlişkin Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Minimum-Maksimum Değerler.....	32
Tablo 5. Katılımcıların Kilo Problemlerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	32
Tablo 6. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımlarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri	33
Tablo 7. Katılımcıların Kafein ve Su Tüketimlerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeler	34
Tablo 8. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeler.....	35
Tablo 9. Katılımcıların Ana Öğünler Arasında Atıştırmalık Alma Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	36
Tablo 10. Katılımcıların Akşam Yemeği Sonrası Atıştırmalık Alma Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	37
Tablo 11. Katılımcıların BDE, HYDA ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Minimum-Maksimum Puanları	38
Tablo 12. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları	38
Tablo 13. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Uyku Kaliteleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları.....	39

Tablo 14. Katılımcıların Depresyon Düzeyleri ve Uyku Kaliteleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları.....	41
Tablo 15. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre HYDA, BDE ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Mann Whitney U Analizi Bulguları.....	43
Tablo 16. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre HYDA, BDE ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Bulguları.....	44
Tablo 17. Katılımcıların Çocuklarının Bulunup Bulunmamasına Göre HYDA, BDE ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Bulguları.....	45
Tablo 18. Katılımcıların BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Puanlarla katılımcıların Yaş, Ağırlık, Boy ve BKİ Değerleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları.....	46
Tablo 19. Katılımcıların Kendilerini Nasıl Gördüklerine Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	49
Tablo 20. Katılımcıların Daha Önce Diyet Yapıp Yapmamalarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları.....	51
Tablo 21. Katılımcıların Şu An Diyet Yapıp Yapmamalarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve T Testi Bulguları.....	52
Tablo 22. Katılımcıların Çocuklukta Kilo Probleminin Bulunup Bulunmamasına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve T Testi Bulguları	54
Tablo 23. Katılımcıların Sık Kilo Alıp Verme Durumlarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve T Testi Bulguları.....	55

Tablo 24. Katılımcıların Düzenli Egzersiz Yapıp Yapmamalarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları	57
Tablo 25. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U Testi Bulguları.....	58
Tablo 26. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları.....	59
Tablo 27. Katılımcıların Su, Kafein, Alkol ve Sigara Tüketim Miktarları ile BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulguları.....	60
Tablo 28. Katılımcıların Ana Öğün Sayılarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları.....	62
Tablo 29. Katılımcıların Ara Öğün Sayılarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizi Bulguları.....	64
Tablo 30. Katılımcıların Öğün Atlama Durumlarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları.....	65
Tablo 31. Katılımcıların Ana Öğünler Arasında Atıştırmalık Alıp Almamalarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U Testi Bulguları.....	66
Tablo 32. Katılımcıların Akşam Yemeği Sonrasında Atıştırmalık Alıp Almamalarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U testi Bulguları.....	67

Tablo 33. Katılımcıların Aldıkları Ara Öğün Atıştırmalıklarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi ve Mann Whitney U Testi Bulguları.....	69
Tablo 34. Katılımcıların Akşam Yemeğinden Sonra Aldıkları Atıştırmalıklara göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T testi ve Mann Whitney U testi Bulguları.....	72
Tablo 35. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Kilo ve Kilo Kontrolü ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları.....	76
Tablo 36. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Sigara, Alkol, Kafein ve Su Tüketimi ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları.....	78
Tablo 37. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Öğün Atlama ve Öğün Atlama Nedenleri ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları.....	79
Tablo 38. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Ana Öğünler Arasında Atıştırmalık Alma ve Tüketilen Atıştırmalıklarla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları.....	80
Tablo 39. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Akşam Yemeği Sonrası Atıştırmalık Alma ve Tüketilen Atıştırmalıklarla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları.....	81
Tablo 40. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Beck Depresyon Envanteri, Hollanda Yeme Davranışları Anketi ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis, Mann Whitney U Testi Bulguları.....	82

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

BMH	Bazal Metabolizma Hızı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MetS	Metabolik Sendrom
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
SYS	Serbest Yağ Asidi
LDL	Low Density Lipoprotein (Düşük dansiteli lipoprotein)
BKİ	Beden Kütle İndeksi
IGF	İnsülin Growth Factor (İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü)
OUA	Obstrüktif Uyku Apnesi
CPAP	Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı
Ark.	Arkadaşları
DEBQ	Dutch Eating Behaviour Questionnaire
HYDA	Hollanda Yeme Davranışı Anketi
BDE	Beck Depresyon Envanteri
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

1.GİRİŞ

Obezite, dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olup tüm dünyada yaygınlığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise obeziteyi, “sağlığı bozacak miktarda vücutta aşırı miktarda yağ birikmesi” şeklinde tarif etmektedir. Birçok sağlık problemini beraberinde getiren obezite, hem morbidite hem de mortalite için başlı başına bir risk faktörü olmaktadır (1-3).

Obezite vücutta neden olduğu birçok metabolik ve hormonal olumsuzlukların yanı sıra uyku üzerine de olumsuz etki etmekte ve bazı uyku problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca uyku bozukluğu da obeziteye neden olmaktadır (4). Taheri ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği 1024 bireyin katılım gösterdiği Wisconsin Kohort Uyku araştırmasında beden kitle indeksi arttıkça uyku süresinin ve kalitesinin azaldığını bulmuşlardır (5). Şişmanlık ve depresyon durumu arasında da önemli korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Araştırmalarda obez hastalarda depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir (6-8). Castelnuovo ve ark. şişman hastalarda orta ve hafif düzeyde depresyonun sık görüldüğünü bildirmişlerdir (9). Bireylerin psikolojik durumları yeme davranışlarını etkiler. Obez bireylerde bir diğer incelenmesi gereken konu yeme davranışlarıdır. Duygusal yeme davranışları ve depresyon durumu arasındaki bağlantı bu konuda birçok araştırmanın yapılmasını sağlamaktadır. Ouwens ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma, şiddetli düzeyde depresif bulguların duygusal yeme davranışları ile ilintili olduğunu belirtmektedir (10). Birçok çalışma, normal ve şişman kişilerin anksiyete ile stresi arttıran duygulardaki yeme davranışı sonuçlarını karşılaştırmış ve sonucunda şişman kişilerin duygusal yeme puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (11-13).

Obezite ile ilintili başka bir psikolojik yeme davranışı bilinçli kısıtlama davranışı (kısıtlayıcı yeme davranışı)dır. Bu konuda kesitsel araştırmaların çoğu BKİ (Beden Kütle İndeksi) ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif korelasyon (14,15) olduğunu belirtirken, bazı çalışmalar aralarında ilişkiye rastlamamış (16,17) ve bazıları da negatif korelasyona rastlamıştır (18,19). Obez bireyler aynı zamanda besinlerin koku, güzel görünüş gibi dışsal özelliklerine daha duyarlıdır. Besinlerin özellikleri obez bireylerde normal bireylerle

karşılaştırıldığında daha fazla dışsal yeme davranışının görülmesine neden olabilmektedir (20).

Yapılan çalışmalardan yola çıkılarak obezite ve uyku kalitesinin, obezite ve depresyon durumunun, obezite ve yeme davranışlarının birbiriyle ilişkili ve birbirini etkileyen durumlar olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada; yetişkin bireylerin yeme davranışları, depresyon durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve bireylerin beden kütle indeksi ile depresyon durumu, uyku kalitesi ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Obezite; vücuttaki yağ kütlelerinin yağsız kütleyle oranla aşırı derecede artışı sonucu boya göre ağırlığın istenilen düzeyin üstüne çıkması ile tanımlanır (21). Yetişkin erkeklerin beden ağırlıklarının %15-18'i, kadınların ise %20-25'i adipoz dokudan meydana gelmektedir. Bu durumun, kadın bireylerde %30'un erkek bireylerde %25'in üstüne çıkması obeziteye işaret eder (22). Obezite aynı zamanda aşırı enerji tüketimi ve yetersiz enerji harcaması ile oluşan enerji dengesizliği, kişinin gen yapısı, sosyoekonomik düzeyi, davranış ve yaşam biçimi arasındaki ilişkinin sonucu olarak ortaya çıkan yaygın bir hastalıktır (23).

2.1.2. Obezitenin Sınıflandırması

Obezite tanısının belirlenmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. En sık kullanılan yöntem; BKİ ölçümüdür. BKİ, beden ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m^2) bölünerek oluşturulan değerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı sınıflandırmaya göre; BKİ değeri: 25-29,9 kg/m^2 arasında olan bireyler fazla kilolu, 30 kg/m^2 ve üzerinde olan kişiler şişman(obez) olarak değerlendirilir. BKİ değeri: 40 kg/m^2 üzerinde olanlar ise morbid obez kabul edilir (24, 25).

Yetişkinlerde şişmanlık ve obezitenin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda yazılmış başka bir klinik rehberde hastalar dört gruba göre kategorize edilmiştir. Bunlardan ilk grup hafif şişman grubu olup BKİ değerleri 25,0 ve 29,9 kg/m^2 arasındadır. İkinci grup 1. derece obezite grubu olup BKİ değerleri 30,0 ve 34,9 kg/m^2 arasındadır. Üçüncü grup 2. derece obezite grubu olup BKİ değerleri 35,0 ve 39,9 kg/m^2 arasındadır. Dördüncü grup ise 3. derece obezite grubu olup BKİ değerleri 40,0 kg/m^2 'ye eşit ve üzerindedir. BKİ sınıflandırılması Tablo 1'de verilmiştir. (26).

Tablo 1. Beden Kütle İndeksi Sınıflaması

BKI (kg/m²)	Sınıflama
< 18.5	Zayıf
18.5 – 24.9	Normal
25.0 – 29.9	Fazla kilolu
> 30	Obez

Kaynak 26'dan alınmıştır.

2.1.3. Obezitenin Prevalansı

Obezite, genel olarak bütün toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık problemidir. DSÖ obeziteyi, “küresel bir epidemi” olarak tanımlamıştır (25).

2.1.3.1. Dünyada Obezite Prevalansı

Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease) Obezite İşbirliği Grubu 2015 yılında dünyadaki obezite prevalansı ile ilgili bir rapor düzenlemiştir. Bu rapora göre, dünyada obez nüfusun 711,4 milyon (107,7 milyon çocuk ve 603,7 milyon yetişkin) olduğunu göstermektedir (22).

DSÖ ise 2016 yılında, 18 yaş ve üzeri olan 1.9 milyardan fazla yetişkinin aşırı kilolu, 650 milyondan fazlasının yetişkin şişman olduğunu tahmin etmektedir. 2016'da 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin %39'u (erkeklerin %39'u, kadınların %40'ı) aşırı kiloludur. Genel olarak, dünyadaki yetişkin nüfusun %13'e yakını (erkeklerin %11'i, kadınların %15'i) 2016 yılında obez olmuştur. Obezite prevalansı dünya genelinde 1975 ile 2016 arasında neredeyse üç kat tırmanmıştır. (27).

2.1.3.2. Türkiye'de Obezite Prevalansı

Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre Türkiye'de erkek bireylerin obezite oranı %20.5'i (BKİ: ≥ 30 kg/m²), fazla kilolu (BKİ: 25.0-29.9 kg/m²) olan erkeklerin oranı %39.1'dir. Toplamda erkeklerin %59.6'sı BKİ:>25 kg/m² 'nin üzerindedir. Kadın bireylerin %41.0'ı obez ve %29.7'si fazla kiloludur. BKİ değeri 25 kg/m²'nin üzerinde olanlar %70.7 olarak belirtilmiştir. Tüm yetişkin kişilerde obezite görülme oranı %30.3, morbid

obeziteye rastlanma oranı %2.9'dur (28). DSÖ bu konuda 2016 yılında, Türkiye'de 16.092.644 şişman bireyin tespit edildiğini rapor etmiştir. Aynı zamanda %29.5 prevalans ile Türkiye'nin, Avrupa'da obezitenin en sık rastlandığı ülke olduğunu işaret etmektedir (22).

2.1.4. Obeziteye Neden Olan Faktörler

Obezitenin oluşmasında etkili olan pek çok faktör olarak fazla kalori tüketimi, enerji harcama durumunda yetersiz olunması, yaş, genetik, fiziksel aktivite azlığı, yüksek stres, sosyoekonomik düzeyin kötü olması gibi nedenler sıralanabilir (29).

2.1.4.1. Yaş

Yaşın artışı ile beraber, obezite sıklığında artış görülür. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bazal metabolizma hızında (BMH) meydana gelen azalma da bireylerin kilo alma eğilimlerine neden olmaktadır (30, 31). İnsan vücudundaki yağ oranı da yaş ilerledikçe artış göstermektedir. Obezite oranında hem kadınlarda hem de erkeklerde yaş arttıkça obezitede de artış görülmektedir. Bu artış kadınlarda erkeklere oranla daha belirgin olarak görülmektedir (32).

2.1.4.2. Genetik Faktörler

Obez bireylerin çocuklarının obeziteye yatkınlığı yüksektir. Ebeveynlerden her ikisi de şişman olan çocuklarda %80 oranında obezite geliştiği görülürken, anne ya da babadan birisi şişman olanlarda ise bu oran %40 olarak tespit edilmiştir (33). İkiz ve aileleri ile yapılan çalışmalar genetik faktörlerin BKİ üzerindeki etkisinin %40-70 arasında olduğunu ortaya koymaktadır (34).

Bazı genler, gen anormallikleri ve kromozomsal açıdan problemler obezite gelişiminde birincil faktörken, çevresel durumların bazıları da gen yapısını etkileyerek obezite oluşumunu gerçekleştirebilir (35). Obezitenin genetik faktörleri ile ilgilenen bazı çalışmacılar obezite eğilimine neden olduğu sanılan bir geni (OB geni) tanımlamıştır. Bir araştırmaya göre de PTB-IB (peroksizom tiyoesteraz proteini) geninin yağ metabolizmasını etkilediği anlaşılmıştır (36).

2.1.4.3. Fiziksel Aktivite

Dünya genelindeki ölümlerin %6'sını oluşturan sedanter yaşam tarzı aynı zamanda ölüme yol açan risk faktörleri sıralamasında da dünyada dördüncü risk faktörü olarak görülmektedir. Hareketsiz yaşam ya da fiziksel aktivite azlığı yüzünden her yıl 3,2 milyon insan yaşamını yitirmektedir. Aktivitenin yetersiz olması kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, kanser gibi hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (37).

Modern toplumlarda insan gücüyle yapılan günlük işlerin bile teknolojinin gelişmesiyle birlikte artık daha az enerji sarfedilerek yapılması yiyeceklerle vücuda alınan enerjinin kullanılmayan kısmının yağ olarak depolanmasına neden olmaktadır (38). Televizyon izleme ve hareketsiz yaşam tarzının obeziteye olan etkisi sıkça araştırılan konulardan biridir. Amerika'da 3392 katılımcıyla gerçekleştirilen bir çalışmada televizyon izleme ve obezite oranları arasında ilişkinin güçlü olduğu vurgulanmıştır. Düşük fiziksel aktivite düzeyi ve televizyonda geçirilen zamanın artması kilo alımına sebep olmakta ve obeziteyi tetiklemektedir (39).

T.C. Sağlık Bakanlığı yetişkinlerin fiziksel aktivite alışkanlıkları ile ilgili bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışma 7 bölgeden seçilen 7 ilden 15.468 yetişkin birey üzerinde yapılmıştır. Sonuçlara göre, katılımcıların %3,5 gibi az bir oranının düzenli fiziksel aktivite gerçekleştirdiklerini (haftada en az 3 gün 30 dakika orta şiddette) ortaya koymuştur. Yine buna benzer bir araştırmada seçilen 5 bölgeden, 11.481 bireye uygulanan anket sonucunda bireylerin yaklaşık %20'sinin hareketsiz yaşam tarzına sahip olduğu, %16'sının da fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğu bulunmuştur (40).

Günümüzde insanların gitgide daha sedanter bir yaşam tarzına sahip olması, insanların fiziksel aktivite ile ilgili bilgi ve ilgi seviyesinin yetersiz olması, düzenli egzersizin sağlık için ne kadar önemli olduğunun yeterince kavranmaması, toplumda obezitenin artmasında en önemli etkenlerdendir. Bunun beraberinde kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını da arttıran faktörlerdendir (41).

Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi (NHANES) 2003-2004 yıllarındaki verilerine göre 6-11 yaşları arasında fiziksel aktivite önerilerine uyma oranının %42, 12-19 yaşları arasında %8 ve yetişkinlerde ise %5'ten daha az olduğu saptanmıştır (42). Fiziksel aktivite önerilerine uyma oranlarındaki düşüklük ve fiziksel aktivite düzeylerinin önemli

derecede düşmesi gençlik döneminde özellikle kızlarda obezite oranlarının yükselmesiyle doğrudan bağlantılıdır (43).

2.1.4.4. Beslenme

Obezitenin gelişmesinde en önemli faktörlerden biri de insanoğlunun hayatının ilk yıllarındaki beslenme tarzıdır. Anne sütü alan çocuklar ile anne sütü ile beslenemeyen çocukların obezite durumları incelendiğinde, anne sütü alan çocuklarda obezitenin daha az oranlarda olduğu bulunmuştur. Obezite oluşumunu etkileyen faktörlerde anne sütü verilmesinin ne kadar süre olduğu, ek besinlerin neler olduğu, ek besinlerin porsiyonu ve ek besinlere ne zaman başlandığı bildirilmektedir (44).

Çocukların beslenme alışkanlığını beslenmenin çeşitliliği, sıklığı, türü ve miktarı belirler. Günümüzde ambalajlı ürünler ve hazır gıdalar ile beslenme, enerji içeriği yüksek olan besinleri tüketme obezite oluşumunu kolaylaştırır. Hazır gıdalarla birlikte yüksek enerji ve yağ alımının yanında, düşük lif oranı ile birlikte tüketilen gazlı içeceklerin de obezitenin gelişimine katkı sağladığı belirtilmiştir (45).

Obeziteye yol açan en büyük faktör enerjisi yoğun gıdalara kolay ulaşılması, sıklıkla bu gıdaların tüketilmesi ve yetersiz fiziksel aktivitedir. Alınan enerji harcanan enerjiden fazla olduğunda enerji fazlası yağ hücresi ve yağ dokusu şeklinde depolanmaktadır (46).

2.1.4.5. Sosyal ve Kültürel Faktörler

Obeziteye, eğitim düzeyi yetersiz kişilerde, çalışmayan kadınlarda ve köy, kasaba gibi kırsal alanlarda daha sık rastlandığı bildirilmiştir (47). Endüstrileşmiş ülkelerde, gelir düzeyine göre düşük ülkelere nazaran obezite sıklığı daha yüksektir. Evlilikle beraber çiftlerde obezite oranında artış saptanmıştır (48). Eğitim seviyesi düşüklüğü, evli olmak ve çalışmamak obezite risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (49).

2.1.4.6. Psikolojik Faktörler

Obeziteyi etkileyen en önemli faktörlerden biri psikolojik faktörlerdir. Anksiyete, depresyon ve stres iştah merkezini uyararak yeme dürtüsünü artırır. Üzüntü ve sevincin yeme davranışı ile ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur (50). Ağır bir hastalık geçirmek, uzun süre yoğun stres yaşamak, bir yakınının vefatı gibi durumlarda ya da mental depresyon durumunda bireyler tarafından yemek yeme isteği stresten ve üzüntüden kurtulma yolu olarak

görülmektedir. Bu durum da genellikle aşırı ve istenmeyen ağırlık artışı ile sonuçlanmaktadır. (36).

Bireylerde, depresyon yeme davranışını etkileyerek bireyin kilosunda değişikliklere sebep olmaktadır. Obezite depresyon arasındaki ilişkide leptin hormonu etkilidir. Vücutta tokluk hissi oluşturan leptin hormonunun kan seviyelerinde azalması depresif bulgularının sıklığını arttırmaktadır. Depresif bireylerde sonraki aşamalarda obez olma riskinin %58 olduğu belirlenmiştir (51).

2.1.4.7. İlaçlar

Kilo alımını arttıran ilaçlar olarak özellikle psikiyatrik grubu ilaçlar ile birtakım hormon takviyeleri bildirilmiştir. Örneğin; insülin gibi diyabet ilaçları, butirofenon gibi antipsikotik ilaçlar, lityum gibi bazı antidepresanlar kilo alımını destekleyecek ilaçlar arasında yer alabilmektedir (35).

2.1.5. Obezitenin Sonuçları

Obezite; çevresel faktörlerin, genetik yatkınlığın ve insan davranışının etkileşiminden kaynaklanır. Obezite, diyabet ve kanser hastalıklarından birçok sindirim sistemi hastalığına kadar çok sayıda kronik hastalık riskinin artmasıyla ilişkilidir (52). Obezite; tip 2 diyabet, yüksek tansiyon, kan lipit bozukluğu, kalp-damar hastalığı, inme, uyku apnesi, osteoartrit, solunum sistemi problemleri ve bazı kanserlerin oluşum riskini artırır. Obezite; aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklarda ölüm riskini arttırmakla da ilişkilendirilmiştir (53). Obez ve fazla kilolu bireylerde sıklıkla görülen komplikasyonlar birkaç ana başlıkta belirtilmiştir.

2.1.5.1. Obezite ile Tip 2 Diyabet ve İnsülin Direnci İlişkisi

Obezitenin tip 2 diyabet riski üzerindeki etkisi sadece obezite derecesiyle değil, aynı zamanda yağ dokusunun biriktiği yerle de ilişkilidir. Bireylerin abdominal çevresindeki yağ artışı veya bel-kalça oranına yansıyan visseral adipoziteyi de içeren artmış üst vücut yağı, metabolik sendrom, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık ile ilişkilendirilmektedir (54).

Obezite sıklıkla adipoz doku inflamasyonu gelişimiyle ilişkilendirilir. Obezite temelli inflamasyon kroniktir ve aterosklerozda görülen inflamasyona benzer. İnsülin direnci ve dislipidemi ile birlikte oluşan metabolik sendrom obezite sonucu meydana gelen komplikasyonlardandır (55). Sistemik metabolik inflamasyon insülin salınımını gerçekleştiren

pankreas hücrelerine hasar verir. Bireyin her 5-7.9 kg kazanımı tip 2 diyabet hastalığı riskini 2 katına çıkarır (56).

2.1.5.2. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalık, Metabolik Sendrom

Metabolik sendrom (MetS), hiperglisemi, obezite, dislipidemi ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalık faktörü dizisinden meydana gelir. Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli III ölçütlerine göre aşağıdaki ölçütlerden üç veya daha fazlası olması metabolik sendrom teşhisinin konulmasını sağlar. Bu bilgi Tablo 2’de verilmiştir (57).

Tablo 2. Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri

Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri	
Trigliserid	>150 mg / dl
Yüksek yoğunluklu lipoproteinler (HDL)	
Erkek	<35 mg / dl
Kadın	<40 mg / dl
Arteriyel kan basıncı yüksekliği	BP; BP> 140/90 mmHg veya Hipertansiyon
Düzensiz glukoz homeostazi, Açlık glikozu	> 100 mg / dl veya Tip 2 Diyabet

Kaynak 57’den alınmıştır.

Visseral obezite, bireylerde gelişen kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini tanımlamak için önemli bir göstergedir. Obezite aynı zamanda damar infalamasyonu, diyabet ve KVH ile de kolerebilir (58).

Obezite adipoz dokunun artması sonucu meydana gelir. Adipoz doku otokrin regülasyonu olan bir endokrin organ gibi çalışır ve obezite kaynaklı komplikasyonlarda önemli bir role sahiptir. Fazla abdominal yağ kütlesi insülin direnci ve serbest yağ asitlerini (SYA) artırır. SYA artışı da düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) yapımını ve plazma trigliseritlerini artırır. Bu da dislipidemi ve aterosklerozise yol açar. Tüm bunlar kardiyovasküler hastalık oluşumuna neden olur (59).

2.1.5.3. Obezite ile Hipertansiyon İlişkisi

Obez bireylerde, obez olmayan bireylere oranla 6 kat daha fazla sıklıkta hipertansiyon görülmektedir. Obezite artmış kan akışı ve vazodilatasyonla ilişkilidir (60,61). Birçok merkezi ve periferik anormallikler obezite ile tanımlanmış artan damar basıncının gelişimini açıklayabilmiştir. Bunlar sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemidir. Obezite aynı zamanda endotelial disfonksiyon ve hipertansiyonun gelişiminde rol oynayan renal fonksiyon anormallikleri ile de ilişkilidir (62).

Obezite, böbrek tübuler sodyum emilimini artırarak, doğal olarak basıncı düşürerek ve sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivasyonu ve özellikle visseral adipozite arttığında böbreklerin fiziki olarak sıkıştırılmasıyla hacim genişlemesine neden olarak kan basıncını artırır. Klinik çalışmalar fazla kilo alımının primer hipertansiyonu olan hastaların çoğunda artmış kan basıncına önemli bir etkiye bulunduğunu göstermektedir. Sadece %5- %10'luk kilo kaybı, hipertansif obez bireylerde olduğu kadar hipertansiyonu olmayan bireylerde de kan basıncını düşürür ve antihipertansif ilaçlara olan ihtiyacı azaltır. Klinik deneyler, hipertansiyonun önlenmesinde kilo kaybının etkinliğini de göstermiştir (63).

2.1.5.4. Obezite ile Astım İlişkisi

Küresel obezite artış oranı, obez bireylerde görülen astım oranının da artışına neden olmuştur. Hipotezler; obezite ve astım arasındaki ilişkinin artmış adipoz doku ve yüksek BKİ'nin etkisi olduğuna odaklanmaktadır (64, 65).

Forno ve arkadaşlarının 8.886 çocuk/adölesan ve 12.513 yetişkin üzerinde yapılan çalışma, adipozite ile sık görülen astım hastalığı arasındaki ilişkinin anlaşılmasına katkı sağlamıştır (65).

Amerika'nın Güney Kaliforniya eyaletinde astım olmayan 623.358 çocuk ve adölesanla yapılan büyük bir kohort çalışmada BKİ ile astım insidansı arasındaki ilişki incelenmiştir. Astım geliştiren gençlerin astımı olmayan gençlere göre aşırı kilolu, orta derecede obez veya aşırı obez olma olasılığı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca obez gençlerde, normal kilolu gençlere göre daha şiddetli astıma sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (66).

2.1.5.5. Obezite ile Kanser İlişkisi

Artmış BKİ ile birçok kanser riski arasında güçlü bir ilişki vardır. Yapılan çalışmalarda özofagus, karaciğer, rektum, böbrek, pankreas, safra kesesi, kolon, çoklu miyelom, Non-Hodgkin lenfoma ve prostat kanseri ile yüksek BKİ arasında ilişki saptanmıştır. Obezite bütün kanser çeşitlerinin %20-35'ine yol açmaktadır. Obezite ile artan ve aynı zamanda insülin direncine de neden olan leptin ve adiponektin sitokinleri kanser hastalıklarına da yol açmaktadır (67, 68).

Birçok bilim insanı insülin ve insülinle ilgili bir hormon olarak bilinen insülin benzeri büyüme faktörü (IGF) geniş bir kanser yelpazesinde kritik rolünün olduğunu düşündüklerini açıklığa kavuşturmayı amaçlayan dünya çapında artan bir araştırma dalgasının içindedir. Yüksek insülin ve IGF seviyeleri, epidemiyolojide son 30 yılda dikkat çeken önemli bir korelasyonu açıklayan önemli adaylardır. Obez ve diyabetik bireylerin kansere yakalanma riski ve kanser kaynaklı mortalite oranları sağlıklı kişilerden çok daha yüksektir (69).

2.1.5.6. Obezitenin Psikolojik Sonuçları

Obezitenin kronik hastalık risklerini arttırmasının yanı sıra çeşitli psikolojik hastalıklara da yol açtığı bilinmektedir. Obezite sonucunda bazı çalışmaların bireylerde bipolar bozukluk, depresyon bulguları, panik atak bozukluk ya da dışarı çıkma fobisi sıklığının arttığı belirtilmiştir (70). Bireyleri kilosuyla beraber damgalamak toplumsal bir problemdir. Bu durum obez bireyleri psikolojik yönden kötü etkiler (71).

Yapılan bir çalışmada erken yaşta obezite tanısı almış hastalarda daha geç yaşta obezite tanısı almış hastalara göre duygusal bozukluklar ve depresif bulguların daha çok görüldüğü saptanmıştır. Obezite probleminin kişinin iç dünyasında ruhsal çatışmalarıyla bağlantılı olduğunun üzerinde durulmuştur. Aşırı yeme durumu depresyon ve anksiyete sonucu tepkisel oluşabilmektedir. Şişman bireylerin çok miktarda yeme davranışı gösterdiği ve bununla beraber psikolojik sorun ve semptomlarıyla başa çıkmaya çalıştıkları öne sürülmektedir (71).

2.1.5.7. Obezite ve Depresyon İlişkisi

Hem obezite hem de depresyon halk arasında yaygın görülürken, büyük halk sağlığı problemlerine de neden olmaktadır (72, 73). DSÖ sonuçlarına göre depresyon, engelliliğin önde gelen nedenleri arasındadır. Depresyon dünya çapında yaygın bir hastalıktır ve 300 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Depresyon, sıradan duygu durum değişikliklerinden ve

günlük yaşamdaki zorluklara karşı verilen kısa süreli duygusal tepkilerden farklıdır. Özellikle uzun süreli ve orta şiddetli veya şiddetli olduğunda depresyon ciddi bir sağlık durumuna dönüşebilir (74).

Depresyon, üzüntü, ilgi veya zevk kaybı, düşük öz-değer, uyku bozukluğu, yorgunluk ve konsantrasyon düşüklüğü ile karakterizedir. Depresyonu olan bireylerde belirgin bir fiziksel problem görülmesi de fiziksel sıkıntılardan şikayet etmektedirler. Depresyon uzun süreli ve tekrarlayıcı olabilmektedir (75).

Obezite ve depresyon arasında potansiyel bir ilişki olduğu varsayılmış ve tekrar tekrar incelenmiştir. Yetişkinler arasında 17 toplum temelli kesitsel çalışmanın yeni bir meta-analizi depresyon ile obezite arasında genel bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada BKİ ve bel çevresi ölçümleri göz önünde bulundurulmuştur. De Wit ve arkadaşları BKİ ≥ 30 olan kişilerde veya erkekler için ≥ 102 cm ve kadınlar için ≥ 88 bel çevresine sahip bireylerde depresyonun obez olma riskinin %18 artması ile ilişkili olduğunu doğrulayarak, 1.18 genel bir olasılık oranı (OR) bulmuşlardır (76).

Obez ve fazla kilolu olmak kişilerde psikolojik stres bozukluğunu artırır (77, 78). Zayıflık bir güzellik ideali gibi düşünülürken kısmen sosyal kabullenilme ve sosyokültürel faktör algısı oluşturmaktadır. Obezite bunlar çerçevesinde beden imajında memnuniyetsizliğe, benlik saygısının azalmasına ve depresyon için risk faktörlerinin artmasına yol açar (79).

Obezite, kişilerde depresyon riskini artırırken, depresyon da kilo artışına neden olmaktadır ve bu durum çoğunlukla nöroendokrin bozuklukla ilişkilendirilmektedir. Kortizol hormonu, insülin varlığında özellikle karın içi visseral yağ içinde bulunan yağ depolarına, glukokortikoid aracılı bir işlemle lipid parçalayıcı enzimleri inhibe eder (80). Dolayısıyla depresyonla artan kortizol hormonu yağ yakımının önlenmesine neden olmaktadır. Başka önemli mekanizma sağlıksız hayat tarzının benimsenmesi, yetersiz fiziksel egzersiz ve sağlıksız beslenme biçimi muhtemel olarak obeziteye yol açmaktadır. Son olarak, antidepressanların kullanımı hakkında yapılmış toplum temelli çalışmaların da dahil olduğu birçok çalışmada antidepressanların muhtemel kilo alımını tetiklediği bilinmektedir (76).

Literatürde, obezite ile depresyon arasındaki ilişki ile ilgili meta-analizler ve prospektif veriler dahil olmak üzere farklı çalışmalardan gelen çelişkili kanıtlarla ilgili birçok tartışma vardır. Bu çalışmalar şunları söyleyenleri içerir: (i) obezite depresyona neden olur; (ii) depresyon obeziteye neden olur; veya (iii) ikisi arasında karşılıklı bir bağlantı var. (76, 81, 82)

Genetik bir yaklaşım olan Mendelian randomizasyon (MR), yüksek BKİ ve depresyon arasındaki nedensel ilişkiyi anlamak için kullanılabilir. Birleşik Krallık Biyo Bank verilerinin kullanıldığı önemli bir çalışmada 2006-2010 arasında 37-73 yaş arası 500.000 kişinin genetik, demografik, BKİ bilgilerini depolanmaktadır. Bu çalışmada 41.397 depresyon vakası tespit edilmiştir ve BKİ ile depresyon arasındaki ilişki irdelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre BKİ arttıkça depresyon oranları artmaktadır. Bu ilişki kadınlarda, erkeklerden daha güçlüdür. Genetik kökenli obez bireyler incelendiğinde daha yüksek depresyon oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Depresyondaki nöronal yolların rolüne dair kanıt, nöronal olmayan yollardan daha güçlüdür (83).

2.1.5.8. Obezite ile Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu İlişkisi

1993 ve 2013 yılları arasında yayınlanmış 11 epidemiyolojik çalışmada, aşırı gündüz uyku hali olan Obstrüktif Uyku Apnesi (OUA), erkeklerin %6' sında (%3-18) ve kadınların %4'ünde (%1-17) meydana gelmiştir. Prevalansı zamanla artmış olan OUA, 2008 ve 2013'teki çalışmalarda erkeklerin %37'sinde ve kadınların %50'sinde bildirilmiştir. OUA erkeklerde kadınlardan daha yaygındır, yaş ve obezite ile artar (84).

Obstrüktif uyku apnesi (OUA), tekrarlayan apne ve hipopne ile birlikte uyku sırasında tekrarlayan solunum yolu tıkanıklıkları ve tekrarlayan epizodlarla karakterizedir (85). Obezite, horlama ve uyku apnesi için önemli bir risk faktörüdür ve obstrüktif uyku apnesi olan hastaların çoğunluğu aşırı kiloludur (86). Kalorik kısıtlama veya bariatrik cerrahi, uyku apnesinin şiddetini azaltır. Obezite uyku bozukluğu prevalansını 10 kat artırır. İnsidanstaki bu artış kilo alımı ile doğru orantılıdır. Franklin ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir randomize kontrollü çalışmada çok düşük kalorili diyet kullanılarak uyku apnesi sendromu semptomlarında azalma bildirilmiştir. Yakın zamanda yapılan bir başka çalışmada, sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) ile karşılaştırıldığında, diyet ve CPAP kombinasyonu ile hastaların tek başına CPAP'den daha iyi oldukları bildirilmiştir Erkeklerin başlangıç ağırlık, bel çevresi, yaş veya etnik kökene bakılmaksızın, belirli bir kilo alımında uyku apnesi indekslerinin artmasının daha olası olduğu belirtilmiştir (84).

2.1.5.9 Obezite ile Uyku Kalitesi İlişkisi

Uyku, sağlığın korunması açısından önemli bir etkiye sahiptir. Uyku bozukluğu sağlıklı insanlarda insülin direncine yol açmaktadır. Kısa uyku süresi artmış kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet ve obezite riski ile ilişkilidir. Son yıllarda yapılmış meta-analizler kötü

uyku kalitesinin hem çocuklardaki hem de yetişkinlerdeki obezite ile ilişkisini vurgulamaktadır (87).

Obezite epidemisi ile uyku süresinin kısalması paralel bir seyir göstermektedir (88). Epidemiyolojik çalışmalar ile laboratuvar sonuçlarından elde edilen bulgular, obezitenin gelişimine neden olan risk faktörleri olarak uyku süresinin kısa olması ve kötü uyku kalitesini işaret etmektedir (89).

Obezite uyku kalitesini olumsuz etkilediği gibi kötü uyku kalitesi de obezite riskini arttırmaktadır. Yetişkinlerde ve çocuklarda uyku ve obezite arasındaki ilişkiyi incelemek adına farklı coğrafik bölgelerde yapılan yaklaşık 50 epidemiyolojik çalışma analiz edilmiştir. Çalışmaların sonucunda genel olarak kısa uyku (genellikle gece başına 6 saat) ve artan obezite riski arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (90, 91).

Kanıtlar, toplam uyku süresinin, normal uyku süresi aralığının altında olduğunu bildiren bireylerin hafif şişman ve şişman olma olasılığının güçlü olduğunu bildirmektedir. Yapılan bir çalışmada fazla kilolu ve obez kadınlarda kilo verme ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Kilo kaybı girişiminde yer alan aşırı kilolu veya obez kadınlardan oluşan geniş bir örneklemede uyku ve kilo kaybı arasındaki ilişkiyi bildiren bu çalışmada yüksek uyku kalite puanı ve daha uzun uyku süresi ile başarılı kilo kaybı arasındaki ilişki pozitif koleredir. Daha kısa uyku süresi ile aşırı kilo ve obezite riski arasındaki ilişki de desteklenmektedir (79, 92).

Uyku süresinin azalmasının atıştırmalık tüketimini arttırdığı, atıştırmalık tüketimin artması ile fazla karbonhidrat alımının ve bununla beraber toplam enerji alımının artması, bunun sonucu olarak da bu faktörlerin kilo kaybını azalttığı hipotezi desteklenmektedir. Çin'de yetişkin bireyler arasında yapılan çapraz kesitsel çalışmada da uyku süresi ile daha fazla enerji tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ancak bu popülasyondaki fazla enerji tüketimi yağ alımının yüksekliği ile bağlantılıdır (93).

Kötü uyku kalitesi; açlık ve tokluğu düzenleyen hormonlar olan azalmış leptin ve artmış ghrelin konsantrasyonları ile belirginlik gösteren nöroendokrin iştah kontrolü ile ilişkilidir (91). Gönüllü sayısının 1.000'in üzerinde olduğu Wisconsin Uyku Kohort Çalışması'nda Taheri ve arkadaşları uyku süresi kısa olan bireylerle (gece başına 8 saat ve altı) normal uyku süresine sahip bireylere göre leptin seviyelerinin %15.5 daha düşük, ghrelin seviyelerinin %14.9 daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kronik olarak kısalmış uyku

süresinin, iştahı artırabildiği bu da bireylerin BKİ değerlerinde artışa yol açabildiği gösterilmiştir (5).

Dallman ve arkadaşları, kötü uyku kalitesi ile kortizol gibi glukokortikoidlerin kronik yükselmesinin, kişinin yüksek yağ ve yüksek şeker içeren gıdaları tüketme isteğini ve aynı zamanda karın bölgesinde yağ depolanma eğilimlerini artırmada rol oynayabileceğini öne sürmüşlerdir (94).

2.2. YEME DAVRANIŞI

Beslenme, yaşamsal fonksiyonların gerçekleştirilmesi, büyüme, gelişme kısacası yaşam sürecinin devamı için en önemli ihtiyaçlardan biridir. Bireyler beslenme ihtiyacını karşılarken farklı yeme davranışı gösterirler. Bütün diğer tutumlar gibi yemek yeme de ihtiyacı da bir tutum(davranış) şeklindedir. Öğrenilerek geliştirilebilen ve fizyolojik boyutu olan yeme tutumu sosyal, kognitif, motor ve duygusal etkilerle şekillenen kompleks bir süreçtir. Yeme davranışı sosyal, duygusal, fizyolojik aynı zamanda çevresel faktörlerden etkilenerek gelişmesi nedeniyle oldukça karmaşık bir davranıştır. Bununla birlikte yeme tutum ve davranışı üzerinde iştah, beden algısı, sosyo-kültürel faktörler, medya, geçmiş deneyimler, kültürel ve dini inanışlar gibi birçok farklı etkenin de söz konusu olduğu bilinmektedir (95, 96).

İnsanların yeme davranışı bebeklikten okul çağına hızlı bir şekilde gelişir. Normal gelişim süreci, çocukluk döneminde yeterli ve aşırı kilo alımına neden olmamalı, yaşam boyunca sağlıklı beslenme davranışlarına yol açmalıdır. Fizyolojik sinyaller beslenmeyi indükleyebilir veya bastırabilir. Yeme regülasyonunun nörofizyolojisi, hipotalamus, beyin sapı, gastrointestinal sistem, pankreas ve adipoz doku arasında nöroendokrin geribildirim döngüleri ile açıklanabilir. Yeme tutumunun işleyişi hormonlar gibi nöropsikolojik faktörler , nörotransmitter komponentler ve bunların beraber oluşturduğu birçok metabolik yolak ve hazzı tüketim sistemleriyle oluşmaktadır (97). Enerji açığı oluştuğunda iştah uyarımı için ghrelin, nöropeptid Y ve orexin mideden salınır (98).

Yemekten sonra, pankreatik insülin, intestinal peptid YY ve adipositlerden leptin, iştah uyarıcı peptitlerin ve oreksinin salınımı azaltılarak iştah uyarılması inhibe edilir (99, 100). Enerji fazlası karşısında, kolesistokinin ve leptin salınımı ile iştah oluşumu engellenir (101).

Leptin, seviyeler düşük olduğunda yeme arzusunu artırır ve seviyeler yüksek olduğunda açlığı azaltır (99). Adipositler ayrıca, obezite durumunda açlık ve azalan seviyelere yanıt olarak adiponektin düzeylerini artırmaktadır (102).

Fazla kilolu olma ve obezite, kronik pozitif enerji dengesinin bozulmasının bir sonucudur. Bu enerji dengesizliğine yol açan nedenler, genetik, metabolik, nöroendokrin, sosyo-kültürel, çevresel, psikolojik ve davranışsal nedenlerdir. Bu faktörler arasında, besin alımı ve yeme davranışı, enerji homeostazında önemli bir rol oynamaktadır (103). Son çalışmalar, enerji dengesinin işleyişindeki bireysel farklılıkların varlığını doğrulamaktadır ve gen-çevre etkileşimlerinin beden ağırlığı homeostazisini etkileyebileceğini düşündürmektedir (104).

Yeme davranışı, bazı durumlarda acıkma hali olmadan da psikolojik bir terki olarak oluşmaktadır. Fizyolojik olarak acıkma hali yaşanmazken de duygusal nedenler, kendi kendini motive etme veya sosyal etkinlik olarak da yapılabilir. İnsan beyninin kortiko-limbik sinir ağı yoluyla düzenlenen bireyin tadı güzel besinlere dayanılmaz seviyede arzu duymasına ve bu besinleri yemekten yüksek düzeyde zevk alması neden olan davranış hazsal yeme davranışı olarak betimlenir (105).

Yeme davranışı her ne kadar yaşamsal bir süreç olsa da aşırı yeme davranışı gösteren bireylerde obeziteye neden olduğu görülmüştür. Besin alımının davranışsal ve psikolojik altyapısında aşırı yeme etiolojisiyle ilgili üç ana psikolojik teori vardır: psikosomatik teori, dışsallık teorisi ve kısıtlama teorisi. Her bir yeme davranışı bir teoriyi yansıtmaktadır. (106). 1986 yılında Van Strien (107) tarafından birbirinden ayrı üç yeme teorisi üretilmiştir. Psikosomatik teori, dışsallık teorisi ve kısıtlayıcı beslenme teorilerinden oluşan psikolojik teoriler dikkate alınarak, bazı bireylerin hangi sebeple diğer bireylerden daha fazla yediğini aydınlatmak için ileri sürülmüş bu teoriler yeme davranışlarının çeşitlerini ayrıntılı biçimde izah etmektedir. (108).

Üç ana yeme davranışının kilo alımı ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir: Duygusal, Kısıtlayıcı, Dışsal Yeme Davranışı. Bu tür yeme davranışı besin tüketiminin doğasıyla bağlantılı olup her birinin kendine özel etiolojisi vardır (109).

2.2.1. Duygusal Yeme

Bireylerin duygu kökenli etkenlere bağılı olarak yeme alışkanlıklarının şekillenebilmesi birçok kaynak tarafından bilinen bir durumdur (110). Yeme aktivitesi toplumsal ve duygusal gereksinimleri karşılayan bir tarafı da yansıtır Bunun yanında yeme aktivitesi birtakım kişilerin değer verdikleri insanlarla daha sıcak, bağılılık duygusu ve biraradalık hissinin güçlü olduğu bağılantılar kurulmasına yol açan bir özelliğı de bünyesinde bulundurur (111). Duygusal yeme davranışı gösteren kişilerin endişe, depresif hisler, yüksek stres ve tek başınalık hissi yaşamaları durumunda yiyecek alımını arttırabilecekleri gözlemlenmiştir (107). Bu yeme alışkanlığını gösteren bireyler için yeme davranışı, negatif hisleri bastırmanın ve onların üstesinden gelmenin bir yöntemi haline gelebilmektedir (112).

Bugünkü yaşamımızda çok sayıda bireyin yeme aktivitesini gösterirken iyi hissettikleri şeklinde belirtmelerine şahit olunmaktadır. Bu durum sonucunda, çalışmacıların yeme davranışının pozitif etkiye sebebiyet verdiğini düşünen bireylerin yeme ile uyarılan ödül sisteminde normal dışı bir durum olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bu kişiler herhangi bir negatif duygu ile karşılaştıklarında çoğunlukla aşırı yeme davranışı sergilemektedir. Bu durum bir duygusal yeme davranışıdır ve yeme bozukluğuna neden olabilmektedir (113). Diğer yandan fazla kilolu olan ve zayıflamak isteyen kişilerin endişe ve depresif bulgular gibi negatif duyguların mevcudiyetinde yeme tutumu üstünde denetimi kaybedip yemek yemeyi duygu düzenleyici olarak algıladıkları ve bu tarz bireylerde depresyon görülme sıklığının da daha güçlü olduğu ortaya çıkmıştır (114).

Bireylerin tükettiğı besin miktarı, hangi yiyecekleri tercih ettikleri ve hangi sıklıkla besin tükettikleri ile duygusal durumları arasında, fizyolojik gereksinimler dışında bir bağılantı olduğu bilinmektedir. Kişilerde yeme tutumunun olağan dışı endişeli durumlar, coşku, mutsuzluk ve sinirlilik hali gibi başka hislere göre değıştiğı genel olarak bilinmektedir. Oldukça çok araştırmada belirtilmiştir ki duygularla ilişkili yeme tutumu olarak adlandırılan “duygusal yeme” hali vücut ağırlığı ile bağılantılıdır(115).

Psikosomatik teoriye göre, duygusal yeme davranışı, erken yaşlardaki sıkıntılı hayat öykülerinin de etkisiyle aç hissetme hali ve doyunluk durumlarının karışması ve belirsizliği sonucunda ruhsal gerilime cevap olarak verilen hatalı yeme tutumu şeklindedir. Ruhsal gerilim esnasında vücutta fizyolojik tepkimeler oluşur ve insan vücudu negatif duygular karşısında bazı tepkiler gösterir. Bu tepkiler beslenme sonrası oluşan tokluk hissine benzemektedir. Mide

hareketleri azalır, glikozun dolaşıma geçmesi sağlanır ve açlık hali baskılanır. Devamında yeme isteğinin ve gıda alımının azalması meydana gelir ve bu olağan bir prosestir. Bu durumun aksine bir takım kişiler negatif hislere maruz kaldığında gıda tüketiminin daha az olması beklenilirken, aksine besin miktarında çoğalma görülmektedir. Psikosomatik teori bu duruma istinaden bu tarz bireylerin yeme isteği gibi içten gelen uyarılara ya da aç olma hali veya doygunluk durumlarına yanıt gibi değil de duygusal durumlarının sonucu olarak yeme aktivitesini gösterdiğini ifade etmektedir (116).

Negatif hisler, mideden katekolamin gibi tokluk duygusu uyandıracak çeşitli hormonların salgılanmasıyla iştahın önlenmesini sağlayarak tokluk yanıtına benzer bedensel bir durum yaratır. Ancak negatif duygular karşısında aşırı yeme eğiliminin yaşanması da önemli bir biyolojik noktadır. Duygusal yemenin çeşitli popülasyonlarca görülmesi, yeme ve duygular arasındaki bağı da inandırıcı kanıtlarla desteklenmiş bir durum olduğu açıktır. Obez bireylerde duygusal yeme sıkça görülür. Ancak sağlıklı bireylerde de duygusal yemeye rastlandığı görülmüştür (117).

Duygusal yeme davranışının olumsuz duygulara yanıt olarak yeme davranışı üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar da birbirinden farklı bulgular bildirmiştir. Oliver, Wardle ve Gibson (2000) ve daha yakın zamanlarda, O'Connor, Jones, Conner, McMillan ve Ferguson (2008), strese bağlı duygusal yeme gösterenlerin yüksek kalori alımına sahip olduğunu bulmuştur (11, 118). Kendini duygusal yiyici olarak tanımlayan bireylerin daha çok atıştırmalık tükettiklerini bildirmişlerdir (119).

Duygusal durumlara bağlı olarak aşırı yemeye eğilimin ardındaki psikolojik mekanizmayı açıklamak adına çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Teorilerden biri olumsuz duyguların farkındalığından kaçmaya çalışmanın yarattığı bir aşırı yeme durumudur (120). Başka sık kullanılan bir mekanizma aşırı yemenin kişide oluşturduğu pozitif duygu deneyiminin arttırmasıdır (121). Besinin tadı, kokusundan kaynaklı yeme davranışı bireylerde haz duygusunu arttırır. Bir üçüncü model, maskeleyen teorisi olarak bilinir, aşırı yemenin yanlış algılanmasını varsayar, yemek yemeyi stres olarak algılayan bireylerde yeme eğilimi asıl stres kaynağından başka bir stres kaynağına yönelme olarak algılanır (122).

Duygusal yemenin özellikle tatlı ve yüksek yağlı gıdaların tüketimini arttırdığı öne sürülmüştür (123). Bazı deneysel çalışmalar, duygusal yeme davranışı gösterenlerin, duygusal olmayan yeme davranışı gösterenlere kıyasla olumsuz duygulara cevap olarak daha fazla

enerji tüketen yiyecekler tükettiğini göstermiştir (11). Ancak, sadece birkaç çalışma duygusal yeme ve alışılmış gıda tüketimi arasındaki ilişkileri inceleyip, çelişkili sonuçlar bulmuşlardır. Lluch ve arkadaşları(ark.) ile Anschutz ve ark. çalışmalarında duygusal yeme ile total kalori alımı ve besin bileşimlerinin alımı arasında bağlantı olmadığı sonucuna varırlarken (14, 124), Lauzon ve ark. yüksek enerjili tatlı atıştırmalık tüketimi ile duygusal yeme arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu saptamışlardır (14, 125).

Yapılan önemli bir popülasyon bazlı çalışmada duygusal yemenin depresif semptomlar varlığında sağlıklı besin seçimini arttırdığı bulunmuştur. Depresif semptomların sebze-meyve tüketimini azalttığı gözlenmiştir. Depresif semptomların varlığında duygusal yeme ile beraber tatlı tüketiminin arttığı da bir diğer dikkat çeken önemli noktadır. Aynı zamanda tatlı olmayan ama yüksek kalorili olan gıda tüketiminin depresif semptomların ile artması duygusal yemenin bir başka sonucudur (126).

2.2.2. Kısıtlayıcı Yeme

Lowe ve ark. tarafından geliştirilen kısıtlama teorisi; besinlere karşı aşırı yeme isteği ve bu isteğe karşı gösterilen kendini bilişsel anlamda kısıtlama gayreti olarak açıklanmaktadır. Bu yeme davranışını gösterenlerde “devamlı aşırı yemekten yakınma” ve “obez olmaktan kaçınma” görülmektedir. Bu yüzden kısıtlayıcı yeme davranışı göstermektedirler. Bu çerçevede kısıtlama hali bireyin yemek yerken gereksinimi kadar olan gıdayı tüketmeyi kasteden bir kısıtlamanın dışında, arzu ettiği miktardan da daha az bir besin tüketim çabası göstererek yarattığı kısıtlama halidir. İdeal vücut ağırlığındaki kişilerin kısıtlayarak yemelerinin ağırlık kaybetme amaçlı olmaktan ziyade vücut ağırlıklarını koruma amaçlı olduğu düşünülmektedir (127).

Kısıtlayıcı yeme davranışının uzun süre devam etmesi belli bir süreden sonra, kısıtlamanın yerini aşırı yeme ataklarının almasına neden olabilir (128). Bu durum daha çok beden ağırlığını korumak isteyen ya da kilo almamak amacıyla günlük aldıkları besin tüketimini ve enerjiyi kısıtlayan bireylerde rastlanan bir beslenme davranış şeklidir. Kısıtlayıcı yeme davranışında bulunan bireylerin yeme konusundaki kontrolleri bazı durumlarda (anksiyete, depresyon vb.) geçici olarak devre dışı kalabilmektedir. Kısıtlayıcı yeme davranışında bulunan bireyler olmayanlara göre stres anında aşırı yemeye daha fazla eğilimli olabilmektedirler (129).

Bireylerin kilo kaybetme amaçlı diyet programı uygulama davranışı bazı durumlarda tam tersi bir etki yaparak aşırı yemeye yol açarak kilo alımına neden olabilmektedir. Bireyler eğer kendilerinin aşırı yeme eğiliminde olduklarını düşünüyorlarsa buna engel olmak için uyguladıkları kısıtlayıcı yeme davranışını yine bireylerin aşırı yeme algısı bozmaktadır (20).

Kısıtlayıcı yeme davranışına örnek vermek gerekirse, diyet yapmak örnek gösterilebilmektedir. Aşırı kilolu ve obezite prevalansı giderek artarken (130) diyet yapmak popüler bir kilo kaybetme stratejisi olarak görülmektedir (131). Ancak son derece lezzetli ve yüksek kalori içeren gıdaların görülebildiği ve kolayca bulunabileceği ve “zehirli ortam” olarak adlandırılan bu çevrede, diyet yapanların kilo yönetiminde zorluklara, diyet yapanların bu ortamı ilgi çekici algılamayıp güçlü bir şekilde etkilenmelerine ve obezitenin yüksek prevalansına katkıda bulunduğu öne sürülmüştür (132).

Kısıtlama teorisine göre kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenlerin yeme düzenlerini açlık sinyallerinden ziyade kendi diyet kurallarına göre düzenlemeye çalışmaktadırlar. Çünkü yiyeceklere fazla duyarlı oldukları için iç sinyalleri geçersiz kılmaya çabalamaktadırlar. Kısıtlı yeme davranışı gösterenlerde, yiyeceklerin kokusuna, görünüşüne duyarlılık kısıtlayıcı yeme davranışında bulunmayanlara göre daha yüksektir. Sonuç olarak çalışmalar bize, bu ipuçlarıyla karşılaşan kısıtlayıcı yeme davranışında bulunanlarda kolayca aşırı yeme davranışı gözlemlendiğini göstermektedir (133).

Son zamanlarda, bu bulguların altında ortak bir mekanizma olabileceği öne sürülmüştür; yani, lezzetli yiyecek duyularının algılanmasının, kısıtlayıcı yeme gösterenlerde diyet yapma amacının engellenmesine yol açtığı ve bu sürecin sonraki davranışları etkileyebileceği öne sürülmüştür. Bu fikir Stroebe ve ark. tarafından yemeğin hedef çatışması teorisinde açıklanmıştır. Bu teori, kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenlerin yiyecek ve yeme ile ilgili birbirinden uyumsuz iki hedefe birden sahip olduklarını göstermektedir. Bunlar, iyi yiyecek tüketme hedefi ve diyet yaparak kilo kontrolünü sağlama hedefidir (134). Bu teoriden elde edilen araştırma testi hipotezleri, kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenlerin, lezzetli yiyecek duyularını(koku, görünüm vs.) algıladıklarında gıdaya yönelik bir hedonik yönelimi kendiliğinden aktive ettiklerini doğrulamaktadır. Bir çalışmada, kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenler ve göstermeyenlere lezzetli yiyecek ve nötr yiyecek davranışı tanımları okumaları istenmiş ve zihinsel süreçleri izlenmiştir. İzlem sonucunda kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenlerde besine karşı hedonik düşüncelerin aktive edildiği ancak bunun lezzetli yiyecek davranış tanımlarını okuduktan sonra olduğu gözlemlenmektedir (135).

Kısıtlama ile BKİ arasındaki ilişki çeşitli kesitsel çalışmalarda incelenmiş ve kısıtlama ve BKİ arasında negatif, pozitif ve nötr ilişki sonuçları bildirilmiştir. Bununla birlikte, diyet kısıtlaması ve vücut ağırlığı arasındaki ilişkilerin obez ve normal kilolu popülasyonları arasında değiştiği tutarlı bir sonuçla gösterilmektedir. Normal ağırlık gruplarında, ilişki genellikle pozitifken, obez popülasyonlar içinde ise ağırlık ile kısıtlama ters ilişki göstermektedir (136).

2.2.3. Dışsal Yeme

Yeme davranışlarından dışsallık teorisi, psikosomatik teori gibi dışsal yeme davranışlarında bulunanların içsel, fizyolojik açlık ve tokluk sinyallerine nispeten duyarsız olduklarını varsayar. Ancak psikosomatik teorinin kişisel ve duygusal faktörlerinin aksine dışsallık teorisi yeme tutumunda dış ortama yani yiyecek özelliklerine fokuslanır. Dışsal yeme davranışında bulunanlarda, yakın çevredeki yiyecek işaretlerine yüksek cevap vermeleri ve dolayısıyla aşırı yeme gözlemlenir. Duygusal yeme ile dışsal yeme arasındaki diğer önemli bir fark da dışsal yemenin evrimsel olarak uyumlu bir cevap olarak kabul edilebilmesidir. Dışsal yeme bir anlamda evrimin, yiyecek kıtlığı karşısında insanların fizyolojik ve davranışsal seçici baskılar yoluyla hayatta kalmasını sağlamak için genetik bir adaptasyonu desteklediğini öne sürmektedir. Bu adaptasyonlar enerji korumayı desteklemek ve yağ dağılımını düzenlenmesini de içerir (137).

Dışsal yeme davranışı, besinle ilgili işaretlere maruz kaldığında -besinin kokusu, görünüşü, tadı gibi- fizyolojik açlık olmasa bile yeme durumu olarak adlandırılır. Günümüzde dışsal yeme davranışı sadece obezlere özgü bir davranış özelliği değildir, normal kilolu bireylerde de görülebilir. Ancak mevcut obezjenik ortamda çekici yiyeceklerin kolay ulaşılabilirliği, her zaman bulunabilmesi, erişilebilirliğinin yüksek olması hem obez olmak hem de dışsal yeme davranışı göstermek için bir savunmasızlık faktörü olabilir (138).

Dışsal yeme davranışı, yüksek vücut ağırlıkları, sağlıksız beslenme, yeme bozukluğu ve obezitenin artmış riski nedeniyle yüksek derecede sorunlu bir yeme davranışı olarak kabul edilir. Dışsal yeme davranışında bulunanların sınıflandırılmasının tedavi seçimine rehberlik etmesi gerektiği hatta dışsal yeme ölçeğinde yüksek puan alan aşırı kilolu kişilerin davranış terapisine ihtiyaç duydukları ileri sürülmüştür. Bu nedenle kimlerin bu konuda sınıflandırılabileceğini bilmek son derece önemlidir. Hollanda Yeme Davranışı Anketi

(DEBQ) bu tarz yeme davranışını ayırt etmek adına bir Dışsal Yeme alt ölçeği içermektedir (139).

Dışsal yeme davranışı açlığın vücudun iç yapısına karşı savunmasız bir davranış şekli olarak görülmektedir. Bir bakıma aç durumundaki bireyler tokluk durumundaki bireylere göre yiyeceklerin görünüşleri gibi yiyecek işaretlerinden daha çok etkilenir. Araştırmalar, besin uyarılarının açlık halindeki katılımcılarda tokluk haldeki katılımcılara göre daha erken fark edilip daha uzun süre uyarı etkilerinin sürdüğü gözlemlenmiştir. Böylece açlığın seçici olarak besin işaretlerine karşı dikkat çekmesine sebep olduğu gösterilmiştir (140).

Yapılan birçok çalışma lezzetli besinlerin kısıtlanmasının, bu tarz yiyeceklerin daha fazla tüketilmesine ve sonrasında öz-değerlendirmelerin daha olumsuz sonuçlanmasına neden olmaktadır. Adölesanlar üzerinde lezzetli yiyeceklerin ebeveynleri tarafından kısıtlanması, daha fazla yemek yeme isteği ve bu yiyeceklerin açlık olmadan bile aktif sınırsız tüketimi ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle araştırmacılar, lezzetli yiyeceklerin sınırlandırılmasının, çocukları dışsal yeme dürtülerini daha duyarlı hale getirebileceğini ve besin tüketiminin öz-denetimini engelleyebileceğini öne sürmüşlerdir (141).

Dışsal yeme davranışı, yapılan birçok çalışmada aşırı kilolu olmakla negatif ilişkilendirilmiştir. Ancak Wardle ve ark. ile Lluch ve ark. adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmalarında dışsal yeme davranışı ile obezite arasında negatif ilişki bulmasına rağmen dışsal yeme ile besin alımı arasında pozitif ilişki bulmuşlardır (14, 142). Bunun nedeni ebeveyn etkisidir. Örneğin akşam yemeğinde ebeveynin olması ergenlerin sağlıklı gıda tüketimini arttırdığı saptanmıştır (143). Fazla kilolu çocukların ebeveynlerinin sağlıksız besin tüketimine ve işaretlerine daha az izin verdikleri ve bu konuda daha dikkatli davrandıkları gözlemlenmiştir. Ancak ebeveynlerin yiyecek kısıtlamalarının ters etkileri de olabilmektedir (128).

Lluch ve arkadaşlarının yaptığı Stanislas Ailesi çalışması kısıtlayıcı yeme davranışının düşük enerji tüketimiyle ilişkili olduğunu, dışsal yeme davranışının daha yüksek enerji alımı ile ilişkili olduğunu (erkekler hariç) ve duygusal yeme ile enerji alımı arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. (14). Wardle ve ark. da ergenler üzerinde yaptığı çalışmada benzer bulgular bulmuştur (142). Sağlıklı kadın öğrencilerin üzerinde yapılan örnek bir çalışmada, kısıtlayıcı yemenin toplam kalori alımı, yağ ve karbonhidrat tüketimi ile negatif bağlantılı olduğu, dışsal yeme davranışının bu değişkenler ile olumlu bağlantılı olduğu, duygusal yeme

davranışının ise bu değişkenlerle ilgisi olmadığı bulunmuştur (124). Ek olarak, kısıtlayıcı yeme, sağlıklı yiyecek seçimlerinin tüketilmesiyle pozitif olarak ve sağlıksız yiyecek seçimleriyle negatif olarak ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, dışsal yeme davranışı, sağlıksız yiyecek seçenekleri ile pozitif olarak ilişkilendirilmiştir. Araştırmanın obez bir popülasyona yayılması, bu teorilerin obez ve normal bireylerdeki yeme davranışlarının açıklanmasında ve karşılaştırılmasında faydalı olacağını düşünüldüğü ve literatüre değerli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yeme davranışının daha iyi anlaşılmasının önemi, bulgular sonucunda daha da vurgulanmaktadır (145).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; yetişkin bireylerin yeme davranışları, depresyon durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi, beden kütle indeksi ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Medicana Çamlıca Tıp Merkezi ve Medicana Çamlıca Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Polikliniklerine Eylül 2018-Kasım 2018 zaman aralığında başvuran ve çalışmayı kabul eden yetişkin bireyler ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni Medicana Çamlıca Tıp Merkezi ve Medicana Çamlıca Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Polikliniklerine başvuran yetişkin bireylerdir. Araştırmanın örneklemini Eylül 2018-Kasım 2018 zaman aralığında Beslenme ve Diyetetik Polikliniğine başvuran ve çalışmayı kabul eden yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Polikliniğe obezite, beslenme düzensizliği, kronik hastalık gibi sebeplerle tıbbi beslenme tedavisi için başvurulmaktadır. Medicana Çamlıca Tıp Merkezi ve Medicana Çamlıca Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Poliklinikleri Ocak 2017-Aralık 2017 yılı aralığında 1 yıllık süreçte 778 hasta kabul etmiştir. Başvuran 778 kişinin 653'ü 18 yaş üstü yetişkin bireylerdir. Bu bireylerden aşağıda belirtilen formüle göre örneklem sayısı seçilmiştir.

$$n = \frac{Nt \cdot z^2 \cdot pq}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot z^2 \cdot pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (t:1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen +- sapma (d:0.05)

Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında, ilgili değerler formülde yerine konduğunda toplanması gereken minimum olgu sayısı 233 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örnekleme, n=232 kadın (yaş ort=30.38; ss=7.692) ve n=41 erkek (yaş ort=32.29; ss=8.945) olmak üzere toplamda 273 (yaş ort=30.67; ss=7.904) katılımcıdan oluşmaktadır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olup olmadığı, varsa çocuk sayısı, sigara alkol kullanma durumu gibi demografik değişkenlerdir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri: bireylerin Beck Depresyon Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Uyku Kalitesi İndeksinden alınan puanlardır.

Araştırmanın Problem Cümleleri

1. Bireylerin depresyon düzeyleri ile yeme davranışları (duygusal, kısıtlayıcı, dışsal) arasında anlamlı ilişki var mıdır?
2. Bireylerin yeme davranışları (duygusal, kısıtlayıcı, dışsal) ile uyku kaliteleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
3. Bireylerin depresyon düzeyleri ile uyku kaliteleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
4. Çalışma grubunun beden kütle indeksi kategorilerine göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?
5. Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin beden kütle indeksi kategorilerine göre yeme davranışları arasında anlamlı fark var mıdır?
6. Bireylerin beden kütle indeksi kategorilerine göre uyku kaliteleri arasında anlamlı fark var mıdır?

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Katılımcılar ilk olarak aydınlatılmış onam formunu onaylamışlardır (Ek 2). Bu formda çalışmaya katılımın gönüllülük esasında olduğu belirtilmiştir.

3.5.2. Anket Formu

Çalışmada uygulanan anket formu, sosyodemografik veriler, beden ölçüsü ve beden algısı ile ilgili bilgiler, antropometrik ölçümler, beslenme durumu ile ilgili bilgiler, Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Beck Depresyon Envanteri, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi bölümlerinden oluşmaktadır (Ek 3).

3.5.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi

Bu anket, 1986 yılında Van Strein ve arkadaşları tarafından düzenlenmiştir. 33 maddeden oluşan anket; duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz?) ve kısıtlanmış yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz?) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler, 5’li Likert skalası ile değerlendirmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık) (146).

Hollanda Yeme Davranışı Anketi’nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmaları 2009 yılında Nuray Bozan tarafından yapılmıştır. Yeme davranışlarını saptamak amacıyla son zamanlarda dünya genelinde sıkça kullanılan bir ankettir. Ancak ülkemizde yeme davranışlarının saptanması adına bu anketin kullanıldığı çalışma oldukça azdır. Anket; yeme davranışlarını, Duygusal Yeme, Kısıtlayıcı Yeme, Dışsal Yeme alt ölçekleriyle geniş kapsamlı incelemektedir. Ölçek maddelerinin seçimi için verilere Temel Bileşenler Faktör Analizi Varimaks dönüştürmesi uygulanmış ve faktör yükü 0.40 ve daha yüksek olan maddelere ölçekte yer verilmesine karar verilmiştir. Bütün bu süreç sonunda “Hollanda Yeme Davranışı Anketi” nin, orijinalinde olduğu gibi 3 alt ölçek ve 33 maddeden meydana geldiği saptanmıştır. Bu alt ölçekler “Duygusal Yeme”, “Kısıtlayıcı Yeme” ve “Dışsal Yeme”dir. Faktör yükleri 0.52 ila 0.90 arasında değişmektedir. Alt ölçekler için Cronbach alpha değerleri ise 0.90 (dışsal yeme) ile 0.97 (duygusal yeme) arasındadır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı ise 0.94 olarak bulunmuştur. Bu alt ölçeklerin madde-toplam ve madde-genel toplam korelasyon değerlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Tüm ölçeğin test-tekrar test sonucunda elde edilen güvenirlik kat sayısı ise 0.72’dir. Bulgular “Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Türkiye’de kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir (147).

3.5.4. Beck Depresyon Envanteri

Beck tarafından 1961 yılında hazırlanan envanterin Türkçe uyarlaması ise Nesrin Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur, yarıya bölme güvenilirliği ise 0.74 olarak kabul edilmiştir. Türkçe formunun birlikte geçerlilik yönteminde ise; BDE (Beck Depresyon Envanteri) ve MÇYKE (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) depresyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve 6 faktör bulunmuştur. Yalnızca 4 faktörün yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde; umutsuzluk, ikinci faktörde; kişinin kendine yönelik negatif duyguları, üçüncü faktörde; bedensel endişeler ve dördüncü faktörde; suçluluk duygulanımları yer almaktadır Beck Depresyon Envanteri; 4'lü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Toplamda 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Envanterin sonucunda ise 0-63 arası puan elde edilir. Envanterin kesme puanı ise 17'dir (148).

3.5.5. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi:

Bu ölçek, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş, yeterli iç tutarlılığa, test-tekrar test güvenilirliğine ve geçerliliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmış, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.804 olarak saptanmıştır (149).

Bireyin son bir aylık uyku kalitesini değerlendiren PUKİ, toplam 24 soru içermektedir. Bunların 19 tanesi öz bildirim sorusudur ve hastanın kendisi tarafından yanıtlanır. Beş soru hastanın eşi veya oda arkadaşı tarafından cevaplandırılır ve yalnızca klinik bilgi için kullanılır, puanlamaya katılmaz. Anketimizde 19 soruluk kısmı kullanılmıştır. Öz bildirim soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içermektedir. Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmaktadır. Bu bileşenler; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latansı (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz uyku işlev bozukluğu (bileşen 7) hakkında bilgi vermektedir (149, 150). Her bir soru 0'dan 3'e kadar bir sayı ile değerlendirilmektedir. Yedi bileşene ait skorların toplamı ise toplam PUKİ skorunu vermektedir. Toplam PUKİ skoru 0-21 arasında bir değer almaktadır. Toplam skoru 5 ve altında olanların uyku kalitesi "iyi"; 5'in üzerinde olanların ise uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilmektedir. PUKİ'nin iyi ve kötü uyuyanları ayırt edebilmede tanı duyarlılığı ve özgünlüğü (sırasıyla %89.6 ve %86.5) oldukça yüksek bulunmuştur. PUKİ skorunun 5'in

üzerinde olması o kişinin uykusu ile ilgili en az iki alanda ciddi sıkıntı çektiğini ya da üç alandan daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette sıkıntı çektiğini göstermektedir (150).

3.5.6. Sosyodemografik Veriler

Bu form araştırmacı tarafından benzer araştırmalardan yararlanılarak hazırlanmış olup, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sigara ve alkol kullanımı soruları yer almaktadır.

3.5.7. Beden Ölçüsü ve Beden Algısı ile İlgili Bilgiler

Bu form araştırmacı tarafından benzer araştırmalardan yararlanılarak hazırlanmış olup, vücut ağırlığı, boy ölçüsü, beden algısı, daha önce diyet yapılıp yapılmadığı, şu anda diyet yapılıp yapılmadığı, çocukluk çağı kilo problemi, sık kilo alıp verme problemi, düzenli egzersiz yapılıp yapılmadığı sorularını içermektedir.

3.5.8. Antropometrik Ölçümler

3.5.8.1. Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu

Bireylerin vücut ağırlığı Tanita MC-720MA marka biyoelektriksel empedans analiz cihazı ile ölçülmüştür. Ölçüm sırasında eller ve ayaklar çıplak ve kuru olarak cihazdaki elektrotlara denk gelecek şekilde yerleştirilmiştir. Ölçümde bireylerin üzerinde her hangi bir metal eşya bulunmamasına dikkat edilmiştir. Bireylerin boy uzunlukları, ayakkabılar çıkarılarak hastanenin Beslenme ve Diyet Polikliniği'ndeki Charder marka MS4900 model sabit boy ölçer ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçülürken kişinin dik durmasına ve göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada olmalarına dikkat edilmiştir.

3.5.8.2. Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Bireylerin vücut ağırlığı ölçümü ve boy uzunluğu belirlendikten sonra bu ölçümlerden yararlanarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplanmış ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. BKİ, kişinin vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünerek hesaplanmaktadır. BKİ birimi kg/m^2 'dir.

3.5.9. Beslenme Durumu ile İlgili Bilgiler

Bu form araştırmacı tarafından benzer araştırmalardan yararlanılarak hazırlanmış olup, günlük ana ve ara oēēun sayısı, oēēun atlama durumu, oēēun atlama nedenleri, atıştırma durumu, su tüketimi, kafein tüketimi ile ilgili soruları iēermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Bireylere, hazırlanan anket formu, yüz yüze görüşme tekniēi ile uygulanmıştır. Katılımcıların soruların tamamına yanıt vermeleri beklendiēinden araştırmada kullanılan formları doldurmayan, yarım bırakan kişiler ēalıřma dışında tutulmuştur. Araştırmada kullanılan formların doldurulma süresi ortalama 15-20 dakikadır.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmanın amaēları doērultusunda toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizler SPSS v.21 programında yrtlmştir. Analizlere geēilmeden önce araştırmada kullanılan lēeklerden alınan puanların normal daēılım gösterip gstermediēi Shapiro-Wilk Normallik Testi ile sınanmış ancak anlamlılık deēerleri $p < 0.05$ altında kaldıēından Hollanda Yeme Davranışı lēeēi Toplam Puanı dışında kalan lēek ve alt lēek puanlarının normal daēılım gstermediēi tespit edilmiştir. Bunun zerine katılımcıların lēeklerden aldıkları puanların ēarpıklık ve basıklık deēerleri incelenmiştir. Tabachnick ve Fidell ēarpıklık ve basıklık deēerleri -1.5 ve +1.5 aralıēında olduēunda puanların normal daēılım gsterdiēinin kabul edilebileceēini bildirmişlerdir. ēarpıklık ve Basıklık deēerleri bakımından PUKİ Uyku İlacı Kullanımı alt lēeēinden alınan puanların -1.5 ve +1.5 aralıēı dışında kaldıēı dolayısıyla bu alt lēeēin normal daēılım gstermediēi, diēer lēek ve alt lēeklerden alınan puanların ise -1.5 ve +1.5 aralıēında kaldıēı, dolayısıyla normal daēılım gösterdikleri kabul edilmiştir. Uyku ilacı kullanımı puanı dışında kalan tüm lēek ve alt lēeklerin analizlerinde parametrik analizler kullanılırken, uyku ilacı kullanımı puanları iēin nonparametrik analizler kullanılmıştır. Dolayısıyla gruplararası karşılaştırmalarda, iki grup karşılaştırmalarında baēımsız örneklem t testi ya da Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında da tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ya da Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Varyans Analizinde post hoc analiz iēin Tukey testi kullanılırken, Kruskal Wallis H testinde anlamlı ēıkan sonuēlar iēin ikili karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Korelasyon analizlerinde ise Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Güçlü Yanları / Kısıtlılıkları

Bu çalışma, nicel bir araştırma olması, araştırmada toplanan verilerin normal dağılım gösteriyor olması, normal dağılıma uygun istatistik analizlerin kullanılabilmiş olması, araştırma sonuçlarının bu sebeple evrene genellenebilir olması, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerinin yüksek olması ve ulaşılabilen katılımcı sayısının yüksek olması bakımından güçlü bir çalışmadır.

Ancak çalışmada cinsiyet dağılımı gibi bağımsız değişken kategorisinde eşit sayıda katılımcı olmaması nedeniyle nonparametrik analizlerin tercih edilmiş olması, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen puanlar normal dağılım gösterse de gruplararası karşılaştırma yapılan ve parametrik olmayan analizlerle yürütülen bulgular olması araştırmanın kısıtlılıklarındandır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir.

Tablo 3’de kilo kontrol problemi bulunan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeler

Sosyodemografik Özellikler	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	232	85	41	15		100	
Eğitim Durumu	İlkokul	5	2,2	1	2,4	6	2,2
	Ortaokul	4	1,7	0	0,0	4	1,5
	Lise	33	14,2	8	19,5	41	15,0
	Üniversite	161	69,4	24	58,5	185	67,8
	Lisansüstü	29	12,5	8	19,5	37	13,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	133	57,3	33	80,5	166	60,8
	Çalışmıyor	99	42,7	8	19,5	107	39,2
Medeni Durum	Bekar	84	36,2	16	39,0	100	36,6
	Evli	142	61,2	23	56,1	165	60,4
	Boşanmış	6	2,6	2	4,9	8	2,9
Çocuk	Yok	125	53,9	20	48,8	145	53,1
	Var	107	46,1	21	51,2	128	46,9
	1 çocuk	63	58,9	14	66,7	77	60,2
	2 çocuk	36	33,6	6	28,6	42	32,8
	3 çocuk	8	7,5	1	4,8	9	7,0
Toplam	232	100,0	41	100,0	273	100,0	
Yaş ort.	30,38		32,29		30,67		
SS	7,692		8,945		7,904		
Min-Maks	18-56		18-59		18-59		

Araştırmaya 232 kadın, 41 erkek birey katılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %2,2’si ilkököl, %1,5’i ortaoköl, %15’i lise, %67,8’i üniversite ve %13,6’sı lisansüstü mezundur. Bireylerin %60,8’i bir işte çalışmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %36,6’sı bekar, %60,4’ü evli, %2,9’u boşanmış olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmaya katılanların %46,9’u çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olan bireylerin %60,2’si bir çocuk, %32,8’i iki çocuk ve %7’si üç çocuk sahibidir.

Tablo 4’te çalışmaya katılan bireylerin bedensel özelliklerine ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve minimum-maksimum değerler verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Bedensel Özelliklerine İlişkin Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Minimum-Maksimum Değerler

	Cinsiyet	n	Ort.	SS	Min.-Maks.
Ağırlık (kg)	Kadın	231	72,82	14,974	40-150
	Erkek	41	93,34	18,994	57-135
	Toplam	272	75,91	17,253	40-150
Boy (cm)	Kadın	232	163,64	5,830	148-180
	Erkek	41	177,46	9,171	150-196
	Toplam	273	165,72	8,106	148-196
BKİ	Kadın	231	27,19	5,338	16,65-51,90
	Erkek	41	29,55	5,244	22,77-44,08
	Toplam	272	27,55	5,381	16,65-51,90

Araştırma grubunun yaş ortalamaları 30,67, ağırlık ortalamaları, 75,91 kg, boy ortalamaları 165,72 cm ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamaları 27,55 bulunmuştur.

Tablo 5’te çalışmaya katılan yetişkin bireylerin kilo problemlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Kilo Problemlerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Kilo problemi		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
BKİ Kategorisi	Normal	94	40,5	10	24,4	104	38,1
	Fazla Kilolu	79	34,1	14	34,1	93	34,1
	Obez	59	25,4	17	41,5	76	27,8
Kendisini nasıl görüyor	Zayıf	2	0,9	2	4,9	4	1,5
	Normal	57	24,6	12	29,3	69	25,3
	Fazla Kilolu	115	49,6	18	43,9	133	48,7
Daha önce diyet	Şişman	58	25,0	9	22,0	67	24,5
	Evet	194	83,6	26	63,4	220	80,6
	Hayır	38	16,4	15	36,6	53	19,4
Şu an diyet	Evet	121	52,2	21	51,2	142	52,0
	Hayır	111	47,8	20	48,8	131	48,0
Çocukta kilo problemi	Evet	104	44,8	14	34,1	118	43,2
	Hayır	128	55,2	27	65,9	155	56,8
Sık kilo alıp verme	Evet	131	56,5	20	48,8	151	55,3
	Hayır	101	43,5	21	51,2	122	44,7
Düzenli egzersiz	Evet	47	20,3	13	31,7	60	22,0
	Hayır	185	79,7	28	68,3	213	78,0
Toplam		232	100,0	41	100,0	273	100,0

BKİ değerlerine göre derecelendirildiğinde araştırmaya katılan bireylerin %38,1'inin normal kiloda, %34,1'inin fazla kilolu, %27,8'inin obez olduğu bulunmuştur. Bu bireylerin %1,5'i kendilerini zayıf, %25,3'ü normal, %48,7'si fazla kilolu, %24,5'i şişman görmektedirler. Çalışma grubunun %80,6'sı daha önce diyet yaptıklarını, %52'si şu an diyet yapmakta olduklarını, %43,2'si çocukluk çağında kilo problemi yaşadıklarını, %55,3'ü sık kilo alıp verdiklerini, %22'si düzenli egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6'da araştırmaya katılanların sigara ve alkol kullanımlarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımlarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Sigara Alkol Kullanımı		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sigara	Kullanmıyor	180	77,6	27	65,9	207	75,8
	Kullanıyor	52	22,4	14	34,1	66	24,2
Sigara miktarı /gün	1-5 adet	21	40,4	0	0,0	21	31,8
	6-10 adet	14	26,9	4	28,6	18	27,3
	10-20 adet	16	30,8	9	64,3	25	37,9
	1 paketten fazla	1	1,9	1	7,1	2	3,0
Alkol	Kullanmıyor	146	62,9	13	31,7	159	58,2
	Kullanıyor	86	37,1	28	68,3	114	41,8
Alkol*	Yılda 1-2 birim	21	24,4	2	7,1	23	20,2
	Yılda 1-2 birimden fazla	18	20,9	3	10,7	21	18,4
	Ayda 1-2 birim	31	36,0	14	50,0	45	39,5
	Ayda 1-2 birimden fazla	1	1,2	2	7,1	3	2,6
	Haftada 1-2 birim	13	15,1	4	14,3	17	14,9
	Haftada 2 birimden fazla	2	2,3	3	10,7	5	4,4
Toplam		232	100,0	41	100,0	273	100,0

*(1 birim alkol = 33 ml bira = 1 kadeh şarap =1 tek rakı, viski)

Katılımcıların %24,2'si sigara, %41,8'i alkol kullanmaktadır. Sigara kullanıcılarının %31,8'i günde 1-5 adet arasında, %27,3'ü günde 6-10 adet arasında, %37,9'u günde 10-20 adet arasında, %3'ü günde bir paketten fazla sigara kullanmaktadır. Alkol kullanıcılarının %20,2'si yılda 1-2 birim, %18,4'ü yılda 1-2 birimden fazla, %39,5'i ayda 1-2 birim, %2,6'sı ayda 1-2 birimden fazla, %14,9'u haftada 1-2 birim, %4,4'ü haftada 1-2 birimden fazla alkol tüketmektedirler.

Tablo 7'de çalışma grubunun kafein ve su tüketimlerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Kafein ve Su Tüketimlerine İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeler

Kafein Tüketimi		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Kafein tüketimi	Hayır	12	5,2	4	9,8	16	5,9
	Evet	220	94,8	37	90,2	257	94,1
Kafein tüketim sıklığı	Haftada 1 gün	5	2,3	1	2,7	6	2,3
	Haftada 2-3 gün	14	6,4	1	2,7	15	5,8
	Haftada 4-5 gün	20	9,1	5	13,5	25	9,7
	Her gün	181	82,3	30	81,1	211	82,1
Su tüketimi/ bardak	5 bardaktan az	42	18,1	8	19,5	50	18,3
	6-8 bardak	67	28,9	7	17,1	74	27,1
	9-12 bardak	65	28,0	10	24,4	75	27,5
	13-15 bardak	37	15,9	11	26,8	48	17,6
	15 bardaktan fazla	21	9,1	5	12,2	26	9,5
Toplam		232	100,0	41	100,0	273	100,0

Bireylerin %94,1'i kafein tüketimlerinin olduğunu, bunların %2,3'ü haftada 1 gün, %5,8'i haftada 2-3 gün, %9,7'si haftada 4-5 gün, %82,1'i her gün kafein tüketmektedirler. Çalışmaya dahil edilen yetişkin bireylerin %18,3'i günde 5 bardaktan az, %27,1'i günde 6-8 bardak, %27,5'i günde 9-12 bardak, %17,6'sı günde 13-15 bardak, %9,5'i günde 15 bardaktan fazla su tüketmektedirler.

Tablo 8’de araştırma grubunun beslenme alışkanlıklarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeler

Beslenme Alışkanlıkları		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Günlük Ana Öğün Sayısı	1 Öğün	3	1,3	1	2,4	4	1,5
	2 Öğün	101	43,5	11	26,8	112	41,0
	3 Öğün	123	53,0	28	68,3	151	55,3
	4 Öğün	1	0,4	1	2,4	2	0,7
	5 Öğün	4	1,7	0	0,0	4	1,5
Günlük Ara Öğün Sayısı	0 Öğün	31	13,4	14	34,1	45	16,5
	1 Öğün	39	16,8	9	22,0	48	17,6
	2 Öğün	86	37,1	14	34,1	100	36,6
	3 Öğün	63	27,2	3	7,3	66	24,2
	4 Öğün	9	3,9	1	2,4	10	3,7
Öğün atlama	Evet	155	66,8	29	70,7	184	67,4
	Hayır	77	33,2	12	29,3	89	32,6
Öğün atlama nedeni	İş yoğunluğundan vakit bulamama	62	40,0	14	48,3	76	41,3
	Açlık hissetmeme	52	33,5	6	20,7	58	31,5
	Bulunduğu yerde uygun yemek bulamama	16	10,3	9	31,0	25	13,6
	3 öğün yapmayı gereksiz görme	7	4,5	0	0,0	7	3,8
	Zayıflamak isteme	18	11,6	0	0,0	18	9,8

Çalışmaya katılan bireylerin %1,5’inin günlük 1 ana öğün, %41’sinin iki ana öğün, %55,3’ünün üç ana öğün, %0,7’sinin dört ana öğün, %1,5’inin beş ana öğün yaptıkları bulunmuştur. Bireylerin %16,5’inin hiç ara öğün yapmadıklarını, %17,6’sının bir ara öğün, %36,6’sının iki ara öğün, %24,2’sinin üç ara öğün, %3,7’sinin dört ara öğün, %1,5’inin beş ara öğün yaptıkları bulunmuştur. Katılımcıların %67,4’ünün öğün atladıkları gözlemlenmiştir. Öğün atlayan bireylerin %41,3’ü iş yoğunluğundan vakit bulamadıklarını, %31,5’i açlık hissetmediklerini, %13,6’sı buldukları yerde uygun yemek bulamadıklarını, %3,8’i üç öğün

yapmayı gereksiz bulduklarını, %9,8'i zayıflamak istediklerini öğün atlama nedeni olarak göstermişlerdir.

Tablo 9'da bireylerin ana öğünler arasında atıştırma alma alışkanlıklarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Ana Öğünler Arasında Atıştırma Alma Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Ana öğünler arasında atıştırma	Evet	222	95,7	38	92,7	260	95,2
	Hayır	10	4,3	3	7,3	13	4,8
Taze meyveler/kuru meyveler	Evet	137	61,7	21	55,3	158	60,8
	Hayır	85	38,3	17	44,7	102	39,2
Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)	Evet	96	43,2	16	42,1	112	43,1
	Hayır	126	56,8	22	57,9	148	56,9
Süt, yoğurt, ayran	Evet	77	34,7	18	47,4	95	36,5
	Hayır	145	65,3	20	52,6	165	63,5
Galeta, grisini, kraker	Evet	52	23,4	6	15,8	58	22,3
	Hayır	170	76,6	32	84,2	202	77,7
Bisküvi, gofret, çikolata, dondurma	Evet	101	45,5	15	39,5	116	44,6
	Hayır	121	54,5	23	60,5	144	55,4
Poğaç, simit, börek, kek	Evet	49	22,1	7	18,4	56	21,5
	Hayır	173	77,9	31	81,6	204	78,5
Sandviç, tost	Evet	20	9,0	4	10,5	24	9,2
	Hayır	202	91,0	34	89,5	236	90,8
Tatlılar (Sütlü, şerbetli)	Evet	59	26,6	6	15,8	65	25,0
	Hayır	163	73,4	32	84,2	195	75,0
Diğer ara öğün atıştırması	Evet	7	3,2	1	2,6	8	3,1
	Hayır	215	96,8	37	97,4	252	96,9

Araştırmaya katılanların %95,2'sinin ana öğünler arasında atıştırma aldıkları bulunmuştur. Ana öğünler arasında atıştırma alan yetişkin bireylerin %60,8'inin taze meyveler/kuru meyveler, %43,1'inin yağlı tohumlar, %36,5'inin süt, yoğurt, ayran, %22,3'ünün galeta, grisini, kraker, %44,6'sının bisküvi, gofret, çikolata, dondurma, %21,5'inin poğaç, simit, börek, kek, %9,2'sinin sandviç, tost, %25'inin tatlı, %3,1'inin diğer (kahve, bitki çayı) ara öğün atıştırması tükettikleri gözlenmiştir.

Tablo 10'da çalışma grubunun akşam yemeği sonrası atıştırma alma alışkanlıklarına ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Akşam Yemeği Sonrası Atıştırma Alma Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Akşam yemeği sonrası atıştırma	Evet	184	79,3	29	70,7	213	78,0
	Hayır	48	20,7	12	29,3	60	22,0
Taze meyveler/kuru meyveler	Evet	112	60,9	19	65,5	131	61,5
	Hayır	72	39,1	10	34,5	82	38,5
Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)	Evet	64	34,8	12	41,4	76	35,7
	Hayır	120	65,2	17	58,6	137	64,3
Süt, yoğurt, ayran	Evet	34	18,5	10	34,5	44	20,7
	Hayır	150	81,5	19	65,5	169	79,3
Galeta, grisini, kraker	Evet	12	6,5	2	6,9	14	6,6
	Hayır	172	93,5	27	93,1	199	93,4
Bisküvi, gofret, çikolata, dondurma	Evet	84	45,7	10	34,5	94	44,1
	Hayır	100	54,3	19	65,5	119	55,9
Poğaç, simit, börek, kek	Evet	18	9,8	2	6,9	20	9,4
	Hayır	166	90,2	27	93,1	193	90,6
Sandviç, tost	Evet	5	2,7	2	6,9	7	3,3
	Hayır	179	97,3	27	93,1	206	96,7
Tatlılar (Sütlü, şerbetli)	Evet	72	39,1	8	27,6	80	37,6
	Hayır	112	60,9	21	72,4	133	62,4
Diğer ara öğün atıştırması (kahve, bitki çayı)	Evet	7	3,8	0	0,0	7	3,3
	Hayır	177	96,2	29	100,0	206	96,7

Bireylerin %78'inin akşam yemeği sonrası atıştırma aldıkları bulunmuştur. Bunların %61,5'inin taze meyveler/kuru meyveler, %35,7'sinin yağlı tohumlar, %20,7'sinin süt, yoğurt, ayran, %6,6'sının galeta, grisini, kraker, %44,1'inin bisküvi, gofret, çikolata, dondurma, %9,4'ünün poğaç, simit, börek, kek, %3,3'ünün sandviç, tost, %37,6'sının tatlı, %3,3'ünün diğer (kahve, bitki çayı) ara öğün atıştırması tükettikleri gözlenmiştir.

Tablo 11'de araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Envanteri (BDE), Hollanda Yeme Davranışları Anketi (HYDA) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların BDE, HYDA ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Minimum-Maksimum Puanları

	Ort.	SS	Min	Maks
BDE	13,68	8,573	0	47
HYDA Toplam	103,83	20,271	53	149
Duygusal Yeme	39,68	15,984	13	65
Kısıtlayıcı Yeme	31,70	7,171	12	49
Dışsal Yeme	32,44	7,283	11	50
PUKİ	6,60	3,528	0	16
Öznel Uyku Kalitesi	1,29	0,805	0	3
Uyku Latansı	1,10	1,111	0	3
Uyku Süresi	1,32	1,114	0	3
Alışılmış Uyku Etkinliği	0,70	1,048	0	3
Uyku Bozukluğu	1,08	0,501	0	3
Uyku İlacı Kullanımı	0,09	0,448	0	3
Gündüz İşlev Bozukluğu	1,02	0,994	0	3

Tablo 12’de çalışmaya katılan bireylerin Hollanda Yeme Davranışları Anketinden (HYDA) ve Beck Depresyon Envanterinden (BDE) aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

	BDE
HYDA Toplam	r ,296** p ,000
Duygusal Yeme	r ,363** p ,000
Kısıtlayıcı Yeme	r -,125* p ,039
Dışsal Yeme	r ,149* p ,014

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Bireylerin Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları toplam puanlarla depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = ,296$; $p = ,000$).

Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin duygusal yeme alt ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = ,363$; $p = ,000$). Depresyon düzeyi arttıkça duygusal yeme düzeyi artmaktadır.

Çalışma grubunun kısıtlayıcı yeme alt ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,125$; $p=,039$). Depresyon düzeyleri arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır.

Bireylerin dışsal yeme alt ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,149$; $p=,014$). Depresyon düzeyleri arttıkça dışsal yeme düzeyi artmaktadır.

Tablo 13’de araştırmaya katılan bireylerin Hollanda Yeme Davranışları Anketinden (HYDA) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden (PUKİ) aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Uyku ilacı kullanımı alt ölçeği normal dağılım göstermediğinden bu alt ölçek için verilen korelasyon katsayıları Spearman korelasyon analizi ile hesaplanmıştır.

Tablo 13. Katılımcıların Yeme Davranışları ve Uyku Kaliteleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

		HYDA Toplam	Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme
PUKİ	r	,134*	,138*	-,057	,127*
	p	,027	,023	,348	,036
Öznel Uyku Kalitesi	r	,044	,036	-,023	,066
	p	,471	,557	,709	,278
Uyku Latansı	r	,035	,008	,008	,072
	p	,561	,891	,899	,233
Uyku Süresi	r	,077	,102	-,027	,016
	p	,205	,091	,661	,794
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	,078	,079	-,051	,095
	p	,197	,195	,402	,116
Uyku Bozukluğu	r	,069	,060	,009	,053
	p	,255	,326	,886	,386
Uyku İlacı Kullanımı ¹	r	-,011	-,026	,000	-,012
	p	,860	,667	,999	,842
Gündüz İşlev Bozukluğu	r	,209**	,239**	-,130*	,187**
	p	,000	,000	,032	,002

* $p<,05$; ** $p<,01$; ¹Spearman Korelasyonu

Bireylerin Hollanda Yeme Davranışları Anketinden aldıkları toplam puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,134$; $p=,027$). Yeme davranışındaki bozulma arttıkça toplam uyku kalitesindeki bozulma artmaktadır.

Çalışma grubunun Hollanda Yeme Davranışları Anketinden aldıkları toplam puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,209$; $p=,000$). Yeme davranışındaki bozulma arttıkça gündüz işlev bozukluğu artmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin Hollanda Yeme Davranışları Anketi Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,138$; $p=,023$). Duygusal yeme düzeyi arttıkça toplam uyku kalitesindeki bozulma artmaktadır.

Bireylerin Hollanda Yeme Davranışları Anketi Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,239$; $p=,000$). Duygusal yeme düzeyi arttıkça gündüz işlev bozukluğu artmaktadır.

Kişilerin Hollanda Yeme Davranışları Anketi Dışsal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,127$; $p=,036$). Dışsal yeme düzeyi arttıkça toplam uyku kalitesindeki bozulma artmaktadır.

Bireylerin Hollanda Yeme Davranışları Anketi Dışsal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,187$; $p=,002$). Dışsal yeme düzeyi arttıkça gündüz işlev bozukluğu artmaktadır.

Çalışmaya katılan kişilerin Hollanda Yeme Davranışları Anketi Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,130$; $p=,032$). Kısıtlayıcı yeme düzeyi arttıkça gündüz işlev bozukluğu azalmaktadır.

Diğer ölçek ve alt ölçekler arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 14'te yetişkin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden (PUKİ) aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Uyku ilacı kullanımı alt ölçeği normal dağılım göstermediğinden bu alt ölçek için verilen korelasyon katsayıları Spearman korelasyon analizi ile hesaplanmıştır.

Tablo 14. Katılımcıların Depresyon Düzeyleri ve Uyku Kaliteleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

		BDE
PUKİ	r	,445**
	p	,000
Öznel Uyku Kalitesi	r	,310**
	p	,000
Uyku Latansı	r	,236**
	p	,000
Uyku Süresi	r	,204**
	p	,001
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	,191**
	p	,002
Uyku Bozukluğu	r	,355**
	p	,000
Uyku İlacı Kullanımı ¹	r	,122*
	p	,044
Gündüz İşlev Bozukluğu	r	,413**
	p	,000

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; ¹*Spearman Korelasyonu*

Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları toplam puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,445$; $p=,000$). Toplam uyku kalitesindeki bozulma arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Çalışma grubunun Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Öznel Uyku Kalitesi alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,310$; $p=,000$). Öznel uyku kalitesindeki bozulma arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Latansı alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,236$; $p=,000$). Uyku latansındaki bozulma arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Kişilerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Süresi alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,204$; $p=,001$). Uyku süresindeki bozulma arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Alışılmış Uyku Etkinliği alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,191$; $p=,002$). Alışılmış uyku etkinliğindeki bozulma arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Katılımcıların Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,355$; $p=,000$). Uyku bozukluğu arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Yetişkin bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku İlacı Kullanımı alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,122$; $p=,044$). Uyku ilacı kullanımı arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Çalışma grubunun Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,413$; $p=,000$). Gündüz işlev bozukluğu arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır.

Tablo 15'te çalışma grubunun cinsiyetlerine göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve alt ölçeklerinden, Beck Depresyon Envanterinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ve alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre HYDA, BDE ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Mann Whitney U Analizi Bulguları

	Cinsiyet	Ort.	SS	z	p
BDE	Kadın	14,25	8,527	-2,801	,005*
	Erkek	10,41	8,188		
HYDA Toplam	Kadın	105,82	19,694	-3,825	,000*
	Erkek	92,59	20,047		
Duygusal Yeme	Kadın	41,48	15,447	-4,352	,000*
	Erkek	29,54	15,336		
Kısıtlayıcı Yeme	Kadın	31,85	7,063	-,895	,371
	Erkek	30,85	7,793		
Dışsal Yeme	Kadın	32,49	7,353	-,177	,859
	Erkek	32,20	6,958		
PUKİ	Kadın	6,60	3,490	-,184	,854
	Erkek	6,59	3,781		
Öznel Uyku Kalitesi	Kadın	1,31	,794	-1,101	,271
	Erkek	1,17	,863		
Uyku Latansı	Kadın	1,06	1,113	-1,237	,216
	Erkek	1,27	1,096		
Uyku Süresi	Kadın	1,30	1,122	-,787	,432
	Erkek	1,44	1,074		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Kadın	,71	1,032	-,554	,579
	Erkek	,68	1,150		
Uyku Bozukluğu	Kadın	1,09	,497	-,730	,465
	Erkek	1,02	,524		
Uyku İlacı Kullanımı	Kadın	,07	,393	-1,471	,141
	Erkek	,20	,679		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Kadın	1,06	,998	-1,558	,119
	Erkek	,80	,954		

* $p < ,05$

Çalışmaya katılan yetişkin bireylerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,801$; $p=,005$). Kadınların depresyon ortalamaları ($ort=14,25$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=10,41$) anlamlı şekilde yüksektir.

Bireylerin cinsiyetlerine göre Hollanda Yeme Davranışları Anketinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-3,825$; $p=,000$). Kadınların yeme davranışlarındaki toplam bozulma ortalamaları ($ort=105,82$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=92,59$) anlamlı şekilde yüksektir.

Çalışma grubunun cinsiyetlerine göre Hollanda Yeme Davranışları Anketi Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-4,352$;

p=,000). Kadınların duygusal yeme ortalamaları (ort=41,48) erkeklerin ortalamalarından (ort=29,54) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 16’da çalışmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve alt ölçeklerinden, Beck Depresyon Envanterinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ve alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Medeni duruma göre yapılan gruplararası karşılaştırmada boşanmış olanların sayısı n=8 olduğundan bekar grubunda yer almışlardır.

Tablo 16. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre HYDA, BDE ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Bulguları

	Medeni Durum	n	Ort.	SS	t	p
BDE	Bekar/Boşanmış	108	14,36	8,816	1,066	,287
	Evli	165	13,23	8,406		
HYDA Toplam	Bekar/Boşanmış	108	105,94	17,429	1,456	,147
	Evli	165	102,45	21,875		
Duygusal Yeme	Bekar/Boşanmış	108	41,33	14,851	1,381	,168
	Evli	165	38,61	16,641		
Kısıtlayıcı Yeme	Bekar/Boşanmış	108	31,54	6,523	-,309	,757
	Evli	165	31,81	7,583		
Dışsal Yeme	Bekar/Boşanmış	108	33,06	6,451	1,186	,237
	Evli	165	32,04	7,772		
PUKİ	Bekar/Boşanmış	108	6,42	3,073	-,728	,467
	Evli	165	6,72	3,801		
Öznel Uyku Kalitesi	Bekar/Boşanmış	108	1,31	,793	,422	,673
	Evli	165	1,27	,814		
Uyku Latansı	Bekar/Boşanmış	108	1,19	1,063	1,195	,233
	Evli	165	1,03	1,139		
Uyku Süresi	Bekar/Boşanmış	108	1,15	1,075	-2,103	,036*
	Evli	165	1,44	1,128		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Bekar/Boşanmış	108	,46	,932	-3,218	,001*
	Evli	165	,86	1,093		
Uyku Bozukluğu	Bekar/Boşanmış	108	1,07	,487	-,173	,862
	Evli	165	1,08	,511		
Uyku Kullanımı ¹	İlacı Bekar/Boşanmış	108	,04	,190	-,911	,362
	Evli	165	,13	,554		
Gündüz Bozukluğu	İşlev Bekar/Boşanmış	108	1,19	,987	2,260	,025*
	Evli	165	,91	,987		

*p<,05; ¹Mann Whitney U (z değeri)

Çalışma grubunun medeni durumlarına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Süresi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t=-2,103; p=,036). Evli olanların uyku süresinde bozulma ortalamaları (ort=1,44) bekar/boşanmış olanların ortalamalarından (ort=1,15) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin medeni durumlarına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Alışılmış Uyku Etkinliği alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,218$; $p=,001$). Evli olanların alışılmış uyku etkinliği bozulma ortalamaları ($ort=,86$) bekar/boşanmış olanların ortalamalarından ($ort=,46$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin medeni durumlarına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,260$; $p=,025$). Bekar/boşanmış olanların gündüz işlev bozukluğu ortalamaları ($ort=1,19$) evli olanların ortalamalarından ($ort=,91$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 17’de çalışma grubunun çocuklarının bulunup bulunmamasına göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve alt ölçeklerinden, Beck Depresyon Envanterinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ve alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların Çocuklarının Bulunup Bulunmamasına Göre HYDA, BDE ve PUKİ Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Bulguları

	Çocuk	n	Ort.	SS	t	p
BDE	Var	128	13,37	8,461	-,562	,575
	Yok	145	13,95	8,690		
HYDA Toplam	Var	128	101,52	22,600	-1,755	,081
	Yok	145	105,88	17,797		
Duygusal Yeme	Var	128	38,35	17,311	-1,283	,201
	Yok	145	40,86	14,675		
Kısıtlayıcı Yeme	Var	128	31,13	7,935	-1,237	,217
	Yok	145	32,21	6,408		
Dışsal Yeme	Var	128	32,04	7,868	-,861	,390
	Yok	145	32,80	6,732		
PUKİ	Var	128	6,88	3,856	1,194	,234
	Yok	145	6,36	3,205		
Öznel Uyku Kalitesi	Var	128	1,28	,841	-,157	,876
	Yok	145	1,30	,774		
Uyku Latansı	Var	128	1,05	1,156	-,675	,500
	Yok	145	1,14	1,071		
Uyku Süresi	Var	128	1,59	1,126	3,745	,000*
	Yok	145	1,09	1,054		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Var	128	,91	1,116	3,141	,002*
	Yok	145	,52	,951		
Uyku Bozukluğu	Var	128	1,06	,529	-,560	,576
	Yok	145	1,10	,476		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	Var	128	,08	,428	-,840	,401
	Yok	145	,10	,467		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Var	128	,91	1,007	-1,756	,080
	Yok	145	1,12	,975		

* $p<,05$; ¹Mann Whitney U (z değeri)

Bireylerin çocuklarının bulunup bulunmamasına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Süresi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,745$; $p=,000$). Çocuğu bulunanların uyku süresinde bozulma ortalamaları ($ort=1,59$) çocuğu bulunmayanların ortalamalarından ($ort=1,09$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun çocuklarının bulunup bulunmamasına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Alışılmış Uyku Etkinliği alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,141$; $p=,002$). Çocuğu bulunanların alışılmış uyku etkinliğinde bozulma ortalamaları ($ort=,91$) çocuğu bulunmayanların ortalamalarından ($ort=,52$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 18’de çalışmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları puanlarla katılımcıların yaş, ağırlık, boy ve beden kitle indeksi değerleri arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların BDE, HYDA ve PUKİ’den Aldıkları Puanlarla katılımcıların Yaş, Ağırlık, Boy ve BKİ Değerleri Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

		Yaş	Ağırlık (kg)	Boy (cm)	BKİ
BDE	r	-,164**	,118	-,060	,161**
	p	,007	,052	,327	,008
HYDA Toplam	r	-,058	-,022	-,099	,031
	p	,338	,714	,103	,613
Duygusal Yeme	r	-,057	,045	-,165**	,147*
	p	,348	,454	,006	,015
Kısıtlayıcı Yeme	r	,029	-,222**	,007	-,265**
	p	,632	,000	,915	,000
Dışsal Yeme	r	-,066	,057	,081	,024
	p	,281	,350	,184	,688
PUKİ	r	-,063	,054	-,045	,085
	p	,303	,377	,456	,162
Öznel Uyku Kalitesi	r	-,148*	-,020	-,100	,025
	p	,014	,742	,101	,686
Uyku Latansı	r	-,055	,012	,020	-,003
	p	,364	,838	,740	,958
Uyku Süresi	r	,144*	,069	-,083	,127*
	p	,017	,257	,171	,036
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	,040	,101	-,016	,131*
	p	,506	,094	,793	,030
Uyku Bozukluğu	r	-,046	-,017	-,044	,005
	p	,450	,775	,467	,931
Uyku İlacı Kullanımı ¹	r	,085	,042	,067	-,017
	p	,160	,491	,269	,780
Gündüz İşlev Bozukluğu	r	-,246**	,019	-,010	,023
	p	,000	,754	,865	,706

* $p<,05$; ** $p<,01$; ¹Spearman Korelasyonu

Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin yaşları ile Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,164$; $p=,007$). Yaş arttıkça depresyon düzeyi azalmaktadır.

Bireylerin yaşları ile Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Öznel Uyku Kalitesi puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,148$; $p=,014$). Yaş arttıkça öznel uyku kalitesindeki bozulma azalmaktadır.

Çalışma grubunun yaşları ile Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Süresi puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,144$; $p=,017$). Yaş arttıkça uyku süresinde bozulma artmaktadır.

Bireylerin yaşları ile Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Gündüz İşlev Bozukluğu puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,246$; $p=,000$). Yaş arttıkça gündüz işlev bozukluğu azalmaktadır.

Kişilerin ağırlıkları ile Hollanda Yeme Davranışları Anketi Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,222$; $p=,000$). Ağırlık arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır.

Çalışmaya katılan kişilerin boyları ile Hollanda Yeme Davranışları Anketi Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,165$; $p=,006$). Boy arttıkça duygusal yeme düzeyi azalmaktadır.

Çalışma grubunun BKİ'leri ile Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,161$; $p=,008$). BKİ arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ'leri ile Hollanda Yeme Davranışları Anketi Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,147$; $p=,015$). BKİ arttıkça duygusal yeme düzeyi artmaktadır.

Çalışmadaki bireylerin BKİ'leri ile Hollanda Yeme Davranışları Anketi Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,265$; $p=,000$). BKİ arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır.

Kişilerin BKİ'leri ile Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Süresi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,127$; $p=,036$). BKİ arttıkça uyku süresindeki bozulma artmaktadır.

Araştırma grubunun BKİ'leri ile Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Alışılmış Uyku Etkinliğı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,131$; $p=,030$). BKİ arttıkça alışılmış uyku etkinliğindeki bozulma artmaktadır.

Tablo 19'da bireylerin kendilerini nasıl gördüklerine göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kruskal Wallis H testi bulguları verilmiştir. Kendini zayıf görenlerin sayısı $n=4$ olduğundan analize dahil edilmemiş olup, gruplararası karşılaştırma kendisini normal, fazla kilolu ve şişman görenler arasında yapılmıştır.

Tablo 19. Katılımcıların Kendilerini Nasıl Gördüklerine Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis H Testi Bulguları

	Kendinizi nasıl görüyorsunuz?	n	Ort.	SS	χ^2/p	z
BDE	Normal	69	9,46	6,416	36,619/ ,000*	F>N z=-3,276; p=,001
	Fazla Kilolu	133	13,62	8,788		Ş>N z=-5,944; p=,000
	Şişman	67	17,96	7,993		Ş>F z=-3,778; p=,000
HYDA Toplam	Normal	69	97,99	18,371	10,277/ ,006*	F>N z=-2,506; p=,012
	Fazla Kilolu	133	104,71	21,109		Ş>N z=-3,067; p=,002
	Şişman	67	108,55	19,733		
Duygusal Yeme	Normal	69	33,54	13,415	19,379/ ,000*	F>N z=-2,855; p=,004
	Fazla Kilolu	133	40,30	16,563		Ş>N z=-4,483; p=,002
	Şişman	67	45,46	15,277		Ş>F z=-2,031; p=,042
Kısıtlayıcı Yeme	Normal	69	33,32	6,999	4,857/ ,088	
	Fazla Kilolu	133	31,37	7,261		
	Şişman	67	30,52	7,142		
Dışsal Yeme	Normal	69	31,13	6,832	2,654/ ,265	
	Fazla Kilolu	133	33,04	7,033		
	Şişman	67	32,57	8,250		
PUKİ	Normal	69	6,17	3,153	1,358/ ,507	
	Fazla Kilolu	133	6,62	3,620		
	Şişman	67	6,97	3,750		
Öznel Uyku Kalitesi	Normal	69	1,20	,850	1,669/ ,434	
	Fazla Kilolu	133	1,32	,792		
	Şişman	67	1,33	,786		
Uyku Latansı	Normal	69	1,03	1,014	,653/ ,721	
	Fazla Kilolu	133	1,06	1,127		
	Şişman	67	1,19	1,171		
Uyku Süresi	Normal	69	1,30	1,075	,524/ ,769	
	Fazla Kilolu	133	1,37	1,090		
	Şişman	67	1,27	1,201		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Normal	69	,59	,944	,733/ ,693	
	Fazla Kilolu	133	,74	1,071		
	Şişman	67	,72	1,098		
Uyku Bozukluğu	Normal	69	1,04	,400	1,390/ ,499	
	Fazla Kilolu	133	1,08	,508		
	Şişman	67	1,13	,575		
Uyku İlacı Kullanımı	Normal	69	,10	,519	,081/ ,960	
	Fazla Kilolu	133	,08	,361		
	Şişman	67	,10	,526		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Normal	69	,90	,957	3,864/ ,145	
	Fazla Kilolu	133	,97	,977		
	Şişman	67	1,22	1,056		

*p<,05

Çalışma grubunun kendilerini nasıl gördüklerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=36,619$; p=,000]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda kendini fazla kilolu görenlerin depresyon ortalamaları (ort=13,62) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=9,46) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (z=-3,276; p=,001). Kendini şişman görenlerin depresyon ortalamaları (ort=17,96) kendini normal görenlerin

ortalamlarından (ort=9,46) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-5,944$; $p=,000$). Kendini şişman görenlerin depresyon ortalamaları (ort=17,96) kendini fazla kilolu görenlerin ortalamalarından (ort=13,62) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-3,778$; $p=,000$).

Bireylerin kendilerini nasıl gördüklerine göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=1,277$; $p=,006$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda kendini fazla kilolu görenlerin HYDA toplam puan ortalamaları (ort=104,71) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=97,99) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2,506$; $p=,012$). Kendini şişman görenlerin HYDA toplam puan ortalamaları (ort=108,55) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=97,99) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-3,067$; $p=,002$).

Araştırmaya katılan kişilerin kendilerini nasıl gördüklerine göre HYDA Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=19,379$; $p=,000$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda kendini fazla kilolu görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=40,30) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=33,54) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2,855$; $p=,004$). Kendini şişman görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=45,46) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=33,54) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-4,483$; $p=,002$). Kendini şişman görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=45,46) kendini fazla kilolu görenlerin ortalamalarından (ort=40,30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2,031$; $p=,042$).

Tablo 20'de çalışma grubunun daha önce diyet yapıp yapmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Daha Önce Diyet Yapıp Yapmamalarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Daha önce diyet yaptı mı?	n	Ort.	SS	z	p
BDE	Evet	220	13,95	8,627	-1,107	,269
	Hayır	53	12,55	8,329		
HYDA Toplam	Evet	220	106,30	19,886	-4,074	,000*
	Hayır	53	93,57	18,724		
Duygusal Yeme	Evet	220	41,22	15,881	-3,245	,001*
	Hayır	53	33,30	14,924		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	220	32,65	6,895	-4,139	,000*
	Hayır	53	27,77	7,021		
Dışsal Yeme	Evet	220	32,43	7,376	-,367	,714
	Hayır	53	32,49	6,949		
PUKİ	Evet	220	6,58	3,614	-,544	,586
	Hayır	53	6,70	3,178		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	220	1,29	,791	-,013	,990
	Hayır	53	1,30	,868		
Uyku Latansı	Evet	220	1,03	1,081	-1,903	,057
	Hayır	53	1,38	1,197		
Uyku Süresi	Evet	220	1,32	1,135	-,085	,932
	Hayır	53	1,32	1,034		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	220	,72	1,051	-,675	,500
	Hayır	53	,62	1,042		
Uyku Bozukluğu	Evet	220	1,07	,509	-,568	,570
	Hayır	53	1,11	,467		
Uyku İlacı Kullanımı	Evet	220	,09	,449	-,188	,851
	Hayır	53	,09	,450		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	220	1,05	,982	-1,471	,141
	Hayır	53	,87	1,038		

* $p < ,05$

Bireylerin daha önce diyet yapıp yapmamalarına göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-4,074$; $p=,000$). Daha önce diyet yapmış olanların HYDA toplam puan ortalamaları (ort=106,30) daha önce diyet yapmamış olanların ortalamalarından (ort=93,57) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun daha önce diyet yapıp yapmamalarına göre HYDA Duygusal Yeme ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-3,245$; $p=,001$). Daha önce diyet yapmış olanların Duygusal Yeme ortalamaları (ort=41,22) daha önce diyet yapmamış olanların ortalamalarından (ort=33,30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kişilerin daha önce diyet yapıp yapmamalarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-4,139$; $p=,001$). Daha önce diyet yapmış olanların Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları ($ort=32,65$) daha önce diyet yapmamış olanların ortalamalarından ($ort=27,77$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 21’de bireylerin şu an diyet yapıp yapmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Şu An Diyet Yapıp Yapmamalarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ’den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve T Testi Bulguları

	Şu an diyet yapıyor mu?	n	Ort.	SS	t	p
BDE	Evet	142	12,63	8,068	-2,108	,036*
	Hayır	131	14,81	8,983		
HYDA Toplam	Evet	142	106,25	21,766	2,082	,038*
	Hayır	131	101,21	18,236		
Duygusal Yeme	Evet	142	40,09	16,297	,437	,663
	Hayır	131	39,24	15,689		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	142	33,85	7,060	5,397	,000*
	Hayır	131	29,38	6,565		
Dışsal Yeme	Evet	142	32,32	7,765	-,300	,765
	Hayır	131	32,58	6,749		
PUKİ	Evet	142	6,43	3,524	-,834	,405
	Hayır	131	6,79	3,537		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	142	1,27	,807	-,465	,642
	Hayır	131	1,31	,805		
Uyku Latansı	Evet	142	1,01	1,114	-1,368	,172
	Hayır	131	1,19	1,103		
Uyku Süresi	Evet	142	1,41	1,099	1,331	,184
	Hayır	131	1,23	1,127		
Aışılmış Uyku Etkinliği	Evet	142	,68	1,020	-,331	,741
	Hayır	131	,73	1,082		
Uyku Bozukluğu	Evet	142	1,05	,496	-1,075	,283
	Hayır	131	1,11	,506		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	Evet	142	,10	,510	-,654	,513
	Hayır	131	,08	,373		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	142	,92	1,007	-1,786	,075
	Hayır	131	1,13	,972		

* $p<,05$; ¹ Mann Whitney U (z değeri)

Çalışma grubunun şu anda diyet yapıp yapmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasından anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,108$;

$p=,036$). Şu anda diyet yapmayanların depresyon ortalamaları ($ort=14,81$) diyet yapanların ortalamalarından ($ort=12,63$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin şu anda diyet yapıp yapmamalarına göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,082$; $p=,038$). Şu anda diyet yapanların HYDA toplam puan ortalamaları ($ort=106,26$) yapmayanların ortalamalarından ($ort=101,21$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin şu anda diyet yapıp yapmamalarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=5,397$; $p=,000$). Şu anda diyet yapanların Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları ($ort=33,85$) yapmayanların ortalamalarından ($ort=29,38$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 22’de araştırma grubunun çocuklukta kilo probleminin bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Çocuklukta Kilo Probleminin Bulunup Bulunmamasına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve T Testi Bulguları

	Çocuklukta kilo problemi	n	Ort.	SS	t	p
BDE	Evet	118	14,91	8,791	2,080	,039*
	Hayır	155	12,74	8,310		
HYDA Toplam	Evet	118	107,32	20,322	2,506	,013*
	Hayır	155	101,17	19,889		
Duygusal Yeme	Evet	118	43,28	16,005	3,300	,001*
	Hayır	155	36,95	15,467		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	118	31,56	7,153	-,289	,773
	Hayır	155	31,81	7,206		
Dışsal Yeme	Evet	118	32,48	7,671	,079	,937
	Hayır	155	32,41	6,998		
PUKİ	Evet	118	6,84	3,511	,973	,331
	Hayır	155	6,42	3,542		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	118	1,27	,770	-,325	,745
	Hayır	155	1,30	,833		
Uyku Latansı	Evet	118	1,19	1,104	1,295	,196
	Hayır	155	1,02	1,114		
Uyku Süresi	Evet	118	1,34	1,156	,215	,830
	Hayır	155	1,31	1,085		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	118	,69	1,035	-,231	,817
	Hayır	155	,72	1,061		
Uyku Bozukluğu	Evet	118	1,08	,548	,120	,905
	Hayır	155	1,08	,463		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	Evet	118	,11	,503	-,530	,596
	Hayır	155	,08	,403		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	118	1,15	1,059	1,923	,056
	Hayır	155	,92	,932		

* $p < ,05$; ¹ Mann Whitney U (z değeri)

Bireylerin çocuklukta kilo problemlerinin bulunup bulunmamasına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,080$; $p=,039$). Çocukluk çağında kilo problemi bulunanların depresyon ortalamaları ($ort=14,91$) bulunmayanların ortalamalarından ($ort=12,74$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun çocuklukta kilo problemlerinin bulunup bulunmamasına göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,506$; $p=,013$). Çocukluk çağında kilo problemi bulunanların HYDA toplam puan ortalamaları ($ort=107,32$) bulunmayanların ortalamalarından ($ort=101,17$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kişilerin çocuklukta kilo problemlerinin bulunup bulunmamasına göre HYDA Duygusal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,300$; $p=,001$). Çocukluk çağında kilo problemi bulunanların duygusal yeme ortalamaları ($ort=43,28$) bulunmayanların ortalamalarından ($ort=36,95$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 23’de çalışma grubunun sık kilo alıp verme durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Sık Kilo Alıp Verme Durumlarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ’den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve T Testi Bulguları

	Sık kilo alıp verme	n	Ort.	SS	t	p
BDE	Evet	151	14,93	8,718	2,725	,007*
	Hayır	122	12,12	8,159		
HYDA Toplam	Evet	151	109,00	18,605	4,879	,000*
	Hayır	122	97,43	20,494		
Duygusal Yeme	Evet	151	42,62	15,320	3,445	,001*
	Hayır	122	36,05	16,102		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	151	33,25	6,600	4,081	,000*
	Hayır	122	29,79	7,410		
Dışsal Yeme	Evet	151	33,13	6,789	1,729	,085
	Hayır	122	31,60	7,798		
PUKİ	Evet	151	6,85	3,583	1,288	,199
	Hayır	122	6,30	3,449		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	151	1,32	,829	,802	,423
	Hayır	122	1,25	,775		
Uyku Latansı	Evet	151	1,17	1,118	1,275	,203
	Hayır	122	1,00	1,098		
Uyku Süresi	Evet	151	1,34	1,155	,363	,717
	Hayır	122	1,30	1,066		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	151	,70	1,031	-,023	,982
	Hayır	122	,70	1,073		
Uyku Bozukluğu	Evet	151	1,11	,518	,931	,353
	Hayır	122	1,05	,479		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	Evet	151	,14	,578	-1,291	,197
	Hayır	122	,03	,179		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	151	1,06	1,002	,763	,446
	Hayır	122	,97	,987		

* $p<,05$; ¹ Mann Whitney U (z değeri)

Araştırma grubunun sık kilo alıp verme durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,725$; $p=,007$).

Sık kilo alıp verenlerin depresyon ortalamaları (ort=14,93) sık kilo alıp vermeyenlerin ortalamalarından (ort=12,12) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmadaki bireylerin sık kilo alıp verme durumlarına göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=4,879$; $p=,000$). Sık kilo alıp verenlerin HYDA toplam puan ortalamaları (ort=109,00) sık kilo alıp vermeyenlerin ortalamalarından (ort=97,43) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun sık kilo alıp verme durumlarına göre HYDA Duygusal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,445$; $p=,001$). Sık kilo alıp verenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=42,62) sık kilo alıp vermeyenlerin ortalamalarından (ort=36,05) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kişilerin sık kilo alıp verme durumlarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=4,081$; $p=,000$). Sık kilo alıp verenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=33,25) sık kilo alıp vermeyenlerin ortalamalarından (ort=29,79) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 24'te bireylerin düzenli egzersiz yapıp yapmamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların Düzenli Egzersiz Yapıp Yapmamalarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Mann Whitney U Testi Bulguları

	Düzenli egzersiz	n	Ort.	SS	z	p
BDE	Evet	60	13,07	9,209	-,825	,409
	Hayır	213	13,85	8,400		
HYDA Toplam	Evet	60	104,37	20,443	-,290	,772
	Hayır	213	103,68	20,268		
Duygusal Yeme	Evet	60	37,43	16,291	-1,153	,249
	Hayır	213	40,32	15,878		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	60	35,98	6,074	-5,355	,000*
	Hayır	213	30,50	7,005		
Dışsal Yeme	Evet	60	30,95	7,777	-1,621	,105
	Hayır	213	32,86	7,100		
PUKİ	Evet	60	6,35	3,287	-,405	,685
	Hayır	213	6,67	3,597		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	60	1,25	,795	-,516	,606
	Hayır	213	1,30	,809		
Uyku Latansı	Evet	60	1,17	1,107	-,634	,526
	Hayır	213	1,08	1,113		
Uyku Süresi	Evet	60	1,25	1,083	-,535	,593
	Hayır	213	1,34	1,124		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	60	,55	,832	-,441	,659
	Hayır	213	,75	1,100		
Uyku Bozukluğu	Evet	60	1,12	,490	-,693	,488
	Hayır	213	1,07	,504		
Uyku İlacı Kullanımı	Evet	60	,12	,555	-,022	,983
	Hayır	213	,08	,415		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	60	,90	,986	-1,109	,267
	Hayır	213	1,05	,996		

* $p < ,05$

Bireylerin sık kilo alıp verme durumlarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-5,355$; $p=,000$). Düzenli egzersiz yapanların kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=35,98$) yapmayanların ortalamalarından ($ort=30,50$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 25'de çalışma grubunun sigara kullanım durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U Testi Bulguları

	Sigara	n	Ort.	SS	z	p
BDE	Kullanıyor	66	14,59	9,484	-,696	,486
	Kullanmıyor	207	13,39	8,265		
HYDA Toplam	Kullanıyor	66	105,70	21,003	-1,025	,305
	Kullanmıyor	207	103,24	20,047		
Duygusal Yeme	Kullanıyor	66	42,27	16,861	-1,683	,092
	Kullanmıyor	207	38,86	15,647		
Kısıtlayıcı Yeme	Kullanıyor	66	31,35	7,233	-,224	,823
	Kullanmıyor	207	31,82	7,166		
Dışsal Yeme	Kullanıyor	66	32,08	6,975	-,313	,754
	Kullanmıyor	207	32,56	7,391		
PUKİ	Kullanıyor	66	7,06	3,749	-1,113	,266
	Kullanmıyor	207	6,45	3,451		
Öznel Uyku Kalitesi	Kullanıyor	66	1,45	,748	-2,103	,035*
	Kullanmıyor	207	1,24	,817		
Uyku Latansı	Kullanıyor	66	1,26	1,114	-1,480	,139
	Kullanmıyor	207	1,04	1,107		
Uyku Süresi	Kullanıyor	66	1,45	1,153	-1,068	,286
	Kullanmıyor	207	1,28	1,101		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Kullanıyor	66	,76	1,151	-,081	,936
	Kullanmıyor	207	,69	1,016		
Uyku Bozukluğu	Kullanıyor	66	1,09	,601	-,075	,940
	Kullanmıyor	207	1,08	,466		
Uyku İlacı Kullanımı	Kullanıyor	66	,03	,173	-,914	,361
	Kullanmıyor	207	,11	,505		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Kullanıyor	66	1,02	,953	-,128	,898
	Kullanmıyor	207	1,02	1,009		

* $p < ,05$

Bireylerin sigara kullanımına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Öznel Uyku Kalitesi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,103$; $p=,035$). Sigara kullananların öznel uyku kalitesinde bozulma ortalamaları ($ort=1,45$) sigara kullanmayanların ortalamalarından ($ort=1,24$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 26'da çalışma grubunun alkol kullanım durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların Alkol Kullanım Durumlarına Göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları

	Alkol	n	Ort.	SS	t	p
BDE	Kullanıyor	114	13,04	8,579	-1,034	,302
	Kullanmıyor	159	14,13	8,566		
HYDA Toplam	Kullanıyor	114	104,95	20,092	,770	,442
	Kullanmıyor	159	103,03	20,424		
Duygusal Yeme	Kullanıyor	114	39,57	16,107	-,100	,920
	Kullanmıyor	159	39,77	15,947		
Kısıtlayıcı Yeme	Kullanıyor	114	32,30	6,670	1,161	,246
	Kullanmıyor	159	31,28	7,502		
Dışsal Yeme	Kullanıyor	114	33,08	5,889	1,287	,199
	Kullanmıyor	159	31,99	8,125		
PUKİ	Kullanıyor	114	6,79	3,203	,767	,444
	Kullanmıyor	159	6,47	3,748		
Öznel Uyku Kalitesi	Kullanıyor	114	1,25	,762	-,617	,538
	Kullanmıyor	159	1,31	,835		
Uyku Latansı	Kullanıyor	114	1,25	1,120	2,016	,045*
	Kullanmıyor	159	,98	1,094		
Uyku Süresi	Kullanıyor	114	1,37	1,123	,578	,564
	Kullanmıyor	159	1,29	1,110		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Kullanıyor	114	,68	1,068	-,371	,711
	Kullanmıyor	159	,72	1,037		
Uyku Bozukluğu	Kullanıyor	114	1,11	,511	,934	,351
	Kullanmıyor	159	1,06	,494		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	Kullanıyor	114	,11	,468	-,634	,526
	Kullanmıyor	159	,08	,435		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Kullanıyor	114	1,02	,882	-,011	,991
	Kullanmıyor	159	1,02	1,070		

* $p < ,05$; ¹ Mann Whitney U (z değeri)

Çalışma grubunun alkol kullanımlarına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Latansı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=2,016$; $p=,045$). Alkol kullananların uyku latansında bozulma ortalamaları ($ort=1,25$) alkol kullanmayanların ortalamalarından ($ort=,98$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 27'de bireylerin su, kafein, alkol ve sigara tüketim miktarları ile Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları puanlar arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların Su, Kafein, Alkol ve Sigara Tüketim Miktarları ile BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

		Su tüketimi	Kafein tüketim sıklığı	Sigara kullanım miktarı	Alkol kullanım miktarı
BDE	r	-,027	,024	,042	-,160
	p	,661	,696	,739	,090
HYDA Toplam	r	,008	,046	-,007	-,193*
	p	,900	,463	,956	,040
Duygusal Yeme	r	-,028	,018	,018	-,187*
	p	,650	,773	,886	,047
Kısıtlayıcı Yeme	r	,191**	-,073	-,200	-,136
	p	,001	,246	,108	,148
Dışsal Yeme	r	-,107	,161**	,143	,007
	p	,078	,010	,253	,945
PUKİ	r	-,052	,020	,057	,144
	p	,388	,748	,650	,126
Öznel Uyku Kalitesi	r	-,025	-,012	,213	,097
	p	,685	,845	,086	,306
Uyku Latansı	r	,016	,018	-,093	,283**
	p	,788	,772	,459	,002
Uyku Süresi	r	-,044	,041	,050	,059
	p	,473	,510	,692	,536
Alışılmış Uyku Etkinliği	r	-,129*	,056	-,030	-,116
	p	,033	,375	,808	,219
Uyku Bozukluğu	r	,030	-,038	,093	,033
	p	,624	,544	,459	,727
Uyku İlacı Kullanımı	r	-,015	,073	,075	,034
	p	,806	,244	,551	,716
Gündüz İşlev Bozukluğu	r	-,008	-,057	,069	,108
	p	,895	,359	,580	,253

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Bireylerin su tüketimleri ile HYDA Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = ,191$; $p = ,001$). Su tüketimi arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi artmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin su tüketimleri ile PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliğinde bozulma puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = -,129$; $p = ,033$). Su tüketimi arttıkça alışılmış uyku etkinliğindeki bozulma azalmaktadır.

Çalışma grubunun kafein tüketim miktarı ile HYDA Dışsal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,161$; $p=,010$). Kafein tüketimi arttıkça dışsal yeme düzeyi artmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin alkol tüketim miktarı ile HYDA toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,193$; $p=,040$). Alkol tüketimi arttıkça HYDA toplam puanı azalmaktadır.

Bireylerin alkol tüketim miktarı ile HYDA Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,187$; $p=,047$). Alkol tüketim miktarı arttıkça duygusal yeme düzeyi azalmaktadır.

Kişilerin alkol tüketim miktarı ile PUKİ Uyku Latansı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,283$; $p=,002$). Alkol tüketim miktarı arttıkça uyku latansındaki bozulma artmaktadır.

Araştırma grubunun sigara kullanım miktarları ile ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 28'de çalışmaya katılan bireylerin ana öğün sayılarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Ana öğün sayıları istatistiksel analize uygun hale gelmesi için yeniden kodlanmış ve iki kategoriye düşürülmüştür.

Tablo 28. Katılımcıların Ana Öğün Sayılarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları

	Ana Öğün	n	Ort.	SS	t	p
BDE	2 öğün ve altı	116	14,70	8,957	1,697	,091
	3 öğün ve üstü	157	12,92	8,225		
HYDA Toplam	2 öğün ve altı	116	101,64	20,314	-1,541	,125
	3 öğün ve üstü	157	105,45	20,150		
Duygusal Yeme	2 öğün ve altı	116	38,84	16,394	-,746	,456
	3 öğün ve üstü	157	40,31	15,699		
Kısıtlayıcı Yeme	2 öğün ve altı	116	30,63	7,064	-2,141	,033*
	3 öğün ve üstü	157	32,50	7,169		
Dışsal Yeme	2 öğün ve altı	116	32,16	7,476	-,544	,587
	3 öğün ve üstü	157	32,65	7,154		
PUKİ	2 öğün ve altı	116	6,75	3,597	,600	,549
	3 öğün ve üstü	157	6,49	3,484		
Öznel Uyku Kalitesi	2 öğün ve altı	116	1,38	,820	1,592	,113
	3 öğün ve üstü	157	1,22	,789		
Uyku Latansı	2 öğün ve altı	116	1,27	1,137	2,215	,028*
	3 öğün ve üstü	157	,97	1,077		
Uyku Süresi	2 öğün ve altı	116	1,16	1,124	-2,145	,033*
	3 öğün ve üstü	157	1,45	1,094		
Aşılımış Uyku Etkinliği	2 öğün ve altı	116	,73	1,050	,399	,691
	3 öğün ve üstü	157	,68	1,050		
Uyku Bozukluğu	2 öğün ve altı	116	1,14	,509	1,623	,106
	3 öğün ve üstü	157	1,04	,492		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	2 öğün ve altı	116	,10	,464	-,576	,564
	3 öğün ve üstü	157	,08	,438		
Gündüz İşlev Bozukluğu	2 öğün ve altı	116	,97	,973	-,634	,527
	3 öğün ve üstü	157	1,05	1,011		

* $p < ,05$; ¹ Mann Whitney U (z değeri)

Çalışma grubunun ana öğün sayılarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t = -2,141$; $p = ,033$). 3 ana öğün ve üstü beslenenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort = 32,50$) 2 ana öğün ve altı beslenenlerin ortalamalarından ($ort = 30,63$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin ana öğün sayılarına göre PUKİ Uyku Latansı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t = 2,215$; $p = ,028$). 2 ana öğün ve altı beslenenlerin uyku latanslarında bozulma ortalamaları ($ort = 1,27$) 3 ana öğün ve üstünde beslenenlerin ortalamalarından ($ort = ,97$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kişilerin ana öğün sayılarına göre PUKİ Uyku Süresi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,145$; $p=,033$). 3 ana öğün ve üstünde beslenenlerin uyku sürelerinde bozulma ortalamaları ($ort=1,45$) 2 ana öğün ve altında beslenenlerin ortalamalarından ($ort=1,16$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 29'da araştırma grubunun ara öğün sayılarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir. Ara öğün sayıları istatistiksel analize uygun hale gelmesi için yeniden kodlanmış ve üç kategoriye düşürölmüştür.



Tablo 29. Katılımcıların Ara Öğün Sayılarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Tek Yönlü Varyans Analizi Bulguları

		n	Ort.	SS	F	p
BDE	1 ara öğün ya da hiç	93	13,96	8,567	,687	,504
	2 ara öğün	100	12,90	8,546		
	3 ara öğün ya da fazla	80	14,33	8,646		
HYDA Toplam	1 ara öğün ya da hiç	93	102,97	21,963	1,480	,230
	2 ara öğün	100	102,06	20,001		
	3 ara öğün ya da fazla	80	107,05	18,340		
Duygusal Yeme	1 ara öğün ya da hiç	93	39,46	16,665	,864	,423
	2 ara öğün	100	38,41	15,886		
	3 ara öğün ya da fazla	80	41,54	15,312		
Kısıtlayıcı Yeme	1 ara öğün ya da hiç	93	30,76	6,932	2,903	,057
	2 ara öğün	100	31,32	7,650		
	3 ara öğün ya da fazla	80	33,28	6,637		
Dışsal Yeme	1 ara öğün ya da hiç	93	32,74	7,008	,121	,886
	2 ara öğün	100	32,33	7,669		
	3 ara öğün ya da fazla	80	32,24	7,182		
PUKİ	1 ara öğün ya da hiç	93	6,46	3,491	,460	,632
	2 ara öğün	100	6,87	3,483		
	3 ara öğün ya da fazla	80	6,43	3,648		
Öznel Uyku Kalitesi	1 ara öğün ya da hiç	93	1,34	,759	,618	,540
	2 ara öğün	100	1,22	,836		
	3 ara öğün ya da fazla	80	1,31	,821		
Uyku Latansı	1 ara öğün ya da hiç	93	1,06	1,041	,620	,539
	2 ara öğün	100	1,19	1,143		
	3 ara öğün ya da fazla	80	1,01	1,153		
Uyku Süresi	1 ara öğün ya da hiç	93	1,25	1,060	,329	,720
	2 ara öğün	100	1,35	1,158		
	3 ara öğün ya da fazla	80	1,38	1,129		
Alışılmış Uyku Etkinliği	1 ara öğün ya da hiç	93	,63	1,101	,570	,566
	2 ara öğün	100	,79	1,085		
	3 ara öğün ya da fazla	80	,68	,938		
Uyku Bozukluğu	1 ara öğün ya da hiç	93	1,03	,520	,924	,398
	2 ara öğün	100	1,13	,464		
	3 ara öğün ya da fazla	80	1,08	,522		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	1 ara öğün ya da hiç	93	,17	,601	5,985	,050
	2 ara öğün	100	,03	,171		
	3 ara öğün ya da fazla	80	,08	,471		
Gündüz İşlev Bozukluğu	1 ara öğün ya da hiç	93	,97	,914	1,711	,183
	2 ara öğün	100	1,16	1,042		
	3 ara öğün ya da fazla	80	,90	1,014		

* $p < ,05$; ¹ *Kruskal Wallis H*

Bireylerin ara öğün sayılarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 30'da araştırma grubunun öğün atlama durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların Öğün Atlama Durumlarına göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları

	Öğün Atlama	n	Ort.	SS	t	p
BDE	Evet	184	14,77	8,941	3,285	,001*
	Hayır	89	11,43	7,302		
HYDA Toplam	Evet	184	103,72	20,586	-,127	,899
	Hayır	89	104,06	19,717		
Duygusal Yeme	Evet	184	40,12	16,543	,670	,503
	Hayır	89	38,79	14,814		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	184	31,29	6,815	-1,360	,175
	Hayır	89	32,55	7,829		
Dışsal Yeme	Evet	184	32,31	7,085	-,435	,664
	Hayır	89	32,72	7,709		
PUKİ	Evet	184	6,98	3,657	2,606	,010*
	Hayır	89	5,81	3,118		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	184	1,36	,811	2,059	,040*
	Hayır	89	1,15	,777		
Uyku Latansı	Evet	184	1,18	1,125	1,925	,055
	Hayır	89	,91	1,062		
Uyku Süresi	Evet	184	1,35	1,136	,659	,511
	Hayır	89	1,26	1,072		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	184	,76	1,095	1,378	,170
	Hayır	89	,58	,939		
Uyku Bozukluğu	Evet	184	1,11	,536	1,745	,082
	Hayır	89	1,01	,413		
Uyku İlacı Kullanımı ¹	Evet	184	,11	,494	-1,491	,136
	Hayır	89	,04	,334		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	184	1,10	1,009	1,909	,057
	Hayır	89	,85	,948		

* $p < ,05$; ¹ Mann Whitney U (z değeri)

Araştırma grubunun öğün atlama durumlarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,285$; $p=,001$). Öğün atlayanların depresyon ortalamaları ($ort=14,77$) atlamayanların ortalamalarından ($ort=11,43$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin öğün atlama durumlarına göre PUKİ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,606$; $p=,010$). Öğün atlayanların PUKİ ortalamaları ($ort=6,98$) atlamayanların ortalamalarından ($ort=5,81$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kişilerin öğün atlama durumlarına göre PUKİ Öznel Uyku Kalitesi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,059$; $p=,040$). Öğün atlayanların öznel uyku kalitesinde bozulma ortalamaları ($ort=1,36$) atlamayanların ortalamalarından ($ort=1,15$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 31’de çalışma grubunun ana öğünler arasında atıştırma alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların Ana Öğünler Arasında Atıştırma Alıp Almamalarına göre BDE, HYDA ve PUKİ’den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U Testi Bulguları

	Ana öğünler arasında atıştırma	n	Ort.	SS	z	p
BDE	Evet	260	13,72	8,495	-,688	,491
	Hayır	13	12,92	10,380		
HYDA Toplam	Evet	260	104,47	20,155	-2,234	,025*
	Hayır	13	91,08	19,002		
Duygusal Yeme	Evet	260	40,07	16,035	-1,797	,072
	Hayır	13	31,92	13,156		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	260	31,72	7,234	-,368	,713
	Hayır	13	31,38	6,007		
Dışsal Yeme	Evet	260	32,68	7,201	-2,158	,031*
	Hayır	13	27,77	7,639		
PUKİ	Evet	260	6,56	3,514	-,749	,454
	Hayır	13	7,38	3,863		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	260	1,27	,809	-1,552	,121
	Hayır	13	1,62	,650		
Uyku Latansı	Evet	260	1,06	1,103	-2,322	,020*
	Hayır	13	1,77	1,092		
Uyku Süresi	Evet	260	1,33	1,118	-,527	,598
	Hayır	13	1,15	1,068		
Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	260	,71	1,053	-,573	,567
	Hayır	13	,54	,967		
Uyku Bozukluğu	Evet	260	1,08	,510	-,057	,954
	Hayır	13	1,08	,277		
Uyku İlacı Kullanımı	Evet	260	,08	,422	-,471	,638
	Hayır	13	,23	,832		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	260	1,02	,984	-,328	,743
	Hayır	13	1,00	1,225		

* $p<,05$

Araştırma grubunun ana öğünler arasında atıştırma alıp almamalarına göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,234$; $p=,025$). Ana öğünler arasında atıştırma alanların HYDA toplam puan ortalamaları ($ort=104,47$) almamayanların ortalamalarından ($ort=91,08$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin ana öğünler arasında atıştırma alıp almamalarına göre HYDA Dışsal Yeme alt ölçeğinden aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,158$; $p=,031$). Ana öğünler arasında atıştırma alanların dışsal yeme ortalamaları ($ort=32,68$) almayanların ortalamalarından ($ort=27,77$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kişilerin ana öğünler arasında atıştırma alıp almamalarına göre PUKİ Uyku Latansı alt ölçeğinden aldıkları ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,322$; $p=,020$). Ana öğünler arasında atıştırma almayanların uyku latansında bozulma ortalamaları ($ort=1,77$) alanların ortalamalarından ($ort=1,06$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 32’de bireylerin akşam yemeği sonrasında atıştırma alıp almamalarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 32. Katılımcıların Akşam Yemeği Sonrasında Atıştırma Alıp Almamalarına göre BDE, HYDA ve PUKİ’den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U testi Bulguları

	Akşam yemeği sonrasında atıştırma	n	Ort.	SS	z	p
BDE	Evet	213	13,85	8,423	-,858	,391
	Hayır	60	13,05	9,131		
HYDA Toplam	Evet	213	105,19	20,153	-2,350	,019*
	Hayır	60	99,02	20,118		
Duygusal Yeme	Evet	213	41,25	15,653	-3,097	,002*
	Hayır	60	34,13	16,042		
Kısıtlayıcı Yeme	Evet	213	31,28	7,188	-1,750	,080
	Hayır	60	33,22	6,963		
Dışsal Yeme	Evet	213	32,66	7,196	-,696	,487
	Hayır	60	31,67	7,595		
PUKİ	Evet	213	6,84	3,608	-1,978	,048*
	Hayır	60	5,77	3,116		
Öznel Uyku Kalitesi	Evet	213	1,30	,802	-,414	,679
	Hayır	60	1,27	,821		
Uyku Latansı	Evet	213	1,17	1,138	-2,031	,042*
	Hayır	60	,82	,965		
Uyku Süresi	Evet	213	1,37	1,115	-1,235	,217
	Hayır	60	1,17	1,107		
Aşılışmış Uyku Etkinliği	Evet	213	,72	1,065	-,401	,688
	Hayır	60	,63	,991		
Uyku Bozukluğu	Evet	213	1,09	,529	-,557	,577
	Hayır	60	1,05	,387		
Uyku İlacı Kullanımı	Evet	213	,11	,501	-1,388	,165
	Hayır	60	,02	,129		
Gündüz İşlev Bozukluğu	Evet	213	1,08	1,007	-1,778	,075
	Hayır	60	,82	,930		

* $p<,05$

Çalışma grubunun akşam yemeği sonrası atıştırma alıp almamalarına göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,350$; $p=,019$). Akşam yemeği sonrasında atıştırma alanların HYDA toplam puan ortalamaları ($ort=105,19$) almayanların ortalamalarından ($ort=99,02$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kişilerin akşam yemeği sonrası atıştırma alıp almamalarına göre HYDA Duygusal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-3,097$; $p=,002$). Akşam yemeği sonrasında atıştırma alanların duygusal yeme ortalamaları ($ort=41,25$) almayanların ortalamalarından ($ort=34,13$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin akşam yemeği sonrasında atıştırma alıp almamalarına göre PUKİ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-1,978$; $p=,048$). Akşam yemeği sonrasında atıştırma alanların PUKİ ortalamaları ($ort=6,84$) almayanların ortalamalarından ($ort=5,77$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin akşam yemeği sonrasında atıştırma alıp almamalarına göre PUKİ Uyku Latansı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,031$; $p=,042$). Akşam yemeği sonrasında atıştırma alanların uyku latansında bozulma ortalamaları ($ort=1,17$) almayanların ortalamalarından ($ort=,82$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 33’de çalışma grubunun aldıkları ara öğün atıştırma miktarlarına göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların Aldıkları Ara Öğün Atıştırma Ölçeklerine göre BDE, HYDA ve PUKİ'den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi ve Mann Whitney U Testi Bulguları

Ara Öğün Atıştırma Ölçeği	Ölçek/Alt Ölçek		n	Ort.	SS	t/z	p	
Taze Meyveler/ Kuru Meyveler	HYDA Toplam	Evet	158	106,62	20,799	2,157	,032*	
		Hayır	102	101,14	18,730			
	HYDA Kısıtlayıcı Yeme	Evet	158	33,57	6,680	5,406	,000*	
		Hayır	102	28,85	7,155			
Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)	BDE	Evet	112	12,21	7,516	-2,583	,010*	
		Hayır	148	14,86	9,024			
	HYDA Toplam	Evet	112	107,89	19,755	2,405	,017*	
		Hayır	148	101,88	20,134			
Süt, yoğurt, ayran	HYDA Kısıtlayıcı Yeme	Evet	95	34,31	6,535	4,536	,000*	
		Hayır	165	30,23	7,216			
	PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği	Evet	95	,53	,909	-2,289	,023*	
		Hayır	165	,82	1,117			
Bisküvi, çikolata, dondurma	HYDA Toplam	Evet	116	107,70	18,455	2,373	,018*	
		Hayır	144	101,87	21,133			
	HYDA Duygusal Yeme	Evet	116	43,59	14,547	3,275	,001*	
		Hayır	144	37,24	16,657			
	HYDA Kısıtlayıcı Yeme	Evet	116	29,61	6,451	-4,359	,000*	
		Hayır	144	33,42	7,404			
	HYDA Dışsal Yeme	Evet	116	34,50	6,444	3,756	,000*	
		Hayır	144	31,21	7,460			
	PUKİ Gündüz İşlev Bozukluğu		Evet	116	1,18	,992	2,401	,017*
			Hayır	144	,89	,962		
Poğaç, simit, börek, kek	HYDA Kısıtlayıcı Yeme ¹	Evet	56	29,52	7,802	-2,578	,010*	
		Hayır	204	32,32	6,970			
Sandviç, tost	PUKİ Uyku Süresi ¹	Evet	24	,83	1,129	-2,392	,017*	
		Hayır	236	1,38	1,106			
Tatlılar (Sütlü, Şerbetli)	HYDA Kısıtlayıcı Yeme ¹	Evet	65	28,97	6,403	-3,706	,000*	
		Hayır	195	32,64	7,278			
	HYDA Dışsal Yeme ¹	Evet	65	34,35	6,863	-2,178	,029*	
		Hayır	195	32,12	7,240			

* $p < ,05$; 1Mann Whitney U (z değeri)

Çalışmaya katılan bireylerin ara öğünlerde atıştırma olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketip tüketmemelerine göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,157$; $p=,032$). Ara öğünlerde taze meyveler/kuru meyveler tüketenlerin HYDA toplam puan ortalamaları ($ort=106,62$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=101,14$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun ara öğünlerde atıştırma olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=5,406$; $p=,000$). Ara öğünlerde taze meyveler/kuru meyveler tüketenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=33,57$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=28,85$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak yağlı tohumlar tüketip tüketmemelerine göre BDE ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,583$; $p=,010$). Ara öğünlerde yağlı tohumlar tüketmeyenlerin Depresyon ortalamaları ($ort=14,86$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=12,21$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak yağlı tohumlar tüketip tüketmemelerine göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,405$; $p=,017$). Ara öğünlerde yağlı tohumlar tüketenlerin HYDA toplam puan ortalamaları ($ort=107,89$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=101,88$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak süt, yoğurt, ayran tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=4,536$; $p=,000$). Ara öğünlerde süt, yoğurt, ayran tüketenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=34,31$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=30,23$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak süt, yoğurt, ayran tüketip tüketmemelerine göre PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,289$; $p=,023$). Ara öğünlerde süt, yoğurt, ayran tüketmeyenlerin alışılmış uyku etkinliğinde bozulma ortalamaları ($ort=,82$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=,53$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kişilerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketip tüketmemelerine göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,373$; $p=,018$). Ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin HYDA toplam puan ortalamaları ($ort=107,70$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=101,87$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketip tüketmemelerine göre HYDA Duygusal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,275$; $p=,001$). Ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin duygusal yeme ortalamaları ($ort=43,59$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=37,24$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,359$; $p=,000$). Ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=33,42$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=29,61$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketip tüketmemelerine göre HYDA Dışsal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,756$; $p=,000$). Ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin dışsal yeme ortalamaları ($ort=34,50$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=31,21$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketip tüketmemelerine göre PUKİ Gündüz İşlev Bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,401$; $p=,017$). Ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin gündüz işlev bozukluğu ortalamaları ($ort=1,18$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=,89$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kişilerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak poğaç, simit, börek, kek tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,578$; $p=,010$). Ara öğünlerde poğaç, simit, börek, kek tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=32,32$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=29,52$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak sandviç, tost tüketip tüketmemelerine göre PUKİ Uyku Süresi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,392$; $p=,017$). Ara öğünlerde sandviç, tost tüketmeyenlerin uyku sürelerinde bozulma ortalamaları ($ort=1,38$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=,83$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan yetişkinlerin ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak tatlı tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-3,706$; $p=,000$). Ara öğünlerde tatlı tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=32,64$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=28,97$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak tatlı tüketip tüketmemelerine göre HYDA Dışsal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,178$; $p=,029$). Ara öğünlerde tatlı tüketenlerin dışsal yeme ortalamaları ($ort=34,35$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=32,12$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Ara öğünlerde atıştırılabilirlik olarak galeta, grisini, kraker tüketilmesi bakımından ölçeklerden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 34’de bireylerin akşam yemeğinden sonra aldıkları atıştırılabilirliklere göre Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi ve Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 34. Katılımcıların Akşam Yemeğinden Sonra Aldıkları Atıştırılabilirliklere göre BDE, HYDA ve PUKİ’den Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T testi ve Mann Whitney U testi Bulguları

Akşam yemeği sonrası atıştırılabilirlik	Ölçek/Alt Ölçek		n	Ort.	SS	t/z	p
	BDE	Evet	131	12,75	8,043	-2,451	,015*
		Hayır	82	15,62	8,758		
Taze Meyveler/ Kuru Meyveler	HYDA Kısıtlayıcı Yeme	Evet	131	32,18	7,389	2,330	,021*
		Hayır	82	29,84	6,649		
	HYDA Dışsal Yeme	Evet	131	31,71	7,130	-2,470	,014*
		Hayır	82	34,18	7,080		
Süt, yoğurt, ayran	HYDA Kısıtlayıcı Yeme	Evet	44	35,27	6,366	4,138	,000*
		Hayır	169	30,24	7,039		
	PUKİ Öznel Uyku Kalitesi	Evet	44	1,07	,789	-2,209	,027*
		Hayır	169	1,36	,797		
Bisküvi, gofret, çikolata, dondur,	HYDA Kısıtlayıcı Yeme	Evet	94	29,97	7,006	-2,388	,018*
		Hayır	119	32,31	7,190		
Poğaç, simit, börek, kek	BDE ¹	Evet	20	19,90	9,436	-3,366	,001*
		Hayır	193	13,23	8,082		
	PUKİ ¹	Evet	20	9,05	4,605	-2,271	,023*
		Hayır	193	6,61	3,422		
	PUKİ Öznel Uyku Kalitesi ¹	Evet	20	1,70	,733	-2,472	,013*
		Hayır	193	1,25	,799		
	PUKİ Uyku Latansı ¹	Evet	20	1,70	1,129	-2,172	,030*
		Hayır	193	1,12	1,128		
PUKİ Uyku Bozukluğu ¹	Evet	20	1,35	,587	-2,028	,043*	
	Hayır	193	1,06	,517			
Sandviç, tost	BDE ¹	Evet	7	19,43	6,079	-2,081	,037*
		Hayır	206	13,67	8,437		
	HYDA Dışsal Yeme ¹	Evet	7	39,29	6,211	-2,322	,020*
		Hayır	206	32,44	7,132		
Tatlılar (Sütlü, Şerbetli)	HYDA Dışsal Yeme	Evet	80	34,56	6,560	3,047	,003*
		Hayır	133	31,52	7,342		

* $p < ,05$; ¹Mann Whitney U (z değeri)

Çalışmaya katılan yetişkinlerin akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketip tüketmemelerine göre BDE ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,451$; $p=,015$). Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketmeyenlerin depresyon ortalamaları ($ort=15,62$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=12,75$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,330$; $p=,021$). Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=32,18$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=29,84$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketip tüketmemelerine göre HYDA Dışsal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,470$; $p=,014$). Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketmeyenlerin dışsal yeme ortalamaları ($ort=34,18$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=31,71$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak süt, yoğurt, ayran tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,138$; $p=,021$). Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak süt, yoğurt, ayran tüketenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=35,27$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=30,24$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan yetişkinlerin akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak süt, yoğurt, ayran tüketip tüketmemelerine göre PUKİ Öznel Uyku Kalitesi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,209$; $p=,027$). Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak süt, yoğurt, ayran tüketmeyenlerin öznel uyku kalitesinde bozulma ortalamaları ($ort=1,36$) tüketenlerin ortalamalarından ($ort=1,07$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketip tüketmemelerine göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,388$; $p=,018$). Akşam yemeğinden sonra bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=32,31$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=29,97$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketip tüketmemelerine göre BDE ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-3,366$; $p=,001$). Akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketenlerin depresyon ortalamaları ($ort=19,90$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=13,23$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketip tüketmemelerine göre PUKİ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,271$; $p=,023$). Akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketenlerin toplam uyku kalitesinde bozulma ortalamaları ($ort=9,05$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=6,61$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketip tüketmemelerine göre PUKİ znel Uyku Kalitesi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,472$; $p=,013$). Akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketenlerin öznel uyku kalitesinde bozulma ortalamaları ($ort=1,70$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=1,25$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketip tüketmemelerine göre PUKİ Uyku Latansı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,172$; $p=,030$). Akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketenlerin uyku latansında bozulma ortalamaları ($ort=1,70$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=1,12$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketip tüketmemelerine göre PUKİ Uyku Bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,081$; $p=,037$). Akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak poğaça, simit, börek, kek tüketenlerin uyku bozukluğu ortalamaları ($ort=1,35$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=1,06$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubunun akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak sandviç, tost tüketip tüketmemelerine göre BDE ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,081$; $p=,037$). Akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak sandviç, tost tüketenlerin depresyon ortalamaları ($ort=19,43$) tüketmeyenlerin ortalamalarından ($ort=13,67$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin akşam yemeği sonrası atıştırma olarak sandviç, tost tüketip tüketmemelerine göre HYDA Dışsal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2,322$; $p=,020$). Akşam yemeği sonrası atıştırma olarak sandviç, tost tüketenlerin dışsal yeme ortalamaları (ort=39,29) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=32,44) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin akşam yemeği sonrası atıştırma olarak tatlı tüketip tüketmemelerine göre HYDA Dışsal Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=3,047$; $p=,003$). Akşam yemeği sonrası atıştırma olarak tatlı tüketenlerin dışsal yeme ortalamaları (ort=34,56) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=31,52) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Akşam yemeği sonrası yağlı tohumların tüketilmesi ile galeta, grisini kraker tüketilmesi bakımından ölçeklerden alınan ortalama puanlar ile yeme davranışları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 35’de çalışmaya katılan bireylerin BKİ kategorilerine göre kilo ve kilo kontrolü ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları ve bu dağılımlar arasındaki farklılara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 35. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Kilo ve Kilo Kontrolü ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

			Normal	Fazla Kilolu	Obez	Toplam	χ^2	p
Kendinizi nasıl görüyorsunuz?	Zayıf	n	4 _a	0 _a	0 _a	4	94,273	,000*
		%	3,8	0,0	0,0	1,5		
	Normal	n	55 _a	12 _b	2 _c	69		
		%	52,9	12,9	2,6	25,3		
	Fazla Kilolu	n	35 _a	60 _b	38 _{a,b}	133		
		%	33,7	64,5	50,0	48,7		
Şişman	n	10 _a	21 _b	36 _c	67			
	%	9,6	22,6	47,4	24,5			
Daha önce diyet yaptı mı?	Evet	n	76 _a	74 _{a,b}	70 _b	220	10,256	,006*
		%	73,1	79,6	92,1	80,6		
	Hayır	n	28 _a	19 _{a,b}	6 _b	53		
		%	26,9	20,4	7,9	19,4		
Şu an diyet yapıyor mu?	Evet	n	50 _a	52 _a	40 _a	142	1,224	,542
		%	48,1	55,9	52,6	52,0		
	Hayır	n	54 _a	41 _a	36 _a	131		
		%	51,9	44,1	47,4	48,0		
Çocukluk çağında kilo problemi	Evet	n	36 _a	36 _a	46 _b	118	13,184	,001*
		%	34,6	38,7	60,5	43,2		
	Hayır	n	68 _a	57 _a	30 _b	155		
		%	65,4	61,3	39,5	56,8		
Sık kilo alıp veriyor mu?	Evet	n	57 _{a,b}	44 _b	50 _a	151	5,794	,055
		%	54,8	47,3	65,8	55,3		
	Hayır	n	47 _{a,b}	49 _b	26 _a	122		
		%	45,2	52,7	34,2	44,7		
Düzenli egzersiz yapıyor mu?	Evet	n	25 _a	20 _a	15 _a	60	,492	,782
		%	24,0	21,5	19,7	22,0		
	Hayır	n	79 _a	73 _a	61 _a	213		
		%	76,0	78,5	80,3	78,0		
Toplam	n	104	93	76	273			
	%	100,0	100,0	100,0	100,0			

Bireylerin BKİ kategorilerine göre kendilerini nasıl gördüklerine ilişkin soruya verdikleri yanıtların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(3)}=94,273$; $p=,000$]. BKİ kategorisine göre normal kiloda olan bireylerin %52,9'unun, fazla kilolu olan kişilerin %12,9'unun ve obez olan kişilerin %2,6'sının kendilerini normal kiloda gördükleri gözlenmiştir, BKİ kategorisine göre normal kiloda olan bireylerin %33,7'sinin, fazla kilolu olan kişilerin %64,5'inin ve obez olan bireylerin %50'sinin kendilerini fazla kilolu gördükleri gözlenmiştir. BKİ kategorisine göre normal kiloda olan bireylerin %9,6'sının, fazla kilolu olan katılımcıların %22,6'sının ve obez olan kişilerin %47,4'ünün kendilerini şişman olarak gördükleri gözlenmiştir.

Çalışma grubunun BKİ kategorilerine göre daha önce diyet yapıp yapmadıklarına ilişkin soruya verdikleri evet yanıtlarının dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur

$[\chi^2_{(3)}=10,256; p=,006]$. Evet, yanıtı veren obez bireylerin dağılımı (%92,1) normal kilolu bireylerin dağılımından (%73,1) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu kişilerin dağılımı ise (%79,6) hem obez hem de normal kiloluların dağılımlarından farklı değildir.

Araştırma grubunun BKİ kategorilerine göre çocukluk çağında kilo problemleri bulunup bulunmadığına ilişkin soruya verdikleri evet yanıtının dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur $[\chi^2_{(3)}=13,184; p=,001]$. Evet, yanıtı veren obez katılımcıların dağılımı (%60,5) hem fazla kilolu bireylerin dağılımlarından (%38,7) hem de normal kilodaki bireylerin dağılımlarından (%34,6) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu katılımcılarla normal kilodaki kişilerin çocukluk çağında kilo problemlerinin bulunup bulunmaması bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan yetişkin bireylerin BKİ kategorilerine göre şu an diyet yapma, sık kilo alıp verme ve düzenli egzersiz yapma sorularına verdikleri evet yanıtlarının dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 36'da araştırma grubunun BKİ kategorilerine göre sigara, alkol, kafein ve su tüketimi ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları ve bu dağılımlar arasındaki farklılıklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 36. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Sigara, Alkol, Kafein ve Su Tüketimi ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

			Normal	Fazla Kilolu	Obez	Toplam	χ^2	p
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	n	26	18	22	66	2,162	,339
		%	25,0	19,4	28,9	24,2		
	Kullanmıyor	n	78	75 _a	54 _a	207		
		%	75,0	80,6	71,1	75,8		
Alkol Kullanımı	Kullanıyor	n	51 _a	39 _a	24 _a	114	5,506	,064
		%	49,0	41,9	31,6	41,8		
	Kullanmıyor	n	53 _a	54 _a	52 _a	159		
		%	51,0	58,1	68,4	58,2		
Kafein tüketimi	Evet	n	97 _a	86 _a	74 _a	257	2,047	,359
		%	93,3	92,5	97,4	94,1		
	Hayır	n	7 _a	7 _a	2 _a	16		
		%	6,7	7,5	2,6	5,9		
Su tüketimi/ bardak	5 bardaktan az	n	18 _a	22 _a	10 _a	50	11,998	,151
		%	17,3	23,7	13,2	18,3		
	6-8 bardak	n	35 _a	23 _a	16 _a	74		
		%	33,7	24,7	21,1	27,1		
	9-12 bardak	n	26 _a	28 _a	21 _a	75		
		%	25,0	30,1	27,6	27,5		
	13-15 bardak	n	18 _a	13 _a	17 _a	48		
		%	17,3	14,0	22,4	17,6		
15 bardaktan fazla	n	7 _a	7 _a	12 _a	26			
	%	6,7	7,5	15,8	9,5			
Toplam	n	104	93	76	273			
	%	100,0	100,0	100,0	100,0			

Bireylerin BKİ kategorilerine göre sigara kullanımları, alkol kullanımları, kafein tüketimleri ve su tüketim miktarları dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 37'de çalışmaya katılan yetişkinlerin BKİ kategorilerine göre öğün atlama ve öğün atlama nedenleri ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları ve bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 37. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Öğün Atlama ve Öğün Atlama Nedenleri ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

			Normal	Fazla Kilolu	Obez	Toplam	χ^2	p
Öğün atlama	Evet	n	68 _a	58 _a	58 _a	184	4,014	,134
		%	65,4	62,4	76,3	67,4		
	Hayır	n	36 _a	35 _a	18 _a	89		
		%	34,6	37,6	23,7	32,6		
Toplam		n	104	93	76	273		
		%	100,0	100,0	100,0	100,0		
Öğün atlama nedeni	İş yoğunluğundan vakit bulamama	n	26 _a	22 _a	28 _a	76	3,213	,920
		%	38,2	37,9	48,3	41,3		
	Açlık hissetmeme	n	24 _a	17 _a	17 _a	58		
		%	35,3	29,3	29,3	31,5		
	Bulunduğu yerde uygun yemek bulamama	n	9 _a	9 _a	7 _a	25		
		%	13,2	15,5	12,1	13,6		
	3 öğün yapmayı gereksiz görme	n	3 _a	3 _a	1 _a	7		
%		4,4	5,2	1,7	3,8			
Zayıflamak isteme	n	6 _a	7 _a	5 _a	18			
	%	8,8	12,1	8,6	9,8			
Toplam			68	58	58	184		
			100,0	100,0	100,0	100,0		

Bireylerin BKİ kategorilerine göre öğün atlama ve öğün atlama nedenlerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 38’de araştırma grubunun BKİ kategorilerine göre ana öğünler arasında atıştırmalık alma ve tüketilen atıştırmalıklarla ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları ve bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 38. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Ana Öğünler Arasında Atıştırmalık Alma ve Tüketilen Atıştırmalıklarla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

			Normal	Fazla Kilolu	Obez	Toplam	χ^2	p
Ana öğünler arasında atıştırmalık	Evet	n	99 _a	91 _a	70 _a	260	3,044	,218
		%	95,2	97,8	92,1	95,2		
	Hayır	n	5 _a	2 _a	6 _a	13		
%		4,8	2,2	7,9	4,8			
Toplam		n	104	93	76	273		
		%	100,0	100,0	100,0	100,0		
Taze meyveler/kuru meyveler	Evet	n	64 _a	51 _a	43 _a	158	1,489	,475
		%	64,6	56,0	61,4	60,8		
	Hayır	n	35 _a	40 _a	27 _a	102		
%		35,4	44,0	38,6	39,2			
Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)	Evet	n	47 _a	35 _a	30 _a	112	1,573	,455
		%	47,5	38,5	42,9	43,1		
	Hayır	n	52 _a	56 _a	40 _a	148		
%		52,5	61,5	57,1	56,9			
Süt, yoğurt, ayran	Evet	n	38 _a	32 _a	25 _a	95	,240	,887
		%	38,4	35,2	35,7	36,5		
	Hayır	n	61 _a	59 _a	45 _a	165		
%		61,6	64,8	64,3	63,5			
Galeta, grisini, kraker	Evet	n	23 _a	21 _a	14 _a	58	,295	,863
		%	23,2	23,1	20,0	22,3		
	Hayır	n	76 _a	70 _a	56 _a	202		
%		76,8	76,9	80,0	77,7			
Bisküvi, gofret, çikolata, dondurma	Evet	n	45 _a	43 _a	28 _a	116	,888	,642
		%	45,5	47,3	40,0	44,6		
	Hayır	n	54 _a	48 _a	42 _a	144		
%		54,5	52,7	60,0	55,4			
Poğaç, simit, börek, kek	Evet	n	18 _a	21 _a	17 _a	56	1,100	,577
		%	18,2	23,1	24,3	21,5		
	Hayır	n	81 _a	70 _a	53 _a	204		
%		81,8	76,9	75,7	78,5			
Sandviç, tost	Evet	n	13 _a	8 _a	3 _a	24	3,862	,145
		%	13,1	8,8	4,3	9,2		
	Hayır	n	86 _a	83 _a	67 _a	236		
%		86,9	91,2	95,7	90,8			
Tatlılar (Sütlü, şerbetli)	Evet	n	22 _a	25 _a	18 _a	65	,723	,697
		%	22,2	27,5	25,7	25,0		
	Hayır	n	77 _a	66 _a	52 _a	195		
%		77,8	72,5	74,3	75,0			
Toplam			99	91	70	260		
			100,0	100,0	100,0	100,0		

Bireylerin BKİ kategorilerine göre ana öğünler arasında atıştırmalık alma ve tüketilen atıştırmalıklarla ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 39’da araştırmaya katılan bireylerin BKİ kategorilerine göre akşam yemeği sonrası atıştırmalık alma ve tüketlenen atıştırmalıklarla ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları ve bu dağılımlar arasındaki farklılara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 39. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Akşam Yemeği Sonrası Atıştırmalık Alma ve Tüketlenen Atıştırmalıklarla İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımları ve Bu Dağılımlar Arasındaki Farklara İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

			Normal	Fazla Kilolu	Obez	Toplam	χ^2	p
Akşam yemeği sonrası atıştırmalık	Evet	n	79 _a	74 _a	60 _a	213	,425	,808
		%	76,0	79,6	78,9	78,0		
	Hayır	n	25 _a	19 _a	16 _a	60		
%		24,0	20,4	21,1	22,0			
Toplam		n	104	93	76	273		
		%	100,0	100,0	100,0	100,0		
Taze meyveler/kuru meyveler	Evet	n	55 _a	43 _a	33 _a	131	3,630	,163
		%	69,6	58,1	55,0	61,5		
	Hayır	n	24 _a	31 _a	27 _a	82		
%		30,4	41,9	45,0	38,5			
Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)	Evet	n	29 _a	30 _a	17 _a	76	2,209	,331
		%	36,7	40,5	28,3	35,7		
	Hayır	n	50 _a	44 _a	43 _a	137		
%		63,3	59,5	71,7	64,3			
Süt, yoğurt, ayran	Evet	n	14 _a	15 _a	15 _a	44	1,113	,573
		%	17,7	20,3	25,0	20,7		
	Hayır	n	65 _a	59 _a	45 _a	169		
%		82,3	79,7	75,0	79,3			
Galeta, grisini, kraker	Evet	n	5 _a	7 _a	2 _a	14	2,037	,361
		%	6,3	9,5	3,3	6,6		
	Hayır	n	74 _a	67 _a	58 _a	199		
%		93,7	90,5	96,7	93,4			
Bisküvi, gofret, çikolata, dondurma	Evet	n	35 _a	35 _a	24 _a	94	,717	,699
		%	44,3	47,3	40,0	44,1		
	Hayır	n	44 _a	39 _a	36 _a	119		
%		55,7	52,7	60,0	55,9			
Poğaça, simit, börek, kek	Evet	n	4 _a	10 _a	6 _a	20	3,243	,198
		%	5,1	13,5	10,0	9,4		
	Hayır	n	75 _a	64 _a	54 _a	193		
%		94,9	86,5	90,0	90,6			
Sandviç, tost	Evet	n	2 _a	3 _a	2 _a	7	,279	,870
		%	2,5	4,1	3,3	3,3		
	Hayır	n	77 _a	71 _a	58 _a	206		
%		97,5	95,9	96,7	96,7			
Tatlılar (Sütlü, şerbetli)	Evet	n	36 _a	26 _a	18 _a	80	3,809	,149
		%	45,6	35,1	30,0	37,6		
	Hayır	n	43 _a	48 _a	42 _a	133		
%		54,4	64,9	70,0	62,4			
Toplam		n	79	74	60	213		
		%	100,0	100,0	100,0	100,0		

Bireylerin BKİ kategorilerine göre akşam yemeği sonrası atıştırmalık alma ve tüketlenen atıştırmalıklarla ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 40’da araştırmaya katılan yetişkinlerin BKİ kategorilerine göre Beck Depresyon Envanteri, Hollanda Yeme Davranışları Anketi ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 40. Katılımcıların BKİ Kategorilerine göre Beck Depresyon Envanteri, Hollanda Yeme Davranışları Anketi ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis, Mann Whitney U Testi Bulguları

		n	Ort.	SS	χ^2	p	z
BDE	Normal	104	12,03	8,140	7,208	,027*	F>N z=-2,343; p=,019 O>N z=-2,206; p=,027
	Fazla Kilolu	93	14,56	8,479			
	Obez	76	14,86	9,011			
HYDA Toplam	Normal	104	102,84	19,223	1,073	,585	
	Fazla Kilolu	93	105,51	20,971			
	Obez	76	103,14	20,928			
Duygusal Yeme	Normal	104	36,56	15,994	6,276	,043*	F>N z=-2,213 p=,027 O>N z=-2,022; p=,043
	Fazla Kilolu	93	41,78	16,482			
	Obez	76	41,39	14,836			
Kısıtlayıcı Yeme	Normal	104	33,43	6,326	14,197	,001*	N>O z=-3,786; p=,000
	Fazla Kilolu	93	31,33	7,331			
	Obez	76	29,79	7,590			
Dışsal Yeme	Normal	104	32,85	6,918	,566	,754	
	Fazla Kilolu	93	32,39	7,149			
	Obez	76	31,96	7,967			
PUKİ	Normal	104	6,34	3,115	1,608	,448	
	Fazla Kilolu	93	6,43	3,506			
	Obez	76	7,17	4,034			
Öznel Uyku Kalitesi	Normal	104	1,27	,791	,226	,893	
	Fazla Kilolu	93	1,29	,842			
	Obez	76	1,32	,787			
Uyku Latansı	Normal	104	1,13	1,121	1,192	,551	
	Fazla Kilolu	93	,98	1,032			
	Obez	76	1,20	1,189			
Uyku Süresi	Normal	104	1,20	1,083	4,863	,088	
	Fazla Kilolu	93	1,26	1,092			
	Obez	76	1,57	1,159			
Alışılmış Uyku Etkinliği	Normal	104	,63	,966	3,068	,216	
	Fazla Kilolu	93	,62	1,031			
	Obez	76	,89	1,161			
Uyku Bozukluğu	Normal	104	1,07	,376	,310	,856	
	Fazla Kilolu	93	1,11	,561			
	Obez	76	1,07	,574			
Uyku İlacı Kullanımı	Normal	104	,10	,473	,619	,734	
	Fazla Kilolu	93	,13	,556			
	Obez	76	,04	,196			
Gündüz İşlev Bozukluğu	Normal	104	,94	,954	,980	,613	
	Fazla Kilolu	93	1,04	1,031			
	Obez	76	1,09	1,009			

*p<,05

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ kategorilerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=7,208$; p=,027]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda fazla kilolu

olanların depresyon ortalamalarının (ort=14,56) normal kilodakilerin ortalamalarından (ort=12,03) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-2,343$; $p=,019$). Obez olanların depresyon ortalamalarının (ort=14,86) normal kilodakilerin ortalamalarından (ort=12,03) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-2,206$; $p=,027$).

Araştırma grubunun BKİ kategorilerine göre Hollanda Yeme Davranışları Anketi Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=6,276$; $p=,043$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda fazla kilolu olanların duygusal yeme ortalamalarının (ort=41,78) normal kilodakilerin ortalamalarından (ort=36,56) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-2,213$; $p=,027$). Obez olanların duygusal yeme ortalamalarının (ort=41,39) normal kilodakilerin ortalamalarından (ort=36,56) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-2,022$; $p=,043$).

Bireylerin BKİ kategorilerine göre Hollanda Yeme Davranışları Anketi Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=14,197$; $p=,001$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda normal kilodakilerin kısıtlayıcı yeme ortalamalarının (ort=33,43) obez olanların ortalamalarından (ort=29,79) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-3,786$; $p=,000$).

Çalışma grubunun BKİ kategorilerine göre diğer alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; yetişkin bireylerin yeme davranışları, depresyon durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi, beden kütle indeksi ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmış bir çalışmadır. Yetişkin bireylerin yeme davranışları, uyku kalitesi ve depresyon durumunun birlikte incelendiği, aralarındaki ilişkinin beraber irdelendiği, aynı zamanda beden algısı ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkilendirilen başka bir çalışma literatürde bulunamamıştır. Çalışmaya özel bir hastanenin Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 232'si kadın, 41'i erkek 273 gönüllü yetişkin birey dahil edilmiştir.

Çalışmada bireylerin BKİ değerlerine göre derecelendirildiğinde araştırmaya katılan yetişkinlerin %38.1'inin normal kiloda, %34.1'inin fazla kilolu, %27.8'inin obez olduğu bulunmuştur. BKİ değerleri, $16,65 \text{ kg/m}^2$ ile $51,90 \text{ kg/m}^2$ arasında değişmekte olup, ortalaması $27,55 \pm 5,81 \text{ kg/m}^2$ dir. Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada da bireylerin BKİ değerleri $14,53 \text{ kg/m}^2$ ile $49,2 \text{ kg/m}^2$ arasında değişmekte olup, ortalaması $27,78 \pm 24,08 \text{ kg/m}^2$ dir. Bireylerin %2,5'i zayıf, %43,1'i normal, %30,5'i kilolu ve %23,9'u obezdir. Çalışmamızın BKİ dağılımı literatürle benzerdir (151). Çalışmaya katılan yetişkin bireylerin %1.5'i kendilerini zayıf, %25.3'ü normal, %48.7'si fazla kilolu, %24.5'i şişman görmektedirler. Araştırmaya katılan kişilerin %80.6'sı daha önce diyet yaptıklarını, %52'si şu an diyet yapmakta olduklarını, %43.2'si çocukluk çağında kilo problemi yaşadıklarını, %55.3'ü sık kilo alıp verdiklerini, %22'si düzenli egzersiz yaptığını belirtmişlerdir (151). Çayır ve ark. yaptığı benzer bir çalışmada da %33.6'sı çocukluk çağında da şişman olup, %66.7'si daha önce obezite tedavisi görmüştür. Bireylerin %33.5'inin daha önce diyet yaptığı; %35.3'nün zayıflamak için şu an diyet yapmakta olduğu bildirilmiştir (152). İstanbul'da özel bir sağlık grubunun beslenme ve diyet bölümü polikliniklerine başvuran 18 – 65 yaş arası 110 yetişkin bireyin duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada da katılımcıların BKİ değerlerine göre %30,0'u hafif şişman ve %19,1'i obez, %49.1'i normal aralıkta olduğu, %67,4'ü sigara ve %70,9'u alkol kullandığını, düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler bu çalışmanın %25,5'ini oluşturduğu bildirilmiştir (153). Türkiye'de tütün ve alkol kullanımı ile ilgili 2018'de yapılan bir saha araştırması raporunda tütün ve ürünleri kullanım prevalansı %47, alkollü içecek kullanım prevalansı %22.1 bulunmuştur (154). Çalışmamızda kişilerin %24.2'si sigara, %41.8'i alkol kullanmaktadır.

Türkiye genelinde günlük ortalama sıvı tüketim miktarı 19 yaş üzeri yetişkin erkeklerde 1841.9 ml, kadınlarda 1497.2 ml'dir (155). Çalışmamızda bireylerin %45.4'ünün 8 bardak ve altı, %27.5'i günde 9-12 bardak, %27.1'i günde 13 bardak ve üzeri su tükettikleri bulunmuştur. Yetersiz su tüketen kişi sayısı çalışmamızda yeterli su tüketen bireylere nazaran daha az seviyededir.

Günümüzde dünya nüfusunun %80'i kafein içeren ürünler tüketmektedir (156). EFSA (European Food Safety Authority)'nın kafeinle ilgili olarak düzenlediği raporda; günlük tek seferde 200mg'a kadar ya da 3 mg/kg'a kadar kafein alınabileceğini, 24 saat içerisinde ise 400 mg'a kadar kafein alımının her hangi bir zararının olmadığı belirtilmiştir (157). Türkiye'de yapılan benzer bir çalışmada da bireylerin %85'i kafeinli içecek tüketirken, %15'i tüketmemektedir (158). Araştırmamızda ise bireylerin %94.1'i kafein tüketimlerinin olduğunu, %82.1'i her gün kafein tükettiklerini belirtmişlerdir.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre 3 ana, 2 veya 3 ara öğün yapılması gerektiği belirtilmiştir (159). Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada da ana ve ara öğün tüketim ortalaması sırasıyla 2.78 ± 0.53 ve 1.93 ± 1.18 olan bireylerin %43,6'sı öğün atlamaktadır. Öğün atlayanların %50,0'si öğün atlama nedeni olarak zaman bulamama nedeniyle, %21,3'ü açlık hissetmediği için öğün atladığını belirtmiştir (153). Çalışmamızda literatürle paralel olarak katılımcıların %55.3'ünün üç ana öğün, %16.5'inin hiç ara öğün yapmadıklarını, %17.6'sının bir ara öğün, %36.6'sının iki ara öğün, %24.2'sinin üç ara öğün yaptıkları bildirilmiştir, %67.4'ünün öğün atladıkları gözlemlenmiştir. Öğün atlayan bireylerin %41.3'ü iş yoğunluğundan vakit bulamadıklarını, %31.5'i açlık hissetmediklerini bildirmiştir.

Bireylerin ara öğün tercihleri de incelenmiştir. Çalışmamızda bireylerin %95.2'sinin ana öğünler arasında atıştırmalık aldıkları bulunmuştur. Ana öğünler arasında atıştırmalık alan kişilerin %60.8'inin taze meyveler/kuru meyveler, %43.1'inin yağlı tohumlar, %36.5'inin süt, yoğurt, ayran, %22.3'ünün galeta, grisini, kraker, %44.6'sının bisküvi, gofret, çikolata, dondurma, %21.5'inin poğaç, simit, börek, kek, %9.2'sinin sandviç, tost, %25'inin tatlı, %3.1'inin diğer (kahve, bitki çayı) ara öğün atıştırması tükettikleri gözlenmiştir. İstanbul'da özel bir hastanede yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin %53.3'ü ara öğünlerde taze-kuru meyve tüketiyorken %30.5'i süt-yoğurt-ayran, %31.5'i kraker-bisküvi, %28.9'u çikolata-gofret, %45.2'si yağlı tohumlar, %14.2'si sandviç-tost-galeta-grisini, %12,2'si poğaç, simit, börek tükettiklerini bildirmiştir (151).

Çalışmaya katılan yetişkin bireylerin %78'inin akşam yemeği sonrası atıştırmalık aldıkları bulunmuştur. Bunların %61.5'inin taze meyveler/kuru meyveler, %35.7'sinin yağlı tohumlar, %20.7'sinin süt, yoğurt, ayran, %6.6'sının galeta, grisini, kraker, %44.1'inin bisküvi, gofret, çikolata, dondurma, %9.4'ünün poğaç, simit, börek, kek, %3.3'ünün sandviç, tost, %37.6'sının tatlı tükettikleri gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da bireylerin %77,2'sinin akşam yemeğinde sonra atıştırmalık yapma alışkanlığının olduğu görülmektedir. Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık besin tercihleri incelendiğinde; %58,4'ünün çikolata, gofret vb.; %52'sinin taze/kuru meyveler, %28'inin kraker, bisküvi vb. besinler; %27,2'sinin yağlı tohumlar, %12,8'inin süt, yoğurt, ayran; %5,6'sının sandviç, tost, galeta, grisini vb. besinler; %2,4'ünün poğaç, simit, börek vb. besinler tercih ettikleri görülmektedir (160).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Duygusal yeme alt ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.363$; $p=.000$). Bireylerin depresyon düzeyi arttıkça duygusal yeme düzeyi artmaktadır. Duygusal yeme depresyon gibi negatif duygularla başa çıkmada psikolojik bir destek olarak algılanmaktadır. Yapılan bir çalışmada da depresyon gibi olumsuz duyguların varlığında yeme davranışı üzerinde kontrolü kaybetme ve duygu düzenleyici olarak yemek yemenin ortaya çıktığı ve bu kişilerde depresyon oranlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur (161). Bir araştırmada da, duygusal durumun besin alımını etkilediği, normal kilolu ve zayıf bireylerde olumsuz duygusal durumlarda daha az yedikleri ancak fazla kilolu kişilerin ise böyle durumlarda daha fazla yemek yediği görülmüştür (162).

Araştırma grubunun dışsal yeme alt ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.149$; $p=.014$). Depresyon düzeyleri arttıkça dışsal yeme düzeyi artmaktadır. Başka bir çalışmada depresyon ile dışsal yeme arasında direkt bir bağlantı bulmamakla beraber dürtüsellik ve depresyon arasında güçlü bir ilişkiye rastlanmıştır (10). 592 ebeveyn ile yapılan 5 yıl izlemlili bir çalışmada ise depresif bulgular ile dışsal yeme arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (163).

Çalışmamızda incelenen bireylerin kısıtlayıcı yeme alt ölçek puanları ile depresyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.125$; $p=.039$). Depresyon düzeyleri arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır. Yeme davranışı, beden algısı ve depresyon arasında ilişkinin incelendiği 320 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada da özellikle kadınlarda depresyonun kısıtlayıcı yeme üzerinde pozitif bir etki

yarattığı, erkeklerde ise depresyonun kısıtlayıcı yeme davranışında negatif bir etki yarattığı görülmüştür (164). Kısıtlayıcı yeme ile ilişkili bir yeme bozukluğu türü olan Çekingen/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu üzerine yapılan bir çalışmada depresyonun iştah kaybına yol açarak kısıtlayıcı yeme ile pozitif ilişkisini doğrulamaktadır (165). Depresyon gibi duygu durum bozukluklarında kilo değişiklikleri ile sonuçlanan yeme davranışı değişiklikleri gözlenmektedir. Depresyonda beden ağırlığının azalması ile sonuçlanan kilo ve iştah kaybı da gözlenebilirken bir alt tip olan “atipik depresyonda” ise kısıtlayıcı yeme davranışının azalıp iştah artarak kilo artışı görülmektedir. Bireyler arasında farklılıklar olsa da çoğunlukla stres, anksiyete, depresyon, kızgınlık gibi olumsuz duygusal durumların besin tüketimini arttırdığı ve beslenme alışkanlıklarını bozduğu görülmüştür (166). Araştırmamızda da literatürle benzer şekilde depresyon durumunun kısıtlayıcı yeme davranışını azalttığı gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda incelenen bireylerin Hollanda Yeme Davranışları Anketinden aldıkları toplam puanlarla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.134$; $p=.027$). Yeme davranışındaki bozulma arttıkça toplam uyku kalitesindeki bozulma artmaktadır. Kadınlar üzerinde yapılan kapsamlı bir çalışmada da yeme davranışındaki bozulma arttıkça uyku düzenindeki bozulmanın arttığı ve bu durumun obezite ile metabolik hastalıkları şiddetlendirebileceği sonucuna ulaşılmıştır (167). Bir çalışmada da duygusal yeme davranışı gösteren bireylerde kısa uyku süresi ile besin tüketimi artışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (168). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da bireylerin duygusal yeme ve dışsal yeme davranışı skorları ile gece yeme şiddeti ve kötü uyku kalitesi arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur ancak kısıtlayıcı yeme davranışı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (169).

Araştırmamızda incelenen bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları toplam puanlarla Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.445$; $p=.000$). Toplam uyku kalitesindeki bozulma arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır. Obstrüktif uyku apnesi tanısı almış hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada da kötü uyku kalitesi ile yüksek düzey depresif ve anksiyetik semptomlar arasında anlamlı pozitif ilişkiye rastlanmıştır (170). Bir çalışmada da uyku bozukluğu ve depresyon arasında çift yönlü pozitif bir ilişki bulunmuştur. (171). 19-25 yaş aralığında 215 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada da iyi uyku kalitesine sahip bireylerin (%77,8) depresyonda olmadığı, kötü uyku kalitesine sahip bireylerin (%25,5) hafif, %20,6'sının ise orta depresyona sahip olduğu belirlenmiştir (172).

Çalışmamızdaki bireylerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.801$; $p=.005$). Kadınların depresyon ortalamaları ($ort=14.25$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=10.41$) anlamlı şekilde yüksektir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplumda depresyon sıklığı %10 olarak saptanmıştır (173). Eskişehir’de yapılan bir çalışmada en yaygın görülen duygudurum bozukluğunun majör depresif bozukluk olup %24,9 oranında bulunmuştur ve kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır (174). Türkiye Sağlık Araştırması 2014’e göre depresyon oranı %11 görülmekle beraber, kadınlarda (%14.5), erkeklerden (%7.4) daha fazla oranda görülmüştür (175).

Çalışmamızda bireylerin cinsiyetlerine göre Hollanda Yeme Davranışları Anketinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-3.825$; $p=.000$). Kadınların yeme davranışlarındaki toplam bozulma ortalamaları ($ort=105.82$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=92.59$) anlamlı şekilde yüksektir. Kadınların duygusal yeme ortalamaları ($ort=41.48$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=29.54$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 2017 yılında yapılan bir çalışmada da benzer olarak kadınlarda duygusal yeme puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre kadınlarda duygusal yeme erkeklere göre daha yüksek düzeydedir (176). Türkiye’de yeme bozukluğu üzerine 1122 kişi ile yapılan bir çalışmada da kadınlarda yeme davranışı bozukluğu erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (177).

Araştırmamızda incelenen bireylerin medeni durumlarına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Süresi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2.103$; $p=.036$). Evli olanların uyku süresinde bozulma ortalamaları ($ort=1.44$) bekar/boşanmış olanların ortalamalarından ($ort=1.15$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Evli olanların alışılmış uyku etkinliği bozulma ortalamaları ($ort=.86$) bekar/boşanmış olanların ortalamalarından ($ort=.46$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bekar/boşanmış olanların gündüz işlev bozukluğu ortalamaları ($ort=1.19$) evli olanların ortalamalarından ($ort=.91$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Türkiye’de yapılmış benzer bir çalışmada ise evlilerde %67,7, bekarlarda ise %79,7 sıklığında kötü uyku kalitesi görülmektedir ancak medeni duruma göre PUKI gruplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). (142). Osteoporoz tanısı almış kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise evli olmayan kadınlarda uyku bozukluğu evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (178).

Araştırmamızda çocuğu bulunan bireylerin uyku süresinde bozulma ortalamaları (ort=1.59) çocuğu bulunmayanların ortalamalarından (ort=1.09) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocuğu bulunanların alışılmış uyku etkinliğinde bozulma ortalamaları (ort=.91) çocuğu bulunmayanların ortalamalarından (ort=.52) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bir çalışmada ise çocuk sahibi olmak uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (179).

Araştırmamızdaki yetişkinlerin BKİ'leri ile Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.161$; $p=.008$). BKİ arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır. Obezite ile depresyon arasında anlamlı pozitif ilişkiler saptandığı epidemiyolojik araştırmalar mevcuttur. Kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada da hafif şişman ve şişman olan grubun depresyon puan ortalamalarının BKİ'si normal olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (180). Depresyon ve obezite ilişkisini inceleyen bir çalışmada, kesitsel analizlerde obez bireylerde normal kilolu bireylere göre major depresyon oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ancak prospektif ve çoklu analizlerde anlamlı bir bulgu elde edilememiştir (181). Kadınlar ile yapılan bir izlem çalışmasında ise depresyon ve obezite arasında çift yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Dört yıllık izlem sonrasında depresyonu olan kadınlarda olmayanlara göre obezite riskinin, obez kadınlarda normal kilolulara göre depresyon riskinin artmış olduğu sonucuna varılmıştır (182).

Çalışmamıza katılan bireylerin BKİ'leri ile Hollanda Yeme Davranışları Anketi Duygusal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.147$; $p=.015$). BKİ arttıkça duygusal yeme düzeyi artmaktadır. Bireylerin BKİ'leri ile Hollanda Yeme Davranışları Anketi Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.265$; $p=.000$). BKİ arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada da duygusal yeme davranışı hafif kilolu ve obez bireylerde normal kiloda olanlara oranla anlamlı bir şekilde daha sık görülmüştür ancak dışsal ve kısıtlayıcı yeme ile BKİ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (183).

Çalışmamıza katılan yetişkin bireylerin BKİ'leri ile Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Süresi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.127$; $p=.036$). BKİ arttıkça uyku süresindeki bozulma artmaktadır. BKİ arttıkça alışılmış uyku etkinliğindeki bozulma artmaktadır. 3158 kişi ile yapılan popülasyon bazlı bir çalışmada

da artmış BKI ile kısa uyku süresi arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. BKI arttıkça uyku süresinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (184).

Araştırma grubumuzun kendilerini nasıl gördüklerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=36.619$; $p=.000$]. Kendini fazla kilolu görenlerin depresyon ortalamaları (ort=13.62) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=9.46) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-3.276$; $p=.001$). Kendini şişman görenlerin depresyon ortalamaları (ort=17.96) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=9.46) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-5.944$; $p=.000$). Kendini şişman görenlerin depresyon ortalamaları (ort=17.96) kendini fazla kilolu görenlerin ortalamalarından (ort=13.62) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-3.778$; $p=.000$). Literatürü taradığımızda beden algısı üzerine yapılan çalışmalar çoğunlukla adölesanlar ve gençler üzerinedir. Üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer bir sonuç bulunmuştur. Vücut ağırlığından memnun olmayanlarda ve özellikle kendini şişman olarak tanımlayanlarda depresyon ortalama puanları vücut ağırlığından memnun olanlardan daha yüksek bulunmuştur (185). Orta yaşlı kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada ise vücutlarını etkileyici bulmayanların ve beden imajından memnuniyetsizlik duyanların daha yüksek depresyon puanlarına sahip oldukları bulunmuştur (186).

Çalışmamızda kendini şişman görenlerin HYDA toplam puan ortalamaları (ort=108.55) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=97.99) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-3.067$; $p=.002$). Kendini fazla kilolu görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=40.30) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=33.54) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2.855$; $p=.004$). Kendini şişman görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=45.46) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=33.54) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-4.483$; $p=.002$). Kendini şişman görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=45.46) kendini fazla kilolu görenlerin ortalamalarından (ort=40.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($z=-2.031$; $p=.042$). Beden imajındaki memnuniyetsizlik ile yeme davranışındaki bozulma pozitif korelasyon göstermektedir. Başka bir çalışmada da beden imajı memnuniyetsizliği ile yeme davranışında bozukluk arasında önemli ilişki olduğunu vurgulamıştır (187). Bir çalışmada da vücut şeklinin yeme davranışını etkilediği, vücut şeklinde memnuniyetsizliğin daha sağlıksız beslenmeye yol açtığını ve yeme davranışında bozukluk yarattığı gösterilmiştir (188). Yine birçok meta analiz çalışması ve prospektif çalışma negatif beden algısının yeme bozukluğunu arttırdığını göstermiştir (189). Yapılan bir

çalışmada da beden algısının değiştirilmesi ile yeme davranışı bozukluğu insidansının azalabileceği öne sürülmüştür (190).

Çalışmamızda bireylerin daha önce diyet yapıp yapmamalarına göre HYDA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-4.074$; $p=.000$). Daha önce diyet yapmış olanların HYDA toplam puan ortalamaları (ort=106.30) daha önce diyet yapmamış olanların ortalamalarından (ort=93.57) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Daha önce diyet yapmış olanların Duygusal Yeme ortalamaları (ort=41.22) daha önce diyet yapmamış olanların ortalamalarından (ort=33.30) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Daha önce diyet yapmış olanların Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları (ort=32.65) daha önce diyet yapmamış olanların ortalamalarından (ort=27.77) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kadioğlu ve Ergün tarafından 525 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada çoğunlukla diyet yapanların; ara sıra diyet yapanlara veya daha önce diyet yapmamış olanlara göre daha fazla yeme davranışında bozulma riskine sahip oldukları görülmüştür (191). Üniversite öğrencileri (n:384) üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise diyet yapma durumunun olası yeme davranışında bozukluk riskini artırdığı bulunmuştur (192). Klinik alanda yapılan çalışmalarda ise yeme bozukluğuna sahip bireylerin hastalık gelişmeden önce diyet yapmaya başlamış oldukları bildirilmiştir bu da kısıtlayıcı yeme davranışında bulduklarını doğrulamaktadır (193). Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumunu nasıl etkilediğini araştırılan bir çalışmada ise kadın cinsiyetinde, obez bireylerde ve diyet uygulayanlarda duygusal yeme puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmiştir (153). Gümüşhane Üniversitesi'nde 331 gönüllü öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada da kadınlarda, BKİ değeri yüksek olanlarda ve diyet yapan bireylerde duygusal yeme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (194). Literatürde bulunan çalışmalarla benzer şekilde bu çalışmada da; BKİ değeri yüksek olanlarda, kadınlarda ve diyet yapan bireylerde duygusal yeme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan bireylerin düzenli egzersiz yapma durumlarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-5.355$; $p=.000$). Düzenli egzersiz yapanların kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=35.98) yapmayanların ortalamalarından (ort=30.50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 103 obez kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise dışsal yeme ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapanların dışsal yeme puanları yapmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Kısıtlayıcı yeme ile fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (166). Ancak

düzenli egzersizin iştah azaltıcı etkileri bilinmektedir (195). Bu yönüyle kısıtlayıcı yeme ile düzenli egzersiz arasında pozitif bir korelasyon olduğu açıklanabilir.

Çalışmamızda bireylerin çocuklukta kilo problemlerinin bulunup bulunmaması ile yeme davranışları arasında ilişki incelenmiştir. Çocukluk çağında kilo problemi bulunanların HYDA toplam puan ortalamaları (ort=107.32) bulunmayanların ortalamalarından (ort=101.17) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağında kilo problemi bulunanların duygusal yeme ortalamaları (ort=43.28) bulunmayanların ortalamalarından (ort=36.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 50 hafif şişman ve obez kadın üzerinde yapılan benzer bir çalışmada ise çocukken kendini şişman olarak değerlendiren bireylerin kendini şişman olarak değerlendirmemiş olanlara göre duygusal ve dışsal yeme puanlarının daha yüksek, kısıtlayıcı yeme puanlarının daha düşük olduğu ancak farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (196).

Araştırma grubumuzda sigara kullanımlarına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Öznel Uyku Kalitesi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.103$; $p=.035$). Sigara kullananların öznel uyku kalitesinde bozulma ortalamaları (ort=1.45) sigara kullanmayanların ortalamalarından (ort=1.24) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bireylerin alkol kullanımlarına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Uyku Latansı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=2.016$; $p=.045$). Alkol kullananların uyku latansında bozulma ortalamaları (ort=1.25) alkol kullanmayanların ortalamalarından (ort=.98) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Altıntaş ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada sigara içen üniversite öğrencilerin içmeyenlere göre daha yüksek bir yüzde ile uykuya dalmakta güçlük çektiğini, Vail-Smith ve arkadaşlarının çalışmalarında da intihar girişimi, sigara ve alkol kullanma gibi riskli sağlık davranışları ile kötü uyku kalitesi puan ortalamaları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (197). Az veya orta miktarda alkol tüketilmesi başlangıçta sakinleştirici ve rahatlatıcı etki göstererek uykuya geçişi kolaylaştırmakta, ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, REM uykusunda azalmaya ve uyku kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (198, 199). Ayrıca sigara içeren bireylerde nikotinin uyarıcı etkisiyle uykuya dalma zorlaşmakta ve hafif uyuma daha sık görülmektedir (200). Bu çalışmada da literatürle benzer sonuçlar bulunmuştur.

Araştırmamızda kişilerin su, kafein, alkol ve sigara tüketim miktarları ile Beck Depresyon Envanterinden, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden ve Pittsburgh Uyku Kalite

İndeksinden aldıkları puanlar incelendiğinde su tüketimleri ile HYDA Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.191$; $p=.001$). Su tüketimi arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi artmaktadır. Benzer bir çalışmada da su tüketimi ve kısıtlayıcı yeme davranışında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (166).

Çalışmamızda bireylerin su tüketimleri ile PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliğinde bozulma puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.129$; $p=.033$). Su tüketimi arttıkça alışılmış uyku etkinliğindeki bozulma azalmaktadır. Bireylerin uyku kalitesinin incelendiği benzer bir çalışmada ise kadınlarda ve erkeklerde günlük tüketilen su miktarı ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$) (158).

Çalışmamızda kişilerin yeme davranışları ile kafein tüketim durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Bazı çalışmalarda kafeinin iştahı baskıladığı vurgulanmaktadır (201). Kafein güvenli bir termojeniktir. Yüksek dozda ve uzun süre kullanımı kan basıncında artış, nabızda yükselme, çarpıntı gibi etkilere sebep olabilmektedir. Kafein üzerinde, termojenik etkisi nedeniyle kilo kaybına sebep olabileceği düşünülerek birçok çalışma yapılmıştır (202). Bu çalışmada da bireylerin kafein tüketim miktarı ile HYDA Dışsal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.161$; $p=.010$). Kafein tüketimi arttıkça dışsal yeme düzeyi artmaktadır. Bu durum kafeinin metabolizmayı hızlandırma etkisi ile iştahı uyarması ile yorumlanabilir.

Literatürde alkol tüketiminin kişinin günlük enerji ihtiyacının üzerinde olduğunda yağ deposunu artırdığı savunulmakta ve alkol alımı ve BKİ arasında ilişki bulunmamaktadır. Bu çalışmadaki bireylerin alkol tüketim miktarı ile HYDA toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.193$; $p=.040$). Alkol tüketimi arttıkça HYDA toplam puanı azalmaktadır. Alkol kullanma da yemek yeme gibi sıkıntı ile başa çıkma davranışı olarak da değerlendirilebilir (203). Bu durumu yapılan bu çalışma da desteklemektedir. Çalışmamızda katılımcıların alkol tüketim miktarı arttıkça duygusal yeme düzeyi azalmaktadır. Kısıtlayıcı yeme teorisinde ise alkol tüketimini kısıtlayıcı yeme durumunu negatif etkileyen bir durum olarak aktarmaktadır. Alkol bağımlılığı olan bireylerde 'alkol tüketirsem iyi hissederim' düşüncesi ile yeme davranışı bozukluğu olan bireylerin benzer mekanizma ile yemek yemeyi bir duygu düzenleyicisi ve duygusal yeme aracı olarak görmesi alkol tüketme davranışının yemek yeme yerini tutarak duygusal yemeyi azaltabileceği bu şekilde yorumlanabilir (161).

Yeterli ve dengeli beslenmenin ancak düzenli öğün alışkanlığı ile sağlanabileceği bilinmektedir. Çalışmamızda bireylerin ana öğün sayılarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2.141$; $p=.033$). 3 ana öğün ve üstü beslenenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları ($ort=32.50$) 2 ana öğün ve altı beslenenlerin ortalamalarından ($ort=30.63$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 340 sağlık yüksek okulu öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada ise günde 5 ve üzeri öğün besin tüketen ve şişmanlama endişesi olan öğrencilerin yeme tutum ve davranış puanlarının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu da kısıtlayıcı yeme ile doğru orantılı olarak ortoreksiya nevroza yeme bozukluğu riskine işaret etmektedir (204).

Öğün sayısı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında bireylerin ana öğün sayılarına göre PUKİ Uyku Latansı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2.215$; $p=.028$). 2 ana öğün ve altı beslenenlerin uyku latanslarında bozulma ortalamaları ($ort=1.27$) 3 ana öğün ve üstünde beslenenlerin ortalamalarından ($ort=.97$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ancak 3 ana öğün ve üstünde beslenenlerin uyku sürelerinde bozulma ortalamaları ($ort=1.45$) 2 ana öğün ve altında beslenenlerin ortalamalarından ($ort=1.16$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bir çalışmada ise uyku kalitesi iyi olanların 3 ana öğünü de düzenli yapma oranları, uyku kalitesi kötü olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Hem kesitsel hem de epidemiyolojik çalışmalar, daha az uyuyan kişilerin düzensiz öğün saatlerine sahip oldukları ortaya koymuştur(205). Çalışmamızda yetişkin bireylerin ara öğün sayılarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak öğün atlama ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında öğün atlayanların PUKİ ortalamaları ($ort=6.98$) atlamayanların ortalamalarından ($ort=5.81$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Beslenme durumu ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği 120 birey üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucunda ise öğün atlayanların %71.9'u kötü uyku kalitesine sahip iken öğün atlamayanların %42.9'unun kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Ancak öğün atlama durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (206). Öğün atlama ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde öğün atlayanların depresyon ortalamaları ($ort=14.77$) atlamayanların ortalamalarından ($ort=11.43$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada da ara öğün atlayanların depresyon puanları, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur(207).

Araştırmamıza katılan yetişkin bireylerin ana öğünler arasında atıştırma alıp almamaları ile yeme davranışları değerlendirildiğinde atıştırma alanların HYDA toplam puan ortalamaları (ort=104.47) almayanların ortalamalarından (ort=91.08) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ara öğün atıştırma tüketenlerin dışsal yeme ortalamaları (ort=32.68) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=27.77) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 269 birey üzerinde yapılan bir çalışmada da öğünler arasında atıştırma alışkanlığı olan bireylerin yeme tutum ve davranış puanı, atıştırmayan ya da bazen atıştıran bireylere göre fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (208). Obezite tedavisinde ve sağlıklı beslenme örüntüsü içerisinde bireylerin beslenme programı günlük 4-6 öğün olarak düzenlenmesi gerektiği önerilmektedir. Bunun nedeni olarak; sık aralıklarla beslenmenin gereğinden fazla yemeyi önlediği, acıkmayı geciktirdiği ve bir sonraki öğünde besin alımını azalttığı olarak belirtilmiştir (209). Beslenme durumu ile yeme davranışlarının arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla 110 kişi üzerinde yapılmış benzer bir çalışmada ara öğün sayısı ile kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme puanları ve duygusal durum yeme ölçeği puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (153). Newman ve ark. yaptığı bir çalışmada dışsal yeme davranışı gösteren kişilerin yemeklerin dış görünüşüne bağlı olarak, öğün arası atıştırma miktarlarının da arttığını bunun stres altında daha sıklıkla gözlemlendiğini göstermişlerdir (210).

Çalışmamızda bireylerin ana öğün arası atıştırma tüketimi ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde atıştırma almayanların uyku latansında bozulma ortalamaları (ort=1.77) alanların ortalamalarından (ort=1.06) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise günlük enerji yüzdesinin çoğunluğunun atıştırma miktarlarından gelenlerin uyku süresinin daha kısa olduğu bulunmuştur (172). Önemli olan noktanın atıştırma miktarının türü ve enerji içeriği olarak yorumlanabilir. Bu çalışmada ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin gündüz işlev bozukluğu ortalamalarının (ort=1.18) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=.89) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ara öğünlerde süt, yoğurt, ayran tüketenlerin alışılmış uyku etkinliğinde bozulma ortalamaları (ort=.82) tüketenlerin ortalamalarından (ort=.53) anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Benzer bir çalışmada da benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Kötü uyku kalitesine sahip olan kadınların iyi uyku kalitesine sahip olanlara göre ara öğünlerinde bisküvi, çikolata, şekerleme, cips tüketme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ara öğünde meyve ve süt-yoğurt tüketme oranı iyi uyku kalitesine sahip kadınlarda kötü uyku kalitesine sahip olanlara göre daha fazladır (172).

Ara öğünde tüketilen atıştırma türü ve bireylerin yeme davranışları incelendiğinde bu çalışmada kısıtlayıcı yeme puanı ara öğünlerde taze/kuru meyve tüketenlerde tüketmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de kısıtlayıcı yeme davranışında bulunan bireylerin günlük beslenmelerinde düşük kalorili ve daha sağlıklı besinleri tercih ettikleri bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada da kısıtlayıcı yeme davranışı gösterenlerin göstermeyenlere göre daha sık meyve, daha az kalorili ve kalorisi ya da yağı azaltılmış atıştırma ve öğün tercihlerinde buldukları görülmüştür (211). Kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise kısıtlayıcı yeme davranışında olan kadınların daha az süt ve ürünü tükettikleri gözlemlenmiştir (212).

Çalışmamızda ara öğünlerde yağlı tohum (findık, ceviz, badem vs.) tüketenler ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde ara öğünlerde yağlı tohumlar tüketmeyenlerin depresyon ortalamaları (ort=14.86) tüketenlerin ortalamalarından (ort=12.21) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yağlı tohumlar tekli yağ asitleri açısından zengindir (213). Yapılan çalışmalar da diyetlerinde tekli yağ asidi bulunanların depresyon riskinin azaldığını göstermektedir (214).

Araştırmamızda ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma gibi karbonhidrat ağırlıklı yiyecek tüketimi ve yeme davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=43.59) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=37.24) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ara öğünlerde tatlı tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=32.64) tüketenlerin ortalamalarından (ort=28.97) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ara öğünlerde tatlı tüketenlerin dışsal yeme ortalamaları (ort=34.35) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=32.12) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürle paralel olarak De Lauzon ve ark.'ın yaptığı çalışmada da, duygusal yeme davranış puanı yüksek olan bireylerin daha çok kek, pasta, bisküvi gibi karbonhidrat ağırlıklı besinleri tükettikleri belirlenmiştir (215). Duygusal yeme durumu yüksek kişilerde, serotonin salgılanmasına yardımcı kana hızlı karışabilen şekerli gıdaları tüketme isteği artmaktadır (216). Bu çalışmada da literatürle benzer sonuç bulunmuştur. On iki yaşındaki çocuklar ve anne-babaları üzerinde yapılan çalışmada ise, tatlı yeme isteğinin diğer yeme davranışlarından çok dışsal yeme ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ambalajlı ürünlere kolay ulaşılabilmesi, paket boyutlarının büyümesi, endüstrinin yüksek yağ ve şeker içerikli ürün üretimine yönelimi gibi nedenlerin, dışsal yeme durumunu arttırdığı düşünülmektedir (217). Bu çalışmamızda da ara öğünde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma gibi karbonhidrat ağırlıklı yiyecek tüketenlerin dışsal yeme durumlarının

tüketmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ara öğünlerde poğaç, simit, börek, kek tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=32.32) tüketenlerin ortalamalarından (ort=29.52) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren kadınların karbonhidrat türü ürünleri ve besinleri de azalttıkları gözlemlenmiştir (218). Literatürde de kısıtlayıcı yeme davranışında bulunan bireylerin günlük beslenmelerinde düşük kalorili ve daha sağlıklı besinleri tercih ettikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada da ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=33.42) tüketenlerin ortalamalarından (ort=29.61) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda akşam yemeği sonrası atıştırmalık tüketme ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde akşam yemeği sonrasında atıştırmalık alanların PUKİ ortalamaları (ort=6.84) almayanların ortalamalarından (ort=5.77) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ve atıştırmalık alanların uyku latansında bozulma ortalamaları (ort=1.17) almayanların ortalamalarından (ort=.82) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızı destekler şekilde Cibele ve ark. sağlıklı bireylerde özellikle akşam saatlerinde ve uyku periyoduna yakın (akşam yemeği ve gece atıştırmaları) olan besin alımının uyku kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğunu bulmuşlardır (219). Türkiye’de yapılan benzer bir çalışmada da 120 bireyin uyku kalitesi ve beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiş, yatmadan önce yemek yeme durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur (206).

Araştırmamızda akşam yemeği sonrası atıştırmalık tüketme ile yeme davranışı değerlendirildiğinde akşam yemeği sonrasında atıştırmalık alanların duygusal yeme ortalamaları (ort=41.25) almayanların ortalamalarından (ort=34.13) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde de duygusal yemenin, yemek saatlerinden daha çok gece ve ara öğünlerde ortaya çıkma eğiliminin olduğu bulunmuştur (220).

Çalışmamızda akşam yemeği sonrası tüketilen besine göre kişilerin depresyon puanları, yeme davranışları ve uyku kalite puanları arasındaki ilişki incelenmiştir ve anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketmeyenlerin depresyon ortalamaları (ort=15.62) tüketenlerin ortalamalarından (ort=12.75) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Daha sağlıklı bir yaşam ve optimal beslenme için günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketimi önerilmektedir. TÜBER (Türkiye Beslenme Rehberi) 2015 verilerine göre yetişkin erkeklerde günde 2.5 porsiyon, kadınlarda günlük 2 porsiyon meyve tüketimi önerilmektedir (221). Literatürde de meyve, sebze gibi doğal

besinleri fazla tüketen bireylerde depresif semptomlar en az seviyede görülmüştür (222). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada da ara öğünlerde meyve ve sebze tüketenlerin oranı depresyon grubunda (%41.4), kontrol grubundan (%80.0) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0.01$) (223). Yeme davranışı ve tercih edilen besinler üzerine Finlandiya’da yapılan FINRISK 2007 araştırmasına göre kısıtlayıcı yeme davranışı ile meyve tüketimi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (224). Bu çalışmada da akşam yemeğinden sonra atıştırılabilir olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=32.18) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=29.84) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada ara öğünde bisküvi, çikolata, şekerleme, simit, cips, börek gibi besinleri tüketme oranı kötü uyku kalitesine sahip kadınlarda iyi uyku kalitesine sahip kadınlara göre daha fazla iken ara öğünde meyve ve süt-yoğurt tüketme oranı iyi uyku kalitesine sahip kadınlarda kötü uyku kalitesine sahip olanlara göre daha fazladır. Kötü uyku kalitesine sahip kadınlarda gece yeme oranı (%17.2) iyi uyku kalitesine sahip olanlara (%6.6) göre daha yüksek çıkmıştır (225). Çalışmamızda ise literatürdeki çalışmalarla benzer olarak akşam yemeğinden sonra atıştırılabilir olarak süt, yoğurt, ayran tüketmeyenlerin öznel uyku kalitesinde bozulma ortalamaları (ort=1.36) tüketenlerin ortalamalarından (ort=1.07) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Poğaç, simit, börek, kek tercih edenlerin de toplam uyku kalitesinde bozulma ortalamaları (ort=9.05) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=6.61) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Depresyon puanı yüksek bireylerin karbonhidrat eğilimli beslenme gösterdiği birçok çalışmada belirtilmiştir. Bu durum yüksek karbonhidrat alımının beyne giden triptofan oranını arttırarak beyindeki serotonin üretimini arttırmasıyla ve yüksek karbonhidrat alımının bu etkisi ile, depresif bireylerin ve stres altında olan bireylerin karbonhidrat tüketme isteklerindeki artışın sebebi olarak açıklanmaktadır. Ancak bazı araştırmacılar, depresyonda çikolata gibi yüksek karbonhidrat içeren besinlerin tüketim isteğinin artmasını, bu tür besinlerin tüketimi sonucunda artan endorfin salgısına da bağlamaktadırlar (226). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada da depresyon durumundaki bireylerin gece yeme puanları yüksek bulunmuş olup yüksek karbonhidratlı besinler tercih ettikleri görülmektedir (227). Bir çalışmada da katılımcıların depresyon puanı arttıkça dışsal yeme puanının arttığı bulunmuştur. Aynı çalışmada duygusal yeme ve dışsal yeme arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur (95). Dışsal yeme davranışında gözlemlendiği gibi enerji içeriği yoğun, lezzetli ve kolaylıkla temin edilebilir gıdaların olduğu bir ortamda, kalori alımı, uyanık olunan zaman ile doğru orantılı

olup ve uyanık olunan zamanların çoğu, atıştırma maliklerinin fazla tüketildiği görülmektedir (227). Bir çalışmada da gece yenilen yiyeceklerde çoğunlukla çikolata tercih edilmekte, çikolatayı sırasıyla sandviç takip etmektedir (225). Bu çalışmada da literatürle benzer Şekilde akşam yemeği sonrası atıştırma malik olarak sandviç, tost tüketenlerin ve tatlı tüketenlerin (ort=34.56) dişsal yeme ortalamaları (ort=39.29) tüketmeyenlerin ortalamalarından (sırasıyla ort=32.44, ort=31.52) anlamlı Şekilde yüksek bulunmuştur.

Beden algısı, daha önce diyet yapma durumu, çocuklukta kilo problemi ile BKİ arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Barker ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, BKİ oranı arttıca diyet yapma olasılığının ve beden memnuniyetsizliğinin görülme oranının da arttığını göstermişlerdir (228). Bir çalışmada artmış BKİ ile diyet yapma durumu arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada obez bireylerin %54.4'ünün beden algısının düşük olduğu grlmştur (192). Üniversite ğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada normal ağırlıklı erkek öğrencilerin yarısı kendisini zayıf veya çok zayıf olarak görürken, hafif şişman erkeklerin %60'ı kendisini normal ağırlıkta görmektedir. Kızların ise normal ağırlıkta olanların çoğunun kendisini zayıf veya çok zayıf grdğu belirlenmiştir. Normal ağırlıktaki kızların %35.5'inin ve hafif şişman kızların %46.9'unun kendisini olduğu BKİ aralığında algıladığı grlmştur. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %42.2 ve %37.1 olarak bulunmuştur (229). Ülkemizde yapılmış bir başka araştırmada ise, beden algısı kadınlarda erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Beden algısını beden kütle indeksinin etkilemediği ve vücut yağ oranının beden algısını anlamlı olarak etkilediği bildirilmiştir (215). İnternet üzerinden 816 kişi üzerinde beden algısı ve BKİ arasındaki ilişki incelenmiş, bedenlerini nasıl algıladıkları sorulmuştur. BKİ'ye göre normal olanların %48,6'sı kendini kilolu olarak tanımlarken, BKİ'ye göre obez olanların %39'u kendini fazla kilolu olarak algılamaktaydı. Katılımcıların kendi beden algıları ile gerçek BKİ değerleri arasında orta düzeyde güçlü bir olumlu korelasyon bulunmuştur. ($r=0,487$; $p<0,001$). (216). Bizim alışmamızda ise normal BKİ aralığında olan katılımcıların %52.9'unun, fazla kilolu BKİ aralığında olan katılımcıların %64.5'inin, obez BKİ aralığında olan katılımcıların %47.4'ünün kendilerini var olan BKİ aralığında gördüklerini belirtmişlerdir. Normal kilolu katılımcıların %33.7'sinin kendini fazla kilolu olarak grdğu, fazla kilolu olan katılımcıların %22.6'sının kendini şişman gördüklerini belirtmişlerdir. Çayır ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada obezite oranı, daha önce obezite tedavisi görenlerde fazla bulunmuştur. Daha önce diyet yapanlarda da obezite oranı en yüksektir. Aynı zamanda çocukluk çağında şişman olan bireylerde daha yüksek oranda obezite grldğu bulunmuştur (152). Yetişkin obez bireylerle

yapılan çalışmalar, obezite başlangıç zamanının 1/3 oranında çocukluk veya adölesan döneme dayandığını göstermektedir (232). Bizim alışmamızda da literatürle paralel olarak daha önce diyet yapan obez bireylerin oranı normal kilolu olan bireylerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluk ağında kilo problemi olan obez bireylerin dağılımı (%60.5) hem fazla kilolu olanların dağılımlarından (%38.7) hem de normal kilodaki bireylerin dağılımlarından (%34.6) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, yetişkin bireylerin yeme davranışları, depresyon durumu ve uyku kalitesinin birbirleriyle ilişkilerini saptamak ve BKİ ile olan ilişkilerini belirlemek amacıyla İstanbul'da özel bir sağlık grubunun Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 273 yetişkin birey üzerinde yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin 232'si kadın, 41'i erkek olup yaş ortalamaları 30.67, ağırlık ortalamaları, 75.91 kg, boy ortalamaları 165.72 cm ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamaları 27.55 bulunmuştur. Çalışma grubumuzun, %38.1'i normal BKİ aralığında, %34.1'inin fazla kilolu, %27.8'inin obez olduğu bulunmuştur. Araştırmamıza katılan bireylere beden algısı sorulduğunda %25.3'ü kendilerini normal, %48.7'si fazla kilolu, %24.5'i kendilerini şişman görmektedirler. Çalışmaya katılan kişilerin %80.6'sı daha önce diyet yaptıklarını, %52'si şu an diyet yapmakta olduklarını, %43.2'si çocukluk çağında kilo problemi yaşadıklarını, %55.3'ü sık kilo alıp verdiklerini, %22'si düzenli egzersiz yaptığını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda yer alan yetişkin bireylerin %24.2'si sigara, %41.8'i alkol kullanmaktadır. Bireylerin %45.4'ünün 8 bardak ve altı, %27.5'i günde 9-12 bardak, %27.1'i günde 13 bardak ve üzeri su tüketmektedirler, %94.1'i kafein tüketimlerinin olduğunu, %82.1'i her gün kafein tükettiklerini belirtmişlerdir.

Çalışma grubumuzun %55.3'ünün üç ana öğün, %16.5'inin hiç ara öğün yapmadıklarını, %17.6'sının bir ara öğün, %36.6'sının iki ara öğün, %24.2'sinin üç ara öğün yaptıkları bildirilmiştir, %67.4'ünün öğün atladıkları gözlemlenmiştir. Öğün atlayan bireylerin %41.3'ü iş yoğunluğundan vakit bulamadıklarını, %31.5'i açlık hissetmediklerini bildirmiştir. Ana öğünler arasında atıştırılacak alan katılımcıların sağlıklı atıştırılacak tercihi açısından en çok taze meyveler/kuru meyveler (%60.8) tükettikleri tespit edilmiştir. Bunu yağlı tohumlar (%43.1) ve süt, yoğurt, ayran (%36.5) takip etmektedir. Sağlıksız atıştırılacak tercihleri ise en çok bisküvi, gofret, çikolata, dondurma (%44.6) olarak belirtilmiştir. Bunu tatlı (%25) ve poğaç, simit, börek, kek (%21.5) takip etmiştir. Katılımcıların %78'inin akşam yemeği sonrası atıştırılacak aldıkları bulunmuştur. Sağlıklı atıştırılacak olarak en çok taze meyveler/kuru meyveler (%61.5) ve yağlı tohumlar (%35.7), sağlıksız atıştırılacak olarak en çok bisküvi, gofret, çikolata, dondurma (%44.1) ve tatlı (%37.6) tükettikleri gözlemlenmiştir.

Bireylerin yeme davranışları ile depresyon durumu arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bireylerin depresyon düzeyi arttıkça duygusal yeme ve dışsal yeme düzeyi artmaktadır ($r=.363$; $p=.000$, $r=.149$; $p=.014$), kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır ($r=-.125$; $p=.039$).

Bireylerin yeme davranışında bozulma arttıkça toplam uyku kalitesindeki bozulma artmaktadır ($r=.134$; $p=.027$). Toplam uyku kalitesindeki bozulma arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır ($r=.445$; $p=.000$). Çalışmamızda kadınların depresyon ortalamaları ($ort=14.25$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=10.41$) anlamlı şekilde yüksektir. Kadınların yeme davranışlarındaki toplam bozulma ortalamaları ($ort=105.82$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=92.59$) anlamlı şekilde yüksektir. Kadınların duygusal yeme ortalamaları ($ort=41.48$) erkeklerin ortalamalarından ($ort=29.54$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Medeni durum ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2.103$; $p=.036$). Evli olanların uyku süresinde bozulma ve uyku etkinliği bozulma ortalamaları ($ort=1.44$, $ort=.86$) bekar/boşanmış olanların ortalamalarından ($ort=1.15$, $ort=.46$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan yetişkin bireylerde çocuğu bulunanların uyku süresinde bozulma ortalamaları ($ort=1.59$) çocuğu bulunmayanların ortalamalarından ($ort=1.09$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubumuzun BKİ'leri ile depresyon durumu, yeme davranışları, uyku kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Anlamlı sonuçlara göre, BKİ arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır ($r=.161$; $p=.008$). BKİ arttıkça duygusal yeme düzeyi artmaktadır ($r=.147$; $p=.015$). BKİ arttıkça kısıtlayıcı yeme düzeyi azalmaktadır ($r=-.265$; $p=.000$). BKİ arttıkça uyku süresindeki bozulma artmaktadır ($r=.127$; $p=.036$). BKİ arttıkça alışılmış uyku etkinliğindeki bozulma artmaktadır ($r=.131$; $p=.030$).

Araştırmaya katılan bireylerin kendilerini nasıl gördüklerine göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(2)}=36.619$; $p=.000$]. Kendini fazla kilolu görenlerin depresyon ortalamaları ($ort=13.62$) ile kendini şişman görenlerin depresyon ortalamaları ($ort=17.96$) kendini normal görenlerin ortalamalarından ($ort=9.46$) anlamlı şekilde yüksektir ($z=-3.276$; $p=.001$, $z=-5.944$; $p=.000$). Kendini şişman görenlerin depresyon ortalamaları ($ort=17.96$) kendini fazla kilolu görenlerin ortalamalarından ($ort=13.62$) anlamlı şekilde yüksektir ($z=-3.778$; $p=.000$).

Çalışmamızda bireylerin beden algıları ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında, kendini fazla kilolu görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=40.30) ile kendini şişman görenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=45.46) kendini normal görenlerin ortalamalarından (ort=33.54) anlamlı şekilde yüksektir ($z=-2.855$; $p=.004$, $z=-4.483$; $p=.002$). Kendini şişman görenlerin duygusal yeme ortalamaları da (ort=45.46) kendini fazla kilolu görenlerin ortalamalarından (ort=40.30) anlamlı şekilde yüksektir ($z=-2.031$; $p=.042$).

Daha önce diyet yapma durumu ile yeme davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde, daha önce diyet yapmış olanların Duygusal Yeme ortalamaları (ort=41.22) ve Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları (ort=32.65) daha önce diyet yapmamış olanların ortalamalarından (ort=33.30, ort=27.77) anlamlı şekilde yüksektir. Literatürde bulunan çalışmalarla benzer şekilde bu çalışmada da; BKİ değeri yüksek olanlarda, kadınlarda ve diyet yapan bireylerde duygusal yeme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre HYDA Kısıtlayıcı Yeme ortalamaları arasında da anlamlı fark bulunmuştur ($t=-5.355$; $p=.000$). Düzenli egzersiz yapanların kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=35.98) yapmayanların ortalamalarından (ort=30.50) anlamlı şekilde yüksektir.

Araştırmamıza katılan yetişkin bireylerin çocuklukta kilo problemlerinin bulunup bulunmaması ile yeme davranışları arasında ilişki incelendiğinde çocukluk çağında kilo problemi bulunanların duygusal yeme ortalamaları (ort=43.28) bulunmayanların ortalamalarından (ort=36.95) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bireylerin su tüketimi ile kısıtlayıcı yeme düzeyi arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($r=.191$; $p=.001$). Su tüketimleri ile PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliğinde bozulma puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.129$; $p=.033$).

Araştırmamızda yetişkin bireylerin kafein tüketim miktarı ile HYDA Dışsal Yeme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.161$; $p=.010$). Kafein tüketimi arttıkça dışsal yeme düzeyi artmaktadır. Alkol tüketimi arttıkça HYDA toplam puanı azalmaktadır ($r=-.193$; $p=.040$), duygusal yeme düzeyi azalmaktadır ($r=-.187$; $p=.047$).

Öğün sayıları ile yeme davranışları incelenmiş olup 3 ana öğün ve üstü beslenenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=32.50) 2 ana öğün ve altı beslenenlerin ortalamalarından (ort=30.63) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızdaki kişilerin ara öğün sayılarına göre Beck Depresyon Envanterinden aldıkları ortalama puanlar arasında, Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Öğün sayısı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında 2 ana öğün ve altı beslenenlerin uyku latanslarında bozulma ortalamaları (ort=1.27) 3 ana öğün ve üstünde beslenenlerin ortalamalarından (ort=.97) anlamlı şekilde yüksektir. Ancak 3 ana öğün ve üstünde beslenenlerin uyku sürelerinde bozulma ortalamaları (ort=1.45) 2 ana öğün ve altında beslenenlerin ortalamalarından (ort=1.16) anlamlı şekilde yüksektir.

Araştırmamızda öğün atlama ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında öğün atlayanların PUKİ ortalamaları (ort=6.98) atlamayanların ortalamalarından (ort=5.81) anlamlı şekilde yüksektir. Öğün atlama ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde öğün atlayanların depresyon ortalamaları (ort=14.77) atlamayanların ortalamalarından (ort=11.43) anlamlı şekilde yüksektir.

Çalışmamızda ara öğün atıştırma tüketenlerin dışsal yeme ortalamaları (ort=32.68) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=27.77) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Uyku kalitesi ile arasındaki ilişki incelendiğinde atıştırma almayanların uyku latansında bozulma ortalamaları (ort=1.77) alanların ortalamalarından (ort=1.06) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin gündüz işlev bozukluğu ortalamalarının (ort=1.18) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=.89) anlamlı şekilde yüksektir. Ara öğünlerde süt, yoğurt, ayran tüketenlerin alışılmış uyku etkinliğinde bozulma ortalamaları (ort=.82) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=.53) anlamlı şekilde daha düşüktür.

Çalışmamızda ara öğünlerde taze/kuru meyve tüketenlerde kısıtlayıcı yeme puanları tüketmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ara öğünlerde yağlı tohumlar tüketmeyenlerin depresyon ortalamaları (ort=14.86) tüketenlerin ortalamalarından (ort=12.21) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin duygusal yeme ortalamaları (ort=43.59) ve dışsal yeme ortalamaları (ort=34.50) tüketmeyenlerin ortalamalarından (ort=37.24, ort=31.21) anlamlı şekilde yüksektir. Ara öğünlerde tatlı tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamaları (ort=32.64) tüketenlerin

ortalamlarından (ort=28.97) anlamlı şekilde yüksektir. Ara öğünlerde tatlı tüketenlerin dışsal yeme ortalamları (ort=34.35) tüketmeyenlerin ortalamlarından (ort=32.12) anlamlı şekilde yüksektir. Ara öğünlerde poğaç, simit, börek, kek tüketmeyenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamları (ort=32.32) tüketenlerin ortalamlarından (ort=29.52) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ara öğünlerde bisküvi, gofret, çikolata, dondurma tüketenlerin gündüz işlev bozukluğu ortalamları (ort=1.18) tüketmeyenlerin ortalamlarından (ort=.89) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda akşam yemeği sonrası atıştırmalık tüketme ile yeme davranışı değerlendirildiğinde akşam yemeği sonrasında atıştırmalık alanların duygusal yeme ortalamları (ort=41.25) almayanların ortalamlarından (ort=34.13) anlamlı şekilde yüksektir.

Araştırmamızda akşam yemeği sonrası tüketilen besine göre kişilerin depresyon puanları, yeme davranışları ve uyku kalite puanları arasındaki ilişki incelenmiştir ve anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmamızda akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketmeyenlerin depresyon ortalamları (ort=15.62) tüketenlerin ortalamlarından (ort=12.75) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak taze meyveler/kuru meyveler tüketenlerin kısıtlayıcı yeme ortalamları (ort=32.18) tüketmeyenlerin ortalamlarından (ort=29.84) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla benzer olarak akşam yemeğinden sonra atıştırmalık olarak süt, yoğurt, ayran tüketmeyenlerin öznel uyku kalitesinde bozulma ortalamları (ort=1.36) tüketenlerin ortalamlarından (ort=1.07) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Poğaç, simit, börek, kek tercih edenlerin de toplam uyku kalitesinde bozulma ortalamları (ort=9.05) tüketmeyenlerin ortalamlarından (ort=6.61) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Akşam yemeği sonrası atıştırmalık olarak sandviç, tost tüketenlerin ve tatlı tüketenlerin (ort=34.56) dışsal yeme ortalamları (ort=39.29) tüketmeyenlerin ortalamlarından (ort=32.44, ort=31.52) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Beden algısı, daha önce diyet yapma durumu, çocuklukta kilo problemi ile BKİ arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda normal BKİ aralığında olan bireylerin %52.9'unun, fazla kilolu BKİ aralığında olan bireylerin %64.5'inin, obez BKİ aralığında olan bireylerin %47.4'ünün kendilerini var olan BKİ

aralığında gördüklerini belirtmişlerdir. Normal kilolu kişilerin %33.7'sinin kendini fazla kilolu olarak gördüğü, fazla kilolu olan bireylerin %22.6'sının kendini şişman gördüklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da literatürle paralel olarak daha önce diyet yapan obez bireylerin oranı normal kilolu olan bireylerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağında kilo problemi olan obez bireylerin dağılımı (%60.5) hem fazla kilolu katılımcıların dağılımlarından (%38.7) hem de normal kilodaki bireylerin dağılımlarından (%34.6) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar; obezite ile depresyon, obezite ile yeme davranışları, obezite ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiler açısından bize önemli bilgiler sunmaktadır. BKİ arttıkça bireylerin fiziksel, ruhsal ve yaşamsal birçok fonksiyonunu negatif yönde etkilediğini literatürle paralel olarak çalışmamızda da görmekteyiz.

Bireylerin yeme davranışları ilerde yaşayabilecekleri yeme bozukluklarına dair bize ipucu verebilir. Ayrıca BKİ arttıkça kişilerin beden memnuniyetsizliğinin artması depresyon gelişimine zemin hazırlar. Bireylerin depresyon durumu, yeme davranışları ve uyku kalitesi açısından da BKİ ile bağlantılı olarak birbirlerini etkileyen ilişkiler ortaya çıkarılmıştır. Literatürde bu durumların beraber incelendiği başka çalışmaya rastlanamaması açısından çalışmamızın literatüre önemli katkı sağlayacağı, yeni çalışmalar için kaynak sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre artmış BKİ ve obezitenin insan sağlığında yarattığı zararlar göz önünde bulundurularak öncelikle obezitenin önlenmesine yönelik çalışmalara ağırlık verilmelidir. Bu konuda beslenme uzmanları/diyetisyenler tarafından bireylere sağlıklı beslenme örüntüsü aşılanmalı ve yaşam tarzına uygun sürdürülebilir program planlanarak tıbbi beslenme tedavisiyle desteklenmesi ciddi önem arz etmektedir. Obezite tedavisi içerisinde bireylerin psikolojik danışmanlık hizmeti almaya yönlendirilmesi de doğru yeme davranışlarının benimsenmesi, duygu kontrolü ve duygu ifade yönteminin doğru sağlanarak duygusal yeme davranışı ve diğer yeme davranışı bozukluklarının önüne geçilmesi açısından son derece önem arz etmektedir.

Bireylerde obezitenin önlenmesi açısından beslenme konusunda doğru bilgi düzeyini arttırmak ve kilo problemi bulunan bireyler üzerinde etkili ağırlık kaybı açısından beslenme uzmanlarının/diyetisyenlerin aktif görev almaları sağlanmalı, bu konuda yapılan çalışmaları ve uygulamaları desteklenmeli ve saha etkileşimi artırılmalıdır.



,

KAYNAKÇA

1. Barışkın E, Ersoy G, Görpeliöğlu S, Karaoğlu L, Kılıç BG ve ark. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadele El Kitabı, Anıl Matbaacılık, s.20, Ankara, 2013.
2. Noyan A. Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji, 15. Baskı, Meteksan, 2005.
3. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi Mart Matbaacılık, İstanbul, 1999: 41-57.
4. Cappuccio F. P., Currie A., Kandala N. K., Peile E., Stranges S., Taggart F. M., Michelle M. A.(2008). Meta-Analysis of shortsleepdurationandobesity in children and adults. *Sleep*,31(5):619-626.
5. Taheri S., Lin L., Austin D., Young T., Mignot E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index-A population-based study. *PLOS Medicine*, 3: e62.
6. Istvan J, Zavela K, Weidner G (1992) Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 16:999-1003.
7. Sullivan M, Karlsson J, Sjostrom L ve ark. (1993) Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 17:503-512.
8. Siegel J, Yancedy AK, McCarthy WJ (2000) Overweight and depressive symptoms among African American women. *Prev Med*, 31: 232-240.
9. Castelnovo-Tedesco P, Schievel D (1975) Studies of super obesity, I: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med*, 6:465-480.
10. Ouwens MA., van Strien T., van Leeuwe JFJ. (2009) Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model, *Appetite*, doi:10.1016/j.appet.2009.06.001.
11. Oliver G., Wardle J., Gibson EL. (2000) Stress and food choice: A laboratory study, *Psychosom Med.*, 62(6): 853-865.
12. Fay SH. and Finlayson G. (2011) Negative affect-induced food intake in non-dieting women is reward driven and associated with restrained/disinhibited eating subtype, *Appetite*, 56(3): 682-688.
13. Adriaanse MA., de Ridder DTD., Evers C. (2011) Emotional Eating: Eating when emotional or emotional about eating?, *Psychol Health.*, 26: 23-39. Agras WS. and

- Telch CF. (1998) The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women, *Behavior Therapy*, 29: 491–503.
14. Lluch A., Herbeth B., Mejean L., Siest G. (2000) Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24:1493– 9.
 15. Beiseigel JM., Nickols-Richardson SM. (2004) Cognitive eating restraint scores are associated with body fatness but not with other measures of dieting in women, *Appetite*, 43: 47–53.
 16. Lindroos AK., Lissner L., Mathiassen ME. (1997) Dietary intake in relation to restrained eating, disinhibition, and hunger in obese and nonobese Swedish women, *Obes Res*, 5:175– 82.
 17. Lawson OJ., Williamson DA., Champagne CM. (1995) The association of body weight, dietary intake, and energy expenditure with dietary restraint and disinhibition, *Obes Res*, 3:153– 61.
 18. Boschi V., Iorio D., Margiotta N., D’Orsi P., Falconi C. (2001) The three-factor eating questionnaire in the evaluation of eating behaviour in subjects seeking participation in a dietotherapy programme, *Ann Nutr Metab*, 45:72–7.
 19. Foster GD., Wadden TA., Swain RM., Stunkard AJ., Platte P., Vogt RA. (1998) The Eating Inventory in obese women: clinical correlates and relationship to weight loss, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 22:778–85
 20. Sevinçer, G. M., & Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-8.
 21. Baysal, A. (2002). *Beden Ağırlığının Denetimi*. A. Baysal (Ed.). *Diyet El Kitabı* (s.39-64). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
 22. Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2014*, Ankara; 25-27
 23. Yaman M. ‘Obezitede Diyet Tedavisi’, *Archives of Clinical Toxicology*, 2014; 1(1): 8-12.
 24. Sarnali TT. “Obesity and Disease Association”: A Review, *AKMMC* ,2010,1(2), pp.21- 24.
 25. Tam AA, Çakır B. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *Ankara Medical Journal* 2012; 37-41.

26. Obesity Education Initiative National Heart Lung Blood Institute. The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. United States: National Institute of Health; 2000.
27. World Health Organization. WHO fact sheet on overweight and obesity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Erişim tarihi:3 Nisan 2019.
28. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/02, Ankara, Şubat 2014.
29. Baltacı, G., Tedavi, F. (2008). Obezite ve Egzersiz. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara (730).
30. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. “The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: Summary”, World Health Organization, 2007.
31. Bozbora A. (2002), Obezite ve Tedavisi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
32. Aydoğan H. *Obezite olan ve olmayan bireylerde benlik saygısı ve bağlanma biçimi* Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
33. Yıldız Ü. *Üniversite Öğrencilerinde Obezite Oluşumunda İnternet Bağımlılığının Etkisinin Saptanması*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2014.
34. İnanç, M. Obezitede önemli bir risk faktörü: Genetik mekanizma, *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi* 2015; 2:37-43.
35. Ersoy R, Çakır B, Obezite, Turkish Medical Journal 2007, 1:107-116.
36. Altunkaynak ME, Özbek E. “Obezite: Nedenleri ve tedavi seçenekleri”, *Van Tıp Dergisi*, 2006, 13(4): 138-142.
37. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı.
38. Kara GM. *Ortaokul öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ve obezite farkındalık düzeylerinin araştırılması*, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, a2017.
39. Erdem E. *Kiloya bağlı yaşam kalitesini yordayan değişkenler ve cerrahi tedaviye başvuran obezite hastalarının ebeveyn psikolojik kontrolü, yeme davranışı ve psikopatoloji açısından diyetisyen desteği alan obezite hastalarıyla karşılaştırılması*,

- Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2009), Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol, Ankara.
 41. Özer, D., Baltacı G. (2008). Çocuk ve Spor. Ankara, Klasmat Matbaacılık.
 42. Troiano RP, Berrigan D, Dodd KW, Mâsse LC, Tilert T, McDowell M. Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2008;40(1):181.
 43. Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the third national health and nutrition examination survey. *JAMA*. 1998;279(12):938-42.
 44. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-nedenleri.html>, Erişim tarihi: 4 Nisan 2019.
 45. Köksal, G., Gökmen, H. (2008). Çocuk ve ergenlik döneminde obezite. *Klasmat matbaacılık*, 8-28.
 46. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, Anıl Matbaacılık, Yayın No:904, Ankara 2013.
 47. Sucaklı MH, Çelik M, “Obesite Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi”, *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2015;6(3):1-6.
 48. Sermez, Y. (2006). Obesite İçinde: Ed. Özata M, Yöner A., Endokrinoloji Metabolizma ve Diabet. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, s.529-549.
 49. Özkahraman, S., Kisioglu, A. N., Öztürk, M. (2002). “Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansı ve yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi” 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2 (s. 738-740).
 50. Macht M. “Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy”, *Appetite*, 1999, 33(1): 129-139).
 51. Sönmez Ö, *Obesite ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırılması*, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2018.
 52. Nguyen, D. M., & El-Serag, H. B. (2010). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology Clinics*, 39(1), 1-7.

53. American College of Cardiology, & American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. (2014). Expert Panel Report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22, S41).
54. Eckel, R. H., Kahn, S. E., Ferrannini, E., Goldfine, A. B., Nathan, D. M., Schwartz, M. W., Smith, S. R. (2011). Obesity and type 2 diabetes: what can be unified and what needs to be individualized? *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(6), 1654-1663.
55. Libby P, Ridker PM, Hansson GK (2011) Progress and challenges in translating the biology of atherosclerosis. *Nature*, 473:317–325.
56. Coope A, Torsoni AS, Velloso LA (2016) Mechanisms in endocrinology: metabolic and inflammatory pathways on the pathogenesis of type 2 diabetes. *Eur J Endocrinol* 174: R175–R187.
57. Duvnjak, L., & Duvnjak, M. (2009). The metabolic syndrome: an ongoing story. *Journal of physiology and pharmacology*, 60(S7), 19-24.
58. Zalesin, K. C., Franklin, B. A., Miller, W. M., Peterson, E. D., & McCullough, P. A. (2008). Impact of obesity on cardiovascular disease. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 37(3), 663-684.
59. Nikolopoulou A, Kadoglou NP. (2012). Obesity and metabolic syndrome as related to cardiovascular disease. *Expert review of cardiovascular therapy*, 10(7), 933-939.
60. Stamler R, Stamler J, Riedlinger WF, Algera G, Roberts RH (1978) Weight and blood pressure. Findings in hypertension screening of 1 million Americans. *JAMA* 240:1607–1610.
61. Re RN (2009) Obesity-related hypertension. *Ochsner J* 9:133–136.
62. Rahmouni, K., Correia, M. L., Haynes, W. G., & Mark, A. L. (2005). Obesity-associated hypertension: new insights into mechanisms. *Hypertension*, 45(1), 9-14.
63. Hall, J. E., do Carmo, J. M., da Silva, A. A., Wang, Z., & Hall, M. E. (2015). Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circulation research*, 116(6), 991-1006.
64. Jensen ME, Wood LG, Gibson PG. Obesity and childhood asthma – mechanisms and manifestations. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012; 12:186–192.
65. Forno E, Han YY, Libman IM, Muzumdar RH, Celed 'on JC. Adiposity and asthma in a nationwide study of children and adults in the United States. *Ann Am Thorac Soc* 2018; 15:322–330.

66. Black, M. H., Zhou, H., Takayanagi, M., Jacobsen, S. J., & Koebnick, C. (2013). Increased asthma risk and asthma-related health care complications associated with childhood obesity. *American journal of epidemiology*, 178(7), 1120-1128.
67. Hsu IR, Kim SP, Kabir M, Bergman RN (2007) Metabolic syndrome, hyperinsulinemia, and cancer. *Am J Clin Nutr* 86: s867–s871 40.
68. Ronti T, Lupattelli G, Mannarino E (2006) The endocrine function of adipose tissue: an update. *Clin Endocrinol* 64:355–365.
69. Taubes, G. (2012). Unraveling the obesity-cancer connection.
70. Balcıoğlu, İ., & Başer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62(1), 341-348.
71. Özdel, O., Sözeri-Varma, G., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoglu, N., & Ateşçi, F. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 14(4), 210-217.
72. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11): e442.
73. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9064):1498- 1504.
74. World Health Organization, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi: 9 Nisan 2019.
75. World Health Organization, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> , Erişim tarihi: 9 Nisan 2019.
76. Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
77. Atlantis E, Ball K. Association between weight perception and psychological distress. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32(4):715-721.
78. Derenne JL, Beresin EV. Body image, media, and eating disorders. *Acad Psychiatry*. 2006;30(3):257-261.
79. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM, Katzman MA, Matroos GE, Susser ES. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *Am J Psychiatry*. 2005;162 (4):748-752.
80. Björntorp P. The regulation of adipose tissue distribution in humans. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1996;20(4):291-302.

81. Roberts R, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes* 2003; 27: 514–21.
82. Blaine B. Does depression cause obesity?: a meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *J Health Psychol* 2008; 13: 1190–97.
83. Tyrrell, J., Mulugeta, A., Wood, A. R., Zhou, A., Beaumont, R. N., Tuke, M. A., ... & Thompson, W. D. (2018). Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *International journal of epidemiology*.
84. Franklin, K. A., & Lindberg, E. (2015). Obstructive sleep apnea is a common disorder in the population—a review on the epidemiology of sleep apnea. *Journal of thoracic disease*, 7(8), 1311.
85. Erişkinlerde uyku ile ilişkili solunum bozuklukları: klinik araştırmalarda sendrom tanımı ve ölçüm teknikleri için öneriler. Amerikan Uyku Tıbbı Görev Gücü Akademisi Raporu. *Uyku* 1999; 22: 667-89.
86. Pozza, C., & Isidori, A. M. (2018). What's Behind the Obesity Epidemic. In *Imaging in Bariatric Surgery* (pp. 1-8). Springer, Cham.
87. Hung, H. C., Yang, Y. C., Ou, H. Y., Wu, J. S., Lu, F. H., & Chang, C. J. (2013). The association between self-reported sleep quality and overweight in a Chinese population. *Obesity*, 21(3), 486-492.
88. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Unhealthy sleep-related behaviors--12 States, 2009. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 60(8), 233.
89. Beccuti, G., & Pannain, S. (2011). Sleep and obesity. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 14(4), 402.
90. Pannain S, Miller A, Van Cauter E. Sleep loss, obesity and diabetes: prevalence, association and emerging evidence for causation. *Obes Metab-Milan*. 2008; 4:28–41.
91. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Ann N Y Acad Sci*. 2008; 1129:287–304.
92. Thomson, C. A., Morrow, K. L., Flatt, S. W., Wertheim, B. C., Perfect, M. M., Ravia, J. J., ... & Rock, C. L. (2012). Relationship between sleep quality and quantity and weight loss in women participating in a weight-loss intervention trial. *Obesity*, 20(7), 1419-1425.
93. Shi Z, McEvoy M, Luu J, Attia J. Dietary fat and sleep duration in Chinese men and women. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32:1835–1840.

94. Dallman MF, Pecoraro N, Akana SF, et al. Chronic stress and obesity: a new view of “comfort food” *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2003; 100:11696–11701.
95. Bozoklu G, “Edirne kent nüfusunda yeme davranışı ve etkileyen faktörler.” Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne, 2015.
96. Karakuş, S. Ş., Yıldırım, H., & Büyüköztürk, Ş. (2016). Üç faktörlü yeme ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 229-237.
97. Michael R. Lowe and Allen S. Levine, “Eating Motives and the Controversy Over Dieting: Eating Less Than Needed Versus Less Than Wanted”, *Obesity Research*, 2005, Volume: 13, Issue: 5, s. 799.
98. Inui A, Asakawa A, Bowers CY, Mantovani G, Laviano A, Meguid MM, et al. Ghrelin, appetite, and gastric motility: the emerging role of the stomach as an endocrine organ. *FASEB J*. 2004; 18:439–56.
99. Margetic S, Gazzola C, Pegg GG, Hill RA. Leptin: a review of its peripheral actions and interactions. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; 26:1407–33.
100. Konner AC, Klockener T, Bruning JC. Control of energy homeostasis by insulin and leptin: targeting the arcuate nucleus and beyond. *Physiol Behav*. 2009; 97:632–8.
101. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Diet, Weight, Physical Fitness, and Blood Pressure Control: 18-Month Results of a Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2006; 144:485–95.
102. Gustafson B. Adipose tissue, inflammation and atherosclerosis. *J Atheroscler Thromb*. 2010; 17:332–41.
103. Nagl, M., Hilbert, A., de Zwaan, M., Braehler, E., & Kersting, A. (2016). The German version of the Dutch eating behavior questionnaire: psychometric properties, measurement invariance, and population-based norms. *PLoS One*, 11(9), e0162510.
104. Bouchard C. Gene-environment interactions in the etiology of obesity: defining the fundamentals. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16:S5–S10.
105. Dorothy J. Van Buren and Meghan M. Sinton, “Psychological Aspects of Weight Loss and Weight Maintenance”, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2009, Volume: 109, Issue: 12, s. 1995.
106. Cebolla A, BarradaJR, VanStrien T, Oliver E, Baños R. Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite* 2014;(73):58- 64.

107. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Dafaes PB. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders* 1986;5(2):295-315.
108. Bailly N, Maitre I, Amanda M, Herve C, Alaphilipe D. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in aging French population. *Appetite* 2012;(59):853-8.
109. Baños et al., 2011; Burton, Smit, & Lightowler, 2007; Ouwens, Van Strien, & Van Der Staak, 2003; Riva, Gaggioli et al., 2013; Riva & Molinari, 2004; Van Strien et al., 2013.
110. Canetti, L., Bachar, E. ve Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60, 157-164.
111. Grant, P., Buckroyd, J., & Rother, S. (2008). Food for the soul: Social and emotional origins of comfort eating in the morbidly obese. *Psychological responses to eating disorders and obesity*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
112. Kemp, E., Bui, M. ve Grier, S. (2011). Eating their feelings: Examining emotional eating in at-risk groups in the United States. *Journal of Consumer Policy*, 34(2), 211-229.
113. Smith G, Simmons J, Flory K, et al. Thinness and eating expectancies predict subsequent binge-eating and purging behavior among adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 2007; 116: 188-97.
114. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, et al. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17: 68-78.
115. MERMİ, O. Obezite ve Psikiyatri. *Firat Med J* 2018; 23: (Özel Sayı/Supp) 54-60.
116. Machteld A. Ouwens vd., "Tendency Toward Overeating and Restraint as Predictors of Food Consumption", *Appetite*, 2003, Volume: 40, Issue: 3, p. 294.
117. Evers, C., Marijn Stok, F., & de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804.
118. O'Connor, D.B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27, 20–31.
119. Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T., & Evers, C. (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? *Psychology and Health*, 26(1), 23-39.

120. Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138-143.
121. Lehman, A. K., & Rodin, J. (1989). Styles of self-nurturance and disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 117-122.
122. Herman, C. P., & Polivy, J. (1988). Excess and restraint in bulimia. In K. Pirke, W. Vandereycken, & E. Ploog (Eds.), *The psychobiology of bulimia* (pp. 33-41). New York, NY: SpringerVerlag.
123. Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50, 1–11.
124. Anschutz, D. J., Van Strien, T., Van De Ven, M., & Engels, R. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*, 53, 119–122.
125. Elfhag, K., Tholin, S., & Rasmussen, F. (2008). Consumption of fruit, vegetables, sweets, and soft drinks are associated with psychological dimensions of eating behaviour in parents and their 12-year-old children. *Public Health Nutrition*, 11, 914–923.
126. Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479.
127. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: a new dimension of appetite? *Physiol Behav* 2007; 91:432–9.
128. Braet C, Claus L, Goossens L, Moens E, et al. Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *J Health Psychol* 2008; 13:733–43.
129. Habhab S, Sheldon JP, Loeb RC. The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. *Appetite* 2009; 52:437–44.
130. Flegal, K. M. (2005). Epidemiologic aspects of overweight and obesity in the United States. *Physiology and Behavior*, 86, 599-602.
131. Kruger, J., Galuska, D. A., Serdula, M. K., & Jones, D. A. (2004). Attempting to lose weight: Specific practices among U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 26, 402-406.
132. Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 510-525.
133. Papiés, E. K., Stroebe, W., & Aarts, H. (2008). Healthy Cognition: Processes of Self-Regulatory Success in Restrained Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(9), 1290–1300. doi:10.1177/0146167208320063.

134. Stroebe, W., Mensink, W., Aarts, H., Schut, H., & Kruglanski, A. W. (2008). Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 26-36.
135. Papiés, E. K., Stroebe, W., & Aarts, H. (2007). Pleasure in the mind: Restrained eating and spontaneous hedonic thoughts about food. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 810-817.
136. Johnson, F., Pratt, M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International journal of obesity*, 36(5), 665.
137. Van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52(2), 380-387.
138. Nijs, I. M., Franken, I. H., & Muris, P. (2009). Enhanced processing of food-related pictures in female external eaters. *Appetite*, 53(3), 376-383.
139. Evers, C., Stok, F. M., Danner, U. N., Salmon, S. J., de Ridder, D. T., & Adriaanse, M. A. (2011). The shaping role of hunger on self-reported external eating status. *Appetite*, 57(2), 318-320.
140. Piech, R. M., Pastorino, M. T., & Zald, D. H. (2010). All I saw was the cake. Hunger effects on attentional capture by visual food cues. *Appetite*, 54(3), 579-582.
141. Snoek, H. M., Van Strien, T., Janssens, J. M., & Engels, R. C. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian journal of psychology*, 48(1), 23-32.
142. Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I. & Ogden, J. (1992). Eating style and eating behaviour in adolescents. *Appetite*, 18(3), 167-183.
143. Videon, T. M. & Manning, C. K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32(5), 365-373.
144. Birch, L. L. & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(5), 1054-1061.
145. Brogan, A., & Hevey, D. (2013). Eating styles in the morbidly obese: restraint eating, but not emotional and external eating, predicts dietary behaviour. *Psychology & health*, 28(6), 714-725.
146. Ouwens, M., Van Strein, T., Van Der Stoak, C. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*. 40:291-298.

147. Bozan, N. (2009), *Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik Güveniliğinin Sınanması*, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Uzmanlık Tezi, Ankara.
148. Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
149. Agargün M.Y, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7, 107-115.
150. Buysse D.J, Reynolds C.F, Monk T.H, et al. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep* 1991; 14(4), 331-338.
151. Aslan S. *Beslenme ve diyet polikliniğine başvuran yetişkin hastaların defekasyon alışkanlıklarını etkileyen etmenleri*, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
152. Çayır A., Nazlı, A. T. A. K., Köse, SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(01), 2011, 13-19.
153. Seven H, *Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisi*. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
154. Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması, <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Duyurular/T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99DE%20GENEL%20N%C3%9CFUSTA%20T%C3%9CT%C3%9CN%20ALKOL%20VE%20MADDE%20KULLANIMINA%20Y%C3%96NEL%C4%B0K%20TUTUM%20VE%20DAVRANI%C5%9E%20ARA%C5%9ETIRMASI.pdf>, Erişim tarihi: 17 Nisan 2019.
155. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Beslenme Rehberi 2015, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>, Erişim tarihi: 17 Nisan 2019.
156. Lodato, F., Araujo, J., Barros, H., Lopes, C., Agodi, A., Barchitta, M., and Ramos, E. (2013). Caffeine intake reduces sleep duration in adolescents. *Nutrition research*, 33(9), 726-732.
157. EFSA (2015). Scientific opinion on the safety of caffeine. *EFSA Journal*, 13(5), 4102.

158. Öçal, Ö., *Acıbadem Maslak Hastanesi beslenme ve diyet polikliniğine başvuran 20-64 yaş arası bireylerde besin tüketimi ile Pittsburgh Uyku Kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.
159. Türkiye Beslenme Rehberi (TUBER) 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1031, Ankara, 2016: 26-47.
160. Hacıarif A, *Yetişkin bireylerin beslenme durumlarının incelenmesi ve tıknırcasına yeme bozukluğunun belirlenmesi*, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
161. Öyekçin, D. G., & Deveci, A. (2012). Yeme Bağımlılığının Etiyolojisi/Etiology of Food Addiction. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 138.
162. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat Behav* 2003; 3:341-347.
163. Van Strien, T., Kontinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C., & Winkens, L. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, 216-224.
164. Brechan, I., & Kvalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating behaviors*, 17, 49-58.
165. Zickgraf, H. F., & Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the nine item avoidant/restrictive food intake disorder screen (NIAS): a measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32-42.
166. Gündüz GK, *Obezite tanısı almış kadınların obezite dereceleri ile problemlili yeme davranışları arasındaki ilişki*, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
167. Kim, S., DeRoo, L. A., & Sandler, D. P. (2011). Eating patterns and nutritional characteristics associated with sleep duration. *Public health nutrition*, 14(5), 889-895.
168. Dweck, J. S., Jenkins, S. M., & Nolan, L. J. (2014). The role of emotional eating and stress in the influence of short sleep on food consumption. *Appetite*, 72, 106-113.
169. Nolan, L. J., & Geliebter, A. (2012). Night eating is associated with emotional and external eating in college students. *Eating behaviors*, 13(3), 202-206.
170. Macey, P. M., Woo, M. A., Kumar, R., Cross, R. L., & Harper, R. M. (2010). Relationship between obstructive sleep apnea severity and sleep, depression and anxiety symptoms in newly-diagnosed patients. *PloS one*, 5(4), e10211.

171. Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, 36(7), 1059-1068.
172. Bozkurt O. *Yetişkin bireylerde genel beslenme durumu, diyetin triptofan ve kafein içeriği ile depresyon durumu, uyku süresi ve kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi*, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
173. Küey L, Güleç C. Depression in Turkey in the 1980s: Epidemiological and Clinical Approaches. *Clin Neuropharmacol* 1989; 12:1-12.
174. Keskin A., Ünlüoğlu İ., Bilge U., & Yenilmez Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4).
175. İstatistiklerle Türkiye, TÜİK 2015 <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7330775/7339623/Turkey+in+statistics+2015.pdf/317c6386-e51c-45de-85b0-ff671e3760f8>.
176. Nernekleli M. *Üniversite öğrencilerinde psikolojik dayanıklılık, beden imajı ve emosyonel yeme arasındaki ilişki*, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
177. Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kuğu, N. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-57.
178. Onat Ş., Delialioğlu S., Biçer S., Özel S. Osteoporotik Hastalarda Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, (2013) 19, 32-7.
179. Karakoç, B. (2009). Uyku kalitesi üzerine bir çalışma: Özel Dal Hastanesi sağlık çalışanları örneği.
180. Bunsuz E. *Kadınlarda bel çevresi ve beden kitle indeksi ve beck depresyon envanteri puanlaması arasındaki ilişkinin saptanması*, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2018.
181. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ et al. (2000) Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol*, 152:163-170.
182. Pan A, Sun Q, Czernichow S ve ark. (2011) Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *Int J Obes (Lond)*, doi: 10.1038/ijo.2011.111.

183. Evirgen N. *Obez, kilolu ve normal kilolu kadınlarda duygusal sebeplere bağlı yeme davranışı ve duygu düzenlemesi ile ilişkisi* Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
184. Singh, M., Drake, C. L., Roehrs, T., Hudgel, D. W., & Roth, T. (2005). The association between obesity and short sleep duration: a population-based study. *Journal of clinical sleep medicine*, 1(04), 357-363.
185. Ulaş B., Tatlıbadem B., Nazik F., Sönmez M., Uncu F, niversite ğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 2(3), 71-75.
186. Jackson K. L., Janssen I., Appelhans B. M. Kazlauskaite, R., Karavolos, K., Dugan, S. A., ... & Kravitz, H. M, Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of women's mental health*, 17(3), 2014, 177-187.
187. Cargill, B. R., Clark, M. M., Pera, V., Niaura, R. S., & Abrams, D. B. (1999). Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. *Obesity research*, 7(4), 379-386.
188. Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, 16(2), 257-264.
189. Shisslak, C. M., & Crago, M. (2001). Risk and protective factors in the development of eating disorders. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assesment, prevention, and treatment* (pp. 103–125).
190. Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*, 1(1), 57-70.
191. Kadioğlu, M. ve Ergün, A. (2015). Üniversite ğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 96-104.
192. Ulaş, B., Uncu, F. ve ner, S. (2013). Sağlık yüksekokulu ğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 15-22.
193. Baş, M. (2008). Yeme bozukluklarına diyetisel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. (Ed. Baysal, A., Baş, M.). *Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*, Ankara: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.

194. Aykut MK, *Duygusal yeme davranışlarının yeme bozukluğu ve beslenme durumu ile ilişkisi*, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
195. Wadden TA, Osei S, 2003. Obezite Tedavisi, Obezite tedavi el kitabı, s. 229-48.
196. Güzey M., *Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi*, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
197. Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., & İsmailoğlu, E. G. (2014). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3).
198. Potter AP, Perry AG. Basic nursing essential for practice. 5th Ed. England: Mosby. 689-706, 2003.)
199. Black J, Hawks HJ, Keene MA. Foundations of Medical Surgical Nursing. 6 th Ed. England, Mosby. 431-443, 2003.
200. Lopes CS. Epidemiology of insomnia: prevalence and risk factors. Can't sleep? Issues of Being an Insomniac. (Sahoo S.) Rijeka, Intech 3-22, 2012.
201. Diepvens K., et al. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2007; 292:77-85.
202. Aslan M, Orhan U, Obezite Tedavisine Yardımcı Olarak Kullanılan Doğal Ürünler. *Diyabet ve Obezite*,2010, 91.
203. Hantaş, Y., Maner, F., Erkıran, M., Turan, F., & Gökalp, P. (2003). Alkol-madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda yeme özellikleri ve yeme bozuklukları taraması. *Düşünen Adam*, 16(1), 24-27.
204. Arslantaş, H., Adana, F., Ögüt, S., Ayakdaş, D., & Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3).
205. Eygören EC, *Uyku kalitesi ve süresi ile obezite ve besin seçimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
206. Balcı, K. *Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde çalışan yetişkin bireylerin beslenme durumları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.

207. Malkoç B, *Obez yetişkinlerde beslenme durumu ve diyet kalitesinin depresyon anksiyete ve stres düzeyi ile ilişkisi*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Samsun, 2018.
208. Ertürk Eda, *Spor merkezine devam eden bireylerin beslenme durumları ve yeme davranışlarının değerlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
209. Nazlıcan E., *Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, 2008.
210. Newman, E., O'Connor, D., B., Conner, M., (2008), "Attentional Biases For Food Stimuli in External Eaters: Possible Mechanism For Stress-Induced Eating?", *Appetite*, 51(2): 339-342.
211. Rideout, C. A., McLean, J. A., & Barr, S. I. (2004). Women with high scores for cognitive dietary restraint choose foods lower in fat and energy. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(7), 1154-1157.
212. Goulet, J., Provencher, V., Piché, M. È., Lapointe, A., Weisnagel, S. J., Nadeau, A., ... & Lemieux, S. (2008). Relationship between eating behaviours and food and drink consumption in healthy postmenopausal women in a real-life context. *British journal of nutrition*, 100(4), 910-917.
213. Karaca E, Aytaç S, Yağ bitkilerinde yağ asitleri kompozisyonu üzerine etki eden faktörler. *Anadolu Tarım Bilimleri Dergisi*, 2007, 22(1), 123-131.
214. Sánchez-Villegas, A., Verberne, L., De Irala, J., Ruíz-Canela, M., Toledo, E., Serra-Majem, L., & Martínez-González, M. A. (2011). Dietary fat intake and the risk of depression: the SUN Project. *PloS one*, 6(1), e16268.
215. De Lauzon B., Romon M., Deschamps V., Lafay L., Borys JM., Ducimetiere P., Charles MA., The Fleurbaix Laventie Ville Sante (FLVS) Study Group. (2004) The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating pattern in a general population, *J Nutr.*, 134:2372-2380.
216. Ünal, S. G. (2018). Duygusal Beslenme ve Obezite. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 3(2).
217. Kırçalı N. (2018). *Diyet Magnezyum Alımı ile Duygu Durum Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Beslenmesi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

218. Daviy SR, Benes BA, Driskell JA. Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students. *J Am Diet Assoc.* 106: 1673-1677, 2006.
219. Crispim CA, Zimberg ZI, Gomes dos Reis B. Relationship between food intake and sleep pattern in healthy individuals. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 7 (6): 659-664, 2011.
220. Turner SA, Luszczynska A, Warner L, Schwarzer R. Emotional and uncontrolled eating styles and chocolate chip cookie consumption: acontrolled trial of theeffects of positive mood enhancement. *Appetite.* 2010; 54:143-9.
221. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015, https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_TYrkiye_Beslenme_Rehberi.pdf, Erişim tarihi: 6 Mayıs 2019.
222. Akbarly TN, Brunner EJ, Ferrie JE, et al. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 408-413.
223. Alparslan N, *Depresyonlu hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi*, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2011.
224. Konttinen H, Dietary habits and obesity: The role of emotional and cognitive factors. (Academic Dissertation, Helsinki University of Social Research Depertman) 2012, Finland.
225. Öztürk ME, *Yetişkin kadınlarda uyku kalitesi, beslenme durumu ve kan lipit profili ilişkisi*, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.
226. Çiftçi H, Yıldız E, Mercanlıgil SM. Depresyon ve beslenme tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 369-377.
227. Chaput JP, Klingenberg L, Astrup A. Modern sedentary activities promote overconsumption of food in our current obesogenic environment. *Obesity Reviews* 12: 12- 20, 2011.
228. Barker M, Robinsons S, Wilman C, Barker DJ. Behavior, body composition and diet in adolescent girls. *Appetite.* 2000; 35(2): 161- 170.
229. Devran BS, *Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan adölesan ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi*, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

230. Acar ÖT. *Kocaeli üniversitesi beden eğitimi Y.O. ve mimarlık mühendislik fak. öğrencilerinde beden algısı ve iyilik halinin beden kitle indeksi ve vücut yağ dağılımı ile ilgisi*. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Kocaeli, 2010.
231. Hamurcu P., Öner C., Telatar B., Yeşildağ, Ş., Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi, 2015.
232. Çivitçi Ş, Harmankaya H. 6-16 yaş arası obez çocukların ve ergenlerin giysilerde tercih ettiği özellikler. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2(1): 49-62, 2012.



8. EKLER

Ek 1. ETİK KURUL ONAYI

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 10.10.2018

Toplantı Sayısı: 98

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 10.10.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 9. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Beslenme ve Diyetetik bölümünden **Cansu KOLUKIRIK**'ın "Yetişkin Bireylerin Uyku Kalitesi, Depresyon Durumu ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.




Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)




Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)

Ek 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcılar;

Bu çalışmada, yetişkin bireylerin yeme davranışları, depresyon durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve bireylerin beden kütle indeksi ile depresyon durumu, uyku kalitesi ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Araştırma; Eylül-Kasım 2018 ayları içerisinde özel bir sağlık grubunun Beslenme ve Diyet polikliniklerine başvuran sağlıklı kişilere gönüllülük esasında sosyodemografik bilgiler, beden ölçüsü ve beden algısı ile ilgili bilgiler, beslenme durumu ile ilgili bilgiler içeren bir anket, Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Beck Depresyon Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi içeren bir anket formu uygulanarak yapılacaktır.

Çalışmada kesinlikle özel hayat gizliliğine aykırı bilgiler sorulmayacaktır. Genel olarak yeme davranışlarınızın saptanması amaçlanmıştır.

Araştırmada alınacak yaş, eğitim durumu gibi bilgiler araştırma kapsamı dışında hiç bir kişiyle kesinlikle paylaşılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esastadır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilirsiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında da katılım onayınızdan vazgeçebilirsiniz.

Araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Elde edilen veriler ile bireylerin yeme davranışlarını irdelemek ve bireylerin beden kütle indekslerinin yeme davranışları, uyku kalitesi ve depresyon durumu arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.

Araştırmacı: Dyt. Cansu KOLUKIRIK

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Sorularınız için Mail adresi: dytcansukolukirik@gmail.com

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Funda Şensoy

Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi

Ek 3. TEZ ANKET FORMU

YETİŞKİN BİREYLERİN UYKU KALİTESİ, DEPRESYON DURUMU VE YEME DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Katılımcılar,

Bu form, yetişkin bireylerin uyku kalitesi, depresyon durumu ve yeme davranışlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için hiçbir soruyu boş bırakmamanız önemlidir. Sorulara verdiğiniz cevaplar kesinlikle başka kurum ve kişilerle paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tez Öğrencisi

Dyt. Cansu KOLUKIRIK

A) SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1)Ad-Soyad:.....

2)Yaş:.....

3)Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek

4)Medeni Durum: ()Evli ()Bekar ()Boşanmış ()Dul

5)Çocuğunuz var mı? ()Evet ()Hayır

6)Çocuğunuz varsa sayısını belirtiniz:.....

7)Eğitim Durumu: () Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite/Yüksekokul () Lisansüstü

8)Çalışma Durumu: ()Evet ()Hayır

9)Çalışıyorsanız mesleğiniz:.....

10)Sigara kullanıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

11)Sigara kullanıyorsanız miktarı belirtiniz

() 1-5 adet/gün () 6-10 adet/gün () 10-20 adet/gün () 1 paketten fazla/gün

12)Alkol kullanıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

13)Alkol kullanıyorsanız miktar belirtiniz.(1 birim alkol = 33 ml bira = 1 kadeh şarap =1 tek
rakı,viski)

()Günde 1-2 birim ()Haftada 1-2 birim ()Haftada 2 birimden fazla ()Ayda 1-2
birim

()Ayda 2 birimden fazla ()Yılda 1-2 birim ()Yılda 1-2 birimden fazla

B) BEDEN ÖLÇÜSÜ VE BEDEN ALGISI İLE İLGİLİ BİLGİLER

14)Kilo..... Boy:..... BKİ.....(Çalışmacı tarafından hesaplanacaktır)

15)Kendinizi nasıl görüyorsunuz? ()Zayıf ()Normal ()Kilolu ()Şişman

16) Daha önce diyet yaptınız mı? ()Evet ()Hayır

17)Şu an diyet yapıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

18)Çocukluk çağında kilo probleminiz oldu mu? ()Evet ()Hayır

19)Sık kilo alıp verir misiniz? ()Evet ()Hayır

20)Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

C) BESLENME DURUMU

21)Günde kaç öğün beslenirsiniz?Ana ÖğünAra Öğün

22)Öğün atlar mısınız? ()Evet ()Hayır

23)Öğün atlıyorsanız genellikle neden atlarsınız?

- a) İş yoğunluğundan dolayı vakit bulamıyorum.
- b) Açlık hissetmediğim için öğün atlıyorum.
- c) Bulduğum yerde bana uygun yemeklerin olmamasından dolayı.
- d) 3 ana öğün yapmayı gereksiz gördüğüm için
- e) Öğün atlayarak kan şekerlerinin daha düzenli olacağını düşündüğüm için.
- f) Zayıflamak istediğim için.
- g) Diğer(lütfen belirtiniz)

24)Ana öğünler arasında atıştırma yapar mısınız? ()Evet ()Hayır

25)Atıştırma öğünü yaparsanız genellikle ne tercih edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Taze/kuru meyveler
- b) Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)
- c) Süt, yoğurt, ayran
- d) Galeta, grisini,kraker

- e) Bisküvi, gofret, çikolata..
- f) Poğaç, simit, börek, kek..
- g)Sandviç, tost
- h) Tatlılar
- ı)Diğer(lütfen belirtiniz)

27. Akşam yemeğinden sonra atıştırmalık bir şeyler yiyor musunuz? () Evet () Hayır

28) Cevabınız “evet” ise genellikle ne tüketirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Taze/kuru meyveler
- b) Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)
- c) Süt, yoğurt, ayran
- d) Sandviç, tost, galeta, grisini vb.
- f) Poğaç, simit, börek vb.
- g) Çikolata, gofret, dondurma,bisküvi
- h)Tatlılar(sütlü tatlı , şerbetli tatlı)
- ı) Diğer (lütfen belirtiniz).....

31)Bir günde yaklaşık kaç litre su içiyorsunuz? (1 bardak:200 ml)

- a) 5 bardaktan az b) 6-8 bardak c) 9-12 bardak d) 12-15 bardak e) 15 bardaktan fazla

32. Kafein içeren içecekler (kahve, çay, vb.) tüketiyor musunuz?

() Evet () Hayır

31. Cevabınız ‘evet’ ise kafeinli içecek tüketim sıklığınız nedir?

- a) Her gün b) Haftada 4-5 gün c) Haftada 2-3 gün d) Haftada 1 gün e) Ayda 2-3 kez f) Ayda 1 ve daha az

HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ

		HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	SIK	ÇOK SIK
1	Eğer kilo aldıysanız her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2	Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye alıőrır mısınız?					
3	Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da ieeği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4	Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5	Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?					
6	çok fazla yediğinizde, ertesini daha az yer misiniz?					
7	Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8	Kilonuza dikkat ettiğiniz zamanlarda ne sıklıkla oğun aralarında yemek yemeye alıőrırsınız?					
9	Kilonuza dikkat ettiğinizde ne sıklıkla akŐamları yemek yememeye alıőrırsınız?					
10	Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11	Bir Őeylerden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12	Yapacak bir Őeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					

13	Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14	Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15	Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16	Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17	İstemediğiniz bir şey olduğunda yemek ister misiniz?					
18	Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19	Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20	Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21	Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22	Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23	Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24	Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					

25	Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26	Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27	Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28	Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29	Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30	Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
31	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32	Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden fazla yer misiniz?					
33	Yemek hazırlarken birşeyler yemeye meyilli misiniz?					

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1) 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4) 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) 0. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
 1. Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içerisindeyim.
 2. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.

3. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7) 0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8) 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9) 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10) 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13) 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.

14) 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

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

15) 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

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

16) 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

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

17) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

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

18) 0. İştahım her zamanki gibi.

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

19) 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

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

20) 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

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

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

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

PİTTSBURGH UYKU KALİTE İNDEKSİ

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad (alışlagelen) uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

- 1) Geçen ay geceleri genellikle ne zaman (saat kaçta) yattınız? (.....)
- 2) Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı? (.....)
- 3) Geçen ay sabahları genellikle ne zaman (saat kaçta) kalktınız? (.....)
- 4) Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) (.....)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

	1. Hiç yok	2.Haftada 1'den az	3. Haftada 1-2 kez	4)Haftada 3 ve daha fazla
5) Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?				
(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.				
(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.				
(f) Aşırı derecede üşüdünüz.				
g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.				
h) Kötü rüyalar gördünüz.				
i) Ağrı duydunuz.				
j) Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz: Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?				
6) Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?				
7) Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?				
8) Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?	Hiç	Çok az	Biraz	Çok
6) Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?	Çok iyi	Oldukça iyi	Oldukça kötü	Çok kötü

Ek 4. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad	Cansu	Soyadı	KOLUKIRIK
Doğum Yeri	Seyhan/ADANA	Doğum Tarihi	23.11.1992
Uyruğu	T.C.	E-mail	dytcansukolukirik@gmail.com
Cep telefonu	05356957015	Web sitesi	www.cansukolukirik.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Kurum	Okul	Mezuniyet Yılı
Lisans	Erciyes Üniversitesi	2014 (Fakülte 1.si)
Lise	Adana Ticaret Odası Anadolu Lisesi	2010

İŞ DENEYİMLERİ

Kurum	Yıl
Diyetisyen Cansu Kolukirik Beslenme ve Diyet Merkezi	2018-...
Medicana Çamlıca Tıp Merkezi	2016-2018
Ortadoğu Hastanesi	2014-2016