

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE
DUYGUSAL İŞTAH, UYKU KALİTESİ VE DEPRESYON
DURUMUNUN ARAŞTIRILMASI

EDANUR AYDIN

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2021

T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE
DUYGUSAL İŞTAH, UYKU KALİTESİ VE DEPRESYON
DURUMUNUN ARAŞTIRILMASI

Edanur AYDIN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nın
Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Suphiye Mine YURTTAGÜL

GAZİANTEP

2021

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazımına kadar geçen süreçte her türlü bilimsel bilgi birikimi ve manevi desteği sağlayan, değerli vaktini ayırarak her daim sabırla yol gösteren ve yardımını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. S.Mine YURTTAGÜL'e,

Bu süreçte bana rehberlik eden ve tecrübeleriyle yol gösteren tüm hocalarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük desteği sağlayan, bana inanan kıymetli babam Fatih AYDIN'a; her zaman bana inanan biricik annem Nuran AYDIN'a,

Stresli ve zor zamanlarımda yanımda olan, desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen kıymetli arkadaşlarım Deniz KESEK, Damla KESEK, Ulaş Can KÖŞÜ, Dyt. Nilüfer GÜRSEL, Dyt Şeyma Nur KAHVECİOĞLUNA'na çok teşekkür ederim.

ÖZET

Edanur AYDIN, Sağlıklı Yaşam Merkezine Başvuran Kişilerde Duygusal İştah, Uyku Kalitesi Ve Depresyon Durumunun Araştırılması. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2021. Duygusal iştah, uyku kalitesi ve depresyon durumunun araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmaya 18-65 yaş arası 140 yetişkin gönüllü birey dâhil edilmiştir. Bireylerle ilgili demografik bilgiler, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümlerin yer aldığı bir soru kağıdı ile bilgiler yüzyüze görüşülerek alınmıştır. Duygusal İştah Anketi, Üç faktörlü Beslenme Anketi, Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği (PUKİ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. Bireylerin %34,3'ü normal vücut ağırlığına sahiptir. Yüzde 67,1 oranındaki bireyin uyku kalitesi kötüdür. Bireylerin %63,6'sı normal, %16,4'ü hafif depresyon, %15,0'ı orta depresyon ve %5,0'ı ciddi depresyon düzeyine sahiptir. Erkek bireylerin pozitif olaylar karşısında duygusal iştah puanı, kadın bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Evli bireylerin negatif olaylar karşısındaki iştahlarının bekâr bireylere göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Düzenli fiziksel aktivite yapmayanların pozitif duygular karşısındaki iştah durumu düzenli aktivite yapan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Üç faktörlü beslenme anketinde, kötü uyku kalitesine sahip bireylerin ölçek puan ortalaması, iyi uyku kalitesine sahip bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Evli bireylerin uyku kalitesi bekâr bireylere göre daha yüksektir. Alkol kullanan bireylerin ve öğün atlayan bireylerin uyku kalitesi daha kötü olarak tespit edilmiştir. Bekâr bireylerin depresyon puanları evli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara içen ve alkol kullanan bireylerin depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Depresyon düzeyi arttıkça duygusal iştahın arttığı ve uyku kalitesinin kötüleştiği saptanmıştır. Uyku kalitesi düşük olan bireylerde ise duygusal iştahta artış görülmemiştir. Bireyler yeterli ve dengeli beslenme fiziksel aktivite ve stres yönetimi ve uyku kalitesi konusunda eğitilmeli ve farkındalıkları artırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: duygusal iştah, depresyon, uyku kalitesi

ABSTRACT

Eda Nur AYDIN, Investigation of Emotional Appetite, Sleep Quality and Depression Status in People Applying to a Wellness Center. Hasan Kalyoncu University, Graduate Education Institute, Department of Nutrition and Dietetics, Master's Thesis, Gaziantep, 2021. 140 adult volunteers, between the ages of 18-65 years, have been included in this study; which was conducted in order to investigate emotional appetite, sleep quality and depression status. Information were obtained by face to face interviews on demographics about the individuals, their eating habits and a questionnaire containing anthropometric measurements. Emotional Appetite Questionnaire, Three-factor Nutrition Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Scale (PSQI) and Beck Depression Inventory (BDI) were applied. 34.3% of individuals have normal body weight. Sleep quality of 67.1% of individuals is poor. 63.6% of individuals have normal depression; 16.4% have mild, 15.0% have moderate and 5.0% have severe depression. It was concluded that married individuals' appetite for negative events was lower than that of single individuals. Those who do not do regular physical activity have a higher appetite due to positive emotions than those who do regular activity. In three-factor nutrition questionnaire, the mean score of the individuals with poor sleep quality was found to be higher than those with good sleep quality. However, no significant difference was found in the emotional appetite questionnaire sub-dimension mean scores with respect to sleep quality. Sleep quality of married individuals is higher than that of single individuals. It has been determined that individuals who use alcohol have worse sleep quality than individuals who do not drink alcohol or are social drinkers. Comparing the sleep quality of individuals who always skip meals to individuals who never skip a meal, it was found to be worse in the former. Single individuals have higher depression scores than married individuals. Depression scores of smokers and alcohol users were found to be significantly higher than those of non-smokers and non-alcohol users. It was determined that as the level of depression increased, emotional appetite increased and sleep quality worsened. There wasn't an increase in emotional appetite in individuals with low sleep quality. Individuals should be educated about adequate and balanced nutrition, physical activity and stress management, and their awareness should be increased.

Keywords: emotional appetite, depression, sleep quality

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	vii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix

1.GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Amaç Ve Hipotez.....	2

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Beslenme	2
2.1.1.Yeterli Ve Dengeli Beslenme	2
2.2.1.İştah Metabolizması	3
2.3.Yetişkin Dönemde Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler.....	3
2.4.Duygusal İştah.....	3
2.4.1. Tanım	3
2.4.2. Sıklık	4
2.4.3. Duygusal İştah Sonucu Oluşan Yemeyi Açıklayan Teoriler	5
2.4.4. Duygusal İştah Mekanizmaları	7
2.5.Uyku	9
2.5.1.Tanımı	9
2.5.2.Uyku Evreleri.....	9
2.5.3.Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	10
2.6. Depresyon	13
2.6.1. Tanım	13
2.6.2. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları	13
2.6.3. Depresyon Tanı Ölçütleri.....	17
2.6.4. Duygusal İştah Ve Depresyon.....	18
2.7.Uyku Kalitesi Ve Depresyon.....	19

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	20
3.2. Araştırmanın Etik Kurul Yönü.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	20
3.4. Veri Toplama Gereçleri.....	20
3.4.1. Demografik Özellikler.....	21
3.4.2. Antropometrik Ölçümler	21
3.4.3. Duygusal İştah Ölçeği (DİA)	22
3.4.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	23
3.4.5. Üç Faktörlü Beslenme Anketi	23
3.4.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ).....	23
3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	24

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.2. Bireylerin Sağlık Durumları	26
Tablo 4.3. Bireylerin Öğün Alışkanlıklarının Dağılımı	27
Tablo 4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama (X) Standart Sapma (S) ve Alt-Üst Değerleri.....	28
Tablo 4.5. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Sınıflaması.....	29
Tablo 4.6. Bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama (X̄) Standart	30
Tablo 4.7. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri.....	31
Tablo 4.8. Bireylerin Sağlık Bilgilerine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri.....	32
Tablo 4.9. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Sınıflamasına Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri	33
Tablo 4.10. Bireylerin Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri	33
Tablo 4.11. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri	34
Tablo 4.12. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri	35
Tablo 4.13. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri.....	36
Tablo 4.14. Bireylerin Uyku Kalitesi Sınıflaması ve Toplam Puan Ortalaması	36
Tablo 4.15. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması	37
Tablo 4.16. Bireylerin Sağlık Bilgilerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması	38
Tablo 4.17. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması	39

Tablo 4.18. Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi ve Duygusal İştah Anketi Puan Ortalaması	40
Tablo 4.19. Bireylerin Depresyon Düzeyi Sınıflaması ve Depresyon Puanı Ortalaması.....	40
Tablo 4.20. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Depresyon Puanı Ortalaması	41
Tablo 4.21. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması.....	42
Tablo 4.22. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Depresyon Puanı Ortalaması.....	43
Tablo 4.23. Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Depresyon Puanı Ortalaması	43
Tablo 4.24. Bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi Alt Boyut Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu	44
Tablo 4.25. Bireylerin Duygusal İştah Anketi Alt Boyut Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu	45
Tablo 4.26. Bireylerin Uyku Kalitesi Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu.....	46
Tablo 4.27. Bireylerin Depresyon Skorunun Bazı Parametrelerle Korelasyonu.....	47

5.TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	48
5.2. Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	50
5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	50
5.4. Katılımcıların Duygusal İştah ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi.....	53
5.5. Bireylerin Üç Faktörlü Yeme Ölçeğine İlişkin Değerlendirme	55
5.6. Bireylerin Pittsburg-Uyku ölçeğine İlişkin Değerlendirme	58
5.7. Bireylerin Beck Depresyon Anketine İlişkin Değerlendirme	60
5.8. Depresyon, Uyku kalitesi ve Duygusal İştah Ölçeklerine İlişkin Değerlendirme.....	62

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	64
6.2. Öneriler	68
6.3. Sınırlılıklar... ..	68

KAYNAKLAR..... 69

EKLER 84

- Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı
- Ek 2. Etik Kurul Kararı
- Ek 3. Kurum İzni
- Ek 4. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu
- Ek 5. Veri Toplama Formu
- Ek 6. İntihal Raporu
- Ek 7. Kısa Özgeçmiş

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 3.1. Antropometrik ölçüm değerlerinin sınıflaması	22
Tablo 4.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.2. Bireylerin Sağlık Bilgilerinin Dağılımı	26
Tablo 4.3. Bireylerin Öğün Alışkanlıklarının Dağılımı	27
Tablo 4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama (X) Standart Sapma (S) ve Alt- Üst Değerleri	28
Tablo 4.5. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Sınıflaması	29
Tablo 4.6. Bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama (X) Standart	30
Tablo 4.7. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri	31
Tablo 4.8. Bireylerin Sağlık Bilgilerine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri	32
Tablo 4.9. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri	33
Tablo 4.10. Bireylerin Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri	33
Tablo 4.11. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri	34
Tablo 4.12. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri	35
Tablo 4.13. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri	36
Tablo 4.14. Bireylerin Uyku Kalitesi Sınıflaması ve Toplam Puan Ortalaması	36
Tablo 4.15. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması	37
Tablo 4.16. Bireylerin Sağlık Bilgilerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması	38
Tablo 4.17. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması	39
Tablo 4.18. Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi ve Duygusal İştah Anketi Puan Ortalaması	40
Tablo 4.19. Bireylerin Depresyon Düzeyi Sınıflaması ve Depresyon Puanı Ortalaması	40
Tablo 4.20. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Depresyon Puanı Ortalaması	41
Tablo 4.21. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması	42

Tablo 4.22. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Depresyon Puanı Ortalaması	43
Tablo 4.23. Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Depresyon Puanı Ortalaması	43
Tablo 4.24. Bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi Alt Boyut Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu	44
Tablo 4.25. Bireylerin Duygusal İştah Anketi Alt Boyut Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu	45
Tablo 4.26. Bireylerin Uyku Kalitesi Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu	46
Tablo 4.27. Bireylerin Depresyon Skorunun Bazı Parametrelerle Korelasyonu	47



SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

Dk	:Dakika
Kg	:Kilogram
n	:Sayı
%	:Yüzde
p	:Anlamlılık Düzeyi
SS	:Standart Sapma
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiki Paket)
TBSA	:Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
WHO	:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
$\bar{x}$	:Ortalama
VMH	:Ventromedial Hipotalamus Bölgesi
LH	:Lateral Hipotalamus Bölgesi
REM	:Hızlı Göz Hareketli Uyku
NREM	:Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku
EEG	:Elektroensefalografi
BKİ	:Beden Kütle İndeksi
DİA	:Duygusal İştah Ölçeği
BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği
PUKİ	:Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği
NDP	:Negatif Durum Puanı
PDP	:Pozitif Durum Puanı
NOP	:Negatif Olay Puanı
POP	:Pozitif Olay Puanı
Faktör 1	:Kontrolsüz Yeme Düzeyi
Faktör 2	:Duygusal Yeme Düzeyi
Faktör 3	:Bilinçli Kısıtlama Düzeyi
Faktör 4	:Açlığa Duyarlılık Düzeyi

1.GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Duygusal iştah duygu durumlarındaki değişimlere yanıt olarak genellikle normalden fazla besin tüketimine neden olan psikolojik bir yeme davranışı eğilimi olarak tanımlanmaktadır (1).

Duygusal İştahın, biyolojik ve duygusal olarak tanımlanan iki türü vardır. Bu iki türün belirtileri birbirlerinden farklılık gösterir. Biyolojik iştahta vücut enerji üretimi için besine ihtiyaç duyar. Bu nedenle midede kazınma, kan şekerinde düşme, yorgunluk görülebilir. Biyolojik iştahı yok etme davranışı, duygusal iştah davranışı gösteren bireyden farklıdır. Birey düşük kalorili bir besin ile açlığını ortadan kaldıracaktır. Duygusal iştahta ise bu durum daha farklıdır. Aniden ve fiziksel belirti vermeden başlayabilir. Birey önüne gelen herşeyi tüketebilir ve enerji değeri yüksek besinlere daha fazla yönelebilir (2).

Duygusal iştah üzerine yapılan birçok çalışma, aşırı yeme-stres arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Kadın üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışma stresin duygusal iştahı tetiklediğini ortaya koymuştur. Birçok deneysel araştırma fazla stresin besin tüketimini artırdığını göstermiştir. Ayrıca çalışmada stres altında olan bireylerin yüksek yağlı besinlere yöneliminin daha fazla olduğu bulunmuştur (3).

Duygusal iştah stres dışında uyku kalitesi ve depresyon gibi birçok psikolojik sorun ile ilişkilidir. Duygusal iştaha sahip bireyler depresyon ve uykusuzluk gibi olumsuz durumlarda aşırı yemeye yönelirler. Aşırı yemenin dışında bu bireylerde yüksek karbonhidratlı besinleri tüketmek; mutsuz, kaygılı ve stresli bir şekilde yemek yemek sergilenen davranışlar arasındadır (4).

Yapılan çalışmalar, yüksek karbonhidratlı besinler tüketimi sonucu kandaki triptofan seviyesinin artışı ile serotonin hormon seviyesinde paralel olarak artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Kandaki serotonin artışıyla birlikte bireyin duygu durumunda pozitif etki görülmüştür (5).

Depresyon, uyku kalitesi ve duygusal iştah arasındaki etkileşimler ve bunun sağlık üzerindeki etkilerinin araştırılması önemlidir.

1.2.Amaç Ve Hipotez

Çalışmanın amacı 18-65 yaş arasındaki bireylerde duygusal iştah, uyku kalitesi ve depresyon durumunun incelenmesi ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Hipotezler

H1:Uyku kalitesi düşük bireylerde Duygusal İştah Ölçeği puanları yüksektir.

H2:Depresyonda olan bireylerde duygusal iştah kontrolü güçtür.

H3:Duygusal iştah durumu fazla olan bireylerde ağırlık artışı ve obezite görülme sıklığı yüksektir.

H4: Duygusal iştah durumu fazla olan bireylerde Üç Faktörlü Beslenme Anketi puanları yüksektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Beslenme

Beslenme; sağlığın korunması, yaşam kalitesinin yükseltmesi için vücuda gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanda almak için yapılan bilinçli bir eylemdir(6).Beslenme aynı zamanda büyüme ve yaşamın sürdürülmesi için besin öğelerinin kullanılması olarak da tanımlanabilir (7). İnsanın yaşamını sürdürebilmesi için 50'ye yakın besin öğesine gereksinimi vardır. İnsanın sağlıklı-kaliteli bir yaşam sürdürmesi, büyümesi için her besin öğesinden günlük alması gereken belirli bir miktar vardır. Bu öğeler alınmadığında ya da gereğinden az ya da fazla alındığında çeşitli sağlık problemlerinin ortaya çıkacağı bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır(8). Beslenme hastalıkların tedavisinde olduğu gibi ileri yaşların sağlıklı ve verimli geçirilmesinde oldukça önemlidir (9).

2.1.1.Yeterli Ve Dengeli Beslenme

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumuna “yeterli ve dengeli beslenme” denir. Yaşa, cinsiyete, fiziksel aktiviteye, genetik -fizyolojik özelliklere ve hastalık durumuna göre alınması gereken besin öğesi miktarı değişebilir, bu nedenle beslenme planı kişiye özgü olmalıdır (6).

2.2.İştah

İştah, tokluk ve açlık gibi durumlardan etkilenen bir sistem olmanın yanı sıra besinlere karşı oluşan bilinçli bir istek durumudur. İştahın hem biyolojik hem de psikolojik yönleri vardır (10). Bundan dolayı iştah yalnızca biyolojik olmayıp bazı hedonik etmenlerden de (zevk, lezzet, sosyal çevre vb.) etkilenir. Bu durumda iştah; sosyal, çevresel ve metabolik durumların etki ettiği karmaşık bir sistem olarak görülebilir (11).

2.2.1.İştah Metabolizması

İştah metabolizması merkezi sinir sistemi, sindirim sistemi, adrenal bezler ve pankreasın kontrolü altındadır (12). Fakat asıl olarak beyinde ki hipotalamus kısmı iştah kontrolünden sorumludur. Hipotalamusta ki ventromedialhipotalamus (VMH) bölgesi “tokluk merkezi”, lateralhipotalamus (LH) bölgesi ise “açlık merkezi” olarak adlandırılır (13). Bu merkezlerden beyne sinyaller enerji metabolizmasının düzenlenmesinde rol oynar.

Sindirim sistemi tarafından bağırsaklara salgılanan hormonlar da beyne doyma sinyalleri gönderir. İnce bağırsaktan salgılanan hormonlar iştahı akut olarak düzenleyen, doyumluk hissi oluşmasında rol oynayan hormonlar olarak bilinir. Pankreastan salgılanan İnsülin ve adipoz dokudan salgılanan hormonları ise uzun dönemdeki beslenme halini yansıtan hormonlardır (14).

2.3.Yetişkin Dönemde Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler

Yetişkin dönem; fiziksel, sosyal ve ruhsal gelişimin tamamladığı dönem olarak değerlendirilebilir.

Yetişkinlik döneminde kişi dönem dönem psikolojik ve biyolojik değişimler yaşayabilir ve bazı güçlüklerle karşılaşabilir (15).

Yetişkinlik dönemi ile yeni bir çevreye girme, aile ortamından uzaklaşma, özgür seçimler yapmaya başlama, değişken duygu durumları gibi etmenler beslenme alışkanlıkları üzerinde de etkili olmaktadır (9).

2.4.Duygusal İştah

2.4.1.Tanım

Duygusal İştah; kişilerin üzüntü, stres, depresyon, kaygı gibi negatif duygularla başa çıkmak için geliştirdiği yemek yeme mekanizması olarak tanımlanır (16). Duygusal iştah mekanizması açlık ya da sosyal gereklilik durumunda değil, bireyin duygu durumuna karşılık ortaya çıkan bir durumdur (17).

Macht'a (18) göre duygu durumları iştah üzerinde % 30 artma ve ya % 48 azalmaya sebep olur. Fakat duygu durumunun iştah üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu anlamak zordur.

Duygu durumları ve yeme arasındaki ilişkiyi açıklayan iki varsayım bulunmaktadır. İlki negatif duygu durumlarının yeme davranışını artırmasıdır. Diğeri ise, yeme davranışının negatif duygu durumlarını azaltmasıdır (19). Booth bu ilişkiyi bilişsel (öğrenme) teori ile açıklamıştır. Booth'a göre yeme motivasyonu negatif bir duyguya koşullu tepki olarak ortaya çıkar ve yeme davranışı sonucunda negatif duygu durumu azalır (20).

Günümüzde duygu durumları ve iştah ilişkisini inceleyen pek çok farklı çalışma yapılmıştır. Depresyon, stres, kaygı, kızgınlık, uykusuzluk gibi negatif duygu durumlarının yiyecek tüketimini artırdığı görülmüştür (21).

2.4.2. Sıklık

Duygusal iştah obezlerde, kadınlarda ve diyet sürecinde olan bireylerde daha fazla gözlemlenmiştir. Duygusal iştah daha çok obez ve kilolu bireylerle bağdaştırılsa da bu durum her zaman doğru değildir. Normal ağırlıkta olan veya normal ağırlıktan daha düşük ağırlığa sahip bireylerde de duygusal iştah görülebilir (22,23). Daha önce yapılmış bir çalışmada 15 aşırı kilolu, 15 normal vücut ağırlığına sahip, 15 de normal sınırın altında ağırlığa sahip bireyler alınmıştır. Araştırma sonunda normal ağırlıktan daha düşük ağırlığa sahip bireylerde pozitif duygu durumu sonrasında daha fazla duygusal iştahın ortaya çıktığı görülmüştür (24).

Obez bireyler üzerinde yapılan başka bir araştırmalarda negatif duygu durumları ile karşılaşan obez bireylerin iştah durumlarında artış olduğu gözlemlenmiştir (25) ve bu bireylerin negatif duyguları azaltmak için yemeye yöneldikleri tespit edilmiştir (5).

Obezler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise obez kişilerin, kilo verme, dış görünüş, başarısız diyet girişimleri gibi nedenlerden dolayı daha çok negatif duygu durumları içerisine girdikleri ve negatif duygu durumlarında duygusal iştahlarının daha fazla tetiklendiği görülmüştür (26). Ancak duyguların yemek yemeye etkisini anlamak zordur (18). Duygu durumuna ve bireyin demografik özelliklerine göre duygular ve yemek yeme arasındaki ilişki değişebilir (27). Anksiyete, yalnızlık, kızgınlık, depresyon, uykusuzluk gibi duygu durumları genelde iştahın azalmasına sebep olurken, duygusal iştahta bu duygu durumlarında aşırı bir yeme eğilimi ortaya çıkabilmektedir (28).

Duygusal iştahta kontrol duygusu kaybı söz konusudur ve bu durum yeme davranışını etkiler. Bireylerin kontrol duygusunu kaybetmesinin en büyük sebebi gereğinden fazla etkilenilen duygu durumlarıdır (1).

2.4.3. Duygusal İştah Sonucu Oluşan Yemeyi Açıklayan Teoriler

Olumsuz duygulanım ile aşırı yeme arasındaki ilişkinin hangi mekanizma ile işlediği tam olarak bilinemesi de, bir çeşit yeme bozukluğu olarak aşırı yemeyi açıklayan çeşitli teoriler öne sürölmüştür. Psikosomatik teori aşırı yemede psikolojik faktörlerin rolüne dikkat çekmiştir. Buna göre bu kişiler gergin olduklarında bu durumla başa çıkmak için yemeye başvururlar (16). Psikosomatik yaklaşım doğrultusunda Schahter'in geliştirdiği dışsal teoriye göre erken yaşlarda öğrenilmiş içsel uyaranlara karşı duyarsızlık yüzünden kişiler yemek için açlık hissini fark etmek yerine yemeklerin dış görünüşlerindeki işaretleri takip ederler (29). Herman ve Mackmetabolik faktörlerin etkisini de önemsemişler ve öne sürdükleri kısıtlama teorisi ile aşırı yemenin kısıtlayıcı yemenin etkilerine karşı geliştirilmiş bir davranış olduğunu öne sürmüşlerdir (30). Duygusal iştahı açıklayan diğer bir model ise, Baumeister ve Heatherton'un kaçış teorisidir. Bu teoriye göre yemek yeme, olumsuz farkındalık yaratan durumlardan uzaklaşmak için bir çözüm yolu olarak kullanılmaktadır (31).

2.4.3.1. Psikosomatik Teori

Duygusal iştah kavramından ilk kez 1957'de Kaplan ve Kaplan bahsetmiştir (25). Kaplan ve Kaplan'a göre, bireyler stresli ve kaygılı olduklarında aşırı yemeye yönelerek bu duygu durumlarını azaltmak ister (16). Yemenin duygu durumlarına etkisi tam olarak bilinmesi de protein ve karbonhidrat tüketiminin vücutta serotonin sentezini etkileyebileceği düşünölmüştür (1). Psikosomatik teoriye göre bireyler açlığı ortadan kaldırmak için besin tüketimine yöneldikleri gibi; olumsuz duyguları ortadan kaldırmak içinde besin tüketimine yönelmişlerdir (25).

Carlson üzüntü, kaygı, stres gibi duygusal durumların mide kasılmalarını yavaşlattığını ve iştahı keştiğini söylemiştir (32). Fakat birkaç çalışma, bazı bireylerin stres altında olduğunda daha az yediğini bazılarının ise daha fazla yemeye yöneldiğini göstermiştir. Bundan dolayı yeme isteğinin nasıl olduğu tam olarak anlaşılamamıştır (33).

Özetle, duygusal iştah psikosomatik teorileri, duygusal iştah sonucu yemenin; stres, kaygı, depresyon gibi duygu durumlarının azalmasına sebep olduğunu göstermektedir (25).

2.4.3.2. Dışsal Teori

Dışsal teori dışarının etkisiyle yemeyi odak noktası olarak alır. Bazı bireyler besin öğelerinin koku, görüntü gibi dış özelliklerinden etkilenir ve bu uyarıcılar açlık hissi olmasa bile bireyi yemeye yöneltir. Dışsal teoriye göre bireyler açlık hissinin farkında bile olmadan sosyal ortamlardan, besinin görüntüsünden, tadından, kokusundan etkilenerek yeme davranışını gerçekleştirirler (22).

Birçok çalışmaya göre baskı, stres, kaygı, depresyon gibi olumsuz duygular altında iştahın azaldığı kanısına varılsa da obez ve aşırı kilolu bireylerde bu duygu durumlarında aşırı yeme davranışı görüldüğü savunulmaktadır. Fakat bazı çalışmalar dışsal uyaranlar sonucu aşırı besin alımının sadece obez ve şişman bireylerde görülmediğini, normal kiloda olan bireylerde de duygu durumlarına göre aşırı besin alımı olabileceğini göstermiştir (32).

2.4.3.3. Kısıtlama Teorisi

Kısıtlama teorisi, duygusal iştah sonucu aşırı yemeyi çok fazla kısıtlanarak yapılan diyetlerle ilişkilendirmiştir. Herman ve Mack kişilerin sosyal ortam ve beğenilme duygusuna bağlı olarak ideal kiloya gelmek için yeme davranışlarında kısıtlama yaptıklarını öne sürmüştür (30). Bu kısıtlamalarla birey vücuda ihtiyacı olan besin öğelerini alamaz; bir süre sonra yeme kontrol mekanizması kaybedilmeye başlar ve aşırı yeme davranışı ortaya çıkar (32).

Bu araştırmaların aksine bazı çalışmalarda duygusal iştah ve kısıtlanarak yapılan yeme davranışı ilişkisi olmadığını savunulmuştur. Duygusal iştah puanları düşük ama yeme davranışlarında kısıtlama olan bireylerde olumsuz duygular sonucunda aşırı yeme davranışı görülmemiştir (34).

2.4.3.4. Kaçış Teorisi

Bu teoride duygusal iştah; bireyi olumsuz yeme davranışlarına iten ortamlardan kaçış mekanizması olarak tanımlanmıştır. Bu teoriye göre aşırı iştah, benliği olumsuz etkileyen uyaranlardan uzaklaşmak veya dikkatini olumsuz uyaranlardan başka yöne vermek için ortaya çıkan bir durumdur (31). Bundan dolayı, kendisiyle alakalı olumsuz bir durumu fark etmek için oluşturulan bilgiler benlik için bir tehdit unsuru oluşturur. Bu durumda, benlik bu farkındalığın olumsuz etkilerine maruz kalmamak için kişiyi yemek yemeye yönlendirir (35). Hetherington ve Wallis benliği tehdit eden olumsuz duygulanım ve yüksek düzeyde farkındalığın duygusal yemek yeme davranışı sergileyen kişilerde aşırı yemek yemeyi daha da arttırdığını ortaya koymuşlardır.

Özetle, duygusal yemenin açıklanmasında kullanılan teoriler ortak olarak duygulara bağlı yeme davranışının olumsuz duygu durumlarıyla baş etmek için kullanılan bir mekanizma olduğunu savunmaktadır. Bu mekanizma ilerleyen zamanlarda kişinin sağlığına karşı bir tehdit oluşturabilmektedir (36).

2.4.4. Duygusal İştah Mekanizmaları

Duygusal iştahta aşırı yeme davranışının duygularla başa çıkmak için yapıldığı düşünülse de, bu mekanizmaların işleyişini anlamak oldukça zordur. Aşağıdaki bölümde duygusal iştahı etkileyen fizyolojik ve psikolojik mekanizmalar açıklanmıştır (37).

2.4.4.1. Fizyolojik Mekanizmalar

Besin alımıyla artış veya azalış gösteren hormon ve nörotransmitterler, duygusal durumu değiştirmeye aracılık eden süreçleri oluşturur.

Çalışmalara göre vücutta triptofan seviyesinin yükselmesi ile serotonerjik sistemdeki hareketlilik artar, bunun sonucunda beyindeki serotonin seviyesinde artış gözlenir ve bu artış bireyin duygu duruma olumlu etki yapar. Markus ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmaya katılan bireylere yüksek ve rahatsız edici bir ses eşliğinde matematik problemleri çözülürken stres seviyelerinde ki artış gözlemlenmiştir. Bunun sonucunda karbonhidrat ağırlıklı beslenen bireylerin daha az stresli olduğu görülmüştür (37).

Duygu durumuna etki eden diğer mekanizma ise endokrin hormonunda oluşan değişikliklerdir (4). Yağlı bir besin tüketildiğinde endokrin hormonu tarafından hipotalamusun adrenal kısmı etkilenir ve stres seviyesi düşer. Oliver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada stres halinde, duygusal iştah puanı yüksek kişilerin rahatlamak için daha yağlı ve şekerli besinler tercih ettikleri görülmüştür (37).

Yapılan çalışmalar besin tüketimine bağlı duygusal değişikliklerin, alınan besinin kana karışması ve sinyalin beyne ulaşması gibi zaman aralıklarından etkilendiğini göstermiştir. Oysaki duygusal iştah davranışı gösteren bireylerde besin tüketiminin hemen sonrasında ortaya çıkabilecek olan fizyolojik bir durumun varlığı söz konusudur (4).

2.4.4.2. Psikolojik Mekanizmalar

Yeni doğan bebekler üzerinde yapılan araştırmalar şekerli tatların duygusal yönden olumlu tepkiler oluşturduğunu göstermektedir (37). Bebekler şekerli tatlar karşısında yüzleri rahatlar, dudaklarını yalar ve oldukça memnun görülürler (4). Macht ve Müller (38) şekerli tatların duygusal iştah üzerine etkisini yetişkin bireylerde araştırmışlardır. Araştırmaya göre bireyler hüznü bir film seyrettikten sonra genellikle su içmek yerine

çikolata yemeyi tercih etmiştir. Aynı araştırma, lezzet açısından birbirinden farklılık gösteren iki çikolatayla tekrarlandığında, lezzet açısından iyi olan çikolatanın duygu durumunu daha iyi düzelttiği görülmüştür. Duygusal yeme davranışı gösteren bireylerin duygusal durum değişimleri ise diğer bireylere göre çok daha fazladır. Macht ve Simons (4) şekerli tatların gösterdiği bu olumlu etkiyi hedonik yeme hipotezi ile açıklamaktadır. Bundan dolayı keyif veren yiyeceklerin tüketilmesi duygu durumu değişimleri üzerinde olumlu bir etki gösterir.

2.4.4.3. Macht'ın Üç Aşama Modeli

Macht ve Simons duygusal yeme davranışında psikolojik ve fizyolojik faktörleri beraber incelemiştir. Daha öncesinde açıklandığı gibi yüksek enerji veren besinler, metabolizmayı çeşitli fizyolojik yollardan etkiler, nörotransmitter ve hormonal sistemleri üzerinden duygu durumuna etki gösterir. Bunların yanı sıra, besinleri tükettikten sonra oluşan hoş hisler duygusal durum üzerinde olumlu etkiler ortaya çıkarır (4).

Duygusal iştah, normal bireylerde duygu durumunu düzenlemek için ufak atıştırmalar şeklinde olabileceği gibi, bulimia nevroza ve tıknırcasına yeme bozukluğundaki gibi klinik durumlarda tıknırcasına yeme epizodları olarak da birbirinden oldukça farklı şiddette görülebilir. Macht ve Simons (4) duygusal yemenin üç farklı seviyesi olduğunu savunmaktadır. Bu üç farklı grup duygusal yemenin yoğunluğuna göre sınıflandırılmaktadır.

İlk safhada, birey duygu durumunu yükseltmek ve kendini neşelendirmek için az miktarda yemek tüketir. Bu atıştırma genellikle enerji içeriği yüksek ve lezzetli yiyeceklerden (şeker, çikolata gibi) oluşur. Bu safhada hedonik açlık mekanizması etki göstermekte ve ara sıra gerçekleşmektedir. Macht ve Müller(38) beş gram gibi az miktarda bir çikolatanın bireylerin negatif duygu durumlarında değişiklik gösterdiğini ortaya koymuştur. İkinci safhada, bireyler duygu durumlarını düzenlemek için yemeyi alışkanlık haline getirmişlerdir. Bu safhada hedonik açlık mekanizmasıyla beraber fizyolojik mekanizmalar da etki göstermeye başlamaktadır. Yenilen yemeğin ardından enerji düzeyi artar ve gerginlik azalır (26,4). Son olarak üçüncü safhada, bireyler dürtüsel bir yeme davranışı (emotionalbingeeating) gösterirler. Bu safhada sakinleşmek için fazla miktarda besin tüketirler. Psikolojik olarak etki gösteren hedonik açlık mekanizmanın yanı sıra fizyolojik mekanizmalar yine etki gösterir (4).

Obezite ve strese bağlı yeme davranışının incelendiği başka bir çalışmada, strese bağlı olarak aşırı yeme davranışı gösteren bireylerin BKİ'lerinin daha yüksek olduğu

görülmüştür. Bu bireylerin normal ağırlıktaki bireylere göre daha fazla yüksek enerjili besinler tükettiği bildirilmiştir (39).

Duygusal iştah negatif duygu durumlarında geçici bir süre dikkatin dağılmasına sebep olarak negatif duyguların azalmasını sağlar. Bu durumda negatif duygularla uzun vadede başa çıkılması için faydalı yöntemler öğrenilip uygulanabilir. Böylece negatif duygular sonucunda yemek yemeye yönelmek, negatif duygu ile sürdürülebilen koşullu bir davranış haline gelir. Duygusal iştahın bireylerin sağlığı için olumsuz sonuçları da ortaya çıkmaktadır. Örneğin depresyon, uyku kalitesi düşüklüğü ile ağırlık kazanımına sebep olmaktadır. Bu sebeple duygusal iştah ve duygu durumu arasındaki ilişkiyi dengede tutmak için daha iyi araştırmalar yapılmalıdır (40).

2.5.Uyku

2.5.1.Tanımı

Günlük yaşantımızın parçası olan uyku sağlıklı bir yaşamın temel unsurlarından biridir. Aynı zamanda uyku fiziksel ve mental açıdan sağlığın temel taşıdır. Kaliteli uyku bireyin uandıktan sonra kendini zinde ve formda hissetmesiyle oluşur (41).

Yapılan bir araştırmada uyku kalitesi düşük bireylerde yetersiz veya dengesiz beslenme, sigara, alkol kullanımında artış, fiziksel aktivitede yetersizlik, depresyon gibi sağlığı olumsuz etkileyen durumların ortaya çıktığı görülmüştür (42). Başka bir çalışmada, batılılaşmanın fazla olduğu ülkelerde yaşayan yetişkin bireylerin %15’inde kronik uyku bozukluğu olduğu gözlemlenmiştir. Kronik uyku bozukluklarının çalışma performansını azalttığı, dikkat eksikliğine yol açtığı, iş kaza riskini artırdığı ve en önemlisi yaşam kalitesini azalttığı ortaya konulmuştur (43).

2.5.2.Uyku Evreleri

Uyku evleri ile ilgili araştırmalar ilk olarak elektroensefalografi (EEG) ile kayıt altına alınmıştır. 1937’de yürütülen bir çalışmada EEG ile uyku evreleri araştırılmış fakat REM (Hızlı Göz Hareketli Uyku) evresi tam olarak tanımlanamamıştır. REM evresi Demet ve Kleitman tarafından 1957’de yürütülen bir araştırmada tanımlanmış olup, bu çalışmada uyku hali boyunca uyku evrelerinin tekrarlayan periyotlar halinde birbirini izledikleri sonucuna varılmıştır (44).Araştırmalara göre uykunun iki majör evresi;

1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (NonRapidEyeMovement, NREM)
2. Hızlı göz hareketli uyku (RapidEyeMovement, REM) ‘dur.

2.5.2.1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM)

NREM, bireylerin psikolojik ve fiziksel aktivitelerinin en aza indiği, yaklaşık 90 dakikalık siklusa oluşan uykunun %75'ini oluşturan derin ve dinlendirici uyku tipidir. NREM uykusu 3 alt evreden oluşmaktadır. 1. ve 2. evre en yüzeysel uykudur, 3. evre ise derin ve yavaş uyku olarak belirtilmiştir (45). Evre 1, uyanıklık ile uyku arasında bir evredir. Bu sırada kişi dış uyaranlar ile kolayca uyandırılabilir. Beyin dalgaları yavaşlar, yavaş göz hareketleri ortaya çıkar ve vücuttaki tüm kaslar gevşemeye başlar. Evre I, uyku periyodunun %4-5'sini oluşturur ve 0.5-7 dakikalık bir zaman aralığını kapsar (46). Evre 2, tam uyku evresidir. Uykunun ortalama % 50'sini kapsamaktadır. Bu evrede beyin hareketleri daha da yavaşlamıştır, göz hareketleri artık görülmez ve tüm kaslar gevşemiştir. Bu süreçte vücutta protein sentezi görülür (47). Evre 3'te, parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı olarak neredeyse hiç hareket görülmez ve III. evre ortalama olarak 15-30 dakika sürer. Bu evrede horlama, uykuda anlamsız konuşma, uyurgezerlik gibi durumlar görülebilir. Bu sürede somatotropin ve büyüme hormonu salgılanmaktadır (48).

2.5.2.2. Hızlı Göz Hareketli Uyku (REM)

İkinci ana evre dediğimiz REM uykusu, derin olmayan hafif uyku evresidir. Bu evrede soluk alıp verme, kalp atışı, bazal metabolizma hızı, kan basıncı artmaktadır. Rüya görme genellikle REM evresinde gerçekleşir. Uyku boyunca ortalama 3-5 kez REM evresi yaşanmaktadır. Gece uykusunun %20-25'sini REM uykusu oluşturmaktadır (49).Yapılan bir çalışmada REM uykusunda ve NREM uykusunun 3. evresinde bireyler uykularından uyandırıldığı zaman daha sonraki uykularında daha yoğun bir şekilde uykuya daldıkları gözlemlenmiştir. Bu duruma “ Rebound fenomeni” adı verilmektedir (50).

2.5.3.Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesini etkileyen birçok etken vardır. Bunlar; yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, ilaç kullanımı, hastalık, yaşam kalitesi, beslenme, alkol, sigara, madde bağımlılığı, depresyon gibi durumlar olabilir (51).

Yaş: Bireyde yaş ilerledikçe uyku gereksinimi ve uyku süresi genellikle azalma göstermektedir. Yeni doğanlar da ve genç bireylerde REM evresi daha uzun seyrederken yaş ilerledikçe REM süresi kısalmaktadır. Uyku evrelerinin büyük bir kısmını NREM evresinin 1. Ve 2.evresi oluşturmaktadır. Yaşın artmasıyla birlikte bireylerde NREM 3. evre uyku süresi azalış göstermektedir. Yetişkin bireylerin uykuya dalma süresi ortalama 10-30 dakika arasındadır. Bu süre yaşlanma ile birlikte 1 saate kadar çıkmaktadır.

Yaşlanmadan dolayı gece uyku süresi azalan bireyler gece uykusu ihtiyacını gün içerisinde kısa süreli uyuyup uyanma (uyuklama) şeklinde karşılamaya başlamaktadır (52).

Fiziksel Aktivite: Gün içerisinde aktif olarak sporla uğraşan bireylerin uykuya dalma süreleri normal bireylere göre daha kısa ve uyku verimleri daha yüksektir. Gece yatma saatinde yapılan egzersizler vücutta stres etkisi oluşturmakta ve uyku verimini azaltmaktadır. Spor sonrası yorgunluk ile REM uykusunun ilk evresi azalış gösterir ve birey dinlendikçe REM uyku evreleri artış gösterir. Böylelikle düzenli ve gece yatma saati dışında spor yapan bireylerde egzersizin uyku kalitesini olumlu olarak etkilediği sonucuna varılır (53).

Cinsiyet: Yapılan araştırmalara göre, erkek bireyler kadın bireylere göre daha az uyku problemi yaşamaktadır. Bu durum kadınların gün boyunca erkeklere göre beyinlerini daha fazla kullandıklarını ve bu durumdan kaynaklı daha fazla uyku ve dinlenme gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Ayrıca kadın bireylerde menopoza döneminde uykuyu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (54).

Yaşam Kalitesi: Uyku kalitesi üzerinde etkili olan bir diğer faktörde bireyin yaşam kalitesidir. Fizyolojik(beslenme, boşaltım vb.) ve psikolojik durumlar (depresyon, stres vb.) bireylerin uyku kalitesini ve uyku süresini etkileyen en önemli unsurlardandır (55).

İlaçlar: Uyku kalitesi ve uyku süresi alınan bazı ilaçlardan etkilenmektedir. Sakinleştirici(sedatif), hipnotik, antidepresan, diüretik gibi ilaçlar REM uyku evlerini etkilemektedir. Sedatif ilaçların düşük dozu anksiyeteyi azaltıp, duygu durumlarında yatıştırıcı etki sağlar; yüksek dozda alındığında bilinç bulanıklığı, uyuşukluk, merkezi sinir sisteminin yavaşlaması gibi durumlara sebep olur. Hipnotik ilaçların uykuya dalma süresini uzatma, merkezi sinir sistemini yavaşlatma gibi olumsuz etkileri vardır. Diüretik ilaçları kullanan bireylerde ise sık olarak uykudan uyanma, uyku kalitesinin düşmesi ve uykuda geçen sürenin azalması gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (56).

Hastalıklar: Hastalıklar bireylerin uyku kalitesini hem psikolojik hem de fiziksel olarak etkileyen önemli faktörlerden biridir. Kronik kalp rahatsızlıkları, böbrek yetmezlikleri, beslenme bozuklukları, depresyon gibi birçok durum uykusuzluğa yol açarak uyku kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (57). Kronik kalp rahatsızlığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada kronik kalp rahatsızlığına sahip bireylerin normal bireylerden daha düşük bir uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür (58).

2.5.3.1. Uyku Kalitesi ve Duygusal İştah

Yapılan çalışmalara göre yeteri kadar uyumayan bireylerde iştah artırıcı hormon olarak bilinen ghrelin düzeyinin arttığı, iştah azaltıcı hormon olarak bilinen leptin hormonunun ise baskılandığı görülmüştür. Çoğu araştırmacı, uyku süresi günde 5-6 saatten daha az olan yetişkinlerde obez ve fazla kilolu olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu söylemiştir. Buna bağlı olarak kaliteli bir uyku düzenine sahip olmayan bireylerde kilo artışı görüldüğü kanısına varılmıştır (59).

Hormonların yanında vücuda alınan bazı besin ögeleri de uyku kalitesini etkilemektedir. Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırmasına göre (2007-2008) 4730 birey üzerinde yapılan bir çalışmada uyumadan yaklaşık bir saat önce kafeinli besinlerin (yaklaşık 200 mg/gün) alınmasının uykuya dalmayı geciktirdiği ve uyku süresini azalttığı görülmüştür (59). Ayrıca kafein alımının tersine az miktarda alkol tüketimi uykuya dalmada kolaylık sağlamaktadır. Fakat fazla miktarda alkol tüketimi REM evresi üzerinde olumsuz etki yaratarak uyku kalitesini düşürmektedir (60).

Protein içeren besinlerin tüketilmesi de uyku kalitesini etkiler. Tüm protein içeren besinlerde bulunan ve serotonin üretiminde kullanılan triptofan, kişilerde uyku halini artırıcı bir etkiye sahiptir. Bir araştırma da, supleman olarak verilen triptofanın bireylerde melatonin hormon düzeyini artırdığı ve uyku süresini uzattığı görülmüştür (61). Protein içeriği aşırı yüksek besinleri tüketenlerde ise uyanıklık durumunda artış olduğu gözlemlenmiştir. Bunun aksine karbonhidratlı besinleri çok tüketen bireylerin uykuya eğilimin daha fazla olduğu görülmüştür (62).

Duygusal iştah durumunda protein ve karbonhidratın dışında yağ oranı yüksek besin ögelerinin tüketilmesi ve geç saatlerde enerjisi yüksek besin alımı da sindirim sistemini harekete geçirerek de kişilerde uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır (63).

Ayrıca yapılan çalışmalar da, yetersiz ve kalitesiz uyku sonrasında oluşan duygusal iştah durumunda bireylerin aperatif yiyeceklere yöneldiği, bunun sonucunda yağ ve karbonhidrat alımlarının arttığı gözlemlenmiştir (64). Tüm bunların yanı sıra dengeli ve yeterli diyet uygulayan bireylerde ise uyku kalitesinde ve uyku süresinde artışlar görülmüştür (65).

2.6. Depresyon

2.6.1.Tanım

Depresyon; nasıl hissettiğimizi, nasıl düşündüğümüzü, nasıl davrandığımızı olumsuz yönde etkileyen, uzun süre devam eden ancak tedavisi olan tıbbi bir hastalıktır. Depresyon kişiyi sürekli üzüntü halinde olmaya ve hayattan keyif almamaya iter. Böyle durumlarda bireylerin duygu, düşünce ve davranışları olumsuz yönde etkilenir, çeşitli duygusal ve fiziksel belirtiler ortaya çıkar (66). Bireyde sıklıkla suçluluk duygusu, kendini değersiz hissetme, yapılan bir işe karşı ilgi kaybı, uyku ve iştahta artma veya azalma, cinsel isteksizlik gibi durumlar ortaya çıkar (67).

Ayrıca depresyon, sık görülen ruhsal problemlerden biridir. Görülme oranı toplumda % 10 ile % 21 arasında değişmektedir. Depresyonun sebepleri araştırılırken birçok farklı teori ortaya atılmıştır. Biyolojik Yaklaşım Teorisi depresyonun nedeninin genetik ve nörobiyolojik bozukluklar olduğunu öne sürmüştür (67). Genetik üzerinde yapılan araştırmalara göre; birinci derece yakınlarında depresyon görülen bireylerin depresyona yakalanma oranlarının normal bireylere göre üç kat daha fazla olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (68). Nörobiyolojik bozukluklar ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyon durumunda nörotransmitter madde reseptörlerinde işleyiş bozuklukları görülmüştür (69). Biyolojik sebepler dışında depresyon üzerinde sosyal ilişkilerin azalmasının ve sosyal statünün düşük olmasının da etkisi büyüktür (67,68). Tüm bunlara göre depresyonun nedenlerini ortaya çıkarmak, depresyonun tedavisini gerçekleştirmek ve depresyonu daha kapsamlı bir şekilde anlamak için biyolojik, sosyal ve psikolojik yönden daha ayrıntılı bir şekilde incelemek gerekir.

2.6.2. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları

Depresyonu psikolojik olarak açıklayan üç yaklaşım vardır.

2.6.2.1. Psikodinamik Yaklaşım

Bu yaklaşıma göre depresyon daha çok erken çocukluk döneminde yaşananlara bağlıdır. Erken çocukluk döneminde görülen sevgisizlik depresyonun en büyük sebebi olarak görülür. İlerleyen zamanlarda sevgisizliğin benlik algısı üzerinde de olumsuz etki yaparak depresyona sebebiyet verdiği görülmüştür (70).

Bu kuramdan ilk kez Freud 1917 yılında MourningandMelancholia adlı makalesinde bahsetmiştir. Freud makalesinde yas ve depresif durumlar arasındaki farklara odaklanmıştır. Yas sürecine bakıldığında üzülmeye duygusunun dış dünyada yaşanan bir

olaya karşılık olduğu görülürken; depresyon sürecinde bu duygunun kendilikle alakalı olduğunu görülmüştür (71). Yastaki kişiye hayat boş ve anlamsız gelirken, depresyondaki kişiye boş ve anlamsız gelen kendisidir. Freud’a göre depresyon bir başka açıdan, bireyin iç dünyasında kendisini eleştirmesi durumudur. Freud’tan sonra gelen birçok psikanalistler depresyona farklı açılardan bakmışlardır (72). Örneğin Kohut depresif durumun, çocukluk döneminde duygularını açığa vuramamadan ve empati kurmayan ebeveynlerin davranışlarından dolayı oluşan kronik bir boşluk hissiyatı olduğunu savunur. Bu şekilde bir ebeveyn ortamında büyüyen çocuk duygusal deneyimiyle baş başa bırakılmıştır (73,74). Bu açıdan bakıldığında depresyon, kendini aynalama (mirroring),ya da gereksinimleri karşılanmayan kişilerin mutsuzluk halidir (75).

Bahsedilen bu teoriler erken çocukluk döneminin önemini vurgulamaktadır. Bu dönemde yaşanan sorunlar yetişkinlik döneminde bireyleri depresyona meyilli hale getirebilmektedir (70).

2.6.2.2. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşımda depresyon-çevre ilişkisi dikkate alınır. Depresyonun sebebi psikodinamik kuramda olduğu gibi içsel bir süreçten geçmez, önemli olan kişinin çevresiyle olan etkileşimindeki tecrübeleridir (76).

İlk kez Skinner’ın (1953) depresyonu koşullanma üzerinden tanımlamasıyla davranışçı yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bireyin sosyal ortamdan uzak olması depresyonun önemli bir belirtisi olarak düşünülmüştür (77). Ferster’a göre depresyondaki kişilerde davranışla ilgili eksiklikler görülür (78). Depresyonda ortaya çıkan durum kişinin ödüllendirilmesi karşısında bunu yeterli bulmamasıdır. Pekiştirme sürecinde, birey ödüllendirme karşısında olumlu bir pekiştirme yapmazsa depresyona sebep olabilir (80).

Lewinsohn’a (76) göre pekiştirme süreçlerini olumsuz etkileyen üç durum vardır. İlk durum, çevreden yeterli olumlu pekiştiren sunulmamasıdır. Bu duruma bireyin iş bulamaması, barınacak yeri olmaması ve depresyonda olan birisinin çocuk yetiştirmesi örnek verilebilir. İkincisi durum ise, olumlu bir pekiştirenin olumsuzla çevrilmesidir. Bireyin ailesinden birinin ölmesi, bir anda işsiz kalması gibi durumlar örnek olarak verilebilir. Üçüncü durum ise, cezalandırmalardan dolayı bireyin kaçınmayı tercih ederek pekiştirenin olumsuz olmasıdır. Buna örnek olarak ise, istenmeyen bir davranış gösteren bireyin cezalandırılması karşısında daha sonra göstereceği herhangi bir davranıştan sebepsiz yere vazgeçmesi verilebilir. Bakıldığında pekiştirenin kaybedilmesi ya da pekiştirenin yeterli olmaması bireyin davranışlarında kaçınmalara neden olur. Bu

kaçınmalar devam ettikçe kişinin hem sosyal hem kişisel hayatında depresif durumlar ortaya çıkar.

Öğrenilmiş çaresizlik üzerine ilk araştırma çalışmaları, hayvanlar üzerinde yapılmıştır. Laboratuarda yapılan çalışmalarda kullanılan köpekler elektrik şokuna maruz bırakılmıştır ve gözlemlendiğinde köpeklerde zayıflamış bir kaçınma durumunun ortaya çıktığı görülmüştür. Sonuç olarak köpeklerin elektrik şoku karşısında tepkisiz kalması öğrenilmiş çaresizlik durumunun ortaya çıktığının bir göstergesidir (80). Bu açıdan aslında depresyon pekiştiriciler tarafından etkilenen ruhsal bir durumdan daha çok, ortaya çıkan çaresizlik durumunun bir sonucu olarak görülmektedir (77). Depresyondaki bir bireyin tepkilerinde ve davranışlarında ki azalış ilerleyen zamanlarda pasif bir karakter açığa çıkarmaktadır (80).

2.6.2.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım depresyonun, olumlu duygulardan daha çok olumsuz düşüncelerden kaynaklanan bir durum olduğunu belirtir. Depresyonun altında yatan temel etmenler düşük benlik algısı, boş dünya, umutsuzluk olarak görülmektedir. Depresyonda birey negatif ve yanlış olan fikirlere odaklanmayı tercih eder (80).

Beck tarafından geliştirilen “Depresyonda bilişsel bozukluklar modeli’ne göre öğrenme (biliş), depresyon gibi duygu bozukluklarının temel nedenlerinden biridir. Öğrenme, insanın zihninde yer alan davranış modelleri olarak açıklanmaktadır. Bu davranış modeli bireylerin duygu, düşünce ve hareketlerini şekillendirmektedir. Beck bilişsel yapıları; Bilişsel Üçlü, Bilişsel Şemalar, Bilişsel Hatalar olarak üçe ayırmıştır (80).

1.Bilişsel Üçlü

Birey kendisine, çevreye ve geleceğe olumsuz olarak bakmaktadır. Kişi kendisini yeterli bulmaz, değersiz olarak hisseder. Karşılaştığı olumsuz bir durumda kendisini eleştirir. Kendini yetersiz hissettiğinden dolayı benlik duygusunu reddeder.

Çevreye olan olumsuz düşünceleri sonucunda Dünya’da önünde aşılması güç engeller olduğunu ve çok fazla bir beklentisi olduğunu düşünür. Bu durum sonucunda kendisini çevreye karşı küçük düşmüş, mağlup olmuş olarak görür (81).

Birey geleceğe baktığında ise; gelecekte de hayatının zor ve güçlüklerden ibaret olacağını, hayal kırıklıkları yaşayacağını düşünür (80).

2.Bilişsel Şemalar

Bireyin daha önceki öğrenilmişliklerinin ve yaşantısının bir sonucudur (81). Bu şema düşünce ve öğrenme süreçlerini yönlendirir. Bireyler öğrenilmiş ve yaşanmışlıkların oluşturduğu şemalar içerisinde çevreden gelen uyaranlara yanıt verir.

Depresyonda ki bireyler kafasında daha çok olumsuz şemalar çizdiği için çevresiyle bir uyumsuzluk içerisine düşer. Dışarıdan gelen uyartıları olması gerekenden daha farklı algılar, buda olumsuz düşüncelerin daha fazla ortaya çıkmasına sebep olur ve davranışları da olumsuz olarak yönlendirmeye başlar (82).

Bilimsel şemalar; akıl sürecinden önce devreye girer, istem dışıdır, olumsuz düşüncelerin mantıklı olarak algılanmasına sebep olur, kalıcıdır (80).

Olumsuz öğrenilmişlikler ve yaşantı sonucu gösterilecek davranışlar sonucunda bilişsel çarpıtmalar ortaya çıkabilir. Bilişsel çarpıtma bireyin karşılaştığı durumları olumsuz olarak algılamasına, yorumlamasına ve düşünmesine neden olur. Bilişsel çarpıtmaya neden olan başlıca sebepler vardır. Bunlar; öz saygının azalması, kendini çok fazla eleştirme, olaylar karşısında sürekli kendini suçlu bulma, intihar düşüncesi vb. (80).

3.Bilişsel Hatalar

Bireyin düşüncesindeki mantık hataları olarak tanımlanabilir. Yanlış düşündüğüne karşı kanıtlar olmasına rağmen birey kendi olumsuz düşüncelerine inanmayı sürdürür (80). Bu düşünceler:

- a. Keyfi Çıkarsama: Bir olay karşısında bireyin somut bir kanıt olmadan kötü sonuca varmasıdır.
- b. Seçici Soyutlama: Bireyin önemsiz bir ayrıntıya takılarak yaşamını bu duruma göre değerlendirmesidir.
- c. Aşırı Genelleme: Tek bir sebebe dayanarak bireyin kendi eksikliği ve değersizliği konusunda bir sonuca varmasıyla, ortaya çıkan bu sonucu diğer başka olaylarda genellemesidir.
- d. Küçümseme ya da Abartma: Bireyin olumlu bir durumu dikkate almazken, olumsuz bir durumu abartmasıdır.
- e. Kişileştirme: Bireyin alakası olmayan durumlarla kendi arasında bağlantı kurmasıdır.

f. İkili düşünme: Bireyin yaşamını olumlu veya olumsuz olarak iki seçenekten birisine koyma eğilimidir (83).

Depresyonda kurumsal açıklamalara göre maddi ve manevi olarak 2 ana kayıp vardır. Bu kayıplardan birey kendini sorumlu tutarak kendisini eksik ve kusurlu hisseder. Benlik algısı tamamen ortadan kaybolabilir ve hayatında yaşanan her durumu olumsuz olarak algılayabilir. Zaman geçtikçe suçluluk duygusu daha fazla artar, artık kendini reddeder hale gelir (80).

Ayrımcı aktivasyon (differentialactivation) teorisine göre, depresyon sırasında duygular ile diğer davranışlar arasında bir bağlantı olduğu düşünülür. Bu bağlantı arttıkça duygu ve davranışların birbirini uyarması da artar ve depresyon döneminin uzamasına sebep olur. Bu açıdan bakıldığında depresyon, kaçınılmak istenilen duyguların sürekli tekrarlanması durumudur (84).

2.6.3. Depresyon Tam Ölçütleri

Dünya Sağlık Örgütü depresyonu; üzüntü, keder, bir şeye duyulan ilginin kaybedilmesi ve enerjinin azalması ile bunlara eşlik eden bazı durumlar olarak tanımlamıştır. Depresyonda bunlara ek olarak haz duygusunda ve konsantrasyonda azalmalar; uyku ve iştahta değişiklikler görülür. Bu durumları düşük benlik algısı, özgüvensizlik, suçluluk psikolojisi ve değersiz hissetme gibi belirtiler takip eder. Belirtilerin sayı ve şiddetleri dikkate alınarak depresyon hafif, orta ya da ağır olarak sınıflandırılır (85).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) psikiyatrik bozuklukları tanımlamak için DSM-5'i kullanır. DSM-5'e major depresyonu depresyon bozuklukları altında incelemiştir. Major depresyon tanısı koymak için aşağıda verilen belirtilerden en az beşinin iki hafta boyunca görülmesi gerekmektedir. Ayrıca bu belirtilerden en az bir tanesi birinci maddeyi veya ikinci maddeyi içermelidir ve işlevsellik düzeylerinde değişiklik ortaya çıkmalıdır. Bu belirtiler;

1. Çökkün duygu durum: Birey günün büyük bölümünde bu duygu durumu içerisinde. Bu durum kendisi ve ya çevresi tarafından fark edilebilir.
2. İlgide azalma ve zevk almama: Birey tüm gün çevresinde olan her şeye karşı ilgisizdir ve bunların hiç birisinden zevk almaz.

3. Kilo kaybı ya da artışı: Birey kilo kontrolü yapmadığı durumlarda bile yeme isteğindeki değişimlerden dolayı ani kilo alma veya verme durumları ile karşılaşabilir
4. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma: Bireylerin uyku düzenleri sürekli değişkenlik gösterir.
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon: Bireylerin hareketlerinde dışarıdan bakıldığında net olarak algılanan bir hızlanma ya da yavaşlama ortaya çıkabilir.
6. Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı: Birey neredeyse haftanın tüm günlerinde yorgun, bitkin ve enerjisizdir.
7. Değersizlik ya da suçluluk duyguları: Birey neredeyse haftanın tüm günlerinde suçluluk psikolojisi ya da değersizlik hissi içerisinde.
8. Odaklanmada güçlük çekme: Birey düşüncelerini odaklamada zorlanır ve bu düşünceler karşısında sürekli kararsız kalır.
9. Yineleyen ölüm düşünceleri: Bireyin kafasında planlı ve ya plansız ölüm düşünceleri vardır (86).

Belirtilerin ortaya çıkması genellikle üzücü bir olay sonrasına denk gelir ve çoğu zaman çeşitli bedensel belirtilerle ilk şikâyetler başlar. Ağır izleyen tablolarla ise intihar planları sıklıkla görülür (87).

2.6.4. Duygusal İştah Ve Depresyon

Duygusal iştahın olumsuz duygu durumları sonucunda ortaya çıktığı düşünülse de, depresyon belirtilerinin de içinde olduğu olumsuz duygu durumları ve iştah arasındaki ilişkiyi araştıran çok az çalışma vardır. Kontinen (88) duygusal iştah ve depresyon durumu arasındaki ilişkiyi toplum üzerinde incelemiştir. Çalışma sonucunda, depresyon belirtileri ve duygusal iştah arasında paralel bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durumda, depresyon belirtileri arttıkça duygusal iştahında arttığı sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada Ouwers (89) duygusal iştah ve depresyon arasındaki ilişkiyi pozitif olarak bulmuştur. Duyguları yansıtmakta kaçınmanın ve dürtüselliğin, depresyon ve duygusal iştah ilişkisini kuvvetlendirdiğini ortaya çıkarmıştır. Goldschmidt (90) obez kişiler üzerinde; depresif belirtilerin duygusal iştaha etkisini araştırmıştır. Çalışmaya katılanların depresif durumları Beck depresyon anketi kullanılarak incelenmiştir. Sonucunda, depresif belirtileri fazla olan bireylerin duygusal iştahının daha fazla olduğu görülmüştür. Duygusal iştah ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek için bir çalışmada da Üç Faktör Yeme Anketi

(TFEQ-R18) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) kullanılmıştır. Anket sonuçlarına göre duygusal iştah puanı ile yüksek enerjili şekerli besinler tüketimi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca yüksek depresyon belirtileri ile daha fazla tatlı ve tatlı olmayan besin tüketimi arasında da pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yüksek depresyon belirtileri ile sebze / meyve tüketimi arasında negatif bir ilişki gözlemlenmiştir. Duygusal iştah ve depresyon testi puanlarının her ikisi de daha yüksek BKİ ve bel çevresi ile ilişkili bulunmuştur.

Meksika’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise depresyon belirtileri ve duygusal iştah arasındaki ilişki incelenmiştir. Depresyon belirtileri her iki cinsiyet için de duygusal iştah ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmada ayrıca, depresyon belirtileri yüksek BKİ ile pozitif ilişkili bulunmuştur (88).

2.7.Uyku Kalitesi Ve Depresyon

Uyku, psikiyatrik birçok faktörden etkilenmektedir. Uyku problemi psikiyatrik rahatsızlığa sahip kişilerin %80’inde görülen bir durumdur (91).

Psikiyatrik bir rahatsızlık olan depresyon uykuya dalma süresinin artması, uykuda geçirilen sürenin kısalması ve uyku kalitesinin düşmesi gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilir (92). Aynı zamanda uyku problemi yaşayan bireylerde ilerleyen yıllarda depresyon görülme riskinde de artış olabileceği kanısına varılmıştır. Uyku kalitesi ve depresyon ilişkisine bakıldığında; depresyon görülen bireylerde uykuya dalma süresini de gecikme, erken uyanma, verimsiz uyku gibi problemler yaşandığı görülmüştür. Yapılan başka bir çalışma incelendiğinde ise uyku kalitesindeki düşüşün depresyonu artırdığı sonucuna varılmıştır (93).

Adolesanlarda yürütülen çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların birçok uyku problemlerini de beraberinde getirdiği görülmüştür. Aynı zamanda uzun süren uyku problemleri sonucunda bireylerde depresyon belirtilerinde artış olduğu ortaya koyulmuştur (94).

Uykuya dalmada sorun yaşama, erken uyanma gibi 2 haftadan daha fazla süren şikâyetler majör depresyon görülme riskini de artırmaktadır. Bu gibi durumlarda uyku bozukluklarının erken tanısı, mental sağlık açısından bireylerin yükünü azaltmada bir fırsat olabilir (91).

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Çalışma, Ekim 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında Nevşehir il merkezindeki Fizyonev Sağlıklı Yaşam Merkezine başvuran, 18-65 yaş arasındaki bireylerde duygusal iştah, uyku kalitesi ve depresyon durumunun incelenmesi ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olup Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 18/09/2020 tarih ve 2020/26 sayılı kararı ile Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmek üzere kabul edilmiştir (EK 1).

3.2. Araştırmanın Etik Kurul Yönu

Çalışma için 29/09/2020 tarih ve 2020/090 sayı ile Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü Nevşehir Fizyonev Sağlıklı Yaşam Merkezinden çalışma izni alınmıştır (EK 2).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ekim 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında, Nevşehir Fizyonev Sağlıklı Yaşam Merkezine başvuran 210 birey çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü RaosoftSample Size Calculator programı kullanılarak, araştırma evrenindeki eleman sayısının bilinmesi sebebiyle $[n = N \cdot r^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + r^2 \cdot p \cdot q]$ formülü kullanılarak minimum 137 olarak saptanmıştır. Araştırmada %95 güven aralığı ve %5 hata payı kabul edilmiştir (95).

Çalışmaya, onam formunu imzalayarak katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası kronik hastalığı olmayan sağlıklı yetişkinler dahil edilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, onam formunu imzalamayan, belirlenen yaş grubunun dışında kalan ve kronik hastalığı olan yetişkinler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.4. Veri Toplama Gereçleri

Çalışmada; soru kâğıdı uygulanmış ve bireylerin, sosyo-demografik özellikleri, beslenme ve sağlık bilgileri, antropometrik ölçümleri belirlenmiştir (EK 5). Bireylerin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından tekniğine uygun olarak yapılmış ve soru kâğıdına kaydedilmiştir (EK 5). Anket formuna ek olarak bireylere Beck Depresyon

Ölçeği, Üç Faktörlü Beslenme Anketi, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ve Duygusal İştah Anketi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylere bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere “Gönüllüleri Bilgilendirme Formu” ile aydınlatılmış ve onamları alınmıştır (EK 4).

3.4.1. Demografik Özellikler

Bu bölümde katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni, eğitim, sigara, alkol kullanma ve hastalık durumları ile ilgili sorular sorulmuştur.

3.4.2. Antropometrik Ölçümler

Bireylerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi ölçümleri araştırmacı tarafından tekniğine uygun olarak yapılmıştır.

Vücut ağırlığı: Tanita marka BC 418 MA model Biyoelektrik İmpedans Analiz (BİA) cihazı ile hafif giysilerle ve ayakkabısız olarak ölçülmüştür.

Boy uzunluğu: Ölçüm için Tanita marka portable boy ölçer kullanılmıştır. Bireylerin boy uzunluğu ölçümleri alınırken, ayaklarının birleşik olması ve frankfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olmaları sağlanmıştır.

Bel çevresi: Ölçüm ardışık birkaç nefes sonunda orta aksiler hatta kaburganın alt sınırı ile iliakkrest üst sınırının tam ortası belirlenerek yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü yapılırken, bireyin ince giysilerle olması, dik pozisyonda ve vücut ağırlığı iki ayağa eşit dağıtılmış olarak durması sağlanıp, bireyin normal nefes alıp vermesi istenmiş ve ölçüm mezura yere paralel tutularak yapılmıştır.

Kalça çevresi: Ölçüm için bireyin kolları yanda, ince giysi ile ayakları yan yana ve dik durması sağlanmış ve kalçanın en geniş kısmından yere paralel olarak ölçüm alınmıştır.

Vücut kompozisyonu: Tanita marka BC 418 MA model Biyoelektrik İmpedans Analiz (BİA) cihazı ile vücut yağ yüzdesi, vücut yağ kütlesi belirlenmiştir. Ölçümün doğru olabilmesi için bireylerden; en az 4 saattir aç olması, ölçüm öncesi çay veya kahve içmemesi, 48 saat öncesinde alkol kullanmaması, 12 saat öncesinden ağır egzersiz yapmaması, 30 dakika öncesi idrara çıkması, menstrüasyon döneminde olmaması, bireyde kalp pili, protez veya metal takı olmaması gibi koşulları sağlaması istenmiştir.

Bel ve kalça çevresi esnemeyen mezura ile ölçülmüştür. Bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu kullanılarak BKİ değeri hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

tarafından önerilen antropometrik ölçümlerin kesişim noktaları Tablo 3.1’de verilmiştir (96).

Tablo 3.1. Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Sınıflaması

Antropometrik değer	Sınıflama
BKİ (kg/m²)	
<18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25,0-29,0	Hafif şişman
≥30,0	Obez
Bel çevresi (cm)	
E < 94, K < 80	Normal
E: 94-102, K:80-88	Risk
E ≥ 102 K ≥ 88	Yüksek Risk
Bel boy oranı (cm)	
<0,5	Normal
≥0,5	Risk

3.4.3.Duygusal İştah Ölçeği (DİA)

Duygusal İştah Anketi Nolan ve arkadaşları (97) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Demirel ve ark. (98) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,73 olarak hesaplanmıştır. Ölçek toplamda 22 maddeden meydana gelmektedir. Ölçekte amaç kişilerin karşılaştıkları duygu ve şartlara göre duygusal yemek yeme durumlarının değerlendirilmesidir. Ölçek 9’lu likert tipi derecelendirme ile değerlendirilmiştir. Anket formunu dolduran katılımcılar belirtilen duygu durumlarında ve çeşitli koşullardaki iştah durumlarını değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçekte 14 adet olumlu/olumsuz duygu bulunmakta, 8 adet ise olumlu/olumsuz şart bulunmaktadır. Olumsuz duygu ve şartların toplanması ile ölçeğin olumlu toplam puanları elde edilirken, olumsuz maddelerin toplanması ile olumsuz toplam

puanı elde edilmektedir. Ölçekte kesme puanı bulunmamakta, kişinin içinde bulunduğu duygu ve durumlarda duygusal yeme durumunun var olabileceğine dair bilgiler vermektedir.

3.4.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Katılımcıların güncel depresyon belirti şiddetlerinin ölçülmesi amacıyla kullanılan BDÖ, erişkin yaş grubunda depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, kendini değerlendirme türünde bir ölçektir (99). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (100).

Depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde azdan çoğa doğru giden 4 maddelik kendini değerlendirme cümlesi 0-3 arası puanlanmaktadır. Toplam puan, 0-63 arasında değişmektedir. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Puanlar şiddet olarak; 0-9: normal, 10-16: hafif, 17-29: orta, 30-63: şiddetli depresyon, şeklinde yorumlanmaktadır (99,100).

3.4.5. Üç Faktörlü Beslenme Anketi

Anket, Kırac ve ark (101) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bireylerin yemek yemeye yönelik bilinçli bir şekilde kısıtlama eylemlerinin seviyelerini, kontrolsüz olarak yemek yeme düzeylerini ve duygu durumuna göre yeme durumlarındaki değişim derecelerini ölçmek için kullanılmaktadır. Anket 18 sorudan oluşmaktadır. Bu 18 sorudan ilk 13 sorudaki şıklar yukarıdan aşağıya 4'ten 1'e; sonraki 17'ye kadar olan soruların şıkları yukarıdan aşağıya 1'den 4'e ve 18. soruda ise 1. ve 2. şıklar 1; 2 ve 3. şıklar 2; 5 ve 6. şıklar 3; 7 ve 8. şıklar 4 şeklinde değerlendirilmektedir. Faktör analizi sonuçlarında;

- 1, 7, 13, 14 ve 17. soruların kişilerin kontrolsüz yeme düzeyini (KYD), Faktör 1
- 3, 6 ve 10. soruların kişilerin duygusal yeme düzeyini (DYD), Faktör 2
- 2, 11, 12, 15, 16 ve 18. soruların kişilerin bilinçli kısıtlama düzeyini (BKD), Faktör 3
- 4, 5, 8 ve 9. soruların ise açlığa duyarlılık düzeyini (ADD), Faktör 4 ölçtüğü tespit edilmiştir.

3.4.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

Buyse ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş (102) ve Türkiye uyarlanması Ağargün ve ark tarafından yapılan bu ölçek bireylerin uyku kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanarak oluşturulmuştur (103).

Ölçek 24 sorudan meydana gelmektedir. Soruların 19 tanesi bireyin kendini değerlendirmesine 5 tanesi de bireyin uyurken aynı odayı paylaştığı partnerinindeğerlendirmesi yönelik sorulardır. Ölçekte yer alan soruların içerisinde bireyin uyurken aynı odayı paylaştığı partnerinin olup olmadığı sorgulanır ve bu sorunun puanlama sisteminde herhangi bir değeri yoktur.

Ölçek puanı hesaplamasında bireyin kendisini değerlendirdiği 18 soru kullanılır. Bu 18 soru 7 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşenin puan değeri minimum 0 maksimum 3'tür. Toplam ölçek puanı 0-21 arasında bir tam sayı değeri olmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 5 ve altında olan bireyler iyi uyku kalitesine sahip olarak değerlendirirken, 5'in üzerinde puan alanlar kötü uyku kalitesine sahip olarak değerlendirmeye alınmıştır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma sırasında anket formu ile toplanan veriler IBM SPSS Statistics 22 programına analizi yapılmak üzere kaydedilmiştir. Anketlerden elde edilen sürekli değişkenler ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt-üst ile kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerde gruplar arasındaki ilişkinin analizi ki kare testi, sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları çarpıklık basıklık katsayısı ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygun olan verilerde iki grup arasındaki anlamlılığın analizi için student t testi, ikiden fazla grup arasındaki anlamlılığın analizi için anova testi, normal dağılıma uygun olmayan verilerde iki grup arasındaki anlamlılığın analizi için mannwhitney u testi kullanılmıştır. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak değerlendirilmiştir (104).

4. BULGULAR

Nevşehir Fizyonev Sağlıklı Yaşam Merkezine başvuran 18-65 yaş arasındaki bireylerde duygusal iştah, uyku kalitesi ve depresyon durumunu incelenmiştir.

Tablo 4.1’de bireylerin genel özellikleri verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre araştırmaya katılan 140 (E:%39,3, K:%60,7) bireyin %10,7’si ilköğretim, %19,3’ü lise ve %67,9’u ön lisans ve üzeri düzeyde eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim durumu ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Erkek ve kadın bireylerin yaş ortalaması sırasıyla; $31,1\pm 11,1$ yıl ve $31,9\pm 8,9$ yıl olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).

Erkek bireylerin %61,8’i, kadın bireylerin %40,0’ı bekar olduğunu belirtmiştir. Evli erkek ve kadın bireylerin oranı sırasıyla; %38,2 ve %60,0 olarak saptanmıştır ($p=0,009$).

Tablo 4.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam		p*
	N	%	n	%	N	%	
Eğitim durumu							
Okuryazar	1	1,8	2	2,4	3	2,1	
İlköğretim	4	7,3	11	12,9	15	10,7	
Lise	12	21,8	15	17,6	27	19,3	0,681*
Ön lisans/Lisans	29	52,7	48	56,5	77	55,0	
Lisansüstü	9	16,4	9	10,6	18	12,9	
Yaş (yıl)							
19-24	18	32,7	21	24,7	39	27,9	
25-34	23	41,8	34	40,0	57	40,7	0,401*
35 ve üzeri	14	25,5	30	35,3	44	31,4	
$\bar{x}\pm SS$ (yıl)	$31,1\pm 11,1$		$31,9\pm 8,9$		$31,6\pm 9,8$		0,617 ⁺
Medeni durum							
Evli	21	38,2	51	60,0	72	51,4	0,009*
Bekar	34	61,8	34	40,0	68	48,6	
Toplam	55	100,0	85	100,0	140	100,0	

*ki kare testi, +student t testi

Tablo 4.2’de bireylerin sağlık bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre erkek bireylerin %5,5’i kadınların %17,6’sı kronik bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir ($p=0,040$).

Bireylerin %46,4’ü (E: %20,0, K:%63,5) hiç sigara içmediğini, %35,7’si (E: %56,4, K:%22,4) hala sigara içtiğini belirtmiştir ($p=0,000$). Hala sigara içtiğini belirten bireylerin günlük içtikleri sigara adedi erkek ve kadın bireylerde sırasıyla; $18,4\pm 7,3$ ve

13,6±7,4 olarak belirlenmiştir (p>0,05). Bireylerin %17,9'u alkol kullandığını, %16,4'ü sosyal içici olduğunu ve %65,7'si alkol kullanmadığını belirtmiştir (p=0,000).

Düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirten erkek ve kadın bireylerin oranı sırasıyla; %36,4 ve %37,6 olarak belirlenmiştir. (p>0,05). Düzenli olarak yapılan aktivite türlerinin %22,2'si yürüyüş, koşu, %7,9'u pilates, %4,3'ü fitness ve %2,9'u kickboks olarak belirlenmiştir. Haftalık aktivite süresi <150 dk/hafta 'dan az kadın bireylerin oranı %4,7, erkek bireylerin oranı %21,8 olarak; haftalık aktivite süresi ≥150 dk/hafta yada daha fazla olan kadın bireylerin oranı %32,9, erkek bireylerin oranı %14,6 olarak belirlenmiştir. Tek seferde yapılan aktivite süresi erkek ve kadın bireylerde sırasıyla; 20,7±17,3 dk ve 40,8±18,0 dk olarak belirlenmiştir (p=0,000).

Tablo 4.2. Bireylerin Sağlık Durumları

	Erkek		Kadın		Toplam		p*
	N	%	n	%	N	%	
Kronik hastalık durumu							
Evet	3	5,5	15	17,6	18	12,9	0,040*
Hayır	52	94,5	70	82,4	122	87,1	
Sigara kullanma durumu							
Hayır, hiç içmedim	11	20,0	54	63,5	65	46,4	0,000*
Önceden içtim bıraktım	13	23,6	12	14,1	25	17,9	
Evet, hala içiyorum	31	56,4	19	22,4	50	35,7	
$\bar{x} \pm SS$ (adet/gün)	18,4±7,3		13,6±7,4		17,0±7,6		0,072 ⁺
Alkol kullanma durumu							
Evet	16	29,1	9	10,6	25	17,9	0,000*
Hayır	24	43,6	68	80,0	92	65,7	
Sosyal içici	15	27,3	8	9,4	23	16,4	
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu							
Evet	20	36,4	32	37,6	52	37,1	1,000*
Hayır	35	63,6	53	62,4	88	62,9	
Fitness	1	1,8	5	5,9	6	4,3	
Kickboks	4	7,3	-	-	4	2,9	
Pilates	-	-	11	12,9	11	7,9	
Yürüyüş, Koşu	15	27,3	16	18,8	31	22,2	
Haftalık aktivite süresi							
<150 dk/hafta	12	21,8	4	4,7	16	11,4	0,001*
≥ 150 dk/hafta	8	14,6	28	32,9	36	25,7	
Tek seferde yapılan aktivite süresi (dk/hafta) $\bar{x} \pm SS$	20,7±17,3		40,8±18,0		32,8±20,2		0,000⁺
Toplam	55	100,0	85	100,0	140	100,0	

*ki kare testi, +student t testi

Tablo 4.3'te bireylerin öğün alışkanlıklarının dağılımı verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre, bireylerin %45,7 (E:%58,2, K:%37,6) 'si günlük üç öğün, %54,3 (E:%41,8, K: %62,4)'ü 1-2 öğün yaptığını belirtmiştir (p=0,024).

Bireylerin %4,3'ü her zaman, %12,9'u sık sık, %40,7'si bazen, %29,2'si nadiren öğün atladığını belirtirken, %12,9 oranında birey, hiç öğün atlamadığını belirtmiştir. Atlanan öğün; %45,7 oranla öğle iken, %31,4 oranıyla sabah ve %10,0 oranıyla akşam öğünü olduğu belirtilmiştir (p>0,05).

Tablo 4.3. Bireylerin Öğün Alışkanlıklarının Dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam		p*
	N	%	N	%	N	%	
Ana öğün sayısı							
1-2	23	41,8	53	62,4	76	54,3	0,024
3	32	58,2	32	37,6	64	45,7	
Ara öğün sayısı							
0	13	23,6	15	17,6	28	20,0	0,197
1-2	37	67,3	53	62,4	90	64,3	
3	5	9,1	17	20,0	22	15,7	
Öğün atlama durumu							
Her zaman	1	1,8	5	5,9	6	4,3	0,092
Sık sık	7	12,7	11	12,9	18	12,9	
Bazen	19	34,5	38	44,7	57	40,7	
Nadiren	23	41,8	18	21,2	41	29,2	
Hiç	5	9,1	13	15,3	18	12,9	
Atlanan öğün							
Sabah	20	36,4	24	28,2	44	31,4	0,703
Öğle	24	43,6	40	47,1	64	45,7	
Akşam	6	10,9	8	9,4	14	10,0	

***ki kare testi**

Tablo 4.4'te bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalaması verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre erkek ve kadın bireylerin BKİ değeri ortalaması sırasıyla; 28,9±6,1 kg/m² ve 27,5±6,6 kg/m² olarak belirlenmiştir(p=0,191).

Bel çevresi değeri erkek ve kadın bireylerde sırasıyla; 99,1±16,0 cm ve 84,6±15,4 cm olarak belirlenmiştir.

Bel boy oranı ve bel kalça oranı erkek bireylerde sırasıyla; 0,6±0,1 ve 0,9±0,1 olarak hesaplanırken, kadınlarda bu oranlar sırasıyla; 0,5±0,1 ve 0,8±0,1 olarak belirlenmiştir (p=0,012;0,000).

Erkek bireylerin vücut yağ yüzdesi ortalaması $25,4 \pm 7,5$ iken kadın bireylerin $33,6 \pm 8,3$ olarak belirlenmiştir. Yağsız vücut yüzdesi ise erkek ve kadın bireylerde sırasıyla; $66,4 \pm 9,7$ ve $46,1 \pm 8,0$ olarak saptanmıştır

Tablo 4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama ($\bar{X}$) Standart Sapma (S) ve Alt-Üst Değerleri

	Erkek			Kadın			Toplam			P*
	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	
Boy uzunluğu (cm)	176,5 $\pm$ 7,2	163,0	196,0	162,9 $\pm$ 5,4	148,0	180,0	168,3 $\pm$ 9,0	148,0	196,0	
Vücut ağırlığı (kg)	90,0 $\pm$ 18,2	48,0	133,9	73,0 $\pm$ 18,1	43,0	134,8	79,7 $\pm$ 19,9	43,0	134,8	
BKİ (kg/m²)	28,9 $\pm$ 6,1	18,1	47,4	27,5 $\pm$ 6,6	15,2	47,2	28,1 $\pm$ 6,4	15,2	47,4	0,191
Bel çevresi (cm)	99,1 $\pm$ 16,0	63,5	144,0	84,6 $\pm$ 15,4	50,0	133,0	90,3 $\pm$ 17,1	50,0	144,0	
Kalça çevresi (cm)	112,0 $\pm$ 11,5	87,5	150,0	107,8 $\pm$ 15,3	60,0	165,0	109,4 $\pm$ 14,1	60,0	165,0	
Bel boy oranı	0,6 $\pm$ 0,1	0,4	0,9	0,5 $\pm$ 0,1	0,3	0,8	0,5 $\pm$ 0,1	0,3	0,9	0,012
Bel kalça oranı	0,9 $\pm$ 0,1	0,7	1,1	0,8 $\pm$ 0,1	0,7	0,9	0,8 $\pm$ 0,1	0,7	1,1	0,000
Vücut yağ yüzdesi (%)	25,4 $\pm$ 7,5	9,5	40,2	33,6 $\pm$ 8,3	14,0	50,3	30,4 $\pm$ 8,9	9,5	50,3	
Yağsız vücut yüzdesi (%)	66,4 $\pm$ 9,7	41,1	90,5	46,1 $\pm$ 8,0	20,0	72,4	54,1 $\pm$ 13,2	20,0	90,5	

*student t testi

Tablo 4.5'te bireylerin antropometrik ölçüm değerlerinin sınıflaması verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre araştırmaya katılan bireylerin %34,3'ü (E:%23,6, K:%41,2) normal BKİ aralığında yer alırken %30,7 (E:%40,0, K:%24,7) oranında birey hafif şişman ve %32,1 (E:%34,5, K:%30,6) oranında birey obez sınıfında yer almaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre BKİ sınıflaması ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan bireylerin %40'ı normal bel çevresi değerine sahip iken %23,6 oranında birey riskli, %36,4 oranında birey yüksek riskli bel çevresi değeri sahip olarak belirlenmiştir. Cinsiyet ve bel çevresi risk sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Erkek bireylerin %21,8'i kadın bireylerin %44,7'si normal bel boy oranına sahiptir ($p=0,004$), bel kalça oranı normal olan erkeklerin oranı %67,3 iken kadınların oranı %77,6 olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Sınıflaması

	Erkek		Kadın		Toplam		p*
	N	%	N	%	n	%	
BKİ sınıflandırması							
Zayıf (≤18,5 kg/m²)	1	1,8	3	3,5	4	2,9	0,109
Normal (18,5-24,9 kg/m²)	13	23,6	35	41,2	48	34,3	
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m²)	22	40,0	21	24,7	43	30,7	
Obez (30-39,9 kg/m²)	19	34,5	26	30,6	45	32,1	
Bel çevresi risk sınıflaması							
Normal (E< 94 cm, K < 80 cm)	21	38,2	35	41,2	56	40,0	0,708
Risk (E; 94-102 cm, K:80-88 cm)	15	27,3	18	21,2	33	23,6	
Yüksek Risk (E ≥ 102 cm, K ≥ 88 cm)	19	34,5	32	37,6	51	36,4	
Bel boy oranı sınıflaması							
Normal (<0,5 cm)	12	21,8	38	44,7	50	35,7	0,004
Risk (≥0,5 cm)	43	78,2	47	55,3	90	64,3	
Bel kalça oranı sınıflaması							
Normal (K< 0,85 cm, E < 0,90 cm)	37	67,3	66	77,6	103	73,6	0,123
Risk (K ≥ 0,85 cm, E ≥ 0,90 cm)	18	32,7	19	22,4	37	26,4	

***ki kare testi**

Tablo 4.6'da bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi sorularına verdikleri cevaplara göre ölçek skoru ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin ölçek faktör 1, faktör 2, faktör 3 ve faktör 4'ten aldıkları puan ortalaması sırasıyla; $11,2 \pm 4,0$, $6,7 \pm 2,7$, $14,8 \pm 4,4$ ve $8,2 \pm 2,9$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama ($\bar{X}$) Standart

ÜFBA boyutları	Alınabilecek min-max skor	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst
Faktör 1	5-20	11,2 $\pm$ 4,0	5,0	37,0
Faktör 2	3-12	6,7 $\pm$ 2,7	3,0	12,0
Faktör 3	6-24	14,8 $\pm$ 4,4	6,0	35,0
Faktör 4	4-20	8,2 $\pm$ 2,9	4,0	16,0

Sapma (S) ve Alt-Üst Değerleri

Tablo 4.7’de yer alan bilgilere göre erkek bireylerin üç faktörlü beslenme anketinde yer alan faktör 1, faktör 2, faktör 3 ve faktör 4 boyutlarından aldıkları puan ortalaması sırasıyla; 11,2 $\pm$ 3,6, 6,4 $\pm$ 2,4, 14,6 $\pm$ 4,9 ve 8,3 $\pm$ 2,8 olarak saptanmıştır. Bu faktörlerden alınan puan ortalaması kadınlarda sırasıyla; 11,2 $\pm$ 4,2, 6,9 $\pm$ 2,9, 15,0 $\pm$ 4,1 ve 8,2 $\pm$ 3,0 olarak saptanmıştır ($p>0,05$).

Faktör 1, faktör 2, faktör 3 ve faktör 4 alt boyutlardan alınan puan ortalamasının yaş, eğitim durumu ve medeni duruma göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri

	Üç Faktörlü Beslenme Anketi			
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet				
Erkek	11,2±3,6	6,4±2,4	14,6±4,9	8,3±2,8
Kadın	11,2±4,2	6,9±2,9	15,0±4,1	8,2±3,0
p*	0,979	0,218	0,645	0,841
Yaş (yıl)				
19-24	11,7±5,2	7,2±2,8	15,1±4,2	8,3±2,9
25-34	11,0±3,3	6,3±2,5	14,5±4,5	8,1±2,9
35 ve üzeri	11,0±3,5	6,8±2,8	15,0±4,5	8,2±3,0
p+	0,628	0,308	0,751	0,921
Eğitim durumu				
Okuryazar	14,0±2,0	7,3±2,9	15,0±6,2	9,3±2,1
İlköğretim	11,5±3,1	6,0±3,0	14,5±4,5	7,8±3,2
Lise	10,8±3,0	6,8±2,5	15,2±4,3	7,4±2,6
Ön lisans/Lisans	11,3±4,6	6,9±2,8	14,8±4,4	8,5±3,0
Lisans üstü	10,6±3,5	6,4±2,6	14,7±4,6	8,3±3,0
p+	0,979	0,218	0,645	0,841
Medeni durum				
Evli	10,8±3,0	6,7±2,7	15,2±4,1	8,0±2,7
Bekar	11,6±4,8	6,8±2,7	14,4±4,7	8,4±3,1
p∞	0,727	0,226	0,340	0,723

*student t testi, +Anova testi, ∞mannwhitney u testi

Tablo 4.8’de yer alan bilgilere göre üç faktörlü beslenme ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının; kronik hastalık, sigara kullanma, alkol kullanma ve öğün atlamaya göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Faktör 3 puan ortalaması düzenli aktivite yapanlarda $16,3\pm5,0$ iken yapmayanlarda $13,9\pm3,7$ olarak saptanmıştır. Bu iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$)

Tablo 4.8. Bireylerin Sağlık Bilgilerine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri

	Üç Faktörlü Beslenme Anketi			
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kronik hastalık durumu				
Evet	11,2±3,4	6,9±2,9	15,7±4,3	7,4±2,2
Hayır	11,2±4,1	6,7±2,7	14,7±4,4	8,3±3,0
p*	0,940	0,739	0,350	0,173
Sigara kullanma durumu				
Hayır, hiç içmedim	11,2±4,7	7,0±3,0	15,6±5,0	8,2±3,1
Önceden içtim bıraktım	10,5±3,0	6,2±2,7	15,2±3,6	7,5±2,5
Evet, hala içiyorum	11,5±3,4	6,6±2,3	13,6±3,6	8,6±2,7
p+	0,478	0,373	0,099	0,250
Alkol kullanma durumu				
Evet	11,7±3,5	7,3±2,2	14,4±3,5	8,9±2,6
Hayır	11,2±4,1	6,7±2,8	15,2±4,6	8,0±2,9
Sosyal içici	10,5±3,8	6,3±2,8	13,8±4,4	8,2±3,4
p+	0,455	0,293	0,443	0,451
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu				
Evet	10,5±3,5	6,2±2,7	16,3±5,0	7,6±3,0
Hayır	11,6±4,2	7,0±2,7	13,9±3,7	8,5±2,8
p[∞]	0,104	0,104	0,002	0,061
Öğün atlama durumu				
Her zaman	12,8±2,9	8,0±3,0	14,0±4,1	9,8±2,7
Sık sık	11,6±3,6	7,7±2,6	13,6±2,9	8,7±2,9
Bazen	11,3±4,9	7,0±2,8	15,1±5,0	8,2±3,0
Nadiren	11,0±3,0	5,9±2,4	14,9±4,1	8,0±2,7
Hiç	10,4±3,5	6,2±2,5	15,2±4,7	7,7±3,3
p+	0,747	0,072	0,720	0,547

*student t testi, +Anova testi, [∞]mannwhitney u testi

Tablo 4.9’da bireylerin üç faktörlü beslenme anketi alt boyutlarından faktör 1, faktör 2, faktör 3 ve faktör 4 alt boyut puanlarının BKİ sınıflaması, bel çevresi, bel boy oranı, bel kalça oranı sınıflamasına göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.9. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Sınıflamasına Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi Skoru Ortalama Değerleri

	Üç Faktörlü Beslenme Anketi			
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
BKİ sınıflandırması				
Zayıf ($\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$)	12,3 $\pm$ 6,1	3,8 $\pm$ 1,0	12,5 $\pm$ 6,8	10,3 $\pm$ 5,1
Normal (18,5-24,9 kg/m^2)	10,6 $\pm$ 3,4	6,8 $\pm$ 2,6	15,5 $\pm$ 4,6	7,8 $\pm$ 2,9
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m^2)	11,6 $\pm$ 5,2	6,5 $\pm$ 2,7	14,7 $\pm$ 3,8	8,2 $\pm$ 2,9
Obez (30-39,9 kg/m^2)	11,3 $\pm$ 3,1	7,1 $\pm$ 2,8	14,4 $\pm$ 4,6	8,4 $\pm$ 2,7
p+	0,628	0,116	0,434	0,412
Bel çevresi risk sınıflaması				
Normal (E < 94 cm, K < 80 cm)	11,0 $\pm$ 3,5	6,6 $\pm$ 2,5	14,9 $\pm$ 4,7	8,2 $\pm$ 3,1
Risk (E; 94-102 cm, K:80-88 cm)	11,4 $\pm$ 5,7	6,0 $\pm$ 2,8	14,6 $\pm$ 3,9	8,1 $\pm$ 2,8
Yüksek Risk (E $\geq$ 102 cm, K $\geq$ 88 cm)	11,3 $\pm$ 3,2	7,3 $\pm$ 2,8	14,9 $\pm$ 4,5	8,2 $\pm$ 2,8
p+	0,890	0,121	0,953	0,974
Bel boy oranı sınıflaması				
Normal (<0,5 cm)	10,7 $\pm$ 3,2	6,5 $\pm$ 2,7	14,9 $\pm$ 4,8	7,9 $\pm$ 3,0
Risk ($\geq$ 0,5 cm)	11,4 $\pm$ 4,3	6,8 $\pm$ 2,7	14,8 $\pm$ 4,2	8,4 $\pm$ 2,8
p*	0,317	0,486	0,864	0,376
Bel kalça oranı sınıflaması				
Normal (K < 0,85 cm, E < 0,90 cm)	11,2 $\pm$ 4,4	6,7 $\pm$ 2,9	14,8 $\pm$ 4,5	8,2 $\pm$ 3,1
Risk (K $\geq$ 0,85 cm, E $\geq$ 0,90 cm)	11,1 $\pm$ 2,7	6,6 $\pm$ 2,3	14,9 $\pm$ 4,3	8,2 $\pm$ 2,3
p*	0,843	0,809	0,832	0,903

*student t testi, +Anova testi

Tablo 4.10’da bireylerin Duygusal İştah Anketi alt boyutları olan negatif durum puanı, pozitif durum puanı, negatif olay puanı ve pozitif olay puanlarından aldıkları toplam puan ortalaması sırasıyla; 35,4 $\pm$ 17,4, 24,4 $\pm$ 8,2, 15,2 $\pm$ 8,4 ve 14,2 $\pm$ 5,7 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.10. Bireylerin Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri

DİA	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst
Negatif durum puanı	35,4 $\pm$ 17,4	8,0	81,0
Pozitif durum puanı	24,4 $\pm$ 8,2	5,0	45,0
Negatif olay puanı	15,2 $\pm$ 8,4	4,0	45,0
Pozitif olay puanı	14,2 $\pm$ 5,7	3,0	27,0

Tablo 4.11’de araştırmaya katılan bireylerin Duygusal İştah Anketi alt boyut puanlarından aldıkları toplam puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre erkek ve kadın bireylerin; negatif duygu, pozitif duygu ve negatif olay durumlarında aldıkları duygusal iştah puanları arasında fark bulunmamıştır. Erkek bireylerin pozitif

olaylarda duygusal iştah puanı (16,0±5,6), kadın bireylere göre (13,0±5,4) daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkta istatistiksel anlam tespit edilmiştir (p=0,002).

Duygusal iştah puan ortalamalarının yaş ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır (p>0,05). Evli bireylerin (13,6±8,1) negatif olaylarda oluşan iştahlarının bekar bireylere (16,9±8,5) göre daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,008).

Tablo 4.11. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri

	Duygusal İştah Anketi			
	NDP	PDP	NOP	POB
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet				
Erkek	33,9±14,8	25,7±7,7	16,1±7,8	16,0±5,6
Kadın	36,5±18,9	23,5±8,5	14,6±8,8	13,0±5,4
p*	0,392	0,129	0,318	0,002
Yaş (yıl)				
19-24	34,4±17,6	22,2±8,0	16,4±8,1	13,4±6,1
25-34	36,4±17,1	26,0±8,7	16,4±9,5	15,4±5,4
35 ve üzeri	35,1±17,9	24,1±7,4	12,7±6,5	13,3±5,4
p+	0,628	0,308	0,751	0,921
Eğitim durumu				
Okuryazar	34,3±12,7	23,3±4,2	17,0±3,6	14,7±3,1
İlköğretim	32,4±17,5	23,5±7,2	14,1±8,4	12,3±4,4
Lise	35,5±18,0	23,3±7,8	14,3±11,1	14,6±5,9
Ön lisans/Lisans	35,4±18,5	24,4±9,0	15,4±8,1	14,0±6,0
Lisans üstü	38,3±12,7	27,0±6,6	16,5±5,6	15,7±4,7
p+	0,664	0,784	0,991	0,446
Medeni durum				
Evli	35,5±17,1	24,5±7,6	13,6±8,1	14,0±5,2
Bekar	35,4±17,8	24,2±8,8	16,9±8,5	14,3±6,2
p∞	0,882	0,885	0,008	0,985

*student t testi, +Anova testi, ∞mannwhitney u testi

Tablo 4.12’de bireylerin Duygusal İştah Anketinden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; anketin alt boyutları olan negatif/pozitif duygularda iştah ve negatif/pozitif olayda iştah puanının kronik hastalık, sigara kullanma, alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılığı tespit edilmemiştir (p>0,05).

Düzenli aktivite yapmayan bireylerin pozitif duygular içerisine girdiğinde iştah durumlarının, düzenli aktivite yapan bireylere göre daha fazla arttığı belirlenmiştir (p=0,036).

Pozitif olaylarda; bazen öğün atlayan bireylerin duygusal iştahları, nadiren öğün atlayan bireylerin duygusal iştahlarına göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,015$).

Tablo 4.12. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri

	Duygusal İştah Anketi			
	NDP	PDP	NOP	POB
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kronik hastalık durumu				
Evet	31,1±18,1	23,3±7,1	14,4±10,1	13,4±6,1
Hayır	36,1±17,3	24,5±8,4	15,3±8,2	14,3±5,6
p*	0,253	0,569	0,660	0,565
Sigara kullanma durumu				
Hayır, hiç içmedim	36,0±19,5	23,8±9,0	15,5±9,1	13,3±5,6
Önceden içtim bıraktım	36,7±15,8	26,6±6,3	15,0±8,2	14,9±4,8
Evet, hala içiyorum	34,1±15,3	24,0±7,8	14,9±7,7	14,9±6,1
p+	0,773	0,333	0,939	0,238
Alkol kullanma durumu				
Evet	33,8±13,0	23,5±8,9	16,5±7,3	13,2±4,6
Hayır	35,6±18,3	24,0±8,1	14,7±8,6	13,8±5,7
Sosyal içici	36,7±18,4	26,6±7,8	16,0±9,0	16,8±6,1
p+	0,844	0,359	0,558	0,064
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu				
Evet	32,3±16,2	22,3±8,4	15,3±8,9	12,9±5,9
Hayır	37,3±17,9	25,6±7,9	15,1±8,1	14,9±5,4
p[∞]	0,141	0,036	0,957	0,072
Öğün atlama durumu				
Her zaman	33,3±22,6	21,8±8,4	14,0±7,2	12,5±4,3
Sık sık	42,8±19,4	25,6±8,5	18,4±10,3	15,9±5,8
Bazen	35,6±18,6	22,8±8,1	14,4±8,2	12,4±5,6 ^a
Nadiren	32,2±14,9	26,5±8,0	15,0±8,7	16,0±5,7 ^b
Hiç	35,4±14,2	24,0±8,1	15,5±6,3	14,6±4,3
p+	0,324	0,222	0,496	0,015

*student t testi, +Anova testi, [∞]mannwhitney u testi

Tablo 4.13'e göre bireylerin Duygusal İştah Anketinden aldıkları puan ortalamalarının; BKİ sınıflaması, bel çevresi risk sınıflaması, bel boy oranı ve bel kalça oranı risk sınıflamasına göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Duygusal İştah Anketi Skoru Ortalama Değerleri

	Duygusal İştah Anketi			
	NDP	PDP	NOP	POP
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
BKİ sınıflandırması				
Zayıf ($\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$)	21,5 $\pm$ 15,5	28,3 $\pm$ 11,9	15,8 $\pm$ 8,7	17,5 $\pm$ 8,3
Normal (18,5-24,9 kg/m^2)	32,7 $\pm$ 16,6	23,0 $\pm$ 8,8	14,9 $\pm$ 8,7	13,4 $\pm$ 5,5
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m^2)	35,5 $\pm$ 18,7	24,3 $\pm$ 8,5	15,7 $\pm$ 9,2	14,3 $\pm$ 6,2
Obez (30-39,9 kg/m^2)	39,6 $\pm$ 16,3	25,5 $\pm$ 6,8	15,0 $\pm$ 7,5	14,6 $\pm$ 5,0
p*	0,095	0,372	0,971	0,450
Bel çevresi risk sınıflaması				
Normal (E < 94 cm, K < 80 cm)	32,0 $\pm$ 16,4	24,6 $\pm$ 8,8	14,4 $\pm$ 7,6	14,4 $\pm$ 5,6
Risk (E; 94-102 cm, K:80-88 cm)	37,6 $\pm$ 18,5	23,9 $\pm$ 8,6	17,9 $\pm$ 10,1	13,9 $\pm$ 6,5
Yüksek Risk (E $\geq$ 102 cm, K $\geq$ 88 cm)	37,8 $\pm$ 17,4	24,4 $\pm$ 7,3	14,4 $\pm$ 7,8	14,1 $\pm$ 5,2
p*	0,167	0,925	0,112	0,929
Bel boy oranı risk sınıflaması				
Normal (<0,5 cm)	32,9 $\pm$ 18,0	24,4 $\pm$ 9,0	15,0 $\pm$ 8,8	14,6 $\pm$ 5,8
Risk ($\geq$ 0,5 cm)	36,9 $\pm$ 17,0	24,4 $\pm$ 7,8	15,3 $\pm$ 8,2	13,9 $\pm$ 5,6
p+	0,191	0,996	0,845	0,539
Bel kalça oranı risk sınıflaması				
Normal (K < 0,85 cm, E < 0,90 cm)	35,4 $\pm$ 18,4	24,6 $\pm$ 8,7	15,6 $\pm$ 9,0	14,0 $\pm$ 5,8
Risk (K $\geq$ 0,85 cm, E $\geq$ 0,90 cm)	35,6 $\pm$ 14,3	23,7 $\pm$ 6,7	14,1 $\pm$ 6,5	14,7 $\pm$ 5,2
*Anova testi, + student t testi				

Tablo 4.14'te yer alan bilgilere göre araştırmaya katılan tüm bireylerin PUKİ skoru ortalaması 5,9 $\pm$ 2,8 olarak bulunmuştur. Bireylerin %32,9'u iyi, %67,1'i kötü uyku kalitesine sahip olarak bulunmuştur.

Tablo 4.14. Bireylerin Uyku Kalitesi Sınıflaması ve Toplam Puan Ortalaması

	n	%
Uyku Ölçeği Sınıflaması		
İyi uyku kalitesi (< 5 puan)	46	32,9
Kötü uyku kalitesi ($\geq$ 5 puan)	94	67,1
Toplam puan $\bar{x} \pm SS$	5,9 $\pm$ 2,8	
(Min-Max)	(0,0-15,0)	

Tablo 4.15'te bireylerin genel özelliklerine göre uyku kalitesi puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre erkek ve kadın bireylerin PUKİ skoru ortalaması sırasıyla; 6,1 $\pm$ 3,3 ve 5,7 $\pm$ 2,4 olarak belirlenmiştir ($p > 0,05$). PUKİ skoru ortalamasının, yaş ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Evli bireylerin uyku kalitesi bekar bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,033).

Tablo 4.15. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması

	PUKİ Skoru	P
	$\bar{x} \pm SS$	
Cinsiyet		
Erkek	6,1±3,3	0,459*
Kadın	5,7±2,4	
Yaş (yıl)		
19-24	6,0±2,9	0,508+
25-34	6,1±2,7	
35 ve üzeri	5,5±2,7	
Eğitim durumu		
Okuryazar	8,0±3,0	0,156+
İlköğretim	4,5±2,1	
Lise	6,3±2,8	
Ön lisans/Lisans	6,0±2,7	
Lisans üstü	5,4±3,4	
Medeni durum		
Evli	5,4±2,4	0,033 ∞
Bekar	6,3±3,0	

*student t testi, +Anova testi, ∞ mannwhitney u testi

Tablo 4.16’da yer alan bilgilere göre PUKİ skoru ortalamasının; hastalık, sigara kullanma, düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarına göre anlamlı bir farklılığı bulunmamaktadır (p>0,05).

Alkol kullanan bireylerin PUKİ skoru ortalaması, alkol kullanmayan ve sosyal içici olan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur yani alkol kullanan bireylerin diğer bireylere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (p=0,010).

Her zaman öğün atladığını belirten bireylerin PUKİ skoru ortalaması (8,2±1,9), hiç öğün atlamayan bireylerin PUKİ skoru ortalamasına (4,6±3,1) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Öğün atlayan bireylerin uyku kalitesi daha kötü olarak tespit edilmiştir (p=0,013).

Tablo 4.16. Bireylerin Sağlık Bilgilerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması

	PUKİ Skoru	P
	$\bar{x} \pm SS$	
Kronik hastalık durumu		
Evet	6,2±2,3	0,550*
Hayır	5,8±2,8	
Sigara kullanma durumu		
Hayır, hiç içmedim	5,5±2,8	0,079+
Önceden içtim bıraktım	5,4±2,4	
Evet, hala içiyorum	6,6±2,8	
Alkol kullanma durumu		
Evet	7,2±3,0 ^a	0,010+
Hayır	5,7±2,6 ^b	
Sosyal içici	4,9±2,8 ^b	
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	6,3±2,9	0,232 ∞
Hayır	5,6±2,6	
Öğün atlama durumu		
Her zaman	8,2±1,9 ^a	0,013+
Sık sık	6,9±2,9	
Bazen	6,1±2,8	
Nadiren	5,4±2,3	
Hiç	4,6±3,1 ^b	

*student t testi, +Anova testi, ∞ mannwhitney u testi

Tablo 4.17’de yer alan bilgilere göre PUKİ skoru ortalaması obez bireylerde (6,0±3,1) iken zayıf bireylerde (4,3±2,2) olarak saptanmıştır; ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

Bel çevresi yüksek riskli olan bireylerin PUKİ skoru ortalaması (6,2±2,9), riskli (5,5±2,5) ve normal (5,8±2,8) bel çevresine sahip bireylere göre daha yüksektir; ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlam içermemektedir (p>0,05).

Bel boy oranı ve bel kalça oranı risk grubunda olan bireylerin PUKİ skoru ortalaması normal aralıkta yer alan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiş; ancak istatistiksel bir anlam tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.17. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalaması

	PUKİ Skoru	P
	$\bar{x} \pm SS$	
BKİ sınıflandırması		
Zayıf ($\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$)	4,3 $\pm$ 2,2	0,703*
Normal (18,5-24,9 kg/m^2)	5,9 $\pm$ 2,7	
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m^2)	5,9 $\pm$ 2,5	
Obez (30-39,9 kg/m^2)	6,0 $\pm$ 3,1	
Bel çevresi risk sınıflaması		
Normal (E < 94 cm, K < 80 cm)	5,8 $\pm$ 2,8	0,556*
Risk (E; 94-102 cm, K:80-88 cm)	5,5 $\pm$ 2,5	
Yüksek Risk (E $\geq$ 102 cm, K $\geq$ 88 cm)	6,2 $\pm$ 2,9	
Bel boy oranı sınıflaması		
Normal (<0,5 cm)	5,8 $\pm$ 2,6	0,856+
Risk ($\geq$ 0,5 cm)	5,9 $\pm$ 2,8	
Bel kalça oranı sınıflaması		
Normal (K < 0,85 cm, E < 0,90 cm)	5,7 $\pm$ 2,7	0,435+
Risk (K $\geq$ 0,85 cm, E $\geq$ 0,90 cm)	6,2 $\pm$ 2,9	

***student t testi, +Anova testi**

Tablo 4.18’de yer alan bilgilere göre üç faktörlü beslenme anketi alt ölçeklerinin tümünde kötü uyku kalitesine sahip bireylerin ölçek puan ortalaması iyi uyku kalitesine sahip bireylere göre daha yüksek bulunmuştur; ancak yalnızca Faktör 1 (KontROLSÜZ YEME DÜZEYİ) puan ortalamasının uyku kalitesine göre anlamlı bir farklılık içerdiği belirlenmiştir (p=0,027).

Duygusal iştah anketi alt boyut puan ortalamalarının uyku kalitesine göre anlamlı bir farklılığı saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.18. Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Üç Faktörlü Beslenme Anketi ve Duygusal İştah Anketi Puan Ortalaması

	Uyku Kalitesi Sınıflaması		p*
	İyi	Kötü	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Üç Faktörlü Beslenme Anketi			
Faktör 1	10,1±3,2	11,7±4,2	0,027
Faktör 2	6,2±2,8	6,9±2,6	0,085
Faktör 3	14,5±4,7	14,9±,3	0,556
Faktör 4	7,9±3,4	8,3±2,6	0,392
Duygusal İştah Anketi			
Negatif durum puanı	33,7±16,3	36,3±17,9	0,408
Pozitif durum puanı	24,5±7,7	24,3±8,5	0,874
Negatif olay puanı	14,5±7,3	15,6±8,9	0,488
Pozitif olay puanı	14,5±5,1	14,0±5,9	0,671

***student t testi**

Tablo 4.19’da yer alan bilgilere göre araştırmaya katılan bireylerin toplam depresyon puan ortalaması 11,6±9,3 olarak belirlenmiştir. Bireylerin %63,6’sı normal, %16,4’ü hafif depresyon, %15,0’ı orta depresyon ve %5,0’ı ciddi depresyon düzeyine sahip olarak bulunmuştur.

Tablo 4.19. Bireylerin Depresyon Düzeyi Sınıflaması ve Depresyon Puanı Ortalaması

Depresyon ölçeği sınıflaması	n	%
Normal (0-13 puan)	89	63,6
Hafif depresyon (14-19 puan)	23	16,4
Orta depresyon (20-28 puan)	21	15,0
Ciddi depresyon (29-63 puan)	7	5,0
Toplam puan $\bar{x} \pm SS$	11,6±9,3	
(Min-Max)	(0,0-39,0)	

Tablo 4.20’de yer alan bilgilere göre, erkek ve kadın bireylerin depresyon puanı ortalaması sırasıyla; 12,2±11,4 ve 11,2±7,7 olarak belirlenmiştir (p>0,05).

Yaş grubuna göre incelendiğinde; 19-24 yaş aralığı (14,3±10,9), 25-34 yaş aralığı (11,1±9,4) ve 35 yaş ve üzeri (9,8±7,2) olarak tespit edilmiştir. Bireylerin yaş grubu arttıkça depresyon puanlarında düşüş belirlenmiş; ancak bu durumda istatistiksel olarak bir anlam tespit edilmemiştir (p>0,05).

Bekar bireylerin depresyon puanının evli bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,033).

Tablo 4.20. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Depresyon Puanı Ortalaması

	Depresyon Skoru	P
	$\bar{x} \pm SS$	
Cinsiyet		
Erkek	12,2±11,4	0,526*
Kadın	11,2±7,7	
Yaş (yıl)		
19-24	14,3±10,9	0,075+
25-34	11,1±9,4	
35 ve üzeri	9,8±7,2	
Eğitim durumu		
Okuryazar	15,3±11,0	0,844+
İlköğretim	13,0±9,3	
Lise	11,9±8,5	
Ön lisans/Lisans	11,4±10,0	
Lisans üstü	10,0±7,8	
Medeni durum		
Evli	10,3±8,0	0,033 ∞
Bekar	12,9±10,4	

*student t testi, +Anova testi, ∞ mannwhitney u testi

Tablo 4.21’de bireylerin depresyon puanlarının sağlık durumlarına göre ortalaması verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; hala sigara içen bireylerin (14,1±10,0) depresyon puanları, hiç sigara içmeyen (10,6±8,9) ve önceden sigara içip bırakan (9,1±8,1) bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,048).

Alkol kullanan bireylerin (16,4±10,4) depresyon puanı, alkol kullanmayan (10,9±8,8) ve sosyal içici (9,0±8,6) olan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,010).

Tablo 4.21. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Depresyon Puanı Ortalaması

	Depresyon Skoru	P
	$\bar{x} \pm SS$	
Kronik hastalık durumu		
Evet	14,5±9,4	0,153*
Hayır	11,1±9,3	
Sigara kullanma durumu		
Hayır, hiç içmedim	10,6±8,9 ^b	0,048+
Önceden içtim bıraktım	9,1±8,1 ^b	
Evet, hala içiyorum	14,1±10,0 ^a	
Alkol kullanma durumu		
Evet	16,4±10,4 ^a	0,010+
Hayır	10,9±8,8 ^b	
Sosyal içici	9,0±8,6 ^b	
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	10,5±10,3	0,098 [∞]
Hayır	12,2±8,7	
Öğün atlama durumu		
Her zaman	18,7±8,4	0,073+
Sık sık	14,3±10,5	
Bazen	12,0±9,8	
Nadiren	10,3±7,7	
Hiç	8,0±9,3	

*student t testi, +Anova testi, [∞]mannwhitney u testi

Tablo 4.22’de yer alan bilgilere göre bireylerin depresyon puan ortalamasının; BKİ sınıflaması, bel çevresi sınıflaması, bel boy oranı ve bel kalça oranı sınıflamasına göre anlamlı bir farklılığı tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.22. Bireylerin Antropometrik Sınıflamasına Göre Depresyon Puanı Ortalaması

	Depresyon Skoru $\bar{x} \pm SS$	P
BKİ sınıflandırması		
Zayıf ($\leq 18,5$ kg/m ²)	7,5 $\pm$ 4,7	0,792*
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	11,1 $\pm$ 9,1	
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m ²)	12,2 $\pm$ 10,1	
Obez (30-39,9 kg/m ²)	11,8 $\pm$ 9,3	
Bel çevresi risk sınıflaması		
Normal (E < 94 cm, K < 80 cm)	10,89,1	0,740*
Risk (E; 94-102 cm, K:80-88 cm)	12,1 $\pm$ 11,0	
Yüksek Risk (E $\geq$ 102 cm, K $\geq$ 88 cm)	12,0 $\pm$ 8,5	
Bel boy oranı sınıflaması		
Normal (<0,5 cm)	10,7 $\pm$ 8,9	0,442+
Risk ($\geq$ 0,5 cm)	12,0 $\pm$ 9,6	
Bel kalça oranı sınıflaması		
Normal (K < 0,85 cm, E < 0,90 cm)	11,4 $\pm$ 9,6	0,723 +
Risk (K $\geq$ 0,85 cm, E $\geq$ 0,90 cm)	12,0 $\pm$ 8,7	

*student t testi, +Anova testi, ∞ mannwhitney u testi

Tablo 4.23'e göre iyi ve kötü uyku kalitesine sahip bireylerin depresyon skoru sırasıyla; 6,2 $\pm$ 6,5 ve 14,2 $\pm$ 9,4 olarak bulunmuştur (p=0,000). Uyku kalitesine kötü olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.23. Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Depresyon Puanı Ortalaması

Uyku Ölçeği Sınıflaması	Depresyon Skoru $\bar{x} \pm SS$	p*
İyi uyku kalitesi (< 5 puan)	6,2 $\pm$ 6,5	0,000
Kötü uyku kalitesi ($\geq$ 5 puan)	14,2 $\pm$ 9,4	

*student t testi

Tablo 4.24'te bireylerin üç faktörlü beslenme anketi alt boyut puanlarının bazı parametrelerle korelasyonu verilmiştir. Bu tabloya göre faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi) toplam puanı ile duygusal iştah anketinin negatif durum puanı, uyku kalitesi puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi) toplam puan ortalamasıyla; BKİ, kalça çevresi, vücut yağ yüzdesi, negatif durum puanı uyku kalitesi puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Faktör 2 toplam puanı arttıkça bireylerin antropometrik değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir. Faktör 4 (Açlığa Duyarlılık Düzeyi) toplam puanıyla duygusal iştah

anketi alt boyut toplam puanları ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Tablo 4.24. Bireylerin Üç Faktörlü Beslenme Anketi Alt Boyut Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu

	Üç Faktörlü Beslenme Anketi							
	Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3		Faktör 4	
	r	P	r	P	R	p	r	P
Yaş (yıl)	-0,091	0,283	-0,087	0,307	-0,018	0,831	-0,050	0,560
Vücut ağırlığı (kg)	0,106	0,212	0,137	0,106	-0,131	0,123	0,045	0,601
BKİ (kg/m ²)	0,088	0,302	0,191	0,024	-0,060	0,478	0,018	0,837
Bel çevresi (cm)	0,081	0,343	0,121	0,156	-0,050	0,561	0,034	0,687
Kalça çevresi (cm)	0,117	0,168	0,234	0,005	-0,053	0,534	0,047	0,585
Bel boy oranı	0,064	0,449	0,147	0,084	-0,002	0,985	0,016	0,848
Bel kalça oranı	0,002	0,979	-0,053	0,531	-0,026	0,757	-0,001	0,991
Vücut yağ yüzdesi	0,043	0,614	0,212	0,012	0,036	0,669	-0,030	0,727
Yağsız vücut yüzdesi	0,095	0,264	0,057	0,506	-0,127	0,133	0,061	0,471
Negatif durum puanı	0,442	0,000	0,571	0,000	-0,220	0,009	0,429	0,000
Pozitif durum puanı	0,067	0,432	0,111	0,190	-0,274	0,001	0,215	0,011
Negatif olay puanı	0,212	0,012	0,285	0,001	-0,129	0,129	0,238	0,005
Pozitif olay puanı	0,087	0,306	0,053	0,530	-0,245	0,004	0,230	0,006
PUKİ toplam puanı	0,255	0,002	0,253	0,003	-0,022	0,793	0,152	0,074
Beck depresyon skoru	0,208	0,014	0,286	0,001	0,006	0,947	0,188	0,026

*iki değişkenli korelasyon

Tablo 4.25'te yer alan bilgilere göre duygusal iştah anketi negatif durum puanının; vücut ağırlığı, BKİ, kalça çevresi, bel boy oranı, vücut yağ yüzdesi ve üç faktörlü beslenme anketi alt boyut puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin negatif durumlarda iştahları artarken antropometrik değerlerinde de artış olduğu gözlenmiştir.

Negatif olaylarda artan iştah puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Tablo 4.25. Bireylerin Duygusal İştah Anketi Alt Boyut Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu

	Duygusal İştah Anketi							
	NDP		PDP		NOP		POP	
	R	P	r	P	R	p	r	P
Yaş (yıl)	-0,037	0,661	0,028	0,738	-0,174	0,039	0,008	0,930
Vücut ağırlığı (kg)	0,177	0,037	0,130	0,124	0,076	0,369	0,133	0,118
BKİ (kg/m ²)	0,201	0,017	0,091	0,284	0,027	0,749	0,063	0,457
Bel çevresi (cm)	0,161	0,058	0,091	0,286	0,057	0,504	0,118	0,166
Kalça çevresi (cm)	0,268	0,001	0,125	0,142	0,134	0,116	0,087	0,306
Bel boy oranı	0,171	0,043	0,063	0,458	0,028	0,746	0,069	0,418
Bel kalça oranı	-0,025	0,771	0,000	0,999	-0,060	0,481	0,086	0,313
Vücut yağ yüzdesi	0,182	0,031	-0,055	0,517	-0,040	0,637	-0,117	0,169
Yağsız vücut yüzdesi	0,122	0,152	0,208	0,013	0,093	0,273	0,232	0,006
Faktör 1	0,442	0,000	0,067	0,432	0,212	0,012	0,087	0,306
Faktör 2	0,571	0,000	0,111	0,190	0,285	0,001	0,053	0,530
Faktör 3	-0,220	0,009	-0,274	0,001	-0,129	0,129	-0,245	0,004
Faktör 4	0,429	0,000	0,215	0,011	0,238	0,005	0,230	0,006
PUKİ toplam puanı	0,037	0,666	-0,013	0,879	0,068	0,425	-0,029	0,735
Beck depresyon skoru	0,112	0,189	-0,063	0,461	0,199	0,018	-0,073	0,391

*iki değişkenli korelasyon

Tablo 4.26’da yer alan bilgilere göre PUKİ toplam puanının üç faktörlü beslenme anketi Faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi)ve Faktör2 (Duygusal Yeme Düzeyi) puanları ve depresyon skoru ile arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin uyku kalitesi kötüleştikçe depresyon puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Tablo 4.26. Bireylerin Uyku Kalitesi Puanlarının Bazı Parametrelerle Korelasyonu

	PUKİ Toplam Puanı	
	R	P
Yaş (yıl)	-0,123	0,148
Vücut ağırlığı (kg)	0,081	0,340
BKİ (kg/m ²)	0,049	0,565
Bel çevresi (cm)	0,100	0,238
Kalça çevresi (cm)	0,040	0,642
Bel boy oranı	0,080	0,346
Bel kalça oranı	0,143	0,093
Vücut yağ yüzdesi	0,009	0,914
Yağsız vücut yüzdesi	0,105	0,219
Faktör 1	0,255	0,002
Faktör 2	0,253	0,003
Faktör 3	-0,022	0,793
Faktör 4	0,152	0,074
Negatif durum puanı	0,037	0,666
Pozitif durum puanı	-0,013	0,879
Negatif olay puanı	0,068	0,425
Pozitif olay puanı	-0,029	0,735
Beck depresyon skoru	0,519	0,000

*iki değişkenli korelasyon

Tablo 4.27’de yer alan bilgilere göre bireylerin toplam depresyon skorunun üç faktörlü beslenme anketi alt boyutu Faktör1(KonROLSÜZ YEME DÜZEYİ) , Faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi), Faktör 4 (Açlığa Duyarlılık Düzeyi), negatif olan puanı ve uyku kalitesi toplam puanıyla arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Depresyon düzeyi arttıkça negatif olaylarda duygusal iştahının arttığı ve uyku kalitesinin kötüleştiği saptanmıştır.

Tablo 4.27. Bireylerin Depresyon Skorunun Bazı Parametrelerle Korelasyonu

	Beck depresyon skoru	
	R	P
Yaş (yıl)	-0,141	0,096
Vücut ağırlığı (kg)	0,130	0,125
BKİ (kg/m ²)	0,087	0,306
Bel çevresi (cm)	0,134	0,114
Kalça çevresi (cm)	0,131	0,122
Bel boy oranı	0,108	0,203
Bel kalça oranı	0,089	0,298
Vücut yağ yüzdesi	0,082	0,336
Yağsız vücut yüzdesi	0,102	0,231
Faktör 1	0,208	0,014
Faktör 2	0,286	0,001
Faktör 3	0,006	0,947
Faktör 4	0,188	0,026
Negatif durum puanı	0,112	0,189
Pozitif durum puanı	-0,063	0,461
Negatif olay puanı	0,199	0,018
Pozitif olay puanı	-0,073	0,391
PUKİ toplam puanı	0,519	0,000

*iki değişkenli korelasyon

5.TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma Nevşehir ilindeki Fizyonev Sağlıklı Yaşam Merkezine başvuran 18-65 yaş arası kadın ve erkek bireyler üzerinde yürütülmüştür.

Araştırma kapsamında çalışmaya 55 erkek ve 85 kadın olmak üzere 140 gönüllü birey dâhil edilmiştir. Çalışmada kadın katılımcıların sayısı daha fazladır(Tablo 4.1).Bunun sebebinin duygusal yeme, depresyon, uyku kalitesi gibi durumların kadınlar tarafından daha fazla dikkat çekmesi olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan 140 (E:%39,3, K:%60,7) bireyin %67,9'u ön lisans ve üzeri düzeyde eğitim almıştır. Bireylerin %46,4'ü (E: %20,0, K:%63,5) hiç sigara içmediğini, %35,7'si (E: %56,4, K:%22,4) hala sigara içtiğini belirtmiştir(Tablo 4.2).

Sigara kullanımı Avrupa ülkelerinde %35, Afrika ülkelerinde %18 oranındadır. Ülkelerin gelir ve öğrenim düzeyine göre sigara içme oranlarında da artış yaşanmaktadır; gelir düzeyi arttıkça sigara kullanım oranında artış görülmektedir(105).Günümüzde sigara kullanımı kadınlar arasında da giderek artmaktadır (106).

Fransa ve Rusya'da yürütülen çalışmalarda kadınlarda öğrenim düzeyinin artmasıyla birlikte sigara kullanımında artış olduğu gözlemlenmiştir (107,108). Türkiye'de GAP projesinin yürütüldüğü illerde yapılan bir çalışmada, lise ve üzeri öğrenim gören ev hanımlarında sigara kullanımının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (109). Doğu Karadeniz illerinin dâhil edildiği başka bir çalışmada lise ve üzeri öğrenim gören, mesleği emekli ve memur olan bireylerde sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur (110). Sivas'ta ev kadınlarının dâhil edildiği çalışmada da öğrenim düzeyinin artmasıyla sigara kullanımında artış olduğu saptanmıştır (111).

Kadınların öğrenim düzeyinin artmasının ve düzenli gelir elde etmesinin sigara kullanma davranışlarını olumsuz etkilemesinin nedenlerinden bazıları özentisi, sosyal statüsü göstergesi olarak kullanma, sigaraya kolay ulaşabilme olabilir. Eğitim düzeyi yüksek, çalışan ve sigara kullanan kadınlar toplumda olumsuz rol model olacaklarından bu gruplarda sigara içme nedenleri ayrıca incelenmelidir.

Çalışmamızda bireylerin %17,9'u alkol kullandığını, %16,4'ü sosyal içici olduğunu ve %65,7'si alkol kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 4.2.).

Akfer ve arkadaşları (112) KKTC'deki Yakınoğlu üniversitesinin psikoloji bölümünde yürüttüğü çalışmada, öğrencilerin sigara ve alkol durumunu incelemiştir.

Öğrencilerin %61,5'inin sigara kullandığı %70,8'inin alkol tükettiği bulunmuştur. Ege Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 29,5'inin sigara, % 55,6'sının alkol kullandığı bulunmuştur (113).

Çalışmamızda alkol tüketim oranının düşük çıkmasının sebebi sosyal ve kültürel farklılıklara bağlanabilir.

Düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirten erkek ve kadın bireylerin oranı sırasıyla; %36,4 ve %37,6 olarak belirlenmiştir ($p>0,05$). Düzenli olarak yapılan aktivite türlerinin çoğunluğunu %22,2 ile yürüyüş ve koşu oluşturmaktadır.

Haftalık aktivite süresi <150 dk/hafta'dan az kadın bireylerin oranı %4,7, erkek bireylerin oranı %21,8 olarak; haftalık aktivite süresi ≥ 150 dk/hafta ve daha fazla olan kadın bireylerin oranı %32,9, erkek bireylerin oranı %14,6 olarak belirlenmiştir. Tek seferde yapılan aktivite süresi erkek ve kadın bireylerde sırasıyla; $20,7 \pm 17,3$ dk ve $40,8 \pm 18,0$ dk olarak belirlenmiştir ($p=0,000$) (Tablo 4.2).

Burke ve arkadaşları da üniversite öğrencilerinin Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve Amerikan Spor Hekimliği Birliği'nin (ACSM) önerisi olan haftada en az beş gün, en az 30 dakika süren orta şiddetli aktivite önerisine uyma oranını inceledikleri çalışmalarında, bu oranı kadınlarda (% 48.2) erkeklerden (% 31.1) daha fazla bulmuşlardır (114).

Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada yüksek şiddetli aktivite erkek öğrencilerde, orta şiddetli aktivite ise kadın öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (115). İsveçli öğrencilerde fiziksel aktivite yapma alışkanlığının incelendiği başka bir çalışmada, öğrencilerin % 26'sının düzenli olarak fiziksel aktiviteye katılımlarının olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada ayrıca yüksek şiddetli aktivitelere katılımın erkeklerde ve hafif şiddetli egzersizlere katılımın ise kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (116).

Çalışmamıza katılan kadın bireylerin fiziksel aktivite durumunun erkek bireylerden daha fazla çıkmasının sebebi çalışmada kadın katılımcıların sayısının daha fazla olması ve bireylerin hangi düzeyde aktivite yaptığını belirten bir fiziksel aktivite anketinin uygulanmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yetişkin her birey için haftalık en az 150 dakika orta şiddette egzersiz önerilmektedir. Yetişkinlerde haftada 150 dakikalık fiziksel aktivitenin; iskemik kalp

hastalığı riskini %30, tip II diyabet riskini %27, meme ve kolon kanseri riskini de %20-25 civarında azalttığını ortaya koymaktadır (117).

5.2. Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Yaşamımız boyunca vücudumuzun sağlığını ve fizyolojik dengesini korumak için yeterli ve dengeli beslenme şarttır. Bundan dolayı gün boyunca vücudumuza aldığımız besinler ve gün içerisinde yaptığımız öğünlerin önemi oldukça fazladır. Uzun süren açlık sonucunda veya kısa aralıklarla aşırı besin tüketimi sonucunda vücudun enerji ve metabolizma dengesi bozulabilir. Bundan dolayı ana ve ara öğünlerin düzenli bir şekilde yapılması vücudumuz için oldukça büyük önem taşımaktadır (118).

Bireylerin %45,7'si (E:%58,2, K:%37,6) günde üç öğün, %54,3'ü (E:%41,8, K:%62,4) günde 1-2 öğün tükettiğini belirtmiştir. Bireylerin %4,3'ü her zaman, %12,9'u sık sık, %40,7'si bazen, %29,2'si nadiren öğün atladığını belirtirken, %12,9 oranında birey, hiç öğün atlamadığını belirtmiştir. Atlanan öğün; %45,7 oranla öğle iken, %31,4 oranıyla sabah ve %10,0 oranıyla akşam öğünüdür (Tablo 4.3).

Ulaş ve Genç (119) tarafından Malatya askeri hastanesinde yürütülen bir çalışmada 268 personelin beslenme durumları araştırılmış ve bireylerin %26,1'inin her zaman öğün atladığı ve en fazla atlanan öğünün öğle öğünü olduğu bulunmuştur. Ermiş ve arkadaşlarının (120) öğrenciler üzerinde yürüttüğü çalışmada ise yine en çok atlanan öğünün %52,6 ile öğle öğünü olduğu bildirilmiştir. Yılmaz ve Özkan (8)'in yürüttüğü çalışmada üniversite öğrencilerinin beslenme durumları incelenmiş olup öğrencilerin %90,3'ünün öğün atladığı ve bununla %65,8 ile öğle öğünü olduğu sonucuna varılmıştır.

Yapılan çalışmalarda yetişkin ve üniversite öğrencilerinde en fazla atlanan öğünün öğle öğünü olduğu görülmüştür. Bunun nedeni gün içerisinde vakit bulamama ve öğle yemeğine zaman ayıramama, canı istememe, alışkanlık olmaması, unutma ve ekonomik nedenler olduğu düşünülebilir. En az atlanan öğün ise genel olarak akşam öğünüdür. Bu durum akşam yemeklerinin genellikle ev ortamında ve ailenin bir araya gelerek tüketilmesinden kaynaklanabilir.

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Antropometrik ölçümler kişilerin beslenme durumunun ve fiziksel özelliklerine ilişkin bulguların saptanmasında kullanılan yöntemlerdir (96).

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi erkek ve kadın bireylerin BKİ ortalaması sırasıyla; $28,9 \pm 6,1 \text{ kg/m}^2$ ve $27,5 \pm 6,6 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Şanlıer'in (121), üniversite öğrencileri üzerinde

yürüttüğü bir çalışmada, erkek bireylerde BKİ ortalaması $22.6 \pm 2.6 \text{ kg/m}^2$, kadın bireylerde ise $21.0 \pm 2.7 \text{ kg/m}^2$ olduğu bulunmuştur. Yıldız ve arkadaşlarının (122) yaptığı bir çalışmada, erkek bireylerin BKİ ortalaması $24.92 \pm 3.15 \text{ kg/m}^2$, kadın bireylerin ise $21.23 \pm 3.18 \text{ kg/m}^2$ olduğu görülmüştür. TBSA'ya göre 15 yaş ve üzeri erkek bireylerin %39,9'u fazla kilolu ($\text{BKİ}: 25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$), %24,6'sı obez ($\text{BKİ} \geq 30 \text{ kg/m}^2$); kadın bireylerin %27,6'sı fazla kilolu, %39,1'i obezdir (123).

Araştırmaya katılan bireylerin %34,3'ü (E:%23,6, K:%41,2) normal BKİ aralığında yer alırken %30,7 (E:%40,0, K:%24,7) oranında birey hafif şişman ve %32,1 (E:%34,5, K:%30,6) oranında birey obez sınıfında yer almaktadır (Tablo 4.5). TBSA'ya göre ülkemizde kadınların %20,9'unun obez olduğu görülmektedir. Erkeklerde ise bu oran %13,7'dir. Toplamda ise Türkiye'de obezite oranı %17'dir (123).

Tablo 4.22'de yer alan bilgilere göre bireylerin depresyon puan ortalamasının; BKİ sınıflaması, bel çevresi sınıflaması, bel boy oranı ve bel kalça oranı sınıflamasına göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Fakat Tablo 4.24'e göre Faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi) toplam puan ortalamasıyla; BKİ ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Faktör 2 toplam puanı arttıkça bireylerin BKİ değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir.

Son yıllarda yürütülen çalışmalarda depresyon puanındaki artışın yeme tutumunu etkilediği ve BKİ'si daha yüksek olan bireylerde depresif durumların yeme davranışını daha çok değiştirdiği gözlemlenmiştir (124).

Yapılan başka bir çalışmada ise, depresyon hastalarının yeme davranışlarında bozulma ile birlikte BKİ değerlerinde ki artış istatistiksel düzeyde anlamlı olarak bulunmuştur (125).

Karagöl ve arkadaşlarının (126) yürüttüğü çalışmada BKİ ile Beck Depresyon Ölçek puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Obezlerde depresyon görülme oranı %37; normal BKİ sahip bireylerde ise bu oran %29 olarak gösterilmiştir.

Carpenter ve arkadaşlarının (127) yürüttüğü bir çalışmada BKİ arttıkça kadın bireylerde depresyonda artış, erkek bireylerde ise depresyonda azalış görüldüğü saptanmıştır.

BKİ ve depresyon ilişkisinin incelendiği bir çalışmada kadın bireylerde BKİ'de görülen artışın depresyon ile ilişkisi erkek bireylere göre daha güçlü bulunmuştur (128).

Kadınlarda beden algısının duygular üzerinde daha etkili olduğu ve sosyal çevreden alınabilecek veya alınan eleştirilerin kadın bireyleri daha fazla etkileyebileceği düşünülebilir. Dolayısıyla, kadın cinsiyetinin BKİ ile depresyon arasındaki ilişkide ikincil bir etken olabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %40'ı normal bel çevresi değerine sahip iken %23,6 oranında birey riskli, %36,4 oranında birey yüksek riskli grupta yer almış ve cinsiyet ile bel çevresi risk sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5). TBSA'ya göre erkek bireylerin %47,9'u normal,%24,2'si riskli,%27,9'u yüksek riskli bel çevresine; kadın bireylerin %28,9'u normal, %18,2'si riskli, %52,9'u yüksek riskli bel çevresine sahiptir (123).

Abdominalobezite göstergesi olarak en sık kullanılan antropometrik ölçümlerden biride bel/kalça oranı ve bel çevresidir (129). Ancak bel/kalça oranının visseral yağ tahmin etme oranları düşük bulunmuştur. Son yıllarda visseral yağ oranının belirlenmesinde bel çevresi ölçümünün kullanılmasının daha doğru olduğu düşünülmektedir. Biyoelektrik impedans ile yağ oranı ölçümünün yapıldığı bir çalışmada yağ oranının BKİ ve bel çevresi ile ilişkili olduğu, bel/kalça oranıyla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu durumun bel çevresi ile birlikte kalça çevresinde artış olmasından kaynaklanabileceği tahmin edilmiş ve tek başına bel çevresi ölçümünün kullanılması gerekliliği vurgulanmıştır (130).

WHO'ya göre bel çevresi değerleri erkekler için >94 cm risk, >102 cm yüksek risk, kadınlar için >80 cm risk, >88 cm ise yüksek risk olarak kabul edilmiştir (131).

Türkiye'de 30 yaş ve üzeri bireylerin dâhil edildiği bir çalışmada kadın bireylerin bel çevresi ortalaması $91,20 \pm 14,51$ cm; erkek bireylerin bel çevresi ortalaması ise $94,79 \pm 13,23$ cm olarak saptanmıştır (132). Yıldırım ve arkadaşlarının (133) yürüttüğü bir çalışmada üniversite öğrencilerinin bel çevresi ortalamaları kadınlar için 78.33 cm; erkekler için 86.10 cm olarak bulunmuştur. Meksika'da yaş ortalaması 68 olan bireylerin dâhil edildiği bir çalışmada bel çevresi ortalaması kadınların %68,9'unda 88 cm ve üzeri; erkeklerin %26,1'inde 102 cm ve üzeri bulunmuştur (134).

İspanya'da yürütülen bir çalışmaya katılan 60 yaş ve üzeri bireylerde bel çevresi ortalaması kadınların %78,4'ünün 88 cm ve üzeri; erkeklerin ise %48,4'ünün 102 cm ve üzeri olduğu saptanmıştır (135).

Chinedu ve arkadaşlarının (136) çalışmasında ise bel çevresi ve BKİ değerinin obezitenin önemli bir göstergesi olduğu sonucuna varılmıştır.

5.4. Katılımcıların Duygusal İştah ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi bireylerin Duygusal İştah Anketi alt boyutları olan negatif durum puanı, pozitif durum puanı, negatif olay puanı ve pozitif olay puanlarından aldıkları toplam puan ortalaması sırasıyla; $35,4 \pm 17,4$, $24,4 \pm 8,2$, $15,2 \pm 8,4$ ve $14,2 \pm 5,7$ 'dir. Negatif durum ve olay ortalama puanları; pozitif durum ve olay ortalama puanlarına oranla daha fazla bulunmuştur. Çalışma sonucunda olumsuz duygu (durum) ve olaylarda duygusal iştah ve yeme davranışının arttığı tespit edilmiştir. Araştırmada, kadın ve erkek bireylerin kendileri için tehdit oluşturan bir durumda duygusal iştah mekanizmalarını etkinleştirerek yeme davranışına yöneldikleri düşünülebilir. Duygusal iştah durumu görülen bireylere duygu düzenleme becerileri kazandırmaya ilişkin yapılacak araştırmalar aşırı yemeyi önleyici olabilir.

Erkek ve kadın bireylerin; negatif duygu, pozitif duygu ve negatif olay durumlarında aldıkları duygusal iştah puanları arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Erkek bireylerin pozitif olaylarda duygusal iştah puanı ($16,0 \pm 5,6$), kadın bireylere göre ($13,0 \pm 5,4$) daha yüksektir ve aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadın bireylerin ise negatif durum iştah puanı ($36,5 \pm 18,9$) erkek bireylere göre ($33,9 \pm 14,8$) daha yüksek çıkmıştır. Bu farklılığın nedeni kültürel etkiler olabileceği gibi örneklem büyüklüğünden de kaynaklanabilir.

2014 yılında Demirel ve arkadaşları (98) tarafından yapılan benzer bir çalışmada cinsiyet ve DİA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Nolan ve ark.'nın (99) yürüttüğü 232 öğrencinin dâhil edildiği başka bir çalışmada pozitif duygu durumlarında erkek bireylerin kadın bireylere göre daha fazla yemeye meyilli olduğu bulunmuştur. Fakat cinsiyetin negatif duygular üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Duygu durumlarının yeme davranışlarına etkisi incelendiğinde ise olumlu duygu durumlarında erkeklerde iştah artışı, kadınlarda iştahta bir değişiklik olmadığı gözlemlenmiştir. Kadınlarda olumsuz duygu durumları ile duygusal iştah ilişkili bulunurken; erkeklerde iştah ve duygu durumları arasında bir ilişki saptanmamıştır.

McCrone ve diğerlerinin (137) yaptığı bir çalışmada olumsuz duygu durumunda kadınların aç olmadıkları halde sık sık yeme davranışında bulundukları saptanmıştır. Agras ve Telch'in çalışmasında yeme bozukluğu görülen kadın bireylerin olumsuz duygu durumuyla baş etmek için aşırı yeme davranışı sergiledikleri gözlemlenmiştir (4).

Alantar ve Maner'in (138)yaptığı araştırmada kendini yetersiz gören bazı kişilerin bu yetersizliklerini telafi etmek için aşırı yeme davranışı sergiledikleri rapor edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, kadın ve erkek bireylerin yeme davranışları ile besine erişim, iyileşme ve besin kullanımına yönelik geçirilen zaman, etkinlik düzeyi, azalan veya vazgeçilen sosyal hayat, iş hayatı ve boş zaman aktiviteleri arasında doğrusal ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca kişi sosyal ve iş hayatında başarılı olamadığı durumlarda duygusal ihtiyacını karşılamak için yeme davranışına yönelmektedir. Tüm bu sebepler yanında ayrılık, kayıp, ekonomik sorunlar, boşanma, işle ilgili problemler gibi stres yaratan faktörler karşısında kişiler, olumsuz duygularla baş edebilmek ve kendisini daha iyi hissetmek için bir baş etme davranışı olarak yeme davranışı gösterebilirler.

Duygusal iştah puan ortalamalarının yaş ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır. Evli bireylerin ($13,6 \pm 8,1$) negatif olaylarda oluşan iştahlarının bekâr bireylere ($16,9 \pm 8,5$) göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.11). Medeni halin kişisel ve duygusal boyut üzerinde etkisi olduğu düşünülebilir. Bu sonuca göre, evli katılımcıların genel olarak eşleri tarafından verilen sosyal destek sayesinde bekârlara göre daha az aşırı yeme davranışı gösterdiği söylenebilir.

Tablo 4.12'de Düzenli aktivite yapmayan bireylerin pozitif duygular içerisine girdiğinde iştah durumlarının, düzenli aktivite yapan bireylere göre daha fazla arttığı belirlenmiştir ($p=0,036$).

Fiziksel aktivite, fizyolojik doygunluk sinyallerine hassasiyeti arttırıp, besin tercihlerini ayarlayarak ve besinlere verilen hedonik cevabı değiştirerek iştah kontrolünü düzenleme potansiyeline sahiptir (139). Egzersizin hormonlar üzerindeki bu etkisinden dolayı da iştahı baskılamada etkili olduğu söylenebilir (140).

Yapılan bir çalışmada egzersiz yapan kadınlara göre egzersize yeni başlayan kadınların önemli şekilde daha fazla aşırı besin isteğine sahip olduğu saptanmıştır (141).

Çalışmamızda duygusal iştah anket puan ortalamaları ile öğün atlama durumu arasında bir ilişki saptanmadı. Sadece pozitif olaylarda; bazen öğün atlayan bireylerin duygusal iştahları, nadiren öğün atlayan bireylerin duygusal iştahlarına göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,015$).

Besin seçimi ve tüketiminde birçok psikolojik faktörün etkisi olduğu bilinmektedir. Üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada fazla stres altında olan öğrencilerin; normal öğrencilere göre daha fazla duygusal yeme davranışı gösterdikleri gözlemlenmiştir (69). Yapılan diğer bir çalışmada duygu durum değişimlerinin, yeme davranışına etkisi Duygusal İştah Anketi kullanılarak incelenmiştir. Çalışmaya dâhil edilen

23 kadın bireyin duygu durumlarındaki değişimler 6 gün boyunca kaydedilmiştir. Çalışmanın sonucunda olumsuz duygu (durum) ve olayların daha çok yeme davranışına ittiği ve duygusal iştahı artırdığı görülmüştür (142).

Üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen bir başka çalışmada duygusal yeme puanı yüksek olan öğrencilerin BKİ değerleri; düşük puan alan öğrencilere göre daha fazla bulunmuştur (143). Yapılan bir diğer çalışmada ise çalışmaya katılan öğrencilerin %70,1'i normal BKİ değerine sahiptir. Bireyler normal BKİ değerinde olmasına rağmen duygusal iştah puanları yüksek bulunmuştur (144).

Tablo 4.13'de görüldüğü gibi BKİ sınıflamasına göre bireylerin Duygusal İştah Anketinden aldıkları puan ortalamaları farklı bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde sağlıklı ve normal ağırlıktaki kişilerinde negatif duygu durumlarıyla baş etmek için besin tükettiklerini gösteren araştırmalar mevcuttur (39).

Tablo 4.25'te yer alan bilgilere göre duygusal iştah anketi negatif durum puanının; vücut ağırlığı, BKİ, kalça çevresi, bel boy oranı, vücut yağ yüzdesi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin negatif durumlarda iştahları artarken antropometrik değerlerinde de artış olduğu gözlenmiştir.

Negatif olaylarda artan iştah puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Ouwens ve arkadaşlarının (145) yürüttüğü bir çalışmada yüksek depresif belirtiler duygusal iştah ile ilişkili bulunmuştur. Depresif belirtiler görülen kişilerin yüksek enerji yoğunluğuna sahip besinlere yöneldiği ve beden kütle indekslerinin diğer bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.5. Bireylerin Üç Faktörlü Yeme Ölçeğine İlişkin Değerlendirme

Bireylerde oluşan duygu durum değişiklikleri bireylerin yeme davranışlarını etkiler. Bu durumda bireylerde aşırı yeme ya da yetersiz yeme durumları ortaya çıkabilir. Duygusal iştah durumunda; bireyler baskı altında olduklarında, sinirlendiklerinde, stres yaşadıklarında, üzgün veya mutlu olduklarında vb. durumlarda normalden farklı yeme davranışları sergileyebilirler (24). Bilişsel kısıtlama bireylerde, vücut ağırlığı kontrolü ya da bireylerin ağırlık kaybını sağlaması amacıyla bilinçli olarak yemek yemesini kısıtlanması olarak; kontrolsüz yeme bireyin yemek esnasında kontrolünü kaybederek daha fazla yemek yemesi olarak ifade edilmektedir (146).

Bu çalışmada bireylerin faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi), faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi), faktör 3 (Bilinçli Kısıtlama Düzeyi) ve faktör 4 (Açlığa Duyarlılık

Düzeyi)'ten aldıkları puan ortalaması sırasıyla; $11,2\pm4,0$, $6,7\pm2,7$, $14,8\pm4,4$ ve $8,2\pm2,9$ olarak belirlenmiştir. Her soru için elde edilen puan ortalamaları Tablo 4.6'da görülmektedir. Erkek bireylerin üç faktörlü belenme anketinde yer alan faktör 1, faktör 2, faktör 3 ve faktör 4 boyutlarından aldıkları puan ortalaması sırasıyla; $11,2\pm3,6$, $6,4\pm2,4$, $14,6\pm4,9$ ve $8,3\pm2,8$ olarak saptanmıştır. Bu faktörlerden alınan puan ortalaması kadınlarda sırasıyla; $11,2\pm4,2$, $6,9\pm2,9$, $15,0\pm4,1$ ve $8,2\pm3,0$ olarak saptanmıştır (Tablo4.7).

De Lauzon ve arkadaşlarının (147) yürüttüğü bir çalışmada kadın bireylerde bilinçli kısıtlama davranış puanı erkek bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın bireylerin gün içerisindeki duygu durum değişimlerinin fazla olmasından kaynaklı kadın bireylerde olumsuz duygular sonucu besin tüketimlerinde artış görüldüğü söylenebilir.

Genç yetişkinlerin katıldığı başka bir çalışmada kadın bireylerde bilinçli kısıtlama davranış puanı yüksek bulunurken, erkek bireylerde kontrolsüz yeme davranış puanı daha yüksek bulunmuştur (146).

Hainer ve arkadaşlarının (148) yürüttüğü çalışmada, kadın bireylerde bilişsel kısıtlama, erkek bireylerde ise kontrolsüz yeme puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin katıldığı çalışmada ise, kadın öğrencilerde bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme davranış puan ortalaması, erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (149). Çalışmamızdaki bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme davranış puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında yapılan çalışmalar ile benzer sonuçların elde edildiği saptanmıştır.

Kadın ve erkek bireyler kilo, dış, görünüş, diyet gibi konularda çoğunlukla farklı düşüncelere sahiptir. Kadın ve erkek ortalama değerleri karşılaştırıldığında kadınlarda bilinçli kısıtlama davranış puanının erkeklere göre daha yüksek çıkmasının nedeni kadın bireylerin vücut ağırlıklarına, beden algısına ve fiziksel özelliklerine daha fazla önem vermesi olduğu düşünülebilir.

Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada erkek bireylerde kontrolsüz yeme davranış puanının kadın bireylere göre daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Kontrolsüz yeme davranış puanının erkek öğrencilerde daha yüksek çıkması, erkeklerin öğünlerini düzenli tüketmeyip ve öğünlerini atlamaları nedeniyle dengesiz beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkmasından dolayı kontrolsüz yeme davranışı sergiledikleri saptanmıştır (149).

Gallant ve arkadaşlarının (150) adölesanlarda yürüttüğü çalışmada kadın bireylerin BKİ değerleri ile bilinçli kısıtlama davranışları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca bilinçli kısıtlama davranış puanı yükseldikçe bel çevresi ve vücut yağ yüzdesinde de artma görüldüğü saptanmıştır. Fakat vücut kas kütlesinde paralel bir artış görülmediğinden, bilinçli kısıtlama (faktör 3) davranışının daha çok vücut yağ yüzdesi ile ilişkili olduğu kanısına varılmıştır.

Üç Faktörlü Yeme Anketi kullanılarak, yaşları 14-19 aralığında değişen 508 kız öğrencinin kontrolsüz yeme (faktör 1), duygusal yeme (faktör 2) ve bilinçli kısıtlama (faktör 3) davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada; BKİ ile duygusal yeme ve kontrolsüz yeme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiş, sadece bilinçli kısıtlama davranışı zayıflarda; normal ve şişman olanlardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (151).

Üç faktörlü Beslenme Anketi kullanılarak yaptığımız çalışma, yetişkinlerde özellikle bilişsel yeme kısıtlaması davranışının, yetişkin bireyin beden kütle indeksi ve vücut bileşiminden etkilenebileceğini ortaya koymuştur.

Faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi), faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi), faktör 3 (Bilinçli Kısıtlama Düzeyi) ve faktör 4 (Açlığa Duyarlılık Düzeyi) alt boyutlardan alınan puan ortalamasının cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni duruma göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır (Tablo 4.7).

Yapılan birçok çalışmada duygusal yeme düzeyi ve cinsiyet arasında anlamlı fark bulunsa da çalışmamıza benzer şekilde Karlsson ve arkadaşlarının (152) yürüttüğü çalışmada cinsiyet ve duygusal yeme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi üç faktörlü beslenme anketi alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının; kronik hastalık, sigara kullanma, alkol kullanma ve öğün atlamaya göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır. Faktör 3 (Bilinçli Kısıtlama Düzeyi) puan ortalaması düzenli aktivite yapanlarda $16,3 \pm 5,0$ iken yapmayanlarda $13,9 \pm 3,7$ olarak saptanmıştır. Bu iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Düzenli aktivite yapanlarda faktör 3’te böyle bir sonuca ulaşılmasının sebebi bilinçli kısıtlama (faktör 3) davranış puanının yüksek çıkmasıdır. Bilinçli kısıtlama davranış puanının içerdiği 11 ve 18. sorulardan hareketle düzenli aktivite yapan bireylerin kilo almamak için porsiyon kontrolü yaptığı düşünülebilir. Üç faktörlü beslenme anketi alt boyutlarından faktör 1, faktör 2, faktör 3 ve faktör 4 alt boyut puanlarının BKİ sınıflaması,

bel çevresi, bel boy oranı, bel kalça oranı sınıflamasına göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır (Tablo 4.9).

5.6.Bireylerin Pittsburg-Uyku ölçeğine İlişkin Değerlendirme

Araştırmaya katılan tüm bireylerin PUKİ skoru ortalaması $5,9 \pm 2,8$ olarak bulunmuştur. Bireylerin %32,9'u iyi, %67,1'i kötü uyku kalitesine sahip olarak bulunmuştur (Tablo 4.14). Tablo 4.18'de görüldüğü gibi üç faktörlü beslenme anketi alt ölçeklerinin tümünde kötü uyku kalitesine sahip bireylerin ölçek puan ortalaması iyi uyku kalitesine sahip bireylere göre daha yüksek bulunmuştur; ancak yalnızca Faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi) puan ortalamasının uyku kalitesine göre anlamlı bir farklılık içerdiği belirlenmiştir.

Erkek ve kadın bireylerin PUKİ skoru ortalaması sırasıyla; $6,1 \pm 3,3$ ve $5,7 \pm 2,4$ olarak belirlenmiştir. Bu değerler kadın bireylerin uyku kalitesinin erkek bireylerin uyku kalitesine göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Yapılan çoğu çalışmada da bu bulguya zıt olarak kadın bireylerin uyku kalitesinin erkek bireylere göre daha kötü olduğunu saptanmıştır (153,154).

Kara'nın yaptığı çalışmada erkek bireylerin (%52,1) daha fazla uyku problemi yaşadığı belirlenmiş ve cinsiyet ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (41). Vitiello ve arkadaşları yürüttüğü çalışmada erkek bireylerin kadın bireylere göre objektif ve subjektif olarak daha somut uyku problemleri yaşadıklarını ortaya koymuştur (155). Bunun nedeni olarak erkeklerin kadınlara göre uyku sorununa neden olabilen faktörlere karşı daha az toleranslı olduğu düşünülebilir. Erkek bireylerin uykusunu etkileyen faktörleri arasında, iş kaygıları, aile giderlerine yönelik ekonomik kaygılar ve daha aktif bir sosyal ortamdan kaynaklı oluşan sıkıntılar yer alabilir.

PUKİ skoru ortalamasının, yaş ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır. Fakat evli bireylerin uyku kalitesi bekâr bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15). Çalışmamızda uyku bozukluğunun evli olmayanlarda daha fazla olması bu durumun evli olmayan bireylerde yalnız yaşama veya boşanma ya da eşin kaybedilmesine bağlı yaşadıkları stres durumu, mevcut ekonomik şartlar ve sosyal belirsizlikler ve yaşam stilinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda yaş ile uyku kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Fakat 25-34 yaş aralığında uyku kalitesi puan ortalaması en yüksek; 35 ve üzerinde ise en düşük olarak bulunmuştur.

Daha önce yapılmış bir çalışmada, katılımcıların yaşı ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (156). Fakat başka bir çalışmada uyku kalitesi ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup yaş arttıkça uyku kalitesinin artacağı sonucuna varılmıştır (41). Özdemir'in hekim dışı sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada 35 yaş altındaki çalışanlarda uyku kalitesinin kötü olduğunu diğer yaş gruplarında ise uyku kalitesinin düzeldiğini belirtmiştir (157). Bingöl hemşirelerle yaptığı çalışmada 35 yaş ve üzerinde uyku kalitesinin yükselmesi ile birlikte uyku kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (153). Bu sonuçlar bize daha genç yaştaki bireylerin uyku kalitesinin daha düşük olmasının, genel olarak daha yoğun ve daha aktif bir hayat yaşamalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. Bununla birlikte 65 yaş üzerindeki bireylerin %40-70'inde uyku sorunları olduğunu gösteren epidemiyolojik araştırmalar da mevcuttur (158).

Kronik hastalık, sigara ve alkol kullanma, düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarına göre PUKİ skoru ortalaması anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.16). Bu duruma bölgesel ve diğer sosyal faktörlerin etkisi olduğu düşünülebilir.

Çelebi (159) araştırmasında uyku kalitesinin sigarayı bırakanlarda daha iyi olduğunu saptamıştır. PUKİ skoru sigarayı bırakan erkeklerde hiç içmeyenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Asghari ve arkadaşlarının (160) çalışmasında 2923 kişiye PUKİ uygulanmış ve sigara içenlerde PUKİ skoru, gün içerisinde içilen sigara adedi ile pozitif ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda önceden sigara içip bırakanların uyku kalitesi hiç içmemiş ve hala sigara içenlerinkinden daha iyi bulunmuştur. Boutu ve ark. altı aylık bir sigara bırakma döneminden sonra gece sigara içmek için kalkıp uykunun bölünmesinin ortadan kalktığını bildirmektedir (161).

Alkol kullanan bireylerin PUKİ skoru ortalaması, alkol kullanmayan ve sosyal içici olan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuş; alkol kullanan bireylerin diğer bireylere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16).

Lydon ve ark. (162) 150 yetişkin üzerinde yürüttüğü çalışmada alkol kullanımından sonra gece uyku kalitesinin düştüğünü, uyku süresinde değişiklik olmadığını tespit etmiştir.

Lund ve ark. (163) alkolü fazla tüketen bireylerin daha geç uyuduğunu ve uyku sürelerinin daha değişken olduğunu bulmuştur. Ayrıca alkol kullanan öğrencilerin uyku kalitesinin kullanmayan öğrencilere göre daha kötü olduğu saptamıştır.

Her zaman öğün atladığını belirten bireylerin PUKİ skoru ortalaması ($8,2\pm1,9$), hiç öğün atlamayan bireylerin PUKİ skoru ortalamasına ($4,6\pm3,1$) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Öğün atlayan bireylerin uyku kalitesi daha kötü olarak tespit edilmiştir.

Üniversite öğrencilerinde yürütülen bir çalışmada kahvaltı öğününü atlayan ve şeker içeriği yüksek olan besinleri tüketen bireylerde uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur (164).

BKİ sınıflaması ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Fakat obez bireylerin uyku kalitesi puan ortalaması zayıf, normal ve şişman bireylere göre daha yüksek bulundu (Tablo 4.17).

Yapılan bir çalışmada obez olan bireyler diğer BKİ grubundaki bireylere göre anlamlı olarak daha kötü uyku kalitesine sahip bulunmuş, ayrıca BKİ ve uyku kalite puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (165). İsveçli kadınlar üzerinde yapılan polisomnografi çalışmasında; BKİ'deki artış sonucu toplam uyku süresi ve uyku etkinliğinde azalma olduğu belirtilmiştir (166). Katılımcıların BKİ değerleri ve uyku sürelerinin incelendiği başka bir çalışmada uyku süresinin kısa olması (<7 saat) durumunda BKİ değerinde artış görüldüğü saptanmıştır (167).

Tablo 4.17'de görüldüğü gibi Bel çevresi yüksek riskli olan bireylerin PUKİ skoru ortalaması ($6,2\pm2,9$), riskli ($5,5\pm2,5$) ve normal ($5,8\pm2,8$) bel çevresine sahip bireylere göre daha yüksektir; ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Başka bir çalışmada BKİ değerleri ve bel çevresi ölçümleri ile uyku süresi arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Çalışma sonucunda uyku süresinin azalmasına bağlı olarak bel çevresinde artış olduğu saptanmıştır (161). Bel boy oranı ve bel kalça oranı risk grubunda olan bireylerin PUKİ skoru ortalaması normal aralıkta yer alan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.17).

Ryu ve ark (168) uyku süresine göre yaş, cinsiyet, BKİ ve bel çevresi arasında anlamlı farklılıklar bulmuşlardır. BKİ değeri yüksek olan bireylerde uyku süresinin kısaldığını saptamıştır. Ayrıca, kısalan uyku süresine bağlı olarak bel çevresinin arttığını tespit etmiştir.

5.7. Bireylerin Beck Depresyon Anketine İlişkin Değerlendirme

Tablo 4.19'a göre bireylerin toplam depresyon puan ortalaması $11,6\pm9,3$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin %63,6'sı normal, %16,4'ü hafif depresyon, %15,0'ı orta

depresyon ve %5,0'ı ciddi depresyon düzeyine sahip olarak bulunmuştur. Erkek ve kadın bireylerin depresyon puanı ortalaması sırasıyla; $12,2 \pm 11,4$ ve $11,2 \pm 7,7$ olarak belirlenmiş olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma sonucuna göre kadın bireylerde depresyon görülme olasılığı erkek bireylere göre daha düşük çıkmıştır. Araştırma bulgumuzun aksine literatürde kadınların depresyon puanlarının erkeklerin depresyon puanlarından fazla olduğunu gösteren araştırma bulguları olmakla birlikte ve cinsiyet ile depresyon puanı arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (169).

Özdel ve arkadaşlarının (170) öğrencilerde yaptıkları bir çalışmada kadın ve erkek katılımcıların depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki fark görülmemiştir. İskender ve arkadaşlarının (171) yaptığı bir çalışmada erkek bireylerin depresyon skoru kadın bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada Üstün ve arkadaşları (172) cinsiyet ve depresyon arasında herhangi bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Öğrenciler üzerinde yapılan bir diğer araştırmada ise cinsiyet ve depresyon skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (100).

Çalışmamızda erkek bireylerin yaşam karşısında, aile içi ilişkilerde kültürel olarak kadın bireylere göre daha fazla sorumluluk üstlendikleri veya bu sorumluluğu erkek olarak daha yoğun hissetmelerine bağlı olarak zorluklar, erkek bireylerin depresyon puanının daha yüksek çıkmasını açıklayıcı bir unsur olarak değerlendirilebilir.

İyi ve kötü uyku kalitesine sahip bireylerin depresyon skoru sırasıyla; $6,2 \pm 6,5$ ve $14,2 \pm 9,4$ olarak bulunmuştur. Uyku kalitesi kötü olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.23). Uyku kalitesi düşük olan bireylerde depresyon görülme riskinin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Amerika'da öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda depresyonu artıran sebepler tam olarak anlaşılamamıştır ve hala tartışılmaktadır. Fakat çalışmalar uyku ile depresyon arasındaki negatif ilişkinin uyku yetersizliği ve egzersiz yetersizliği ile ilgili durumlardan kaynaklanabileceğini belirtmiştir (173,174).

Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak katılımcıların gerek gece uykusu düzensizliği gerekse yetersiz fiziksel aktivitelerinin onların uyku kalitelerini düşürdüğü gibi hafif düzey depresyonda olmalarına neden olduğu da düşünülebilir.

Bireylerin depresyon puanlarının sağlık durumlarına göre ortalaması Tablo 4.21'de verilmiştir. Hala sigara içen bireylerin ($14,1 \pm 10,0$) depresyon puanları, hiç sigara içmeyen ($10,6 \pm 8,9$) ve önceden sigara içip bırakan ($9,1 \pm 8,1$) bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Mackenzie ve arkadaşları (175) çalışmalarında sigara kullanımı ile

depresyon belirtilerini pozitif ilişkili bulmuştur. Lenz ve arkadaşları çalışmalarında geçmişte depresyon hikâyesi olan öğrencilerin sigara kullanma durumlarının diğer öğrencilere göre yedi kat fazla olduğunu belirtmişlerdir (176).

Alkol kullanan bireylerin depresyon puanı ($16,4 \pm 10,4$), alkol kullanmayan ($10,9 \pm 8,8$) ve sosyal içici ($9,0 \pm 8,6$) olan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.21.). Bulgularımıza paralel olarak Vail-Smith ve arkadaşlarının (177) yürüttüğü çalışmada alkol ve sigara kullanımının uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyerek depresyon puanlarını artırdığı gözlemlenmiştir.

Depresyon durumunda problemler ile baş etmede zorluk çeken bireyler başta sigara olmak üzere madde bağımlılığına yönelebilirler. Bundan dolayı depresyon durumu değerlendirilirken madde bağımlılığında göz önüne alınması önemlidir.

Tablo 4.21’de gösterildiği gibi kronik hastalığı olan bireylerde depresyon puan ortalaması daha yüksek bulundu. Yapılan bir çalışmada sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren bireyler, iyi ve orta olarak değerlendirenle karşılaştırılmış ve sonuçta depresyon puan ortalaması sağlığını kötü olarak ifade edenlerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (178). Kronik hastalığın varlığı, beraberinde başka sağlık problemlerinin de gelişmesine yol açabilir. Kliniğe başvuran bireylerin diyetle uyum çabası içinde olması fizik tedaviye başvuran bireylerin sağlık sorunları yaşaması depresyon belirti sıklığını arttırabilir.

Tablo 4.20 de bireyler yaş grubuna göre incelendiğinde; depresyon puanı ortalamaları sırasıyla 19-24 yaş aralığı için $14,3 \pm 10,9$, 25-34 yaş aralığı için $11,1 \pm 9,4$ ve 35 yaş ve üzeri için $9,8 \pm 7,2$ olarak tespit edilmiştir. 35 yaş ve üzeri bireylerde depresyon puanlarında düşüş belirlenmiştir ($p > 0,05$). Bekâr bireylerin depresyon puanının evli bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p = 0,033$). Bunun nedeni evli bireylerin kurulu bir düzen içinde olması ve eş dayanışması olabilir.

5.8. Depresyon, Uyku kalitesi ve Duygusal İştah Ölçeklerine İlişkin Değerlendirme

Çalışmada faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi) toplam puanı ile duygusal iştah anketinin negatif durum puanı, uyku kalitesi puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi) toplam puan ortalamasıyla; BKİ, kalça çevresi, vücut yağ yüzdesi, negatif durum puanı uyku kalitesi puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi) toplam puanı arttıkça bireylerin antropometrik değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir.

Duygusal iştah anketi negatif durum puanının; vücut ağırlığı, BKİ, kalça çevresi, bel boy oranı, vücut yağ yüzdesi ile arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin negatif durumlarda iştahları artarken antropometrik değerlerinde de artış olduğu gözlenmiştir. Ayrıca negatif olaylarda artan iştah puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

PUKİ toplam puanının üç faktörlü beslenme anketi Faktör 1 ve 2 puanları ve depresyon skoru ile arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin uyku kalitesi kötüleştikçe depresyon puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Taylor ve arkadaşlarının (179) öğrencilerde yürüttüğü benzer bir çalışmada uykusuzluk ve depresyon belirtileri arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada kötü uyku kalitesi olan bireylerde fiziksel hastalıklar ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıktığı saptanmıştır (180). Bu durumlar kötü uyku kalitesi ve depresyon arasında kısır bir döngünün oluştuğunu destekler niteliktedir. Başka bir araştırmada uyku kalitesinin yeme davranışını etkilediğı gözlemlenmiştir. Kişilerin sahip olduğu kısa süreli uykunun leptin / ghrelin gibi açlık ve tokluk hormon seviyelerini değiştirerek kişilerdeki besin alımını etkilediğı kanısına varılmıştır (181). Diğer bir çalışma kişilerin duygusal iştahı arttıkça kontrolsüz yeme (faktör 1) puanlarının yükseldiğini ve kilolarını korumak amacıyla duygusal yemeye (faktör 2) gittiklerini göstermektedir (152).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Katılımcıların %27,9'u 19-24 yaş grubunda, %40,7'si 25-34 yaş grubunda, %31,4'ü ise 35 ve üzeri yaş grubunda olup, %19,3'ü lise, %55'i ön lisans/lisans ve %12,9'u lisansüstü düzeyde eğitim almıştır. Bireylerin %51,4'ü evli, %48,6'sı bekârdır.

2. Erkeklerin %5,5'inde, kadınların %17,6'sında; kronik hastalık mevcuttur. Bireylerin %46,4'ü hiç sigara içmemiş, %17,9'u önceden içip bırakmış, %35,7'si halen sigara içmektedir. Bireylerin %17,9'u alkol kullanıyor, %67,7'si alkol kullanmıyor ve %16,4'ü sosyal içicidir.

3. Bireylerin %62,9'u düzenli fiziksel aktivite yapmıyor. Haftalık aktivite süresi <150 dk/hafta olan kadın bireylerin oranı %4,7, erkek bireylerin oranı %21,8; haftalık aktivite süresi ≥150 dk/hafta olan kadın bireylerin oranı %32,9, erkek bireylerin oranı %14,6 olarak belirlenmiştir. Faktör 3 (Bilinçli Kısıtlama Düzeyi) puan ortalaması düzenli aktivite yapanlarda $16,3 \pm 5,0$ iken yapmayanlarda $13,9 \pm 3,7$ olarak saptanmıştır ($p=0,002$).

4. Bireylerin %45,7'si günde üç ana öğün tüketmektedir. Genellikle en çok atlanan öğün öğle öğünüdür.

5. Araştırmaya katılan bireylerin %34,3'ü (E:%23,6, K:%41,2) normal BKİ aralığında yer alırken %30,7 (E:%40,0, K:%24,7) oranında birey hafif şişman ve %32,1 (E:%34,5, K:%30,6) oranında birey obez sınıfında yer almaktadır. BKİ sınıflaması ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

6. Araştırmaya katılan bireylerin %40'ı normal bel çevresi değerine sahip iken %23,6 oranında birey riskli, %36,4 oranında birey yüksek riskli bel çevresi değeri sahip olarak belirlenmiştir. Erkek bireylerin %21,8'i kadın bireylerin %44,7'si normal bel boy oranına sahiptir, bel kalça oranı normal olan erkeklerin oranı %67,3 iken kadınların oranı %77,6 olarak belirlenmiştir.

7. Bireylerin üç faktörlü beslenme anketi alt boyutlarından faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi), faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi), faktör 3 (Bilinçli Kısıtlama Düzeyi) ve faktör 4 (Açlığa Duyarlılık Düzeyi) alt boyut puanlarının BKİ sınıflaması, bel çevresi, bel boy oranı, bel kalça oranı sınıflamasına göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p>0,05$).

8. Üç faktörlü beslenme ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının; kronik hastalık, sigara kullanma, alkol kullanma ve öğün atlamaya göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır. Duygusal iştah anketine göre negatif/pozitif duygularda iştah ve

negatif/pozitif olayda iştah puanının kronik hastalık, sigara kullanma, alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılığı tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

9. Erkek ve kadın bireylerin; negatif duygu, pozitif duygu ve negatif olay durumlarında aldıkları duygusal iştah puanları arasında fark bulunmamıştır. Erkek bireylerin pozitif olaylarda duygusal iştah puanı ($16,0\pm5,6$), kadın bireylere göre ($13,0\pm5,4$) daha yüksek bulunmuştur ($p=0.002$).

10. Pozitif olaylarda; bazen öğün atlayan bireylerin duygusal iştahları, nadiren öğün atlayan bireylerin duygusal iştahlarına göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,015$).

11. Duygusal İştah Anketinden aldıkları puan ortalamalarının; BKİ sınıflaması, bel çevresi risk sınıflaması, bel boy oranı ve bel kalça oranı risk sınıflamasına göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p>0,05$).

12. Bireylerin %32,9'u iyi, %67,1'i kötü uyku kalitesine sahiptir.

13. Evli bireylerin uyku kalitesi bekar bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,033$).

14. Alkol kullanan bireylerin PUKİ skoru ortalaması, alkol kullanmayan ve sosyal içici olan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuş. Alkol kullanan bireylerin diğer bireylere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir ($p=0,010$).

15. Her zaman öğün atladığını belirten bireylerin PUKİ skoru ortalaması ($8,2\pm1,9$), hiç öğün atlamayan bireylerin PUKİ skoru ortalamasına ($4,6\pm3,1$) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ve öğün atlayan bireylerin uyku kalitesi daha kötü olarak tespit edilmiştir ($p=0,013$).

16. PUKİ skoru ortalaması obez bireylerde ($6,0\pm3,1$) iken zayıf bireylerde ($4,3\pm2,2$) olarak saptanmıştır; ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

17. Bel  evresi yüksek riskli olan bireylerin PUKİ skoru ortalaması ($6,2\pm2,9$), riskli ($5,5\pm2,5$) ve normal ($5,8\pm2,8$) bel çevresine sahip bireylere göre daha yüksektir; ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

18. Bel boy oranı ve bel kalça oranı risk grubunda olan bireylerin PUKİ skoru ortalaması normal aralıkta yer alan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiş; ancak istatistiksel bir anlam tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

19. Üç faktörlü beslenme anketi alt ölçeklerinin tümünde kötü uyku kalitesine sahip bireylerin ölçek puan ortalaması, iyi uyku kalitesine sahip bireylere göre daha yüksek bulunmuştur; ancak yalnızca Faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi) puan ortalamasının uyku kalitesine göre anlamlı bir farklılık içerdiği belirlenmiştir ($p=0,027$).
20. Bireylerin %63,6'sı normal, %16,4'ü hafif depresyon, %15,0'ı orta depresyon ve %5,0'ı ciddi depresyon düzeyine sahip olarak bulunmuştur.
21. Bireylerin yaş grubu arttıkça depresyon puanlarında düşüş belirlenmiş; ancak bu durum istatistiksel olarak bir anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bekar bireylerin depresyon puanının evli bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,033$).
22. Hala sigara içen bireylerin ($14,1\pm10,0$) depresyon puanları, hiç sigara içmeyen ($10,6\pm8,9$) ve önceden sigara içip bırakan ($9,1\pm8,1$) bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,048$).
23. Alkol kullanan bireylerin ($16,4\pm10,4$) depresyon puanı, alkol kullanmayan ($10,9\pm8,8$) ve sosyal içici ($9,0\pm8,6$) olan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,010$).
24. Uyku kalitesi kötü olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,000$).
25. Faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi) toplam puanı ile duygusal iştah anketinin negatif durum puanı, uyku kalitesi puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi) toplam puan ortalamasıyla; BKİ, kalça çevresi, vücut yağ yüzdesi, negatif durum puanı, uyku kalitesi puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Faktör 2 toplam puanı arttıkça bireylerin antropometrik değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir. Faktör 4 (Açlığa Duyarlılık Düzeyi) toplam puanıyla depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.
26. Duygusal iştah anketi negatif durum puanının; vücut ağırlığı, BKİ, kalça çevresi, bel boy oranı, vücut yağ yüzdesi ve üç faktörlü beslenme anketi alt boyut puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin negatif durumlarda iştahları artarken antropometrik değerlerinde de artış olduğu gözlenmiştir. Negatif olaylarda artan iştah puanı ve depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.
27. Depresyon düzeyi arttıkça negatif olaylarda duygusal iştahının arttığı ve uyku kalitesinin kötüleştiği saptanmıştır ($p=0,018$).

Sonuçları özetleyecek olursak; DİA'ya göre erkek bireylerin pozitif olaylar karşısında duygusal iştah puanı, kadın bireylere göre daha yüksek bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,002$). Ayrıca evli bireylerin negatif olaylar karşısındaki iştahlarının bekar bireylere göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır ($p=0,008$). Düzenli fiziksel aktivite yapmayanların pozitif duygular karşısındaki iştah durumu düzenli aktivite yapan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,036$). Pozitif olaylar karşısında bazen öğün atlayanların duygusal iştahları, nadiren atlayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,015$).

Evli bireylerin uyku kalitesi bekâr bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,033$). Alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayan ve sosyal içici bireylere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir ($p=0,010$). Her zaman öğün atlayan bireylerin uyku kalitesi hiç öğün atlamayan bireylere göre daha kötü olarak tespit edilmiştir ($p=0,013$).

Bekar bireylerin depresyon puanları evli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. ($p=0,033$). Sigara içen ve alkol kullanan bireylerin depresyon puanları, sigara içmeyen ve alkol kullanmayan bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,048$; $p=0,010$). Depresyon ile faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi), 2 (Duygusal Yeme Düzeyi), 4 (Açlığa Duyarlılık Düzeyi), negatif olay puanı ve uyku kalitesi toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Uyku kalitesi yüksek olan bireylerin depresyon düzeyi daha düşük bulunmuştur ($p=0,000$).

Faktör 1 (Kontrolsüz Yeme Düzeyi) ve faktör 2 (Duygusal Yeme Düzeyi) puanları ile depresyon skoru arasında pozitif korelasyon saptanmıştır

Hipotezlerimizi destekler nitelikte; depresyon düzeyi arttıkça negatif olaylarda duygusal iştahın arttığı ve uyku kalitesinin kötüleştiği saptanmıştır ($p=0,000$). DİA negatif durum puanı ile BKİ ve vücut ağırlığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p=0,017$; $p=0,037$). Duygusal iştah negatif durum puanı ve Üç Faktörlü Beslenme Anketi puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$; $0,000$; $0,009$; $0,000$). Uyku kalitesi düşük olan bireylerde ise hipotezimize zıt olarak duygusal iştahta artış görülmemiştir. ($p>0,05$).

6.2. Öneriler

Yeterli ve dengeli beslenme, yeterli ve bireye özgü fiziksel aktivite, stres yönetimi ve ruhsal sağlık ve sirkadiyen ritme uygun bir uyku düzeni ile sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların olmaması sağlığın temelinde yatan en önemli etmenlerdir. Bu nedenle;

1. Bireylerin yeterli, dengeli, sağlıklı beslenme konusunda bilinçlenmeleri, vücut ağırlıklarını sağlıklı aralıkta tutmaları gerekir. Bunun için de bireylerin farkındalıklarını artıracak şekilde eğitilmeleri sağlanmalıdır.
2. Bireyler sedanter yaşamın sağlığa olumsuz etkileri konusunda da bilinçlendirilmeli ve fiziksel aktivitelerini artırmaları ve bunu bir yaşam tarzı olarak benimsemeleri sağlanmalıdır. Fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik kolay ulaşılabilir olanaklar sunulmalıdır. Yeterli ve bireye özgü fiziksel aktivite pek çok olumlu sağlık etkisinin yanı sıra ruhsal sağlık açısından da yarar sağlar.
3. Stres yönetimi ruhsal sağlığın korunmasında önemlidir. Değişken duygu durumlarına bağlı olarak bireyin duygusal iştah durumunda artış görülebilmektedir. Duygusal iştah, toplumda sıklıkla görülen ve beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Ruhsal sağlık korunarak ve sağlıklı beslenme eğitimi verilerek duygusal iştah önlenmelidir.
4. Sirkadiyen ritme uygun bir uyku düzeni sağlığın korunmasında önemlidir. Uyku kalitesini artıracak etmenler konusunda da bireyler eğitilmelidir.
5. Yeterli ve dengeli beslenme, yeterli ve uygun fiziksel aktivite, sağlıklı vücut ağırlığı, iyi uyku kalitesi ve ruhsal sağlık birbirlerini de olumlu etkileyerek sağlığın korunup geliştirilmesine büyük katkı sağlarlar. Bu konulardaki çalışmalar artırılmalıdır.

6.3. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın doğruluğunu ve geçerliliğini etkileyebilecek en önemli faktörlerden biri katılımcıların çalışma esnasındaki duygu durumlarının ankete verilecek yanıtları etkileme olasılığıdır. Katılımcılara anket uygulanırken psikolojik durumlarının değişkenliği sorulara verilen cevabın niteliğini değiştirebilir. Bununla birlikte sorulan duygu durumları hatırlamakta zorluk çekilebilir veya katılımcılar yeme davranışlarını belirtmekten çekinebilir. Ayrıca çalışmaya 18-65 yaş arası kronik hastalığı olmayan sağlıklı yetişkinlerin dahil edilmesi çalışmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sevinçer MG., Konuk N. (2013). Emotional eating. *Journal of Mood Disorders*, 3: 171–8.
2. Dilbaz N. (2015). Duygusal açlık şişmanlatıyor. Available at: [http:// www.e-psikiyatri.com/duygusal-aclik-sismanlatiyor-37017](http://www.e-psikiyatri.com/duygusal-aclik-sismanlatiyor-37017).
3. Tan CC., Chow M. (2014). Stress And Emotional Eating: The Mediating Role Of Eating Dysregulation. *Personality And Individual Differences*, 66: 1-4.
4. Macht M., Simons G. (2011). Emotion regulation and well-being. *New York: Springer*, 281-295.
5. Macht M., Simon G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35: 65-71.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Ankara.
7. Baysal A. (2011). *Beslenme*. Ankara: Hatiboğlu Yayıncılık. 9-240.
8. Yılmaz E., Özkan S. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(2): 89-101.
9. Erçim RE., Pekcan G. (2014). Genç yetişkinlerin beslenme durumunun sağlıklı yeme indeksi-2005 ile değerlendirilmesi. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 4-12.
10. Gibbons C., Caudwell P., Finlayson G., King N., Blundell J. (2011). Validation of a new hand-held electronic data capture method for continuous monitoring of subjective appetite sensations. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 8(1): 57–64.
11. Dhillon J., Running CA., Tucker RM., Mattes Richard D. (2016). Effects of food form on appetite and energy balance. *Food Quality and Preference*, 48: 368– 375.
12. Wren AM., Small CJ., Ward HL. (2000). The novel hypothalamic peptide ghrelin stimulates food intake and growth hormone secretion. *Endocrinology*, 141: 4325 – 4328.
13. Alphan ET. (2008). Obezitenin etiyolojisi. Yetişkinlerde ağırlık yönetimi. Baysal A., Baş M. (Ed.). İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği.
14. Wynee K., Stanley S., McGowan B., Bloom S. (2005). Appetite control. *Journal of Endocrinology*, 184: 291–318.
15. Yılmaz D., Ayaz A., Demirel BZ. (2013). Kız üniversite öğrencilerinde yeme tutumunun kişisel beden imajı algısı ile ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 41(3): 227-233.

16. John J. (2017). The Consequences of Obesity: Health, Unhappiness and Quality of Life. *The Economics of Addictive Behaviours*, 8: 59-66.
17. Bekker MH., Van de Meerendonk C., Mollerus J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *Int J Eat Disorder*, 36: 461-469.
18. Macht M. (2008) How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50: 1–11.
19. Harrison A., Sullivan S., Tchanturia K., ve Treasure J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40: 1887–1897.
20. Rogers PJ. (2007). Food, Mood and Appetite. *Nutrition Research Reviews*, 8: 243-269.
21. Liverant GI., Brown TA., Barlowa DH., Roemer L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46: 1201–1209.
22. Ouwens MA., Van Strien T., Van Der Staak CP. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 40: 291-8.
23. Fioravanti G., Castellini G., Lo Sauro C., Ianni S., Montanelli L., Rotella F., et al. (2014). Course and moderators of emotional eating in anorectic and bulimic patients: a follow-up study. *Eaing Behaviors*, 15(2): 192-6.
24. Geliebter A., Aversa A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4): 341-347.
25. Nagel NE., Pero M., Grau A., Soriano J., Feixas G. (2017). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18: 52-59.
26. Zeeck A., Stelzer N., Linster HW., Joos A., Hartmann A. (2011). Emotion and Eating in Binge Eating Disorder and Obesity. *Euro Eating Disorders Review*, 19: 426–437.
27. Canetti L., Bachar E., Berry EM. (2002). Food and emotion. *Behav Processes* 60: 157–64.
28. Müller J., Dettmer D., Macht M. (2008). The attitudes to chocolate questionnaire: psychometric properties and relationship to dimensions of eating. *Appetite*, 50: 499-505.

29. Petry NM., Barry D., Pietrzak RH., Wagner JA. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosom Medicine*, 70: 288-297.
30. Waliłko J., Bronowicka P., He J., Brytek-Matera A. (2021). Dieting and Disinhibited Eating Patterns in Adult Women with Normal Body Weight: Does Rumination Matter? *Nutrients*, 13: 2475.
31. Blackburn S., Johnston L., Blampied N., Popp D., Kallen R. (2006). An Application of Escape Theory to Binge Eating. *Eur. Eat. Disorders Rev*, 14: 23–31.
32. Taş LE. (2018). *Doğu Akdeniz Üniversitesinde Okuyan Öğrencilerin İştah, Duygusal Yeme ve Depresyonun Beslenme Durumu Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kıbrıs.
33. Altıntaş M., Özgen U. (2017). Personality trait's effects on eating behaviors. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(5): 1797-1810.
34. Williams JMG., Healy H., Eade J., Windle G., Cowen PJ., Green MW., Durlach P. (2002). Mood, eating behaviour and attention. *Psychological Medicine*, 32(03): 469-481.
35. Spoor ST., Bekker MH., Van Strien T., Van Heck GL. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3): 368-376.
36. Wallis DJ., Hetherington MM. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1): 39- 46.
37. Şen GG. (2018). *Duygusal Yeme, Gece Yeme ve Uyku Kalitesinin Beslenme Durumu Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kıbrıs.
38. Macht M., Müller J. (2007). Increased negative emotional responses in PROP supertasters. *Physiology and Behavior*, 90: 466–472.
39. Laitinen J., Ek E., Sovio U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive medicine*, 34(1): 29-39.
40. Litwin R., Goldbacher EM., Cardaciotto L., Gambrel LE. (2017). Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1): 97-104.
41. Karagözlü S., Çabuk S., Tahta Y. (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, 8(4): 234-240.

42. Hui SK., Grandner MA. (2015). Associations between poor sleep quality and stages of change of multiple health behaviors among participants of employee wellness program. *Preventive Medicine Reports*, 2: 292–299.
43. Mollayeva T., Thurairajah P., Burton K., Mollayeva S., Shapiro CM., Colantonio A. (2016). The pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 25: 52- 73.
44. Eryavuz N. (2007). *Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
45. Grigg-Damberger MM. (2012). The aasm scoring manual four years later. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8: 323-32.
46. Potter AP., Perry AG. (2003). *Basic nursing esential for practice*. 5th Ed. England: Mosby: 689-706.
47. Kurt S., Enç N. (2013). Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5): 1-8.
48. Morselli LL., Temple KA., Leproult R., Ehrmann DA., Van Cauter E., Mokhlesi B. (2018). Determinants of slow-wave activity in overweight and obese adults: roles of sex, obstructive sleep apnea and testosterone levels. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 9: 377.
49. Taşkiran N. (2011). Gebelik ve uyku kalitesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 8(3): 181- 187.
50. Özgen F. (2001). Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5: 41-48.
51. Lopes CS. (2012). Epidemiology of insomnia: prevalence and risk factors. Can't sleep? Issues of Being an Insomniac. *Intech*, 3-22.
52. Monk TH., Thompson WK., Buysse DJ., Hall M., Nofzinger EA., Reynolds CF. (2006). Sleep in healthy seniors: a diary study of the relation between bedtime and the amount of sleep obtained. *Journal Of Sleep Research*, 15: 256-60.
53. Oktan B., Kısabay A., Yılmaz H. (2015). Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports*, 23(4): 370-375.
54. Burgard SA., Ailshire JA. (2013). Gender and time for sleep among U.S. adults. *Am Sociol Rev*, 78(1): 51–69.
55. Schulz P. (2007). Biological clocks and the practice of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 9: 237-255.

56. Kutner NG., Biliwise DL., Brogan D., Zhang R. (2001). Race and restless sleep complaint in older chronic dialysis patient and nondialysis community controls. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*, 3: 170-175.
57. Chan-Won K., Yoosoo C., Eunju S., Kyung EY., Hyun-Suk J., Byung-Joon K., Min-Jung K., Young YH., Kyu-Beck L., Hyang K., Hocheol S., Seungho R. (2017). Sleep duration and quality in relation to chronic kidney disease and glomerular hyperfiltration in healthy men and women. *Plos One*, 12: 4.
58. Naughton MT., Lorenzi-Filho G. (2009). Sleep in heart failure. *Prog Cardiovasc Dis*, 51(4): 339-49.
59. Chaudhary NS., Grandner MA., Jackson NJ., Chakravorty S. (2016). Caffeine consumption, insomnia, and sleep duration: results from a nationally representative sample. *Nutrition*, 32(11-12): 1193-9.
60. Feige B., Gann H., Brueck R., Hornyak M., Litsch S., Hohagen F., Riemann D. (2006). Effects of alcohol on polysomnographically recorded sleep in healthy subjects. *Alcohol: Clinical & Experimental Research*, 30(9): 1527–1537.
61. Lieberman HR. (2003). Nutrition, brain function and cognitive performance. *Appetite*, 40: 245-254.
62. Taşkıran N. (2009). *Gebelerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
63. Morin CM., Leblanc M., Daley M. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments and consultation initiated, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7: 123-30.
64. Omisade A., Buxton OM, ve Rusak B. (2010). Impact of acute sleep restriction on cortisol and leptin levels in young women. *Physiol Behav*, 99: 651-656.
65. Halson SL. (2008). Nutrition, Sleep and recovery. *European Journal of Sport Science*, 8(2): 119-126.
66. Nolen-Hoeksema S. (2009). *Abnormal Psychology*. New York: McGraw Hill Higher Education.
67. Noble RE. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54: 49-52.
68. Klein DN., Lewinsohn PM., Seeley JR., Rohde P. (2001). A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 58: 13-20.
69. Comer RJ. (2013). *Abnormal Psychology*. New York. Worth Publishers.

70. Morgan N., Taylor D. (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*, 4(5): 6-9.
71. McWilliams N. (2013). *Psikanalitik Tanı*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
72. Dozois DJA. (2000). Influences on Freud's Mourning and Melancholia and its contextual validity. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 20 (2): 167–195.
73. Lichtenberg J. (2015). A Review Of The Analysis Of The Self By Heinz Kohut. *Selected Papers of Joseph Lichtenberg*, s.8.Newyork.
74. Busch FN., Rudden M., Shapiro T. (2004). Psychodynamic treatment of depression. *American Psychiatric Publishing*, 208.
75. Özmen M. (2001). Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygudurum Dizisi*, 6: 283-287.
76. Lewinsohn P., Dimidjian S., and Martell C. (2011). Behavioral models of depression. In The international encyclopedia of depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7: 1–38.
77. Hsu T., Forestell C. (2021). Mindfulness, depression, and emotional eating: The moderating role of nonjudging of inner experience. *Appetite*, 160: 105089.
78. Cole D., Cho SJ., Martin NJ. (2012). Are increased weight and appetite useful indicators of depression in children and adolescents? *J Abnorm Psychol*, 121(4): 838-51.
79. Dygdon JA., Dienes KA. (2013). Behavioral excesses in depression: A learning theory hypothesis. *Depression and anxiety*, 30(6): 598-605.
80. Fox E., Macleod C. (2009). Introduction to the special section on cognitive bias modification in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1): 1–4.
81. Leahy RL., Holland SJ. (2009). *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri*. (çev. S. Aslan, H. Türkçapar ve E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
82. Thase ME.(2001). Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. *J Psychother Pract Res.*, 10(4): 286–287.
83. Çarkıt E., Yalçın SB. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Düşünce Hataları ve Duyguları İfade Etmelerinin Mükemmeliyetçilik Tutumlarını Yordaması. *Sakarya University Journal of Education*, 8(1):195-210.
84. Barnhofer T., Crane C. (2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression and Suicidality. In F. Didonna (Ed), *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer, 221-243.

85. WHO (Dünya Sağlık Örgütü). (2012). Depression: A global Public Health Concern. Erişim tarihi:15.04.2021. http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf_mh_2012.pdf?ua=1
86. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publication.
87. Öztürk MO., Uluşahin A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
88. Konttinen H., Mannisto S., Lahteenkorv, SS., Silventoinen K., Haukkala A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54: 473–479.
89. Ouwers MA., Van Strien T., Van Leeuwe J. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, 53: 245–248.
90. Goldschmidt AB., Crosby RD., Engel SG., Crow SJ., Cao L., Peterson CB., Durkin N. (2014). Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3): 281-286.
91. Işık Ö., Özarslan A., Bekler F. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Uyku Kalitesi Ve Depresyon İlişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9 (9): 65-73.
92. Czeisler CA., Scammell TE., Saper CB. (2017). Sleep Disorders. In: *Harrison's Neurology in Clinical Medicine*, 4e. New York, NY: McGraw-Hill Education.
93. Lovato N., Gradisar MA. (2014). Meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: recommendations for future research and clinical practice. *Sleep Medicine Reviews*, 18(6): 521-529.
94. Shanahan L., Copeland WE., Angold A., Bondy CL., Costello EJ. (2014). Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5): 550-558.
95. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. (2016). *Biyoistatistik*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
96. Pekcan G. (2014). *Beslenme durumunun saptanması*. Baysal A., ve ark. (Ed), Diyet El Kitabı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 6: 67-142.
97. Nolan LJ., Halperin LB., Geliebter A. (2010). Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite*, 54:314–319.

98. Demirel B., Yavuz KF., Karadere ME., Şafak Y., Türkçapar MH. (2014). Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği, Beden Kitle İndeksi ve Duygusal Şemalarla İlişkisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 3: 171-181.
99. Ulaş B., Tatlıbadem B., Nazik F., Sönmez M., Uncu F. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler. *CBU-SBED*, 2(3):71-75.
100. Gülüm İV., Dağ İ. (2012). Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13: 216-223.
101. Kırac D., Kaspar EÇ., Avcılar T., Çakır ÖK., Ulucan K., Kurtel H., et al. (2015). Obeziteyle ilişkili beslenme alışkanlıklarının araştırılmasında yeni bir yöntem “Üç faktörlü beslenme anketi” *J Marmara Univ Inst Heal Sci*, 3(5): 3.
102. Backhaus J., Junghanns K., Broocks A., et.al. (2002). Test–retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 737-740.
103. Grandner MA., Kripke DF., Yoon IY., Youngstedt SD. (2016). Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep and Biological Rhythms volume 4*, 129–136.
104. George D., Mallery M. (2012). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference.
105. WHO (2014). Global status report on noncommunicable diseases, Erişim tarihi 20.05.2021. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
106. Bilir N., Telatar G. (2005). *Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü*. Ankara: Tütünsüz Yaşam Derneği.
107. Bobak M., Gilmore A., McKee M., Rose R., Marmot M. (2006). Changes in smoking prevalence in Russia. *Tobacco Control*, 15: 131-135.
108. Marques PV., Ruidavets JB., Cambou JP., Ferrieres J. (2003). Changes and determinants in cigarette smoking prevalence in southwest France. *European Journal Of Public Health*, 13: 168- 170.
109. Bozkurt Aİ., Şahinöz S., Özçırpıcı B., Özgür S., Şahinöz T., Acemoğlu H. (2006). Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. *BMC Public Health*, 6: 15.
110. Çan G., Çakırbay H., Topbaş M., Karkucak M., Çapkın E. (2007). Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(2): 141-147.

111. Seyfikli Z., Gönügür U., Sümer H., Topçu S. (2001). Sivas'ta ev kadınlarında sigara alışkanlıkları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 49(1): 37-40.
112. Akfert S., Çakıcı E., Çakıcı M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10: 40-47.
113. Atlam D., Yüncü Z. (2018). Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 20(3): 161-170.
114. Burke SM., Carron AV., Eys MA. (2005). Physical activity context and university student's propensity to meet the guidelines Centers for Disease Control and Prevention/American College of Sports Medicine. *Med Sci Monit*, 11:CR171-176.
115. Baş Aslan Ü., Livanelioğlu A., Aslan Ş. (2007). Fiziksel aktivite düzeyinin üniversite öğrencilerinde iki farklı yöntemle değerlendirilmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 18(1):11-19.
116. Alricsson M., Landstad BJ., Romild U. (2006). Self-related health, physical activity and complaints in Swedish high school students. *Scientific World Journal*, 6:816- 826.
117. Türkiye toplumu fiziksel aktivite düzeyi araştırması. <http://www.aktifyasam.org.tr/projeler/turkiye-toplununfiziksel-aktivite-duzeyi-arastirmasi>. Erişim tarihi: 17.06.2021.
118. Besler H., Rakıcıoğlu N., Ayaz A., Demirel Z., Özel H., Samur G. (2015). *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi (TÖBR)*. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
119. Ulaş B., Genç MF. (2010). Malatya Asker Hastanesi'nde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları. *İnönü Üniv. Tıp Fak Derg*, 17(3): 187-193.
120. Ermiş E., Doğan E., Erili N., Satıcı A. (2014). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 6(1): 1-11.
121. Şanlıer N. (2005). Gençlerde biyokimyasal bulgular, antropometrik ölçümler, vücut bileşimi, beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25-3: 47-73.
122. Yıldız A., Ocak Y., Tunçbilek A. (2015). BİA yöntemiyle vücut kompozisyonu ölçümlerinde akut sıvı kaybı ve vücut yağ oranı ilişkisinin araştırılması. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9: 26-30.

123. Sağlık Bakanlığı (2017). Türkiye beslenme ve sağlık araştırması. <https://balikesirism.saglik.gov.tr/TR,43758/2017-yiliturkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi.html>. Erişim: 14.08.2021.
124. Özgen L., Kınacı B., Arlı M. (2012). Eating attitudes and behaviors of adolescents. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences*, 45:1,229-247.
125. Goldschmidt AB., Wall M., Loth KA., NeumarkSztainer D. (2015). Risk factors for disordered eating in overweight adolescents and young adults. *J Pediatr Psychol*, 1-6.
126. Karagöl A., Özçürümez G., Taşkıntuna N. (2014). Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15: 207-213.
127. Carpenter KM., Hasin DS., Allison DB., Faith MS. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicidal ideation and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 90:251-257.
128. Çakmur H., Güneş ÜB. (2018). Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2): 58-65.
129. Kaya H., ve Özçelik O. (2009). Vücut bileşimlerinin değerlendirilmesinde vücut kitle indeksi ve biyoelektrik impedans analiz metodlarının etkinliğinin yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması. *FÜ Sağ Bil Tıp Dergisi*, 23: 1-5.
130. Güney E., Özgen AG., Saraç F., Yılmaz C., Kabalak T. (2003). Biyoelektrik İmpedans Yöntemi İle Obezite Tanısında Kullanılan Diğer Yöntemlerin Karşılaştırılması. *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(2) : 15 – 18.
131. World Health Organization (2011). *Waist circumference and waist-hip ratio*. Report of a WHO expertnconsultation, Geneva, 8-11 December 2008, Erişim: 15 Temmuz 2021, Web: <http://who.int/iris/bitstream/handle>
132. Sözmen K., Ünal B., Sakarya S., Dinç G., Yardım N., Keskinkılıç B., Ergör G. (2016). Türkiye’de antropometrik ölçüm yöntemlerinin kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 43(1): 99-106.
133. Yıldırım İ., Yıldırım Y., Işık Ö., Karagöz S., Ersöz Y., Doğan I. (2017). Üniversite öğrencilerinde farklı ölçüm yöntemlerine göre obezite prevalansı. *İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(2): 20-33.
134. Gearon E., Tanamas SK., Stevenson C., Venurs HY., Peeters A. (2018). Changes in waist circumference independent of weight: Implications for population level monitoring of obesity. *Preventive Medicine*, 111:378-383.

135. Gutierrez-Fisac JL., Lopez E., Banegas J., Graciani A., Rodriguez-Artalejo F. (2004). Prevalence of Overweight and Obesity in Elderly People in Spain. *Obesity Research*, Vol.12 No:4.
136. Chinedu SN., Ogunlana OO., Azuh DE., Iweala EJ., Afolabi IS., Uhuegbu CC., et al. (2013). Correlation between body mass index and waist circumference in Nigerian adults: implication as indicators of health status. *Journal of Public Health Research*, 16:93-98.
137. McCrone S., Dennis K., Tomoyasu N., Carroll J. (2000). A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9(9): 1007- 1013.
138. Alantar Z., Maner F. (2008). Eating disorders in the context of attachment theory. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2): 97.
139. Blundell JE., Stubbs RJ., Hughes DA. (2003). Cross talk between physical activity and appetite control: does physical activity stimulate appetite? *Proceedings of the Nutrition Society*, 62: 651–661.
140. Beaulieu K., Hopkins M., Blundell J. (2018). Homeostatic and non-homeostatic appetite control along the spectrum of physical activity levels: An updated perspective. *Physiology & Behavior*, 192: 23-291.
141. Yücel EB. (2019). *Düzenli Fiziksel Aktivite Yapan Bireylerde Öğün Sıklığının Ve Aşırı Besin İsteğinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.
142. Bennett J., Greene G., Schwartz-Barcott D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior: A qualitative study of college students. *Appetite*, 60: 187–192.
143. Akdevelioğlu Y., Yörüsün TÖ. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum Ve Davranışlarına İlişkin Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 19-28.
144. McNamara C., Chur-Hansen A., & Hay P. (2008). Emotional responses to food in adults with an eating disorder. A qualitative exploration. *European Eating Disorders Review*, 16: 115–123.
145. Ouwens MA., Van Strien T., Van Leeuwe JFJ., Van der Staak CPF. (2009). The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*, 52:234-7.

146. De Lauzon-Guillain B., Romon M., Musher-Eizenman D., Heude B., Basdevant A., Charles MA. (2009). Cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating: correlations between parent and adolescent. *Matern Child Nutrition*, 5(2):171-178.
147. De Lauzon B., Romon M., Deschamps V., Lafay L., Borys JM., Ducimetiere P., Charles MA. (2004). The three-factor eating questionnaire-r18 is able to distinguish among different eating pattern in a general population. *J Nutr*, 134: 2372-2380.
148. Hainer V., Kunesova M., Bellisle F., Parizkova J., Braunerova R., Wagenknecht M., Lajka J., Hill M., Stunkard A. (2006). The eating inventory, body adiposity and prevalence of diseases in a quota sample of czech adults. *Int J Obes (Lond)*, 30:830–836.
149. Deveci B., Avcıkurt C., Deveci B. (2017). Yeme davranışı: gastronomi ve mutfak sanatları öğrencileri üzerine bir araştırma. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 5(3): 118-134.
150. Gallant AR., Tremblay A., Perusse L., Bouchard C., Despres JP., Drapeau V. (2010). The Three-Factor Eating Questionnaire and BMI in adolescents: results from the Quebec family study. *Br J Nutr*, 104(7): 1074-1079.
151. Angle S., Engblom J., Eriksson T., et al. (2009). Three Factor Eating Questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6: 4.
152. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the three-factor eating questionnaire (tfeq) in obese men and women. results from the swedish obese subjects (sos) study. *Int J Obes*, 24(12): 1715-1725.
153. Bingöl N. (2006). *Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
154. Öçal Ö. (2015). *Acıbadem Maslak hastanesi beslenme ve diyet polikliniğine başvuran yetişkin bireylerde besin tüketiminin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği ile ilişkisi*.Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.
155. Vitiello MV., Larsen LH., Moe KE. (2004). Age-related sleep change. Gender and estrogen effects on the subjective–objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. *J Psychosom Res*, 56: 503-10.

156. Altıntaş H., Sevensan F., Aslan T., Cinel M., Çelik E., Onurdağ F. (2006). Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. *STED*, 15(7): 114-120.
157. Özdemir, C., (2014). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
158. Praharaj S.K., Gupta R., Gaur N. (2018). Clinical practice guideline on management of sleep disorders in the elderly. *Indian J Psychiatr*, 60:383-396. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224477>.
159. Çelebi D. (2011). *Sigara bırakmanın solunum fonksiyon testi ve uyku kalitesi üzerine etkileri*. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne.
160. Asghari A., Kamrava KS., Hemami MR. (2015). Cigarette smoking habit and subjective quality of sleep. *Scimetr: International Journal of Medical Sciences*, 3(1): 1-4.
161. Boutou AK., Tsiata EA., Pataka A., Kontou PK., Pitsiou GG., Argyropoulou P. (2008). Smoking cessation in clinical practice: predictors of six-month continuous abstinence in a sample of Greek smokers. *Primary Care Respiratory Journal*, 17(1):32–8.
162. Lydon D., Nilam N., Conroy DE. (2016). The within-person association between alcohol use and sleep duration and quality in Situ: An experience sampling study. *Addictive Behaviors*, 61: 68–73.
163. Lund HG., Brian BA., Reider D., Annie BA., Whiting B., Roxanne Prichard J. (2009). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 26: 1–9.
164. Wang L., Qin P., Zhao Y. (2016). Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Inner Mongolia Medical University students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 244: 243–248.
165. Algul A., Ates MA., Semiz UB., Basoglu C., Ebrinc S., Gecici O. (2009). Evaluation of general psychopathology, subjective sleep quality, and health-related quality of life in patients with obesity. *Int J Psychiatry Med*, 39: 297–312.
166. Sahlin C., Franklin KA., Stenlund H., Lindberg E. (2009). Sleep in women: Normal values for sleep stages and position and the effect of age, obesity, sleep apnea, smoking, alcohol and hypertension. *Sleep Med*, 10: 1025–30.

167. Cappuccio FP., Taggart FM., Kandala NB., Currie A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*, 31(5): 619.
168. Ryu JY., Lee JS., Hong HC. (2015). Association between body size phenotype and sleep duration: korean national health and nutrition examination survey V (Knhanes V). *Metabolism Clinical And Experimental*, 64: 460 – 466.
169. Softa Kaçan H., Kaya S. (2013). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2: 214-29.
170. Özdel L., Bostancı M., Özdel O., Oğuzhanoglu NK. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3): 155-61.
171. İskender H., Dokumacıoğlu E., Kanbay Y., Kılıç N. (2018). Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam ve depresyon puan düzeyleri ile ilgili faktörlerin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 9(4):414-423.
172. Üstün A., Bayar A. (2015). Üniversite öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 384-389.
173. Patten SB., Williams JV., Lavorato DH., Eliasziw M. (2009). A longitudinal community study of major depression and physical activity. *General hospital psychiatry*, 31(6): 571-575.
174. Regestein Q., Natarajan V., Pavlova M., Kawasaki S., Gleason R., Koff E.(2010). Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry research*, 176(1): 34-39.
175. Mackenzie S., Wiegel JR, Mundt M., et al. (2011). Depression and Suicide Ideation Among Students Accessing Campus Healthcare. *Am J Orthopsychiatry*,81(1): 101–107.
176. Lenz BK. (2004). Tobacco, depression, and lifestyle choices in the pivotal early college years. *Journal of American College Health*, 52(5):213–219.
177. Vail-Smith K., Felts WM., Becker C. (2009). Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students. *College Student Journal*, 43(3): 924-930.
178. Deveci SE., Ulutaşdemir N., Açık Y. (2013). Bir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(2): 98-102.

179. Taylor DJ., Gardner CE., Bramoweth AD., et al. (2011). Insomnia and mental health in college students. *Behav Sleep*, 9: 107–116.
180. Moo-Estrella J., Pérez-Benítez H., Solís-Rodríguez F., Arankowsky-Sandoval G. (2005). Evaluation Of Depressive Symptoms And Sleep Alterations In College Students. *Archives Of Medical Research*, 36: 393–398.
181. Kim S., Dero LA., Sandler DP. (2011). Eating patterns and nutritional characteristics associated with sleep duration. *Public Health Nutrition*, 14(5): 889- 895.



EKLER

EK-1



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı :E-97105791-804.01-2107050022

Tarih:05.07.2021

Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Sayın Edanur AYDIN

Enstitü Yönetim Kurulunun 18.09.2020 tarih ve 2020/26 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Halil GUZELBEY
Müdür Vekili

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
194103009 Edanur AYDIN	Sağlıklı Yaşam Merkezine Başvuran Kişilerde Duygusal İştah, Uyku Kalitesi ve Depresyon Durumunun Araştırılması.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:f47097d6

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP

Tel / Fax :0(342) 211 80 80 / 0(342) 211 80 81

Kep Adresi :hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr

İrtibat:0(342) 211 80 80

Web:www.hku.edu.tr

e-Posta:info@hku.edu.tr



GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Araştırma Projesinin Adı: SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE DUYGUSAL İŞTAH, UYKU KALİTESİ VE DEPRESYON DURUMUNUN ARAŞTIRILMASI

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dyt. Eda Nur AYDIN

Danışmanın Adı: Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL

Sayın gönüllü,

Sağlıklı Yaşam Merkezine Başvuran Kişilerde Duygusal İştah, Uyku Kalitesi ve Depresyon Durumunun Araştırılması konulu bir çalışma planladık. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak yüksek lisans tezinde kullanılacaktır.

Katılımınız ve içtenlikle vereceğiniz yanıtlarla yapacağınız katkılar için şimdiden teşekkür ederiz.

SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE DUYGUSAL İŞTAH, UYKU KALİTESİ VE DEPRESYON DURUMUNUN ARAŞTIRILMASI

TARİH:

Anket No:

Tarih:

1.Genel Bilgiler:

1-Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

2-Yaş:-.....

3-Eğitim durumu:

1. Okuryazar 2. İlköğretim 3. Lise 4.Önlisans/Lisans 5. Lisansüstü

4-Medeni durumunuz: 1.Evli 2. Bekar

2.Sağlık ve Beslenme Bilgileri

5-Sigara içiyor musunuz?

1.Hiç içmedim 2. Bıraktım 3. Halen içiyorum.....adet/gün

6-Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Sosyal içiciyim

7- Doktor tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

8-Herhangi bir dalda düzenli olarak egzersiz / spor yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Yanıt Evet ise aktivite türü :

Süresi : Günde.....saat veya Haftada.....saat

10-Bir gün içindeki öğün sayınız nedir? Ana öğün....., ara öğün.....

11-Ana öğün atlar mısınız?

1. Her zaman 2. Sık, sık 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiç

12-Ana öğün atlıyor iseniz genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz?

1. Kahvaltı 2. Öğle 3. Akşam

3.Antropometrik Ölçümler

Boy :.....cm

Kilo :.....kg

BKİ :.....kg/m²

Bel Çevresi :.....cm

Kalça Çevresi :.....cm

Vücut Yağ Yüzdesi:%

Vücut Kas Kütlesi :.....kg

4.Üç Faktörlü Beslenme Anketi

		Kesinlikle Yanlış	Çoğunlukla Yanlış	Çoğunlukla Doğru	Kesinlikle Doğru
1	Yeni yemek yemiş olsam bile, pişen güzel bir et kokusu aldığımda kendimi yememek için zor tutuyorum.	[]	[]	[]	[]
2	Kilomu kontrol altına tutmak için küçük porsiyon yemeye çalışırım.	[]	[]	[]	[]
3	Huzursuz ve endişeli olduğumda, kendimi yemek yerken buluyorum	[]	[]	[]	[]
4	Bazen yemek yemeye başladığımda, duramayacakmışım gibi geliyor.	[]	[]	[]	[]
5	Yemek yiyen bir kişi ile birlikte olmak çoğunlukla yiyecek kadar kendimi aç hissetmememe neden oluyor.	[]	[]	[]	[]
6	Üzgün olduğum zamanlarda sıklıkla çok fazla yemek yerim	[]	[]	[]	[]
7	Lezzetli olan bir yiyecek gördüğümde o kadar acıkırım ki o an yemem gerekir	[]	[]	[]	[]
8	O kadar çok acıkıyorum ki doymak bilmiyorum	[]	[]	[]	[]
9	Her zaman o kadar açım ki tabağımdaki yemeği bitirmeden önce yemek yemeyi durdurmam benim için çok zor.	[]	[]	[]	[]
10	Yalnızlık hissettiğimde, kendimi yemek yerken buluyorum.	[]	[]	[]	[]
11	Öğünlerde kilo almamak için kendimi bilinçli bir şekilde durduruyorum.	[]	[]	[]	[]
12	Bazı yiyecekler kilo almama neden olduğu için onları yemem	[]	[]	[]	[]
13	Her zaman yemek yiyecek kadar açım.	[]	[]	[]	[]

14. Ne kadar sıklıkla kendinizi aç hissediyorsunuz?

1. Sadece yemek öğünlerinde 2. Bazen öğünler arasında 3. Sıklıkla öğünler arasında

4. Neredeyse her zaman

15. Yemeyi sevdiğiniz yiyecekleri satın almaktan kendinizi ne kadar sıklıkla durdurabiliyorsunuz?

1. Neredeyse hiç 2. Nadiren 3. Çoğunlukla 4. Hemen hemen her zaman

16. İsteddiğinizden daha az yemek yemeyi ne kadar ölçüde başarabiliyorsunuz?

1. Hiç başaramıyorum 2. Bazen başarıyorum 3. Arada sırada başarıyorum 4. Çoğunlukla başarıyorum

17. Aç olmadığınız halde aşırı miktarda yemeye devam eder misiniz?

1.Asla 2.Ender olarak 3.Bazen 4.En az haftada bir kere

18. Kendinize 1 ile 8 arasında bir puan verirsiniz kaç puan verirsiniz?

(“1” istediğiniz zaman istediğinizi yemenizi yani yemekte herhangi bir kısıtlama yapmamanızı ifadede ederken; “8” bilinçli olarak yemek yemeyi reddetmeyi ifade eder).

1. 1-2 puan

2. 3-4 puan

3. 5-6 puan

4. 7-8 puan

EKLER

I-Anket Formu

Sağlıklı Yaşam Merkezine Başvuran Kişilerde Duygusal İştah, Uyku Kalitesi ve Depresyon Durumunun Araştırılması konulu bir çalışma planladık. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak yüksek lisans tezinde kullanılacaktır.

Katılımınız ve içtenlikle vereceğiniz yanıtlarla yapacağınız katkılar için şimdiden teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

1.Genel Bilgiler:

1-Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

2-Yaş:-.....

3-Eğitim durumu:

1. Okuryazar 2. İlköğretim 3. Lise 4.Önlisans/Lisans 5. Lisansüstü

4-Medeni durumunuz: 1.Evli 2. Bekar

2.Sağlık ve Beslenme Bilgileri

5-Sigara içiyor musunuz?

1.Hiç içmedim 2. Bıaktım 3. Halen içiyorum.....adet/gün

6-Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Sosyal içiciyim

7- Doktor tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

8-Herhangi bir dalda düzenli olarak egzersiz / spor yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Yanıt Evet ise aktivite türü :

Süresi : Günde.....saat veya Haftada.....saat

10-Bir gün içindeki öğün sayınız nedir? Ana öğün....., ara öğün.....

11-Ana öğün atlar mısınız?

1. Her zaman 2. Sık, sık 3. Bazen 4. Nadiren 5. Hiç

12-Ana öğün atlıyor iseniz genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz?

1. Kahvaltı 2. Öğle 3. Akşam

3. Antropometrik Ölçümler

Boy :.....cm
Kilo :.....kg
BKİ :.....kg/m²
Bel Çevresi :.....cm
Kalça Çevresi :.....cm
Vücut Yağ Yüzdesi:%
Vücut Kas Kütlesi :.....kg

4. Üç Faktörlü Beslenme Anketi

		Kesinlikle Yanlış	Çoğunlukla Yanlış	Çoğunlukla Doğru	Kesinlikle Doğru
1	Yeni yemek yemiş olsam bile, pişen güzel bir et kokusu aldığımda kendimi yememek için zor tutuyorum.	[]	[]	[]	[]
2	Kilomu kontrol altına tutmak için küçük porsiyon yemeye çalışırım.	[]	[]	[]	[]
3	Huzursuz ve endişeli olduğumda, kendimi yemek yerken buluyorum	[]	[]	[]	[]
4	Bazen yemek yemeye başladığımda, duramayacakmışım gibi geliyor.	[]	[]	[]	[]
5	Yemek yiyen bir kişi ile birlikte olmak çoğunlukla yiyecek kadar kendimi aç hissetmeme neden oluyor.	[]	[]	[]	[]
6	Üzgün olduğum zamanlarda sıklıkla çok fazla yemek yerim	[]	[]	[]	[]
7	Lezzetli olan bir yiyecek gördüğümde o kadar acıkırım ki o an yemem gerekir	[]	[]	[]	[]
8	O kadar çok acıkıyorum ki doymak bilmiyorum	[]	[]	[]	[]
9	Her zaman o kadar açım ki tabağımdaki yemeği bitirmeden önce yemek yemeyi durdurmam benim için çok zor.	[]	[]	[]	[]
10	Yalnızlık hissettiğimde, kendimi yemek yerken buluyorum.	[]	[]	[]	[]
11	Öğünlerde kilo almamak için kendimi bilinçli bir şekilde durduruyorum.	[]	[]	[]	[]
12	Bazı yiyecekler kilo almama neden olduğu için onları yemem	[]	[]	[]	[]

13	Her zaman yemek yiyecek kadar açım.	[]	[]	[]	[]
----	-------------------------------------	-----	-----	-----	-----

14. Ne kadar sıklıkla kendinizi aç hissediyorsunuz?

1. Sadece yemek öğünlerinde 2. Bazen öğünler arasında 3. Sıklıkla öğünler arasında

4. Neredeyse her zaman

15. Yemeyi sevdiğiniz yiyecekleri satın almaktan kendinizi ne kadar sıklıkla durdurabiliyorsunuz?

1. Neredeyse hiç 2. Nadiren 3. Çoğunlukla 4. Hemen hemen her zaman

16. İsteddiğinizden daha az yemek yemeyi ne kadar ölçüde başarabiliyorsunuz?

1. Hiç başaramıyorum 2. Bazen başarıyorum 3. Arada sırada başarıyorum 4. Çoğunlukla başarıyorum

17. Aç olmadığınız halde aşırı miktarda yemeye devam eder misiniz?

1. Asla 2. Ender olarak 3. Bazen 4. En az haftada bir kere

18. Kendinize 1 ile 8 arasında bir puan vererseniz kaç puan verirsiniz?

(“1” istediğiniz zaman istediğinizi yemenizi yani yemekte herhangi bir kısıtlama yapmamanızı ifade ederken; “8” bilinçli olarak yemek yemeyi reddetmeyi ifade eder).

1. 1-2 puan

2. 3-4 puan

3. 5-6 puan

4. 7-8 puan

5. Duygusal İştah Anketi

Lütfen yemek yeme davranışınızın belirli duygular, durumlar ve şartlar ile nasıl etkilendiğini aşağıdaki tablodan bir numarayı işaretleyerek belirtiniz. Tablo 1 ile 9 arasında değişmektedir, 1 normalden çok daha az yemek yediğinizi, 9 normalden çok daha fazla yemek yediğinizi, 5 ise yemek yemenizde bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Eğer o soru sizin için uygun değilse lütfen UD'yi, eğer cevabı bilmiyorsanız lütfen CB'ü işaretleyiniz.

Aşağıdakiler sizin **DUYGULARINIZI** ifade ediyor: Normal ile kıyaslandığında, yemek yemeniz:

Duygular	Daha az			Aynı			Daha fazla			UD	CB
Üzgün olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Sıkılmış olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Güvenli olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Kızgın olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Kaygılı olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Mutlu olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

Yılgin olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Yorgun olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Karamsar olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Korkmuş olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Rahat olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Neşeli olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Yalnız olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Hevesli olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

1 normalden çok daha az yemek yediğinizi, 9 normalden çok daha fazla yemek yediğinizi, 5 ise yemek yemenizde bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Eğer o soru sizin için uygun değilse lütfen UD'yi, eğer cevabı bilmiyorsanız lütfen CB'u işaretleyiniz.

Aşağıdakiler sizin içinde bulunduğunuz **ŞARTLARI** ifade ediyor:

Normal ile kıyaslandığında, yemek yemeniz:

Şartlar	Daha az			Aynı			Daha fazla			UD	CB
Baskı altında iken	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Hararetli bir tartışmadan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Size yakın olan biri felakete uğradıktan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Aşıkkoldüğünüzde	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Bir ilişkiyi bitirdikten sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

Keyif veren bir hobi ile meşgul olduğunuz sırada	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Para veya bir eşyanızı kaybettikten sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
İyi haberler aldıktan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

6.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)

Aşağıdaki sorular, yalnızca geçen ayki 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 yattınız?genel yatış saati
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?dakika
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....genel kalkış saati
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)saat (bir gecedeki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

5a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birden az
- 3.Haftada bir veya iki kez
- 4.Haftada üç veya daha fazla

5b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birden az
- 3.Haftada bir veya iki kez
- 4.Haftada üç veya daha fazla

5c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birden az
- 3.Haftada bir veya iki kez
- 4.Haftada üç veya daha fazla

5d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birden az
- 3.Haftada bir veya iki kez

4.Haftada üç veya daha fazla

5e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

- 1.Geçen ay boyuncahiç**
- 2.Haftada birdenaz**
- 3.Haftada birveyaikikez**
- 4.Haftada üçveyadahafazla**

5f. Aşırı derecede üşüdünüz.

- 1.Geçen ay boyuncahiç**
- 2.Haftada birdenaz**
- 3.Haftada birveyaikikez**
- 4.Haftada üçveyadahafazla**

5g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

- 1.Geçen ay boyuncahiç**
- 2.Haftada birdenaz**
- 3.Haftada birveyaikikez**
- 4.Haftada üçveyadahafazla**

5h. Kötü rüyalar gördünüz.

- 1.Geçen ay boyuncahiç**
- 2.Haftada birdenaz**
- 3.Haftada birveyaikikez**
- 4.Haftada üçveyadahafazla**

5i. Ağrı duydunuz.

- 1.Geçen ay boyuncahiç**
- 2.Haftada birdenaz**
- 3.Haftada birveyaikikez**
- 4.Haftada üçveyadahafazla**

5j. Geçen ay bu nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- 1.Geçen ay boyuncahiç**
- 2.Haftada birdenaz**
- 3.Haftada birveyaikikez**
- 4.Haftada üçveyadahafazla**

6.Geçen ay uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- 1.Çok iyi**
- 2. Oldukçaiyi**
- 3.Oldukça kötü**
- 4.Çok kötü**

7.Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı(reçeteli ya da reçetesiz) aldınız?

- 1.Geçen ay boyuncahiç**
- 2.Haftada birdenaz**
- 3.Haftada birveyaikikez**
- 4.Haftada üçveyadahafazla**

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

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birdenaz
- 3.Haftada birveya ikikez
- 4.Haftada üçveya daha fazla

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

- 1.Hiç problem oluşturmadı
- 2.Yalnızca çok az problem oluşturdu
- 3.Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- 4.Çok büyük problem oluşturdu

10.Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

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

11. Gürültülü horlama.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birdenaz
- 3.Haftada birveya ikikez
- 4.Haftada üçveya daha fazla

12. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birdenaz
- 3.Haftada birveya ikikez
- 4.Haftada üçveya daha fazla

13. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birdenaz
- 3.Haftada birveya ikikez
- 4.Haftada üçveya daha fazla

14.Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birdenaz
- 3.Haftada birveya ikikez
- 4.Haftada üçveya daha fazla

15.Uyurken olabilecek rahatsızlıklarınız, lütfen belirtiniz.

- 1.Geçen ay boyunca hiç
- 2.Haftada birdenaz
- 3.Haftada birveya iki

4. Haftadaüçveyadahafazla

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Şu an dahil son bir hafta içinde kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz

BECK DEPRESYON ENVANTERİ
1 Kendinizi nasıl hissetmektesiniz?
(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülüvesıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadarüzgünvesıkıntılıymki, artıkdayanamıyorum.
2 Gelecek hakkında beklentileriniz nelerdir?
(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiç birşey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiç birşey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3 Başarısız olduğunuzu düşünüyor musunuz?
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4 Yaptığınız işlerden zevk alıyormusunuz?
(0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Bir çok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiç birşey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5 Kendinizi suçlu hissettiğiniz oluyor mu?
(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6 Kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pekmemnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefret ediyorum
7 Hataları kendinizde mi arıyorsunuz?
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
8 Kendinizi öldürmek gibi düşünceleriniz varmı?
(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9 İçinizden ağlamak geliyor mu?
(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10 Her şeye sinirleniyormusunuz?
(0) Her zaman olduğumdan daha canısık ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canımsıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11 İnsanlarla görüşmek istemiyormusunuz?
(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
12 Kararsız olduğunuzu düşünüyor musunuz?

(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13 Dış görünüşünüz hakkında ne düşünüyorsunuz?
(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14 İşyapmakta güçlük çekiyormusunuz?
(0) Eskisi kadar iyi işgüç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiç iş yapamıyorum.
15 Uyku probleminiz var mı?
(0) Uykum her zamankigibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16 Kendinizi yorgun mu hissediyorsunuz?
(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17 İştahsızlık probleminiz var mı?
(0) İştahım her zamankigibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiç bir şey yiyemiyorum.

18 Son zamanlarda kilo verdiniz mi?
(0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde enaz 2 kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde enaz 4 kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde enaz 6 kg verdim.
19 Sağlığınız hakkında kaygılarınız var mı?
(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, midesancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere ve zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiç birşey düşünemiyorum.
20 Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu?
(0) Sekse karşı ilgim de her hangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21 Cezalandırılmanız gerektiğini mi düşünüyorsunuz?
(0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.