

**Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde Çalışan Yönetmel
Personelin, Beslenme Alışkanlıkları ile Gece
Beslenmesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin
Değerlendirilmesi**

İlknur Kakıcı

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Şubat 2018
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Halit Tanju Besler
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Halit Tanju Besler
Eş-Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver Sarp
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Doç. Dr. Aslı Akyol Mutlu

2. Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer

3. Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver Sarp

ÖZ

Bu çalışmada Doğu Akdeniz Üniversitesinde çalışan yönetsel personelin, beslenme alışkanlıkları ile gece beslenmesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmaya toplamda 193 çalışan yönetsel personel katılmış olup, bunların 102'si (%52,8) kadın, 91'i (%47,2) erkek bireylerden oluşmaktadır.

Katılımcıların anket formu ile demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtları sorgulanmıştır. Bireylerin gece yeme sendromlarını tanımlamak amacıyla Gece Yeme Anketi, uyku kalitelerini saptamak amacıyla Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve beslenme alışkanlıklarının saptamak için Üç Faktörlü Yeme Anketi (TFEQ-R18) kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %63'ünün iyi uyku kalitesine, %37'sinin ise kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %8'inde gece yeme sendromu görülürken, %92'sinde gece yeme sendromu görülmediği tespit edilmiştir. Üç faktörlü beslenme anketine göre kadın bireylerin yemek yemelerini kısıtlama puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Üç faktörlü yeme anketinde yer alan, kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile katılımcıların vücut ağırlıkları ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gece yeme anketinde yer alan, gece yeme anketi genelinden aldıkları puanlar ile bireylerin vücut ağırlıkları ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin gece yeme anketi genelinden ve gece yeme, akşam hiperfajisi, sabah iştahsızlığı, duygudurum ve uyku bozukluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Yapılan araştırmanın sonucuna göre; DAÜ personelinin uyku kalitelerinin iyi olduğu, çoğunluğunda gece yeme sendromu görülmediği, beslenme durumunu kişilerin çeşitli duygu durumlarında göstermiş olduğu, kısıtlama, kontrolsüz yeme, duygusal yeme gibi psikolojik yeme davranışların etkilediği grlmştr.

Anahtar Kelimeler: Beslenme Alışkanlıkları, Gece Beslenmesi, Uyku Kalitesi, Duygusal Beslenme, Obezite

ABSTRACT

This study aims to evaluate the relationship between Eastern Mediterranean University (EMU) administrative personnel dietary habits, evening eating and quality of sleep. A total of 193 administrative personnel attended this study of which 102 participants were female (%52.8) and 91 participants were male (%47.2).

A questionnaire was used to obtain information about demographic characteristics, dietary habits and retroactive food consumption for 24 hours. A Night Eating Questionnaire was used to define the participants' night eating syndromes. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to determine quality of sleep. The three factor eating questionnaire (TFEQ-R18) was used to determine dietary habits.

Sixty-three percent of the participants were identified to have a good quality of sleep whilst 37% were seen to have a poor quality of sleep. Night eating syndrome was witnessed in 8% of the participants and not witnessed in the remaining 92%. According to the three factor eating questionnaire the eating restriction points of women were statistically meaningfully more than that of male participants ($p<0.05$). In the three factor eating questionnaire it was detected that there are meaningful correlations between low level unregulated eating, emotional nutrition, hunger susceptibility points and weight plus BMI ($p<0.05$). In the Night Eating Questionnaire a meaningful positive correlation was witnessed between participant Night Eating Questionnaire points and weight plus BMI ($p<0.05$).

There was a meaningful positive correlation between participant PSQI points and their points in the Night Eating Questionnaire for night eating, night hyperphagia, negative mood and sleep disorder.

The findings of the research suggest that the sleep quality of EMU personnel is good. Most personnel do not have night eating syndrome. Nutrition is seen as affecting a range of emotional situations, restriction, unregulated eating, and psychological eating behaviors such as emotional eating.

Keywords: Dietary Habits, Night Eating, Quality of Sleep, Emotional Nutrition, Obesity

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırladığım süreçte, tez danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde, planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen değerli tez eş danışmanım ve danışmanım olan, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Bölüm Başkanı, Sn. Prof. Dr. H. Tanju BESLER ile Sn. Yrd. Doç. Dr. Tevhide ZİVER SARP'a ve diğer bölüm hocalarıma,

Çalışmam süresince sevgilerini, anlayışlarını ve yardımlarını benden esirgemeyen, her zaman yanımda ve arkamda olduklarını hissettiğim, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Personel İşleri Müdürü Sayın Özlem AVCI'ya, Amirimiz Sn. Kemal KARABULUT'a ve başta Hasan ELÇİN ve Çağın ÇIRALIOĞLU olmak üzere tüm ofis arkadaşlarıma,

Çalışmamın her aşamasında sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla destek olup moral veren arkadaşlarım Yenilmez Ufuk YILMAZ ve Hümeysra ÇINAR'a,

Çalışmamın, istatistiksel analizlerinde bilgi ve deneyimleriyle bana yardımcı olan Sayın Sedat YÜCE'ye,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, maddi manevi her türlü desteği sonsuz sevgi ile veren canım annem Nazife KAKICI, babam Taner KAKICI ve kardeşim Atilla KAKICI'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR	xii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİL LİSTESİ.....	xvi
1 GİRİŞ	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar	1
1.2 Amaç	5
1.3 Hipotez.....	6
2 GENEL BİLGİLER	7
2.1 Beslenme.....	7
2.1.1 Yeterli ve Dengeli Beslenme	8
2.1.2 Besin ve Besin Öğeleri.....	9
2.1.2.1 Makro Besin Öğeleri.....	11
2.1.2.1.1 Karbonhidrat	11
2.1.2.1.2 Protein.....	12
2.1.2.1.3 Yağ.....	13
2.1.2.2 Mikro Besin Öğeleri	15
2.1.2.2.1 Vitamin	15
2.1.2.2.2 Mineral.....	16
2.1.2.2.3 Su	16
2.2 Vücut Ağırlığı ve Obezite.....	17

2.2.1 Obezitenin Açtığı Sorunlar	18
2.2.2 Obeziteyi Saptama Yöntemleri	19
2.3 Beslenme Alışkanlıkları.....	21
2.4 Yeme Bozuklukları.....	23
2.4.1 Gece Yeme Sendromu	26
2.4.1.1 Gece Yeme Sendromu Tanımı	26
2.4.1.2 Klinik Özellikleri	29
2.4.1.3 Gece Yeme Sendromunun Beslenme Alışkanlığı ile İlişkisi.....	31
2.4.1.4 Gece Yeme Sendromunun Obezite ile İlişkisi	32
2.5 Uyku.....	33
2.5.1 Uykunun Tanımı	33
2.5.2 Uyku ve Uyanıklık Regülasyonu	34
2.5.3 Uykunun Evreleri (REM, NREM).....	34
2.5.3.1 NREM Uyku	35
2.5.3.2 Rem Uyku (Paradoksal Uyku)	36
2.5.4 Uykunun İşlevi.....	37
2.5.5 Uyku Gereksinimi	38
2.5.6 Uyku ve Uyku Kalitesini Etkileyen Etmenler.....	39
2.6 Uyku ile Beslenme Arasındaki İlişki	41
2.7 Gece Yeme Sendromunun Uyku ile İlişkisi	42
2.8 BKI ile Uyku Arasındaki İlişki	43
3 BİREYLER VE YÖNTEMLER	45
3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	45
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	45
3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri.....	45

3.3.1. Genel Bilgiler	46
3.3.2 Beslenme Alışkanlıkları	46
3.3.3 Besin Tüketim Kaydı	47
3.3.4 Antropometrik Ölçümler.....	47
3.3.4.1 Vücut Ağırlığı ve Boy Bileşimi	47
3.3.4.2 Beden Kütle İndeksi.....	47
3.3.5 Üç Faktörlü Beslenme Anketi (TFEQ-R18).....	47
3.3.6 Gece Yeme Anketi (GYA).....	48
3.3.7 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	49
4 BULGULAR	52
4.1 Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular	52
4.2 Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine Göre Bulguları	54
4.3 Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	56
4.4 Katılımcıların Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarlarına İlişkin Bulgular.....	59
4.5 Katılımcıların Üç Faktörlü Yeme Anketi, Gece Yeme Anketi ve PUKİ Skorlarına İlişkin Bulgular	64
5 TARTIŞMA	79
5.1 Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi	79
5.2 Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	79
5.3 Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	81
5.4 Katılımcıların Enerji ve Besin Öğeleri Alımlarının Değerlendirilmesi.....	83
5.5 Katılımcıların Üç Faktörlü Yeme Anketi, Gece Yeme Anketi ve PUKİ Skorlarına İlişkin Korelasyonların ve Bulguların Değerlendirilmesi.....	87
6 SONUÇLAR	95
7 ÖNERİLER.....	99

KAYNAKLAR	101
EKLER.....	129
Ek A: Etik Kurul Onayı	130
Ek B: Anket Uygulama İzni.....	131
Ek C: Üç Faktörlü Beslenme Anketi'nin Kullanım İzni.....	132
Ek D: Gece Yeme Anketi'nin Kullanım İzni.....	133
Ek E: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nin Kullanım İzni	134
Ek F: Katılımcılara Uygulanan Anket	135

KISALTMALAR

%	Yüzde
±	Artı eksi
µg	Mikrogram
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemleri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
cm	Santimetre
dk.	Dakika
DRI	Dietary Reference Intake (Diyetle Referans Alım Düzeyi)
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
EEG	Elektroensefalografi
EFSA	European Food Safety Authority (Avrupa Gıda Güvenliği Kurumu)
EMG	Elektromiyografi
EOG	Elektrookülografi
g	Gram
GYS	Gece Yeme Sendromu
HDL	High Density Lipoprotein (iyi huylu kolesterol)
kg	Kilogram
kkal	Kilo kalori
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
LDL	Low Density Lipoproteins (kötü huylu kolesterol)
m ²	Metre kare

MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
mg	Miligram
MR	Manyetik Rezonans
NREM	Non-Rapid Eye Movement (hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku)
NSF	National Sleep Foundation
PUKİ	Pittsburgh Sleep Quality Index (Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi)
REM	Rapid Eye Movement (hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku)
S	Sayı
sa.	Saat
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
SWS	Slow Wave Sleep (yavaş dalga uykusu)
TFEQ-R18	The Three-Factor Eating Questionnaire-R18
TÖBR	Türkiye Özgü Beslenme Rehberi
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
x	Ortalama

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Obezitenin en çok neden olduğu sağlık sorunları.....	19
Tablo 2.2: BKI'ye göre değerlendirme(WHO, 2000).....	21
Tablo 2.3: Gece Yeme Sendromu DSM-5 Kriterleri	29
Tablo 2.4: Bireylerin yaş aralıklarına göre önerilen uyku ihtiyaçları	39
Tablo 4.1: Katılımcıların cinsiyetlerine göre genel özelliklerinin dağılımları.....	53
Tablo 4.2: Katılımcıların genel sağlık durumları, sigara-alkol kullanma ve spor yapma durumlarına göre dağılımları	54
Tablo 4.3: Katılımcıların cinsiyetlerine göre, antropometrik ölçümlerine ait istatistikler.....	55
Tablo 4.4: Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları	58
Tablo 4.5: Katılımcıların enerji ve besin öğeleri tüketim miktarlarına ait tanımlayıcı istatistikler	61
Tablo 4.6: Katılımcıların cinsiyetlerine göre enerji ve besin öğeleri tüketimlerinin TÖBR'e göre yeterlilik düzeyleri dağılımı	63
Tablo 4.7: Katılımcıların üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler.....	65
Tablo 4.8: Katılımcıların cinsiyetlerine göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.9: Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması	68
Tablo 4.10: Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması	69

Tablo 4.11: Katılımcıların düzenli spor yapma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması	70
Tablo 4.12: Katılımcıların yaş ve antropometrik ölçümleri ile üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonlar	73
Tablo 4.13: Katılımcıların enerji ve besin öğeleri alım miktarı ile üç faktörlü yeme anketi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonlar.....	75
Tablo 4.14: Katılımcıların üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonlar.....	77

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: Kadın ve erkek katılımcıların BKİ sınıflarına göre dağılımı.....	56
Şekil 4.2: Katılımcıların ev dışında yemek yeme sıklıklarına göre dağılımı.....	59
Şekil 4.3: Katılımcıların uyku kalitelerine göre dağılımı	65
Şekil 4.4: Katılımcıların gece yeme sendromuna sahip olma durumlarına göre dağılımları	66

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşımlar

Biyolojik, sosyal, kültürel ve psikolojik ihtiyaçlara sahip bir varlık olan insanın sağlıklı bir birey olabilmesi için psikolojik ve fiziksel yönden temel ihtiyaçlarını karşılaması gerekmektedir. Bu ihtiyaçlar arasında yer alan uyku olgusu da, insan hayatında beslenme ve nefes alma kadar önemli bir fizyolojik ihtiyaçtır (Saygılı vd., 2011). Dolayısıyla uyku, sağlığın önemli bir değişkeni olarak kabul edilmekte ve kişinin iyilik durumuna ve yaşam kalitesine etki etmektedir (Şenol vd., 2012).

Uyku; toplam uyku süresi, uykuya dalmaya kadar geçen süre (uyku latensi), uyku düzeni ve uyku kalitesi gibi farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Uyku kalitesi, kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, sağlam, formda ve yeni bir güne daha hazır hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanıma göre ise uyku kalitesi; uykuya dalma süreci, gece içi uyanma sayısı ve uyku süresi gibi uykunun niceliksel yönlerini kapsadığı ve ayrıca öznel yönleri olan dinlendirici ve derin oluşu gibi yönlerini de kapsamaktadır (Yüksel, 2016).

İnsanlar, uyku ve dinlenme süreçlerinde hem mental hem fiziksel olarak rahatlık hissederler. Yapılan çalışmalar hızlı göz hareketlerinin olmadığı uykunun (NREM) fiziksel açıdan, hızlı göz hareketlerinin olduğu (REM) uykusunun ise mental açıdan rahatlık sağladığını göstermektedir. Uyku sürecinde fiziksel işlev olarak böbreklerden fosfat atımı, büyüme ve adrenal hormonların salınımı, deri

onarımı, vitaminlerin vücutta yararlı bir şekilde kullanımı ve protein sentezi gerçekleşmektedir. Diğer taraftan yenidoğanların büyümesi, yaraların iyileşmesi, vücutta yapım/onarım, bazal metabolizmanın yavaşlamasıyla vücut enerjisinin korunması da NREM uykusu sırasında meydana gelmektedir (Epstein ve Mardon, 2007).

Günümüzde obezite riskleri arasında uyku kalitesi ve süresi de yer almaktadır. Modern yaşamın gerektirdiği hareketlilikten, uyku sürelerinin önemli ölçüde etkilenmektedir ve bunun sonucunda kişilerin uyku sürelerinde kısaltmalar meydana gelmektedir (Watanabe, 2010). Copinschi'nin 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada, iştahta nöroendokrin düzenlemesi ve besin alımının, uyku sürecini etkilediği ve sınırlı uykunun da obezite gelişimini desteklediği saptanmıştır (Copinschi, 2015). Yapılan başka bir çalışmada ise, çocuklar ve ergenler arasında daha kısa uyku saatleri ve obezitenin gelişimi arasında anlamlı bir korelasyon olduğu belirtilmektedir (AlDabal ve BaHammam, 2011). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, yetişkinlerde daha kısa uyku saatleri ile obezite arasında korelasyon olduğu gösterilmekte ayrıca, uyku süresinin altı saatten az olması ile daha fazla ağırlık kazanımı, daha fazla yağ dokusu ve obezite arasında ilişki olduğunu ifade etmiştir (Peuhkuri ve Sihlova, 2012).

Uyku kalitesinin ve süresinin, kişilerin ağırlık kazanımlarını ve besin tüketimlerini etkilediği gibi son zamanlarda yapılan çalışmaların birçoğunda uykunun da besin tüketiminden etkilendiği belirtilmektedir (Pulat-Demir vd., 2017). Uyku yoksunluğunun besin tercihini etkilediği ve yetersiz uykunun metabolik bozukluklarla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Morselli vd., 2010). Sangmi ve arkadaşlarının 2011 yılında gerçekleştirdiği bir araştırmada, normal uyku süresi olanlara göre kısa uyku süresi olan kişilerin kahvaltı yapmama prevalansının daha

yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, yetersiz uyuyan kişilerin erken kalkma eğilimine sahip olduklarını, bu eğilimin gün boyunca yeme kalıplarını etkileyebildiğini, önceki öğünün sonraki öğün büyüklüğü ile zamanını da büyük ölçüde belirlediğini ifade etmektedirler. Grandner ve arkadaşlarının 2013’de yaptığı çalışmada ise sağlıklı diyetin uyku kalitesi üzerindeki etkilerinin net olarak açıklanamadığını vurgulanmaktadır (Sangmi vd., 2011).

Beslenme, yaşamın devam ettirilmesi ve sağlığın korunması için gerekli besinlerin alınmasıdır. Bununla birlikte beslenme sadece karın doyurma anlamında ele alınmamalıdır. Her tür besinin bileşiminde besin unsuru olarak kabul edilen kimyasal moleküller yer almaktadır. Günümüzde beslenme, bir bilim alanı olarak kabul edilmekte ve üzerine çok sayıda araştırmalar yapılmaktadır. Buna göre insanın büyümesi, gelişmesi ve sağlıklı olarak yaşayabilmesi için elliden fazla tür besin unsuruna ihtiyacı vardır (Samur, 2006). Bunlar genellikle proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve sudur. Su haricindeki besin öğelerinde ayrı özelliklere sahip ve bedenin çalışmasında ayrı fonksiyonları olan farklı türlerde besin unsurları yer almaktadır. Bunlardan biri ya da birkaçının sağlanmaması durumunda bedenin çalışmasında yetersizlikler görülmekte ve ortaya çıkan bozukluklar da dolaylı olarak insanların sosyal ve ekonomik yaşamlarını da etkilemektedir (Baysal, 2008).

Günümüzde yaşam biçiminin değişmesi nedeniyle ve besin endüstrisinin gelişmesine bağlı olarak rahatlıkla ulaşılabilen, tat duyusuna hitap eden, ucuz ve enerji değeri yüksek olan gıdalar üretilmektedir. Bu değişimlere bağlı olarak, teknoloji ve ulaşımdaki ilerlemeler fiziksel aktiviteyi azalmakta ayrıca, bilgisayar ve televizyon başında harcanan zaman fiziksel aktivitenin düşük olduğu bir yaşam tarzını oluşturmaktadır. Sonuç olarak bu çevresel koşullar altında yaşayan bireyler

yüksek enerji alımına karşın az enerji harcamakta ve bu durum obeziteye yol açmaktadır (Sencer ve Orhan, 2005).

Tüketilen besin miktarının fazla oluşu, obeziteyi arttıran çevresel etkiler arasındadır. En önemlisi ise porsiyon ölçüsü büyük olan gıdaların tüketimidir. Ucuz ve tüketime hazır besinlere her yerde ulaşmak mümkündür. Ayaküstü ve çabuk beslenmenin, ağırlık kazanımı ve insülin direnci arasında paralel bir ilişki olması, bu tarz beslenmenin obezite riskini yükselttiğini açıklamaktadır (Yetkin, 2012).

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ise, “yağ miktarının adipoz dokuda sağlığı bozacak ölçüde anormal ve aşırı miktarda artışı” olarak tanımlanmaktadır (Yaman, 2014). Obezite günümüzde; diabetes mellitus, safra kesesi hastalığı, uyku apnesi sendromu, iskemik kalp hastalığı, ve bazı kanser türlerinin riskinde artışa neden olan ve toplum sağlığını tehdit eden, yaşam süresini ve kalitesini azaltan bir hastalık olarak görülmektedir (Orhan, 2008). Bu nedenle vücut kütle indeksinde artış olması, uyku süresi ve obezite arasındaki ilişki üzerine odaklanmayı gerektirmiştir (Rahe vd., 2015).

Aşırı besin tüketiminin muhtemel risklerinden biri aşırı yada yetersiz uyku süresidir. Dolayısıyla her iki durum da uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Uyku süresinin azalması ile kilo artışı arasında ilişki olabileceğini gösteren araştırmalar mevcuttur. Uyku süresinin azalması doğrultusunda tokluk uyarıları gönderen leptin hormonu düzeyi azalırken, iştahı arttıran ghrelin hormonunun düzeyinde de artış görülmektedir. Ayrıca benzer araştırmalarda, gerek uzun gerekse kısa uyku süresi ile vücut kütle indeksi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Crispim vd., 2007).

İnsanlar normal şartlarda bir günün yaklaşık olarak yarısında besin tüketmemektedir. Açlık döneminin en uzun ve önemli kısmını uyku dönemi

oluşturmaktadır. İnsanlar günlük ortalama 7 - 9 saat arasında uyumakta ve uyku sürecine son öğünden yaklaşık 1 - 4 saat sonra geçmektedirler. Uyku sırasında enerji homeostaz'ı (hücre dışı gerçekleşen olaylar karşısında hücrenin kendi metabolizmasını koruma eğilimi), glukoz metabolizması değişiklikleri ve iştahın düzenlenmesi ile sağlanmaktadır. Gece yeme sendromu, gece uyanma ve tekrar uykuya dönmeden önce, bireylerin besin tüketimlerinin olmasıdır. Gece yeme sendromunda, uyku ve yemek ritimleri birbirinden ayrılmıştır. Gündüz enerji alımında gecikmelerin olması nedeniyle bireylerin sabah yeme durumları baskı altına alınırken, akşamları ve gece sürecinde yemek yemelerinde artış görülmektedir. Yeme durumu ve uyku ritmi arasında iki ile altı saatlik bir gecikme söz konusu olmakla birlikte uyku döngüsünde bozulma görülmemektedir (Orhan ve Tuncel, 2009). Son yıllarda yapılan çalışmalarda uyku bozukluğunun, gece yemelerini arttıran bir faktör olduğuna dair veriler elde edilmiştir.

Yetersiz ya da aşırı uyku süresi, çalışma yaşamında performans, işe odaklanma ve aradaki ilişkiyi olumsuz yönde etkilemektedir. Günümüzde uluslararası yapılan çok sayıda araştırma, beslenme davranışlarının uyku kalitesi üzerinde etkisini gösterir niteliktedir. Diğer taraftan ülkemizde de beslenme, besin tüketimi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2 Amaç

Bu çalışma, Doğu Akdeniz Üniversitesinde çalışan yönetsel personelin beslenme alışkanlıkları ile gece beslenmesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamaktadır.

1.3 Hipotez

Araştırmanın hipotezleri ise şu şekilde belirlenmiştir;

H₁ Hipotezi: Doğu Akdeniz Üniversitesinde çalışan personelin beslenme alışkanlıkları ile gece beslenmesi ve uyku kalitesi arasında bir ilişki yoktur.

H₂ Hipotezi: Doğu Akdeniz Üniversitesinde çalışan personelin beslenme alışkanlıkları ile gece beslenmesi ve uyku kalitesi arasında bir ilişki vardır.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Beslenme

İnsan, anne karnında başlayıp ölümüne kadar geçen yaşam sürecinde büyümek, gelişmek ve yaşamını devam ettirmek için beslenmek zorundadır. Beslenme, insan vücudunun gelişimi ve yaşamının devamlılığı için ihtiyaç duyduğu vitamin, protein, yağ, mineraller ve karbonhidrat gibi besin öğelerini yeterli düzeyde barındıran besinleri, özellik ve değerlerini kaybetmeden alarak vücutta kullanmak olarak tanımlanmaktadır. Beslenme hayati bir fonksiyondur. Dolayısı ile beslenme eyleminin doğru ve düzenli bir şekilde gerçekleştirilmesi, sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artması açısından önem taşımaktadır. Bir başka ifade ile sağlıklı bir yaşam sürebilmenin ön koşullarından biri, yeterli ve dengeli beslenmedir. Dolayısıyla beslenmenin şekli, türü ve sıklığı oldukça önemlidir (Baysal, 2012).

İnsanın yaşam sürecinin ilk dönemlerinde kazanmış olduğu beslenme alışkanlığı farklı kültürel, sosyoekonomik, çevresel ve eğitim faktörlerine bağlı kazanımlardır (Sürücüoğlu ve Özfer-Özçelik, 2004). Birey ve toplumların beslenme alışkanlıkları zaman içerisinde yavaş yavaş gelişerek oluşmaktadır. Bu süreçte; yaşanılan bölge, coğrafi koşullar, iklim, örf ve adetler, inanç ve değerler, sosyal çevre, ekonomik faktörler ve kültür gibi pek çok faktör beslenme alışkanlıklarının oluşumunda rol oynamaktadır (Karaağaoğlu ve Eroğlu-Samur, 2011). Örneğin, İslam toplumunda doğan bir bireyin inançları gereği bazı hayvansal besinleri yememesi,

etçil veya vejetaryen beslenme tercihleri, zaman içerisinde oluşan beslenme alışkanlıklarının bir sonucudur.

Çok çeşitli ve değişken faktörler tarafından etkilenen beslenme alışkanlıkları, kişinin günlük yemek yeme sıklığı (öğün sayısı), ana ve ara öğünlerde tüketilen besin tür ve miktarları, besin satın alma, yemek pişirme ve servis sunumu gibi pek çok davranışsal kalıpları da içermektedir (Applegate, 2011). Aynı zamanda kişisel beslenme alışkanlıkları, toplumun ve/veya kişinin beslenme durumunu ve düzeyini göstermektedir.

2.1.1 Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme, insanın sağlıklı ve üretken olarak büyümesi, gelişmesi ve uzun süre yaşayabilmesi için gereken besin unsurlarını alması açısından önemlidir. Vücudun büyümesi, yenilenecek işlevlerini sürdürebilmesi için kendisine gerekli olan besin unsurlarının her birini yeterli ölçüde alması ve bedenle uyumlu olarak kullanması, yeterli ve dengeli besin ifadesiyle tanımlanmaktadır (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015).

Sağlıklı beslenme; birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin geliştirilerek iyilik seviyesinin yükseltilmesine doğrudan katkıda bulunmaktadır. Sağlıklı beslenme davranışlarının meydana gelmesinde çok sayıda faktörün rolü bulunmakla birlikte sosyal ve ekonomik durumun en önemli etmenlerden olduğu ifade edilmektedir. Eğitim düzeyi, gelir durumu, meslek gibi sosyoekonomik değişkenler, beslenme imkân ve davranışlarını ve sağlık durumunu etkilemektedir (Özcebe ve Bağcı Bosi, 2014).

Yeterli beslenme, vücudun çalışmasını devam ettirebilmesi için ihtiyaç duyulan enerjinin karşılanmasıdır. Dengeli beslenme ise gerekli enerji dışında tüm besin öğelerinden gereksinim kadar tüketilmesidir. Yeterli ve dengeli beslenme,

büyüme ve gelişmenin sağlanabilmesi ve sağlığın korunması için; bireyin içinde bulunduğu fizyolojik ortam, yaş, cinsiyet faktörlerine göre gereksinim duyulan besin öğeleri ve enerjinin ihtiyaç duyulan miktar, kalite ve çeşitte, düzenli, sürekli ve ekonomik olarak vücuda sağlanmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenmede, vücudun ihtiyaç duyduğu enerji ihtiyacının sağlanabilmesi ve dengenin kurulabilmesi için başta karbonhidrat, protein ve yağ olmak üzere tüm besin öğelerinin alımlarına dikkat edilmesi gerekmektedir (Baysal, 2012).

Günümüzün sağlık sorunlarından biri de yetersiz ve dengesiz beslenmedir. Toplumda yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayacak beslenme politikalarının oluşturulabilmesi için topluma ait beslenme alışkanlıkları ve sağlık verilerinin olması gerekmektedir. Türkiye’de 1974’de gerçekleştirilen beslenme, sağlık ve gıda tüketimi araştırması, konuyla ilgili olarak bugüne kadar yapılmış en kapsamlı araştırmadır. Bu tarihten sonra ülke çapında ve Türkiye’yi temsil edecek örneklem üzerinde yapılmış araştırma bulunmamaktadır. 1984 yılında yapılan gıda tüketimi ve beslenmeye yönelik araştırma ise ülke genelinin bir göstergesi olarak üç ilde sağlık taraması yapılmaksızın gerçekleştirilmiştir. Bu alanda her beş yılda bir olmak üzere bu doğrultudaki araştırmaların yapılması gerektiği planlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.1.2 Besin ve Besin Öğeleri

Besin, canlıların hayatlarını devam ettirmesi için gerekli olan, canlıya enerji, su, karbonhidrat, yağ,, protein, tuz, vitamin ve mineral sağlayan temel maddelerdir (TDK, <http://www.tdk.gov.tr>). Ayrıca besinlerde bulunan, vücutta emilen ve sağlık açısından önem taşıyan kimyasal bileşikler veya besin öğelerinden oluşan kompleks bileşikler olarak tanımlanan besinler, halk arasındaki kullanımı ile yenilebilir,

beslenmeye elverişli her tür madde veya gıda olarak adlandırılmaktadır (Ersoy, 2012).

Besinler canlıların yaşamlarını sürdürebilmeleri için tüketmek zorunda oldukları, onlara yaşam için gerekli enerji vb. tüm kaynakları aktaran maddeler veya kimyasal bileşiklerdir. Bu nedenle, besinler temel niteliktedir ve vücutta yapılamadıklarından dolayı dışardan alınması gerekmektedir (Baysal, 2012).

Besin öğeleri, yaşamın sürdürülebilmesi için en fazla ihtiyaç duyulan, bazıları laboratuvar ortamında üretilen, günlük yaşamda tüketilmesi zorunlu olan ve sağlık üzerinde zararlı etkileri olmayan her türlü içecek ve yiyeceklerin yapısında bulunabilen maddelerdir (Applegate, 2011). İnsanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için besin öğelerine gereksinimi vardır. Bu öğelerin her birinden günlük olarak ne kadar alınması gerektiğinin bilinmesi, sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması, üretken olarak uzun süre yaşamın devam ettirilmesi için gereklidir. Besin öğelerinin herhangi birisi alınmadığında, vücudun ihtiyacından az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve buna bağlı olarak sağlığın bozulduğu yapılan bilimsel çalışmalarda ortaya konmuştur (Karaağaoğlu ve Eroğlu-Samur, 2011). Sağlıklı olmak için, yenilen besinlerin çeşitleri kadar miktarlarına da dikkat edilmesi ve vücut için gerekli olan besin öğelerinin doğru tüketilmesi gerekmektedir (Pehlivan, 2015).

Vücudun çalışmasında, besin öğeleri hem farklı görevlere hem de aynı görevlere sahiptirler. Örneğin, et protein kaynağı olduğu için yenmektedir, ancak etin içinde yağ gibi diğer besin öğeleri de bulunmaktadır, ancak protein oranı daha yüksek olduğu için et, protein kaynağı olarak tüketilmektedir (Acar, 2012).

Farklı kültür ve coğrafyalarda beslenme alışkanlıklarında değişiklik görülsede, ana besin grupları olan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral ve suyun yeterli, dengeli ve düzenli olarak alınması şarttır (Baysal, 2012).

2.1.2.1 Makro Besin Öğeleri

Makro besin öğeleri kapsamında kabul edilen karbonhidrat, protein ve yağlar yakıt kaynağı olarak kullanılmakta ve günlük enerji ihtiyacı karşılığında alınmaktadır.

2.1.2.1.1 Karbonhidrat

Vücuda enerji veren ve besinlerde en fazla bulunan besin öğelerinden biri olan karbonhidratlar, temel enerji kaynağı olarak karaciğer ve kaslarda glikojen olarak depolanırlar (Baysal, 2012). Karbon, hidrojen ve oksijenden oluşan, bitkisel besinlerde daha fazla bulunan organik bileşikler olan karbonhidratlar, vücudun ihtiyacı olan enerjinin büyük bir kısmını sağlarlar (Applegate, 2011). Tüm dokular enerji gereksinimi için karbonhidratı kullandığı gibi beyin dokusu enerji için sadece karbonhidratı kullanır. Ağır fiziksel egzersizler için en iyi enerji kaynağının karbonhidratlar olduğu bilinmektedir (Baysal, 2008).

Karbonhidratlar antiketojeniktirler, eğer karbonhidratlar vücut ihtiyacından az alınırsa normalden daha çok ketonlar ve asitler oluşur. Şişmanlığa yol açan durumlardan biride, beslenmede karbonhidrat tüketiminin fazla olmasıdır. Ayrıca fazla tüketilen karbonhidratın, çocukların bağırsaklarında fermantasyon görevi yapan bakterilerin artışına neden olarak, fermantasyon isallerine yol açmaktadır (Kutluay-Merdol, 2012).

Karbonhidratlar, basit ve kompleks olmak üzere iki ayrı grupta incelenir. Dengeli ve sağlıklı beslenme için karbonhidratın günlük tüketiminin % 15'i basit karbonhidrat içeren besinlerden (Bal, şeker ve şekerli gıdalar, şekerli içecekler vb.),

% 85'i ise bileşik karbonhidrat içeren besinlerden (sebzeler, tahıl ürünleri, ve kuru baklagiller vb.) oluşması oldukça önemlidir. Basit karbonhidratlara göre bileşik karbonhidratların sindirimleri daha uzun sürdüğünden, (yaklaşık 3–4 saat) bu durumun kan şekeri üzerine etkisi daha yavaş olmakta ve daha uzun sürmektedir. Basit karbonhidratlar büyük bir değişikliğe uğramadan ince bağırsaklardan yaklaşık 15 dk. gibi bir sürede geçerek kana karışmaktadır (Pehlivan, 2015). Günlük alınması gereken enerji ihtiyacının %50-60'ının karbonhidrat kaynaklı yiyeceklerden sağlanması gerekmektedir (300-350 g/günde). Bu miktarın büyük bir kısmının kompleks karbonhidrat içeren besinlerden oluşması ve posa içeriği yüksek olan besinlerin tercih edilmesi gerekmektedir (Ersoy, 2012).

2.1.2.1.2 Protein

Vücudun fonksiyonel ve yapısal bileşeni olan proteinler, metabolik tepkimeleri katalize eden enzimlerin yapıtaşdır. Bağışıklık sisteminin güçlenmesinde, hastalıklarla savaşan antikorların yapımında, vücudun osmotik basınç, sıvı ve asit-baz dengesinin sağlanmasında ve hormonların yapımında görevlidirler. Büyüme, gelişme, vücut dokularının yenilenmesi ve yeni dokuların oluşması için kullanılırlar. Sinirsel uyarıların oluşumu ve iletimini sağlarlar (Samur, 2008). Amino asitler tarafından oluşturulan nitrojen içerikli bir besin maddesi olan proteinlerin, vücutta çok sayıda fonksiyonu vardır. Hemogloblin, enzimler, ve çok sayıda hormon proteinlerden üretilmektedir (Tayar vd., 2015).

Vücuttaki proteinler, sadece yağ ve karbonhidrat miktarında bir yetersizlik söz konusu olduğu zaman enerji kaynağı olarak kullanılırlar. Proteinlerin vücutta çok sayıda görevleri vardır ve en önemlileri; enerji sağlanmasında yardımcı olan enzimleri ve hormonları yapmak, vücudun alkali-asit dengesini sağlamak, kanın pıhtılaşmasına ve besinlerin sindirilmesine yardımcı olmak, hastalıklarla ve

mikroplarla savaşmak için vücuda gerekli olan antikorı sağlamaktır. Protein eksikliği, tüm organ sistemlerinde bozulmalara ve merkezi sinir sisteminde değişikliklere neden olmaktadır. Vitamin alışverişi engellenir ve organizmanın direnç yeteneği azalır. Aktif bir şekilde spor yapmayan bireylerin günlük protein gereksinimi 0,8-1 g/kg dır (Pehlivan, 2015).

Proteinler vücutta belirli görevlere sahip hücreler ve hücre bileşenleri şeklinde bulunur. Yapı taşları olan aminoasitlere, sindirim kanalında ayrılırlar, sonrasında kana geçer ve karaciğere taşınırlar. Burada ise aminoasitlerden vücut doku proteinleri üretilir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015).

2.1.2.1.3 Yağ

Yağlar, tüm yaşayan canlılar için biyolojik olarak zorunlu maddelerden biridir, en fazla hayvan ve bitki dokularında bulunur. Vücut yağı, fazla yağ tüketimi ile fazla tüketilen protein ve karbonhidratların vücutta yağa dönüşerek depolanmasıyla oluşur. Günlük beslenme ile alınan yağların 1/3'ünü doymuş, 1/3'ünü tekli doymamış, 1/3'ünü de çoklu doymamış yağlar oluşturmaktadır (Orhan, 2001).

Enerji değeri en yüksek olan yağlar, eşit miktarlardaki protein ve karbonhidratlara göre iki kat daha fazla enerji vermektedir (şanlıer ve Ersoy, 2005). Yağda eriyen vitaminlerin ve yağ asitlerinin vücuda alınmasını ve vücutta kullanılmasını sağlamaktadır. Deri altı yağ dokusu, organların etrafını çevreleyerek onları dış etkilerden korur, destekler ve vücut ısısının kaybını önlerler. Bazı hormonların ham maddeleridir. Midede uzun süre kalmaları ve sindirilememeleri nedeniyle insana tokluk hissi verirler (Ersoy, 2012).

Fizyolojik açıdan önemli role sahip olan yağların, fazla tüketimi veya metabolizma üzerinde bazı yağ asitlerinin negatif etkilere neden olmasından dolayı

yağ alımının sınırlandırılması gerekmektedir. Yağların fazla miktarda tüketilmesi obezite gibi hastalıklara neden olurken, aşırı miktarda tüketilen trans yağ asitleri koroner kalp hastalıkları riskini artırmaktadır. Günümüzde birçok besin ürününde bulunan trans yağ asitleri, metabolizma üzerinde doymuş yağ asitleri ile benzer özellik göstermelerinden dolayı kolestrole bağlı kalp hastalıkları riskini artırmaktadır (Yılmaz ve Geçgel, 2007). Sağlık üzerinde, trans yağların negatif etkilerinin görülmesi nedeniyle, beslenme alanında kullanılan ve tüketilen yağ bileşimleri daha fazla ilgi uyandırmaktadır. Trans yağ asitleri, kötü huylu kolesterol olarak bilinen ve aterosjenik etki gösteren LDL (kötü huylu kolesterol) kolesterol miktarını artırırken; iyi huylu kolesterol olarak bilinen HDL (iyi huylu kolesterol) kolesterol miktarını azaltmakta ve oluşan bu durum sağlık açısından birçok olumsuz etkilere neden olmaktadır (Tavella vd., 2000).

Toplum sağlığına önem veren ülkelerde, trans yağ asitlerinin tüketimini azaltmak amacıyla, gıda sanayisinde kısmi hidrojenize yağların kullanımı azaltılmaktadır (Kayahan, 2003). Trans yağ asidi miktarını sınırlamak amacıyla yapılan başka işlem ise, yağ sektöründe üretilen ürünlerde hidrojenasyon (organik bileşiklere hidrojen katılması) işleminin modifikasyonu ve interesterifikasyon (alkali metilat ile işlenmemiş bitkisel kaynaklı yağların reaksiyona girmesi sonucunda yağ asitlerinin yer değiştirmesi) teknikleri uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra, çikolata üretiminde de oldukça fazla miktarda kullanılan palm çekirdek yağı gibi birtakım tropik yağlarla bunların fraksiyonlarının kullanımıyla yağ asidi bileşimleri ve modifiye edilmiş yağlı tohumların üretiminden elde edilen yağların kullanımı da giderek yaygınlaşmaktadır (Nas vd., 2001). Çikolatanın içerisinde bulunan yağın kalitesi, tüketici sağlığını doğrudan olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum üzerinde, kullanılan yağ içeriğindeki özellikle trans yağ asitinin oranı önemli

role sahiptir. Endüstriyel işlemlerin sonucunda meydana gelen trans yağ asitlerinin tüketimi azaltılmadığı takdirde, istenmeyen birçok sağlık sorununa neden olabilmektedir(Tayar vd., 2015).

2.1.2.2 Mikro Besin Öğeleri

Mikro besin öğelerini vitaminler, mineraller ve su oluşturmaktadır. Bu öğelerin enerji değeri bulunmamakla birlikte, enerji fonksiyonlarının yeterli olabilmesinde ve sağlığın devamında önemli rolleri vardır (Baysal, 2012).

2.1.2.2.1 Vitamin

Diğer besin öğelerinden farklı bir yapıya sahip olarak, hücre içerisinde bulunan bazı enzimlerin yapısına katılarak koenzimleri oluşturan vitaminler, normal büyüme ve gelişmenin devamı için gereken organik unsurlardır. Vitaminler, sağlıklı büyümeyi sağlayarak, sindirim ve sinir sistemlerinin normal çalışmasını ve besin öğelerinin yeterli ve doğru kullanımıyla vücut direncini arttırarak insan sağlığını etkilemektedir(Applegate, 2011).

Vitaminler enerji vermemekle birlikte, metabolizmada önemli rolü olan birtakım enzimlerle birleşerek protein, yağ ve karbonhidratlardan enerji sağlanması için gereken biyokimyasal durumların ortaya çıkması ve düzenlenmesine katkıda bulunurlar. Dolayısıyla vücudun sınırlı ve az kullandığı öğelerdir. Bir kısmı ise kan oluşumunda, sinir ve sindirim sistemleri ile deri ve mukoza sağlığının korunmasında aynı zamanda da büyümede rol oynamaktadırlar (MEB, 2011).

Vitaminler suda ve yağda eriyen vitaminler olmak üzere iki grupta incelenir.Yağda eriyen vitaminler: A, D, E, K vitaminleri iken; suda çözünen vitaminler; B kompleks vitaminleri ve C vitaminidir. Suda çözünerek kolayca kana karışabilen bu vitaminler aşırı tüketildiklerinde vücut ihtiyaç kadarını depo ederek fazlasını dışarı atar (Ersoy, 2012).

2.1.2.2.2 Mineral

Mineraller, insan vücudunda ortalama %4-6 oranında bulunmaktadır. Vücuttaki minerallerin çoğu kalsiyum ve fosfordan oluşmakta, kemiklerde, dişlerde, az oranda vücut sıvıları ve yumuşak dokularda bulunmaktadır. Bunlar; insan vücudunda 5 gr'dan daha fazla olan ve günlük ihtiyaç olarak 100 mg gerektiren magnezyum, fosfor, potasyum, sodyum, klor ve kalsiyum gibi makro mineraller ve dokularla sıvılarda 1 mg/g'dan daha az bulunan iyot, demir, krom, çinko, flor, manganez, bakır, selenyum ve molibden oluşan mikro minerallerdir (Arlı vd., 2015).

Minerallerin hem birbirlerinden farklı hem de ortak işlevleri bulunmaktadır. Vücut sıvılarının asit-baz dengesinin düzenlenmesi, osmotik basıncın sağlanması, sağlığının korunması, kemik ve dişlerin normal büyümesi, sinir sistemi, organların ve kaslar düzenli çalışmasında etkili olması ortak görevlerindedir. Mineraller inorganik olmalarıyla birlikte vücutta organik moleküllerle birleşik olarak da yer almaktadırlar (Arlı vd., 2015). Minerallerin her biri, vücut çalışmasında ayrı bir öneme ve yere sahiptir. Mineraller, tüm yaşayan hücre yapılarında bulunmakta olup düzenli kas kasılmasında, düzenli kalp atışında, kemik ve dişlerin büyümesinde, vücut sıvılarının elektrolit dengesinde ve enzimlerinin etkinliğinde büyük öneme sahiptir (Sizer ve Whitney, 2014).

2.1.2.2.3 Su

Su canlı organizmalar içerisinde en önemli olan besin öğelerinden biridir. Vücutta bulunan su miktarı, kişilerin cinsiyetine ve yaşına göre farklılık göstermektedir. Çocukluk döneminde vücut su oranı yüksek, ilerleyen yaşla birlikte vücut su oranı azalmaktadır. Yeni doğan bebeklerde yaklaşık olarak vücut su oranı %90 iken, çocuklarda %70, yetişkinlerde ise bu oran %59'lara kadar düşmektedir (Acar, 2012). Su, yaşamı sürdürebilmek için oksijeden sonra gelen en önemli öğedir.

Su vücutta emilim, sindirim ve hücrelere taşınmasında, organ ve dokuların düzenli olarak çalışmasında, vücut ısısının denetiminde ve zararlı olan maddelerin dışarı atılmasında önemli rol oynar. Vücudun bu işlevlerini sürdürebilmesi için günlük en az 2 litre su tüketilmelidir; kahve, çay gibi sıvılar suyun işlevini yerine getiremez (Baysal, 2012).

2.2 Vücut Ağırlığı ve Obezite

Obezite; vücuttaki yağ kütesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artışı sonucunda, boya göre vücut ağırlığının istenilen değerin üzerine çıkmasıdır (Çıtak-Akbulut vd., 2007). Obez insanlardaki ortak nokta, alınan kalorinin ihtiyaçtan ya da harcanandan daha fazla olması durumudur (Usman, 2007).

Obezitenin gelişimi genler ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır (Babaoğlu ve Hatun, 2002). Fiziksel aktivitenin azlığı, yanlış ve aşırı beslenme obeziteye yol açan en önemli nedenlerdir. Diğer taraftan genetik, fizyolojik, psikolojik, nörolojik faktörler ile çevresel ve sosyokültürel koşullar obeziteye neden olan etmenler arasındadır (Babaoğlu ve Hatun, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından obezite, “sağlığa zarar verecek derecede vücutta aşırı yağ birikmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde beden ağırlığının ortalama %15-20’sini, kadınlarda ise %25-30’unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda da %30’un üstüne çıkması hali obezite olarak değerlendirilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Obezitede vücut yağının toplam miktarı kadar, vücutta dağılımı da obezitenin riskleri açısından önem teşkil etmektedir. Vücudun yağ birikimine göre iki tür obezite tanımlanmaktadır. Bunlardan birincisi jinoid tip obezite, diğeri ise android tip obezitedir. Vücudun enerji depolarından olan yağlar, trigliseritler şeklinde yağ dokusu içerisinde depolanmaktadırlar. Adipoz dokunun bedenin farklı bölgelerinde

yayımları genetik kontrol ile gerçekleşir, erkeklerde ve kadınlarda farklılık gösterir (Ballı, 2013).

Beden ağırlığını etkileyen önemli nedenler arasında öğün düzeni ve sıklığında bulunmaktadır. Öğün sayısı günde üç veya daha fazla olup öğünlerini düzenli olarak tüketen bireylerin, öğün sayısı günde bir veya iki kez olan ve düzensiz beslenen bireylere göre daha az sıklıkta obezite görülmektedir. Enerji tüketimi ve enerji alımı arasındaki ilişki negatif veya pozitif enerji dengesini ortaya çıkararak beden ağırlığını değiştirmektedir. Yetişkinler senede ortalama bir milyon kkal harcarlar. Burada enerji tüketimine karşı enerji alımında yapılacak % 5'lik bir hatanın vücut ağırlığında 7 kg kadar değişime yol açtığı belirtilmektedir. Buna bağlı olarak obezite, sadece enerji alımının, enerji tüketiminden fazla olduğu zaman olmaktadır. Bugün çevremizde limitsiz şekilde kolaylıkla elde edilebilen, çok ucuz, oldukça lezzetli ve enerjiden zengin gıdalardan bolca bulunmaktadır. Bu duruma düşük fiziksel aktiviteli yaşam tarzı da eklenmiştir. Bu çevresel şartlar yüksek enerji alımına, düşük enerji kullanımına yol açmaktadır. Pozitif enerji dengesi ise beden kütlelerini arttırmaktadır. Obez bireylerin fazla yeme isteğinin, aile çevresinden öğrenilen bir alışkanlık olabileceği düşünülmektedir. Fiziksel etkinlik eksikliği, bilgisayar başında fazla zaman geçirme, aşırı televizyon seyretme gibi kişiyi hareketsiz kılan çoğu alışkanlık da genellikle aile yaşamı ile ilişkilidir (Yıldız, 2014).

2.2.1 Obezitenin Açtığı Sorunlar

Obezite, sınırlı miktardaki sağlık bakım harcamalarına tehdit unsuru olan; özellikle kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve kanser insidansını artıran ve daha bir çok sağlık problemine yol açan epidemik bir hastalıktır. Obezitedeki değişiklikler iki grupta incelenebilir. Bunlar; artmış olan yağ doku hücreleri içinden salınan patojen ürünlerdeki artış ve adipoz doku miktarında artıştır.

Obezite patogenezinin basite indirgenmesi ve buna göre sınıflandırılması sayesinde obezite komplikasyonları da nedenlere göre sınıflandırılabilir. Bunlar da; yağ hücrelerinin salgısal ve metabolik işlevlerindeki değişiklikler sonucunda oluşan sorunlar ve yağ doku miktarının artmasına bağlı gelişen sorunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Obezitenin neden olduğu ruhsal sorunlar arasında ise anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza, tıkanırcasına yeme, gece yeme sendromu yer alır. Bunun yanı sıra toplumsal uyumsuzluklar, ayaklarda ve kasıklarda mantar enfeksiyonları ile kas-iskelet sistemi sorunları da sıklıkla görülmektedir. Obezitenin en çok yol açtığı sağlık sorunları ise aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (Terzi, 2016).

Tablo 2.1: Obezitenin en çok neden olduğu sağlık sorunları

Metabolik ve Hormonal	Kardiyovasküler Sistem	Solunum Sistemi	Sindirim Sistemi	Kanser
Metabolik sendrom	Koroner kalp hastalığı	Uyku apne sendromu	Karaciğer hastalığı	Meme
Tip 2 DM	Serebrovasküler hastalık	Obezite-hipoventilasyon sendromu	Safra kesesi hastalığı	Dişi üreme: serviks, endometrium, over
Hipertansiyon	Konjestif kalp yetersizliği			Kolon
İnsülin direnci, hiperinsulinemi	Tromboembolik hastalık			Safra kesesi
Dislipidemi				Prostat
Gut				Böbrek
Uyku bozuklukları				

2.2.2 Obeziteyi Saptama Yöntemleri

Kişilerin obezite derecesini saptamak amacıyla birçok ölçüm ve formül kullanılmaktadır. Vücuttaki yağ oranının tespit etmek amacı ile araştırma

laboratuvarlarında toplam su miktarı ve vücut iletkenliği ölçümü, su altı ölçüm teknikleriyle vücut yoğunluğu derecesinin saptanması ve gaz absorbe etme yöntemleri kullanılmaktadır. Aynı amaçla manyetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme teknikleride yağ oranını tespit etmekte kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin pratikte kullanımlarının az olması ve yöntemlerin pahalılığı nedeniyle yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu nedenle klinikte obezitenin ve yağ oranının saptanmasında antropometrik ölçümlere başvurulmaktadır (Bakırtaş, 2004).

Antropometrik ölçümler ile yağsız vücut kütlesi ve vücut yağı tespit edilebilmektedir. Saha araştırmalarında ve obezite kliniklerinde en fazla kullanılan antropometrik ölçümler; boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleridir (Aykol, 1995). Vücut yağ yüzdesinin belirlenmesi kolay bir durum olmadığından obezite, aşırı yağ dokusunun mevcudiyetinden daha ziyade, aşırı kilo olarak da ele alınabilir. Dünya sağlık örgütü, obezite ve aşırı kilolu olma durumunu beden kütle indeksine (BKİ) göre yapmaktadır (WHO, 2016b).

$$\text{Beden Kütle İndeksi (BKİ)} = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy (m)}^2$$

Bu formüle göre; aşırı kilolu olma durumu: $\text{BKİ} = 25, 0-29, 9 \text{ kg/m}^2$ ve obezite: $\text{BKİ} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olarak kabul edilmektedir. Yetişkin bireylerde obezite ve aşırı kiloluluk sınıflandırılması için BKİ sıkça kullanılan boy ve kilo oranıdır.

BKİ, her iki cinsiyette ve erişkin bireylerin tüm yaş gruplarında aynı olduğundan, nüfus düzeyinde değerlendirildiği zaman obezitenin ve aşırı kiloluluk durumunun en kullanışlı ve en pratik ölçümünü sağlamaktadır (Orhan, 2008).

Obezite değerlendirilmesinde sıkça kullanılan yöntemlerden birisi de vücudun çeşitli bölgelerindeki deri kıvrım kalınlıklarının ölçümüdür. Ayrıca özellikle karın bölgesi obezitesinin değerlendirilmesinde bel-kalça oranıyla bel çevresi ölçümü

de uygulanmakta ve söz konusu yöntemlerin birden fazlasının birlikte kullanılması da önerilmektedir (Güney vd., 2003).

Tablo 2.2: BKI'ye göre değerlendirme(WHO, 2000).

BKI(kg/m ²)	Vücut Ağırlığının Durumu
< 18.5	Düşük Kilolu
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Preobez
30.0-34.9	Obez-I
35.0-39.9	Obez-II
>40.0	Obez-III

2.3 Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme konusunda eksik bilgiler, genetik ve psikolojik faktörler yeme davranış bozukluklarına sebebiyet verebilmektedir. Obezite problemi olan kişilerin çoğunluğu, sebebinin ne olduğu fark etmeksizin, aşırı miktarda besin tüketme ya da kötü beslenme eğilimindedir. Bazı yeme davranış ve tutumları kilo alımını kolaylaştırmaktadır veya kaybedilen kilonun geri alınmasına sebep olmaktadır. Bu tarz beslenme ve davranış biçimleri ile obezite tedavisi süresinde sıklıkla karşılaşılmakta ve kimi zaman tedaviyi bırakmaya neden olabilmektedir (Applegate, 2011). Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinin, hem obezite başlangıcına engel olabileceği hem de tedavisine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Beslenme şekli anne karnından itibaren bireyin beslenmesini şekillendirerek ileriki dönemlerde de beslenme alışkanlıklarını ve bireyin yeme şeklini etkileyebilmektedir. Süt çocukluğu döneminde anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu bir etken teşkil ederken, karışık veya yapay beslenme obezite riskini

arttırabilmektedir (Acar, 2012). Vücut ağırlığını etkileyen önemli etkenlerden birisi de öğün sıklığı ve düzenidir. Öğünlerini düzenli aralıklarla tüketen ve günde üç kez ya da daha fazla beslenen bireylerde, günde bir ya da iki kez düzensiz aralıklarla beslenen kişilere oranla obezite görülme riskinin daha az olduğu belirtilmiştir (Kabalak, 1995). Bununla birlikte mama ile beslenen çocuklar anne sütü ile beslenen çocuklara kıyasla daha şişmandırlar fakat bu durumun ileri yaşlarda obeziteye olan katkısı tartışmalıdır. Bazı küçük çaplı çalışmalar ise, anne sütü ile ileride obezite olmanın ilişkisi olmadığını göstermiştir. Ancak birkaç büyük çaplı kohort çalışması ise, anne sütü ile beslenen bebeklerin gelecek dönemlerde obeziteye daha az maruz kaldıkları gösterilmiştir (Karaağaoğlu ve Eroğlu-Samur, 2011).

Bireyin içinde yetiştiği aile ortamı beslenme alışkanlığına etki edebilmektedir. Ayrıca ailesel davranışlar emosyonel yemenin gelişimine de zemin hazırlayabilmektedir. Özellikle de çocukluk döneminde yiyecek tüketimi esnasında ebeveynlerin fazla kontrolcü yaklaşımı emosyonel besin tüketiminin ortaya çıkmasına büyük oranda katkı sağlamaktadır. Çocuğa yemesi ya da yememesi hususunda yapılan yoğun baskı, iyi bir davranışın sonucunda her hangi bir besinin ödül olarak verilmesi ve de her hangi bir besinin teselli etme amaçlı kullanımı şeklinde kontrol mekanizmalarının sık görüldüğü ailelerin çocuklarında açlık veya tokluk ile alakalı algılara dair duyarlılığın gelişmesinde aksaklıklar görülmektedir. Açlık ve tokluğu algılama problemi yaşayan çocuklar, ileriki dönemlerde herhangi bir uyarana karşısında aç olmaya bağlı olmadan emosyonel olarak yeme davranışı göstermektedirler (Baysal, 2012). Bu bulgular, çocukluk döneminde, ailenin de katkısıyla, edinilen beslenme alışkanlıklarının, ileride bireylerin yeme biçimleri ve kilo durumları üzerine etkili olacağını düşündürmektedir.

Günümüzde geçmişe oranla yaşam stilinde meydana gelen değişiklikler beraberinde bireyselliğin artışı ile birlikte yiyecek hazırlama ve paylaşma alışkanlıklarında da değişikliklere neden olmuştur. Hızlı ve yalnız başına yeme alışkanlığı yaygınlaşmıştır. Bu durumdan dolayı kişilerin yiyeceklerinin içeriğinde ve yiyecek tercihlerinde de değişme meydana gelmiştir (Dedeoğlu ve Savaşçı, 2005). Bu değişimler de obezite oluşumuna katkı sağlayabilmektedir.

2.4 Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları psikolojik, sosyal ve tıbbi sorunlara neden olan, bireyin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen, yeme davranış bozukluklarıdır (Fairburn ve Harrison, 2003). Eski çağlardan bu yana değişen semptomlarla var olmuştur (Canat, 1999). Kilolu olmak zerafetten yoksun olmak ve yaşlılık, zayıf ve ince olmanın ise güzel ve çekici bulunduğu şeklindeki estetik algı ve moda, genç kızlarda ince olma ve zayıf kalma arzusunu oluşturmuştur (Ertaş, 2006). 1930'lu yıllardan itibaren psikanalitik yaklaşım yeme bozukluğunu ele almış, kusma ve düzensiz yeme alışkanlığı üzerinde durmuştur. İncelenen literatür sonucunda, yeme bozukluğu ile ilgili yapılan açıklamaların, Freud'un saptamış olduğu noktalardan yola çıkılarak "cinselliğin kontrolü" ve "bozulmuş beslenme dürtüsü" üzerinde durulduğu görülmüştür (Pirim ve İkiz, 2004).

Yeme bozukluğunun nedenleri ve tedavisi, psikiyatri dalında tartışma konusu olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalığın gerek seyri, gerekse sonuçları bakımından etkileri büyük risk faktörü oluşturmaktadır. Geçtiğimiz otuz yıllık zaman dilimi içerisinde, yeme bozukluklarında anoreksiya nervoza hastalarının %25'inin bulimia nervoza geliştirerek vücut ağırlıklarında büyük değişikliklerin meydana geldiği veya düşük beden ağırlığı ile hayatlarını sürdürdüğü, %25'inin ise hayatını kaybettiği görülmektedir. Yeme bozukluğu, erkeklere oranla kadınlarda

daha fazla görülmekte ve %1 civarında yaygınlık oranı bulunmaktadır (Davison ve Neale, 2004).

Yeme bozukluklarının oluşma nedenleri bakımından erken dönemde başlayan kompleks ve komplikasyonları uzun süre devam eden terapötik dirençle tanımlanan ölümcül sonuçları olan bozukluklardır (Oral, 2006). Yeme bozukluğu patolojisi, Kernberg'e göre kişinin vücuduna karşı verdiği mücadele olarak tanımlanmıştır (Kernberg, 1994). Hastaların sıklıkla psikosozyal ve metabolik sorunlar yaşadığı, anksiyete ve aşırı derecede duygu durum bozuklukları gösterdikleri; ayrıca toplumdan kendilerini soyutlamış bir yaşam sürdürmeyi tercih ettikleri gözlenmiştir (Aydın vd., 1999).

Yeme bozukluğu tanısı konmuş hastalara bakıldığında, kişilerin sosyal ve bireysel niteliklerinin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Kişinin düşük yada normal ağırlıkta olmasına rağmen, kilo almaya karşı duyulan aşırı kaygının var olması, derforme olmuş vücut görüntüsü ve kendini kilolu olarak görmesi, yeme bozukluklarının başlıca özelliklerindedir (Ünalın vd., 2009). Klinisyenler tarafından yapılan araştırmalarda bulimiya ve anoreksiyanın kökeninde birden fazla nedenin olduğu, ayrıca bunlara birden fazla faktöründe eşlik ettiği tespit edilmiştir. Yeme patolojisinde, psikolojik ve genetik yatkınlık yani aile sistemi, bireysel ve sosyokültürel özellikler önemli yer tutmaktadır (Demir vd., 1998).

Anoreksiya nervoza; hastaların kilo alma ve şişman olmaya karşı duyduğu korkuyla ve ince bir vücuda sahip olmak amacıyla, kilo vermek için uygun olmayan davranışlara sürükleyen bir yeme bozukluğudur. Hastaların vücut ağırlıklarını kontrol altına almak amaçlı sergiledikleri davranışların başında aşırı miktarda öğün tüketimlerini kısıtlanmaları gelmektedir. Ayrıca bu kişiler laksatif-diüretik ilaçlar kullanma, aşırı egzersiz ve kendini kusturma gibi davranışlarda sergilemektedir. Bu

hastaların vücut ağırlıkları oldukça düşüktür ve bu durum hastada ciddi sağlık sorunları yaratmaktadır. Fakat görünenin aksine anoreksiya nervozlu hasta, kendi zayıf bedeninden memnuniyet duymakta ve bu ciddi tabloyu normal karşılamaktadır. En belirgin semptomu beden imgesi bozukluğudur. Zayıflığın bilincinde olmayan hasta bu durumu reddetmekte ve daha fazla zayıflamaya çalışmaktadır. Ruhsal problemlerin yol açtığı sorunların başında beslenme yetersizliği gelmekte ve bu sorun tıbbi sonuçlar doğurmaktadır. Bu sorunların başında endokrin ve metabolik değişiklikler gelmektedir. Anoreksiya nervosa hastalığının kısıtlamalı (son üç ay içerisinde besin alımı kısıtlanarak ciddi kilo kaybı) ve tıkanırcasına yeme/çıkarmalı (son üç ay içerisinde tıkanırcasına yemek ve kendini kusturma davranışı) olarak iki alt tipi bulunmaktadır (Gürdal-Küey, 2008).

Bir diğer yemek bozukluğu ise bulimiya nervosadır. Bu yeme bozukluğunun başlıca özelliklerinde, tıkanırcasına yeme durumu gözlemlenmekte ve kişilerin sonrasında kilo almamak için telef edici (kusma gibi) uygun olmayan davranışlara başvurumaktadırlar. Bu kişilere teşhis konulabilmesi için, üç ay süreyle en az haftada iki kez uygunsuz ödünleyici davranışların sergilenmesi gerekmektedir. Bulimia nervozalı kişilerde, duygu durum bozuklukları ve sıklıkla depresif belirtiler görülmektedir. Bu kişilerin yaklaşık üçte birinde, madde bağımlılığı yada maddenin kötüye kullanımı, yaşamlarının belli bir döneminde görülebilmektedir. Ayrıca bu kişilerin bir bölümünde, kişilik bozuklukları yada tanı ölçütlerine karşı gelen özellikler görülmektedir (Koroğlu, 2009).

Bulimia nervosa'da, hasta uygunsuz yöntemler kullanarak kilosunu kontrol etmeyi hedeflemektedir, ancak anoreksiya ile kıyaslandığında kişilerin vücut ağırlıkları ya normaldir yada normalin üzerindedir. Hasta karşı koyamadığı yeme nöbetleri yaşamakta ve bu durumunun şişmanlatıcı etkilerini azaltabilmek için

laksatif-diüretik-iştah baskılayıcı ilaçlar yada kendini kusturma yöntemlerini kullanır. Engelleyemediği yeme nöbetleri, bu durumun yarattığı depresif hal ve suçluluk duygusu kişiyi daha fazla yemek yemeye iten bir döngü oluşturur (Gürdal-Küey, 2008). Bulimia nervoza teşhisi konan kişilerin, bir kısmının öyküsünde yeme davranış bozukluğu görülmeden önce obezite hali gözlemlenmektedir (Parman, 2008).

2.4.1 Gece Yeme Sendromu

Gece yeme sendromu (GYS) özellikle aşırı kilolu ve obezlerde tanımlanmıştır. Bununla birlikte, daha az sıklıkla da olsa, normal kilolu bireylerde de gözlenebilmektedir. Gece yeme sendromu, kilo alımına ve obezitenin gelişmesine veya bunların sürmesine katkı sağlaması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Orhan, 2008).

2.4.1.1 Gece Yeme Sendromu Tanımı

Gece yeme sendromu ilk kez 1955 yılında Stunkard ve arkadaşları tarafından, tedavi sürecine direnç gösteren obez bireylerin, sabah uyandıklarında kendilerini iştahsız hissetmeleri, akşam uykusuzluk ve aşırı besin tüketimi ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Ayırt edici özellikleri, sabahları ortaya çıkan anoreksi; kahvaltı öğünün tüketilmemesi veya aparatif besinlerle geçiştirilmesi (örneğin meyve suyu, kahve vb.), akşam hiperfajisi; son ana öğün olan akşam yemeğinden sonra günlük toplam enerjinin %25'inin alınması ve insomnia veya uykusuzluk durumunun ise haftada en az üç veya daha fazla görülmesi olarak tanımlanmıştır (Stunkard vd., 1955).

Gece yeme sendromunun Stunkard ve arkadaşları tarafından tanımlanmasının ardından bu konu ile ilgili birçok çalışma ve araştırma yapılmıştır. Birkeyvedt ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı araştırmada ise, yeme ve uyku günlükleri

kullanılarak, gece yeme sendromu tanımlaması geniş olarak ele alınmıştır. Çalışmanın sonucunda gece yeme sendromu olan bireylerin uykudan uyanma sıklıklarında artış olduğu ve uyandıklarında sergilemiş oldukları yeme davranışını bilinçli olarak yaptığı bildirilmiştir. Gece yeme sendromusunun tanı kriterlerine, gece yeme ölçütü de (yemek için uykudan uyanmak) eklenmiş ve toplam enerji alımının yüzdesi artırılarak günlük alınan enerjinin %50'den fazlasının akşam yemeğinden sonra tüketilmesi gerektiği belirtilmiştir (Birketvedt vd., 1999; Orhan ve Tuncel, 2009).

Yakın süreçlerde gece yeme sendromu tanı kriterleri tekrar gözden geçirilmiş ve standardize edilmeye çalışılmıştır. Allison ve arkadaşları 2010 yılında gece yeme tanımını, zaman aralığı vermeden akşam ana öğünü sonrasındaki süreç olarak değiştirmiş, haftada en az iki veya daha fazla, gece uykudan uyanarak yemek yeme ve/veya günlük alınan enerjinin %25'inden fazlasının akşam öğününden sonra alınması olarak bildirmişlerdir. Bunlara ek olarak sabah iştahsızlığın artması ve akşam öğününden sonra aşırı yeme durumu ve en az dört gece uykuya dalamama veya uykuyu sürdürme güçlüğüne bağlı olarak yeme ihtiyacı olması olarak tanımlamıştır (Allison vd., 2010).

Sabahları iştahın olmaması yada sabah öğününün atlanması olarak tanımlanan sabah anoreksiyası, sendromun bir ölçütü olarak değerlendirilmektedir. Gece yeme sendromu olan bir çok hastada sabah anoreksiyası gözlemlense de bu durum spesifik bir ölçü değildir (Küçükgöncü, 2011).

Gece yeme sendromunun tanı kriterlerinde, bireylerin uyku kalitesi ve düzeninin etkilenmesine bağlı olarak insomniadan çoğunlukla bahsedilmektedir. Klinik olarak insomnia, gece yeme sendromu teşhisi konulmuş olan her hastada görülmeyebilir. Hasta bu süreçte akşam fazlasıyla yemek yerken veya her gece

birden fazla uyanıp yeme davranışı gösterirken, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme zorluğu çekmeyebilir (Küçükgöncü, 2011). Gece yeme sendromunda, uykuya dalma sürecinde gecikme görülmezken sirkadiyen gıda alımında iki ile altı saat arasında gecikme olmaktadır (Orhan ve Tuncel, 2009).

Yapılan araştırmalarda gece yeme sendromu olgularının özellikle uykunun başlangıcında uykuya dalmakta zorlandıkları ve sık sık uykuda bölünme yaşadıkları gösterilmiştir (Ceru-Björk vd., 2001). Gece yeme davranışı genellikle NREM uykusu sırasında ortaya çıkmaktadır. Polisomnigrafi ile yapılan çalışmalarda GYS olgularında beden kütle indeksinden bağımsız olarak, özellikle NREM2 ve NREM3 evrelerinde belirgin olmak üzere uyku etkinliğinde ve total uyku süresinde azalma saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca gecede ortalama 1.5-4.5 arasında uyanma yaşadıkları saptanmıştır (Orhan, 2008).

Gece yemek yeme bozukluğu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) tanı kriterleri Tablo 2.3'te gösterilmektedir (Ertaş, 2006).

Tablo 2.3: Gece Yeme Sendromu DSM-5 Kriterleri

Gece Yeme Sendromu

- a) Uykudan uyanarak yemek yeme veya akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketmeyle belirginleşen, tekrarlayan gece yeme dönemleri.
 - b) Yemek yenildiğinin farkında olunur ve hatırlanır.
 - c) Gece yeme, kişinin uyku/uyanıklık döngüsündeki değişimler veya toplumsal değerler gibi dış etkilerle açıklanamaz.
 - d) Gece yeme, bariz sıkıntı veya fonksiyonellikte düşmeye yol açar.
 - e) Düzensiz yeme olgusu, tıknırcasına yeme bozukluğu veya madde kötüye kullanımını da içinde olmak üzere, bir diğer psikolojik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumu veya ilacın etkisine bağlanamaz.
-

DSM-5 gece yeme sendromu tanı kriterlerinde, farkındalık, hatırlama, işlevsellikte bozulma ve birtakım dışlama ölçütleri belirtilmiş olmakla birlikte; “akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme” ve “tekrarlayan gece yemek yeme” ifadelerine bakıldığında davranışın miktarı ve sıklığı ile ilgili bilgi vermekten kaçınıldığı ve tanı için bozukluğun devam etmesi gereken sürenin belirtilmediği görülmektedir (Ertaş, 2006).

2.4.1.2 Klinik Özellikleri

Gece yeme sendromu, gıda tüketiminde sirkadiyen gecikme ile karakterize bir bozukluktur. Kişinin günlük toplam kalori alımının % 25’inden fazlasını akşam yemeğinden sonra (akşam hiperfajisi) veya gece uyanarak alması (nokturnal yeme) ile karakterize bir tablo olarak tanımlanmıştır (Pinto vd., 2016).

Gece yeme sendromu kliniğinin anahtar belirtisinin, nokturnal yeme davranışı olduğu belirtilmektedir. Ancak gece yeme sendromu kliniğinin, anahtar

bulgularından olmasa da geçmiş tanımlarında yer alan sabah anoreksisi kliniğe sıklıkla eşlik edebilmektedir.

Allison ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada gece yeme sendromu teşhisi konan olguların çoğunda akşam hiperfajisinin görüldüğü ancak natural yemenin gece yeme sendromunun klinik belirtileri ile daha fazla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Dikkat çekilen diğer bir durum ise nokturnal yeme davranışının sıklıkla akşam hiperfajisine eşlik etmesidir (Allison vd., 2014).

Gece yeme sendromunda, bireylerin gece uyanmaları sırasında bilinçleri açıktır. Olgular ertesi sabah uyandıklarında, gece uyandıklarını ve ne yediklerini hatırlamaktadırlar. Bu durum parasomniler ile ayırıcı tanı yapılabilmesi için önem arz etmektedir. Gece yeme sendromunda akşam yemeğinden sonra ve gece uyanmaları sırasında genellikle yüksek karbonhidrat içerikli gıdalar tüketilmektedir. Olgular güçlü bir yeme isteği duymalarının yanında, yemedikleri takdirde uykuya dalamayacakları veya uykuya geri dönemeyecekleri inancına sahiptirler (Allison vd. 2010).

Allison ve arkadaşlarının 2008 yılında, gece yeme sendromu tanısı alan ve almayan bireyler üzerinde yaptıkları araştırmada, bireylerin banyo ihtiyacı dışında uykudan uyanma durumları ve uykuya dalmakta zorluk yaşamalarının, tanı alan ve almayan bireylerin ayırımında önemli bir faktör olduğu saptanmış ve araştırmacılar uyku ile ilişki olan bu faktörlerin gece yeme sendromu tanı kriterlerinin içerisinde yer alması gerektiğini savunmuştur (Allison vd., 2010).

Gece yeme sendromu olgularında obeziteye sık rastlanmaktadır. Baron ve arkadaşları tarafından 2011'de yapılan bir çalışmada, gece yeme sendromunda akşam hiperfajisi ile alınan kalorilerin miktarı ile beden kütle indeksi artışı arasında pozitif korelasyon bildirilmiş, bu korelasyonun yaş, uyku süresi ve örüntüsünden bağımsız

olduğu ortaya konulmuştur. Nokturnal yemenin alınan total kaloriden daha kuvvetli bir obezite prediktörü olduğu da altı çizilen diğer bir sonuçtur (Baron vd., 2011).

2.4.1.3 Gece Yeme Sendromunun Beslenme Alışkanlığı ile İlişkisi

Akşam aşırı yeme, gece yeme sendromunun ilk tanımlanmasından beri ana ölçütlerinden birisini oluşturmaktadır. Yeme zamanı ve alınan besin miktarına göre akşam aşırı yeme, çalışmalarda farklı tanımlamalarla belirlenmiştir (Ertaş, 2006).

Bazı araştırmacılar obez hastaların günlük kalori alım miktarını yanlış belirtme ihtimallerine karşı, çalışmalarında belli bir oran vermek yerine “akşam aşırı yeme” (Rand vd., 1997), “akşam yemeğinden sonra ancak yatmadan önce fazla yeme” (Birketvedt vd., 1999), “gün içinde en çok gıda alımının akşam 19’den sonra olması” (Ceru-Björk vd., 2001) ifadelerini kullanmışlardır. Diğer taraftan Akdeniz ülkeleri gibi yeme alışkanlıkları farklı olan kültürlerde akşam yemeklerinin daha geç saatlerde olmasından dolayı, belirli bir zaman verilmesi yerine akşam yemeği sonrası ifadesinin kullanılması önerilmiştir (Ceru-Björk vd., 2001; Adami vd., 1999).

O’Reardon ve arkadaşlarının, gece yeme sendromu tanısı alan bireyler ve kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmada, iki grubun bir haftalık kalori alımları değerlendirilmiş ve gece yeme sendromu tanısı alan kişilerin akşam yemeklerinden sonra günlük gıda alımlarının % 35 (SS=% 10), kontrol grubunun ise %10 (SS=%7) olduğunu tespit etmişlerdir. Son olarak önerilen tanı ölçütlerinde ise akşam yemeği sonrasında gıda alımının en az % 25 olması gerektiği ve bu yüzdeliğin gece yeme sendromu olan ve olmayan bireyleri ayırabilmek için uygun olduğu belirtilmiştir (O’Reardon vd., 2004). Çalışmalar göz önünde bulundurularak akşam aşırı gıda alımı için, özellikle zaman açısından belirli bir kural olamayacağı, araştırmacıların buldukları kültüre göre kendi ölçütlerini belirlemeleri gerekebileceği belirtilmektedir (Allison vd., 2010).

2.4.1.4 Gece Yeme Sendromunun Obezite ile İlişkisi

Gece yeme sendromunun, obezite öncesi bulunup bulunmadığı ve obezite gelişimine katkısı olup olmadığı henüz net olarak bilinmemektedir (Orhan ve Tuncer, 2009). Literatürde bu konuda farklı görüşler vardır. Birketvedt ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların %60'ında, obez olana kadar ve sonrasında gece yeme sendromu gelişmediği belirtilmiştir. Ayrıca gece yeme sendromu olan hastaların çoğunluğu kilolu olmayıp, gece yemelerini problemlili bir durum olarak algılamadıkları ifade edilmiştir. Allison ve arkadaşları çalışmalarında, günlük toplam enerji alımının, gece yiyenler ile kontrol grubu arasında değişmediğini göstermişlerdir. Aynı çalışmada gece yiyenlerin, kontrol grubuna göre daha fazla depresif belirti gösterdiği bildirilmiştir (Allison vd., 2005). Kant ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise akşam yenilen yiyecek miktarı ile on yıl sonraki kilo değişikliği arasında bir ilişki bulunamamıştır (Kant vd., 1997).

Söz konusu çalışmaların aksine Marshall ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, katılımcıların gece yeme sendromu öncesinde normal kiloda olup daha sonra kilo aldıkları tespit edilmiştir (Marshall vd., 2004). Lundgren ve arkadaşlarının yaptığı, gece yeme geçmişi olan obez kadınların altı yıllık izlem çalışmasında, diğer obez kadınlara kıyasla daha çok kilo aldıklarını ve 399 psikiyatri hastası içinden obez olanların, obez olmayanlara göre gece yeme sendromuna daha yatkın olduklarını belirtilmiştir (Lundgren vd., 2006). Yapılan başka bir çalışmada gece yeme sendromu varlığının, BKİ ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Colles, 2007). Spaggiari ve arkadaşları araştırmalarında, gece yeme sendromunun obezite öncesi çoğu kişide bulunduğunu bildirmişlerdir (Spaggiari vd., 1994). Gluck ve arkadaşlarının çalışmasına göre, gece yeme sendromu olan obez hastalar 1 ay sonra, olmayan obez hastalara göre daha az kilo kaybetmişlerdir. Aşırı kilonun ya da

obezitenin gece yeme sendromunu hangi boyutta artırdığı ve gece yemenin kilo artışına neden olup olmadığı sonucunu çıkarmadan önce daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim vardır (Gluck vd., 2001).

2.5 Uyku

Uyku yüzyıllarca basit ve pasif bir süreç olarak tanımlanmış, elektroensefalografi'nin (EEG) kullanılması, uyku araştırma merkezlerinin açılması ve uyku problemlerinin ve bozukluklarının araştırma dalı haline gelmiştir. Uyku hakkındaki bilgiler 1950'li yıllardan sonra hızla artmıştır (Kiper, 2008).

2.5.1 Uykunun Tanımı

Uyku insanın duyuşal veya diğer uyarımlarla uyarılabileceği bilinçsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Zannedilenin aksine uyku pasif bir süreç değildir. Beyin, uykunun değişik aşamalarında farklı özellikler göstererek, karmaşık biyokimyasal reaksiyonların etkisinde oldukça aktif çalışmaktadır. İnsan fiziolojisinde etkisi tartışılmakla beraber insanın sağlıklı olması için gerekli olduğu bilinmektedir. Dinamik bir süreç olan uykunun, hafif uykudan derin uykuya kadar değişen düzeyleri vardır. Ayrıca sinir sistemi ve vücudun diğer fonksiyonları üzerinde etkiye sahiptir. Uykunun genel olarak nöral olgunlaşma, öğrenme ve belleğin kolaylaştırılması, bilişsel ve metabolik enerjinin korunmasını da içeren pek çok işleve sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu işlevler insanın sağlıklı olması için gereklidir (Guyton ve Hall, 2013).

En genel anlamıyla uyku; canlıların iradeli bir biçimde çevreden duyarsızlaştıkları, geri dönüşü olan bir tepkisizlik halidir. Başka bir deyişle, çevreyle iletişimin farklı kuvvette uyarımlarla geri döndürülebilir bir şekilde kısmi, geçici ve periyodik olarak organizmanın kaybolması sürecidir. Vücudun dinlenmesini sağlayan bu süreç, bireyi yeni güne hazır hale getirir. Aynı zamanda hücrelerin

yenilenmesi, tamiri, hafıza fonksiyonlarının düzenlenmesiyle birlikte öğrenmeyi sağlar (Aydın, 2007).

2.5.2 Uyku ve Uyanıklık Regülasyonu

Uyku ve uyanıklık değişiminin en önemli belirleyicisi sirkadiyen ritimdir. Bu ritme göre gece vaktinde uyku, gündüz vaktinde ise uyanıklık düzenlenmiştir. Sirkadiyen ritim için dış kaynaklı olan zaman belirleyiciler oldukça önemlidir. Çünkü dış kaynaklı zaman belirleyicileri, sirkadiyen ritme göre kendi içinde organizmanın gerekli olan düzenlemeleri yapması ve bu ritmin düzenli bir şekilde devam edebilmesi için önemlidir (Örneğin; gece-gündüz değişimleri)(Kılıç, 2011).

İnsan yaşamında sirkadiyen ritmin önemi oldukça açıktır. Kişilerin performansı gün içinde değişmektedir. Bazı kişilerin sabah erken saatlerde, bazı kişilerin de akşam veya gece saatlerinde performanları üstü seviyeye çıkmaktadır. Uyku ve uyanıklık regülasyonunun bozulması sonucunda uyku kalitesi negatif yönde etkilenir. Ayrıca mental ve fiziksel işlevler azalır. Bazı yaşam şekilleri de sirkadiyen ritim üzerinde etkilidir. Örneğin, uyanıklık süresinin uzaması insan yaşamını olumsuz yönde etkiler. Aynı şekilde düzensiz saat aralıklarında veya gece dönüşümlü çalışma, uyku süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Enerji metabolizmasının düzenlenmesi ve sürdürülmesinde sirkadiyen ritim ve uyku temel bileşenlerdir. Enerji metabolizması üzerinden, sirkadiyen ritim ve uyku doğrudan etkilenebilir ve bunun sonucunda diyabet, obezite gibi prevalansı yüksek olan sağlık problemlerine zemin hazırlamaktadır (Guyton ve Hall, 2013).

2.5.3 Uykunun Evreleri (REM, NREM)

Uyku iki ana bölüm ve gece içinde değişen süre ve aralarla birbirini izleyerek tekrarlayan beş evreden oluşmaktadır. Uyku siklusu olarak adlandırılan bu süreç

NREM ve REM uyku olarak iki aşamadan oluşmaktadır. Bu evreler beyinden iletilen elektrik akımlarını alan ve kayıt eden EEG, kas tonüsünü kayıt altına alan elektromiyografi (EMG) ve göz hareketlerini kayıt altına alan elektrookülogram (EOG) ile incelenir ve analiz edilir. Uyumak amaçlı gözlerin kapanması ile uykuya dalmak arasındaki süreç latent dönem olarak adlandırılmaktadır. Latent dönemden sonra değişim dönemleri başlamaktadır (Guyton ve Hall, 2013).

2.5.3.1 NREM Uyku

Fiziksel ve psikolojik aktivitesinin azaldığı, hızlı göz hareketlerinin olmadığı genel uyku olarak tanımlanmaktadır. Genellikle uykunun ilk saatlerinde dinlendirici ve derin tipteki uyku olarak görülür. Rüyasız uyku ya da yavaş dalga uykusu (SWS) olarak da adlandırılır. Ancak buna rağmen bu süreçte rüya görülebilir (Aydın, 2007). EEG (elektroensefalografi) trasenlerinde, NREM kendi içinde dört ayrı uyku evresine ayrılır (Kiper, 2008).

a) Evre I: Uykunun ilk evresidir. Uykunun hafif seviyede olduğu, tam uyanıklık ile uyku arasında geçişin olduğu evredir. Bu evrede dokunma, gürültü ve duymasal olan diğer uyarıcılarla kişi uyandırılabilir. Kişinin metabolizması, kalp atımı, solunumu ve ısı yavaşlamaya başlar. Evre 1, olağan uyku sırasında ½ dakika ile 7 dakika arasında sürer ve çoğunlukla yetişkin bireylerde toplam gece uykusunun %4-5'ini oluşturur. Bu süreçte bireyi rahatsız eden bir durum yok ise 2. evreye geçilir (İlkay vd., 2002).

b) Evre II: 2. evre 1. evreye göre daha derin uyku halindedir. Birey uykuya geçer, bunun sonucunda solunum ve kalp atım hızı yavaşlamaya başlar. Vücut ısı ve kas tonusu azalmaya devam eder. Bu evre toplam uykunun %40-50'sini oluşturur ve yaklaşık olarak 10 ile 20 dakika sürer (Potter vd., 2003).

- c) **Evre III:** Derin uykuya başlama dönemidir ve 2. evreden daha derin uyku halidir. Bu evrede uyku halinde olan bireyi uyandırabilmek için daha güçlü ve etkili uyarının olması gerekmektedir. Parasempatik sinir sisteminin etkisi ile kalp atışları yavaş, solunum düzenli, vücut sıcaklığı düşük ve kaslar gevşektir. Bu evrede protein sentezi artmaktadır. 3. evre toplam uykunun %10'unu oluşturur ve yaklaşık olarak 15 ile 30 dakika sürer (Baysal vd., 2008).
- d) **Evre IV:** Derin uykunun olduğu, fizyolojik olayların geliştiği ve vücudun fiziksel olarak dinlendiği evredir. Bu evrede metabolizma yavaşlar, kaslar gevşer ve vücut ısısı, solunum sayısı ve kalp atımı azalır. Bu evrede uyurgezerlik, enürezis, horlama ve uykuda anlamsız konuşma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Büyüme ve somatotropin hormonu salgılanır. 4. evrede bireyin uyandırılma eşiği yüksektir. Son evre olan 4. evre toplam uyku süresinin %10'unu oluşturur ve yaklaşık olarak 15-30 dakika sürer (Aydın, 2007).

2.5.3.2 Rem Uyku (Paradoksal Uyku)

Hızlı göz hareketleri olan ve uykuda rüya görülen evre olarak tanımlanan REM uykusu, ayrı ayrı evrelere ayrılmaz ancak kendi içerisinde fazik ve tonik bölümler içermektedir. Fazik bölümler kas seğirmeleri ve hızlı düzensiz göz hareketleri şeklinde ortaya çıkarken, tonik bölümler diyafram ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında atoni ile karakterizedir (Black vd., 2003). Bu evrede bazal metabolizma, kan basıncı, kalp atımı, solunum, gastrik sekresyon artar bunun dışında kas/iskelet tonüsü, deri/tendon ve baş/boyun refleksi baskılanır. Uyku sürecinin başlangıcından yaklaşık olarak 90 dakika sonra, uykunun NREM evresinden REM evresine geçilmektedir. REM periyodu uyku süresince yaklaşık her 90-100 dakikada

bir görülür. İlk oluşan REM periyodu 10 dakikadan daha az, sonraki periyodlar ise 15-40 dakika sürmektedir.

Uyku periyodunun ilk yarısında NREM uykusu daha yoğunken, ikinci yarısında ise REM uykusu daha yoğun görülmektedir. REM uykusunun süresi sabaha karşı süresi 10 dakikadan 60 dakikaya kadar uzayabilir. Tüm uyku periyodlarında rüya görülebilirken, REM evresinde daha çok görülür. Bu evre toplam uyku evresinin %20-25'ni oluşturur (Guyton ve Hall, 2013).

2.5.4 Uykunun İşlevi

Uyku, bütün organizma için, koruyucu, yenileyici ve toparlayıcı bir işleve sahiptir. İnsanlar bu dönem boyunca fiziksel ve zihinsel olarak rahatlamaktadır. Vücudun kendini yenilemesi ve gelecek güne hazırlanması uykunun temel fonksiyonlarından (Uran, 2001). Uyku evrelerinin başında gelen NREM'in 3. ve 4. evresinde fiziksel olarak dinlenme meydana gelmekte ve bu durum vücut sağlığını etkilemektedir. Bu süreçte büyüme hormonunda artış görülür ve bu artışa bağlı olarak protein sentezinde artar. Ancak solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde, metabolizmada ve kardiyovasküler sistemde yavaşlamalar meydana gelir. Meydana gelen tüm bu değişiklikler hücre yenilenmesine ve vücudun dinlenmesine katkı sağlar ve değişiklikler nedeniyle bu süreç anabolik dönem olarak tanımlanır (Eryavuz, 2007).

REM evresinde ise ruhsal dinlenme sağlanmaktadır. REM uykusunun bir gecelik süresi yaklaşık olarak 1,5-2 saattir. NREM uykusundaki kişiye göre REM uykusundaki kişiyi uyandırmak daha güçtür. Bu evrede göz kasları ve solunum dışındaki iskelet kaslarında atoni meydana gelir ve göz hareketleri başlar. Otonom sinir sisteminin aktif hale gelmesiyle kan basıncı, solunum sayısı, kalp hızı artar. En fazla rüya görülen evre REM evresidir. Uyuyan kişi uyandırıldığında rüyasında

gördüklerini hatırlar. Beyin metabolizması bu süreçte % 20 oranında artabilir (Eryavuz, 2007).

Sonuç olarak; REM evresi ruhsal, NonREM evresi ise fiziksel dinlenmeyi sağlar. Uyku sırasında fiziksel olarak böbreklerden fosfat atımı, adrenal hormon salınımı, büyüme, epitel hücre üremesi, deri onarımı, protein sentezi, ve vitamin kullanımı gerçekleşmektedir. NREM uykusu esnasında bebeklerin büyümesi, gelişmesi ve mevcut yaraların onarılması sağlanır. Uyku esnasında bazal metabolizma hızının yavaşlaması, vücudun enerjisinin korunmasına katkı sağlar. Uyku halinde dolaşım sistemi daha iyi çalışmakta buna bağlı olarak yavaşlayan biyolojik işlevler sonucunda, kalp daha fazla kan ile dolar ve her atımında kan dolaşımına daha fazla kan verir. REM uykusu, bellek ile öğrenme, sosyal uyum ile ruhsal denge için önemli ve gereklidir. Gün içerisindeki sorunlar çözümlenir, olaylar gözden geçirilir ve önemli olan bilgiler depo edilir. Yeni deneyimlerle ve stresle karşılaşmak, kişilerin REM uykusuna olan gereksinimlerini artırmaktadır. REM uykusunu yetersiz alan kişiler gün içerisinde gergin ve endişeli olur (Karagözoğlu, 2007; Aydın, 2007).

2.5.5 Uyku Gereksinimi

Organizma için uyku, nefes alma, yemek yeme, su içme gibi zorunluluklardan bir tanesidir. Uyku gereksinimi insanlarda; cinsiyet, yaş, sağlık durumu, beslenme, çevresel ortam, aktivite ve kişisel özelliklere göre farklılıklar göstermektedir (Potter vd., 2003). Dolayısıyla uyku, aslında genetik olarak gelen ve kişiden kişiye değişim gösteren bir gereksinimdir. Genellikle toplam uyku saati ve REM uykusu oranı yaş ilerledikçe azalma gösterir. Bireylerin yaş aralıklarına göre önerilen/önerilmeyen uyku süreleri Tablo 2.4'te verilmiştir (Hirshkowitz vd., 2015).

Tablo 2.4: Bireylerin yaş aralıklarına göre önerilen uyku ihtiyaçları

Yaş	Önerilen uyku süresi	Önerilmeyen uyku süresi	
	(saat)	(saat)	
0-3 ay	14-17	<11	>19
4-11 ay	12-15	<10	>18
1-2 yıl	11-14	<9	>16
3-5 yıl	10-13	<8	>14
6-13 yıl	9-11	<7	>12
14-17 yıl	8-10	<7	>11
18-25 yıl	7-9	<6	>11
26-64 yıl	7-9	<6	>11
≥65 yıl	7-8	<5	>9

2.5.6 Uyku ve Uyku Kalitesini Etkileyen Etmenler

Uyku kalitesine etki eden pek çok çevresel, ruhsal ve fizyolojik neden vardır. Cinsiyet, yaş, fiziksel etkinlik, ilaç kullanımı, psikolojik etkenler, beslenme, hastalık gibi etkenler uykunun süresine ve kalitesine etki etmektedir.

- a) **Cinsiyet:** Uyku etkinliği ve yavaş dalga uykusu erkeklerde kadınlara oranla daha azdır. Diğer taraftan erkeklerin kadınlara göre daha az uyumalarına karşın, daha az uyku problemi yaşadığı görülmektedir (Burgard ve Ailshire, 2013).
- b) **Yaş:** Uyku gereksinimi kişiden kişiye ve gelişim dönemlerine göre değişebilir. Günde 3-4 saat uykunun yeterli olduğu bireyler olduğu gibi 8-9 saat uykudan daha fazlasını isteyenler de vardır. Yaşlılar daha az uyumaya ve

yatakta daha uzun süre kalmaya eğilimlidirler. Yaşlıların uyku düzenleri ve ihtiyaçları daha fazla değişkenlik göstermektedir (Göktaş ve Özkan, 2006).

- c) **Fiziksel etkinlik:** Bireyin vücudunun yorulması daha kolay uykuya dalmasını sağlamaktadır. Artan yorgunlukla beraber REM uykusunun ilk evresi kısalmakta ve dinlenme sürecine geçildiğinde REM evreleri uzamaya başlamaktadır. Fiziksel etkinlikler sayesinde çocuklarda vücut sıcaklığı artar, büyüme hormonunu salgılamasının fazla olduğu evre olan NREM'in 3. ve 4. evreleri uzar. Yetişkin bireylerin ise bu evrelerde vücut hücre onarımı ve protein sentezi en üst seviyede gerçekleşmektedir (Guyton ve Hall, 2013).
- d) **İlaç kullanımı:** İlaç kullanımı uyku kalitesi ve düzenini bozabilmektedir. REM uykusunu antidepresan, hipnotikler, amfetaminler ve sedatifler olumsuz yönde etkiler. Sedatif kullanan kişilerde uyuşukluk hissi ve iş gücü kaybı görülebilir. Hipnotik ilaçlar ise uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın bırakılmasından sonraki süreçte uykusuzluğa neden olabilir. Digoksin, betablokerler ve diüretikler bireylerin uykularında sıklıkla uyanmalarına sebep olabilmektedir. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği olan kişilerde kullanılan ilaçların (steroidler, kalsineurin inhibitörleri, beta-blokerler) uyumayı zorlaştırdığı bilinmektedir (Kutner, 2001).
- e) **Psikolojik etkenler:** Depresyon, anksiyete, üzüntü gibi problemlerin uyku düzenini bozduğu bilinmektedir. Depresyonda olan kişilerin ise sabah erken saatlerde uyandığı ve bir daha uyuyamadıkları görülmektedir (Aydın, 2007).
- f) **Beslenme:** Bazı besinlerin ve içeceklerin tüketiminin uykuya etki ettiği görülmektedir. Uyarıcı etkisi olan kafeinin, kola, çay, kahve gibi içeceklerle fazla alınması uyku sürecini etkilemektedir. Uyku süreci öncesinde az

miktarda alınan alkolün vücutta sedatif etki göstererek uykuya geçiş sürecini kolaylaştırdığı, aşırı alkol alımında ise REM uykusunu negatif etkileyerek, derin uykuyu ve uyku süresini azalttığı görülmektedir (Eryavuz, 2007).

g) Hastalık: Hastalıklar fizyolojik ve emosyonel yönleriyle çoğu zaman uyku düzeni üzerinde olumsuz etki yaparlar. Örneğin; mizaç bozukluğu, bipolar bozukluk ya da majör depresyon gibi bazı hastalıklar uyku düzeninde bozulmaya yol açarlar (Çakırcalı, 2000). Ağrı da uyku düzenini etkileyen önemli bir etkidir. Ağrısı olan kişiler uyumakta güçlük çektikleri veya hiç uyuyamadıkları gözlemlenmiştir (Morin ve Espie, 2004).

2.6 Uyku ile Beslenme Arasındaki İlişki

Tam tahıl ve sebzeleri içeren, magnezyum, kalsiyum, B vitaminleri, demir ve çinko yönünden dengeli ve yeterli bir diyetin uygulanması, uykunun kalitesinde ve artılmasında önemlidir (Halsen, 2008). Ancak bazı besin öğeleri uykuyu olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir (NSF, 2009). Bunlardan biri olan kafein, uyarıcı ve uykululuk haline etki eden bir maddedir (Souissi vd., 2014). İçeriğinde kafein olan çikolata, kakao, enerji içeceği, kahve, kola gibi içecek ve yiyeceklerin fazla alımlarının, uyku süresinin kısalmasına neden olduğu bilinmektedir (Wesensten vd., 2005). Kafein alımının günlük 100 mg ve üzerinde olması, uyku süresine negatif yönde etkilerinin olduğu bildirilmiştir (EFSA, 2015).

1950'lerin başlarında yeşil çay yapraklarında bulunan L-teanin amino asitinin, uyku üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirilmiştir (Koca ve Bostancı, 2011). Bu amino asitin bireyler üzerinde, stresin azalması ve rahatlama etkili olduğu saptanmıştır (Linardakis ve Wainwright, 2006). Yapılan bir araştırmada, uyumadan yaklaşık 45 dk önce yüksek karbonhidratlı besinlerin tüketilmesi

sonrasında hafif uyku ve uyanıklığın azaldığı, REM uykusunda ise artış görüldüğü belirtilmiştir (Thenappan ve Palaniappan, 2016).

Yapılan araştırmalar, yetersiz ve kalitesiz uyku sonrasında, bireylerin besin tüketimleri ile aperiatif atıştırmalıklarında artış olduğunu ve buna bağlı olarak yağ ve karbonhidrat alımlarında arttığı saptamışlardır (Tahari vd., 2004; Omisade vd., 2010).

2.7 Gece Yeme Sendromunun Uyku ile İlişkisi

Insomnia gece yeme sendromunun ilk tanımlanmasından beri tanı ölçütleri arasında yer almıştır. Gece yeme sendromu olan hastaların yaklaşık üçte ikisinin uyku bozukluğu ve/veya psikolojik sıkıntılar yaşadığı belirtilmektedir (Allison, 2010). Gece yeme sendromu için uykuya başlama ya da sürdürme insomniyası sıklıkla tanımlansa da, gece yeme sendromu olan ve olmayan kişiler arasında uyku başlangıç ve bitiş zamanları birbirlerine benzer bulunmuştur (O'Reardon, 2004).

Gece yemesi olan kişilerin uykuya dalmakta zorlandıkları çeşitli çalışmalar da gösterilmiştir. Ceru-Björk ve arkadaşlarının 194 obez hastada yaptıkları çalışmada gece yeme sendromu olan hastaların diğer hastalara göre uykuya dalmakta daha fazla güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (Cru-Björk vd., 2001). Zwaan ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, gece yemesi olanların %66'sında uykuya başlama insomniyası tespit etmişlerdir (Zwaan vd., 2006). Gece yeme sendromu olan kişilerde yapılan iki polisomnografi çalışmasında katılımcılarda sık uyanmaların olduğu ve uyku verimliliklerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Spaggiari, 1994; Manni vd., 1997). Başka polisomnografi çalışmalarında, gece yeme sendromlu hastaların uyku yapılarında kontrol gruplarına göre belirgin değişiklikler olduğu ve gece yemelerin sıklıkla NREM dönemlerinde olduğu tespit edilmiştir (Rogers vd., 2006; Vetrugno vd., 2006).

Rogers ve arkadaşlarının, gece yeme sendromlu 15 kadın katılımcı ve kontrol grubu ile yaptıkları polisomnografi çalışmasında, gece yeme sendromlu katılımcıların evre 2 ve evre 3 uyku dönemlerinin kontrollere göre daha kısa olduğu, toplam uyku süreleri ve uyku verimliliklerinin düşük olduğu ve % 93.3'ünün uykularından uyandıklarında yemelerinin olduğu tespit edilmiştir (Rogers vd., 2006). Araştırmacılar yeme zamanındaki sirkadiyen gecikmenin uykudan yeme amacı ile uyanmalara yol açtığını öne sürmüşlerdir. Vetrugno ve arkadaşlarının çalışmasında ise gece yemesi olanların yüzeysel uykularında (NREM evre 1 ve 2) artış, derin (NREM evre 3 ve 4) ve REM uyku dönemlerinde azalma, ayrıca uyku latensi, REM latansı ve uyku verimliliğinde düşme tespit edilmiştir (Vetrugno vd., 2006).

Gece yeme sendromunun en temel özelliğinden birisinin uykudan uyanarak yeme davranışının olduğu düşünülürse, gece yeme sendromlu hastalardaki uyku bozukluklarının ayrıntılı değerlendirilmesi ve uyku sorunlarına yönelik tedavi girişimleri (uyku hijyeninin sağlanması ya da gece yeme sendromu olan hastalarda uyanmalarda yemek yemeden tekrar uyunamayacağına yönelik yanlış inanışların değiştirilmesi gibi) gece yeme yakınmalarını azaltmaktadır (Yetkin ve Altınova, 2012).

2.8 BKİ ile Uyku Arasındaki İlişki

Günümüzde uyku süresi giderek azalmakta, obezite ise giderek artmaktadır (Meyer vd., 2012). Uyku süresinin kısa olması, obezite oluşumuna neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, azalan uykunun sağlıklı bireylerde iştah üzerinde etkisi olan nöroendokrin sistem üzerine etki ettiğini göstermektedir (Watson vd., 2010). Akut uyku yetersizliği, kilo alımına etkisi olan ghrelin ve leptin seviyelerinde değişikliklere neden olmakta, bu durum da iştahın artmasını sebep olmaktadır (Meyer vd., 2012). Singh ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, 7-8 saat

uyuyan bireylere göre 6 saatten daha az uyuyan bireylerin obezite riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Singh vd., 2005). Bir diğer çalışmada ise, uyku surecinin başında ve devam eden uyku surecinde buyme hormonu salgılandığı görülmüş ve bu salınımın artmasının uzun uyku suresi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Artmış olan buyme hormonu sayesinde, oluşan lipolizi arttırmakta ve obezite ve aşırı kiloluluk riskini azaltmaktadır (Padez vd., 2009). Ayrıca, uyku suresinin uzun olması ile kişilerinin enerji harcamalarının azalması ilişkilendirilmiş ve sonuç olarak bu durumun pozitif enerji dengesine yol açarak vucut ağırlığının artışıyla sonuçlandığı grlmştir (Meyer vd., 2006). Yapılan başka bir araştırmada, sekiz saatten uzun ve 7 saatten kısa uyku suresine sahip olan bireylerde obezite riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Buxton ve Marcelli, 2010).

Bölüm 3

BİREYLER VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Yapılan bu araştırma Haziran – Kasım 2017 tarihleri arasında Doğu Akdeniz Üniversitesinde (KKTC) çalışan, gönüllü 193 yönetsel personel ile yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilen bireyler ile yüz yüze görüşme yolu ve anket uygulamasıyla bireylerin genel özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve bir günlük besin tüketim kayıtları alınmıştır. Bu çalışma Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 12.06.2017 tarihli ve 2017/45-12 kararı doğrultusunda “Etik Kurul Onayı” almıştır (Ek-1).

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Doğu Akdeniz Üniversitesinde çalışan 389 yönetsel personel araştırma evrenini oluşturmaktadır. Araştırma evreninden %95 güven düzeyinde ve %5 örnekleme hatası ile 193 çalışan personel örneklem olarak seçilmiştir. Araştırmaya katılan personelin, araştırmaya katılmak için gönüllü olması, Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde çalışıyor olması ve Yönetsel personel ve iç hizmetsel biriminde çalışıyor olması dikkate alınmıştır.

3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri

Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın amacına yönelik literatürler incelenmiş ve araştırma türü olarak tarama modeli kullanılmasına karar verilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak çalışmanın amacı doğrultusunda

geliştirilen anket formu kullanılmıştır (Ek-6). Yirmi altı sorudan oluşan anket formu literatür taramaları sonucunda oluşturulmuştur.

Uygulanan anket formu, çalışan bireylerin demografik özelliklerinin alındığı genel bilgiler, tüketim alışkanlıklarının sorgulandığı beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçüm verileri, Üç Faktörlü Beslenme Anketi (TFEQ-R18), Gece Yeme Anketi (GYA), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve bir günlük besin tüketim kaydı olmak üzere 7 ayrı bölümden oluşmaktadır. Yedi bölümden oluşan anket, Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde yönetsel personel olarak çalışan ve anket uygulamaya gönüllü olan kişilere, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Doğu Akdeniz Üniversitesi, Personel İşleri Müdürlüğüne yazılı bilgi verilerek gerekli izin yazıları alınmıştır (Ek-2). Anket formu örnekleme yer alan personele araştırmacı tarafından elden ulaştırılmış ve araştırmanın amacı konusunda personele bilgi verilmiştir. Ayrıca personele araştırmanın gizliliği ve kişisel bilgilerin 3. şahıslar ile paylaşılmayacağı konusunda da bilgi verilmiştir.

3.3.1. Genel Bilgiler

Çalışan personele uygulanmış olan anketin birinci bölümü olan genel bilgiler kısmında; cinsiyet, yaş, antropometrik ölçümler, medeni durum, eğitim durumu, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi sorgulanmıştır.

3.3.2 Beslenme Alışkanlıkları

Uygulanan anketin beslenme alışkanlıkları kısmında; öğün tüketimleri, öğün atlama nedenleri, ev dışında yemek yeme alışkanlıkları ve sıklığı, su tüketimleri sorgulanmıştır.

3.3.3 Besin Tüketim Kaydı

Katılımcılardan 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı alınmıştır. Günlük diyetle alınan enerji ve besin öğeleri, Türkiye için geliştirilen "Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)" kullanılarak analiz edilmiştir. Hesaplanan enerji ve besin öğeleri verileri yaşa ve cinsiyete göre önerilen "Diyetle Referans Alım Düzeyi" (Dietary Reference Intake=DRI)'ne göre değerlendirilmiştir (Baysal vd., 2008).

3.3.4 Antropometrik Ölçümler

3.3.4.1 Vücut Ağırlığı ve Boy Bileşimi

Katılımcıları boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları karşılıklı görüşme yoluyla kendilerine sorularak öğrenilmiştir.

3.3.4.2 Beden Kütle İndeksi

Aşağıda verilen formül ile katılımcıların vücut ağırlığı ve boy uzunlukları kullanılarak beden kütle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır.

$$\text{BKİ: [Vücut ağırlığı (kg) / boy (m)}^2 \text{]}$$

Çıkan sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre yorumlanmıştır (WHO, 2000).

3.3.5 Üç Faktörlü Beslenme Anketi (TFEQ-R18)

Kişilerin beslenme alışkanlıklarını ve derecesi ölçmek amacıyla, Stunkard ve Messick tarafından 1985 yılında geliştirilen, Karlsson ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yeniden düzenlenen, bireylerin psikolojik yeme davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan "Revize Edilmiş Üç Faktörlü Yeme Anketi-18 (TFEQ-R18) uygulanmıştır (Stungkard ve Messick, 1985).

Üç Faktörlü Beslenme anketi ile bireylerin kontrolsüz yemek yeme seviyelerini, bilinçli olarak yemek yeme durumları ile kısıtlama dereceleri ve

duygusal süreçte yemek yeme istekleri ölçülmüştür. TFEQ-R18'in revize edilmiş halinde 18 soru yer almaktadır. Bu sorulardan; 1, 7, 13, 14 ve 17. soruların kişilerin kontrolsüz olarak yemek yeme seviyelerini ölçtüğü; 3, 6 ve 10. soruların kişilerin duygusal olarak yemek yeme derecelerini ölçtüğü; 2, 11, 12, 15, 16 ve 18. soruların kişilerin bilinçli olarak yemek yemesini kısıtlama derecelerini ölçtüğü; 4, 5, 8 ve 9. soruların ise açlığa duyarlılık seviyesini ölçtüğü belirlenmiştir (Stungkard ve Messick, 1985; Kıraç vd., 2015).

Anket, Türkiye'de ilk defa Kıraç ve arkadaşları tarafından 2015 yılında "Üç Faktörlü Beslenme Anketi" adıyla Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Bu anket belirtilen üç faktör dışında bireylerin açlığa duyarlılık seviyesinde ölçmektedir (Kıraç vd., 2015). Çalışmada anketin kullanılabilmesine yönelik gerekli izinler alınmıştır (Ek-3).

3.3.6 Gece Yeme Anketi (GYA)

Çalışmada Allison ve arkadaşları tarafından 2008 yılında gerçekleştirilen ve Atasoy ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Türkçe'ye uyarlanan, 14 adet sorudan oluşan tarama anketi kullanılmıştır (Allison vd., 2008; Atasoy vd., 2014). Bu anket ile bireylerin besin alımı ve sabah iştahı, akşam ve gece yemeleri, akşam öğününden sonra besin tüketimi oranı, yeme isteği, gece yeme isteği ve davranışı üzerinde kontrol, uykuya dalmada güçlük, gece uyanma ve yemek yeme sıklığı, gece yemek yeme davranışı sırasında farkındalık ve duygu durumunu saptamak amaçlanmıştır. Bu anket 16 sorudan oluşmaktadır. Ankette baştaki ilk 9 soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmakta, sonraki sorularda ise gece uyanmayan veya uyanan ancak atıştırması olmayan katılımcıların ankete devam etmemesi için bir uyarı bulunmaktadır. Anketin 10 ve 12'inci sorularında gece uyanmaları olan, 13 ve

14'üncü sorularında ise gece beslenmesi olan katılımcılar tarafından değerlendirilip doldurulmaktadır (Atasoy vd., 2014).

Ankette sadece 7. soru dışında, diğer tüm sorular Likert tipi ölçüm ile 0-4 arasında puanlanmıştır. Yedinci soru gün içindeki duygu durumunun değişikliğini sorgulamakta ve gün içi duygu durumunda değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır. 1, 4 ve 14'üncü sorular ters puanlanmaktadır. 13'üncü soru ise gece yarısı besin tüketen kişilerin bu durumun ne kadar farkında olduğunu belirlemek için sorulmakta ve ayrıca gece yeme sendromunun uyku ile ilişkili yeme bozukluğundan ayırt edilebilmesini sağlamaktadır. Toplamda 0-52 arasında puan alınmaktadır. Ankette bulunan 15. ve 16. sorular puanlamaya katılmamış ancak ek soru olarak bulunması önerilmiştir. Özgün çalışmada, 25 puan ve üzeri puan alan kişilerde gece yeme bozukluğu olduğu, bu puanın altında puan alan kişilerde ise yeme bozukluğu olmadığı şeklinde yorumlama yapılmıştır (Atasoy vd., 2014). Anketin kullanılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (Ek-4).

3.3.7 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Bu çalışmada bu ölçek, katılımcıların son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), iç tutarlılığa, geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olan bir ölçektir (Buysse vd., 1989). Ağargün ve arkadaşları 1996 yılında, Türkiye de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.804 olarak saptamışlardır (Ağargün vd., 1996).

Bu ölçekte 24 soru bulunmaktadır. Bunlardan 19 tanesi katılımcının kendisi tarafından yanıtlanan öz bildirim sorularıdır. Kalan beş soru ise katılımcının oda arkadaşı veya eşi tarafından cevaplandırılarak ve puanlamaya dahil edilmeyen

sorulardır. Ölçekteki öz bildirim soruları uyku kalitesiyle ilgili değişik etmenleri içermektedir (Ağargün vd., 1996; Buysse vd., 1989).

Puanlama kısmına katılan 18 soru, 7 bileşen puanı olarak gruplandırılmaktadır. Bu bileşenler; gündüz uyku ve işlev bozukluğu (bileşen 7), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6), uyku bozukluğu (bileşen 5), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku süresi (bileşen 3), uyku lantesi (bileşen 2) ve uyku kalitesi (bileşen 1) hakkında bilgi vermektedir. (Ağargün vd., 1996; Buysse vd., 1989). Ölçekte her soru 0 ile 3 arasında bir sayı ile puanlanmaktadır. Tüm bileşenlere ait skorların toplamı PUKİ skorunu bildirmektedir. Toplam skor 0 ile 21 puan arasındadır. Skor değerleri 5 ve altında olan katılımcıların uyku kalitesini iyi olarak değerlendirilirken, skor değeri 5 ve üzeri olanların ise kötü olarak değerlendirmiştir. Ölçeğin iyi ve kötü uyku süreci olan kişileri ayırt edebilmede tanı özgünlüğü ve duyarlılığı (sırasıyla %86,6 ve %89,6) yüksek bulunmuştur. Skorun 5'in üstünde olması kişinin uykusuyla ilgili minimum iki bileşende ciddi sorunlar yaşadığını veya üç ve üçten daha fazla bileşende orta yada hafif şiddette sorun yaşadığını göstermektedir (Buysse vd., 1989). Bu ölçeğin çalışmada uygulanabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (Ek-5).

3.4 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan anket formundan elde edilmiş olan veriler istatistiksel veri analizi programı olan Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin, genel sağlık durumlarının ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen kadın ve erkek bireylerin günlük enerji ve besin ögesi tüketimlerine ait ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Katılımcıların üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarına ait ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değer gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Araştırmada kullanılan hipotez testlerinin belirlenmesinde veri setinin normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi, QQ plot ve çarpıklık-basıklık değerleri göz önünde bulundurularak incelenmiştir. Veri seti normal dağılıma uyduğundan dolayı parametrik test istatistikleri kullanılmıştır. Kadın ve erkeklerin üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaş, antropometrik ölçümler, enerji ve besin ögesi tüketimleri ile üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonların saptanması amacıyla Pearson korelasyon analizi ile yapılmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların genel bilgileri değerlendirilmiş, araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyete göre yaş, medeni durum, eğitim ve uyrukları Tablo 4.1’de verilmiştir. Çalışmaya toplamda 193 çalışan yönetsel personel katılmış olup, bunların 102’si (%52,8) kadın, 91’i (%47,2) erkektir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %25,39’unun 35 yaş ve altında olduğu, %40,93’ünün 36-45 yaş arasında olduğu ve %33,68’inin 46 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların ağırlıklı olarak %67,88’i evli, %79,79’u KKTC uyrukludur. Kadın ve erkek bireylerin çoğunun lisans seviyesinde eğitim almış oldukları saptanmıştır (%51,96 kadın, %51,65 erkek).

Tablo 4.1: Katılımcıların cinsiyetlerine göre genel özelliklerinin dağılımları (n=193)

Tanıtıcı Özellikler	Kadın(S=102)		Erkek(S=91)		Toplam(S=193)	
	n	%	n	%	n	%
Yaş Grubu						
35 yaş ve altı	27	26,47	22	24,18	49	25,39
36-45 yaş arası	46	45,10	33	36,26	79	40,93
46 yaş ve üzeri	29	28,43	36	39,56	65	33,68
Medeni durum						
Evli	65	63,73	66	72,53	131	67,88
Bekar	26	25,49	19	20,88	45	23,32
Boşanmış/Dul	11	10,78	6	6,59	17	8,81
Uyruk						
KKTC	79	77,45	75	82,42	154	79,79
TC ve KKTC	23	22,55	16	17,58	39	20,21
Eğitim durumu						
İlköğretim	0	0,00	5	5,49	5	2,59
Lise ve dengi	27	26,47	24	26,37	51	26,42
Lisans	53	51,96	47	51,65	100	51,81
Lisansüstü	22	21,57	15	16,48	37	19,17

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumları, sigara-alkol kullanımı ve spor yapma durumlarına göre dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların %81,35’inde tanısı konmuş kronik bir hastalık olmadığı ve %80,83’ünün düzenli olarak ilaç kullanmadığı saptanırken, katılımcıların %18,65’inin doktor tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığının olduğu ve %19,17’sinin düzenli olarak ilaç kullandığı saptanmıştır. Kadınların %34,31’inin, erkeklerin ise %40,66’sının sigara kullandığı tespit edilmiştir. Erkeklerin %54,95’inin, kadınların %39,22’sinin alkol tükettiği tespit edilmiş, kadınların %37,25’inin ve erkeklerin %45,05’inin ise düzenli olarak spor yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4.2: Katılımcıların genel sağlık durumları, sigara-alkol kullanma ve spor yapma durumlarına göre dağılımları (n=193)

	Kadın (n=102)		Erkek(n=91)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tanısı konmuş kronik hastalık						
Hayır	79	77,45	78	85,71	157	81,35
Evet	23	22,55	13	14,29	36	18,65
Düzenli ilaç kullanma durumu						
Hayır	80	78,43	76	83,52	156	80,83
Evet	22	21,57	15	16,48	37	19,17
Sigara kullanma durumu						
Hayır	67	65,69	54	59,34	121	62,69
Evet	35	34,31	37	40,66	72	37,31
Alkol kullanma durumu						
Hayır	62	60,78	41	45,05	103	53,37
Evet	40	39,22	50	54,95	90	46,63
Düzenli spor/egzersiz yapma durumu						
Hayır	64	62,75	50	54,95	114	59,07
Evet	38	37,25	41	45,05	79	40,93

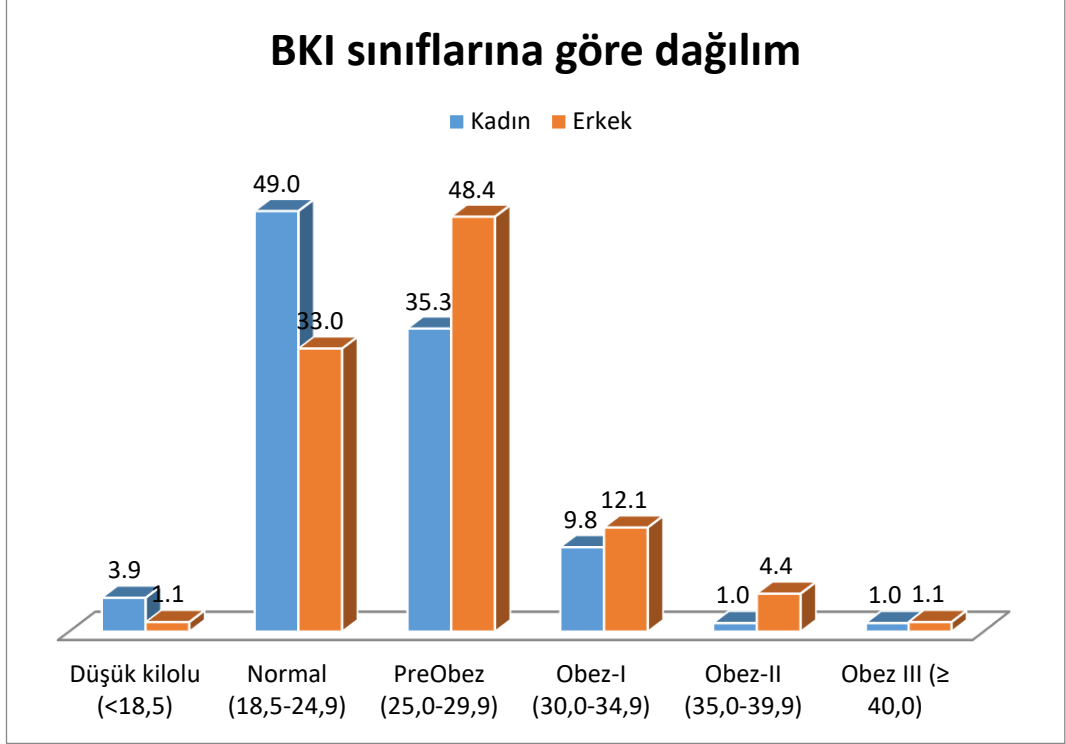
4.2 Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine Göre Bulguları

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre yaş ve antropometrik ölçümlerine ait ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değer gibi tanımlayıcı istatistiksel değerler Tablo 4.3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan kadın bireylerin yaş ortalamasının $39,11 \pm 7,90$ (22-57 yaş), boy uzunlukları ortalamasının $165,05 \pm 7,07$ cm(150-180cm), vücut ağırlıkları ortalamasının $67,44 \pm 12,71$ kg (50-133 kg) ve BKİ değerler ortalamasının $24,37 \pm 4,93$ kg/m² (18-54 kg/m²) olduğu saptanmıştır. Erkek bireylerin yaş ortalaması $41,42 \pm 8,91$ (25-64 yaş), boy uzunlukları ortalaması $174,80 \pm 6,86$ cm(160-188 ccm), vücut ağırlıkları ortalaması $82,45 \pm 14,62$ kg (61-120 kg) ve BKİ değerleri ortalaması $26,53 \pm 4,06$ kg/m² (18-40 kg/m²)'dir.

Tablo 4.3: Katılımcıların cinsiyetlerine göre, antropometrik ölçümlerine ait istatistikler (n=193)

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Kadın					
Yaş (yıl)	102	39,11	7,90	22	57
Boy uzunluğu (cm)	102	165,05	7,07	150	180
Vücut ağırlığı (kg)	102	67,44	12,71	50	133
BKI (kg/m ²)	102	24,37	4,93	18	54
Erkek					
Yaş (yıl)	91	41,42	8,91	25	64
Boy uzunluğu (cm)	91	174,80	6,86	160	188
Vücut ağırlığı (kg)	91	82,45	14,62	61	120
BKI (kg/m ²)	91	26,53	4,06	18	40
Toplam					
Yaş (yıl)	193	40,20	8,45	22	64
Boy uzunluğu (cm)	193	169,65	8,49	150	188
Vücut ağırlığı (kg)	193	74,52	15,54	50	133
BKI (kg/m ²)	193	25,38	4,66	18	54

Şekil 4.1 incelendiğinde, araştırmaya katılan kadın bireylerin %3,9'unun düşük kilolu, %49,0'unun normal kiloda, %35,3'ünün Preobez, %9,8'inin Obez-I, %1,0'nin Obez-II ve %1,0'inin Obez III sınıfında olduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen erkek bireylerin %1,1'inin düşük kilolu, %33,0'ının normal kiloda, %48,4'ünün Preobez, %12,1'inin Obez-I, %4,4'ünün Obez-II ve %1,1'inin Obez III sınıfında olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 4.1: Kadın ve erkek katılımcıların BKI sınıflarına göre dağılımı

4.3 Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

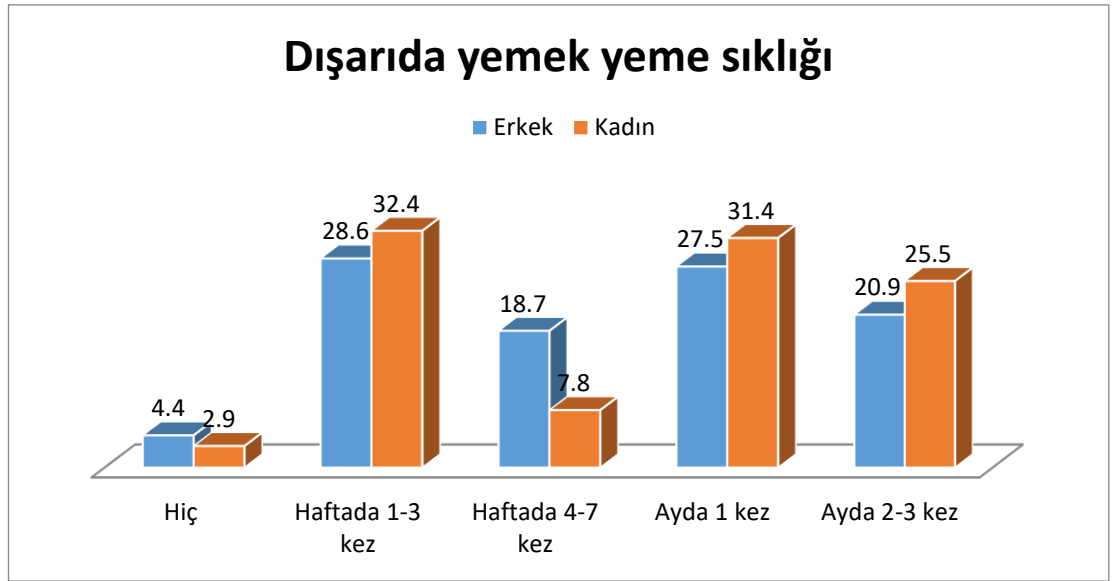
Araştırmaya katılan bireylerin beslenme alışkanlıkları, ana öğün ve ara öğün tüketimleri ile ilgili bulgular Tablo 4.4’de verilmiştir. Kadın bireylerin %94,12’sinin üç ana öğün, %5,88’inin iki ana öğün tükettiği, erkeklerde ise bu değerlerin sırasıyla %75,82 ve %24,18 olduğu tespit edilmiştir. Kadınları %12,75’i günde bir ara öğün, %39,22’si iki ara öğün, %29,41’i üç ara öğün tüketirken, erkeklerin %32,97’si bir ara öğün, %24,18’i iki ara öğün ve %14,29’unun ise üç ara öğün tükettiği saptanmıştır. Erkeklerin %28,57’si kadınların ise %18,63’ü hiç ara öğün tüketmemektedir. Kadın ve erkek katılımcıların %8,29’unun sabah öğünü tüketmediği, %1,55’inin öğle ve akşam öğününü, %24,87’sinin hiç ara öğün tüketmediğini ifade ettiği saptanmıştır. Katılımcıların %59,59’unun genelde öğünlerini evde ev yemeği tükettiği, %6,22’sinin evde hazır gıda tükettiği, %27,98’inin işte/okulda ev yemeği şeklinde tükettiği ve %6,22’sinin işte/okulda hazır gıda tükettiği saptanmıştır. Kadınların

%34,31'inin hiç öğün atlamadığı, %50'si bazen ve %15,69'unun ise her zaman öğün atladıkları tespit edilmiştir. Erkeklerin ise %27,47'sinin öğün atlamadığı, %48,35'inin bazen öğün atladığı ve %24,18'inin her zaman öğün atladıkları saptanmıştır. Katılımcıların çoğunlukla (%47,73) sabah öğününü atladığı tespit edilmiştir. Öğün atlayan kadın ve erkek bireylerin %15,79'u hazır yemek olmadığı için, %44,36'sı canı istemediği için, %63,91' zaman yetersizliğinden dolayı ve %23,31'i alışkanlığı olmadığı için öğün atladıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4: Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları (n=193)

	Kadın (n=102)		Erkek(n=91)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Günlük tüketilen ana öğün sayısı						
İki	6	5,88	22	24,18	28	14,51
Üç	96	94,12	69	75,82	165	85,49
Günlük Tüketilen ara öğün sayısı						
Hiç tüketmeyen	19	18,63	26	28,57	45	23,32
Bir	13	12,75	30	32,97	43	22,28
İki	40	39,22	22	24,18	62	32,12
Üç	30	29,41	13	14,29	43	22,28
Sabah						
Tüketen	97	95,10	80	87,91	177	91,71
Tüketmeyen	5	4,90	11	12,09	16	8,29
Öğle						
Tüketen	102	100,00	88	96,70	190	98,45
Tüketmeyen	0	0,00	3	3,30	3	1,55
Akşam						
Tüketen	102	100,00	88	96,70	190	98,45
Tüketmeyen	0	0,00	3	3,30	3	1,55
Ara öğün						
Tüketen	83	81,37	62	68,13	145	75,13
Tüketmeyen	19	18,63	29	31,87	48	24,87
Öğün tüketilen yer						
Evde (Ev yemeği)	61	59,80	54	59,34	115	59,59
Evde (Hazır gıda)	4	3,92	8	8,79	12	6,22
İşte/Okulda (Ev yemeği)	34	33,33	20	21,98	54	27,98
İşte/Okulda (Hazır gıda)	3	2,94	9	9,89	12	6,22
Öğün atlama durumu						
Evet	16	15,69	22	24,18	38	19,69
Hayır	35	34,31	25	27,47	60	31,09
Bazen	51	50,00	44	48,35	95	49,22
Atlanan öğün (n1=67, n2=66)						
Sabah	31	46,27	33	35,16	64	47,73
Öğle	18	26,87	19	20,88	37	28,03
Akşam	18	26,87	14	15,38	32	24,24
Öğün atlama nedeni (n1=67, n2=66)						
Zayıflamak istiyor	2	2,99	5	5,49	7	5,26
Hazır yemek olmadığı için	11	16,42	10	10,99	21	15,79
Canı istemiyor, işstahsız	28	41,79	31	34,07	59	44,36
Zaman yetersizliği	43	64,18	42	46,15	85	63,91
Alışkanlığı yok	15	22,39	16	17,58	31	23,31

Şekil 4.2 incelendiğinde araştırmaya katılan erkek bireylerin %28,6'sının haftada 1-3 kez, %18,7'sinin haftada 4-7 kez, %27,5'inin ayda 1 kez ve %20,9'unun ayda 2-3 kez dışarıda yemek yediği, kadın bireylerin ise %32,4'ünün haftada 1-3 kez %7,8'inin haftada 4-7 kez, %31,4'ünün ayda 1 kez ve %25,5'inin ayda 2-3 kez dışarıda yemek yediği tespit edilmiştir. Erkeklerin %4,4'ünün ve kadınların %2,9'unun ise dışarıda hiç yemek yemediği saptanmıştır.



Şekil 4.2: Katılımcıların ev dışında yemek yeme sıklıklarına göre dağılımı

4.4 Katılımcıların Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarlarına İlişkin

Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin, bir günlük besin ögesi ve enerji alımlarına ait tanımlayıcı istatistiksel (standart sapma, ortalama vb.) değerler Tablo 4.5'de verilmektedir.

Katılımcıların günlük enerji tüketimi ortalaması $1967,71 \pm 566,57$ kkal, su tüketimi ortalaması $1202,07 \pm 334,17$ g, protein tüketimi ortalamasının $93,86 \pm 30,43$ g, yağ tüketimi ortalamasının $84,78 \pm 30,49$ g ve karbonhidrat tüketimi ortalamasının

199,85±69,59 gr olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireyler günlük ortalama 22,81±8,26 g lif, 0,41±3,45 g alkol, 18,41±10,02 g çoklu doymamış yağ, 342,34±214,50 g kolesterol, 1384,44±2079,61 µg vitamin A, 3,23±,38 karoten, 16,28±7,94 mg vitamin E (eşd) tükettiği saptanmıştır. Katılımcıların günlük ortalama almış olduğu, vitamin B1 0,92±0,35 mg, vitamin B2 1,68±0,58 mg, vitamin B6 1,62±0,54 mg, toplam folik asit 281,25±92,44 µg ve vitamin C ise 96,89±47,93 mg'dır.

Çalışmaya katılan bireylerin günlük tüketilen, potasyum tüketimi ortalaması 2893,22±848,03 mg, kalsiyum tüketimi ortalaması 1093,28±392,52 mg, magnezyum tüketimi ortalaması 316,12±102,86 mg, fosfor tüketimi ortalaması 1763,50±578,0 mg, demir tüketimi ortalaması 12,82±4,02 mg, çinko tüketimi ortalaması 12,42±4,32 mg ve kafein tüketimi ortalaması 41,38±66,96 mg bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerine göre, günlük su tüketimleri arasında anlamlı bir fark olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların su tüketim miktarlarının, erkek bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen kadın ve erkek bireylerin günlük su tüketim miktarları dışındaki diğer besin öğeleri tüketimleri arasında anlamlı bir fark olmadığı istatistiksel olarak saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.5: Katılımcıların enerji ve besin öğeleri tüketim miktarlarına ait tanımlayıcı istatistikler (n=193)

	Kadın		Erkek		Toplam		t	p
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Enerji (kkal)	2020,62	519,46	1908,41	612,58	1967,71	566,57	1,38	0,17
Su (g)	1249,46	312,87	1148,96	350,68	1202,07	334,17	2,10	0,04*
Protein (g)	95,87	28,33	91,61	32,63	93,86	30,43	0,97	0,33
Protein (%)	19,85	4,69	20,11	4,62	19,97	4,65	-0,38	0,70
Yağ (g)	86,62	27,84	82,72	33,24	84,78	30,49	0,89	0,38
Yağ (%)	38,30	7,58	38,04	6,98	38,18	7,29	0,25	0,81
Karbonhidrat (g)	206,35	69,91	192,56	68,89	199,85	69,59	1,38	0,17
Karbonhidrat (%)	41,63	7,97	41,86	8,22	41,74	8,07	-0,20	0,84
Lif (g)	23,24	7,90	22,33	8,66	22,81	8,26	0,77	0,44
Alkol (g)	0,49	3,97	0,33	2,78	0,41	3,45	0,32	0,75
Alkol (%)	0,16	1,21	0,09	0,84	0,12	1,05	0,46	0,65
Çoklu doymamış yağ (g)	18,91	10,17	17,85	9,87	18,41	10,02	0,73	0,47
Kolesterol (mg)	345,29	212,74	339,04	217,60	342,34	214,50	0,20	0,84
A Vitamini (µg)	1545,06	2790,37	1204,40	652,99	1384,44	2079,61	1,14	0,26
Karoten (mg)	3,15	2,36	3,31	2,43	3,23	2,38	-0,46	0,64
E Vitamini (eşd.) (mg)	17,01	7,88	15,46	7,96	16,28	7,94	1,36	0,17
B1 Vitamini (mg)	0,94	0,36	0,89	0,33	0,92	0,35	0,92	0,36
B2 Vitamini (mg)	1,75	0,66	1,60	0,46	1,68	0,58	1,82	0,07
B6 Vitamini (mg)	1,66	0,49	1,58	0,59	1,62	0,54	0,98	0,33
Toplam folik asit (µg)	290,40	90,10	271,00	94,44	281,25	92,44	1,46	0,15
C Vitamini (mg)	96,77	47,22	97,02	48,97	96,89	47,93	-0,04	0,97
Potasyum (mg)	2911,09	744,56	2873,19	954,62	2893,22	848,03	0,31	0,76
Kalsiyum (mg)	1127,25	409,43	1055,20	371,20	1093,28	392,52	1,27	0,20
Magnezyum (mg)	324,99	103,39	306,19	101,91	316,12	102,86	1,27	0,21
Fosfor (mg)	1833,74	564,92	1684,77	585,42	1763,50	578,00	1,80	0,07
Demir (mg)	13,01	3,92	12,61	4,14	12,82	4,02	0,70	0,48
Çinko (mg)	12,67	4,35	12,13	4,29	12,42	4,32	0,87	0,39
Kafein (mg)	49,94	84,07	38,19	63,60	41,38	66,96	1,08	0,28

* $p < 0,05$

Çalışmaya katılan bireylerin, cinsiyetlere göre enerji ve besin öğeleri tüketimleri ile Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine (TÖBR) göre yeterlilik düzeyleri dağılımı Tablo 4.6'da verilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %21,76'sının enerji alımlarının yetersiz olduğu, %68,39'unun yeterli oranda enerji aldığı ve %9,84'ünün ise fazla enerji alımının olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %16,58'inin protein alımının yeterli miktarda, %83,42'sinin ise protein alımlarının fazla olduğu saptanmıştır. Lif tüketimlerine bakıldığında bireylerin %27,98'inin yetersiz, %59,07'sinin yeterli ve %12,95'inde ise lif tüketiminin fazla olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin %8,29'unun A vitamini alımlarının yetersiz, %33,16'sının yeterli ve %58,55'inin ise fazla, E vitamini alımlarının %24,87'sinde yetersiz, %32,64'ünde yeterli ve %42,49'unda fazla, B1 vitamini alımlarının %33,68'inde yetersiz, %59,59'unda yeterli ve %6,74'ünde fazla, B2 vitamini alımlarının %1,04'ünde yetersiz, %26,42'sinde yeterli ve %72,54'ünde fazla, B6 vitamini alımlarının %3,63'ünde yetersiz, %46,11'inde yeterli ve %50,26'sında fazla, C vitamini alımlarının %20,73'ünün yetersiz, %45,60'ının yeterli ve %33,68'inin ise fazla olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların %13,47'sinde kalsiyum alımının yetersiz, %46,63'ünde yeterli ve %39,90'ında fazla, fosfor değerlerinin bireylerin %97,93'ünde fazla , demir alımının %30,5'inde yetersiz, %34,20'sinde yeterli ve %35,75'inde fazla, çinko alımlarının %5,18'inde yetersiz, 46,11'inde yeterli ve %48,70'inde ise fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6: Katılımcıların cinsiyetlerine göre enerji ve besin öğeleri tüketimlerinin TÖBR'e göre yeterlilik düzeyleri dağılımı (1: Yetersiz (<%67) 2: Yeterli (%67-%113) 3: Fazla (>%113)).

	Kadın						Erkek						Toplam					
	<u>Yetersiz</u>		<u>Yeterli</u>		<u>Fazla</u>		<u>Yetersiz</u>		<u>Yeterli</u>		<u>Fazla</u>		<u>Yetersiz</u>		<u>Yeterli</u>		<u>Fazla</u>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enerji (kcal)	22	21,57	76	74,51	4	3,92	20	21,98	56	61,54	15	16,48	42	21,76	132	68,39	19	9,84
Protein (g)	0	0,00	17	16,67	85	83,33	0	0,00	15	16,48	76	83,52	0	0,00	32	16,58	161	83,42
Lif (g)	23	22,55	65	63,73	14	13,73	31	34,07	49	53,85	11	12,09	54	27,98	114	59,07	25	12,95
A Vitamini (µg)	8	7,84	33	32,35	61	59,80	8	8,79	31	34,07	52	57,14	16	8,29	64	33,16	113	58,55
E Vitamini(eşd.) (mg)	35	34,31	37	36,27	30	29,41	13	14,29	26	28,57	52	57,14	48	24,87	63	32,64	82	42,49
B1Vitamini (mg)	34	33,33	66	64,71	2	1,96	31	34,07	49	53,85	11	12,09	65	33,68	115	59,59	13	6,74
B2Vitamini (mg)	0	0,00	23	22,55	79	77,45	2	2,20	28	30,77	61	67,03	2	1,04	51	26,42	140	72,54
B6 Vitamini (mg)	2	1,96	55	53,92	45	44,12	5	5,49	34	37,36	52	57,14	7	3,63	89	46,11	97	50,26
C Vitamini (mg)	24	23,53	45	44,12	33	32,35	16	17,58	43	47,25	32	35,16	40	20,73	88	45,60	65	33,68
Kalsiyum (mg)	15	14,71	52	50,98	35	34,31	11	12,09	38	41,76	42	46,15	26	13,47	90	46,63	77	39,90
Magnezyum (mg)	11	10,78	72	70,59	19	18,63	25	27,47	57	62,64	9	9,89	36	18,65	129	66,84	28	14,51
Fosfor (mg)	0	0,00	4	3,92	98	96,08	0	0,00	0	0,00	91	100,00	0	0,00	4	2,07	189	97,93
Demir (mg)	54	52,94	44	43,14	4	3,92	4	4,40	22	24,18	65	71,43	58	30,05	66	34,20	69	35,75
Çinko (mg)	6	5,88	56	54,90	40	39,22	4	4,40	33	36,26	54	59,34	10	5,18	89	46,11	94	48,70

4.5 Katılımcıların Üç Faktörlü Yeme Anketi, Gece Yeme Anketi ve PUKİ Skorlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarına ait ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değer gibi tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.7’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin üç faktörlü yeme testinde bulunan kontrolsüz yeme alt boyutundan ortalama $9,46\pm 2,90$ puan, duygusal yeme alt boyutundan ortalama $5,49\pm 2,69$ puan, kısıtlama alt boyutundan ortalama $14,34\pm 3,59$ puan ve açlığı duyarlılık alt boyutundan ortalama $8,12\pm 4,27$ puan aldığı saptanmıştır.

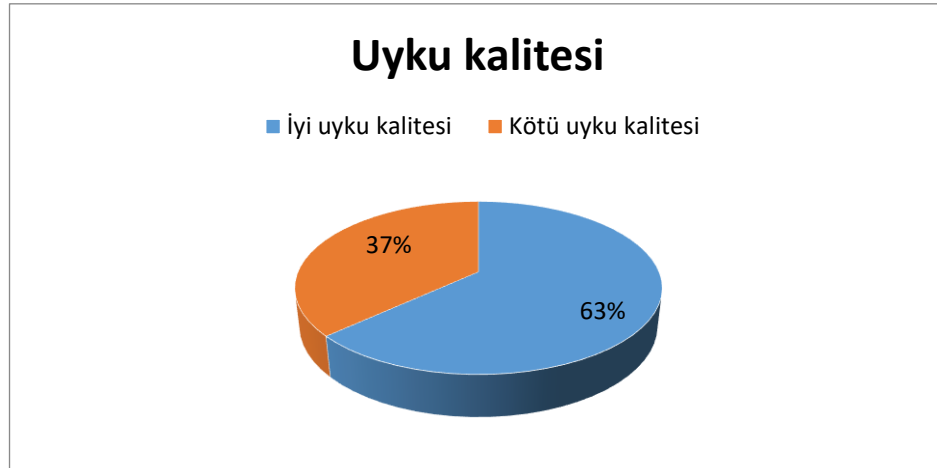
Katılımcıların gece yeme anketinde yer alan gece yeme alt boyutundan ortalama $4,21\pm 5,57$ puan, akşam hiperfajisi alt boyutundan ortalaması $5,04\pm 5,10$ puan, sabah iştahsızlığı alt boyutundan ortalama $4,35\pm 1,91$ puan, duygu durum ve uyku bozukluğu alt boyutundan ise ortalama $2,56\pm 2,89$ puan aldığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi skorlarının $4,28\pm 2,81$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7: Katılımcıların üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarına ait tanımlayıcı istatistikler (n=193)

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Kontrolsüz yeme	193	9,46	2,90	5	17
Duygusal yeme	193	5,49	2,69	3	12
Kısıtlama	193	14,34	3,59	6	24
Açlığa duyarlılık	193	8,12	4,27	4	16
Gece yeme	193	4,21	5,57	0	44
Akşam hiperfajisi	193	5,04	5,10	1	36
Sabah iştahsızlığı	193	4,35	1,91	0	9
Duygudurum ve uyku bozukluğu	193	2,56	2,89	0	36
Gece Yeme Anketi	193	16,17	8,88	6	59
PUKİ	193	4,28	2,81	0	9

Şekil 4.3 incelendiğinde, katılımcıların %37'sinin iyi uyku kalitesine, %63'ün ise kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 4.3: Katılımcıların uyku kalitelerine göre dağılımı

Şekil 4.4 incelendiğinde, katılımcıların %8'inde gece yeme sendromu görülürken, %92'sinde gece yeme sendromu görülmemiştir.



Şekil 4.4: Katılımcıların gece yeme sendromuna sahip olma durumlarına göre dağılımları

Araştırma kapsamına alınan bireylerin, cinsiyetlerine göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlere göre üç faktörlü yeme anketinde yer alan kısıtlama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre kadın bireyler, erkek bireylere göre yemek yemelerini daha fazla kısıtlamaktadır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasında anlamlı bir fark olmadığı istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Erkek ve kadın katılımcıların üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları benzerdir.

Tablo 4.8: Katılımcıların cinsiyetlerine göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması (n=193)

	Ölçekler	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	t	p	
Üç Faktörlü Beslenme Anketi	Kontrolsüz yeme	Kadın	102	9,16	2,76	-1,52	0,13	
		Erkek	91	9,80	3,03			
	Duygusal yeme	Kadın	102	5,79	2,82	1,66	0,10	
		Erkek	91	5,15	2,48			
	Kısıtlama	Kadın	102	14,94	3,80	2,57	0,01*	
		Erkek	91	13,63	3,21			
	Açlığa duyarlılık	Kadın	102	7,69	4,08	-1,51	0,13	
		Erkek	91	8,62	4,46			
	Gece Yeme Anketi	Gece yeme	Kadın	102	3,49	4,38	-1,95	0,05
			Erkek	91	5,04	6,64		
Akşam hiperfajisi		Kadın	102	5,13	5,43	0,25	0,81	
		Erkek	91	4,94	4,72			
Sabah iştahsızlığı		Kadın	102	4,37	1,94	0,10	0,92	
		Erkek	91	4,34	1,89			
Duygudurum ve uyku bozukluğu		Kadın	102	2,81	3,70	1,26	0,21	
		Erkek	91	2,28	1,45			
Gece Yeme Anketi		Kadın	102	15,79	8,96	-0,64	0,52	
		Erkek	91	16,61	8,81			
PUKİ	PUKİ	Kadın	102	4,21	2,84	-0,39	0,70	
		Erkek	91	4,37	2,79			

* $p < 0,05$

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sigara kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi ve gece yeme anketi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre PUKİ skorları arasındaki farkın anlamlı olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). Sigara içen katılımcıların PUKİ skorları içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.9: Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması (n=193)

		Sigara kullanma durumu	n	\bar{x}	s	t	p
Üç Faktörlü Beslenme Anketi	Kontrolsüz yeme	Hayır	121	9,55	2,99	0,61	0,55
		Evet	72	9,29	2,75		
	Duygusal yeme	Hayır	121	5,35	2,72	-0,97	0,33
		Evet	72	5,74	2,62		
	Kısıtlama	Hayır	121	14,57	3,52	1,17	0,24
		Evet	72	13,94	3,70		
	Açlığa duyarlılık	Hayır	121	8,12	4,11	-0,01	0,99
		Evet	72	8,13	4,56		
Gece Yeme Anketi	Gece yeme	Hayır	121	3,88	5,68	-1,07	0,29
		Evet	72	4,76	5,38		
	Akşam hiperfajisi	Hayır	121	5,11	5,41	0,23	0,82
		Evet	72	4,93	4,57		
	Sabah iştahsızlığı	Hayır	121	4,21	1,85	-1,37	0,17
		Evet	72	4,60	2,00		
	Duygudurum ve uyku bozukluğu	Hayır	121	2,59	3,51	0,14	0,89
		Evet	72	2,53	1,35		
	Gece Yeme Anketi	Hayır	121	15,78	9,57	-0,79	0,43
		Evet	72	16,82	7,60		
PUKİ	PUKİ	Hayır	121	3,86	2,75	-2,77	0,01*
		Evet	72	5,00	2,78		

* $p < 0,05$

Araştırma kapsamına alınan bireylerin alkol kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre sabah iştahsızlığı skorları arasında anlamlı bir fark olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). Alkol kullanan katılımcıların sabah iştahsızlığı skorları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi ve PUKİ skorları arasında anlamlı bir fark olmadığı istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.10: Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması (n=193)

		Alkol kullanma durumu	n	\bar{x}	s	t	p
Üç Faktörlü Beslenme Anketi	Kontrolsüz yeme	Hayır	103	9,40	2,98	-0,30	0,77
		Evet	90	9,52	2,82		
	Duygusal yeme	Hayır	103	5,68	2,97	1,04	0,30
		Evet	90	5,28	2,32		
	Kısıtlama	Hayır	103	14,25	3,62	-0,35	0,73
		Evet	90	14,43	3,57		
	Açlığa duyarlılık	Hayır	103	8,21	4,31	0,33	0,74
		Evet	90	8,01	4,25		
Gece Yeme Anketi	Gece yeme	Hayır	103	3,72	3,94	-1,31	0,19
		Evet	90	4,77	6,98		
	Akşam hiperfajisi	Hayır	103	4,64	4,63	-1,17	0,24
		Evet	90	5,50	5,59		
	Sabah iştahsızlığı	Hayır	103	4,08	1,74	-2,15	0,03*
		Evet	90	4,67	2,06		
	Duygudurum ve uyku bozukluğu	Hayır	103	2,83	3,70	1,39	0,17
		Evet	90	2,26	1,47		
	Gece Yeme Anketi	Hayır	103	15,27	7,67	-1,50	0,14
		Evet	90	17,19	10,04		
PUKİ	PUKİ	Hayır	103	3,93	2,68	-1,88	0,06
		Evet	90	4,69	2,92		

* $p<0,05$

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların düzenli spor yapma durumlarına göre bağımsız örneklem t testi kullanılarak üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Sonuçları Tablo 4.11’de bulunmaktadır.

Katılımcıların düzenli olarak spor yapma durumlarına göre kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve kısıtlama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Düzenli spor yapan bireylerin, kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve kısıtlama puanları, yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli spor yapma durumlarına göre gece yeme, sabah iştahsızlığı ve gece yeme anketi geneli skorları arasındaki farkın anlamlı olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Düzenli olarak spor yapan bireylerin gece yeme, sabah iştahsızlığı ve gece yeme anketi geneli puanları, spor yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.11: Katılımcıların düzenli spor yapma durumlarına göre üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorlarının karşılaştırılması (n=193)

		Düzenli spor/egzersiz yapma durumu	n	x	s	t	p
Üç Faktörlü Beslenme Anketi	Kontrolsüz yeme	Yapmayan	114	8,94	2,92	-3,04	0,00*
		Yapan	79	10,20	2,71		
	Duygusal yeme	Yapmayan	114	5,15	2,38	-2,15	0,03*
		Yapan	79	5,99	3,02		
	Kısıtlama	Yapmayan	114	13,89	3,47	-2,11	0,04*
		Yapan	79	14,99	3,69		
	Açlığa duyarlılık	Yapmayan	114	7,89	5,05	-0,91	0,36
		Yapan	79	8,46	2,80		
Gece Yeme Anketi	Gece yeme	Yapmayan	114	3,18	3,48	-3,16	0,00*
		Yapan	79	5,70	7,43		
	Akşam hiperfajisi	Yapmayan	114	4,98	4,84	-0,19	0,85
		Yapan	79	5,13	5,50		
	Sabah iştahsızlığı	Yapmayan	114	4,09	1,88	-2,33	0,02*
		Yapan	79	4,73	1,91		
	Duygudurum ve uyku bozukluğu	Yapmayan	114	2,71	3,52	0,84	0,40
		Yapan	79	2,35	1,59		
	Gece Yeme Anketi	Yapmayan	114	14,96	7,59	-2,30	0,02*
		Yapan	79	17,91	10,27		
PUKİ	PUKİ	Yapmayan	114	4,09	2,69	-1,17	0,24
		Yapan	79	4,57	2,97		

* $p<0,05$

Araştırmaya dahil edilen bireylerin yaş ve antropometrik ölçümleri ile üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Katılımcıların yaşları ile gece yeme anketinde yer alan akşam hiperfajisi ve sabah iştahsızlığı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu korelasyonlar negatif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlardır. Buna göre katılımcıların yaşları arttıkça, akşam hiperfajisi ve sabah iştahsızlığı alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır.

Katılımcıların boy uzunlukları ile gece yeme anketinde yer alan gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların boy uzunlukları arttıkça, gece yeme puanları da artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin vücut ağırlıkları ile üç faktörlü yeme anketinde yer alan kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu korelasyonlar pozitif yönlü ve düşük kuvvette olup, katılımcıların vücut ağırlıkları arttıkça, üç faktörlü yeme anketinde bulunan kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar artmaktadır.

Katılımcıların vücut ağırlıkları ile gece yeme anketinde yer alan gece yeme anketinden aldıkları puanlar arasında düşük kuvvetli, pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre katılımcıların vücut ağırlıkları arttıkça, gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Katılımcıların BKİ değerleri ile üç faktörlü yeme anketinde yer alan kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu korelasyonlar pozitif yönlü ve düşük kuvvette olup, katılımcıların BKİ değerleri arttıkça, üç faktörlü yeme anketinde bulunan kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutların aldıkları puanlar artmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin BKİ değerleri ile gece yeme anketinde yer alan, gece yeme anketinden aldıkları puanlar arasında düşük kuvvetli, pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre katılımcıların vücut ağırlılıkları arttıkça, gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin Pittsburgh uyku kalitesi indeksi skorları ile yaş ve antropometrik ölçümleri arasında anlamlı korelasyonlar olmadığı istatistiksel olarak saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12: Katılımcıların yaş ve antropometrik ölçümleri ile üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonlar (n=193)

			Yaş	Boy uzunluğu (cm)	Vücut ağırlığı (kg)	BKI (kg/m ²)
Üç Faktörlü Beslenme Anketi	Kontrolsüz yeme	r	-0,02	0,03	0,26	0,29
		p	0,74	0,65	0,00*	0,00*
	Duygusal yeme	r	-0,05	-0,14	0,20	0,32
		p	0,51	0,05	0,00*	0,00*
	Kısıtlama	r	-0,08	-0,14	0,02	0,10
		p	0,29	0,05	0,83	0,15
	Açlığa duyarlılık	r	-0,02	0,03	0,18	0,20
		p	0,84	0,67	0,01*	0,01
Gece Yeme Anketi	Gece yeme	r	0,07	0,15	0,24	0,17
		p	0,37	0,03*	0,00*	0,01*
	Akşam hiperfajisi	r	-0,19	0,00	0,01	0,01
		p	0,01*	0,95	0,89	0,85
	Sabah iştahsızlığı	r	-0,16	0,01	-0,08	-0,03
		p	0,03*	0,85	0,26	0,67
	Duygudurum ve uyku bozukluğu	r	0,03	-0,06	-0,12	-0,09
		p	0,73	0,37	0,08	0,20
Gece Yeme Anketi	r	-0,09	0,08	0,10	0,08	
	p	0,19	0,26	0,18	0,26	
PUKİ	PUKİ	r	-0,05	0,03	0,00	-0,03
		p	0,53	0,69	0,97	0,63

* $p < 0,05$

Pearson korelasyon analiz yöntemiyle, araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ve antropometrik ölçümleri ile üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 4.13’de verilmiştir.

Katılımcıların gece yeme anketinde yer alan sabah iştahsızlığı alt boyutundan aldıkları puanlar ile fosfor tüketimleri arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların sabah iştahsızlığı alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, fosfor tüketimleri azalmaktadır.

Katılımcıların gece yeme anketi genelinden almış oldukları puanlar ile su alımları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonların olduğu istatistiksel olarak

bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre bireylerin gece yeme anketi genelinden almış oldukları puanlar arttıkça, su alımlarında arttığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların PUKİ skorları ile alkol (%) tüketimleri ile arasında anlamlı bir korelasyon olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu korelasyonlar düşük kuvvette olup, negatif yönlüdür. Buna göre katılımcıların PUKİ skorları arttıkça alkol (%) tüketimleri de azalmaktadır.

Tablo 4.13: Katılımcıların enerji ve besin öğeleri alım miktarı ile üç faktörlü yeme anketi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonlar (n=193)

		Kontrolsüz yeme	Duyusal yeme	Kısıtlama	Açlığa duyarlılık	Gece yeme	Akşam hiperfajisi	Sabah iştahsızlığı	Duygudurum ve uyku bozukluğu	Gece Yeme Anketi	PUKİ
Enerji (kkal)	r	-0,04	-0,07	0,03	-0,02	0,03	0,11	0,01	-0,02	0,07	0,07
	p	0,54	0,33	0,64	0,74	0,72	0,13	0,92	0,81	0,30	0,33
Su (g)	r	0,09	0,12	-0,01	0,00	0,14	0,12	-0,03	0,05	0,16	0,10
	p	0,21	0,09	0,84	0,95	0,06	0,11	0,72	0,49	0,02*	0,15
Protein (g)	r	0,01	-0,05	-0,03	0,00	0,07	0,14	-0,06	-0,03	0,11	0,03
	p	0,89	0,50	0,66	0,98	0,32	0,05	0,41	0,69	0,15	0,69
Yağ (g)	r	-0,09	-0,10	0,09	-0,05	0,10	0,11	0,06	0,00	0,14	0,10
	p	0,24	0,17	0,20	0,51	0,18	0,14	0,37	0,95	0,06	0,18
Karbonhidrat (g)	r	-0,01	-0,03	0,00	-0,02	-0,07	0,05	-0,02	-0,01	-0,02	0,06
	p	0,94	0,72	0,99	0,79	0,36	0,47	0,74	0,84	0,77	0,44
Lif (g)	r	0,01	0,01	0,01	0,04	-0,03	0,07	-0,11	0,00	0,00	0,12
	p	0,85	0,88	0,87	0,59	0,67	0,35	0,12	0,96	0,96	0,11
Alkol (g)	r	-0,12	-0,06	0,05	0,21	-0,06	-0,03	-0,05	-0,05	-0,09	-0,14
	p	0,10	0,42	0,47	0,00	0,38	0,64	0,53	0,45	0,23	0,05
Alkol (%)	r	-0,12	-0,06	0,05	0,21	-0,08	-0,04	-0,05	-0,05	-0,10	-0,15
	p	0,10	0,45	0,47	0,00	0,29	0,62	0,46	0,45	0,18	0,04*
Çoklu doymamış yağ (g)	r	0,01	-0,05	-0,01	-0,08	0,11	0,05	0,13	-0,03	0,12	0,09
	p	0,87	0,47	0,93	0,28	0,13	0,46	0,07	0,63	0,11	0,22
Kolesterol (mg)	r	-0,08	-0,20	-0,01	-0,03	-0,03	0,06	-0,09	-0,04	-0,01	0,06
	p	0,26	0,00	0,89	0,63	0,71	0,38	0,21	0,62	0,87	0,38
A Vitamini (µg)	r	-0,12	-0,08	-0,05	-0,06	-0,08	-0,05	-0,07	-0,06	-0,11	-0,12
	p	0,09	0,28	0,48	0,41	0,25	0,53	0,33	0,44	0,12	0,11
Karoten (mg)	r	-0,04	-0,07	0,02	0,02	-0,03	-0,02	-0,12	-0,05	-0,07	0,01
	p	0,60	0,33	0,75	0,83	0,72	0,75	0,09	0,48	0,32	0,93
E Vitamini (eşd.) (mg)	r	0,00	-0,07	0,01	-0,05	0,13	0,01	0,06	-0,06	0,08	0,09
	p	0,95	0,34	0,92	0,47	0,07	0,86	0,41	0,43	0,24	0,20
B1 Vitamini (mg)	r	-0,01	-0,04	0,02	-0,02	0,00	0,09	-0,03	0,00	0,05	0,11
	p	0,86	0,60	0,75	0,74	0,95	0,23	0,63	0,97	0,53	0,13
B2 Vitamini (mg)	r	-0,09	-0,11	-0,05	-0,06	0,01	0,08	-0,08	-0,05	0,02	-0,10
	p	0,24	0,14	0,51	0,42	0,94	0,24	0,27	0,53	0,78	0,17
B6 Vitamini (mg)	r	0,01	0,01	-0,01	-0,04	0,00	0,05	0,06	0,01	0,05	0,09
	p	0,92	0,88	0,89	0,59	0,97	0,47	0,43	0,90	0,52	0,24
Toplam folik asit (µg)	r	-0,08	-0,10	-0,01	0,01	-0,03	0,09	-0,10	0,00	0,01	-0,01
	p	0,27	0,16	0,85	0,84	0,65	0,22	0,17	1,00	0,91	0,93
C Vitamini (mg)	r	0,03	0,05	0,02	-0,02	0,11	-0,04	-0,16	0,04	0,03	0,07
	p	0,64	0,45	0,73	0,80	0,13	0,59	0,03	0,54	0,71	0,35
Potasyum (mg)	r	0,03	0,05	-0,02	0,02	0,02	0,07	-0,05	0,00	0,04	0,04
	p	0,67	0,52	0,73	0,77	0,81	0,35	0,50	0,97	0,58	0,57
Kalsiyum (mg)	r	-0,02	0,01	-0,02	0,02	-0,03	0,09	-0,10	-0,02	0,01	-0,09
	p	0,73	0,85	0,83	0,75	0,72	0,21	0,17	0,82	0,90	0,21
Magnezyum (mg)	r	0,02	0,02	0,03	-0,02	0,09	0,06	-0,05	0,02	0,09	0,12
	p	0,81	0,77	0,70	0,75	0,23	0,39	0,46	0,74	0,23	0,08
Fosfor (mg)	r	0,01	-0,04	-0,04	0,05	-0,02	0,11	-0,15	-0,04	0,00	0,00
	p	0,92	0,62	0,54	0,46	0,75	0,12	0,04*	0,57	0,95	1,00
Demir (mg)	r	-0,05	-0,10	-0,01	-0,01	0,04	0,11	-0,12	-0,02	0,05	0,07
	p	0,47	0,16	0,84	0,93	0,56	0,14	0,11	0,74	0,46	0,35
Çinko (mg)	r	-0,07	-0,09	-0,01	-0,01	0,11	0,05	-0,08	-0,03	0,07	-0,03
	p	0,33	0,23	0,89	0,92	0,12	0,46	0,25	0,71	0,31	0,72
Kafein (mg)	r	0,06	-0,02	0,11	0,00	0,06	-0,04	-0,04	-0,02	0,00	0,01
	p	0,38	0,77	0,06	0,96	0,41	0,57	0,59	0,75	0,97	0,84

* $p < 0,05$

Katılımcıların üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonların saptanması amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.14’de verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin üç faktörlü yeme testinde yer alan kontrolsüz yeme alt boyutundan almış oldukları puanlar ile duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlar olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların üç faktörlü yeme testinde yer alan kontrolsüz yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Katılımcıların kontrolsüz yeme alt boyutundan aldıkları puanlar ile gece yeme anketi genelinden ve gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre katılımcıların kontrolsüz yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, gece yeme anketi genelinden ve gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Katılımcıların üç faktörlü yeme testinde yer alan duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanlar ile açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlar olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre katılımcıların duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, açlığa duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin gece yeme anketi genelinden ve gece yeme, akşam hiperfajisi, sabah iştahsızlığı, duygudurum ve uyku bozukluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu korelasyon pozitif yönlü olup, katılımcıların yeme anketi genelinden ve gece yeme, akşam hiperfajisi, sabah

iştahsızlığı, duygudurum ve uyku bozukluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, PUKİ puanları da artmaktadır.

Tablo 4.14: Katılımcıların üç faktörlü yeme testi, gece yeme anketi ve PUKİ skorları arasındaki korelasyonlar

		Kontrolsüz yeme	Duygusal yeme	Kısıtlama	Açlığa duyarlılık	Gece yeme	Akşam hiperfajisi	Sabah iştahsızlığı	Duygudurum ve uyku bozukluğu	Gece Yeme Anketi	PUKİ
Üç Faktörlü Beslenme Anketi	Kontrolsüz yeme	r 1,00 p									
	Duygusal yeme	r 0,56 p0,00*	1,00								
	Kısıtlama	r -0,11 p 0,12	0,02	1,00							
	Açlığa duyarlılık	r 0,47 p0,00*	0,38	-0,03	1,00						
Gece Yeme Anketi	Gece yeme	r 0,21 p0,00*	0,12	0,01	0,04	1,00					
	Akşam hiperfajisi	r 0,02 p 0,79	0,00	0,10	0,05	-0,01	1,00				
	Sabah iştahsızlığı	r 0,08 p 0,30	0,08	-0,04	0,00	0,13	0,15	1,00			
	Duygudurum ve uyku bozukluğu	r 0,04 p 0,58	0,12	-0,07	0,02	0,09	0,05	0,05	1,00		
	Gece Yeme Anketi	r 0,17 p0,02*	0,13	0,03	0,06	0,68	0,62	0,39	0,42	1,00	
PUKİ	r 0,14 p 0,05	0,12	-0,08	-0,01	0,36	0,20	0,31	0,32	0,52	1,00	

* $p < 0,05$

Bu bulgulara göre, çalışan personelin uyku kalitesinin iyi olduğu, çoğunlukla bireylerde gece yeme sendromu görülmediği, beslenme alışkanlıkları içerisinde yer alan (Üç faktörlü beslenme anketinde) kontrolsüz yeme skorları ile gece yeme anketinde yer alan gece yeme anketi genelinden ve gece yeme alt boyutlarından

aldıkları puanlar arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu ve gece yemesi olan bireylerin, uyku kalitelerinin daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Bölüm 5

TARTIŞMA

5.1 Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma Doğu Akdeniz Üniversitesinde yönetsel personel olarak çalışan bireylerle yürütülmüş olup, bireylerin beslenme alışkanlıklarının gece beslenmesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmaya 102'si (%52,8) kadın, 91'i (%47,2) erkek olmak üzere 193 çalışan birey katılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin 22 ile 64 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının $40,20 \pm 8,45$ yıl olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %79,79'u KKTC vatandaşı olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %67,9'u evli, %23,3'ü bekar ve %8,8'ise boşanmış/dul'dur. Erkeklerin %51,65'inin kadınların ise %51,96'sının lisans seviyesinde eğitim aldıkları saptanmıştır.

Hacıarif'in yaptığı çalışmada ise, bireylerin %77'sinin kadınlardan oluştuğu, yaş aralığının 18-65 arasında değiştiği ve yaş ortalamalarının $29,16 \pm 9,48$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %32,1'inin bekar, %65,4'ünün evli ve %2,5'inin ise boşanmış olduğu saptanmıştır. Bireylerin %60,5'inin ise lisans seviyesinde eğitim aldıkları bildirilmiştir (Hacıarif, 2015). Hacıarif'in yaptığı çalışma ile yapılan çalışmanın verileri benzerlik göstermektedir.

5.2 Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Obezite durumunu saptamak ve değerlendirmek için günümüzde çeşitli bir çok yöntem kullanılmakta ve bu yöntemlerin ekonomik, güvenilir, duyarlı ve tekrarlanabilir olması oldukça önemlidir. Günümüzde en çok kullanılan ve bu

özellikleri taşıyan antropometrik yöntemlerin başında boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve BKİ gelmektedir (Preedy, 2012).

Obezite ve obezite kaynaklı hastalıkların tespit edilmesi ve önlenmesinde sıklıkla kullanılan, etkili ve kolay bir yöntem olan BKİ'nin, WHO tarafından sınıflandırılmaları yapılmış ve bildirilmiştir (WHO, 2016b; Ota vd., 2002). Yapılan sınıflandırmada BKİ'nin 18,5 kg/m² ve bu değerden az olması düşük kilolu, 18,5-24,9 kg/ m² arasında olması normal, 25-29,5 kg/m² arasında olması ise Preobez olarak sınıflandırılmıştır. BKİ'nin 30 kg/m² ve üstü ise, birinci derece (BKİ 30-34,9 kg/m²), ikinci derece (BKİ 35-39,9) ve üçüncü derece obezite (BKİ ≥ 40) olarak tanımlanmıştır (WHO, 2016).

Yapılan bu çalışmada, bireylerin WHO'ya göre BKİ değerleri sınıflandırıldığında kadınların %49,0'unun, erkeklerin ise %33,0'ünün normal (18,5 – 24,9 kg/m²) aralıkta olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %35,3'ünün Preobez (25,0-29,9 kg/m²), %9,8'inin 1.derecede obez (30,0-34,9 kg/m²), %1,0'inin 2. derecede obez (35,0-39,9 kg/m²), %1,0'inin 3.derece obez (BKİ ≥ 40) olduğu, erkeklerin ise %48,4'inin Preobez, %12,1'inin 1.derecede obez, %4,4'ünün 2.derecede obez ve %1,1'inin 3. derecede obez olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1).

Karakaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların BKİ değerlerine göre %39,7'sinin normal, %33,3'ünün fazla kilolu %3,6'sının zayıf ve %23,4'ünün obez olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca erkeklerin %18,4'ünün obez, %36,6'sının hafif kilolu olduğu kadınların ise %26,3'ünün obez ve %31,3'ünün fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Karakaya vd., 2012). Karakayanın yaptığı çalışma ile yapılan bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Calle ve arkadaşlarının yapmış oldukları prospektif kohort çalışmasının sonucunda BKİ değeri >26,5 kg/m² olan erkek bireylerin, kronik ve kardiyovasküler

hastalıklara bağlı olarak ölüm riskinin artış gösterdiği belirtilmiştir (Calle vd., 1999). Barik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada BKİ'leri normal olan bireylere göre, preobez ve obez bireylerde diyabet oluşma risklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Barik vd., 2016). Stenfolm ve arkadaşlarının Fransa, İsveç, Finlandiya ve İngilterede yapmış oldukları çoklu kohort bir araştırmada, katılımcıların obezite durumunun azaltılmasının, sağlıklı yaşam kalitesini ve süresinin artırılabilceğini saptamışlardır (Stenholm vd., 2016).

5.3 Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Kişilerin dengeli ve yeterli beslenmeleri, yaşam süresi boyunca sağlığın en iyi şekilde sürdürülebilmesi için vazgeçilmez bir öğedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2016). Öğünlerde tüketilen besinlerin miktarları, günlük enerji alımının dengeli ve yeterli oranda olması, öğünlerin tüketim sıklığı, vücudumuzdaki organların korunması ve fizyolojik dengenin sağlanması için oldukça önemlidir. Bu durumların dışında düzenli öğün tüketiminin, bireylerin hastalıklara karşı korunmasında, yorgunluklarının giderilmesinde ve kişilerin daha sağlıklı düşünmelerini sağlamada oldukça önemlidir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015).

Yapılan bu çalışmada bireylerin %85,49'unun günde üç öğün tükettiği, %14,51'inin ise iki öğün tükettiği tespit edilmiştir. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre bireylerin günde en az 3 öğün tüketmesi gerektiği bildirilmiştir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015).

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre bireylerin günlük tüketmesi gereken öğün sayısı belirtilmiş ve çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğunda önerilen öğün sayısının tüketildiği tespit edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada, katılımcıların %31,09'unun öğün atlamadığı, %19,69'unun öğün atladığı ve %49,22'sinin ise bazen öğün atladığı saptanmıştır.

Öğün atlayan bireylerin %47,73'ünün sabah, %28,03'ünün öğle ve %24,24'ünün ise akşam öğünü atladığı tespit edilmiştir.

Ulaş ve Genç'in, Malatya Asker Hastanesindeki sağlık personeli üzerine yaptıkları araştırmada, çalışan görevlilerin %26,1'inin öğün atladığı bildirilmiş ve atlanılan öğünün genellikle öğle öğünü (%24,6) olduğu belirtilmiştir (Ulaş ve Genç, 2010). Hacıarif'in yaptığı çalışmada ise katılımcıların %66,0'ının öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün ise sabah kahvaltısı olduğu belirtilmiştir (Hacıarif, 2015). Hacıarif'in yaptığı çalışma ile yapılan bu çalışma verileri benzerlik göstermekte, Ulaş'ın yaptığı araştırma ile öğün atlama oranları benzerlik gösterirken, en çok atlanılan öğünün, öğle öğününün aksine sabah öğünü olması ile farklılık göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada öğün atlayan bireylerin %63,91'inin zaman yetersizliği nedeniyle öğün atladığı tespit edilmiştir. Bağcılar'ın yaptığı çalışmada ise ana öğünlerini atlayan bireylerin %20,3'ünün, zaman yetersizliği nedeniyle öğün atladıkları saptanmıştır (Bağcılar, 2016).Bağcılar'ın yaptığı çalışma ile yapılan bu çalışmanın verileri benzerlik göstermektedir.

Schoenfeld ve arkadaşlarının yapmış olduğu meta-analizde bireylerin kısa aralıklarla öğün tüketmesinin vücut bileşenleri üzerinde pozitif etkileri olduğu, özellikle vücut ağırlığı kontrolünde ve yağ dokusunun azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Schoenfeld vd., 2015). Özdoğan ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise 3 öğünden az tüketen bireylerde dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanabilmesi için bireylerin beslenme ile ilgili bilgilerinin artırılması gerektiği belirtilmiştir (Özdoğan vd., 2012). Snoek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli olarak kahvaltı yapan bireylerin, kahvaltı öğününü atlayan bireylere oranla şişmanlama eğilimlerinin daha az olduğu saptanmıştır (Snoek vd., 2007).

5.4 Katılımcıların Enerji ve Besin Öğeleri Alımlarının Değerlendirilmesi

Enerji alımının yetersiz olması, toplam enerji alımı ve bazal metabolizma hızının yavaşlamasına neden olmakla birlikte bağışıklık sisteminin yetersizliğine, büyümenin yavaşlamasına, protein sentezinin azalmasına, kardiyovasküler hastalık riskinin artmasına ve yaraların iyileşme süresinin uzamasına neden olmaktadır (Sanrı, 2014).

Yapılan bu çalışmada kadın bireylerin günlük aldıkları ortalama enerji 2020 ± 519 kkal, erkek bireylerin ise 1908 ± 612 kkal olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Hoca'nın yaptığı çalışmada, erkeklerin günlük ortalama aldıkları enerjinin 1960.41 ± 512.90 kkal olduğu, kadınlarda ise 1523.61 ± 352.10 kkal olduğu tespit edilmiştir (Hoca, 2016). Hoca'nın yaptığı çalışma verilerinin aksine yapılan bu çalışmada erkek bireylerin, kadın bireylere oranla günlük aldıkları enerjinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

İnsanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için 50'ye yakın besin ögesine ihtiyaçları vardır. Bu besin öğeleri 6 grupta toplanmaktadır. Bunlar; proteinler, karbonhidratlar, yağlar, mineraller, vitaminler ve su'dur. Bu besin öğelerinin az veya fazla tüketilmesi dengesiz ve yetersiz beslenmeye ve buna bağlı olarak sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004; Baysal, 2011). Amerika Diyetisyenler Derneği'nin oluşturduğu beslenme rehberinde, kişilerin günlük enerjilerinin %55-60'ının karbonhidratlardan, %15-20'sinin proteinlerden ve %25-30'unun yağlardan oluşması gerektiği önerilmektedir (Kleini vd., 2004).

Yapılan bu çalışmada, enerjinin karbonhidrat, protein ve yağlardan gelen yüzdesinin kadınlarda sırasıyla %41,63, %19,85, %38,30 olduğu ve erkeklerde

%41,86, %20,11, %38,04 olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin günlük aldıkları enerjinin karbonhidratlardan gelen yüzdesinin Amerika Diyetisyen Derneği'nin verilerine göre düşük, proteinlerden gelen yüzdesinin olması gereken aralıkta ve yağlardan gelen yüzdesinin olması gerekenin üzerinde olduğu saptanmıştır. Gariboğlu'nun yaptığı çalışmada bireylerin günlük aldıkları enerjinin proteinden ve yağdan gelen yüzdesinin yüksek, karbonhidrattan gelen yüzdesinin ise düşük olduğu saptanmıştır (Gariboğlu vd., 2012). Kılınç ve Çağdaş'ın yaptığı araştırmada, katılımcıların günlük aldıkları enerjinin yağdan gelen yüzdesinin yüksek, proteinden gelen yüzdesinin ise düşük olduğu tespit edilmiştir (Kılınç ve Çağdaş, 2012). Bu çalışmada elde edilen karbonhidrat ve yağ yüzdeleri ile Gariboğlu ve Kılınç'ın yapmış olduğu çalışmaların verileri benzerlik gösterirken, protein yüzdeleri arasında farklılıklar vardır.

Yapılan araştırmalarda yağ içeriği yüksek olan beslenme şeklinin, kalp-damar hastalıklarına, obeziyete, yüksek kan basıncı ve kolestrole neden olduğu belirtilmiştir (Hooper vd., 2001).

Sağlıklı beslenme kavramında kişilerin tüketmesi önerilen, sebzeler, meyveler, tam tahıllar önemli posa kaynaklarıdır. Çağımızın önemli sorunlarından olan, kalp damar hastalığı, diyabet, kanser ve obezite gibi hastalıkların oluşumlarının engellenmesinde posa önemli role sahiptir. Günlük ortalama tüketilmesi gereken posa miktarı 25-30 mg arasında olması gerektiği bildirilmiştir (Samur ve Mercanlıgil, 2012).

Yapılan bu çalışmada, kadın bireylerin ortalama aldıkları posa miktarları $23,24 \pm 7,90$ g, erkek bireylerin ise $22,33 \pm 8,66$ g olduğu tespit edilmiştir. Bu değerlerin günlük alınması gereken posa miktarının altında olduğu ve bu miktarın artırılması gerektiği saptanmıştır.

Bağcılar'ın yaptığı çalışmada, günlük ortalama alınan posa miktarı erkeklerde 27.11 ± 10.83 g, kadınlarda ise 22.55 ± 9.77 g olduğu tespit edilmiştir (Bağcılar, 2016). Bağcılar'ın yaptığı çalışma ile yapılan bu çalışmanın verileri benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada, araştırmaya dahil edilen kadın ve erkek bireylerin günlük vitamin alım düzeyleri incelenmiş, kadın bireylerin ortalamalarına bakıldığında; A vitamini $1545,06 \pm 2790,37$ µg, B1 vitamini $0,94 \pm 0,36$ mg, B2 vitamini $1,75 \pm 0,66$ mg, B6 vitamini $1,66 \pm 0,49$ mg, C vitamini $96,77 \pm 47,22$ mg, E vitamini (eşd.) $17,01 \pm 15,46$ mg, erkek bireylerde ise A vitamini 1204 ± 652 µg, B1 vitamini $0,89 \pm 0,33$ mg, B2 vitamini $1,60 \pm 0,46$ mg, B6 vitamini $1,58 \pm 0,59$ mg, C vitamini $97,02 \pm 48,97$ mg, E vitamini (eşd.) $15,46 \pm 7,96$ mg olarak tespit edilmiştir.

Bireylerin günlük aldıkları vitamin miktarları, Türkiye' ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberine göre değerlendirildiğinde; kadın bireylerin A, B2, B6 ve C vitamini değerlerinin günlük alınması gereken miktarlardan fazla olduğu, B1 ve E vitamini değerlerinin ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Erkek bireylere bakıldığında; A, B2, B6 ve C vitaminleri değerlerinin yüksek olduğu, E vitamini değerinin olması gereken aralıkta, B1 vitamininin ise olması gerekenden düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin günlük mineral alım değerlerine bakıldığında; kadınların bireylerin, $1127,25 \pm 409,43$ mg kalsiyum, $324,99 \pm 103,39$ mg magnezyum, $1833,74 \pm 564,92$ mg fosfor, $13,01 \pm 3,92$ mg demir ve $12,67 \pm 4,35$ mg çinko tükettikleri, erkek bireylerin ise $1055,20 \pm 371,20$ mg kalsiyum, $306,19 \pm 101,91$ mg magnezyum, $1684,77 \pm 585,42$ mg fosfor, $12,61 \pm 4,14$ mg demir ve $12,13 \pm 4,29$ mg çinko tükettikleri tespit edilmiştir. Bireylerin günlük aldıkları mineral miktarları, Türkiye' ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberine göre değerlendirildiğinde; kadın bireylerin, kalsiyum, magnezyum, fosfor, ve çinko değerlerinin olması gereken

miktarın üstünde olduğu, demir değerlerinin ise düşük olduğu saptanmıştır. Erkek bireylerde ise kalsiyum, fosfor, demir, çinko miktarlarının olması gereken değerden yüksek olduğu, magnezyum oranının ise düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hacıarif'in yaptığı çalışmada, katılımcıların günlük aldıkları vitamin ve mineral değerleri incelenmiş, erkek bireylerin, C vitamini, biotin, folik asit, kalsiyum ve magnezyum alımlarının, kadın bireylerde ise, C vitamini, biotin, potasyum, magnezyum, folik asit, tiamin, demir ve kalsiyum alımlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada bireylerde fosfor ve B12 alım düzeyinin önerilenin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Hacıarif, 2015). Aksoy'un (2000) yaptığı çalışmada kadın bireylerin %23,1'inde demir eksikliği anemisi saptanmıştır. Yapılan çalışma ile Hacıarif'in yaptığı çalışma verilerinde kadın bireylerin E vitamini ve fosfor değerlerinin benzerlik gösterdiği, ancak yapılan çalışmada C vitamini, kalsiyum, magnezyum değerlerinin yüksek bulunması farklılık göstermektedir. Aynı çalışmada erkek bireylerin, fosfor alımları ile benzerlik gösterirken, yapılan bu çalışmada C vitamini, magnezyum, kalsiyum değerlerinin yüksek olması farklılık göstermektedir. Aksoy'un yapmış olduğu çalışma ile yapılan çalışmanın verileri benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada çalışmaya katılan kadın bireylerin günlük alınan kafein miktarları ortalaması $49,94 \pm 84,07$ mg, erkeklerin ise $38,19 \pm 63,60$ mg olduğu tespit edilmiştir. Uyku süresini etkileyen besin öğelerinin başında kafein gelmektedir (Souissi ve arkadaşları, 2014). EFSA'da yetişkin bireylerin günlük kafein tüketim miktarları 400mg olarak belirlenmiş ancak yapılan çalışmalarda 100 mg ve üstünde kafein tüketiminin uyku süresi üzerinde negatif etkileri olduğu tespit edilmiştir (EFSA, 2015). EFSA'nın belirlemiş olduğu günlük kafein alım miktarlarına göre, bu

çalışmada bireylerin almış olduğu kafein miktarları değerlendirilmiş ve önerilenin altında olduğu tespit edilmiştir.

5.5 Katılımcıların Üç Faktörlü Yeme Anketi, Gece Yeme Anketi ve PUKİ Skorlarına İlişkin Korelasyonların ve Bulguların Değerlendirilmesi

Üç faktörlü yeme anketinde bulunan, yeme alt boyutları ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır (Seven, 2013).

Yapılan bu çalışmada kadın ve erkek katılımcıların üç faktörlü yeme anketinde bulunan kısıtlama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu duruma göre kadın bireyler erkek bireylere göre yemek yemelerini daha fazla kısıtlamaktadır.

De Lauzon ve arkadaşları tarafından 2004 yılında, 358 genç ile 529 orta yaş erişkin birey üzerinde yapmış oldukları araştırmada; kadın bireylerin kısıtlama ve duygusal yeme skorlarının erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (De Lauzon vd., 2004). Keskitalo ve arkadaşlarının 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada bireylerin genetik faktörlerinin, yeme davranış bozuklukları üzerine etkileri araştırılmış ve sonuç olarak kadın bireylerin erkeklere oranla duygusal yeme ile kısıtlama skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Keskitalo vd., 2008). Konttinen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 24-74 yaş arasında 2674 kadın ve 2312 erkek birey incelenmiş, kadın bireylerin duygusal yeme skorları ile depresif semptomları, erkek bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Konttinen vd., 2010a). Karlsson ve arkadaşlarının 2000 yılında yapmış olduğu araştırmada ise bireylerin duygusal yeme durumu ile cinsiyetleri arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (Karlsson vd., 2000). De Lauzon'un, Konttinen'in

ve Keskitalo'un yapmış oldukları çalışmalar ile yapılan çalışmanın sonucu benzerlik gösterirken, Karlsson'un yapmış olduğu çalışma ile farklılık göstermektedir.

Literatürde yapılan araştırmalarda, yaş ve cinsiyet ile GYS arasındaki ilişkinin kesin bir kanıya ulaşmadığı ve halen tartışma konusu olduğu belirtilmiştir (Orhan vd., 2011).

Yapılan bu çalışmada cinsiyetlere göre gece yeme anketi skorları değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Toplum tabanlı olan ve obezite tanısı konmuş bireylerde yapılan çalışmaların çoğunluğunda cinsiyetler arasında prevalans farkı bulunamamıştır (Gluck vd., 2001; Ceru-Björk vd., 2001). Napolitano ve arkadaşlarının araştırmasında GYS tanısı almış olan bireylerin %57,1'inin kadınlardan oluştuğu bildirilmiştir (Napolitano vd., 2001). Bu çalışmaların aksine GYS'nun erkek bireylerde daha sık görüldüğünü bildiren iki araştırma bulunmaktadır (Orhan vd., 2011; Lundgren v, 2006). Gluck'un ve Ceru-Björk'ün yapmış oldukları çalışmalar ile yapılan bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Yapılan bu çalışmanın aksine, Orhan ve Lundgren'in yapmış oldukları çalışmalarda erkek bireylerde GYS daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, araştırmaya dahil edilen kadın ve erkek katılımcıların yaşları ile gece yeme anketinde yer alan akşam hiperfajisi ve sabah iştahsızlığı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır, bu korelasyon negatif yönlü ve düşük kuvvetli korelasyonlardır ($p<0,05$). Bu anlamlılık durumuna göre bireylerin yaşları arttıkça, akşam hiperfajisi ve sabah iştahsızlığı alt boyutlarından aldıkları puanların azaldığı tespit edilmiştir.

Yapılan birçok çalışmada GYS ile yaş arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. (Küçüköncü, 2011; Runfola vd., 2014 ; Calugi vd., 2009). Bu sonuçlar yapılan çalışmanın sonuçlarıyla farklılık göstermektedir.

Literatürde uyku kalitesi ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu gibi demografik özelliklerle arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalar oldukça azdır.

Yapılan bu çalışmada ise katılımcıların yaşa göre PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Edell ve Gustafsson'nun yaptığı araştırmada, uyku kalitesinin bireylerin yaş aralıklarına göre bir farklılık göstermediği belirtilmiş, ancak düşük uyku kalitesine bağlı olarak ortaya çıkan uyku eksikliğinin yaşlı, orta yaşlı ve genç acil servis çalışanları üzerinde stres kaynağı olduğu bildirilmiştir (Edell, 2002). Park ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise uyku kalitesinin yaş arttıkça düzeldiği tespit edilmiştir (Park ve Matsumoto, 1998). Hemşireler üzerine yapılan başka bir çalışmada ise artan yaşla beraber uyku kalitesinin de arttığı bildirilmiştir (Bingöl, 2006). Edell'in yapmış olduğu çalışma ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik gösterirken, Park'ın ve Bingöl'ün yapmış oldukları çalışmaların sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların cinsiyetlere göre PUKİ skorları arasında anlamlı bir fark olmadığı istatistiksel olarak saptanmıştır ($p>0,05$).

Çölbay ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, bireylerin uyku kalitesi ile cinsiyet arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve sonuç olarak kadın bireylerin erkek bireylere oranla 3.7 kat daha fazla kötü uyku kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir (Çölbay vd., 2007) Çölbay'ın yapmış olduğu çalışmanı aksine, bu çalışmada uyku kalitesi ile cinsiyet arasında bir anlamlılık tespit edilememiştir.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların spor yapma durumlarına göre PUKİ skorları değerlendirilmiş ve anlamlı bir fark olmadığı istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yapılan birçok araştırmada, bireylerin uyku kalitesi ve süresi ile fiziksel aktivite yapma durumları arasındaki ilişki incelenmiş ve yapılan fiziksel aktivitenin bireylerde uyku kalitesi ve süresi üzerine olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca akşam geç saatlerde ve sabah erken saatlerde, yoğun yapılan fiziksel aktivitenin, uyku kalitesi ve süresi üzerinde olumlu etkisinin daha çok olduğu tespit edilmiştir (Vardar, 2005). Kjeldsen ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, sürekli ve ağır fiziksel aktivitenin bireylerde uyku süresini arttırdığını, ancak buna bağlı olarak uyku kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir (Kjeldsen vd., 2012). Yapılan başka bir çalışmada ise artan fiziksel aktivitenin bireylerde uyku kalitesini azalttığı sonucuna varılmıştır (Işık vd., 2015).

Yapılan çalışmaların sonuçlarının aksine, bu çalışmada uyku kalitesi ve fiziksel aktivite arasında ilişki saptanamamıştır. Bu sonuç çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada ise, katılımcıların düzenli spor yapma durumları ile kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve kısıtlama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuca göre, spor yapan bireylerin, spor yapmayan bireylere göre kontrolsüz yeme ve duygusal yeme durumlarının daha fazla olduğu, ayrıca spor yapan bireylerin yemek yeme kısıtlamalarının yapmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anschutz ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış oldukları araştırmada, kontrolsüz yeme davranışı olan bireylere göre, kısıtlı yeme davranışı gözlemlenen bireylerin daha fazla egzersiz yaptıkları tespit edilmiştir (Anschutz vd., 2009).

Anschutz'un yapmış olduğu çalışma ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada, bireylerin PUKİ skorları ile sigara kullanma durumları arasındaki farkın anlamlı olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). Sigara içen katılımcıların PUKİ skorları içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu duruma göre sigara kullanan bireylerin kullanmayan bireylere göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir.

Wetter ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, 84 yetişkin birey değerlendirilmiş, sigara kullanan bireylerde kullanmayan bireylere göre daha fazla uyku bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Wetter vd., 1994). Phillips ve Danner'in yapmış olduğu çalışamada ise, 14-84 yaş aralığında 484 birey incelenmiş, sigara kullanan bireylerin uykuya dalma sürelerinde gecikme ve gündüz uykulu olma hali saptanmıştır (Phillips ve Danner, 1995). Wetter'in ve Phillips'ın yapmış oldukları çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların, PUKİ skorları ile alkol (%) tüketimleri arasında anlamlı bir korelasyon olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu korelasyonlar düşük kuvvette olup, negatif yönlüdür. Buna göre katılımcıların PUKİ skorları arttıkça alkol (%) tüketimlerinin azaldığı tespit edilmiştir.

Lund ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, alkol tüketen bireylerin tüketmeyen bireylere göre uyku süresi ve kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır (Lund vd., 2009). Singleton ve Wolfson'un yaptığı araştırmada ise alkol tüketen öğrencilerin uyku sürelerinin daha kısa olduğu ve daha geç uyudukları tespit edilmiştir. Lund'un ve Singleton'un yapmış oldukları çalışmaların aksine, bu çalışmada artan alkol tüketiminin uyku kalitesini arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Yapılan bu çalışmada bireylerin vücut ağırlıkları ve BKİ değerleri ile üç faktörlü yeme anketinde yer alan kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu duruma göre, katılımcıların, üç faktörlü yeme anketinde bulunan kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, vücut ağırlıkları ve BKİ değerlerinin arttığı tespit edilmiştir.

Psikolojik yeme davranışlarıyla obezite arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, yapılan araştırmalarda negatif duygusal davranışların kişilerde yemek yeme durumlarında artışa neden olduğu ve bu durumun da kişilerin vücut ağırlıklarının artmasına neden olabileceği tespit edilmiştir (Macht vd., 2002; Canetti vd., 2002; Laitinen vd., 2002). Kısıtlayıcı yeme ise genellikle az yeme ile ilişkilendirilirken, dışsal ve duygusal durum yemek yeme durumunu artırarak, obezite oluşumunda risk faktörü olarak görülmektedir (Sherwood vd., 1999). Rollins ve arkadaşlarının 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada kontrolsüz yeme davranışıyla, duygusal yemek yeme arasında doğrudan bir ilişkili olduğu saptanmıştır (Rollins vd., 2011). Hays ve arkadaşları tarafından yürütülen araştırmada, BKİ ile kontrolsüz yeme davranışı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan birçok araştırmada, kontrolsüz yeme davranışının bireylerde kilo artışına neden olduğu kararına varılmış ve kontrolsüz yeme durumunun önlenmesiyle, obezitenin azaltılabileceği düşüncesi vurgulanmıştır (Hays v, 2002). Yapılan başka bir çalışmada ise obez bireylerin kısıtlı yeme davranışını sergilemelerinin nedenin, kişilerin kilo verme istekleri olabileceği; ancak, bu durum sonucunda da obez bireylerin duygusal durumlarının beslenme davranışlarını daha fazla etkileyebileceği kanısına varılmıştır (Canetti vd., 2002). Rollins'in, Hays'in ve

Cannetti'nin yapmış oldukları çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada araştırmaya dahil edilen kadın ve erkek bireylerin, vücut ağırlıkları ve BKİ değerleri ile gece yeme anketinde yer alan, gece yeme anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük kuvvetli bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre katılımcıların gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, vücut ağırlıkları ve BKİ değerlerinin arttığı tespit edilmiştir.

GYS ve beden kütle indeksi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur (Küçükgöncü, 2011). Arslan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada GYS olan ve olmayan bireylerin ortalama BKİ değerleri benzer bulunmuştur (Arslan vd., 2015). Striegel-Moore ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gece yemesi olan bireylerin olmayan bireylere göre daha zayıf oldukları belirtilmiştir (Striegel-Moore vd., 2006). Literatürdeki bu araştırmaların aksine; Colles ve arkadaşlarının çalışmasında, obez ve normal kilolu olan bireylerin GYS varlığı ile BKİ değerlerinin artışı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Colles vd., 2007). Colles ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile bu çalışmanın sonucu benzerlik göstermektedir. Ancak bu çalışmanın sonucunun aksine, Arslan ve arkadaşları'nın yapmış olduğu çalışmada GYS olan ve olmayan bireylerin BKİ değerleri benzer bulunurken, Stregel-Moore'nin yapmış olduğu çalışmada GYS olan bireylerin vücut ağırlıklarının düşük olduğu bildirilmiştir.

Yaşam kalitesine etki eden önemli bileşenlerin arasında uyku kalitesi ve BKİ değeri yer almaktadır (Sanchez-Ortuno vd., 2005). Yapılan bu çalışmada ise BKİ değerleri ile PUKİ skorları arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı istatistiksel olarak saptanmıştır ($p > 0,05$).

Kesitsel tipte yapılan bazı çalışmalarda, uykunun azalması ve artan BKİ'i ile arasındaki ilişkinin, ghrelinin (oreksinojik hormon) ve leptinin (anoreksinojik hormon) periferik konsantrasyonlarının değişmesine bağlı olduğu belirtilmiştir (Beccuti, 2011; Chaput vd., 2007). Yan ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, uyku kalitesi ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Yan vd., 2012). Hung ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada kötü uyku kalitesi ile kilolu ve obez bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Hung vd., 2013). Ling Lin ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada 20 ve 64 yaşları arasında 1548 bireyde kilolu ve obez olma durumunun uyku süresi ile arasındaki ilişki incelenmiş, 6 saatten az uyuyanların kısa, 6-9 saat arasında uyuyan bireylerin normal, 9 saat uyuyanlar uzun olarak 3 gruba ayrılmış ve incelenmiştir. Sonuca bakıldığında uyku süresi ile kilolu olma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Ling-Lin vd., 2016). Jennings ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, PUKİ skoru ile BKİ değerleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Jennings vd., 2007). Huth ve arkadaşlarının pediatrik hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada PUKİ skorları ile BKİ arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuç olarak artan BKİ ile uyku kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Huth vd., 2013). Yan'ın, Hung'un, Lin'in ve Huth'un yapmış oldukları çalışmaların aksine, bu çalışmanın sonucunda BKİ ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Bölüm 6

SONUÇLAR

Bu çalışmada Doğu Akdeniz Üniversitesinde çalışan 193 yönetsel personelin, beslenme alışkanlıkları ile gece beslenmesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenmiştir;

- Çalışmaya toplamda 193 çalışan yönetsel personel katılmış olup, bunların 102'si (%52,8) kadın, 93'ü (%47,2) erkektir.
- Çalışmaya katılan kadın bireylerin %3,9'unun düşük kilolu, %49,0'unun normal kiloda, %35,3'ünün Preobez, %9,8'inin Obez-I, %1,0'nin Obez-II ve %1,0'inin Obez III sınıfında olduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen erkek bireylerin %1,1'inin düşük kilolu, %33,0'ünün normal kiloda, %48,4'ünün Preobez, %12,1'inin Obez-I, %4,4'ünün Obez-II ve %1,1'inin Obez III sınıfında olduğu saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan bireylerin %85,49'unun üç ana öğün tükettiği, %14,51'inin ise iki ana öğün tükettiği tespit edilmiştir. Bireylerin %19,69'u öğün atladığı, %31,09'u öğün atlamadığı ve %49,22'sinin ise bazen öğün atladığı saptanmıştır. Bireylerin büyük çoğunluğunun (%63,91) zaman yetersizliği nedeniyle öğün atladığı saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan bireylerin %22,28'i üç ara öğün, %32,12'si iki ara öğün, %22,28'i bir ara öğün ve %23,32'sinin ise hiç ara öğün tüketmediği tespit edilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerine göre, günlük su tüketimleri arasında anlamlı bir fark olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların su tüketim miktarlarının, erkek bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- PUKİ skorlarına göre katılımcıların %37'sinin iyi uyku kalitesine, %63'ün ise kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Gece yeme anketi skorlarına göre, katılımcıların %8'inde gece yeme sendromu görülürken, %92'sinde gece yeme sendromu görülmediği tespit edilmiştir.
- TFEQ-R18'ye göre kadın bireylerin yemek yemelerini kısıtlama puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Sigara kullanan bireylerin, kullanmayan bireylere göre PUKİ skorları anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Alkol kullanan bireylerin, gece yeme anketinde bulunan sabah iştahsızlığı skorları kullanmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Düzenli spor yapan bireylerin üç faktörlü beslenme anketinde bulunan kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve kısıtlama puanları spor yapmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Bireylerin spor yapma durumlarına göre gece yeme anketinde yer alan gece yeme, sabah iştahsızlığı ve gece yeme anketi genel skorları arasındaki fark spor yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

- Katılımcıların yaşları ile gece yeme anketinde yer alan gece yeme hiperfajisi ve sabah iştahsızlığı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Boy uzunlukları ile gece yeme anketinden yer alan gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Üç faktörlü yeme anketinde yer alan, kontrolsüz yeme, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile katılımcıların vücut ağırlıkları ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Gece yeme anketinde yer alan, gece yeme anketinden aldıkları puanlar ile bireylerin vücut ağırlıkları ve BKİ'leri arasında pozitif yönlü, anlamlı bir korelasyon olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Katılımcıların gece yeme anketinde yer alan sabah iştahsızlığı alt boyutundan aldıkları puanlar ile fosfor tüketimleri arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Katılımcıların sabah iştahsızlığı alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, fosfor tüketimlerinin azaldığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Katılımcıların gece yeme anketi genelinden aldıkları skorlar ile su tüketimleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlar olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Katılımcıların PUKİ puanları ile alkol (%) tüketimleri arasında negatif yönlü, anlamlı bir korelasyon olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Katılımcıların üç faktörlü yeme testinde bulunan açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile duygusal yeme alt boyutundan aldıkları

puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

- Katılımcıların üç faktörlü yeme testinde yer alan kontrolsüz yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, duygusal yeme ve açlığa duyarlılık alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır.
- Bireylerin üç faktörlü yeme testinde yer alan duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanlar ile açlığa duyarlılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlar olduğu istatistiksel olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Katılımcıların kontrolsüz yeme alt boyutu puanları ile gece yeme anketi genelinden ve gece yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre katılımcıların duygusal yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, açlığa duyarlılık alt boyutundan, gece yeme anketi genelinden ve gece yeme alt boyutundan aldıkları puanların arttığı saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan bireylerin gece yeme anketi genelinden ve gece yeme, akşam hiperfajisi, sabah iştahsızlığı, duygu durum ve uyku bozukluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar ile PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bölüm 7

ÖNERİLER

Günümüzde uyku kalitesi ile beslenmenin birbirinden etkilendiği bilinmekte, ancak aralarındaki ilişki net olarak tespit edilememektedir. Yetersiz ve kalitesiz uykunun, beslenme bozukluklarına neden olabildiği gibi, diyabet, obezite, psikolojik rahatsızlıklar ve kardiyovasküler hastalıkların oluşma riskini de arttırdığı belirtilmiştir.

Bu risk durumlarını azaltmak amaçlı, uyku kalitesi ve psikolojik yeme davranış bozukluklarının düzeltilmesine yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin, daha sağlıklı bir yaşam sürmelerinin sağlanması, yeterli ve dengeli beslenmeleri ile uyku kalitelerinin düzeltilmesi amacıyla;

1. Çalışan personelin, sağlıklı ve yeterli beslenme hakkındaki bilgilerinin artırılmasına yönelik, seminer, kurs vb. eğitimler yaygınlaştırılmalıdır.
2. İdeal vücut ağırlıklarının üstünde olan bireylere yönelik, kişilere özgü diyet programları hazırlanmalı ve kişiler beslenme konusunda bilinçlendirilmelidir.
3. Besin öğelerinin dengeli olarak tüketilmesi ve yüksek miktarlarda karbonhidrat, yağ ve proteinin tüketiminin önlenmesi için, bireylere dengeli beslenme hakkında eğitim verilmelidir.
4. Bireylere beslenme alışkanlıkları dışında fiziksel aktivite ve uyku kalitesinin önemi konusunda eğitimler verilmelidir.
5. Verilen beslenme eğitimlerinde, uyku süresini ve kalitesini arttırmak amacıyla, bireylerin akşam yatma saatlerinden önce besin tüketimi

yapmamaları, fazla atıştırmalık tüketmemeleri, gece uykudan uyandıklarında yemek yememeleri, ve öğün atlamamaları konularına özellikle değinilmelidir.

6. Beslenme alışkanlıklarının uyku kalitesi ve gece beslenmesine ilişkin araştırmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, A. (2012). *Sağlıklı Anne ve Çocuk Beslenmesi*, Ankara: Eğiten Kitap.
- Adami, G. F., Meneghelli, A. ve Scopinaro, N. (1999). *Night Eating and Binge Eating Disorder in Obese Patients*, International Journal of Eating Disorders, 25 (3): 335-338.
- Afaghi, A., O'Connor, H., ve Chow, C. M. (2007). *High-glycemic-index carbohydrate meals shorten sleep onset*. American Journal of Clinical Nutrition, 85, 426-456.
- Ağargün, M. Y., Kara, H. ve Anlar, O. (1996). *Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi, 7, 107-115.
- Aksoy, M. (2000). *Beslenme Biyokimyası*, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- AlDabal, L. ve BaHammam, A. S. (2011). *Metabolic, Endocrine and Immune Consequences of Sleep Deprivation*, The Open Respiratory Medicine Journal, 5: 31-43.
- Allison, K. C., Ahima, R. S., O'Reardon, J. P. ve Dinges, D. F. (2005). *Neuroendocrine Profiles Associated with Energy Intake, Sleep, and Stress in the Night Eating Syndrome*. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 90 (11): 6214-6217.

- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Martino, N. S., Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Crosby, R. D., Engel, S. G. ve Stunkard, A. J. (2008). *The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating, Syndrome*. *Eat Behav*;9:62-72.
- Allison, K. C., Engel, S. G., Crosby, R. D. ve de Zwaan, M. (2008). *Evaluation of Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome Using Item Response Theory Analysis*. *Eating Behavior*, 9 (4): 398-407.
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A. ve Gluck, M. E. (2010). *Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome*, *International Journal of Eating Disorders*, 43 (3): 241-247.
- Allison, K. C., Lundgren, J. D. ve Stunkard, A. J. (2014). *Validation of Screening Questions and Symptom Coherence of Night Eating in the Swedish Twin Registry*. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (3): 579-587.
- Applegate, L. (2011). *Beslenme Temel İlkeleri*, (Çev. H. Özpınar), İstanbul: Tıp Kitabevi.
- Arlı, M., Şanlıer, N., Küçükkömürler, S. ve Yaman, M. (2015). *Anne ve Çocuk Beslenmesi*, Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Arslan, F., Tiryaki, A., Sağlam, D., Özkorumak, E., İlter, Z. ve Günaydın D. (2015). *Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kilolu Veya Obez Ayaktan Hasta Grubunda Gece Yeme Sendromu Yaygınlığı*, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4): 242-48.

- Atasoy, N., Saraçlı, Ö., Konuk, N., Ankaralı, H., Güriz, S. O., Akdemir, A., Sevinçer, G. M. ve Atik, L. (2014). *Gece Yeme Anketinin Türkçe formunun psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 15(3):238-247
- Aydın, G., Ceylan, M. E. ve Hariri, A. G. (1999). *Yeme Bozukluklarında Biyolojik Farklılıklar*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 4 (2): 175-184.
- Aydın, H. (2007). *Uyku ve Bozuklukları*, Ankara: HYB Yayınları.
- Babaoğlu, K. ve Hatun, Ş. (2002). *Çocukluk Çağında Obezite*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11: 1-8.
- Bağcılar, S. (2016). *Kuzey Kıbrıs'ta Yaşayan Yetişkin Bireylerin Uyku Kalitesi ve Süresi İle Beslenme Durumlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi.
- Bakırtaş, A. (2004). *7-16 Yaş Çocuklarda Obezite ve Alerjik Solunum Yolu Hastalık İlişkisi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Ballı, E. (2013). *Obezite, Obezitenin Tetiklediği Hastalıklar ve Tedavileri*. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi.

- Barik, A., Mazudar, S., Chowdhury, A., ve Rai, R. K. (2016). *Physiological and behavioral risk factors of type 2 diabetes mellitus in rural India*. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 1-8.
- Baron, K. G., Reid, K. J., Kern, A. S. ve Zee, P. C. (2011). *Role of Sleep Timing in Caloric Intake and BMI*. *Obesity (Silver Spring)*, 19 (7): 1374-1381.
- Baysal, A. (2012). *Beslenme*, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Baysal A. (2011). *Beslenme*. 13'üncü baskı, Ankara; Hatiboğlu Yayınevi.
- Baysal, A. (2010). *Genel Beslenme* (13 b.). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Baysal, A. (2008). *Beslenme*, 12. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N. ve Merdol, T. K. (2008). *Diyet El Kitabı*, Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
- Beccuti, G. ve Pannain, S. (2011). *Sleep and obesity*, *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*; 14(4):402-412.
- Bingöl, N. (2006). *Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

- Birketvedt, G. S., Florholmen, J. ve Sundfjord, J. (1999). *Behavioral and Neuroendocrine Characteristics of the Night-Eating Syndrome*, JAMA, 282 (7): 657-663.
- Black, J., Hawks, H. J. ve Keene, M. A. (2003). *Foundations of Medical Surgical Nursing*. 6th Ed. England: Mosby: 431-443.
- Burgard, S. A. ve Ailshire, J. A. (2013). *Gender and Sleep Duration among American Adults*. American Sociological Review, 78(1), 51-69.
- Buxton, O. M. ve Marcelli, E. (2010). *Short and long sleep are positively associated with obesity, diabetes, hypertension, and cardiovascular disease among adults in the United States*. Social Science & Medicine, 71(5), 1027-1036.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. ve Kupfer, D. J. (1989). *The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Research, 28(12), 193-213.
- Calle, E., Thun, M. J., Petrelli, J. M., Rodriguez, C. ve Heath, C. W. (1999). *Body-Mass Index and Mortality in a Prospective Cohort of U.S. Adults*. The New England Journal of Medicine, 341(15), 1097-1105.
- Calugi, S., Grave, R. ve Marchesini, G. (2009). *Night Eating Syndrome In Class I–Iii Obesity: Metabolic And Psychopathological Features*. Int J Obes. 33: 899–904.

- Canat, S. (1999). *Yeme Bozukluklarına Genel Bakış*, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4 (2): 133-136.
- Canetti, L., Bachar, E. ve Berry, E. M. (2002). *Food and emotion*, Behav Processes., 60:157-/164.
- Ceru-Björk, C., Andersson, I. ve Rössner, S. (2001). *Night Eating and Nocturnal Eating-Two Different or Similar Syndromes among Obese Patients*, International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 25 (3): 365-372.
- Chaput, J. P., Despres, J. P., Bouchard, C. ve Tremblay, A. (2007). *Short Sleep Duration is Associated with Reduced Leptin Levels and Increased Adiposity: Results from the Quebec Family Study*. Obesity (Silver Spring), 15: 253–61
- Colles, S. L., Dixon, J. B. ve O'Brien, P. E. (2007). *Night Eating Syndrome and Nocturnal Snacking: Association with Obesity, Binge Eating and Psychological Distress*, International Journal of Obesity, 31: 1722-1730.
- Copinschi, G. (2005). *Metabolic and Endocrine Effects of Sleep Deprivation*, Essent Psychopharmacology, 6 (6): 341-347.
- Crispim, C. A., Zalcman, I., Dattilo, M. (2007). *The Influence of Sleep and Sleep Loss upon Food Intake and Metabolism*, Nutrition Research Reviews 20: 195–212.

Çakırcalı, E. (2000). *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*, İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları.

Çıtak-Akbulut, G., Özmen, M. M. ve Besler, H. T. (2007). *Çağın Hastalığı Obezite: Tanımı, Saptanması, Sınıflandırılması ve Tedavi Yöntemleri*, Bilim ve Teknik Dergisi Yeni Ufuklar Eki, ss.2-15.

Çölbay, M., Yüksel, S., Acartürk, G. (2007). *Hemodiyaliz hastalarının pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi*, Tüberküloz ve Toraks Dergisi; 55(2): 167-173.

Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

De Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J. M., Ducimetiere, P. ve Charles, M. A. (2004). *The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating pattern in a general population*, J Nutr., 134:2372-2380.

De Zwaan, M., Roeriq, D. B., Crosby, R. D., Karaz, S. ve Mitchell, J. E. (2006). *Nighttime Eating: A Descriptive Study*, The International Journal of Eating Disorders, 39 (3): 224-232.

Dedeoğlu, A. Ö. ve Savaşçı, İ. (2005). *Tüketim Kültüründe Beden Güzelliği ve Yemek Yeme Arzuları: Kadınların Tüketim Pratiklerine Yansıması*, Ege Academic Review, 5 (1): 77-87.

Demir, T., Demir, D. E., Kayaalp, M. L., ve Büyükkal, B. (1998). *Yeme Bozukluğu Olan Ergenlerin Sosyo-demografik, Ailesel ve Kişisel Özellikleri*, Türk Psikiyatri Dergisi, 9 (4): 257-264.

Deniz, B. (2015). *Yetişkin Kadınlarda Vücut Kitle İndeksi İle Gece Beslenmesi Ve Uyku Düzeni Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, , Yüksek Lisans Tezi, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı.

Edéll, G. (2002). *Sleep quality and responses to insufficient sleep in women on different workshifts*, Journal of Clinical Nursing, , 11(2), 280-288.

EFSA. (2015). *Scientific Opinion on the safety of caffeine*. EFSA Journal, 13(5), 4102-4120.

Epstein, L. J. ve Mardon, S. A. (2007). *İyi Bir Gece Uykusu*, (Çev. ÖT. Akal), İstanbul: Optimist Yayıncılık.

Ersoy, G. (2012). *Egzersiz ve Spor Yapanlar İçin Beslenme*, İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Ertaş, H. S. (2006). *Yeme Bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri*, İstanbul: Timaş Yayınları.

Eryavuz, N. (2007). *Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Fairburn, C. G. ve Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders*. Lancet; 361: 407-16.
- Garipağaoğlu, M., Eliuz, B. ve Esin, K. (2012). *Tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin beslenme durumlarının değerlendirilmesi*, İstanbul Tıp Dergisi, 13(1); 1-8.
- Gluck, M. E., Geliebter, A. ve Satov, T. (2001). *Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients*. Obes Res; 9: 264-267.
- Göktaş, K. ve Özkan, İ. (2006). *Yaşlılarda Uyku Bozuklukları*, Türk Geriatri Dergisi, 9 (4): 226-233.
- Grandner, M. A., Jackson, N., Gerstner, J. R. Ve Knutson, K. L. (2013). *Dietary Nutrients Associated with Short and Long Sleep Duration. Data from a Nationally Representative Sample*, Appetite, 64: 71-80.
- Guyton, A. C. ve Hall, J. E. (2013). *Tıbbi Fizyoloji*, (Çev. H. Çavuşoğlu ve B. Çağlayan), Beyin Etkinlik Durumları, Uyku, Beyin Dalgaları, Epilepsi, Psikozlar, İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Güneş, Z. (2006). *Spor ve Beslenme*, İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Güney, E., Özgen, A. G., Saraç, F., Yılmaz, C. ve Kabalak, T. (2003). *Biyoelektrik İmpedans Yöntemi İle Obezite Tanısında Kullanılan Diğer Yöntemlerin Karşılaştırılması*, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 4 (2): 15-18.

- Gürdal-Küey, A. (2008). *Ergenlerde Yeme Bozuklukları*, (Ed. F. Çuhadaroğlu), İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Hacıarif, A. (2015). *Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumlarının İncelenmesi Ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Belirlenmesi*, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Okan Üniversitesi.
- Halson, S. L. (2008). *Nutrition, Sleep and recovery*, European Journal of Sport Science, 8(2), 119-126.
- Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R. ve Roberts S. B. (2002). *Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y*, Am J Clin Nutr, 75:476–83.
- Hoca, M. (2016). *Kıbrıs Gazimağusa'da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Tarzı, Beslenme Alışkanlıkları Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.
- Hooper, L., Summerbell, C. D. ve Higgins, J. P. (2001). *Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review*, BMJ, 322; 757-63.
- Hung, H., Yang, Y., Wu, J. ve Lu, F. (2013). *Sleep quality and overweight in a Chinese population*. Obesity: 21, 486-492.

Huth, J. J., Eliades, A. ve Handwo, C. (2013). *Shift worked, quality of sleep, and elevated body mass index in pediatric nurses*. Journal of Pediatric Nursing 28: 64-73.

Işık, Ö., Özarslan, A., ve Bekler, F. (2015). *Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Uyku Kalitesi ve Depresyon İlişkisi*. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 9, 65-73.

İlkay, E., Samuk, F., Tosun, M. ve Savrun, M. (2002). *Cerrahpaşa Psikiyatri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Jennings, J. R., Muldoon, M. F., Hall, M., Buysse, D. J. ve Manuck, S. B. (2007). *Selfreported sleep quality is associated with the metabolic syndrome*. Sleep; 30:219-223.

Kabalak, T. (1995). *Obezitenin Diyetle Tedavisi*, (Ed. C. Yılmaz), Obezite, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kant, A. K., Schatzkin, A. ve Ballard-Barbash, R. (1997). *Evening Eating and Subsequent Long-Term weight Change in a National Cohort*. International Journal of Obesity, 21: 407-412.

Karaağaoğlu, N. ve Eroğlu-Samur, G. (2011). *Anne ve Çocuk Beslenmesi*, Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y. ve Temel, F. (2007). *Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler*, Toraks Dergisi, 8 (4): 234-240.

Karakaya, K., Baran, E., Tüzün, H., Göçmen, L., Erata, M., Arıkan, D. ve Kökalan, Y. H. (2012). *Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması*, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara.

Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L. ve 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 Relat Metab Disord, 24: 1715-1725.

Kayahan, M. (2003). *Yağ Kimyası*, Ankara: ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayınları.

Kenney, S. R., LaBrie, J. W., Hummer, J. F., ve Pham, A. T. (2012). *Global sleep quality as a moderator of alcohol consumption and consequences in college students*. Addictive Behaviors, 37, 507-512.

Kernberg, O. F. (1994). *Aggression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients*. Psychiatric Clinics of North America 17:701-714.

Keskitalo, K., Tuorila, H., Spectorc, T. D., Cherkasc, L. F., Knaapila, A., Kaprio, J., Silventoinen, K. ve Perola, M. (2008). *The Three-Factor Eating Questionnaire, body mass index and responses to sweet and salty fatty foods: a twin study of genetic and environmental associations*, Am J Clin Nutr, 88:263–71.

Kılıç, S. (2011). *Sağlıklı Bireylerde Uyku Yoksunluğu Sonrası Oluşan Duygulanım Ve Bilişsel Süreçlerdeki Değişiklikler Ve Biyokimyasal Değişiklikler Arasındaki İlişki*, Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Van.

Kılınç, F. N. ve Çağdaş, D. (2012). *Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının, beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi*, Türk Ped Arş, , 47; 181-8.

Kiper, S. (2008). *Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.

Kjeldsen, J. S., Rosenkilde, M., Nielsen, S. W., Reichkender, M., Auerbach, P. ve Ploug, T. (2012). *Effect of Different Doses of Exercise on Sleep Duration, Sleep Efficiency and Sleep Quality in Sedentary, Overweight Men*. *Bioenergetics*: Open Access, 1-6.

Kleini, S., Sheard, N. ve Pi-sunyer, X. (2004). *Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies a statement of the American Diabetes Association, The North American Association for the study of obesity, and American Society for 140 Clinical Nutrition Diabetes Care, The American Journal of Clinical Nutrition* 27: 2067-2973,.

Koca, İ. ve Bostancı, Ş. (2011). *Çayda Bulunan Bir Aminoasit: L-Teanin*. 7. Gıda Mühendisliği Kongresi. Ankara.

Konttinen, H., Mannisto, S., Sarlio-Lahteenlorva, S., Silventoinen, K. ve Haukkala, A. (2010a). *Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators, Am J Clin Nutr*, 92:1031–9.

Köksal, O. (2001). *Beslenmede Yağ ve Lipitler, Gıda ve Beslenme*, Elazığ: Erciyes Üniversitesi Matbaası.

Köroğlu, E. (2009). *Psikiyatri: Başvuru El Kitabı*, Hekimler Birliği Yayınları, Ankara.

Kutluay-Merdol, T. (2012). *Beslenme Eğitimi Rehberi*, İstanbul: Hatiboğlu Yayınları.

Kutner, N. G., Biliwise, D. L. ve Brogan, D. (2001). *Race and restless sleep complaint in older chronic dialysis patient and nondialysis community controls. J Gerontol B Psychol Sci Soc* 2001; 3: 170-175.

- Küçükgöncü, S. (2011). *Gece Yeme Sendromunun Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi*, Uzmanlık Tezi, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Laitinen, J., Ek, E. ve Sovio, U. (2002). *Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior*, *Prev Med.*, 34: 29–39.
- Linardakis, N. ve Wainwright, N. (2006). *Composition for Use in Treatment of Sleep Problems and Method for Same*. U.S. Patent Application Publication.
- Ling-Lin, C., Ping-Lin, C. ve Wen-Chen, S. (2016). *The association between sleep duration and overweight or obesity in Taiwanese adults: A cross-sectional study*. *Obesity Research & Clinical Practice* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2017.12.10>
- Lund, H. G., Brian, B. A., Reider, D., Annie, B. A., Whiting, B. ve 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.
- Lundgren, J. D., Allison, K. C., Crow, S. ve O'Reardon, J. P. (2006). *Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population*, *The American Journal of Psychiatry*, 163: 156-158.
- Macht, M., Roth, S. ve Ellgring, H. (2002) *Chocolate eating in healthymen during experimentally induced sadness and joy*, *Appetite*, 39:147-158.

- Manni, R., Ratti, M. T. ve Tartara, A. (1997). *Nocturnal Eating: Prevalence and Features in 120 Insomniac Referrals*, *Sleep*, 20: 734-738.
- Marshall, H. M., Allison, K. C., O'Reardon, J. P., Birketvedt, G. ve Stunkard, A. J. (2004). *Night Eating Syndrome among Nonobese Persons*, *International Journal of Eating Disorders*, 35 (2): 217-222.
- MEB. (2011). *Halkla İlişkiler ve Organizasyon Hizmetleri*, Ankara, [http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Beslenme%20\(Halkla%20%C4%B0li%C5%9Fkiler\).pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Beslenme%20(Halkla%20%C4%B0li%C5%9Fkiler).pdf) (14.10.2017).
- Meyer, K. A., Wall, M. M., Larson, N. I., Laska, M. N., ve Neumark-Sztainer, D. (2012). *Sleep Duration and BMI in a Sample of Young Adults*. *Obesity*, 20(6), 1279-1287.
- Morin, C. M., ve Espie, C. A. (2004). *Insomnia a Clinical Guide to Assessment and Treatment*, New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- Morselli, L., Leproult, R., Balbo, M. ve Spiegel, K. (2010). *Role of Sleep Duration in the Regulation of Glucose Metabolism and Appetite*, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24 (5): 687-702.
- Napolitano, M. A., Head, S., Babyak, M. A. ve Blumenthal, J. A. (2001). *Eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics*, *Int J Eat Disord*; 30: 193-203.

- Nas, S., Gökalp, H. Y. ve Ünsal, M. (2001). *Bitkisel Yağ Teknolojisi*, Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Yayınları, Denizli.
- NSF. (2009). *National Sleep Foundation*, <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/food-and-sleep/> (15 Ekim 2017).
- O'Reardon, J. P., Ringel, B. L. ve Dinges, D. F. (2004). *Circadian Eating and Sleeping Patterns in the Night Eating Syndrome*, *Obesity Research*, 12 (11): 1789-1796.
- Omisade, A., Buxton, O. M. ve Rusak, B. (2010). *Impact of acute sleep restriction on cortisol and leptin levels in young women*. *Physiol Behav*; 99:651-656.
- Oral, N. (2006). *Yeme Tutum Bozukluğu ile Kişilerarası Şemalar, Bağlanma Stilleri, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Orhan, F. O., Özer, U. G., Özer, A., Altunören, O., Çelik, M. ve Karaaslan, M. F. (2011). *Night eating syndrome among patients with depression*. *Isr J Psychiatry Relat Sci*; 48: 212-217.
- Orhan, F. Ö. ve Tuncel, D. (2009). *Gece Yeme Bozuklukları*, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1: 132-154.
- Orhan, Y. (2008). *Obezite*, İstanbul: Medikal Yayıncılık.

- Ota, T., Takamura, T., Hirai, N. ve Kobayashi, K. (2002). *Preobesity in World Health Organization Classification Involves the Metabolic Syndrome in Japanese*. *Diabetes Care*, 25(7), 1252-1253.
- Özcebe, H., ve Bağcı Bosı, A. T. (2014). *Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR)*, Temel Bulgular. Ankara.
- Özdel, O., Sözeri-Varma, G., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoğlu, N. ve Ateşçi, F. (2011). *Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı*. *Klinik Psikiyatri*, 14(4), 210-7. *Women. Klinik Psikiyatri*. 14:210-217, 2011.
- Özdoğan, Y., Yardımcı, H., Özçelik, A. Ö. ve Sürücüoğlu, M. S. (2012). *Üniversite Öğrencilerinin Öğün Düzenleri*. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*(29), 66-74.
- Padez, C., Mourao, I., Moreira, P. ve Rosado, V. (2009). *Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat*. *Issue American Journal of Human Biology*, 21(3), 371-376.
- Park, Y. ve Matsumoto, K. (1998). *Sleep in relation to age, sex, and chronotype in japanese workersk*. *Perceptual and Motor Skills: Volume 87, Issue, , pp. 199-215*.
- Parman, T. (2008). *Ergen ve Bedeni: Bir Beden Patolojisi Olarak Anoreksiya Nervoza*, Ergenlik ya da Merhaba Hüzün, İstanbul: Bağlam Yayınları.

- Pehlivan, A. (2015). *Sporda Beslenme*, İstanbul: Bedray Yayınevi.
- Peuhkuri, K. ve Sihlova, N. (2012). *Diet promotes sleep duration and quality*, Nutrition Research 32; 309-319.
- Phillips, B. A. ve Danner, F. J. (1995). *Cigarette smoking and sleep disturbance*. Arch Intern Med;155(7):734-7.
- Pinto, T. F., Da Silva, F. G. C. ve De Bruin, V. M. S. (2016). *Night Eating Syndrome: How to Treat it?*, Review Article, 62 (7): 701-707.
- Pirim, B. ve İkiz, T. T. (2004). *Yeme Bozukluklarında Psikoaktif Madde Kullanımı: Bir Gözden Geçirme*, Bağımlılık Dergisi, 5 (1): 30-34.
- Potter, A. P. ve Perry, A. G. (2003). *Basic Nursing Essential for Practice*. 5th Ed. England: Mosby: 689-706.
- Preedy, V. R. (2012). *Handbook of Antropometry*. London: Springer Science+Business Media.
- Pulat-Demir, H., Elkin, N., Barut, A. Y., Bayram, H. M. ve Averi, S. (2017). *Vardiyalı Çalışan Sağlık Personelinin Uyku Süresi ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi*, IGUSABDER, 2: 89-107.

- Rahe, C., Czira, M. E., Teismann, H. ve Berger, K. (2015). *Associations between Poor Sleep Quality and Different Measures of Obesity*, *Sleep Medicine*, 16 (10): 1225-1228.
- Rand, C. S. W., MacGregor, A. M. C. ve Stunkard, A. J. (1997). *The Night Eating Syndrome in the General Population and among Postoperative Obesity Surgery Patients*, *The International Journal of Eating Disorders*, 22 (1): 65-69.
- Rogers, N. L., Dinges, D. F., Allison, K. C., Maislin, G. ve Martino, N. (2006). *Assessment of Sleep in Women with Night Eating Syndrome*, *Sleep*, 29: 814-819.
- Rollins, Y. B., Riggs, N., Spruijt-Metz, D., McClain, A., Chou, C. P. ve Pentz, M. A. (2011). *Psychometrics of the eating in Emotional Situations Questionnaire (EESQ) among low-income Latino elementary-school children*, *Eat Behav.*, 12: 156-159.
- Runfola, C., Allison, K., Hardy, K., Lock, J. ve Peebles, R. (2014). *Prevalence And Clinical Significance Of Night Eating Syndrome In University Students*. *J Adolesc Health*. 55: 41-8.
- Samur, G. (2006). *Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme*, Ankara: Sinem Matbaacılık.

Samur, G. (2008). *Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Samur, G. ve Mercanlıgil, S. M. (2012). *Diyet posası ve beslenme*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2.Baskı, Ankara.

Sanchez-Ortuno, M., Moore, N., Taillard, J., Leger, D., Bioulac, B. ve Philip, P. (2005). *Sleep duration and caffeine consumption in a French middle-aged working population*, *Sleep Medicine*;6(3):247-51.

Sangmi, K., DeRoo, L. A. Ve Sandler, D. P. (2011). *Eating Patterns and Nutritional Characteristics Associated with Sleep Duration*, *Public Health Nutrition*, 14: 889-895.

Sanrı, B. (2014). *İstanbul Tıp Fakültesi Diyet Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sık Görülen Hastalıkların Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi.

Saygılı, S., Çil-Akıncı, A., Arıkan H. ve Dereli, E. (2011). *Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk*, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, http://www.ejovoc.org/makaleler/aralik_2011/pdf/10.pdf (14.10.2017).

Schoenfeld, B. J., Aragon, A. A. ve Krieger, J. W. (2015). *Effects of meal frequency on weight loss and body composition: a meta-analysis*, *Nutrition Reviews*, 73(2), 69-82.

- Sencer, E. ve Orhan, Y. (2005). *Klinik Beslenme*, İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- Seven, H. (2013). *Yetişkinlerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- Sherwood, N. E., Jeffery, R. W. ve Wing, R. R. (1999). *Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome* . Int J Obes Relat Metab Disord, 23(5): 485-483,.
- Singh, M., Drake, C. L., Roehrs, T., Hudgel, D. W. ve Roth, T. (2005). *The Association Between Obesity and Short Sleep Duration: a Population-Based Study*. Journal of Clinical Sleep Medicine, 1(4), 255-261.
- Singleton, R. A. ve Wolfson, A. R. (2009). *Alcohol consumption, sleep and academic performance among college students*. J Stud Alcohol Drugs.;70(3):355-63
- Sizer, F. S., ve Whitney, E. (2014). *Nutrition: Concepts and Controversies* (13 b.). Wadsworth: Wadsworth, Cengage Learning.
- Snoek, H. M., Strien, T. V., Janssens, J. M. ve Engels, R. C. (2007). *Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents*, Scandinavian Journal of Psychology, 48; 23-32.

- Souissi, M., Chtourou, H., Abdelmalek, S., Ghazlane, I. B. ve Sahnoun, Z. (2014). *The effects of caffeine ingestion on the reaction time and short-term maximal performance after 36 h of sleep deprivation*. *Physiology & Behavior*, 131,1-6.
- Spaggiari, M. C., Granelli, F., Parrino, L. ve Marchesi, C. (1994). *Nocturnal Eating Syndrome in Adults*, *Sleep*, 17 (4): 339-344.
- Stenholm, S., Head, J., Kivimaki, M., Kawachi, I., Aalto, V. ve Zins, M. (2016). *Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study*, *International Journal of Epidemiology*, 1-11.
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Thompson, D., Affenito, S. ve Kraemer, H. C. (2006). *Night eating: prevalence and demographic correlates*, *Obesity (Silver Spring)*. 14:39-147,.
- Stunkard, A. J. ve Messick, S. (1985). *The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger*, *J Psychosom Res*, 29:71-83.
- Stunkard, A. J. (1955). *The Night Eating Syndrome: A Pattern Of Food Intake Among Certain Obese Patients*. *Am J Med*. 19: 78-89.
- Sürücüoğlu, M. S. ve Özfer-Özçelik, A. (2004). *Antropometrik Yöntemlerle Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi*, 9. Ulusal Ergonomi Kongresi Bildirileri, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Denizli Meslek Yüksek Okulu.

Şanlıer, N. ve Ersoy, Y. (2005). *Anne ve Çocuk İçin Beslenme Prensipleri*, İstanbul: Morpa Yayınları.

Şenol, V., Soyuer, F., Pekşen-Akça, R. ve Argün, M. (2012). *Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler*, Kocatepe Tıp Dergisi, 14: 93-102.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2016b). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı*. Fiziksel Aktivite Nedir?: <http://fizikselaktivite.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite-ile-ilgili-bilgiler/fiziksel-aktivite-nedir/> (14.12.2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlıklı Beslen*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,22537/saglikli-beslen.html> (04.11.2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017*, <http://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/5-haberler/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-2017-tbsa-2017.html> (14.10.2017).

Tavella, M., Peterson, G., Espeche, M., Cavallero, E., Cipolla, L., Perego, L. ve Caballero, B. (2000). *Food Chemistry*, 69: 209-213.

Tayar, M., Haşıl-Korkmaz, N. ve Özkeleş, E. (2015). *Beslenme İlkeleri*, İstanbul: Dora Yayınları.

TDK. (2017). *Besin*,

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.59ed203582b5d8.66352708 (21.10.2017).

Thenappan , A., ve Palaniappan, K. (2016). *Physiological Basis of Alternative Therapies to Alleviate Sleep Disturbances*. *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, 5(1), 1-7.

Terzi, G. (2016). *Edirne İl Merkezinde 20-64 Yaş Popülasyonda Obezite Prevalansı Ve İlişkili Risk Faktörleri*, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. (2015). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Ulaş, B. ve Genç, M. F. (2010). *Malatya Asker Hastanesi'nde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3); 187-193.

Uran, G. (2001). *Kırsal Kesimde, Evde Ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburgh Uyku Kalitesi ile Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Usman, A. (2007). *Obezitenin Medikal Tedavisi*. Hacettepe Tıp Dergisi, 38 (4): 212-217.

Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B. ve Güneş, D. (2009). *Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16 (2): 75-81.

Watanabe, M., Kikuchi, H., Tanaka, K. ve Takahashi, M. (2010). *Association of Short Sleep Duration with Weight Gain and Obesity at 1-Year Follow-Up: A Large-Scale Prospective Study*, Sleep, 33 (2): 161-167, 2010, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817903/> (14.10.2017).

Watson, N. F., Buchwald, D., Vitiello, M. V., Noonan, C. ve Goldberg, J. (2010). *A Twin Study of Sleep Duration and Body Mass Index*. Journal of Clinical Sleep Medicine, 6(1), 11-17.

Wesensten, N. J., Killgore, W. D. ve Balkin, T. J. (2005). *Performance and alertness effects of caffeine, dextroamphetamine, and modafinil during sleep deprivation*. Issue Journal of Sleep Research, 14(3), 255-266

Wetter, D. W. ve Young, T. B. (1994). *The relation between cigarette smoking and sleep disturbance*. Prev Med; 23(3):328-34.

Wetter, D. W., Young, T. B. ve Bidwell, T. R. (1994). *Smoking as a risk factor for sleep-disordered breathing*. Arch Intern Med; 154(19):2219-24.

WHO. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: WHO.

WHO. (2016b). *World Health Organization*, WHO Global Database on Body Mass Index: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (12 Aralık 2017)

Vardar, S. A. (2005). *Is the Association of Exercise and Sleep Known Exactly?*, Genel Tıp Derg;15(4):173-177.

Vetrugno, R., Manconi, M., Ferini-Strambi, L. ve Provini, F. (2006). *Nocturnal Eating: Sleep-Related Eating Disorder or Night Eating Syndrome? A Videopolysomnographic Study*, Sleep, 29: 949-954.

Yaman, M. (2014). *Obezitede diyet tedavisi*. Archives of Clinical Toxicology, 1: 8-12.

Yan, Z., Chang-Quan, H., Zhen-Chan, L. ve Bi-Rong, D. (2012). *Association between sleep quality and body mass index among Chinese nonagenarians/centenarians*. Age (Dordr); 34(3):527-37.

Yetkin, İ. ve Altınova, A. E. (2012). *Obezite ve Obezite Tedavisinde Yenilikler: Her Yönüyle Obezite ve Tedavi Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldız, Ü. (2014). *Üniversite Öğrencilerinde Obezite Oluşumunda İnternet Bağımlılığının Etkisinin Saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Yılmaz, İ. ve Geçgel, Ü. (2007). *Effects of Gamma Irradiation on Trans Fatty Acid Composition in Ground Beef*, Food Control, 18: 635-638.

Yüksel, A. (2016). *Uyku, Biyolojik Ritim ve Kimya: Tüketicilerin Bilişsel ve Duygusal Fonksiyonları Üzerine Etkileri*, Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi, 13 (1): 121-127.

EKLER

Ek A: Etik Kurul Onayı

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>P.K.: 99628 Gazimağusa, KUZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 bayek@emu.edu.tr</p>
---	--	---

Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2017-0198

23.06.2017

Sayın İlnur Kakıcı
Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **12.06.2017** tarih ve **2017/45-12** sayılı kararı doğrultusunda, **Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde Çalışan Yönetmel Personelin Beslenme Alışkanlıkları ile Gece Beslenmesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** adlı tez çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ve Prof. Dr. Tanju Besler'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.



Doç. Dr. Şükrü Tüzmen
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky.

www.emu.edu.tr

Ek B: Anket Uygulama İzni

 1979	doğu akdeniz üniversitesi	eastern mediterranean university	İç Yazışma
Inter-Office Memorandum			

Gönderilen/To : Prof. Dr. Hüseyin Özkaramanlı
Akademik İşler Rektör Yardımcısı

Tarih/Date : 24.04.2017

Gönderen/From: Prof. Dr. Mehmet Malkoç
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

Sayı/Ref. No.: SBF00-2017-0219

Konu/Subject : Yüksek Lisans Öğrencisi İknur Kakıcı Hk.

Fakültemiz Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi 16500113 numaralı İknur Kakıcı, Doç. Dr. Tevhide Ziver'in danışmanlığında, "Doğu Akdeniz Üniversitesinde Çalışan Yönetmel Personelin, Beslenme Alışkanlıkları ile Gece Beslenmesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını yapmayı planlamaktadır. Çalışmanın örneklem sayısının belirlenebilmesi için Üniversitemizde çalışan yönetmel personel kadrosunda görev yapan kadın ve erkek personelin sayısına gerek duyulmaktadır. Personel sayısını öğrenilebilmek için Üniversitemiz Personel İşleri Müdürlüğü'nden gerekli izinlerin alınması konusunda,

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

MM/bb.

17.04.2017

Bilgi ve değerlendirmeniz için
İzneniz için teşekkür ederim.

Uygundur -

DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
PERSONEL İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

ALINDI

Tarih: 26.04.17

Ek C: Üç Faktörlü Beslenme Anketi'nin Kullanım İzni

7 Mar 2017 [Ayrıntıları göster](#)

Deniz Hanım Merhaba,

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi(KKTC), Beslenme Ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dyt. İlknur Kakıcı. Bu dönem danışmanım Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ile yapmak istediğimiz bir çalışmada "Doğu Akdeniz Üniversitesinde Çalışan Personelin Beslenme Alışkanlıklarının, Gece Beslenmesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere sizin geçerlilik ve güvenilirliğini sağlamış olduğunuz "Üç Faktörlü Beslenme Anketini" çalışmamda kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Şimdiden çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.



Deniz YAT

alıcı: ben

7 Mar 2017 [Ayrıntıları göster](#)

İlknurcuğum merhaba,

Tabiki anketimizi kullanabilirsiniz. Tezinde ve makalende bizi referanslar kısmına ekleyebilirsen çok memnun olurum. Çalışmalarında başarılar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Deniz Kıraç

Ek D: Gece Yeme Anketi'nin Kullanım İzni

4 Nis 2017 [Ayrıntıları göster](#)

Özge Hanım Merhaba,

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi(KKTC), Beslenme Ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dyt. İlknur Kakıcı. Bu dönem danışmanım Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ile yapmak istediğimiz bir çalışmada "Doğu Akdeniz Üniversitesinde Çalışan Personelin Beslenme Alışkanlıklarının, Gece Beslenmesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere sizin Psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliğini sağlamış olduğunuz Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunu çalışmamda kullanmak için izninizi rica ediyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.



ozge simsekyilmaz

alıcı: ben

4 Nis 2017 [Ayrıntıları göster](#)

Anketi kullanmanızda sakınca yok. Ekte anketi ve geçerlilik makalesini yolluyorum. Hesaplama makalede açıklanıyor ama sorunuz olursa severek yanıtlarım... İyi çalışmalar...

Doç. Dr. Özge Saraçlı



Ek E: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nin Kullanım İzni

28 Şub 2017 [Ayrıntıları göster](#)

Sayın Profesör Doktor Ağargün,

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi(KKTC), Beslenme Ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Dyt. İlknur Kakıcı. Bu dönem danışmanım Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ile yapmak istediğimiz bir çalışmada "Doğu Akdeniz Üniversitesinde Çalışan Personelin Duygusal Durumunun, Gece Beslenmesi ve Uyku Düzeni Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere sizin Türk popülasyon üzerinde geçerlilik ve güvenilirliğini sağladığımız **Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi**'ni kullanmak için izninizi rica ediyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.



MEHMET YÜCEL AĞARGÜN

alıcı: ben

28 Şub 2017 [Ayrıntıları göster](#)



Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

28 Şubat 2017 14:23 tarihinde İlknur Kakıcı
<ilknurkakici@gmail.com> yazdı:

Ek F: Katılımcılara Uygulanan Anket

Sevgili DAÜ Çalışanları,

Bu anket; “Doğu Akdeniz Üniversitesinde Çalışan Yönetmel Personelin, Beslenme Alışkanlıkları ile Gece Beslenmesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” isimli yüksek lisans tezine, veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anket formu, kişisel bilgilerin, antropometrik ölçümlerin, beslenme alışkanlıklarının ve tutum ölçeklerinin bulunduğu altı bölümden oluşmaktadır. Anket sorularını, size uygun olan seçeneğin yanındaki kutucuğa “x” işareti ile işaretliyerek veya daire içine alarak yanıtlayınız.

Sizinde bu çalışmaya katılmanızı önermekteyim fakat bu çalışma Gönüllük esasına dayalıdır. Sizinle ilgili bilgilerin hepsi gizli tutulacaktır. Araştırmaya Katılmayı Kabul Ettiğiniz Taktirde Formu İmzalayınız.

Yardımlarınız için teşekkür ederim.

<u>Katılımcının</u>	
Adı Soyadı :	
Tel:	
İmza	

<u>Katılımcı ile görüşen Araştırmacı</u>	
Adı Soyadı :	
Ünvan:	
Tel:	
İmza:	

DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

Doğu Akdeniz Üniversitesinde Çalışan Yönetmel Personelin, Beslenme Alışkanlıkları ile Gece Beslenmesi ve Uykü Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

A. GENEL BİLGİLER

1	Cinsiyet:	1. Kadın 2. Erkek
2	Yaşınız:
3	Medeni durumunuz:	1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/ Dul
4	Uyruğunuz:	1. TC 2. KKTC 3. TC ve KKTC 4. diğeri (_____)
5		BOY: KİLO: BKİ:
6	Eğitim Durumunuz:	1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlköğretim (ilkokul ve ortaokul) 4. Lise ve dengi (meslek lisesi vb.) 5. Üniversite 6. Yükseköğretim (yüksek lisans vb.)
7	Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?	1. Hayır 2. Evet (Açıklayınız.....)
8	Son bir yılda, doktor önerisi ile düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	1. Hayır 2. Evet (Açıklayınız.....)
9	Sigara kullanıyor musunuz?	1. Hayır 2. Evet ise miktarı ne kadardır? Adet..... a) gün b) hafta c) ay
10	Alkol kullanıyor musunuz?	1. Hayır 2. Evet ise miktarı ne kadardır? İçeceği türü: İçeceği Miktarı Tüketim Sıklığı: a) Her gün b) haftada..... c) Ayda..... Kez

11	Düzenli spor/egzersiz yapıyor musunuz?(son bir hafta içinde en az 3 kez günde 30dk ve üzeri aktivite yaptınız mı?)	1. Hayır
		2. Evet
		Egzersiz/spor türü: Süresi:dk/ gün

B. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

12	Günde kaç öğün yemek yersiniz?Ana öğünAra öğün																				
13	Aşağıdaki tabloda, öğünleri tüketip tüketmeme durumunuzu işaretleyiniz.																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sabah</th> <th>Öğle</th> <th>Akşam</th> <th>Ara öğün</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tüketme Alışkanlığı</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Tüketiyor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Tüketmiyor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sabah	Öğle	Akşam	Ara öğün	Tüketme Alışkanlığı					1. Tüketiyor					2. Tüketmiyor				
	Sabah	Öğle	Akşam	Ara öğün																		
Tüketme Alışkanlığı																						
1. Tüketiyor																						
2. Tüketmiyor																						
14	Öğünlerinizi genellikle nerede tüketirsiniz?	1. Evde (hazırlanan ev yemeğini tüketirim) 2. Evde(fast food türündeki yiyecekleri tüketirim) 3. İşte/Okulda (hazırlanan ev yemeğini tüketirim) 4. İşte/Okulda (fast food türündeki yiyecekleri tüketirim) 5. Diğer:.....																				
15	Günde kaç litre su içersiniz?(Lt/gün)																				
16	Öğün atlar mısınız?	1. Evet 2. Hayır 3. Bazen																				
17	Cevabınız “evet” veya “bazen” ise genelde hangi öğünü atlarsınız? 1.Sabah 2. Öğle 3. Akşam																					
18	Öğün atlama nedeniniz nedir? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz) 1. Zayıflamak istiyor 2. Hazır yemek olmadığı için 3.Canı istemiyor, iştahsız 4. Zaman yetersizliği 5. Alışkanlığı yok 6. Maddi olanaksızlık 7. Diğer.....																					
19	Ev dışında hangi sıklıkla yemek yersiniz? 1.Hiç 2.Haftada 1-3 kez 3. Haftada 4-7 kez 4. Ayda 1 kez 5. Ayda 2-3 kez 6.Diğer(Belirtiniz).....																					

C. ÜÇ FAKTÖRLÜ BESLENME ANKETİ (TFEQ-R18)

Lütfen kendinize en uygun cevabı işaretleyin.

	Kesinlikle katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Yemeğimi yeni bitirmiş olmama rağmen lezzetli bir yemeğin kokusunu aldığım zaman kendimi yemekten uzak tutmakta zorlanıyorum.				
2.Kilomu kontrol etmek için isteyerek profesyonel yardım alırım.				
3.Endişeli olduğum zaman kendimi yemek yerken bulurum.				
4.Bazen yemeğe başladığım zaman durdurulamayacak gibi olurum.				
5.Genellikle yemek yiyen birisiyle birlikte olduğumda tok bile olsam açmış gibi yemek yiyebilirim.				
6. Hüzünlü olduğumda genellikle çok yerim.				
7.Lezzetli bir yemek/yiyecek gördüğümde çoğu kez hemen yemek yiyebilecek şekilde kendimi aç hissederim.				
8. Çok acıktığımda midemin kapasitesini sınırsız/hiç doymayacak gibi hissederim.				
9.Her zaman aç hissettiğim için tabağımdaki yemeği bitirmeden sofradan kalkmak benim için zordur.				
10. Yanlış hissettiğim zaman yemek yiyerek kendimi teselli ederim.				
11.Yemek yerken kilo almamak için bilinçli olarak kendimi durdururum.				
12.Bazı besinleri şişmanlattığı için yemem.				
13.Genellikle herhangi bir zamanda yemek yiyebilecek kadar kendimi aç hissederim.				

14) Ne kadar sıklıkla kendinizi aç hissediyorsunuz?

- Sadece yemek öğünlerinde
- Bazen öğünler arasında
- Sıklıkla öğünler arasında
- Neredeyse her zaman

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

- Neredeyse hiç durduramıyorum
- Nadiren durduruyorum
- Çoğunlukla durduruyorum
- Hemen hemen her zaman durduruyorum

16) İstedığınızden daha az yemek yemeyi ne kadar ölçüde başarabiliyorsunuz?

- Hiç başaramıyorum
- Bazen başarıyorum
- Arada sırada başarıyorum
- Çoğunlukla başarıyorum

17) Aç olmadığınız halde, aşırı miktarda yemeye devam eder misiniz?

- Asla
- Ender olarak
- Bazen
- 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 verirdim.
2. 3-4 puan verirdim.
3. 5-6 puan verirdim.
4. 7-8 puan verirdim.

D.GECE YEME ANKETİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde sorular verilmektedir. Öncelikle bütün soruları dikkatle okuyarak,

BUGÜN DAHİL SON BİR AY içinde size en iyi tarifleyen seçeneği işaretleyiniz. (Lütfen her soru için BİR cevabı işaretleyiniz.)

1	Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Aşırı
2	İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?	0. 9'dan önce 1. 9-12 arası 2. 12- 15arası 3. 15-18 arası 4. 18'den sonra
3	Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Oldukça çok 4. Aşırı
4	Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Çok 4. Tamamen
5	Günlük gıda alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?	0. 0% (hiç) 1. 1-25% (çeyreği) 2. 26-50% (yaklaşık yarısı) 3. 51-75% (yarıdan fazlası) 4. 76-100% (hemen hepsi)
6	Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Oldukça çok 4. Aşırı
7	Hüzünlü hissettiğinizde, duygudurumunuz günün hangi zamanı daha çökkün oluyor. Gün içinde değişme olmuyorsa X işareti koyunuz.	<input type="checkbox"/> 0. Sabah erken 1. Sabah 2. Öğleden sonra 3. Akşam üzeri 4. Akşam/Gece
8	Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?	0. Hiç 1. Bazen 2. Zamanın yarısında 3. Genelde 4. Her zaman

9	Tuvalet ihtiyacı dışında gece hangi sıklıkta en az bir kez kalkarsınız?	0. Hiç 1. Hafta birden az 2. Haftada bir 3. Haftada birden çok 4. Her gece
***** 9. Soruya cevabınız <u>hiç</u> ise lütfen devam etmeyiniz*****		
10	Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Oldukça çok 4. Aşırı
11	Gece uyanınca tekrar uyuyabilmek için yeme ihtiyacı duyar mısınız?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Oldukça çok 4. Aşırı
12	Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?	0. Hiç 1. Bazen 2. Zamanın yarısında 3. Sıklıkla 4. Her zaman
***** 12. Soruya cevabınız <u>hiç</u> ise lütfen devam etmeyiniz*****		
13	Gece yarısı atıştırdığımızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Çok 4. Tamamıyla
14	Gece kalktığımızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Çok 4. Tamamen
** Gece yemeyle ilgili sorunuz ne kadar zamandır devam ediyor? ** _____ aydır _____ yıldır.		
15	Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Aşırı
16	Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?	0. Hiç 1. Çok az 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Aşırı

E. PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ:

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?genel yatış saati			
2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?dakika			
3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?genel kalkış saati			
4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)saat (bir gecede ki uyku süresi)			
5. Geçen ay içerisinde kötü uyudum çünkü...	Hiç Yok (0)	Haftada 1'den az (1)	Haftada 1-2 kere (2)	Haftada 3 veya daha fazla (3)
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız				
d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				
f. Aşırı derecede üşüdünüz				
g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
h. Kötü rüyalar gördünüz				
i. Ağrı duydunuz				
j. Diğer nedenler lütfen belirtiniz				
6. Geçen ay içerisinde uykuya yardım için ne kadar sıklıkla ilaç kullanmak zorunda kaldınız?				
7. Geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla uyanırken araç kullanma, yemek yeme veya sosyal aktivitelerde uykululuk nedeni ile zorluk çektiniz?				
8. Geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla isteksizlik hissettiniz?				
	Çok iyi (0)	Oldukça iyi (1)	Oldukça kötü (2)	Çok kötü (3)
9. Geçen ay içerisinde genel olarak uyku kaliteniz için ne yorum yaparsınız?				

F. BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	YEMEK ADI	İÇİNDEKİLER	MİKTAR (g)
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			