T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

NİĞDE GENÇLİK VE SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI VARDİYALI VE GÜNDÜZ ÇALIŞAN PERSONELDE YEME TUTUM ŞEKLİ VE DEPRESİF BELİRTİ DURUMU

Hazırlayan
Ayşe Pınar SEYFİ

Danışman
Doç. Dr. Hasan DURMUŞ

Yüksek Lisans Tezi

Ocak 2023
KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

NİĞDE GENÇLİK VE SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI VARDİYALI VE GÜNDÜZ ÇALIŞAN PERSONELDE YEME TUTUM ŞEKLİ VE DEPRESİF BELİRTİ DURUMU

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Ayşe Pınar SEYFİ

Danışman
Doç. Dr. Hasan DURMUŞ

Ocak 2023
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Ayşe Pınar SEYFİ

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"Niğde Gençlik ve Spor İl Müdürlüğüne Bağlı Vardiyalı ve Gündüz Çalışan Personelde Yeme Tutum Şekli ve Depresif Belirti Durumu" adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan	Danışman
Ayşe Pınar SEYFİ	**Doç. Dr. Hasan DURMUŞ**

Halk Sağlığı ABD Başkanı

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

KABUL ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Hasan DURMUŞ danışmanlığında **Ayşe Pınar SEYFİ** tarafından hazırlanan **"Niğde Gençlik ve Spor İl Müdürlüğüne Bağlı Vardiyalı ve Gündüz Çalışan Personelde Yeme Tutum Şekli ve Depresif Belirti Durumu"** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

…./…./2023

JÜRİ **İmza**

Danışman : Doç. Dr. Hasan DURMUŞ .....

Üye : Doç. Dr. İskender GÜN .....

Üye : Doç. Dr. Nergiz SEVİNÇ ……..

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun…… tarih ve …….. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

…../…../2023

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Başta çalışmalarımda yönlendirici, özverili ve fedakar tutumuyla bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyerek, her zaman desteğini gördüğüm değerli hocam Sayın Doç. Dr. Hasan DURMUŞ'a, yüksek lisans eğitimimde gerekli mesleki bilgi ve deneyimlerimi kazanmama vesile olan başta hocam Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK ve çok değerli bütün bölüm hocalarıma, evlatları olmaktan gurur duyduğum, beni bu günlere getiren emeklerini ve desteklerini hep hissettiğim canım annem Fatma ENES ve rahmetli babam Yusuf ENES'e, bu zorlu süreçte emeğini ve fedakarlığını esirgemeden her zaman yanımda olan sevgisinden destek aldığım sevgili eşim Furkan Ozan SEYFİ'ye, daima yanımda olan biricik kardeşim Emine Başak ENES'e, teyzelerim Elmas ŞAHİN BIÇKICI ve Hacer TUNÇ'a, tez çalışmamda beni destekleyen ne zaman istesem yardımcı olan kuzenim Özgür Yaşar Şahin'e, üniversitenin başından beri yanımda olan ve tez projemi sürdürürken de beni yalnız bırakmayan hep destekleyen sevgili arkadaşım Işıl Melis GERÇEK'e, meslek hayatımın başında tanıştığım, hayattaki en büyük şanslarım olan canım arkadaşlarım Özlem ÇELMELİ, Derya YALIM ve Şeyma GÜL'e, her zaman yanımda olan birlikte büyüdüğüm Havva KAYAHAN'a, Fadime GÖV'e ve son olarak da yüksek lisans eğitimimin bana kazandırdığı sevgili dostum Özlem ERKOÇ SAĞIR'a en içten duygularımla sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

NİĞDE GENÇLİK VE SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI VARDİYALI VE GÜNDÜZ ÇALIŞAN PERSONELDE YEME TUTUM ŞEKLİ VE DEPRESİF BELİRTİ DURUMU

Ayşe Pınar SEYFİ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2023

Danışman: Doç. Dr. Hasan DURMUŞ

ÖZET

Bu çalışma Niğde Gençlik ve Spor İl Müdürlüğüne bağlı vardiyalı ve gündüz çalışan personelde yeme tutum şekli ve depresif belirti durumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılmış, 266 gönüllü katılımcı ile tamamlanmıştır.

Personellerde sosyodemografik özellikler için araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu, yeme tutumunu değerlendirmek amacıyla Yeme Tutum Testi (YTT-40), depresif belirti durumunu değerlendirilmesinde de Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların yaş ortalaması 37.49±8.63 yıldır. Çalışmamızda yaşın ortalama değerleri ile çalışma şekli arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda cinsiyet ile Beck depresyon envanteri depresif belirti düzeyleri ve YTT-40 yeme bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak kadınlarda görülen yeme bozukluğu ve depresif belirti oranları erkeklerde görülenden daha yüksek bulunmuştur. Personellerin BKİ grupları ile yeme bozuklukları ve depresif belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak BKİ değeri obez olan personellerde görülen depresif belirti ve yeme bozukluğu görülme oranı normal ve hafif şiman olan personellerdeki görülme oranından daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların BKİ, iş yerinde stresli olma durumu ve öğün atlama grup değişkenleri ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Öğün atlayanlarda görülen yeme bozukluğu oranı, öğün atlamayanlarda görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma şekli, iş yeri memnuniyet durum değişkenleri, Beck depresif belirtisi olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların günlük uyku sürelerinin ortalama değerleri ile Beck depresif belirti düzeyleri ve yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmanın sonucunda katılımcıların yeme tutum toplam ölçek puanı ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Katılımcıların Beck depresyon envanter toplam puanı ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Vardiyalı ve nöbet usülü çalışan bireylerde Beck depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Geçlik ve spor çalışanlarının emosyonel yeme davranışı puanı ile Beck depresyon envanter puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$).

Anahtar kelimeler: Yeme tutumu; Yeme Bozuklukları; Depresif Belirti Durumu; Vardiyalı çalışma sistemi

EATING ATTITUDE AND DEPRESSIVE SYMPTOM STATUS AMONG PERSONNEL WORKING IN SHIFT AND DAYTIME IN NIĞDE YOUTH AND SPORTS PROVINCIAL DIRECTORATE

Ayşe Pınar SEYFİ

Erciyes University, Graduate School of Healty Sciences

Master Thesis, Jan. 2023

Supervisor: Doç. Dr. Hasan DURMUŞ

ABSTRACT

This thesis study was carried out to evaluate the eating attitude and depressive symptom status of the personnel working in shifts and daytime working under the Niğde Provincial Directorate of Youth and Sports, and was completed with 266 volunteer participants.

The Demographic Information Form prepared by the researcher for the sociodemographic characteristics of the personnel, the Eating Attitude Test (YTT-40) to evaluate the eating attitude, and the Beck Depression Scale to evaluate the depressive symptom status were used.

The mean age of the participants in our study was 37.49±8.63 years. In our study, a statistically significant difference was found between the mean age and the way of working ($p<0.05$). In our study, no statistically significant difference was found between gender and Beck depression inventory depressive symptom levels and EAT-40 eating disorders ($p>0.05$). However, the rates of eating disorders and depressive symptoms in women were found to be higher than in men. No statistically significant difference was found between the BMI groups of the personnel and the levels of eating disorders and depressive symptoms. However, the rate of depressive symptoms and eating disorders seen in obese staff members was found to be higher than the rate in normal and mildly obese staff. A statistically significant difference was found between the group variables of the participants' BMI, stress at work and skipping meals, and the way they worked ($p<0.05$). The rate of eating disorders seen in those who skipped meals was found to be higher than the rate of eating disorders in those who did not skip meals. ($p<0.05$). A statistically significant difference was found between the type of work, workplace satisfaction variables, and individuals with and without Beck depressive symptoms ($p<0.05$). There was no statistically significant difference between the mean values of the participants' daily sleep duration and the Beck depressive symptom levels and eating disorder. As a result of the study, no statistically significant difference was found between the eating attitude total scale score of the participants and the way they studied. A statistically significant difference was found between the participants' Beck depression inventory total score and the way they worked ($p<0.05$). Beck depression scores were found to be higher in individuals working in shifts and shifts. There is a positive and weak statistically significant correlation between the emotional eating behavior score of the youth and sports workers and the Beck depression inventory score ($p<0.001$).

Key words: Eating attitude; Eating disorders; Depressive Symptom Status; shift work system

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK……

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK i

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI ii

KABUL ONAY SAYFASI iii

TEŞEKKÜR iv

ÖZET v

ABSTRACT vi

İÇİNDEKİLER vii

KISALTMALAR ve SİMGELER x

TABLOLAR LİSTESİ xi

ŞEKİLLER LİSTESİ xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Yeme tutumu 4

2.1.1. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji 5

2.1.2. Yeme Bozuklukları 6

2.1.3. Yeme bozuklukları ve sınıflandırılması 8

2.1.4. DSM 5'te tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları 9

2.1.4.1. Anoreksiya Nervoza 9

2.1.4.2. Bulimiya Nervoza 10

2.1.4.3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu 12

2.1.5. Beslenme bozukluklarının sınıflandırılması 13

2.1.5.1. Pika 13

2.1.5.2. Ruminasyon (Geviş getirme/geri çıkarma) Bozukluğu 14

2.1.5.3. Kaçınmacı/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu 15
2.1.6. Tanımlanmış diğer bir yeme ve beslenme bozukluğu (TDYB) 16
2.2. Depresif Belirti 16
2.2.1. Depresyon tanı ölçüleri 18
2.3. Depresyona neden olan faktörler 19
2.4. Vardiyalı çalışma sistemi 19
2.4.1. Vardiyalı çalışmanın tipleri 20
2.4.2. Vardiyalı çalışmanın sağlık etkileri 21
2.4.3. Vardiyalı çalışmanın insan fizyolojisi üzerine etkisi 23
2.4.4. Vardiyalı çalışma sistemi ve yeme tutum ilişkisi 24
2.4.5. Vardiyalı çalışma sistemi ve depresif belirti 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. Araştırmanın Hipotezi 29
3.2. Araştırmanın modeli 29
3.3. Araştırmanın Evreni 29
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi 29
3.3.2. Verilerin Toplanması 30
3.3.3. Demografik Bilgi Formu 30
3.3.4. Antropometrik ölçümler 30
3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği 30
3.3.6. Yeme Tutum Testi (YTT-40) 31
4.BULGULAR 33
5. TARTIŞMA 57
5.1. Katılımcıların Çalışma Şekline göre Risk Durumlarının Değerlendirilmesi 57
5.2. Katılımcıların Beck Depresyon Envanterine Göre Depresif Belirti Risklerinin Değerlendirilmesi 65

5.3. Katılımcıların YTT-40 Puanlarına göre Yeme Bozukluğu Risk Durumlarının Değerlendirmeleri 68

5.4. Katılımcıların YTT-40 Puanları ve Beck Depresyon Envanter Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 72

5.5. Katılımcıların Çalışma Şekli, YTT-40 Puanları ve Beck Depresyon Envanter Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 72

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 74

6.1. Öneriler 75

7. KAYNAKLAR 77

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR ve SİMGELER

APA	: Amerikan Psikoloji Derneği
AN	: Anoreksiya Nervoza
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervoza
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
BTAYB	**:** Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu
DSM-IV	**:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition
DSM-V	**:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition
BDT	**:** Bilişsel Davranış Terapisi
YTT	**:** Yeme Tutum Testi
ILO	**:** Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labor Organization)
OKB	**:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
FA	**:** Fiziksel Aktivite

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları.....33
Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma verilerine göre dağılımları 34
Tablo 4.3. Katılımcıların sağlık ve fiziksel aktivite verilerine göre dağılımları.....36
Tablo 4.4. Katılımcıların yeme alışkanlıklarına göre dağılımları.....38
Tablo 4.5. Bazı Sosyodemografik değişkenlerle Beck Depresyon Envanterinin karşılaştırma sonuçları.....40
Tablo 4.6. Katılımcıların BKİ, sağlık göstergeleri ve bazı alışkanlıklarının Beck Depresyon Envanteri ile karşılaştırma sonuçları.....42
Tablo 4.7. Katılımcıların Uyku Süreleri ile Beck Depresyon Envanterinin karşılaştırma sonuçları.....43
Tablo 4.8. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile Beck Depresyon Envanterinin karşılaştırma sonuçları.....43
Tablo 4.9. Nöbet durumunun değikenleri ile Beck depresyon envanterine göre karşılaştırma sonuçları.....45
Tablo 4.10. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yeme tutum testine göre karşılaştırma sonuçları.....46
Tablo 4.11. Katılımcıların BKİ, sağlık göstergeleri ve bazı alışkanlıklarının Yeme Tutum Testine göre karşılaştırma sonuçları 48
Tablo 4.12. Katılımcıların beslenme alışkanlıklarının Yeme tutum testine göre karşılaştırma sonuçları.....49
Tablo 4.13. Beslenme alışkanlıklarının Yeme Tutum Testine göre karşılaştırma sonuçları 51
Tablo 4.14. Katılımcıların uyku süreleri yeme bozukluğunun karşılaştırma sonuçları 52
Tablo 4.15. Katılımcıların çalışma şekli ile BKİ ve bazı alışkanlıklarının karşılaştırma sonuçları.....53
Tablo 4.16. Çalışma şekli ile yaş ve uyku sürelerinin ortalama değerlerinin karşılaştırılması.....54
Tablo 4.17. Beck depresyon envanteri ile yeme tutum ölçeği değişkenlerinin çalışma şekillerine göre karşılaştırma sonuçları 55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil. 4.1. Beck depresyon envanter puanı ile yeme tutum ölçeği arasındaki korelasyon analiz sonucu 56

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İş hayatındaki değişim ve gelişimler günümüzdeki çalışma koşullarında da değişikliklere sebep olmaktadır. Çalışma koşullarında meydana gelen bu değişiklikler vardiya sistemini zorunlu kılmıştır (Demirci, 2017).

Bu çalışma düzeni, rutin çalışma saatlerinde olmadığı için pek çok probleme yol açmaktadır. Bu problemler hem duygusal hem de biyolojik olabilmektedir (Demirbilek, 2004). Bu sebeple vardiyalı çalışma düzeninin sağlık sorunlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda vardiyalı çalışma düzeninin insan sağlığı ile direkt ilişkili olduğu anlaşılmış olup kişinin yeme alışkanlıklarının da üzerinde bir etkisinin olduğu saptanmıştır (Sezgin, 2013; Bacak ve Kazancı, 2014; Keser ve Karataş, 2015). Koroner kalp hastalıkları, psiko-sosyal problemler, kanser, metabolik sendrom ve gastrointestinal hastalıklar vardiyalı çalışmanın ilişkili olduğu en önemli sağlık problemleri arasındadır (Bacak ve Kazancı, 2014).

Kişinin fizyolojik sağlığını vardiyalı çalışma sistemindeki biyolojik saat düzeniyle yaşanan uyumsuzluk olumsuz etkilerken, psikososyal sağlığını ise toplumsal saat düzeni ile olan uyumsuzluk olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda vardiyalı olarak çalışanların, standart olan çalıma saatinde çalışanlara oranla sağlık açısından 1,5 kat daha fazla olumsuz etkilerinin olduğu görülmüştür (Yıldız ve ark, 2012). Uyku düzenindeki bozukluklar, hazımsızlık ve karın ağrıları, koroner kalp hastalığı, mide ülseri, kadınlarda meme kanseri bu olumsuz etkilerden bazılarıdır (Sezgin, 2013). Vardiyalı çalışanlarda gastrointestinal sorunların oluşma nedeni yemek saatlerinde ve yemek yeme sürelerinde meydana gelen değişimlerdir.

Vardiyalı çalışanlar, kendi aralarında değerlendirildiğinde yeme alışkanlıkları ve beslenme düzensizlikleri en çok olanlar gece vardiyasında çalışanlardır (Assisa ve ark,

2003). Bunun nedeni ise vardiyalı çalışanların çalışma saatleri nedeniyle sağlıklı yiyeceklere ulaşmakta zorluk çekmeleridir. Kişilerde aperatif veya hazır yiyeceklerle öğün geçiştirme eğilimine sıkça rastlanmaktadır. Bunun sonucunda da kişilerdeki kabızlık, hazımsızlık, ishal ve iştah kaybı gibi sağlık problemleri artmıştır (Gedikli, 2008).

Özellikle gece vardiyasında çalışan bireylerde uyku bozuklukları da bulunuyorsa sosyal yaşama uyumsuzluklar ve nöro-psikiyatrik bozukluklara sıklıkla rastlanılmıştır. Bu kişilerde yorgunluk, uyku hali, bellek bozuklukları ve dikkat dağınıklığı gibi bilişsel bozukluklara ek anksiyete ve depresif belirtiler de bulunabilmektedir (Costa, 1996; Tamagawaa, 2007; Selvi ve ark, 2010; Natvik ve ark, 2011; Saksvik-Lehouillier ve ark, 2012; Øyane ve ark, 2013). Duygu-durum kişinin uzun süre üzüntülü, sıkıntılı, neşeli veya kederli hisler içinde bulunmasıdır. Depresyon bir tür duygu durum bozukluğu sayılmaktadır yani duygu durum uzun süreli ve aşırı şekilde devam ettiğinde duygulanım bozuklukları oluşur ve sonucunda da depresyon ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Köroğlu, 2009; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Kötü ruh hali, kişideki enerji azlığı, uyku düzeninde bozulma, önceden dikkatini çeken durumlara karşı bir ilgisizlik durumu, kişinin kendini değersiz veya suçlu hissetmesi, dikkat bozukluğu ve kötü iştah depresif belirtilerdir. Kısaca depresif belirtiler, düşünme, konuşma, hareket etme ve diğer tüm fizyolojik işlevsellik ve işlevlerde azalmalar, durgunluk hali ve bunlara eşlik eden değersizlik, karamsarlık, güçsüzlük, isteksizlik, duygu ve düşünceleri de kapsayan semptomlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Depresyon ve anksiyete bozukluğunun yaygın olarak görülebilme sebeplerinden birisi de çalışma koşulları nedeniyle biyolojik ritmin yani uyku ve uyanıklık döngüsünün bozulmasıdır. Bu döngünün bozulması kişinin yaşam kalitesini düşürmekte ve sosyal ilişkilerini azalmaktadır (Boivin ve ark, 2007; Tamagawaa, 2007; Selvi ve ark, 2010; Wright ve ark, 2013). Vardiyalı çalışma sistemi ile artan uyku bozuklukları, psikososyal bozukluklara, iş kazalarına ve hayatı tehdit eden yaralanmalara yol açabilmesi sebebiyle önemli halk sağlığı sorunları arasında yeralmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Sayılan tüm bu gerekçelerle vardiya sistemi ile çalışılan kurumlarda uyku ile ilgili sorun yaşayan kişilerin değerlendirilmesi, uyku

ve duygu durum bozukluğuna sahip olan kişilerin bilinçlendirilmesi ve uygun tedavi yöntemine yönlendirilmesi önem arz etmektedir (Saraçoğlu ve ark, 2015).

Bu tez çalışmasında, vardiyalı çalışma düzeni ile yeme tutumu, depresif belirti durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme tutumu

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. Besin öğelerinin, olması gerektiğinden az veya fazla olması durumunda ruhsak ve fiziksel hatta sosyal yönde bozulmalar meydana gelir. Bu durum düşünüldüğünde, beslenme aynı zamanda, yaşam kalitesini yükseltmek, bireyin sağlığını korumak, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden olağandan iyi hale gelmek için yapılan bir davranıştır (İnalkaç ve Arslantaş, 2018).

Yeme tutumunun tanımı "yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını; normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtileri" olarak tanımlanmıştır. Diğer bir tanım olarak, beslenme gereksiniminin, doğumdan kişinin son haline kadarki tekrar eden ve sürekli olan, bireye özgü olarak meydana gelen davranışların tamamı yeme tutumu olarak tanımlanabilir (Vardar ve Erzengin, 2011; Katırcı, 2018).

Kişinin yeme tutum davranışlarındaki gelişme, homeostatik sistemler, duyusal, motor sistem gelişimi, ödül mekanizması, kişinin yetiştiği çevresel etmenler ve kültür ile kişinin ebeveynlerinin tutumları ve benzeri birçok faktörden etkilenmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016). Kişinin yeme tutumunu iştah ve açlık durumunun şekillendirmesi ile birlikte kişinin içinde bulunduğu fizyolojik ve psikolojik etmenler ile de değişkenlik olabileceği saptanmıştır. Kilo kontrolü de bu durumda en önemli unsurlardandır. Kişinin yaşam kalitesini arttırma isteği ve görece güzel bir görüntüye sahip olma isteği normalden daha az yemek yeme ve kilo vermeye istekli olmaya iten bir unsurdur. Sebebi ne olursa olsun, bireyler kilolarını denge altında tutabilmeleri için çeşitli tutumlar sergiledikleri bilinmektedir (Erbaş, 2015).

Bireyde yeme tutumu yaşamının ilk anlarından itibaren oluşur ve geçen zamanla birlikte birçok dış faktör ve etmen bu duruma etki eder. Yetersiz beslenme, bilinçsiz yapılan beslenme, öğün atlama, yavaş veya hızlı yeme, yemek sırasında başka şeylerle daha fazla ilgilenme gibi faktörlerde yeme tutumunu etkileyen faktörler arasındadır. Bu durumlar kişiye yeni yeme tutum alışkanlığı kazandırmış olabilir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu ve bunun gibi sebepler, bireylerde yemek yeme tutumlarında birtakım bozukluklara yol açabilirler (Elliott ve ark, 2015). Yeme bozukluklarına giden süreçte yeme tutumunun bozulması önemli bir etmendir (Leichner ve ark, 1986). Süreklilik kazanmış bir yeme tutumu, yeme bozukluklarının meydana gelmesinde etkilidir (Calam ve ark, 1998).

2.1.1. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

Toplumdaki yeme bozuklukları oranı tam olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan araştırmalar toplumdaki, anoreksiya ve bulimia nervoza, tıkınırcasına yeme sendromunda bir artış olduğunu tespit etmiştir (Hay, 2020). Yeme bozukluğu yaygınlığının özellikle son 20 yılda anlamlı ölçüde arttığı bildirilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin belirtiği yeme bozukluklarının görülme oranlarına baktığımızda, anoreksiya nervoza %0,5 ila %1, bulumiya nervoza %2 ve atipik yeme bozukluğunun sıklığı da %10 ila %14'tür (Ulaş ve ark, 2013). Yaş dağılımına göre yapılan bir çalışmaya göre 25 yaş altı kişilerin %90'dan fazlasında yeme bozuklukları görülmektedir (Deering 2001; Oğur ve ark, 2016). Cinsiyete göre bakıldığında ise kadınlarda erkeklere göre 5-20 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Oğur ve ark, 2016). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha fazla yeme bozukluğu belirtisi göstermiştir (Ünalan ve ark, 2009). Bir başka araştırmada ise yeme bozukluğu görülme sıklıkları erkeklerde %1 iken kadınlarda %6-10 olarak tespit edilmiştir (Perçinel ve ark, 2015).

Yapılan çalışmalara göre, yaşam boyu yeme bozukluğu görülme sıklığı %1-5'tir (Okumuş ve Deveci, 2019). Yeme bozukluğu yaşayan kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada, kişilerdeki yeme bozuklukları hastalığın başlangıcı ve seyri, sıklığı, prevelansı açısından değerlendirilmiştir. Yeme bozukluklarının 20 yaşına kadar olan kişilerde görülme sıklığı bulimiya nervoza da % 2.6, anoreksiya nervoza da %0.8, tıkınırcasına yeme bozukluğu için de % 3.0 olarak bulunmuştur. Anoreksiya nervozanın

başlangıç yaşı 19-20, bulimiya nervozanın 16-20, tıkınırcasına yeme bozukluğunnun da 19-20 yaş olarak tespit edilmiştir. Bu yeme bozuklukları görülen kişilerde karakteristik şekilde daha fazla sağlıksız beden kitle indeksi, psikiyatrik tedavi geçmişi, intihar eğilimi, sıkıntı ve işlevsel bozukluklar görülmektedir. Yeme bozuklukları kendi içlerinde geçiş göstermekte olup en çok geçişin tıkınırcasına yeme bozukluğu ile bulimiya nervoza arasında olduğu belirtilmekte ve bu oranın %23 olduğu bildirilmektedir (Stice ve ark, 2012).

2.1.2. Yeme Bozuklukları

Beslenme davranışı kişilerin yaşamı için vazgeçilemez bir gereklilik iken bazen normal yeme davranışlarında değişiklikler meydana gelebilmekte ve psikiyatrik bir bozukluk haline dönüşebilmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016). "Yeme sorunları" ifadesi sağlıksız besleme ve yeme tutum şekillerini açıklamak için kullanılan bir terimdir (Lucas, 1993). Yeme bozuklukları kişiye belirli, psikososyal ve fiziksel aksaklıkların da eşlik ettiği kişinin yeme davranışında gözle görülür bir bozulma olması sonucu kişinin davranışlarında da bozukluklara neden bir bozukluktur (Devran, 2014). Beslenme sorunlarına, beslenme yetmezliklerine ve hastalıklara neden olabilen beslenme alışkanlıklarındaki değişimlerdir. Kişinin sağlıklı yaşam kalitesini anlamlı biçimde azalmasına neden olmaktadır (Hoek, 2016; Agh ve ark, 2016). Yeme bozuklukları DSM-5'te beslenme ve yeme bozuklukları şeklinde ifade edilmektedir. Obezite, anoreksiya ve bulimia nevroza en sık görülen beslenme ve yeme bozukluklarıdır (Lucas,1993). Uzun zamandır bilinmesine rağmen beslenme ve yeme bozuklukları 80'li yıllardan bu yana daha fazla üzerinde araştırma yapılan ve tartışılan bir psikiyatrik hastalık grubu olmuştur (Küey, 2008).

Yeme bozukluklarının nedenleriyle ilgili farklı teoriler olup etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir (Kaye ve ark, 2009). Teorilere göre yeme bozuklukları tek bir nedene bağlı oluşmamaktadır. Sosyal, fiziksel ve psikolojik nedenleri de içeren birden çok faktörün birlikte olmasının sonucuyla meydana gelmektedir (Striegel-Moore ve Cachelin, 2001; Ercan, 2013; Rikani ve ark, 2013). Ailedeki yeme bozukluğu öyküsü;, ailenin işlevselliği, alkol ve madde bağımlılıkları, çocukluk çağında gelişen cinsel istismar ve taciz gibi kötü olaylara maruz kalma, obezite, düşük benlik saygısı, duygu

durum bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar gibi multifaktöriyel nedenler olabilmektedir (Usta ve ark, 2015).

Bireylerin beden algılarıyla yeme tutumu yakından ilişkilidir. Yeme bozuklukları kişilerin beden algılarını da etkiler (Ulaş ve ark, 2013). Hafif kilolu veya obez bireyler başarının görsellik ile paralel şekilde arttığını, vücutlarını şekilsiz bulduklarını ve aynı zamanda olması gerekenin sıfır beden olduğunu öne sürerler (Aslan, 2001). Bu bireyler kilo almamak için yiyeceklerini kısıtlamakta, gereğinden fazla spor yapabilmekte ve kendilerini kusturabilmektedirler (Ulaş ve ark, 2013). Yemek yerken kısıtlama hareketleri kişinin açlık /tokluk mekanizmasını zayıflatarak tıkınırcasına yemeğe sebep olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan bir çalışmada beden ağırlığı normalden fazla olan öğrencilerin iki öğün yerken kilolu olmayan öğrencilerin ise üç veya daha fazla öğün yedikleri belirtilmiştir (Emül ve Güler, 2008).

Yeme bozukluklarının duygudurum bozuklukları ve anksiyete ile ilişkili olduğu düşünülmekte olup çeşitli gastrointestinal semptomlar, kardiyak değişiklikler, hormonal dengesizlikler bununla beraber uyku problemleri sorunlara sebep olabildiği de ileri sürülmektedir (Santonicola ve ark, 2019). Yeme bozuklukları ergenlik döneminde artmakta ve en çok kadınları etkilemektedir (Gelder, 1996; Erriu ve ark, 2020; Davison ve Neale, 2004). Yeni doğan dönemi ve adölesan dönemde görülen negatif beslenme tutumları çeşitli nedenlerden fazla yemek yeme, fizik kusurları ve sık yeme tutumu gibi nedenlerden dolayı dolayı olabilir. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve sınıflandırılamayan yeme bozuklukları DSM-5 kitabında bu durumlarda ortaya çıkan rahatsızlıklar olarak ele alınmıştır (Arlı, 2002).

Besin alımını kısıtlama, yemek yedikten sonra kusma, beden memnuniyetsizliği, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar yeme bozukluğu bulunan kişilerde görülebilmektedir (Ünalan ve ark, 2009). Bu tip davranışların sonucu olarak doku ve organlar zarar görür ve bununla beraber ciddi tıbbi sorunlar meydana gelebilmekte kişinin hayatındaki faaliyetlerinin düşürmekte ve kişiyi zaman içinde tüketebilmektedir (Ercan, 2013; Troop ve Treasure, 1997). Normal bireylere göre yeme bozukluğu olan kişiler aynı sürede ve koşullarda daha fazla yiyecek tüketmektedir ancak bu bozukluğun temel belirtisi fazla yemek yemek olmakla birlikte tek belirti de bu değildir. Özellikle son 50 yıldır yeme bozukluklarının yaygınlaşması ve tüm bu

problemlerin ciddi sorunlara neden olması sonucu yeme bozukluklarının erken tanı ve tedavisinin önemli olduğu bildirilmiştir (Fairburn ve Harrison, 2003; Janout ve Janoutová, 2004; Semiz ve ark, 2013; Turan ve ark, 2015).

Yeme bozukluklarının batı toplumlarında, doğuya oranla daha sık rastlandığı ve sosyal sınıflara göre değişiklik gösterdiğine dair bulgular literatürde yer almaktadır (Striege, 1986; Yates, 1989). Fakat, doğu kültüründe de son yıllarda görülme sıklığı hızlı bir artış göstermiş ve batıdaki ile çok benzer potansiyel risk faktörleri olduğu saptanmıştır (Nobakht ve Dezhkam, 2000; Shroff ve Thompson, 2004).

Her bir yeme bozukluğu için çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmakta ve bu yöntemlerin geçerlilikleri araştırılmaktadır. Uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirildiğinde bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve diğer bozukluklar için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yeme bozukluklarında en çok uygulanan tedavi yöntemidir (Okumuş ve Deveci, 2019). Son zamanlarda BDT' ye ek olarak duygu regülasyonu da yeme bozukluklarının tedavisinde uygulanabilmektedir. Üçüncü dalga terapi yöntemleri de destekleyici tedavi yöntemleri olarak sisteme dahil edilebilmektedir. Ayrıca, belirli bir yeme bozukluğun tedavisinde daha etkili olabilecek bir tedavi yöntemini ortaya koyan çalışmalar henüz bulunmamaktadır. Fakat bilişsel davranışçı terapiye alternatif bir tedavi yöntemi de kişiler arası psikoterapi olabilmekte ve gün geçtikçe grup psikoterapilerinin de yeme bozuklukları tedavisinde etkili olduğuna dair çalışmalar artmaktadır (Linardon ve ark, 2017). Tedavi boyunca kullanılan maruz bırakma, kendini izleme, davranış, kişilerarası problemlerin çözümüne yönelik teknikler, kilo takibi ve yiyecek gibi teknikler de oldukça etkili görülmektedir. Grup terapilerinde kullanılan yöntemlerin farklı olması bu terapilerin değerlendirilmesini zorlaştırmakta ve kesin sonuçlar için bu konuda daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır (Okumuş ve Deveci, 2019).

2.1.3. Yeme bozuklukları ve sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Kriterlerine (DSM-IV) göre anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılamayan yeme bozukluğu (BTAYB) olmak üzere üç temel yeme bozukluğu kategorisi bulunmaktadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu da başka türlü

adlandırılamayan yeme bozukluğu olarak değerlendirilmiştir (Köroğlu, 2005). DSM-V kitabında ise bu bozukluklar beslenme bozuklukları (anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza, tıkınırcasına yeme bozukluğu), tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozuklukları (ruminasyon bozukluğu, pika, kısıtlayıcı/kaçıngan gıda alım bozukluğu), tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu şeklinde düzenlenmiştir (Köroğlu, 2013; Smink ve ark, 2014).

2.1.4. DSM 5'te tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları

2.1.4.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza (AN) aşırı vücut ağırlığı kaybı ve ağırlık kazanımından korkma şeklinde başlayan bir yeme bozukluğu çeşitidir. Bozulmuş beden imgesine sahip AN'lı bireylerde aşırı diyetsel kısıtlama ve aşırı fiziksel aktivite gibi vücut ağırlık kaybına yol açabilecek davranışlar bulunmaktadır (Zipfel ve ark, 2015). Bunun dışında mevcut durumu fark etmemeleri, kabullenmemeleri, fark edip kabul etseler bile kilo almaktan korktukları için tedavi istemeyip tedaviye direnç göstermeleri AN'lı kişilerin oldukça yaygın olan davranışlarındandır. Bu tutumlar ölüme kadar götürebilecek bir süreci de beraberinde getirebilmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016).

Anoreksiya Nervoza cinsiyet, yaş, etnik köken ve ırka göre farklılıklar gösterebilir ancak düşük vücut ağırlığı ve düşük BKİ bireylerin en belirgin özellikleridir. AN birçok önemli organı etkileyen ve anorektik bireylerin yaklaşık yarısının ölümüne neden olan ciddi tıbbi komplikasyonlarının olduğu önemli bir sağlık sorunudur (Mehler, 2015). Bu medikal komplikasyonlardan en önemlileri ağırlık kaybı ve malnutrisyondur. Vücuttaki protein ve yağ katabolizması hücresel volümünün ve fonksiyonlarının bozulmasına; beyin, kalp, karaciğer, böbrek, sindirim sistemi ve kasların atrofiye uğramasına açlık neden olmaktadır (Mehler, 2015). DSM-V kriterlerinde anoreksiya nervoza prevalansı yüksek gelirli ülkeler için %0.3-0.5 olduğu bildirilmiştir (Zipfel ve ark, 2015). Türkiye'de ise bununla ilgili yeterli çalışma bulunamamaktadır.

DSM-V'e göre anoreksiya nervoza tanısı konması için gereken kriterler şunlardır (American Psychiatric Association, 2013):

1. Kişinin düşük vücut ağırlığının olmasına rağmen yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı açısından gereksinimine göre enerji alımını kısıtlaması ve belirgin ölçüde normalin çok altında düşük vücut ağırlığına sahip olması.
2. Kişinin şişmanlamaktan veya kilo almaktan çok korkması ya da vücut ağırlığı belirgin derecede düşük olmasına rağmen kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunması.
3. Kişinin vücut ağırlığını veya vücut biçimini algılamasında bozuklular olur. Kişi, vücut biçimine ve ağırlığına aşırı önem verir ve düşük vücut ağırlığına sahip olmanın vücuduna verdiği zararı hiçbir zaman anlayamaz.

En başta bilişsel davranışçı terapi (BDT) olmak üzere kişilerarası psikoterapi, aile terapisi ve odaksal psikodinamik terapi anoreksiya nervoza tedavisinde kullanılan tedavi yötemleridir (Okumuş ve Deveci, 2019; Linardon ve ark, 2017; Todd, 2019). Grup psikoterapileri diğer yeme bozukluklarına göre anoreksiya nervoza tedavisinde daha az kullanılır. Bunun sebebi kişilerin kilo verme konusunda birbirleriyle yarışır hale gelmeleri, katılımcıların kişilik yapılanmalarının grup terapistlerini zorlamasıdır. Ancak grup terapisinde varoluşsal ekolün kullanılıp katkı sağladığı da görülmüştür (Okumuş ve Deveci, 2019).

AN'nin tedavisinde kişilerin vücut ağırlıkları sağlıklı olarak nitelendirilen hale getirilmeli, psikiyatrik durumları değerlendirilerek tedavisi sağlanmalı, tıbbi komplikasyonları tedavi edilmeli, kişiye sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılmalı ve kişilere tedaviye katılım için destek verilmelidir. Bu amaçla doğru beslenme ve ilaç tedavisi, psikoterapi multidisipliner yaklaşımla uygulanmalı ve özellikle durumu ciddi olan vakalar hastanede tedavi edilmelidir (Zipfel ve ark, 2015; Chial ve McAlpine, 2002).

2.1.4.2. Bulimiya Nervoza

Aşırı şekilde yemek yeme ardından kilo alma ve bu durumu telafi edici davranışlarda bulunan kişilerin durumu psikiyatrik bir hastalık olan Bulimia Nervoza (BN) olarak tanımlanır. Kişilerde genellikle tipik şekilde beden imgesinde bozukluklar ve kilo almaktan aşırı korkma gibi sorunlar bulunur (Bernacchi, 2017). Bu hastalar genellikle tıkınırcasına yedikten sonra ağırlık kazanımını durdurmayı amaçlayan davranışlar

sergilerler. Aşırı egzersiz yapmak, besin alımının azaltılmak, laksatifleri yanlış kullanmak ve kusmak bu davranışlardan bazılarıdır. Bulimiya tüm yaşlarda tanı alınabildiği gibi özellikle adölesan dönemin 20'li yaşlarında görülmektedir. Bulimiklere genellikle kadın popülasyonunda daha sık rastlanır bu popülasyonda görülme oranı ise %10-20'dir (Gordon, 1990). Bulumiya, ciddi dental ve medikal problemlere neden olabileceği için mutlaka tedavi edilmelidir (Topkara, 2014).

DSM-V'e göre bulimiya nervoza tanısı konması için gereken kriterler şunlardır (American Psychiatric Association, 2013):

1. Benzer süre ve koşullarda, belirli bir zaman diliminde bireylerin normalde yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yemesi ve bu eylem esnasında kontrolün kendisinde olmadığını düşünmesi ile karakterize tekrarlayıcı yeme ataklarının olması.
2. Bu eylem sonrasında, kilo almamak için hiç yememe, aşırı egzersiz yapma, kusma, laksatif veya diüretik ilaçları kullanması ile karakterize dengeleyici sağlıksız davranışların olması.
3. Haftada en az bir kez ve üç ay süreyle yeme atakları ve ardından dengeleyici sağlıksız davranışların ikisinin de kişide bulunması.
4. Kişinin kendisini beden algısı ile değerlendirmesi.
5. Bu atakların anoreksiya nervoza ataklarıyla beraber ortaya çıkmaması (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5 kriterleri ile bozukluğun derecesini belirlenebilmektedir:

Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 defa dengeleyici sağlıksız davranışların olması.

Orta dereceli: Ortalama haftada 4-7 defa dengeleyici sağlıksız davranışların olması.

Ağır: Ortalama haftada 8-13 defa dengeleyici sağlıksız davranışların olması.

Aşırı derecede: Ortalama haftada 14 veya daha fazla dengeleyici sağlıksız davranışların olması (APA, 2013).

Tedavi yöntemi olarak anoreksiya nervoza için kullanılan terapi yöntemleri bulimiya nevroza için de kullanılmaktadır. Grup psikoterapi yöntemi de kullanılmakta ve bireysel

psikoterapiden daha etkili olduğuna inanılmaktadır. Ancak bunun aksini söyleyen çalışmalar da vardır. Grupun, bireysel psikoterapiden daha etkili olduğunu savunanlar grup psikoterapisinin maliyet ve zaman açısından bireysel psikoterapiye oranla daha avantajlı olduğunu ve aynı durumdaki kişilerle yapıldığından kişilerdeki utangaçlığı azalttığını düşünmektedirler.

Bireysel psikoterapinin, gruptan daha etkili olduğunu savunanlar ise sürecin kişiye uyarlanabilmesi ve bireyin yaşadığı zorlukların daha iyi anlaşılması sebebiyle bu hipotezi savunurlar (Morrison, 2001; Polnay ve ark, 2014).

2.1.4.3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu

Bu bozukluk, anoreksiya nervozadan gıda alımını reddetme davranışı olmamasıyla ayrılır. Bulimiya nervozadan ise alınan gıdayı çıkarma, telafi etme ve alınan kaloriyi yakma gibi tutumların olmamasıyla ayrılmaktadır. Bu yeme bozukluğu olan kişiler, tek seferde kendini durduramadığını düşünerek normal tüketebileceğinin çok daha üstünde aşırı yeme tutumu göstermektedir. Bu aşırı yeme davranışı kişide bedenen rahatsızlık oluşturmakla birlikte suçluluk duygusunu getirmektedir (Turan ve ark, 2015).

DSM-V'e göre tıkanırcasına yeme bozukluğu tanısı koyulması için gerekli kriterler şunlardır:

1. Benzer süre ve koşullarda, belirli bir zaman diliminde bireylerin normalde yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yemesi ve bu eylem esnasında kontrolün kendisinde olmadığını düşünmesi ile karakterize tekrarlayıcı yeme ataklarının olması.
2. Bu yeme atağında rahatsızlık veren tokluk hissine kadar yeme, aşırı fazla yemekten utandığı için yalnızken yeme, atak sonrası suçluluk hissinin olması, çökkünlük hissi ya da kişinin kendinden tiksinmesi, açlık hissi olmadan alışılanın çok üstünde bir hızla aşırı miktarlarda yeme gibi davranışlardan üçü (veya daha fazlası) bulunması.
3. Kişide tıkınırcasına yediği için belirgin bir rahatsızlık hissi olması.
4. Bu tarz yeme ataklarının yaklaşık üç ay boyunca haftada en az bir defa görülmesi.

5. Tıkınırcasına yeme durumu bulimiya ve anoreksiya nervozanın dışında da ortaya çıkabilmektedir. Tıkınırcasına yeme atağı sonrası bulimiyada olduğu gibi tekrarlayıcı uygunsuz telafi davranışları görülmemektedir.

DSM-5 kriterleri ile bozukluğun şiddeti belirlenebilmektedir:

Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 defa tıkınırcasına yeme atağının varlığı.

Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 defa tıkınırcasına yeme atağının varlığı.

Ağır: Ortalama haftada 8-13 defa tıkınırcasına yeme atağının varlığı.

Aşırı derecede: Ortalama haftada 14 veya daha çok tıkınırcasına yeme atağının varlığı (American Psychiatric Association, 2013).

Bu yeme bozukluğunun tedavisinde, diğer yeme bozuklukları tedavisinde kullanılan pek çok ortak tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin, grupla beden algısı ve yeme davranışıyla alakalı sorunları çözerek öz yeterliliğin artırıldığı etkili bir tedavi yöntemi olduğu tespit edilmiştir (Wolff ve Clark, 2001). Bu terapi yönteminin hedefi öncelikle terapist ile danışan arasında iş birliğinin kurulmasıdır. Sonrasında genel olarak üç evrede bu yeme bozukluğu için tedavi planı oluşturulmaktadır. Sağlıksız yeme davranışlarının ortadan kaldırılması, sağlıklı yeme davranışlarının geliştirilmesi, öğünlerin düzenlenmesi ilk evre; bilişsel çarpıtmaların farkına varılarak daha gerçekçi ve işlevsel düşünce alternatifleri oluşturulması, beden, kilo ve yemekle ilgili düşüncelerinin tespiti, danışanın temel ve ara inançlarına ulaşması ikinci evre; nüksetmeyi önlemeye yönelik çalışmalar yapılması son evredeki tedavi planlarıdır (Turan ve ark, 2015).

2.1.5. Beslenme bozukluklarının sınıflandırılması

Beslenme bozuklukları DSM-5'te pika, ruminasyon bozuklukluğu ve kısıtlayıcı/ kaçınmacı besin alımı bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır (Smink ve ark, 2014).

2.1.5.1. Pika

En az 1 ay süreyle besin değeri olmayan maddelerin gelişimsel açıdan uygun olmayan bir yaşta, ısrarlı olarak yenmesi Pika hastalığı şeklinde tanımlanmaktadır (Xiang ve ark, 2018). Pika'ya patojenlere yatkınlığın veya gastrointestinal problemlerin, besin ögesi eksikliklerinin, açlığın yol açtığı düşünülmekte olup kesin şekilde etiyolojisi

bilinmemektedir (Michalska ve ark, 2016). Pika, tüketilen besin olmayan maddelerin spesifik özellikleriyle veya oluşan tıbbi durumlarla ilişkili olabilmektedir (Nayak ve ark, 2017). Saç, kâğıt, kireç, kibrit ucu, bez, plastik, toprak, kil, kum ve buz tüketilen maddelerden en yaygın olanlarıdır. Tüm yaş gruplarında ve tüm toplumlarda görülebilmekte olup en sık çocukluk çağında rastlanılmaktadır. Sadece 2 yaşından büyük çocuklara pika tanısı koyulabilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Pikanın zehirlenme, elektrolit dengesizliği, anemi, bağırsak tıkanması, peptik ülser ve çeşitli enfeksiyonlara sebep olduğu bildirilmiştir (Michalska ve ark, 2016).

DSM-5'e göre Pika tanısı konması için (American Psychiatric Association, 2013):

1. Besin değeri olmayan maddeleri en az bir ay süreyle, sürekli yeme. Bu davranışlar kişinin gelişimsel düzeyine uygun değildir.
2. Bu yeme bozuluğu, toplumsal olarak normal kabul edilebilecek veya kültürel dayanağı olan bir durum olarak kabul edilemez.
3. Bu durumun kökeninde başka ruhsal bozukluklar varsa (şizofreni, otizm açılımı kapsamında bozukluk, anlıksal gelişimsel bozukluk) durum klinik olarak değerlendirilmelidir.

2.1.5.2. Ruminasyon (Geviş getirme/geri çıkarma) Bozukluğu

Çaba harcamadan kısmen sindirilen besinlerin ve ağrısız olarak ağza geri getirilmesi sonrasında tükürülmesi veya kusma ya da bulantı olmadan tekrar yutulması ile karakterize nadir bir bozukluktur. Tüm ya gruplarında görülebilmekte olup tanısında veya tedavisindeki gecikmelerde elektrolit dengesizlikleri, ağız kokusu, diş erozyonları, kilo kaybı ve malnütrisyona sebep olabilir (Raha ve ark, 2017).

DSM-5'e göre Geri çıkarma tanısı konması için (American Psychiatric Association, 2013):

1. Sık sık tüketilen besinin en az bir ay süre ile geri çıkarılması. Bu geri çıkarmanın herhangi bir rahatsızlık sebebiyle olmaması ve sadece diğer yeme bozuklukları varlığında gerçekleşmemesi.

2. Bu geri çıkarma durumu, farklı bir nöro veya anlıksal gelişimsel bozukluk ile psikolojik sorunlarla oluşmuşsa tek başına yeme bozukluğu olarak değerlendirilmemeli klinik olarak ek bir değerlendirme yapılmalıdır.

2.1.5.3. Kaçınmacı/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu

Kişilerin kendilerini şişman olarak görmediği, ağırlık ve vücut görüntüsü endişesi olmadığı halde yiyeceklerden sürekli kaçınılması ya da beslenmesini kısıtlaması olarak tanımlanan ciddi ve karmaşık bir rahatsızlıktır (Treasure ve ark, 2020). Anoreksiya ve bulimia nervozadan da ağırlık ve vücut görüntüsü endişesi olmama kısmıyla ayrılmakta ve DSM-5 kitabında yaşa bağlı olmayan bir bozukluk olarak kabul edilmiştir (American Psychiatric Association, 2013)

Semptomları, yemenin olumsuz etkilerinden korkmak, yerken kusma ya da boğulma gibi kötü deneyimler, duyusal duyarlılıkla birlikte besin seçmek, yemeye karşı sürekli bir ilgi eksikliği şeklinde sıralanabilir (Strand ve ark, 2019). Çok ileri boyutlarında, enteral beslenmeye, ek gıda takviyesine, önemli ağırlık kayıplarına, malnütrisyona, bağımlılığa neden olabildiği için psikososyal işleyişte belirgin müdahale gerekebilmektedir (Norris ve ark, 2016). Çoğunlukla anoreksiya nervozalı bireylerle aynı tıbbi komplikasyonlara sahiptirler. Anksiyete ve nörogelişimsel bozukluklar ve komorbidite bu kişilerde çok sık karşımıza çıkmaktadır (Treasure ve ark, 2020). Bu bozukluğa sahip kişilere ancak vücut ağırlığı veya görüntü kaygısı olmadığında teşhis konulur (Katzman ve ark, 2019).

DSM-5'e göre kaçıngan/kısıtlayıcı besin alımı tanısı konması için (American Psychiatric Association, 2013):

1. Ciddi şekilde kilo kaybı ve beslenme yetersizliği, oral besin takviyelerine ve enteral beslenmeye ihtiyaç duyma, psikososyal durumlarda belirgin bir azalma gibi durumlardan bir ya da daha fazlasını içeren ve artık günlük enerji gereksiniminin karşılanamaması ile oluşan besinlere olan ilgisizlik ya da rahatsızlık hissi; beslenmenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili endişeli hissedilen klinik tablo.
2. Bu durum, kültürel beslenme alışkanlığı ya da herhangi bir besine ulaşılamama sebebiyle gerçekleşmemelidir.

3. Bu bozukluk, sadece bulimiya ya da anoreksiya nervoza bulunması durumunda oluşmamalı ve kilo veya vücut görüntüsünden bir rahatsızlık hissine dair bir kanıt içermemelidir.

4. Bu bozukluk, başka zihinsel bozukluklarla açıklanamamlı, eşzamanlı bir tıbbi durum ile ilişkilendirilememeli, farklı bir bozukluk ya da durumla beraber görüldüğünde ek klinik değerlendirilmelerle tespit edilmelidir.

2.1.6. Tanımlanmış diğer bir yeme ve beslenme bozukluğu (TDYB)

Diğer beslenme ve yeme bozuklukları kategorisine giremeyen ancak kişinin yaşamında ciddi işlevsel kayıplara yol açabilen yeme bozukluğu semptomlarının varlığında kullanılan tanımdır. Gece yemek yeme bozukluğu, çıkarma bozukluğu, tıkınırcasına yeme bozukluğu (belirli süreli ve/veya az sıklıkta), bulimiya nervoza (belirli süreli ve/veya az sıklıkta), atipik anoreksiya nervoza gibi rahatsızlıklardır (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. Depresif Belirti

Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şu şekilde tanımlanmaktadır; depresif ruh hali, uykuda bozulmalar, iştahta bozulmalar, ilginin azalması, zevklerin azalması, suçluluk belirtileri, kişinin enerjisinde azalmalar ile beliren mental bir hastalık şeklinde tanımlanır. Depresyon ilk defa 17. yüzyılda ruhsal durumu belirtmek amacıyla kullanılmıştır, kelime kökeni Latincede 'deprimere' yani bastırmak sözcüğünden türemiştir (Gilbert, 2009). Depresyonun anlamı ile alakalı fazlaca açıklama bulunmaktadır. Türkçapar (2018)'ın tanımlarından bir kısmı; Psikiyatri de depresyon: Bireyde belirli kalıplar halinde ve tekrar eden şekilde görülebilecek olan rahatsızlık durumunu ifade etmektedir. Ruhsal semptomlar bakımından depresyon: Günlük hayatta bireyin üzgün, mutsuz vb. duygu durumlarına büründüğü normal olmayan duygu durumudur. Ruhsal yönden sağlıklı bir bireyde, depresyon duygulanım bakımından: Sağlıklı duygulanıma göre depresyon her kişide görülebilen bir duygu halidir. Kişinin önemli gördüğü bir duruma karşı, bu durumu kaybetmesi sonucu üzüntü duyması halidir.

Depresyonun belirmesinde fazlaca faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları ekonomik buhran, aile içinde yaşanan problemler gibi durumlar olabilir. Depresyonu ortaya

çıkaran bu durumlar çokça örneklendirilebilir. Bireyin günlük hayatında yaşadığı sorunlu durumlar, aşmakta zorluk yaşadığı problemler de depresyon oluşumunu hızlandırıcı etkiye sahip olabilir". Depresyon bireylerin hayatını sürdürmekteki istekli olma durumlarının azaldığı, yemek düzeni, uyku düzeni ve bunlara benzer bireyin hayatını sürdürmesindeki etmenlerde değişimlerin gerçekleştiği, bireyin gelecek yaşamında gördüğü kaygı hali, geçmişte yaşadıklarına pişmanlık duyduğu bir durum ve dönem halidir. Depresyon zamanında, birey daha önceden zevk duyarak gerçekleştirdiği etkinliklerden depresyonlu olduğunda zevk duymamaya başlar, yaptığı aktiviteler, sürekli yaptığı gün içi rutin davranışlar bireye zevk vermemeye başlar ve bireyi mutsuzluk hali kaplamaya başlar. Aynı zamanda bireyin benlik saygısı ve kendilik değerinde de azalma yaşanır (Çevik ve Volkan, 1993). Depresyona sahip olan kişiler gücünün hiç kalmadığı hissini ve enerjilerinde azalma hissini, uyku durumunda bozukluklar yaşadıklarını (uykuya dalmada, gece uyanmada, sabah erken uyanmada zorluk vb.) iştahlarında azalma ve kilolarında sorunlarının yaşadıklarını belirtirler. Bunların yanısıra ölüm ile alakalı düşüncelerinde, ölmüş tanıdık kişileri normalden fazla düşündükleri, hastalıklarla alakalı endişeler ve ölüm korkusu yaşamaları da bu durumun bileşenidir (Mete, 2008).

Uzun yıllar boyu bilinen bu ruhsal bozukluğun görülme durumu ve oranı günümüzde büyük bir yükselişte olup, her dört bireyden birinde hayatının en az bir bölümünde bu ruhsal bozuklukla karşılaştığı yapılan çalışmalarca görülmüştür (Alper, 2001). Dünya geneline bakıldığında depresyonun prevalansı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerinde %30 ila %54 arasında olmaktadır. Depresif halin dünya genelinde 300 milyondan fazla bireyde görüldüğü bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, pandemi salgınının başında bu yana depresyon ve anksiyete durumlarının normal dönemden %25 daha fazla yaşandığı ve ciddi duygu durumsal semptomlar görülen genç bireylerin sayısında iki kat bir artış olduğu tahmin etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün koordinasyonluğunda, dünya genelinde 14 ülkede gerçekleşen "Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar" çalışmasında yardım almak isteyen kişilerde en sık görülen ruhsal bozukluğun %10,4 ile depresyon olduğu ortaya konulmuştur (Kızılgök, 2018). Herhangi bir zaman diliminde depresif belirtiye sahip popülasyon oranını %15- %20 dolaylarında olduğu görülmüştür (Alper, 2001). Cinsiyet özelinde, hayatının herhangi bir bölümünde depresyon hali görülen

kişilere bakıldığında, erkek bireylerde %10, kadın bireylerde %20 oranında bu bozukluğun yaşadığı görülmüştür (Köroğlu, 2017).

2.2.1. Depresyon tanı ölçüleri

Dünya genelinde en fazla kullanılan ve otoritelerin görüş birliğine vardığı tasniflendirme sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tasnifleme sistemidir (Kızılgök, 2018). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin günümüz dünyasında kullanılmakta olan son değişikliği 2013 yılında yayımlanan DSM-V'ye göre depresyon, duygu durum bozuklukları alanında bulunmaktadır.

Major depresif bozukluk DSM-V'ye göre tanım şartları aşağıdaki gibidir: (American Psychiatric Association, 2013).

1. Kişinin kendisinin bildirdiği veya başkalarının kişide farkettiği neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde, çökkün duygudurumu (umutsuz, ağlamaklı, üzüntülü vb.), genellikle tüm etkinliklere karşı ilgisizlik ve zevk alamama, yeme isteğinde artış veya azalış, diyet yapmadan çok kilo verme veya alma, uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, ajitasyon veya yavaşlama, enerji azlığı veya bitkin hal, değersizlik hissi veya aşırı suçluluk duyguları, kararsızlık, düşünme veya odaklanma zorluğu, tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar planı yapmadan tekrarlayan intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da tasarımının bulunması gibi belirtilerden en az biri ya da birden fazlasının kişideki varlığı. Bu durumun değerlendirilmesi yapılırken başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler bu kapsamda değerlendirilemez.
2. Bu belirtilerin kişide klinik olarak belirgin bir sıkıntı yaratması, kişinin işinde, toplumsal alanlarda veya diğer işlevsellik alanlarında işlevselliğinde düşüşe neden olması.
3. Bu bulguların, herhangi bir sağlık durumu fizyolojisiyle veya bir maddenin ya da etkilerine bağlanamaması.
4. Bu döneminin ortaya çıkması, şizofrenimsi, şizoduygulanımsal ve sanrılı bozukluklar, şizofreni veya şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla açıklanamamalı.

5. Mani veya hipomani dönemi hiçbir zaman geçirilmemeli.

2.3. Depresyona neden olan faktörler

Depresyonun açıklanmasında genetik ve biyolojik modeller, kişinin yaşadığı olayların veya durumların hastalığa uygun ortamı oluşturabileceği, hastalığı tetikleyebileceği veya başlayan rahatsızlığın devam etmesine sebep olabileceğini belirtmektedir (Blackburn, 2002). Depresyonun tanımlandığı biyolojik durumlar; genetik, nörokimyasal, nöroanatomik ve nöroendokrin şeklinde sınıflandırılmaktadır (Aydın, Baytunca ve Erermiş, 2014). Beyinde bulunan nörokimyasal salınımında görülen bozulmalar, özellikle beyinde gerçekleşen haberleşmeye yarayan bazı nörostransmitter olarak isimlendirilen maddelerin normalden az olma durumunun depresyona neden oluşturabileceği yapılan çalışmalarca ispatlanmıştır. Bu nörotransmitter maddelerden dopamin, serotonin ve noradrenalinin depresyon görülmeyen bireylere nazaran daha az olduğu ortaya konulmuştur (Uzbay, 2004). Diğer taraftan uyku epizodu durumunda beynin elektriksel fonksiyonunda ortaya çıkan problemlerin de majör depresif bozukluğun yaşanma oranının yükselttiği saptanmıştır (Blackburn, 2002; Toros, 2016). Gerçekleştirilen genetik çalışmalar, duygudurumda yaşanan bozukluklardan %50'si genetik geçişle ortaya çıktığı görülmüştür (Toros, 2016). Atkinson ve arkadaşları (2012) ailesinde depresyon görülen bir bireyde depresyon görülme olasılığının diğer kişilere göre daha fazla olduğunu söylemektedir.

Depresyonu açıklayan Psiko-Sosyal faktörler; bireyin tüm yaşanmışlıklarının etkileşimlerinin bir araya gelip bütünleşerek yarattığı etkiler psikolojik ve sosyal etkilerdir (Davidson ve Neale, 2001). Yaşam süresi içinde herhangi bir dönemde yaşanan stresli olaylar (hastalık, ölüm vb.), Erken yaşta yaşanan olumsuz olaylar, azalmış sosyal destek gibi faktörlerle birlikte sosyo-ekonomik durum, medeni durum ve cinsiyet gibi demografik faktörlerin depresyona neden olan psiko-sosyal faktörler arasında yer aldığı görülmektedir (Ünal ve ark, 2002; Gilbert, 2009; Durak ve ark. 2016).

2.4. Vardiyalı çalışma sistemi

Günümüz toplumlarında, hızla gelişim gösteren toplum yapısı nedeni ile standart çalışma saatlerinin yanı sıra standart saatlerin dışında çalışan kişi sayısı hızla

artmaktadır. Bu standart dışı çalışma saatleri vardiyalı çalışma ve gece çalışmasını oluşturmaktadır (Costa, 2003). Global olarak standart ve olağan olarak kabul görmüş çalışma saatleri gündüz saatleridir. Fakat birtakım sektörlerde artan taleplerin karşılanması adına konaklama hizmetleri, yeme içme endüstrisi, üretimi sürekli olan endüstriler, güvenlik, ulaşım, telekomünikasyon, enerji, sağlık gibi sektörlerde standart dışı çalışma olan vardiyalı çalışma zorunluluğu söz konusudur (Selvi, 2010; Bilir ve Yıldız, 2013).

Vardiyalı çalışma düzeni; "iş durumunun veya işin kendisinin özelliği gereğince, sürekli olarak çalışır haldeki işyerlerinde, günün (ya da haftanın), aynı günün birbirinden farklı fakat birbirini izleyen zaman dilimlerinde ayrı çalışan topluluklarının çalıştırılması biçimi" olarak tanımlanmaktadır (Korkusuz, 2005).

2.4.1. Vardiyalı çalışmanın tipleri

Vardiyalı çalışma sisteminin tanımlanabilesi için birden fazla çalışma grubuna ihtiyaç duyulmaktadır. Vardiyalı çalışma sisteminde, her ekip vardiya olarak tanımlanan günün belirli bir kısmında çalışarak yaptıkları işi yeni gelen ekibe devrederler. İşi devralan diğer ekip, kendine tanımlanan vardiya çalışma saatlerinde işini yapıp yeni gelen ekibe işini devreder. Bu sistem sayesinde, birden fazla sayıdaki ekip sadece kendilerine ayrılan süre çalışarak ve işlerini diğer ekiplere devrederek, işletmenin ve sistemin sürekliliğini sağlarlar. Vardiyalı sistemin planları, yapılacak işin içerik ve niteliğine göre planlanmakta ve düzenlenmektedir. Sabit zamanlı vardiya ve dönüşümlü zamanlı vardiya sistemi olmak üzere temelde iki çeşit vardiya vardır. "Sabit vardiya sistemi" daha önceden belirlenen saatler içerisinde sürekli olarak çalışmayı ifade eder (Eyrenci ve ark, 2005).

Sabit vardiya sistemi olarak, sürekli şekilde "gündüz çalışma" , sürekli olarak "öğleden sonra geceye kadar çalışma" ve yine sürekli olarak "gece çalışma" durumudur. Olağan dışı bir durum gerçekleşmediği sürece çalışanlar vardiya değişimi gerçekleştirmezler. "Dönüşümlü vardiya sistemi" günün belirli saatlerini ifade edecek şekilde gündüz, akşam ve gece olarak çalışma sistemidir (Bacak ve Kazancı, 2014).

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre (International Labor Organization, ILO) temelde tanımlanan vardiya sistem saatleri, gündüz vardiyası sabah 08:00 dan öğleden sonra

16:00'a kadar ,öğleden sonra veya akşam vardiyası ise öğleden sonra 16:00'dan gece 24:00'e kadar, gece vardiyası zaman dilimi ise gece 24:00'den sabah 08:00'e kadar olan saatler arasında gerçekleşmektedir (ILO, 2004). Global olarak vardiyalı çalışma çeşitli saat ve biçimlerden oluşmaktadır. Yapılan araştırmalarda, gelişmiş dünya ülkelerinin büyük çoğunluğunda çalışanların beşte biri (%20) çeşitli vardiyalar şeklinde çalıştığı ve sabit olarak sadece gece vardiyasında çalışanların ise yüzde beş (%5) ile yüzde on (%10) arasında değişen bir oranda olduğu saptanmıştır (Yıldız ve ark, 2012; Guo ve ark, 2013).

Ülkemizde genel olarak uygulanan vardiya sistemi 3 farklı vardiyadan oluşmaktadır. Ülkemizde uygulanan vardiya sistemleri, sabah vardiyası genellikle 07:00 ile 15:00 saatleri arası, öğlen vardiyası genellikle 15:00 ila 23:00 saatleri arası ve gece vardiyası ise 23:00 ile 07:00 arasındadır. Bu vardiyalarda çalışan oranları ise sabah vardiyası toplam çalışanların %15.8'ini, öğlen vardiyası toplam çalışanların 64.2'sini, gece vardiyası toplam çalışanların %20'sini oluşturmaktadır (Pekşen, 2013; Navruz, 2015).

2.4.2. Vardiyalı çalışmanın sağlık etkileri

İnsan yapısı genel itibari ile gündüz saatlerinde daha aktif bir hayat e çalışma düzeni, gece saatlerinde ise dinlenme ve uyku düzeni olarak görülmektedir. Biyolojik sistemimizde uyku-uyanıklık döngüsünü kontrol eden bir sistem mekanizması vardır. Bu sistemi kontrolünü sağlayan sisteme sirkadyen ritim adı verilir. Sirkadyen ritim vücutta bulunan ve 24 saatlik zaman dilimine ayarlanmış bir biyolojik saat tarafından kontrol altına alınır (Çalıyurt, 1998).

Standart çalışma saatleri olan gündüz çalışma saatlerinde çalışmayan kişilerde, kişinin normal seyreden biyolojik ritminde değişiklik ve/veya psikolojik sağlık sorunlarını görülmesi sorunları ortaya çıkmaktadır. Standart çalışma saatleri yani "gündüz çalışması" insanın biyolojik ritmi ve toplumun genelini ilgilendiren toplumsal saat yani eğitim, eğlence, dinlenme, devlet işleri vb. işlerle uyum içerisinde olacak şekilde düzenlenmiştir. Burada bahsedilen biyolojik ve toplumsal saat düzeni "vardiyalı çalışma" düzeni ile uyuşmamaktadır (Nicholson ve ark, 1999). Kişinin biyolojik saati ile uyum içerisinde olmayan çalışma saatleri kişinin sağlığında fizyolojik sorunlar

ortaya çıkarırken, toplumsal saat düzeni ile uymayan çalışma saatleri ise psikososyal sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Ursavas ve Ege, 2004).

Standart dışı olarak vardiyalı çalışma sisteminde çalışan kişilerde karşılaşılan başlıca sorunlar olarak, kardiyovasküler sistemde bozuklukları sindirim sisteminde bozukluklar uyku düzensizliği ve sosyal yaşamda karşılaşılan bozukluklar olarak görülmektedir Vardiyalı ve nöbetli çalışma sisteminde çalışan kişilerde sayılan bu bozuklukların sıklıkla görüldüğü yapılan araştırmalarla da desteklenmektedir (Knutsson, 2003).

Uyku düzenindeki bozukluklara genel olarak gece veya dönüşümlü çalışan kişilerde daha fazla rastlanmaktadır (Güler, 2004).

Bu konu hakkında yürütülen bir çalışmada, vardiya sisteminde çalışan kişilerin %56,4'ünde "sık sık" ve "sürekli" olarak uyku durum bozukluğu şikâyeti yaşadığı ve araştırmaya katılan kişilerin son bir haftadaki şikayetleri incelendiğinde %40,4 lük kısmının kendini yorgun olarak hissettiği görülmüştür (Gedikli, 2008). Geç saatlerde yapılan çalışmada glikoz, ürik asit, serum potasyum, kolesterol ve toplam lipit değerlerinin geçici bir süre boyunca yükseldiği gözlenmiştir.

Vardiya sisteminde çalışan kişilerin yemek alışkanlıklarında da birtakım değişiklikler saptanmış olup, genel itibari le alkol tüketiminde artış gözlemlenmiştir (Güler, 2004). Yine aynı çalışmada saptana bir başka bulgu ise, vardiyalı çalışanların %83.7'si yemek alışkanlıklarında bozukluk olduğunu dile getirmiştir (Gedikli, 2008).

Diğer bir çalışma ise gece vardiyasında çalışan kişilerin düşük doğum yapma olasılığının yüksek ve erken doğum vb. gebelik patolojilerine yol açtığına dair kanıtlar sunulmaktadır. Yine aynı şekilde peptik ülser ve kroner kap hastalığı riskinin de arttığına dair çalışmalar bulunmaktadır. Gece vardiyasında çalışan kişilerin gastrik ülser görülme sıklığı yaklaşık 2 kat ve kardiyovasküler hastalıklarda ise %40 oranında bir artış olduğu saptanmaktadır. Yeme alışkanlığının bozukluğuna bağlı olarak obezite görülme sıklığı da artmaktadır. Gece yapılan çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği kıstaslarında daha az yerine getirildiği ve gündüz çalışma saatlerinde daha fazla iş kazası yaşandığı görülmüştür (Güler, 2004).

2.4.3. Vardiyalı çalışmanın insan fizyolojisi üzerine etkisi

İnsan organizmasının çalışma şekli, gündüz vakitlerinde uyanık durumda kalmak ve gece vakitlerinde ise uyku ve dinlenme halinde olmak üzere çalışmaktadır. İnsan vücudunun günün bu saatlerinde, uyku ile uyanıklık dönemleri, düşük vücut ısıları, yüksek vücut ısıları, değişik fizyolojik işlevler ve sindirim etkinliği gibi birtakım değişikliklere sahiptir. Bütün bu sayılan durumlar ve daha fazla değişiklik insan vücudunda, günün farklı dönemlerinde farklı etki ve tepkiler oluşturmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2013; Güler, 2004).

Sirkadiyen ritim etkisiyle, insan organizması genel itibari ile gündüz saatlerini uyanık geçirme, gece saatlerini ise dinlenme ve uyku halinde kalma eğilimindedir. Sirkadiyen ritmin dengesini vücutta bulunan kortizol ve melatonin hormonları salınımları sağlarlar. Vardiyalı çalışan kişilerde, özellikle gece vardiyasında, aydınlık ve karanlık gibi çevresel etmenler ile sirkadiyen zamanlama sistemi arasında uyumsuzluklara neden olmaktadır. Bu durum psikofizyolojik bozukluklar, sindirim sisteminde oluşan bozukluklar, uyku ve uyanıklık döngüsünde bozukluklar gibi birden fazla sistem ve döngüde olumsuz sonuçlar meydana getirmektedir (Bilir ve Yıldız, 2013).

Yapılan araştırmalara göre, ihtiyaç olan en düşük uyku süresinin 6.5 saat olduğu belirlenmektedir. Günlük uykuda kalma süresinde görülen 3 saat ve daha fazla bir azalma, kişinin davranışlarını ve günlük iş performansını etkilemektedir. Bunun yanı sıra uyku kalitesinde düşüş ise ileri derece yorgunluk, motivasyon bozuklukları, dikkat bozukluklarına neden olmaktadır (Şenol, 2014). Bir gecelik bir uykusuzluk halinde, kişinin iş performansında belirgin şekilde bir azalma meydana gelir. Arka arkaya 3 gün süre ile uykusu kalan kişide algılama bozuklukları, düşünme bozuklukları, karar verme yetisinde ve daha birçok faaliyeti normal olarak sürdürebilmesi imkansızdır (Bilir ve Yıldız, 2013).

Uyku bozukluklarının akabinde, uzun süreli uykusuzluk hali kişinin sindirim sisteminde yüksek veya düşük sindirim sistemi etkinliğine neden olmaktadır. Ayrıca kardiyovasküler sisteminde etkilenmesiyle beraber kalpte ritim bozuklukları ve ödem gibi sorunların görülme olasılığını da yükseltir. Bağışıklık sisteminde görülecek

fizyolojik rahatsızlıklar da sık rastlanan durumlar arasındadır (Costa, 2003; Bilir ve Yıldız, 2013).

2.4.4. Vardiyalı çalışma sistemi ve yeme tutum ilişkisi

Vardiyalı sistemde çalışan kişiler, yaşam döngülerinde, yaşamlarını zorlaştıracak birçok etmenle karşı karşıya kalmaktadır. Beslenme ve uyku düzeninde yaşanan bozukluklar bunlardandır. Yeterli olacak düzeyde uyku ve dengeli bir beslenme çalışan kişilerin iş performanslarını etkileyen unsurların başında gelmektedir. Yeterli miktarda alınmayan uyku ve yetersiz ve aynı zamanda dengesiz beslenme çalışanın bağışıklık sisteminde baskı oluşturmakta, daha yüksek sıklıkta hastalık yaşamasına yol açmakta ve çalışma ortamında normal seviyeden daha fazla sayıda sorunlar yaşamasına sebep oluşturmaktadır (Baysal, 2004)

Kişide görülen beslenme alışkanlıkları, kişinin yaşam biçimine genetik etmenlere, çevresel etmenlere, hormonlara, bireyin anlık duygu durumuna, geçmiş deneyimlerine, kültürel alışkanlıklarına, dini inanışlarına, mevcut kilo durumu gibi pek çok faktöre bağlı olarak değişmektedir (Özkan ve Bilici, 2018). Bu sayılan etmenler içerisinde önem arz eden konulardan bir tanesi de kişinin beden ve ruh sağlığı ile ilişkisidir (Mostafavi ve ark, 2017). Vardiyalı çalışma düzenleri birbiri içerisinde değerlendirildiğinde, en fazla gece vardiyasında çalışan çalışanlarda beslenme düzeninde bozukluklar ve yeme alışkanlıklarında bozukluklar görülmektedir (Assisa ve ark, 2003)

Vardiyalı sistemde çalışan kişiler, vardiya çalışma saatleri gereği sağlıklı sayılan yemeklere ulaşmakta zorluk çekerler. Bu durum bu çalışanlarda aperatif yiyecekler ile öğün geçiştirme gibi nedenlere sebep olmaktadır. Bu durum sonucunda bu kişilerde iştah kaybı, ishal, hazımsızlık ve kabızlık gibi şikayetlerde artış görülmektedir (Gedikli, 2008)

Vardiya sistemi içerisinde özellikle gece vardiyasında çalışan kişilerde, sirkadiyen ritim bozuklukları görülmekte ve bu durum ile metabolik bozukluklar arasında ciddi bir bağlantı bulunmaktadır (Froy, 2010). Sirkadiyen ritminin seyrinin değişmesi proliferasyonun faaliyetinin artmasına ve metabolizma faaliyetlerinin de değişmesi ile obezite sorunlarına yol açar (Keser ve Karataş, 2015). Yapılan diğer çalışmalarda ise,

vardiyalı çalışma sisteminin, kalp ve damar hastalıkları, obezite, şeker, hipertansiyon, dislipidemi ve diğer birçok metabolik bozukluklarla ilişkisi olduğu görülmüştür.

Gece ve gündüz vardiyası karşılaştırıldığında, gece vardiyasında çalışan kişilerin serum antioksidan seviyelerinde gündüz vardiyasındaki çalışanlara göre daha fazla bir düşüş görülmüştür. Bu durumunda oksidatif stres seviyesinin artmasının obeziteye karşı olan riski de arttırdığı sonucu gözlemlenmiştir (Bacak ve Kazancı, 2014). Kişinin gece vardiyasında çalışma sayısı arttıkça, kişi üzerindeki olumsuz etkileri de artmaktadır. Ishizaki ve arkadaşları (2004) 6.676 farklı vardiyalı sistemde çalışan üzerinde yapmış oldukları çalışma sonucunda, vardiyalı sistemde çalışma ile BKİ arasında bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Diğer bir çalışmada, vardiya halinde çalışan kişilerin normalden fazla enerji aldığı halde besin öğesi alımı noktasında bir fark gözlemlenmediği saptanmıştır (Hulsegge ve ark, 2016). Hemio ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada, vardiyalı çalışma sisteminde çalışan kişilerin daha fazla enerji ve daha fazla doymuş yağ alımları yaptıkları ve oluşan bu durumun is obezite sorununa neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Vardiyalı sistemde çalışan kadın çalışanlar ile, ofiste çalışan kadın çalışanlar arasında yapılan çalışmada, vardiyalı çalışan kadınların obeziteye yatkınlıkları daha fazla olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada vardiyalı çalışanlarda yüksek düzeyde sistolik kan basıncı durumu görülmesinde artış gözlemlenmiştir (Chen ve ark, 2010). Gece vardiya aralığında çalışan kişilerde gece çalışması sebebi ile artış gösteren besin tüketimi, özellikle de karbonhidrat içeriği yüksek besinlerin tercihinde artış görülmüştür (Al-Naimi ve ark, 2004).

Kısa uyku süresi üzerinde yapılan klinik araştırmalar, kısa süreli uykular enerji alımı ve harcanmasının üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Kısa uyku süreleri obeziteye ön ayak oluşturan bir neden olması ve kısa zamanlı uykunun enerji alımını arttırması, aynı zamanda enerji harcamasını yavaşlatması sebebi ile obeziteye neden olan enerji dengesindeki düzensizliğin açıklayıcısı olduğu veyahut olabileceği düşünülür (Narin, 2013). Vücut yağ oranı ve vücut ağırlığının günlük alınan uyku ile doğrudan ilişki içerisinde olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar neticesinde, gün içerisinde sekiz saat uykuda kalanların, beş saat uykuda kalanlara göre %56 gibi bir oranda fazladan yağ kaybedildiğini ortaya çıkmıştır. Ayrıca gün içerisinde beş saatten az

uyuyanlarda normal şekilde uykusunu alanlara göre ortalamada 300 kalori fazladan aldıkları görülmektedir. Uykuyu normal seviyede uyumama, iştah dengesinde bozukluklar meydana getirmekle birlikte, yeterli uyku uyuyamayanlar tatlı besin alma konusunda daha fazla bir ihtiyaç duymaktadır (Deniz, 2014). Kilo alma ve uykusuzluk konusunun ilişkilerinin anlatılmasında iki önemli hormon boy göstermektedir. Bu hormonlardan bir tanesi leptin hormonudur. Leptin hormonu kanımızdaki şeker seviyesinin azaldığı zamanlarda artmaktadır. Diğer bir hormon ise ghrelin hormonudur. Bu hormon yemek yediğimizde artmaktadır. Ghrelin hormonunun artmasıyla birlikte beyindeki doygunluk merkezi uyarılarak açlık hissini önlemektedir. Uykusuz kalma durumunda ghrelin azalma, leptin artma eğilimindedir. Leptin hormonunun artmasıyla birlikte, kanımızdaki şeker düzeyi düşerek kişinin daha fazla yemek yeme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Ghrelin azaldığında ise daha da çok yemek yeme ihtiyacı duyulmaktadır (Working Time Direction, Erişim Tarihi: 10 Aralık 2022).

2.4.5. Vardiyalı çalışma sistemi ve depresif belirti

Vardiya düzeninde gece çalışmalarında çalışmak, hem kronik yorgunluk, uykunun fazlaca gelmesi ve açığa çıkan somatik semptomlar nedeni ile hem de gün içindeki sosyal yaşam gereksinimlerinde zorluk teşkil ederek kişinin yaşam kalitesini ciddi oranda bozmaktadır (Puca ve ark, 1996). Düzensiz ve yeterli şekilde alınmayan uyku insanın doğal akışını doğrudan etkilediği için, birçok hastalığa karşı dirençsizliğe, bellek ve dikkat eksikliklerine, kronik yorgunluğa, strese depresyon başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğa neden olduğu görülmektedir (Shields, 2002; DeMoss ve ark, 2004; Camkurt 2007). Vardiyalı çalışma neticesinde oluşan uyku bozuklukları sayesinde, iş sağlığını etkileyecek iş kazalarına normalden fazla düzeyde rastlanmakta, insan yaşamını tehdit eden kazalar yol açmakta ve psikososyal işlevlerde bozukluklara neden olmaları nedeni ile halk sağlığı bilimi açısından halk sağlığı sorunlarından sayılmaktadır (Boivin ve ark, 2007; Wright ve ark, 2013).

Vardiyalı sistemde çalışanların, iş saatleri esnasında meydana gelen herhangi bir olayı tam olarak çözüme kavuşturmadan vardiyaların bitmesi ve eve döndüklerinde uykuya dalmada güçlük çektikleri ve uykuda kaldıkları sürede ise sıklıkla uyandıkları görülmüştür (Blochowicz ve Letizia 2006). Yaşı nispeten daha fazla olan çalışan kişilerin, genç yaşta olanlara göre uyku durumunun daha sağlıksız olduğunu, değişken

vardiya sisteminde gereksinimlerini karşılamakta daha fazla güçlük çektikleri ve gün ışığında görülen faz değişmelerine normalden az tepki gösterdikleri saptanmıştır (Duffy ve ark, 2007).

Vardiyalı çalışma sistemi yaşlıları etkilediği gibi, kadın çalışanların üzerinde de etkileri oldukça fazladır. Vardiyalı çalışma sisteminde çalışan kadınlarda gündüz uyku uyuma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu duruma ek olarak psikolojik rahatsızlık belirtilerinin daha sık rastlandığı belirtilmektedir (Ogińska ve ark, 1993; Shields, 2002). Büyük bölümünü kadın çalışanların oluşturduğu hemşirelikte, vardiya sisteminde çalışmanın birçok psikiyatrik bozukluk ortaya çıkardığı saptanmıştır. Uyku düzenindeki dengesizlikler ve depresyon başta olacak şekilde anksiyete, sosyal işlev bozuklukları ve somatizasyon bu psikiyatrik bozukluklardan birkaçıdır (Ardekani ve ark, 2008). Ülkemizde bu konu hakkında yürütülen çalışmada, vardiya düzeninde çalışmakta olan hemşirelerde OKB (obsesif - kompulsif bozukluk), kaygı ve paranoid düşünme, somatizasyon ve kişiler arasındaki duyarlılık daha fazla olduğunu, yaşam kalitesi ise düşük olduğunu göstermişlerdir (Selvi ve ark, 2010).

Vardiyalı çalışma sisteminde çalışan kişilerde anksiyete bozuklukları ve depresyona ek olarak uykulu olma hali, yorgun hissetme, bellek ve konsantrasyon sisteminde bozukluk gibi bilişsel olan bozukluk çeşitleri de görülmektedir. (Akerstedt ve ark, 2009; Natvik ve ark,2011; Saksvik-Lehouillier2012; Øyane ve ark, 2013). Depresyon ve anksiyete bozukluklarını uyku durumu etkilemektedir (Alvaro ve ark, 2013). Gece çalışma yapmanın sebep olduğu uykulu olma hali, ilgi kaybı, unutma durumu, enerji kaybı ve konsantrasyon bozukluğuna neden olarak depresif bozukluğa benzemesi sebebi ile tanısını yapmak zor olmaktadır (Culpepper ve ark, 2010).

Anksiyete bozukluğu ve depresyonun sık olarak görülmesinin nedenlerinden en önemlilerinden bir tanesi de kişinin çalışma saatleri, sirkadyen sistemin uyku düzenine geçtiği zamanlara; uykuya geçme saatlerini ise sirkadyen uyanık kalma durumuna geçtiği zamanlara denk gelmesidir. Biyolojik ritmin kendi düzenlemeye çalıştığı, fakat vardiya çalışma saatlerindeki şartlar nedeni ile uyku ile uyanıklık arasındaki görülen dengesizlikler, psikopatolojilerin oluşması neden olmaktadır (Dittner ve ark, 2004). Kişilik yapısı gereği depresif olan ve aynı zamanda kaygı düzeyi yüksek olan bir bireyde mesleki doygunluk azalma eğiliminde ve tükenmişlik isse artmaktadır (Alvaro

ve ark, 2013). Sonuç olarak kişinin yaşam kalitesi düşmektedir. Bu durumlardan bir tanesinin bozulması veya düzensizleşmesi, diğer durumlar ve faktörlerde de bozulmaya katkı sağlayacak, iyileşmesi de diğer durumların iyileşmesinde olumlu katkı sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Hipotezi

1. Vardiyalı çalışma düzeni ile yeme tutumu arasında ilişki vardır.
2. Vardiyalı çalışma düzeni ile , depresif belirti durumu arasında ilişki vardır.

3.2. Araştırmanın modeli

Çalışmamız kesitsel nitelikte tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu çalışmada nedensel-karşılaştırmalı model kullanılmıştır. Bu tarz karşılaştırmalı modeldeki araştırmalarda iki ya da daha fazla olgu veya grup arasında farklılıkların olup almadığı araştırılır. Amaç belirli bir değişken açısından farklılaşan grupları birbiriyle karşılaştırmaktır. Bu sebeple, en az iki gruptan oluşan bir örneklem belirlenir (Ekiz, 2003).

3.3. Araştırmanın Evreni

Niğde Gençlik ve Spor İl Müdürlüğünde çalışmakta olan 181'i memur ve 468'i işçi olmak üzere toplam 649 personel araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem yapılmadığı için evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Memurların 47'si nöbet usulü, işçilerin 199'u vardiyalı şekilde çalışmaktadır. Araştırma için anket uygulaması ve görüşmeler, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Bireylere araştırma içeriği ve araştırmanın amacı ile ilgili genel bir bilgi verilmiş olup araştırmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutulup imzalatıldıktan sonra bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi

Evrenin tamamının çalışmaya alınması amaçlandığı için örneklem hesabı yapılmamıştır. Araştırma sonunda toplamda 167 devamlı gündüzde çalışan personel, 59 vardiyalı şekilde çalışan personel ve 40 kişi de nöbet usulü 40 çalışan personel gönüllü olarak katılımcı olmuştur.

3.3.2. Verilerin Toplanması

Çalışmamız Şubat 2021 ve Ocak 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Yeme Tutumu Testi (YTT)'inden oluşan 3 bölümlü bir anket formu kullanılmıştır.

3.3.3. Demografik Bilgi Formu

Çalışmada Anketin ilk bölümünde araştırmacı tarafından geliştirilen bireylerin tanımlayıcı bilgileri, sosyodemografik özellikleri, çalışma saatleri,çalışma şekilleri, yaptıkları işin stres durumu, beslenme durumu ve genel alışkanlıklarını sorgulayan 45 soru yer almaktadır.

3.3.4. Antropometrik ölçümler

Bireylerin vücut ağırlıkları hafif giysili, ayakkabısız olarak 0,1 kg'a duyarlı tartı ile ölçülmüştür. Bireylerin Boy uzunlukları ise esnemeyen standart mezura ile bireyler ayakkabısız, sırt, topuklar, omuzlar ve başın arka kısmı duvara değecek şekilde, hazır ol duruşta, ayaklar bitişik şekilde, dik ve baş Frankfurt düzlemindeyken başın en yüksek üst noktasından yere kadar olan mesafenin santimetre cinsinden ölçülerek alınmıştır (Baysal ve ark, 2008).

Bireylerin beden kütle indeksleri (BKİ) ağırlık kg/boy (m^2) formülüne göre hesaplanmış olup sonuçlar her bir gruptaki birey sayısının az olması nedeniyle BKİ'i 25 kg/m^2 altında olanlar normal kilolu, 25-29.99 kg/m^2 arasında olanlar kilolu (hafif şişman) 30 kg/m^2 ve üzeri olanlar şişman(obez) olarak kabul edilmiştir.

3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek depresif belirti düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bu kullanılarak farklı tipteki depresyon tanıları arasında ayrım yapılmaz veya anksiyete belirtileri değerlendirilmez. Ölçeğin amacı depresif belirtinin derecesine ilişkin veri sağlamaktır (Beck ve ark, 1961).

Ölçek toplamda 21 kısımdan oluşmakta ve her kısımın altında 4 maddelik 0'dan (semptom yok) 3'e (şiddetli semptomlar) kadar puanlanacak şekilde oluşturulmuştur. Değerlendirme puanı 21 maddenin puanları toplanarak elde edilir. Minimum puan 0 ve maksimum puan 63'tür. Puanın yükselmesi semptomun şiddetinin de arttığını

göstermektedir. Klinik olarak tanı almayan bireylerde, 20'nin üzerindeki puanlar depresif belirtinin varlığını gösterir (Beck ve ark,1996).

Bu araştırmada ölçeğin her bir grubundaki birey sayısının fazla olmaması nedeniyle toplan 0-20 puan arasında olan bireylerde depresif belirti bulunmuyor, 20 puandan yüksek olan bireylerde ise depresif belirti bulunuyor şeklinde kabul edilmiştir (Jackson-Koku, 2016).

3.3.6. Yeme Tutum Testi (YTT-40)

Test 1979 yılında yeme bozukluğu bulunan klinik olmayan örneklemin ve hastaların, yeme davranışlarındaki bozuklukların belirtisini ölçmek ve yeme tutumlarıyla ilgili davranış ve tutumları saptamak amacıyla Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Savaşır ve Erol 1989 yılında yapmıştır (Savaşır ve Erol, 1989).

Bu test, 40 maddeden oluşmakta ve maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 bölümlü çoktan seçmeli dereceli bir ölçektir. Ölçeğin zaman kısıtlaması yoktur ve genç ve yetişkin bireylere uygulanabilir (Savaşır ve Erol, 1989). Yeme tutum testinin sonuçları; 1-18-19-23-27-39 numaralı sorular için 'bazen' 1 puan, 'nadiren' 2 puan ve 'hiçbir zaman' 3 puan, diğer seçenekler 0 puan verilerek, diğer soruların yanıtları ise 'daima' 3 puan, 'çok sık' 2 puan, ‘’sık sık’’ 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça yeme tutumu bozulmaktadır. Ölçek için kesme puanı 30’dur. Ölçekten alınan puan 30 puanın altındaysa normal yeme tutumunu, 30 ve üzerindeyse bozulmuş yeme tutumunu göstermektedir (Garner ve Garfinkel, 1979; Savaşır ve Erol, 1989).

Etik Onay

Çalışmaya Gençlik ve Spor İl Müdürlüğünden kurum izni alındıktan sonra Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay alınması ile tez çalışmasına başlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Q-Q, Histogram grafikleri ve Shapiro-wilk testi ile verilerin normal dağılıma uygunluğu araştırıldı. İkiden fazla grup karşılaştırmalarda nicel değişkenler (Beck depresif belirti, Yeme tutum ölçeği) için Kruskal Wallis analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırmalarında Pearson $\chi 2$ analizi ve Fisher kesin $\chi 2$ testi kullanıldı. Ki-kare analizlerinde beklenen değerin oranı %20'nin üzeri olan durumlar için Exact düzeltme testleri dikkate alınarak ki-kare testleri uygulandı. Nicel veriler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Verilerin analizi TURCOSA (Turcosa Analitik Çözümlemeler Ltd. Şti, www.turcosa.com.tr) istatistik yazılımı kullanılarak verilerin analizi yapıldı. $P<0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları

Değişkenler	**Tanımlayıcı istatistikler**
Yaş	37.49±8.63
Cinsiyet	
Erkek	155(58.3)
Kadın	111(41.7)
Medeni durumu	
Evli	179(67.3)
Bekar	87(32.7)
Çocuk	
Yok	100(37.6)
Var	166(62.4)
Eğitim durumu	
12 yıl ve altı	125(47.0)
12 yıl üzeri	141(53.0)
Gelir durumu	
Gelir giderden az	100(37.6)
Gelir gider aynı	130(48.9)
Gelir giderden fazla	36(13.5)

Veriler ortalama±standart sapma ve *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 37.49'dur. Katılımcıların %58.3'ünü erkek bireyler ve %41.7'sini kadın bireyler, %67.3'ünü medeni durumu evli olan bireyler, %37.2'sini medeni durumu bekar olan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %62.4'ünü çocuğu olan, %37.6'sını çocuğu olmayan bireyler, %47'sini 12 yıl veya daha az eğitim alanlar , %53.0'ünü ise 12 yıldan daha fazla eğitim alan bireyler, %37.6'sını geliri giderden az olan, %48.9'unu geliri giderle eş değer olan ve 13.5'ini geliri giderden fazla olan bireyler oluşturmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma verilerine göre dağılımları

Değişkenler	**Tanımlayıcı istatistikler**
Görev türü	
İdari personel	21(7.9)
Temizlik personeli	71(26.7)
Memur	92(34.6)
İşçi	34(12.8)
Güvenlik personeli	48(18.0)
Çalışma şekli	
Devamlı gündüz	167(62.8)
Vardiyalı	59(22.2)
Nöbet	40(15.0)
Gece nöbetinin yaşantıya zorluk getirme durumu	
Evet	72(72.7)
Hayır	27(27.3)
Sosyal yaşantısının bozulma durumu	
Hayır	53(53.5)
Evet	46(46.5)
Uyku düzeninin bozulma durumu	
Hayır	50(50.5)
Evet	49(49.5)
Ruhsal açıdan etkilenme durumu	
Hayır	71(71.7)
Evet	28(28.3)
Sık sık hasta olma durumu	
Hayır	90(90.9)
Evet	9(9.1)
Evlilik yaşantısının bozulma durumu	
Hayır	93(93.9)
Evet	6(6.1)
Hafta sonu çalışma durumu	
Evet	121(45.5)
Hayır	84(31.6)
Nadiren	47(17.7)
Çoğunlukla	14(5.3)
Fazla mesai yapma durumu	
Evet	101(38.0)
Hayır	165(62.0)
İşte stres durumu	
Stresli	230(86.5)
Stresli Değil	36(13.5)
Çalıştığı işte memnuniyet durumu	
Memnun	205(77.1)
Fikri yok	33(12.4)
Memnun değil	28(10.5)

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların %7.9'unu idari personel olarak görev yapanlar, %26.7'sini temizlik personeli olarak görev yapanlar, %34.6'sını memur olarak görev yapanlar, %12.8'ini işçi olarak görev yapan bireyler ve %18.0'ını güvenlik personeli olarak görev yapan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %62.8'ini çalışma şekli devamlı gündüz olan bireyler, %22.2'sini çalışma şekli vardiyalı olan bireyler ve %15.0'ını çalışma şekli nöbet olan bireyler oluşturmaktadır. Gece nöbetine kalan katılımcıların %72.7'sini yaşantılarında zorluk yaşayan bireyler ve %27.3'ünü yaşantılarında zorluk yaşamayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda gece nöbetine kalanların %53.5'ini sosyal yaşantısında bozulma yaşamayan bireyler ve %46.5'ini sosyal yaşantısında bozulma yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda gece nöbetine kalanların %50.5'ini uyku düzeninde bozulma olmayan bireyler ve %49.5'ini uyku düzeninde bozulma olan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda gece nöbetine kalanların %71.7'sini ruhsal açıdan etkilenmeyen bireyler ve %28.3'ünü ruhsal açıdan etkilenen bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda gece nöbetine kalanların %90.9'unu sık sık hasta olmayan bireyler ve %9.1'ini sık sık hasta olan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda gece nöbetine kalanların %93.9'ini evlilik yaşantısında bozulma olmayan bireyler ve %6.1'ini evlilik yaşantısında bozulma olan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %45.5'ini hafta sonu çalışan bireyler, %31.6'sını hafta sonu çalışmayan bireyler, %17.7'sini hafta sonu nadiren çalışanlar ve %5.3'ünü çoğunlukla hafta sonu çalışan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %38.0'ını fazla mesai yapan bireyler ve %62.0'ını fazla mesai yapmayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %86.5'ini işinde stres yaşayan bireyler, %13.5'ini işinde çok stres yaşamayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %77.1'ini çalıştığı işte memnun olan bireyler, %12.4'ünü çalıştığı işte fikri olmayan bireyler, %10.5'ini çalıştığı işte memnun olmayan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.3. Katılımcıların sağlık ve fiziksel aktivite verilerine göre dağılımları

Kişinin kendisini sağlıklı görme durumu	
Evet	227(85.3)
Hayır	39(14.7)
Hekim tarafından tanısı koyulan sağlık sorunu	
Evet	219(82.3)
Hayır	47(17.7)
Sigara kullanımı	
Evet	101(38.0)
Hayır	165(62.0)
Doktor tarafından verilen ilaç	
Var	45(16.9)
Yok	221(83.1)
Alkol kullanımı	
Evet	19(7.1)
Hayır	247(92.9)
Egzersiz yapma durumu	
Evet	67(25.2)
Hayır	199(74.8)
Fiziksel aktivite sıklığı	
Hergün	25(37.3)
Haftada en az 2-3 gün	30(44.8)
Haftada 1 gün	8(11.9)
Ayda 1-2 gün	4(6.0)
Fiziksel aktivite şiddeti	
Düşük şiddetli	25(37.3)
Orta şiddetli	33(49.3)
Yüksek şiddetli	9(13.4)
Zaman yetersizliğinden egzersiz yapamayanlar	
Hayır	106(53.3)
Evet	93(46.7)
Yaşadığı çevrede egzersiz için uygun yer olmaması	
Hayır	188(94.5)
Evet	11(5.5)
Sağlık sorunlarından egzersiz yapamayanlar	
Hayır	187(94.0)
Evet	12(6.0)
Maddi imkan yetersizliğinden kaynaklı egzersiz yapamayanlar	
Hayır	187(94.0)
Evet	12(6.0)
Alışkanlığı olmadığından egzersiz yapmayanlar	
Hayır	83(41.7)
Evet	116(58.3)

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların %85.3'ünü kendisini sağlıklı gören bireyler ve %14.7'sini kişinin kendisini sağlıklı görmeyen bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %82.3'ünü hekim tarafından tanısı konmuş sağlık sorunu olan bireyler ve % 17.7'sini hekim tarafından tanısı konulmamış sağlık sorunu olan bireyler oluşturmaktadır. Hekim tarafından tanısı konulan hiçbir katılımcı anksiyete ve depresyon tanısı almamıştır. %38,0'ını sigara kullanan bireyler ve %62.0'ını sigara kullanmayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %16.9'unu doktor tarafından ilaç verilen bireyler ve %83.1'ini doktor tarafından ilaç verilmeyen bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %7.1'ini alkol kullanan bireyler ve %92.9'unu alkol kullanmayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %25.2'ini egzersiz yapan bireyler ve %74.8'ini egzersiz yapmayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %37.3'ünü her gün fiziksel aktivite yapan bireyler, %44.8'ini haftada en az 2-3 gün fiziksel aktivite yapan bireyler, %11.9'unu haftada bir gün egzersiz yapan bireyler ve %6.0'ını ayda 1-2 gün fiziksel aktivite yapan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %37.3'ünü düşük şiddet düzeyinde fiziksel aktivite yapan bireyler, %49.3'ünü orta şiddet düzeyinde fiziksel aktivite yapan bireyler ve %13.4'ünü yüksek şiddet düzeyinde fiziksel aktivite yapan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda egzersiz yapmayanların %53,3'ünü zamana bağlı olmadan egzersiz yapamayan bireyler ve %46.7'sini zamana bağlı yetersizlikten dolayı egzersiz yapamayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda egzersiz yapmayanların %94,5'ini yaşadığı çevrede egzersiz için uygun yer bulamama sorununa bağlı olmadan egzersiz yapamayan bireyler ve %5.5'ini yaşadığı çevrede egzersiz için uygun yer bulamama sorununa bağlı egzersiz yapamayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda egzersiz yapmayanların %94.0'ını sağlık sorununa bağlı olmadan egzersiz yapamayan bireyler ve %6.0'ını sağlık sorununa bağlı egzersiz yapamayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda egzersiz yapmayanların %94.0'ını maddi imkan yetersizliğine bağlı olmadan egzersiz yapamayan bireyler ve %6.0'ını maddi imkan yetersizliğine bağlı olarak egzersiz yapamayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda egzersiz yapmayanların %41.7'sini alışkanlığı olmamasına bağlı olmadan egzersiz yapamayan bireyler ve %58.3'ünü alışkanlığı olmamasına bağlı olarak egzersiz yapamayan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.4. Katılımcıların yeme alışkanlıklarına göre dağılımları

Değişkenler	Tanımlayıcı istatistikler
Ana öğün yapma durumu	
1 kez yapıyor	23(8.7)
2 kez yapıyor	110(41.7)
3 kez yapıyor	131(49.6)
Ara öğün yapma durumu	
Yapmıyor	91(34.2)
1 kez yapıyor	71(26.7)
2 kez yapıyor	45(16.9)
3 kez yapıyor	58(21.8)
Gün içerisinde öğün atlama durumu	
Evet	166(62.4)
Hayır	100(37.6)
Öğün atlama sebebi	
Zaman bulamama	52(33.1)
Hazırlayanın olmaması	12(7.6)
İştahsızlık	37(23.6)
Zayıflamak için	39(24.8)
Ekonomik olanakların yetersizliği	7(4.5)
Diğer	10(6.4)
Kafein içeren içecekleri tüketme durumu	
Evet	201(75.6)
Hayır	65(24.4)
Tüketirken keyif alınan yiyecekler	
Var	185(69.5)
Yok	81(30.5)
Tatlı yiyecek tüketirken keyif alma durumu	
Hayır	32(17.3)
Evet	153(82.7)
Yağlı yiyecek tüketirken keyif alma durumu	
Hayır	125(67.6)
Evet	60(32.4)
Fastfood yiyecek tüketirken keyif alma durumu	
Hayır	132(71.4)
Evet	53(28.6)
Asitli gıdalar tüketirken keyif alma durumu	
Hayır	158(85.4)
Evet	27(14.6)
Tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam etme istek durumu	
Her zaman	18(9.9)
Sıklıkla	20(11.0)
Bazen	76(42.0)
Nadiren	42(23.2)
Hiçbir zaman	25(13.8)

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların %8.7'sini günde 1 defa yapan bireyler, %41.7'sini günde 2 defa yapan bireyler ve %49.6'sını günde 3 defa ana öğün yapan bireyler oluşturmuştur. Katılımcıların %34.2'sini hiç ara öğün yapmayan bireyler, %26.7'sini günde bir kez ara öğün yapan bireyler, %16.9'unu günde 2 kez ara öğün yapan bireyler ve %21.8'ini günde 3 kez ara öğün yapan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %62.4'ünü gün içerisinde öğün atlayan bireyler ve %37.6'sını gün içerisinde öğün atlamayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %33.1'ini zaman bulamadığı için öğün atlayan bireyler, %7.6'sını yemeği hazırlayan biri olmadığı için öğün atlayan bireyler, %23.6'sını iştahsız olduğu için öğün atlayan bireyler, %24.8'ini zayıflamak için öğün atlayan bireyler, %4.5'ini ekonomik olanakların yetersizliğinden kaynaklı öğün atlayan bireyler ve %6.4'ünü diğer sebeplerden (alışkanlığın olmaması, mesainin kısa olması, sağlık problemleri, ihtiyaç duymamak) dolayı öğün atlayan bireyler oluşturmaktadır.

Katılımcıların %75.6'sını kafein içeren içecekleri tüketen bireyler, %24.4'ünü kafein içeren içecekleri tüketmeyen bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %69.5'ini tüketirken keyif aldığı yiyecek grubu olan bireyler ve %30.5'ini tüketirken keyif aldığı yiyecek grubu olmayan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda keyif alarak yiyecek tüketenlerin %17.3'ünü tatlı türü yiyecek sevmeyen bireyler ve %82.7'sini tatlı türü yiyecek seven bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda keyif alarak yiyecek tüketenlerin %67.6'sını yağlı türü yiyecek sevmeyen bireyler ve %32.4'ünü yağlı türü yiyecek seven bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda keyif alarak yiyecek tüketenlerin %71.4'ünü fastfood türü yiyecek sevmeyen bireyler ve %28.6'sını fastfood türü yiyecek seven bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılarda keyif alarak yiyecek tüketenlerin %85.4'ünü asitli içecek/yiyecek sevmeyen bireyler ve %14.6'sını asitli içecek/yiyecek seven bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %9.9'unda tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam isteği her zaman olan bireyler, %11.0'ını tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam isteği sıklıkla olan bireyler, %42.0'ını tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam isteği bazen olan bireyler, %23.2'sini tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam isteği nadiren ve %13.8'ini tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam isteği hiçbir zaman olmayan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.5. Bazı Sosyodemografik değişkenlerle Beck Depresyon Envanterinin karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Sayı (%)**	**Depresif Belirti**		χ^2	***p***
		Yok	**Var**		
Yaş					
<35	108(40.6)	93(86.1)	15(13.9)	2.940	0.230
35-50	132(49.6)	113(85.6)	19(14.4)		
>50	26(9.8)	19(73.1)	7(26.9)		
Cinsiyet					
Erkek	155(58.3)	135(87.1)	20(12.9)	1.364	0.243
Kadın	111(41.7)	90(81.1)	21(18.9)		
Medeni durumu					
Bekar	87(32.7)	73(83.9)	14(16.1)	0.001	0.974
Evli	179(67.3)	152(84.9)	27(15.1)		
Eğitim durumu					
12 yıl üzeri	141(53.0)	119(84.4)	22(15.6)	0.001	0.999
12 yıl ve altı	125(47.0)	106(84.8)	19(15.2)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	100(37.6)	79(79.0)	21(21.0)	5.322	0.070
Gelir gider aynı	130(48.9)	112(86.2)	18(13.8)		
Gelir giderden fazla	36(13.5)	34(94.4)	2(5.6)		
Çalışma şekli					
Devamlı gündüz	167(62.8)	148(88.6)	19(11.4)	**6.755**	**0.034**
Vardiyalı	59(22.2)	44(74.6)	15(25.4)		
Nöbet	40(15.0)	33(82.5)	7(17.5)		
Hafta sonu çalışma durumu					
Evet	121(45.5)	102(84.3)	19(15.7)	2.223	0.527
Hayır	84(31.6)	73(86.9)	11(13.1)		
Nadiren	47(17.7)	40(85.1)	7(14.9)		
Çoğunlukla	14(5.3)	10(71.4)	4(28.6)		
İş Yeri Memnuniyeti					
Memnun	205(77.1)	182(88.8)	23(11.2)	**12.336**	**0.002**
Fikri yok	33(12.4)	24(72.7)	9(27.3)		
Memnun değil	28(10.5)	19(67.9)	9(32.1)		
İşte stres durumu					
Stresli	36(13.5)	31(86.1)	5(13.9)	0.001	0.981
Stresli değil	230(86.5)	194(84.3)	36(15.7)		

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Çalışma şekli, iş yeri memnuniyet durum değişkenleri, Beck depresif belirtisi olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Devamlı gündüz çalışan grupta, depresif belirtisi olanların oranı, depresif belirtisi olmayanların oranından daha düşük olduğu gözlenmiştir. Vardiyalı şekilde çalışan

personellerin depresif belirti oranı nöbet usulü ve devamlı gündüz çalışan personellerin depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Nöbet usulü çalışan personellerin depresif belirti oranının ise devamlı gündüz çalışan personellerdeki depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalıştığı iş yerinden memnun olan grupta depresif belirtisi olmayan bireylerin oranı, depresif belirtisi olan bireylerin oranından yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalıştığı iş yerinden memnun olmayan grupta, depresif belirtisi olmayan bireylerin oranı, depresif belirtisi olan bireylerin oranından yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hafta sonu çalışma durumu, iş stres durumu, Beck depresyon envanter düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak yaş aralığı 50 yaş üzeri depresif belirtisi olan bireylerin oranının diğer yaş gruplarındaki depresif belirtisi olan bireylerin oranından yüksek olduğu görülmüştür. Depresif belirtinin görülme oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Bekar bireylerde görülen depresif belirti oranının evli bireylerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. 12 yıl üzeri eğitim alan bireylerin depresif belirti oranının 12 yıl ve altı eğitim alan bireylerin depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Gelir durumu giderden az olan bireylerin depresif belirti oranının gelir durumu giderle eşit veya daha fazla olan bireylerin depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Hafta sonu çoğunlukla çalışan personellerde görülen depresif belirti oranının hafta sonu çalışmayan veya nadiren çalışan personellerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. İşte stresli olmayan personellerde görülen depresif belirti oranı işte stresli olan personellerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.6. Katılımcıların BKİ, sağlık göstergeleri ve bazı alışkanlıklarının Beck Depresyon Envanteri ile karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	Sayı (%)	Depresif Belirti		χ^2	*p*
		Yok	Var		
Beden kütle indeks grubu					
Normal	100(37.6)	87(87.0)	13(13.0)	3.753	0.153
Hafif Şişman	122(45.9)	105(86.1)	17(13.9)		
Obez	44(16.5)	33(75.0)	11(25.0)		
Kişinin kendisini sağlıklı görme durumu					
Evet	227(85.3)	193(85.0)	34(15.0)	0.055	0.815
Hayır	39(14.7)	32(82.1)	7(17.9)		
Hekim tarafından tanısı koyulan sağlık sorunu					
Evet	219(82.3)	186(84.9)	33(15.1)	0.013	0.909
Hayır	47(17.7)	39(83.0)	8(17.0)		
Sigara kullanımı					
Evet	101(38.0)	86(85.1)	15(14.9)	0.001	0.981
Hayır	165(62.8)	139(84.2)	26(15.8)		
Alkol kullanımı					
Evet	19(7.1)	16(84.2)	3(15.8)	0.001	0.999
Hayır	247(92.9)	209(84.6)	38(15.4)		
Egzersiz yapma durumu					
Evet	67(25.2)	61(91.0)	6(9.0)	2.241	0.134
Hayır	199(74.8)	164(82.4)	35(17.6)		

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların BKİ, kişinin kendini sağlıklı görme durumu, hekim tarafından tanısı koyulan herhangi bir sağlık sorunu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, egzersiz yapma durumu ile Beck Depresyon Envanterine göre depresif belirtisi olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

BKİ değeri obez olan personellerde görülen depresif belirti oranının BKİ değeri normal ve hafif kilolu olan personellerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Kendisini sağlıklı görmeyen personellerde görülen depresif belirti oranının kendisini sağlıklı gören personellerin depresif belirti oranınından daha yüksek olduğu görülmüştür. Sigara kullanmayan personellerde görülen depresif belirti oranının sigara kullanan personellerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Alkol kullanan personellerde görülen depresif belirti oranının alkol kullanmaya personellerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Egzersiz yapmayan personellerde görülen depresif belirti oranı egzersiz yapan personellerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7. Katılımcıların Uyku Süreleri ile Beck Depresyon Envanterinin karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Depresif belirti**		***t***	***p***
	Yok (*n*=225)	**Var (*n*=41)**		
Uyku süreleri	7.02±1.12	6.83±1.24	0.997	0.320

Katılımcıların günlük uyku sürelerinin ortalama değerleri ile Beck depresif belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.8. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile Beck Depresyon Envanterinin karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Sayı(%)**	**Depresif Belirti**		***χ2***	***P***
		Yok	**Var**		
Kafein içeren içecekleri tüketme durumu					
Evet	201(75.6)	170(84.6)	31(15.4)	0.001	0.999
Hayır	65(24.4)	55(84.6)	10(15.4)		
Tüketirken keyif alınan yiyecek durumu					
Var	185(69.5)	158(85.4)	27(14.6)	0.140	0.708
Yok	81(30.5)	67(82.7)	14(17.3)		
Tatlı yiyecek grubu tüketme					
Hayır	32(17.3)	26(81.3)	6(18.8)	0.001	0.999
Evet	153(82.7)	132(86.3)	21(13.7)		
Yağlı yiyecek grubu tüketme					
Hayır	125(67.6)	106(84.8)	19(15.2)	0.013	0.909
Evet	60(32.4)	52(86.7)	8(13.3)		
Fastfood yiyecek grubu tüketme					
Hayır	132(71.4)	112(84.8)	20(15.2)	0.012	0.914
Evet	53(28.6)	46(86.8)	7(13.2)		
Asitli içecek/yiyecek grubu tüketme					
Hayır	158(85.4)	136(86.1)	22(13.9)	0.391	0.556
Evet	27(14.6)	22(81.5)	5(18.5)		
Tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam etme istek durumu					
Her zaman	18(9.9)	10(55.6)	8(44.4)	17.160	0.002
Sıklıkla	20(11.0)	15(75.0)	5(25.0)		
Bazen	76(42.0)	69(90.8)	7(9.2)		
Nadiren	42(23.2)	37(88.1)	5(11.9)		
Hiçbir zaman	25(13.8)	23(92.0)	2(8.0)		

Katılımcıların tüketirken keyif aldığı yiyecekleri tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam etme istek durumu ile Beck Depresyon Envanterine göre depresif belirtisi olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0.05).

Katılımcıların tüketirken keyif aldığı yiyecekleri tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam etme isteği her zaman olan personellerde görülen depresif belirti oranı isteği sıklıkla, bazen, nadiren ve hiçbir zaman olan personellerde görülen depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların kafein içeren içecekleri tüketme durumu, tatlı yiyecek grubu, yağlı yiyecek grubu, fastfood yiyeyecek grubu ve asitli içecek/yiyecek grubu değişkenleri ile Beck Depresyon Envanter düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tatlı, yağlı, fastfood ve asitli yiyecek/içecekleri tüketmekten keyif alan personellerde görülen depresif belirti oranı keyif almayanlarda görülen depresif belirti oranından daha yüksektir.

Tablo 4.9. Nöbet durumunun değişkenleri ile Beck depresyon envanterine göre karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Say(%)**	**Depresif Belirti**		χ^2	*p*
		Yok	**Var**		
Gece nöbetinin yaşantıya zorluk getirme durumu					
Evet	72(71.3)	53(73.6)	19(26.4)	2.253	0.133
Hayır	29(28.7)	26(89.7)	3(10.3)		
Sosyal yaşantısının bozulma durumu					
Hayır	28(38.9)	17(60.7)	11(39.3)	2.912	0.088
Evet	44(61.1)	36(81.8)	8(18.2)		
Uyku düzeninin bozulma durumu					
Hayır	24(33.3)	19(79.2)	5(20.8)	0.223	0.636
Evet	48(66.7)	34(70.8)	14(29.2)		
Ruhsal açıdan etkilenme durumu					
Hayır	46(63.9)	35(76.1)	11(23.9)	0.126	0.722
Evet	26(36.1)	18(69.2)	8(30.8)		
Sık sık hasta olma durumu					
Hayır	64(88.9)	46(71.9)	18(28.1)	0.220	0.672
Evet	8(11.1)	7(87.5)	1(12.5)		
Evlilik yaşantısının bozulma durumu					
Hayır	67(93.1)	49(73.1)	18(26.9)	0.001	0.999
Evet	5(6.9)	4(80.0)	1(20.0)		

Gece nöbeti yaşantıya zorluk getirme durumu, sosyal yaşantısının bozulma durumu, uyku düzeninin bozulma durumu, ruhsal açıdan etkilenme durumu ve sık sık hastalanma durumu, evlilik yaşantısının bozulma durumu, diğer sebeplerden bozulma durum değişkenleri, Beck depresyon envanter düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.

Gece nöbetinin yaşantısına zorluk getirme durumuna evet diyen personelde görülen depresif belirti oranı gece nöbetinin yaşantısına zorluk getirme durumuna hayır diyen personelde görülen depresif belirti oranından daha yüksek bulunmuştur. Gece nöbetinin yaşantısına zorluk getiren personeldeki ruhsal açıdan etkilenen, sosyal yaşantısı ve uyku düzeninde bozulma olanlarda görülen depresif belirti oranı bozulma görülmeyenlerdeki depresif belirti oranından yüksek görülmüştür.

Tablo 4.10. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Yeme tutum testine göre karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Sayı (%)**	**Yeme bozukluğu**		χ^2	*p*
		Yok	**Var**		
Yaş					
<35	108(40.6)	98(90.7)	10(9.3)	0.513	0.774
35-50	132(49.6)	116(87.9)	16(12.1)		
>50	26(9.8)	23(88.5)	3(11.5)		
Cinsiyet					
Erkek	155(58.3)	142(91.6)	13(8.4)	1.838	0.175
Kadın	111(41.7)	95(85.6)	16(14.4)		
Medeni durum					
Evli	87(32.7)	77(88.5)	10(11.5)	0.001	0.995
Bekar	179(67.3)	160(89.4)	19(10.6)		
Eğitim durumu					
12 yıldan fazla	141(53.0)	123(87.2)	18(12.8)	0.703	0.402
12 yıldan az	125(47.0)	114(91.2)	11(8.8)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	100(37.6)	85(85.0)	15(15.0)	3.162	0.206
Gelir gider aynı	130(48.9)	118(90.8)	12(9.2)		
Gelir giderden fazla	36(13.5)	34(94.4)	2(5.6)		
Çalışma şekli					
Devamlı gündüz	167(62.8)	152(91.0)	15(9.0)	4.751	0.093
Vardiyalı	59(22.2)	48(81.4)	11(18.6)		
Nöbet	40(15.0)	37(92.5)	3(7.5)		
Hafta sonu çalışma durumu					
Evet	121(45.5)	109(90.1)	12(9.9)	**10.342**	**0.016**
Hayır	84(31.6)	70(83.3)	14(16.7)		
Nadiren	47(17.7)	47(100.0)	0(0.0)		
Çoğunlukla	14(5.3)	11(78.6)	3(21.4)		
İşte stres durumu					
Stresli değil	36(13.5)	33(91.7)	3(8.3)	0.283	0.777
Stresli	230(86.5)	204(88.7)	26(11.3)		
Toplam	266 (100.0)	237 (89.1)	29 (10.9)		

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların hafta sonu çalışma durumu ile yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Hafta sonu çalışan personellerde yeme bozukluğu olmayan personellerin oranı hafta sonu nadir çalışan veya çalışmayan personellerde görülen yeme bozukluğu olmayan personellerin oranından yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma şekli, işte stres durumu ile yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Yeme bozukluğu oranı en yüksek olan personellerin yaş grubu 35-50 yaş bulunmuştur. Kadın personellerde görülen yeme bozukluğu oranı erkek personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur. Evli personellerde görülen yeme bozukluğu oranı bekar personellerde görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi 12 yıldan fazla olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı eğitim durumu 12 yıldan az olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur. Geliri giderlerinden daha az olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı gelir durumu giderle eşit veya daha fazla olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur. Vardiyalı çalışan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı nöbet usulü ve devamlı gündüz çalışan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur. İşleri stresli olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı stresli olmayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan toplam 266 kişide görülen yeme bozukluğu oranı %10,9'dur.

Tablo 4.11. Katılımcıların BKİ, sağlık göstergeleri ve bazı alışkanlıklarının Yeme Tutum Testine göre karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Sayı (%)**	**Yeme bozukluğu**		χ^2	**p**
		Yok	Var		
Beden kütle indeks grubu					
Normal	100(37.6)	91(91.0)	9(9.0)	0.752	0.686
Hafif şişman	122(45.9)	108(88.5)	14(11.5)		
Obez	44(16.5)	38(86.4)	6(13.6)		
Kişinin kendisini sağlıklı görme durumu					
Evet	227(85.3)	202(89.0)	25(11.0)	0.001	0.999
Hayır	39(14.7)	35(89.7)	4(10.3)		
Hekim tarafından tanısı konulmuş sağlık sorunu					
Evet	219(82.3)	196(89.5)	23(10.5)	0.038	0.846
Hayır	47(17.7)	41(87.2)	6(12.8)		
Sigara kullanımı					
Evet	101(38.0)	92(91.1)	9(8.9)	0.375	0.540
Hayır	165(62.0)	145(87.9)	20(12.1)		
Doktor tarafından verilen ilaç					
Var	45(16.9)	40(88.9)	5(11.1)	0.001	0.999
Yok	221(83.1)	197(89.1)	24(10.9)		
Alkol kullanımı					
Evet	19(7.1)	16(84.2)	3(15.8)	0.107	0.446
Hayır	247(92.9)	221(89.5)	26(10.5)		
Egzersiz yapma durumu					
Evet	67(25.2)	56(83.6)	11(16.4)	2.097	0.148
Hayır	199(74.8)	181(91.0)	18(9.0)		

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

BKİ, kişinin kendisini sağlıklı görme durumu, hekim tarafından tanısı koyulan sağlık sorunu, sigara kullanımı, doktor tarafından verilen ilaç, alkol kullanımı, egzersiz yapma durumu ile yeme tutum testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

BKİ değerlerine göre obez olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı hafif şiman ve normal olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur. Kendini sağlıklı gören personellerde görülen yeme bozukluğu oranı görmeyen personellerde görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur. Hekim tarafından tanısı konulmuş sağlık sorunu olmayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı hekim tarafından tanısı konulmuş sağlık sorunu olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur. Sigara kullanmayan

personellerde görülen yeme bozukluğu oranı sigara kullanan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur. Alkol kullanan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı alkol kullanmayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur. Egzersiz yapan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı egzersiz yapmayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.12. Katılımcıların beslenme alışkanlıklarının Yeme tutum testine göre karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Sayı(%)**	**Yeme bozukluğu**		χ^2	**p**
		Yok	**Var**		
Kafein içeren içecekleri tüketme durumu					
Evet	201(75.6)	180(89.6)	21(10.4)	0.036	0.850
Hayır	65(24.4)	57(87.7)	8(12.3)		
Yiyecek tüketirken keyif alma durumu					
Var	185(69.5)	167(90.3)	18(9.7)	0.509	0.476
Yok	81(30.5)	70(86.4)	11(13.6)		
Tatlı yiyecek tüketme durumu					
Hayır	32(17.3)	29(90.6)	3(9.4)	0.001	0.999
Evet	153(82.7)	138(90.2)	15(9.8)		
Yağlı yiyecek tüketme durumu					
Hayır	125(67.6)	113(90.4)	12(9.6)	0.001	0.999
Evet	60(32.4)	54(90.0)	6(10.0)		
Fastfood yiyecek tüketme durumu					
Hayır	132(71.4)	119(90.2)	13(9.8)	0.001	0.999
Evet	53(28.6)	48(90.6)	5(9.4)		
Asitli içecek/yiyecek tüketme durumu					
Hayır	158(85.4)	143(90.5)	15(9.5)	0.066	0.731
Evet	27(14.6)	24(88.9)	3(11.1)		
Tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam etme istek durumu					
Her zaman	18(9.9)	13(72.2)	5(27.8)	**10.032**	**0.039**
Sıklıkla	20(11.0)	19(95.0)	1(5.0)		
Bazen	76(42.0)	67(88.2)	9(11.8)		
Nadiren	42(23.2)	41(97.6)	1(2.4)		
Hiçbir zaman	25(13.8)	23(92.0)	2(8.0)		

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların tüketirken keyif aldığı yiyecekleri tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam etme istek durumu ile yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tokluk hissi olmasına rağmen yemeye devam etme isteği her zaman olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı sıklıkla, bazen, nadiren, hiçbir zaman olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kafein içeren içecekleri tüketme durumu, tüketirken keyif alınan yiyeceklerin olma durumu ve tüketirken keyif alınan tatlı yiyecek, yağlı yiyecek, fastfood ve asitli içecek/yiyecek grubu değişkenleri ile yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Kafein içeren içecekleri tüketmeyen personellerde görülen yeme bozukluğu oranı kafein içeren içecekleri tüketen personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur. Tüketirken keyif aldığı yiyecek olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı, tüketirken keyif aldığı yiyecek olmayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur. Tüketirken keyif aldığı yiyecek grubu tatlı, yağlı, asitli olan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı olmayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.13. Beslenme alışkanlıklarının Yeme Tutum Testine göre karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	Sayı(%)	Yeme bozukluğu		χ^2	*p*
		Yok	Var		
Ara öğün					
Hiç yapmıyor	91(34.2)	84(92.3)	7(7.7)	4.902	0.179
1 kez yapıyor	71(26.7)	59(83.1)	12(16.9)		
2 kez yapıyor	45(16.9)	39(86.7)	6(13.3)		
3 kez yapıyor	59(16.9)	55(93.2)	4(6.8)		
Öğün atlama					
Evet	166(62.4)	140(84.3)	26(15.7)	**9.039**	**0.003**
Hayır	100(37.6)	97(97.0)	3(3.0)		
Sabah					
Atlamıyor	127(76.5)	108(85.0)	19(15.0)	0.039	0.844
Atlıyor	39(23.5)	32(82.1)	7(17.9)		
Kuşluk					
Atlamıyor	107(64.5)	92(86.0)	15(14.0)	0.316	0.574
Atlıyor	59(35.5)	48(81.4)	11(18.6)		
Öğle					
Atlamıyor	69(41.6)	57(82.6)	12(17.4)	0.090	0.764
Atlıyor	97(58.4)	83(85.6)	14(14.4)		
İkindi					
Atlamıyor	101(60.8)	82(81.2)	19(18.8)	1.376	0.241
Atlıyor	65(39.2)	58(89.2)	7(10.8)		
Akşam					
Atlamıyor	145(87.3)	123(84.8)	22(15.2)	0.209	0.747
Atlıyor	21(12.7)	17(81.0)	4(19.0)		
Gece					
Atlamıyor	96(57.8)	81(84.4)	15(15.6)	0.001	0.999
Atlıyor	70(42.2)	59(84.3)	11(15.7)		

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Öğün atlama değişkeni, yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmaktadır ($p<0.05$).

Öğün atlayanlarda görülen yeme bozukluğu oranı, öğün atlamayanlarda görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur.

Ara öğün, sabah öğün, kuşluk öğün, öğle öğün, ikindi öğün, akşam öğün ve gece öğün değişkenleri ile yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Günde 3 defa ara öğün yapan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı 1, 2 defa yapan veya hiç ara öğün yapmayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından

daha yüksek bulunmuştur. Sabah, kuşluk, akşam öğününü atlayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranı atlamayan personellerde görülen yeme bozukluğu oranından yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.14. Katılımcıların uyku süreleri yeme bozukluğunun karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Yeme bozukluğu**		***t***	***p***
	Yok (*n*=237)	**Var (*n*=29)**		
Uyku süreleri	7.01±1.18	6.83±0.76	0.825	0.410

Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların günlük uyku sürelerinin ortalama değerleri ile YTT-40'a göre yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.15. Katılımcıların çalışma şekli ile BKİ ve bazı alışkanlıklarının karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Sayı(%)**	**Çalışma şekli**			χ^2	*p*
		Devamlı gündüz	**Vardiyalı Çalışan**	**Nöbet**		
Beden kitle indeks grubu						
Normal	100(37.6)	53(31.7)	28(47.5)	19(47.5)	**15.276**	**0.004**
Hafif şişman	122(45.9)	76(45.5)	26(44.1)	20(50.0)		
Obez	44(16.5)	38(22.8)	5(8.5)	1(2.5)		
Sigara kullanımı						
Evet	101(38.0)	63(37.7)	23(39.0)	15(37.5)	0.034	0.983
Hayır	165(62.0)	104(62.3)	36(61.0)	25(62.5)		
Kafein içeren içecekleri tüketme durumu						
Evet	201(75.6)	126(75.4)	42(71.2)	33(82.5)	1.656	0.437
Hayır	65(24.4)	41(24.6)	17(28.8)	7(17.5)		
Öğün atlama						
Atlıyor	166(62.4)	100(59.9)	45(76.3)	21(52.5)	6.962	0.031
Atlamıyor	100(37.6)	67(40.1)	14(23.7)	19(47.5)		
Stres durumu						
Stresli değil	36(13.5)	29(17.4)	6(10.2)	1(2.5)	6.827	0.033
Stresli	230(86.5)	138(82.6)	53(89.8)	39(97.5)		
Egzersiz yapma durumu						
Evet	67(25.2)	42(25.1)	16(27.1)	9(22.5)	0.270	0.874
Hayır	199(74.8)	125(74.9)	43(72.9)	31(77.5)		
Sağlık durumu						
Evet	227(85.3)	140(83.8)	54(91.5)	33(82.5)	2.365	0.306
Hayır	39(14.7)	27(16.2)	5(8.5)	7(17.5)		
Ana öğün						
1 kez yapıyor	23(8.7)	13(7.8)	10(16.9)	0(0.0)	8.970	0.062
2 kez yapıyor	110(41.7)	69(41.6)	23(39.0)	18(46.2)		
3 kez yapıyor	131(49.6)	84(50.6)	26(44.1)	21(53.8)		
Ara öğün						
Hiç yapmıyor	91(34.2)	60(35.9)	20(33.9)	11(27.5)	6.518	0.368
1 kez yapıyor	71(26.7)	46(27.5)	17(28.8)	8(20.0)		
2 kez yapıyor	45(16.9)	23(13.8)	13(22.0)	9(22.5)		
3 kez yapıyor	59(22.2)	38(22.8)	9(15.3)	12(30.0)		

Veriler *n*(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların BKİ, iş yerinde stresli olma durumu ve öğün atlama grup değişkenleri ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Devamlı gündüzde çalışan obez personellerin sıklığının, vardiyalı ve nöbet usulü çalışan obez personellerin sıklığından fazla olduğu görülmüştür. Nöbet usulü çalışan hafif şişman personellerin sıklığının, vardiyalı ve devamlı gündüz çalışan hafif şişman personellerin sıklığından fazla olduğu görülmüştür. Nöbet ve vardiya usulü çalışan stresli olduğunu belirten personellerin sıklığı devamlı gündüz çalışan stresli olduğunu belirten personellerin sıklığından fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Katılımcıların kafein içeren içecekleri tüketme durumu, sigara kullanımı, egzersiz yapma durumu, kendini sağlıklı görme durumu, ana öğün ve ara öğün yapma değişkenleri ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Sigara kullanan personellerin oranının en fazla olduğu grup vardiyalı çalışan personel grubu olarak bulunmuştur. Nöbet usulü çalışan personellerde kafein içeren içecekleri tüketenlerin oranı devamlı gündüz ve vardiyalı çalışan personellerin kafein içeren içecekleri tüketme oranından yüksektir. Öğün atlayanların oranının en yüksek olduğu grup vardiyalı çalışanlar olarak bulunmuştur.

Tablo 4.16. Çalışma şekli ile yaş ve uyku sürelerinin ortalama değerlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	**Çalışma şekli**			***F***	***p***
	Devamlı gündüz (*n*=167)	**Vardiyalı (*n*=59)**	**Nöbet (*n*=40)**		
Yaş	38.63±8.73[a]	36.39±8.14[ab]	34.33±8.06[b]	**4.758**	**0.009**
Uyku süreleri	7.03±1.11	7.10±1.24	6.68±1.07	1.928	0.148

Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler, çalışma şekilleri arasındaki benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

Katılımcıların yaş ortalama değerleri çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$).

Nöbet usulü çalışan personellerin yaş ortalaması vardiyalı ve devamlı gündüz çalışan personellerin yaş ortalamasından daha küçük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların günlük uyku sürelerinin ortalama değerleri ile çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

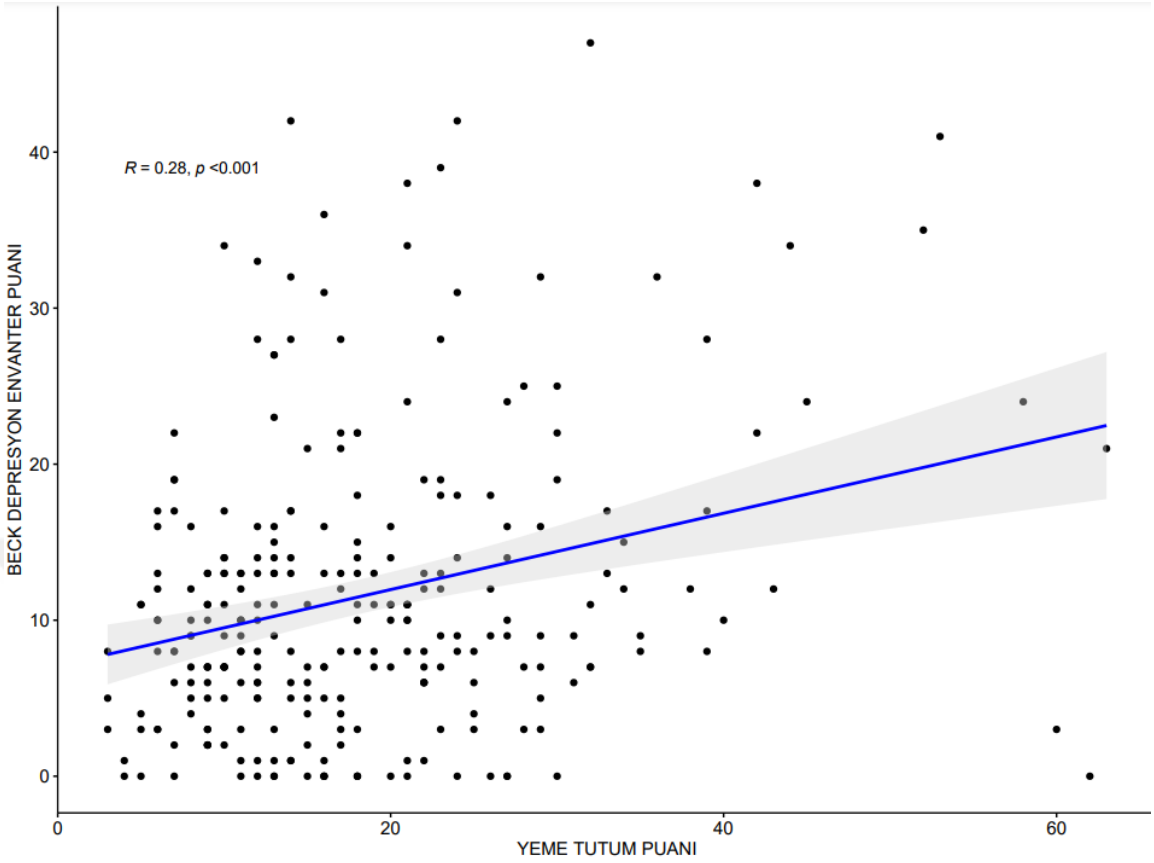
Tablo 4.17. Beck depresyon envanteri ile yeme tutum ölçeği değişkenlerinin çalışma şekillerine göre karşılaştırma sonuçları

Değişkenler	**Çalışma şekli**			χ^2	*p*
	Devamlı gündüz (*n*=167)	**Vardiyalı (*n*=59)**	**Nöbet (*n*=40)**		
Beck depresyon envanter toplam puan	8.0(3.0-13.0)[a]	11.0(7.0-21.0)[b]	12.5(7.0-17.0)[b]	**11.654**	**0.003**
Yeme tutum ölçeği toplam puanı	17.0(11.0-23.0)	17.0(11.0-26.0)	12.5(10.0-18.0)	4.891	0.087

Veriler ortanca(1.çeyrek-3.çeyrek) olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler, çalışma şekilleri arasındaki benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

Beck depresyon envanter toplam puanı, çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmaktadır ($p<0.05$). Vardiyalı ve nöbet usülü çalışan bireylerin beck depresyon envanter toplam puanının ortanca değerleri, devamlı gündüz çalışan bireylerin beck depresyon envanter toplam puanının ortanca değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yeme tutum toplam ölçek puanı ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.



Şekil 4.1. Beck depresyon envanter puanı ile yeme tutum ölçeği arasındaki korelasyon analiz sonucu

Beck depresyon envanter puanı ile yeme ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0.28, p<0.001).

5. TARTIŞMA

Bilindiği üzre vardiyalı çalışma saatleri standart çalışma saatlerinden farklıdır. Bu sebeple vardiyalı çalışan kişiler gece saatlerinde beslenip, gündüz saatlerinde ise uyumaktadırlar. Uyku ve beslenme düzeninin değişmesi kişilerin uyku kalitesini, beslenme durumunu ve biyolojik saatini olumsuz etkilemektedir (Sözlü ve Şanlıer, 2017; Demir ve ark, 2017; Özvurmaz ve Öncü, 2018). Vardiyalı çalışma düzeni kişilerin biyolojik ritmini bozar ve bunun sonucunda uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon, bozulmuş yeme davranışları gibi birçok sağlık sorununa neden olmaktadır. Bu durum vardiyalı çalışan personellerin dikkatsizliğini arttırarak iş performansını düşürmekte ve iş kazalarına neden olabilmektedir (Barger ve ark, 2009, Rajaratnam ve ark, 2009, Caruso, 2014; Papantoniou ve ark, 2018).

Bu çalışmada katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir durumu gibi demografik bilgileri; çalışma şekli, hafta sonu çalışma durumu, iş stres durumu, iş yeri çalışma memnuniyeti gibi meslek bilgileri; tanısı konulan hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, kendisini sağlıklı görme durumu, gibi genel sağlık bilgileri ile bazı beslenme davranışları, egzersiz yapma durumları, sigara ve alkol kullanımları sorgulanmıştır.

5.1. Katılımcıların Çalışma Şekline göre Risk Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan erkek personelin oranı (%58.3) kadın personellerin oranından (%41.7) daha fazladır. Katılımcıların %67.3 ü evlidir (Tablo 4.1.). Evlilerin oranının yüsek olması yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde anketteki soru seçeneklerinden olan ilkokul mezunu ve lisansüstü çok az kişi olması nedeniyle değerlendirmemiz lise

ve altı (12 yıl ve altı) eğitim seviyesi bildirenler (%47.0) ve üniversite (12 yıl üzeri) eğitim seviyesi bildirenler (%53.0) olmak üzere iki grupta incelenmiştir (Tablo 4.1). Altınok'un 2020 yılında yaptığı çalışmada da ilkokul ve ortaokul mezunu katılımcıların sayısı az olduğu için bizim çalşmamızla benzer şekilde eğitim seviyeli iki gruba ayrılmıştır.

Çalışmamıza katılan personellerin gelir durumu beyanlarına baktığımızda ise %48.9'u gelir ve gider durumlarının eşit olduğunu bildirmiş olup %37'si ise gelirin giderden az olduğunu beyan etmişlerdir (Tablo 4.1).

Çalışmamıza katılan vardiyalı personellerin yaş ortalaması 36.39±8.14 yıl (min 28 - max 44), nöbet usulü çalışan personellerin yaş ortalaması ise 34.33±8.06 yıldır (min 26- max 42) (Tablo 4.1). Çalışmamızda yaşın nöbet usulü çalışan personellerin yaş ortalamasının vardiyalı ve devamlı gündüz çalışan personellerin yaş ortalamasından daha küçük olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.16).

Vardiyalı çalışmada kritik yaş aralığının 45-50 olduğu ve vardiyalı çalışmaya karşı gösterilen intoleransın bu yaş aralığında arttığı belirtilmektedir. Kişilerin özellikle 45 ile 50 yaş aralığından sonra gece vardiyasında çalışmasının sınırlandırılması, çalışma saatlerinin kısıtlanması, dinlenme sürelerinin artırılması, beslenme, uyku ve egzersiz gibi konularda vardiyalı çalışmanın sebep olabileceği problemlerle başa çıkma stratejileriyle ilgili danışmanlık eğitimi verilmesi, kişiye vardiya seçiminde serbestlik tanınması, iş yükünün azaltılması ve daha sık sağlık kontrolü yapılması önerilmektedir (Costa ve Di Milia, 2008). Çalışmamıza katılan vardiyalı ve nöbet usulü çalışan personellerin yaş ortalamaları bu kritik yaş aralığından küçüktür. Çalışmamızla benzer şekilde Hacettepe'de vardiyalı sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmaya katılan personellerin yaş ortalaması ise 24,5±5,30 (min 19- max 41) yıl bulunmuştur (Ulusoy, 2020). Geniş ve arkadaşlarının vardiyalı çalışma şeklinin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerini araştırdığı bir çalışmada ise personellerin %41.1'i 21-31 yaş arasında olup 41 yaş ve üzeri katılımcıların oranı 24.7 bulumuştur (Geniş ve ark., 2020). Vardiyalı sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada ise yaş ortalaması 24-32 yıl arasındadır (Selvi ve ark, 2010).

Stresin olumsuz sağlık davranışlarını tetiklediği belirtilmektedir (Chandola, 2006). Yapılan çalışmalarda özellikle işteki stres durumunun kardiyovasküler hastalık riskinin artışı ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Orta yaşlı beyaz yakalı bir grup erkek çalışana 1 tatil günü ve 2 iş gününde ve yapılan stres ölçeği ve ölçüm sonuçlarına göre, stresli bir iş günü ardından yapılan ölçümlerde kalp hızı reaktivitesinin artmasını, sistolik kan basıncı seviyesinin yükselmesini ve vagal tonun düşük olmasını iş stresinin zararlı etkilerinden olduğunu belirtmişlerdir (Vrijkotte ve ark, 2000). Hacettepe'de iş stres düzeyi ile ilgili görüşleri incelenen bireylerin %35,3'ü işlerinin biraz stresli olduğu bildirilmiştir (Özcan, 2018). Bizim çalışmamızda ise katılımcılar sorgulandığında %86,5'i işlerinin stresli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.2).

Hacettepe'de yapılan aynı çalışmada bireylerin iş yeri memnuniyetine ilişkin görüşleri incelendiğinde %85,9'u iş yerinden memnun olduğunu belirtmiş (Özcan, 2018). Bizim çalışmamızda katılımcıların çalıştığı işteki memnuniyet oranı %77,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2). İş yeri memnuniyeti ile depresif belirti düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda iş yerinden memnun olanlarda memnun olmayanlara göre daha az depresif belirtinin olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Çalışmamıza katılan vardiyalı ve nöbet usulü çalışan personellerin %72'si gece nöbetlerinin yaşantılarına zorluk getirdiğini beyan etmişlerdir (Tablo 4.2). Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın neden olduğu en önemli problemlerden biri de sürekli değişen çalışma düzeninin aile ve sosyal ilişkiler üzerine olan olumsuz etkileridir. Kişiler sosyal ve aile içi rollerini yerine getirmekte güçlük yaşamakta, kendileri için önemli olan diğer kişilerle iletişimleri azalmakta ve sosyal izolasyona maruz kalmakta, aile ve arkadaş çevrelerinden uzaklaşmaktadırlar (DeMoss ve ark, 2004; Samaha ve ark, 2007, Gedikli, 2008; Yıldız ve ark, 2012). Zverev'in çalışmasına göre; nöbet usulü çalışanların nöbetten sonraki günkü yaşantısında zorluklar çektiği ve nöbeti uyku verimini düşürdüğü görümüştür (Zverev ve Mısırı, 2009). Vardiyalı çalışanların zamanın kısıtlılığı nedeniyle çocuklarının bakımı ile ilgilenememesi, eşleri ile iletişimde sorunlarının daha çok olması, boşanma oranlarının gündüzleri çalışanlara oranla daha yüksek olması, vardiya ve nöbet usulü çalışanların aile yaşantısındaki ortak sorunlarından bazılarıdır (Türk Hemşireler Derneği, 2008; Yıldız ve ark, 2012). Gedikli'nin yaptığı çalışmada da ikili vardiyalar halinde çalışanların %45,8'i, üçlü

vardiyalar halinde çalışanların da %72,4'ü çalışma şekli nedeni ile sosyal yaşantılarının sık sık ya da sürekli etkilendiğini belirtmiştir. Vardiyalı çalışma şekli sebebiyle eşi ile ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini ikili vardiyalar halinde çalışanların %46,3'ü, üçlü vardiyalar halinde çalışanların ise %60,6'sı ve bütün işçilerin de %27,3'ü beyan etmiştir. Çocukları ile ilişkilerinin sürekli kötü etkilendiğini belirtenlerin oranı ise %33,0'dır (Gedikli, 2008). Hemşireler üzerinde yapılan diğer bir araştırmada ise , gece vardiyasının bireylerin aile yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği, çocuk bakımında zorluklar yaşadıkları ve nöbet sonrası ev işleri ile uğraşmak zorunda kalmaları yeterli süre dinlenemedikleri ileri sürülmüştür (Kostul, 1996). Bizim çalışmamızda ise bu verilere zıt olarak nöbet ve vardiya usulü çalışan personellerin %93.9 u nöbetin evlilik yaşantısını bozmadığını bildirmişlerdir (Tablo 4.2.). Ayrıca nöbet ve vardiya usulü çalışanların sosyal hayatlarını olumsuz etkileyen başka bir durumun da bireylerin hafta sonu, resmi tatiller ve bayram gibi özel günlerde de çalışmak durumunda kalmalarıdır. Ruggiero da çalışmasında vardiyalı çalışanların hafta sonları ve özel günlerde çalışmasının sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Ruggiero, 2003). Çalışmamızda da benzer şekilde vardiya ve nöbet usulü çalışanların %46.5'i sosyal yaşantısının bozulduğunu, %6.1'i evlilik yaşantısının bozulduğunu, %45.5'i hafta sonları çalıştığını beyan etmişlerdir (Tablo 4.2).

Sağlıklı kişilerin ihtiyaç duyduğu uyku süresi; yaşı, faal olma durumu, sağlıklılık seviyesi, çevre şartları, yemek yemesi, kişisel durumlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Günümüzdeki bilimsel çalışmalarda gereksinimimiz olan uyku süresi net olarak bilinememektedir ancak birkaç genelleme yapılabilmektedir (Grander ve Drummond, 2007). Kripke ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmaya göre sağlıklı olan en ideal uyku süresi günde 7 saattir. Yapılan bir derleme çalışmasında da standart uyku süresinin 7 saat olduğu ileri sürülmüştür (Knutson ve ark, 1988).

Vardiyalı şekilde çalışan sağlık çalışanlarının beslenme durumu ve uyku süresinin değerlendirildiği 2017 yılında yapılan bir çalışmada personellerin %61'inin hafta içi 6 saatten az uyuduğu saptanmıştır (Demir ve ark, 2017). Vardiyalı şekilde çalışan işçilerde yapılan diğer bir çalışmada ise işçilerin %75,0'ının 6-8 saat, %19,5'inin 4-6 saat uyuduğu tespit edilmiştir (Müftüoğlu ve Parlakyiğit, 2020). Bizim çalışmamızda da vardiyalı çalışanların ortalama uyku süreleri 6-8 saat, nöbet usulü çalışanların ortalama

uyku süreleri 5-7 saat olarak saptanmış olup çalışma şekli ile ortalama uyku süreleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamızla paralel şekilde Uğurlu'un (2015) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da uyku süresi ile vardiyalı çalışma arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.16).

Vardiyalı çalışma şeklinin neden olduğu sağlık sorunları olabilmektedir ancak kişilerin kendi sağlık durumlarını nasıl gördüğü de önemlidir. Bu sebeple katılımcılara genel sağlık durumlarını nasıl bulduklarını sorduğumuzda tüm katılımcıların %85,3'ü kendilerini sağlıklı bulduklarını belirtirken vardiyalı çalışan grubun %91,5'i, nöbet usulü çalışanların %82.5'i kendilerini sağlıklı olarak gördüklerini belirttiler (Tablo 4.3, Tablo 4.15). Ayrıca çalışma şekli ile personelin kendini sağlıklı görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.15.). Bizimle benzer şekilde Özcan'ın (2018) vardiyalı, nöbet ve gündüz çalışan personeller üzerinde yaptığı çalışmada da katılımcıların %84.8'i sağlık durumlarını iyi gördüklerini bildirmiştir. Uğurlu'nun 2014 yılında vardiyalı kadın çalışanlar üzerinde yaptığı başka bir çalışmada ise sürekli gündüz çalışanların %53,6'sı, dönüşümlü vardiya usulü çalışanların ise %35,6'sı sağlık durumlarının iyi olduğunu belirtmiştir.

Çalışma koşulları, uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma gibi iş yerindeki stresle beraber sağlıksız beslenme ve yeme davranışları sergileme sonucu oluşan obezite, iş yerinde en çok rastlanan sağlık problemlerindendir (Amani, 2013). Bir çalışmaya göre her 5 yıllık vardiyalı çalışmak, kişinin BKİ değerinde ortalama 0,17'lik artışa neden olmaktadır. Yine aynı çalıma vardiyalı çalışan hemşirelerdeki obez ya da hafif şişman olma eğilimlerini sadece gündüz çalışan hemşirelerden 1,02 kat daha fazla olduğunu saptanmıştır (Books, 2017). Bir başka çalışmada vardiya usulü çalışanların hafif kilolu olma riskinin standart çalışma saatlerinde çalışan bireylerden %44 daha fazla olduğu belirtilmiştir (Hulsegge ve ark, 2018). Özcan'ın (2018) vardiyalı personeller üzerinde yaptığı çalışmada tüm görev gruplarındaki katılımcıların %50,0'sinden fazlasının obezite sınıfında yer aldığını belirtmiştir. Ishizaki ve arkadaşlarının (2004) vardiyalı erkek işçiler ile yaptığı çalışmada bel çevresi ve BKİ'nin vardiyalı çalışma ile pozitif ilişkili olduğunu saptamıştır. Vardiyalı mutfak personelleri üzerinde Şehit ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada çalışma süresi ile BKİ değerlerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Buna göre 1-3 ve 3-6 yıl

vardiyalı çalışanların BKİ ortalamaları, 6-10 ve 10 ve üzeri çalışanların BKİ değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Demir ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada BKİ değerleri ile çalışma şekli arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak bizim çalışmamızda çalışma şekli ile BKİ değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup nöbet usulü çalışan hafif şişman personellerin sıklığının, vardiyalı ve devamlı gündüz çalışan hafif şişman personellerin sıklığından fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.15). Devamlı gündüzde çalışan obez personellerin sıklığının, vardiyalı ve nöbet usulü çalışan obez personellerin sıklığından fazla olmasının nedeni devamlı gündüzde çalışan bireylerin yaş ortalamalarının (38.63±8.73) diğer gruptaki bireylerin yaş ortalamalarından (36.39±8.14, 34.33±8.06) yüksek olması olabilir (Tablo 4.15). Nitekim BKİ'nin yaş ilerledikçe arttığına dair literatürde pek çok araştırma mevcuttur. Öztayıncı (2019) yaptığı çalışmada BKİ'si hafif şişman ve şişman bireylerin yaş ortalamalarını, zayıf ve normal bireylerin yaş ortalamasından anlamlı olarak yüksek olduğunu belirtmiştir. Nazlıcan (2011) obezite sıklığının 40-44 yaş aralığındakilerde ise en yüksek sıklıkta olduğunu, 30 yaşından sonra da obezite sıklığının arttığını ileri sürmüştür. Başka bir araştırmada ise obez kişilerde obez olmayanlara göre 30 ve üzeri yaşta bulunmanın 2,2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Koruk, 2005). Fouad (2006) obezite prevelansının 46 ila 65 yaş aralığındakilerde en yüksek olduğunu ve yaşla beraber görülme sıklığının da arttığını saptamıştır.

Çalışmamıza katılan personellerin sigara içme durumu incelendiğinde %38'inin sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Vardiyalı çalışan personelde sigara kullananların oranı %39.0, nöbet usulü çalışan personelde sigara kullananların oranı ise %37.5 olarak bulunmuştur. Ayrıca sigara kullanımı ile çalışma şekli arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.15). Vardiyalı sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada sigara tüketenlerin oranı %54,5 bulunmuştur. %72'si vardiyalı çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmada da gece vardiyasında çalışanların sigara içme oranı devamlı gündüz grubuyla karşılaştırıldığında, vardiyalı çalışanların sigara içme oranı 1.3 kat daha fazla bulunmuştur (Ramin ve ark, 2015). Çalışmamızda sigara kullanım oranının düşük çıkma nedeni bizim çalışmamızın Gençlik ve Spor çalışanları üzerinde yapılması ancak diğer araştırmaların sağlık çalışanları üzerinde yapılmış olması olabilir.

Vardiyalı çalışma standart çalışma saatlerinden farklı saatleri kapsadığı için sosyalleşmeye engel olmaktadır. Bu durumun alkol tüketimini azaltması beklenmektedir (Halim, 2012). Farklı bir açıdan da bireylerin alkol tüketiminin vardiyalı çalışma sonrası uykuyu kolaylaştırdığını düşündükleri için evde alkol tüketimini artırdığı ileri sürülmüştür (Nea ve ark, 2018). Nitekim çalışmamızda da düşünceyi destekler nitelikte alkol tüketenlerin oranı %7,1 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Fiziksel aktivite; uykuyu kolaylaştıran termojenik etki göstermekte ve anksiyeteyi azaltmakta uyku için daha uygun bir sirkadiyen faz sağlamaktadır. Fakat vardiyalı çalışma düzeni kişilerin spor aktiviteleri veya egzersiz gerçekleştirme fırsatlarını genel olarak azaltır (Atkinson ve ark, 2008). Kronotipe göre değerlendirme yapan bir çalışmada da akşamcıl kronotipe sahip bireylerin, sabahçıl kronotipe sahip bireylerden daha düşük düzeyde fiziksel aktivite düzeyine sahip oldukları görülmüştür (Mota ve ark, 2016). Vardiyalı sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise kişilerin %81,8'inin düzenli egzersiz yapmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde fiziksel aktivite yapmayan bireylerin oranı (%74,8) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.). Ayrıca personellerin egzersiz yapma durumu ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.15).

Gece çalışmalarında performans artırıcı etkisi ve uykululuğu azaltması sebebiyle kafein içeren kahve/çay gibi içeceklerin vardiyalı ve nöbet usulü çalışanlarda tüketiminin daha fazla olduğu bilinmektedir (Çalıyurt, 1998; Gifkins ve ark, 2018). Hemşireler gece vardiyasında daha enerjik hissetmek ve yorgunluk hissini azaltmak için kafein içeren içecekleri sık tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Gifkins ve ark, 2018). Vardiya ve nöbet usulü çalışırken alınan kafeinin gece boyu dikkati ve odaklanmayı arttırdığı da belirtilmektedir (Harma, 1996). Vardiyalı kadın işçiler üzerinde yapılan bir çalışmada günlük çay/kahve tüketiminin dönüşümlü vardiyada çalışanların gündüz grubuna göre daha fazla çay/kahve tükettiği görülmüştür (Uğurlu, 2014). Başka bir çalışmada da vardiyalı çalışma gününde kafeinli içecekleri tüketme miktarları normal çalışma gününden daha fazla çıkmış olsa da aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (Ulusoy, 2020). Çalışmamızda da bu verilerle paralel şekilde nöbet usulü çalışan bireylerin %82,5'i, vardiyalı çalışan bireylerin ise %71,2'sinin kafein içeren içecekleri tercih ettikleri ve bu

oranların yüksek oldukları görülmüş ancak çalışma şekli ile kafein içeren içecekleri tüketme durumunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.15).

Vardiyalı çalışanların; iş yerinden eve yorgun gelmeleri, yemek hazırlığına ve market alışverişine zaman bulamamaları gibi nedenlerle sağlıksız besin seçimine ve öğün atlamaya yöneldikleri bilinmektedir (Nea ve ark, 2018). İş yeri ortamındaki kısıtlı yeme süreleri ve yiyeceklere sınırlı erişim imkanı sebebiyle vardiyalı çalışan kişiler yeme kontrolünü sağladıklarını belirtmişlerdir (Bonnell ve ark, 2017; Nea ve ark, 2018). Ancak vardiyalı çalışma saatleri genellikle bireylerin iştahlarının olmadığı zamanlara denk gelmekte, yeme zamanları kısıtlı olmaktadır. Bu sebeple bireyleri ana öğün tüketmek yerine ara öğün tüketmeye yöneltmektedir (Bonnell ve ark, 2017). Yeterli ve dengeli beslenme koşullarından biri de en az 3 ana, 2 veya 3 ara öğün tüketilmesi, ana öğünlerin atlanmaması ve kahvaltı öğününün tüketimine özen gösterilmesidir (TÜBER, 2015). Özellikle gece vardiyasında çalışanlarda beslenme durumunun kötü etkilendiği belirtilmiş ve kişilerin aç kaldığında cips, bisküvi, çikolata gibi enerji içeriği yüksek tercihlere eğilimlerinin arttığı bildrilmiştir (Bonnell ve ark, 2017; Nea ve ark, 2018). Bir çalışmada vardiyalı çalışma günündeki ana ve ara öğün sayısının, standart çalışma günündeki ana ve ara öğün sayısından az olduğunu saptamıştır. Kişilerin öğün sayılarını değerlendirdiğinde; vardiyalı çalışmadaki ana öğün sayısını, vardiyalı ve standart çalışmadaki ara öğün sayılarını önerilenden az olduğunu bulmuştur (Ulusoy, 2020). Bizim çalışmamızda nöbet usulü çalışan personellerin %53.8'i günde 3 ana öğün, %30'u 3 ara öğün yaptığı saptanmış olup vardiyalı çalışan personellerde bu oran %44.1 3 ana öğün, %15.3 3 ara öğün tüketme şeklindedir (Tablo 4.15) Çalışmamızda ana ve ara öğün sayıları ile çalışma şekli arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 15.4). Vardiyalı çalışan çeşitli gruplardaki (hemşireler, işçiler, sağlık personelleri) bireylere yapılan çalışmalarda kişilerin %26.1 ila %52.7'sinin en az bir öğünü atladıkları tespit edilmiştir (Ulaş ve ark, 2010; Bekar ve Ersoy, 2011; Özcan, 2018; Müftüoğlu ve Parlakyiğit, 2020; Ulusoy, 2020). Bizim çalışmamızda bu verileri destekler nitelikte olup nöbet usulü çalışanların %52,5'i, vardiyalı çalışanların ise %76'ü öğün atladıkları görülmüştür (Tablo 4.15). Vardiyalı veya nöbetle çalışan kişilerde yapılan çoğu çalışmada kişilerin en çok kahvaltı öğününü atladıkları bildirilmiştir (Özçelik, 2000; Sözen ve ark, 2009; Demir ve ark, 2017; Müftüoğlu ve

Parlakyiğit, 2020; Ulusoy, 2020). Bu alanda yapılan diğer araştırmalarda ise en çok atlanan öğünün öğle olduğu tespit edilmiştir (Ulaş ve ark, 2010; Özcan, 2018). Çalışmamızda vardiyalı çalışan personellerin devamlı gündüz ve nöbet usulü çalışan personellere göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda öğün atladıkları tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 15.4). Nitekim çalışmamızda da en çok atlanan öğün öğle olarak saptanmıştır (Tablo 4.13).

5.2. Katılımcıların Beck Depresyon Envanterine Göre Depresif Belirti Risklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda yaş ile depresif belirti arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ancak yaş ilerledikçe depresif belirti görülme oranın da arttığı tespit edilmiştir (Tablo 4.5.). Benzer şekilde Gök'ün (2020) adalet sektöründe çalışan kişilerde yaptığı çalışmada da yaş arttıkça tükenmişlik düzeyinin arttığı ve bunun da anksiyete ve depresyona yol açabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmalardan farklı olarak Özyurt ve Deveci'nin (2010) yaptığı çalışmada ise kadınların depresif bir ruh haline sahip olmasının nedenleri arasında yaşın depresyon üzerinde tek başına değil yaşın yan faktörleriyle (çalışma durumu, eğitim durumu, medeni durumu) birlikte depresif belirtilere neden olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Dünya genelindeki depresyon prevalansı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre %30 ile %54 arasındadır. Depresyonun dünya çapında 300 milyondan fazla kişide görüldüğü bildirilmektedir. DSÖ, pandemi başladığından beri depresyon ve anksiyete vakalarının %25'ten fazla arttığını ve ciddi duygusal semptomlar yaşayan gençlerin sayısının iki katına çıktığını tahmin etmektedir (WHO, 2022). Yurt dışı ve ülkemizde yapılan araştırmalarda depresyonun genellikle kadınlarda, erkeklerden iki kat daha sık görüldüğü ve bu durumun her yaş grubunda özellikle de orta ve genç yaş grubunda daha belirgin olduğu bildirilmektedir (Köroğlu, 2017; Güleç, 2012). Kadınlarda görülme sıklığı %21,3 olup erkeklerde görülme sıklığı ise %12,7'dir (Noble, 2005). Bunun nedenlerinden birinin kadınların premenstrüel (Adet öncesi dönem) ve postpartum (doğum sonrası) dönemlerde meydana gelen fiziksel, ruhsal birtakım sıkıntıları, ağrı ve gerginliklerin oluştuğu endokrin sistemden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (Dogan 2000; Türkçapar, 2011; Güleç, 2012; Gümüş ve ark, 2012). Çalışmamız da tüm bu verileri destekler nitelikte olup kadınlardaki depresif belirti oranı %18,9 iken erkeklerde

görülen depsesif belirti oranı 12.9'dur. Ancak depresif belirti düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.5).

Çalışmamıza katılan personellerin medeni durumu ile depresif belirti düzeyleri karşılaştırıldığında; medeni durumun depresif belirti düzeyi üzerinde bir etkisi bulunamamıştır (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer şekilde Gök'ün (2020) kadınların çalışma şekli ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelendiği çalışmada da medeni durumun depresif belirti düzeyi üzerinde bir etkisi bulunamamıştır. Taycan ve arkadaşlarının (2006) hemşireler üzerinde depresyon ve tükenmişlik seviyesini araştırdığı çalışmada da sosyodemografik değişkenler ile depresif belirtiye bakılmış ve çalışmamızı destekler nitelikte medeni durum ile depresif belirti arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde diğer çalışmalarda da medeni durum ile depresif belirti düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Hacıhasanoğlu ve ark, 2010; Tokuç ve ark, 2011). Ancak literatürde depresif belirti durumuna medeni durumun etki ettiğini ileri süren çalışmalarda mevcuttur. Özellikle evli kişilerin ruhsal sağlığının daha iyi olduğunu ve depresif belirtilerinin daha az olduğunu savunmaktadırlar (Soulsby ve Bennet, 2015; Aslan ve ark, 2012)

Kişinin eğitim durumu da psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabilecek diğer bir değişken olabilmektedir. Depresyon ile eğitim düzeyi arasındaki çalışmalar henüz kesinleşmemekle birlikte eğitim düzeyinin artışıyla depresyonun azaldığı ileri sürülmektedir. Yapılan bir çalışmada eğitim süresi arttıkça depresyon riskinin azaldığını bildirmektedir (Viinikainen ve ark, 2018). Başka bir araştırmada ise eğitim seviyelerine göre depresyon sıklığının değiştiği bildirilmiştir (Fernandez-Nino ve ark, 2018). Vardiyalı sağlık çalışanlarının ruhsal durumunu etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada da üniversite ve üzeri eğitim alan bireylerin depresyona eğiliminin de arttığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise tüm bu çalışmalardan farklı olarak eğitim düzeyi ile depresif belirti düzeyi arasında bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.5).

Çalışmamıza dahil ettiğimiz bir diğer değişken olan iş yeri stres durumu ile depresif belirti düzeyleri incelendiğinde, iş stresi ile depresif belirti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.5). Özmuraf (2006), belirli bir düzeye kadar olan stresin yapıcı olduğunu yaşanılan her stresin yıkıcı olmadığını savunmuş; önemli olanın yaşanılan stres ile nasıl başa çıkıldığı olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızdaki sonuçlar da bize

yaşanılan stresin olumlu stres şeklinde nitelendirilebileceğini gösterebilir. Ancak Şahin'ın (2017) yaptığı çalışma verilerine göre hem iş stresi ve anksiyete arasında hem de iş stresi ile depresif belirti arasında pozitif yönden anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda gelir durumu ile depresif belirti düzeyleri karşılaştırıldığında gelir durumu ile depresif belirti düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmüştür (Tablo 4.5). Özellikle gelir durumu giderden az olan personellerin depresif belirti durumu gelir düzeyi gider ile eşit veya geliri giderden fazla olan personellerin depresif belirti durumundan çok olduğu görülmüştür. Çalışmamızı destekler nitelikte Gök'ün (2020) yaptığı çalışmada de alınan ücretler ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmüş olup az maaş alanlarda depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alınan ücretler ile ilgili Çelik' in (2019) yaptığı çalışmada da işyerlerinin verdikleri ücretlerin kişinin psikolojik durumunu etkilediği belirtilmiştir.

Beden kitle indeksi (BKİ) değerleri ile Beck depresif belirti oranları arasında pozitif ilişki bulunmuş, ancak bu durum istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 4.6). Benzer şekilde Müftüoğlu ve Parlakyiğit'in vardiyalı işçiler üzerinde yaptığı çalışmada da BKİ ile Beck depresyon puanları arasında pozitif ilişki bulunmuş ama bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Yapılan başka bir araştırmada ise yüksek BKİ değerinin depresyon şiddetini de artırdığı ileri sürülmüştür (Dragan ve Akhtar-Danesh, 2007).

Sigara kullanımı ile depresif belirti düzeylerini inceleyen çalışmaların birinde sigara kullanmayan hemşirelerin %17'sinde depresyon olduğu belirtilirken sigara kullananların %37'sinde depresyon olduğu belirtilmiştir (Kooistra ve ark, 2018). Sağlık çalışanların üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da depresyon ve uyku bozukluğunun sigara kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamıza ise sigara kullanımı ile depresif belirti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.6). Bunun nedeni bizim çalışmamızın Gençlik ve Spor çalışanları üzerinde yapılması ancak diğer araştırmaların sağlık çalışanları üzerinde çalışılması olabilir.

Düzenli fiziksel aktivite, depresyondan korunma, depresyon ve anksiyeteyi azaltıp özellikle düşük ve orta şiddette depresyon tedavisinde hem doğrudan hem de tamamlayıcı olarak kullanılıp yaşam kalitesini artırmaktadır (Dunn, 2005; ACSM, 2009; Ströhle, 2009; Can ve ark. 2014). Tekin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 2 ay düzenli

egzersiz yapan kişilerin depresyon durumlarının azaldığını ileri sürmüşlerdir. Yıldırım ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada fiziksel aktivite (FA) ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiş olup düşük, orta ve yüksek FA düzeylerine göre düzeyi düşük olan bireylerin depresyon düzeylerinin en yüksek olduğunu, FA düzeyleri yüksek olanlarında en düşük depresyon düzeylerine sahip olduklarını belirlemişlerdir (Yıldırım ve ark, 2015). Her ne kadar bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da FA yapanlarda depresif belirti oranı FA yapmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.6).

5.3. Katılımcıların YTT-40 Puanlarına göre Yeme Bozukluğu Risk Durumlarının Değerlendirmeleri

Çalışmamıza katılan personellerde yeme bozukluğu en çok 35-50 yaş aralığında gözükmektedir. Yeme bozukluğu oranı en az 35 yaşından küçük bireylerdedir. Çok (2020) çalışmasında yaş arttıkça YTT-40 puanının arttığı bulmuştur. Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da YTT-40 puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Oğur ve ark, 2016; Ayaz, 2021) (Tablo 4.10.). Kazkondu (2010), yaptığı çalışmada yeme bozukluğu açısından 17-23 yaş grubunda olan bireylerin 24- 29 ve 30-42 yaş aralığında olan bireylere göre daha riskli durumda olduğunu gözlemlemiştir. Bizim çalışmamızda ise yeme bozukluğu görülme oranı en fazla olan grup 35-50 yaş arasıdır. Bunun nedeni bizim çalışmamızdaki bireylerin minimum yaş ortalamasının 28 yıl olması olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet değişkenini yeme tutum ölçeğine göre karşılaştırdığımızda kadınlarda görülen yeme bozukluğu oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Ancak cinsiyet faktörü ile yeme tutum davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.10). Benzer şekilde diğer çalışmalar da kadın bireylerin YTT-40 toplam puan ortalamalarını erkeklerden yüksek bulmuştur (Özkahya, 2015; Kitiş, 2019; Çok, 2020; Ayaz, 2021). Kitiş'in (2019) çalışmasında da bizim çalışmamızdaki gibi, kadın ve erkek katılımcılar arasında yeme bozukluğu riski açısından fark olmadığı saptanmıştır. Aynı şekilde Ayaz'da (2021) kadınlardaki bozulmuş yeme tutumu görülme oranını, erkeklerden yüksek bulmuştur. Bu durumun sebebi kadınların toplumdaki ideal vücut kavramına ulaşma arzusu, erkeklerden daha fazla diyet yapmaları, beden memnuniyetsizlikleri olabilir.

Çalışmamızda BKİ değerleri ile yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak yeme bozukluğu olan obez katılımcıların oranı normal veya hafif şişman katılımcıların oranından daha yüksek bulunmuş olup yeme bozukluğu oranı BKİ değerleri arttıkça artış göstermektedir (Tablo 4.11). Çalışmamızla benzer şekildeki literatürde yer alan çalışmalarda da BKİ ile yeme tutum toplam puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Oğur ve ark, 2016; Kitiş, 2019). Zayıf olanlardaki yeme bozukluğu riski, normal olanlara göre daha yüksektir (Kitiş, 2019). Oğur ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da çalışmamızla paralel şekilde BKİ'si normal olan kişilerde görülen bozulmuş yeme tutumu oranı, diğer kişilerdeki bozulmuş yeme tutumu oranından düşük olduğu görülmüş olup BKİ arttıkça yeme tutum testi puanının arttığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Çok'da (2020) çalışmasında BKİ grubu ile yeme tutum riski arasında farklılık saptamamıştır. Yine çalışmamızla paralel yöndeki bir diğer çalışmada da bireylerin BKİ değerleri arttıkça YTT-40 toplam puanının da arttığı gözlenmiştir (Köse ve Çıplak, 2020). Kadıoğlu'nun öğrencilerde yaptığı çalışmada hafif şişman veya obez olanların yeme bozukluğu riski, normal olanlara göre 2 kat, normal olanların yeme bozukluğu riski ise zayıf öğrencilere göre 2,9 daha fazla saptanmıştır (Kadıoğlu ve Ergün, 2015).

Kişiler genellikle stresli olduklarında yeme davranışlarını değiştirme eğilimine girmektedirler. Yeme davranışlarını hem akut hem de kronik stresin etkilediği ileri sürülmektedir. Stresin, kişilerdeki toplam kalori alımının azalması ve yüksek düzeyde doymuş yağ tüketiminin artması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Scott ve Johnstone, 2012). Özellikle iş hayatındaki değişimlerin anormal yeme davranışı ve obezite ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Stres kortizol hormonunun yükselmesine sebep olarak, metabolik sendrom ve abdominal obeziteye yol açabilmektedir (Nevanperä ve ark, 2012). Hantaş ve arkadaşları (2003) yaptıkları araştırmada kişinin yeme davranışındaki bozulmalar ile stres durumu arasında bir ilişki olduğunu belirtmiş ve kişiler stresin artmasıyla ya çok fazla yemek yemiş ya da yemek yeme davranışları azaltmışlar. 2010 yılındaki bir çalışmada da stresli çalışanlarda bildirilen bulimia nervoza prevalansının %0.21, anoreksiya nervoza %0,27 ve gece yeme sendromu %12,9 olduğu ileri sürülmüştür (Inoue ve ark, 2010). Şahin, yaptığı iş stresi ile yeme tutumu arasında pozitif yönde bir ilişki gözlemlemiştir (Şahin, 2017). Ohio eyaletindeki çalışmada düşük

iş stresi (30,4±0,7) algılayan hemşirelerin yüksek iş stresi (35,8±0,8) algılayan hemşirelere göre daha düşük yeme skoruna sahip oldukları ($p<0,05$) saptanmıştır (King ve ark, 2009). Çalışmamızda ise işteki stres durum değişkeni ile yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak iş yerinde stresli olduğunu belirten kişilerde görülen yeme bozukluğu oranı stresli olmayanlardan yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10).

Çalışmamıza katılan katılımcıların fiziksel aktivite yapma durumu ile yeme bozukluğu oranları karşılaştırdığımızda fiziksel aktivite yapan bireylerde görülen yeme bozukluğu oranı yapmayanlardan yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 4.11.). Çalışmamızla benzer şekilde 2017 yılındaki bir çalışmada da fiziksel aktivite yapan bireylerdeki yeme bozukluğu riski daha yüksek bulunmuş fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Karademir, 2017). Yine Günal'ın (2020) yaptığı çalışmada da fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan bireylerin YTT-40 puanının da yüksek olduğu görülmüştür. Ayaz'ın (2021) yaptığı çalışmada ise düzenli egzersiz yapan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, düzenli egzersiz yapmayan bireylerden yüksek bulunmuş olup yeme bozukluğu riski açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bunun sebebi düzenli egzersiz yapan kişilerin beslenmelerine daha az dikkat etmesi olabilir, bu konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Günlük uykunun yetersiz alınması, besin seçimlerini değiştirmekte, obezite artışına ve metabolik hastalıklara yol açabilmektedir (Morselli ve ark, 2010; Pierre ve Onge, 2013). Kilkus ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, artan iştah ve duygusal yeme davranışıyla kötü uyku kalitesi ilişkili bulunmuştur. 2010 yılında yapılan çalışmada ise toplam enerji alımı, kısa uyku süresine sahip olanlarda en yüksek, çok kısa ve uzun uyku süresine sahip bireylerde en düşük, bulunmuş ama çalışmanın sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Grandner ve ark, 2010). Bu çalışmaya paralel şekilde bizim çalışmamızda yeme bozukluğu ile uyku süreleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.16). Yine Öçal'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada da bizimle benzer şeklide enerji alımı ile uyku süreleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Artmış öğün sıklığı, genel enerji alımını ve kilo kaybı sırasında azot kayıplarını azaltarak, bazal metabolizma hızında potansiyel rol oynar ve vücut ağırlığının düzenlenmesinde olumlu bir etki yaratır. Amerikalı yetişkinlerde yapılan bir araştırmada artan yeme ve atıştırma sıklığı ile Sağlıklı Yeme İndeksi 2010 arasında pozitif yönde bir ilişki görülmüş, hem atıştırmalık sıklığı hem de yemek sıklığının daha iyi diyet kalitesi ile orta dereceli ilişkisi bulunmuştur. Özellikle üç ana öğün ve iki atıştırmalık tüketmenin kilo kaybı açısından önemli olabileceği ileri sürülmüştür (Murakami ve ark, 2016). Çayır ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada ara öğünlerini atlayanlar daha yüksek oranda obezite ile ilişkilendirilmiştir. Katılımcıların %78'inin her gün 3 ana, %1,8'inin 3 ara öğün yediği, ana öğün atlamayanların %24,1'inin, atlayanların %36.4'nün obez olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Çayır ve ark, 2011). Bachmann ve arkadaşları da günlük tüketilen atıştırmalık sayısını en çoktan aza doğru, en sık normal kilolu olup her dönem zayıf olanlar, kilosu değişken olan aşırı kilolularda ve en az da obez olanların tükettiğini gözlemlemişlerdir (Bachman ve ark, 2011). Çalışmamızda da öğün atlama ile YTT-40'a göre yeme bozukluğu açısından anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Ara öğün tüketme durumu ile yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.13).

Vardiyalı ve nöbet usulü çalışan kişilerde uyku bozuklukları, bellek ve konsantrasyon bozuklukları, tükenmişlik, yorgunluk, stres algısının daha yüksek olması, anksiyete bozuklukları ve depresyona eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Ruggiero, 2003; Saijo ve ark, 2008; THD, 2008). Bu durumda kişide benlik saygısı azalmakta, anksiyete ve huzursuzluk olmakta kişi daha asabi ve gergin olabilmektedir (Erkan, 2003; Hughes ve Stone, 2004). Ardekani ve arkadaşları (2008) yaptıkları araştırmada vardiyalı ve nöbet usulü çalışan kişilerde huzursuzluk, anksiyete ve depresyonun daha sık görüldüğünü gözlemlemişlerdir. Benzer bir sonuç da Kubo ve arkadaşlarının (2008) gece vardiyasında çalışan grupta anksiyete düzeyindeki yüksekliğin uyku bozukluklarıyla ilişkili olduğunu saptamasıdır. Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada da kişiler çalışma saatlerindeki değişimin fiziksel ve mental sağlıkları üzerinde bir veya birden fazla olumsuz etkisi olduğunu bildimişlerdir (Çalık ve ark, 2015). Şahin'de (2017) yaptığı araştırmada vardiyalı çalışanların depresyon

düzeylerinin vardiyasız çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bizim çalışmamız da tüm bu araştırmalarla paralal olarak nöbet ve vardiyalı çalışanlarda beck depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.17). Bu durumda sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir.

5.4. Katılımcıların YTT-40 Puanları ve Beck Depresyon Envanter Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yeme bozukluğunun sebepleri tam olarak bilinememektedir. Ancak yeme bozukluğuna etki eden en etkili psikopatoloji anksiyete ve depresyondur (Selvi ve ark, 2010). Yeme bozukluğu ile ilişkilendirilen diğer etkenler cinsiyet, psikoloji, genetik ve sosyokültürel ve etmenlerdir (Maner, 2001). Yeme tutumu ile depresyon ilişkisini destekleyen pek çok araştırma mevcuttur. Bunlardan biri Erol ve arkadaşlarının (2002) kişilerdeki düşük beden algısının depresyonu ciddi derecede etkilediğini gösteren çalışmadır. Bir diğer çalışmada da Şahin (2017), depresyon ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Bacacı (2019) ise çalışmasında, depresyon ve yeme tutumunun ikisininde negatif ve pozitif yönlü olarak değiştiğini ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda literatürü destekler nitelikte olup Beck depresyon envanter puanı ile YTT-40 arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.18).

Literatürde yapılan çalışmalardan da hareketle beden algısı ve kilo problemlerinin, yeme tutumu ve depresyonu desteklemekte olduğu görülmüştür (Luppino ve ark, 2010; Yu ve ark, 2011).

5.5. Katılımcıların Çalışma Şekli, YTT-40 Puanları ve Beck Depresyon Envanter Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Vardiyalı çalışma alışılmış çalışma saatlerinde olmadığı için sirkadiyen ritim bozulmakta, adrenalin salgısının ritimleri ve vücut ısısı düzensiz değişmektedir. Bu durumun sonucunda vardiyalı çalışan kişilerde hem biyolojik hem de ruhsal problemler görülebilmektedir (Demirbilek, 2004). Düzensiz çalışma saatleri nedeniyle kişiler sağlıklı yiyeceklere ulaşmakta zorluk çekmekte, kişilerin beslenme alışkanlıkları değişmekte ve bu da kişiyi gıda tüketiminde düzensizliğe, ayaküstü atıştırma eğilimine yönlendirmektedir. Bunun sonucunda da kişide iştah kaybı, hazımsızlık, kabızlık, ishal

gibi sağlık problemleri oluşmaktadır (Persson ve Martensson, 2006; Morikawa ve ark, 2007; Konturekve ark, 2011, Lowden ve ark, 2010). Oluşan bu beslenme bozuklukları nedeniyle vardiyalı çakışanlarda görülen insülin direnci, diabet, metabolik sendrom, gastrointestinal rahatsızlıklar ve santral obesitenin görülme sıklığı da gündüz çalışanlara göre daha fazla olmaktadır (Zhao ve Turner, 2008; Antunes ve ark, 2010; Konturek ve ark, 2011; Lowden ve ark, 2010). Vardiyalı işçiler üzerinde yapılan bir diğer araştırmada, işçilerin %83,7'si, vardiyalı çalışma süresince beslenme düzenlerinin bozulduğunu bildirmişlerdir (Zverev ve Mısırı, 2009). Çalışmamızda yeme tutum toplam puanı ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak vardiyalı çalışan grubun YTT-40 puanının nöbet usulü çalışanlardan yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.17).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada vardiyalı, nöbet usulü ve gündüz çalışan personelde yeme tutum şekli ve depresif belirti durumu düzeyleri arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Ek olarak yeme tutum şekli ve depresif belirti durumu düzeylerinin farklı demografik değişkenler ile nasıl farklılıklar gösterdiği incelenmiştir.

Çalışmada katılımcıların yeme tutum şekli ve depresif belirti puanı arasındaki ilişkiler incelenmiş olup Beck depresyon envanter puanı ile yeme ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Depresif belirti durumu ile çalışma şekilleri arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Vardiyalı ve nöbet usülü çalışan bireylerin Beck depresyon puanının, devamlı gündüz çalışan bireylerin Beck depresyon puanından yüksek olduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların yeme tutum biçimlerini çalışma şekilleri ile karşılaştırdığımızda yeme tutum puanı ile çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan toplam 266 kişide görülen yeme bozukluğu oranı %10,9'dur.

Çalışma cinsiyet ile depresif belirti ve yeme tutumları açısından incelendiğinde erkeklerin ve kadınların Beck depresyon envanter ve YTT-40 ölçeği puan ortalamaları ile göre, depresif belirti, yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kadınların yeme bozukluğu ve depresif belirti oranlarının erkeklerden yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan personellerin BKİ grupları arasında Beck depresyon envanter ve YTT-40 ölçeği puan ortalamaları ile depresif belirti, yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak nöbet usulü çalışan hafif şişman personellerin sıklığının, vardiyalı ve devamlı gündüz çalışan hafif şişman personellerin

sıklığından fazla olduğu görülmüştür. Nöbet ve vardiya usulü çalışan stresli olduğunu belirten personellerin sıklığı devamlı gündüz çalışan stresli olduğunu belirten personellerin sıklığından fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan personellerin çalışma şekli ile BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Nöbet usulü çalışan hafif şişman personellerin sıklığının, vardiyalı ve devamlı gündüz çalışan hafif şişman personellerin sıklığından fazla olduğu görülmüştür.

Öğün atlama değişkeni ile YTT-40'a göre yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Öğün atlayan bireylerde görülen yeme bozukluğu oranı, öğün atlamayanlarda görülen yeme bozukluğu oranından daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma katılımcıların gelir durumuna göre incelendiğinde, gelir durumunun depresif belirti düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı ancak gelir durumu giderden az olan bireylerin depresif belirti oranının gelir durumu giderle eşit veya daha fazla olan bireylerin depresif belirti oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sebeple kişilerin aldığı ücretler, iş motivasyonunu artıran, işte geçirilen süreyi verimli kılan düzeyde, çalışma saatleri, kişinin çalıştığı işin iş yoğunluğuna göre değerlendirilip düzenlenmesi önerilebilir kişilerin işlerine uygun ve kişiyi motive edici ücretlendirmeler yapılabilir.

Bireylerin iş yeri memnuniyet durum değişkenlerine bakıldığında, çalıştığı iş yerinden memnun olan grupta depresif belirtisi olmayan bireylerin oranı, depresif belirtisi olan bireylerin oranından yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). İş stres durumu ile YTT-40 ve Beck depresyon envanter düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

6.1. Öneriler

İş yeri memnuniyeti Gençlik ve Spor çalışanlarında depresyonu etkilemektedir. Bu sebeple kişilerin iş memnuniyetini artıracak projeler, toplantılar ve uyum programları düzenlenmeli, iş yerinde stres oluşumunu azaltmaya yönelik çözümler üretilmeli ve strese neden olabilecek faktörler en aza indirilmelidir.

Nöbet ve vardiyalı çalışanlardaki öğün atlama problemi için kişi çalışma günlerinden azından günde 3 ana öğün tüketilmesi konusunda teşvik edilebilir. Özellikle çalıştıkları kurumun yemekhane veya kantininden kişilerin çalışma saatlerine uygun olacak şekilde sağlıklı beslenme menüleri sunulabilir.

Yeme bozukluğu bir halk sağlığı sorunu olarak görülmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Özellikle iş yerlerinde bireysel ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak sağlıklı beslenme ve sağlığı geliştirmeye yönelik politikaların geliştirilmesi uygulanması yeme bozuklukları için etkili bir çözüm olabilir. Çalışan personellere sağlıklı beslenme konusunda akademik eğitim almış kişilerce hizmet içi doğru beslenme eğitimlerinin verilmesi sağlanabilir.

Bu verilere bakılarak çalışanların sağlıklı beslenme davranışının geliştirilmesine katkı sağlayacak eğitim ve müdahalelerin yapılması ve stresin olumsuz etkilerini iş yerlerinde azaltmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi önerilebilir.

Özellikle vardiyalı ve nöbet usulü çalışan bireylere tüm hayatları boyunca sürdürebilecekleri şekilde sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılmasına özen gösterilmelidir.

Türkiye'de ve tüm dünyada farklı iş kollarındaki kişilerin yeme tutumları, beslenme alışkanlıkları, uyku süreleri, iş stresleri ve başta depresyon olmak üzere diğer ruhsal rahatsızlıkları göz önünde tutularak daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması faydalı olabilir.

Vardiyalı kişilerin sağlık durumundaki az bir hasarla çalışma ve hizmet sürekliliğinin devam etmesi için kişilerin çalışma saatleri azaltılabilir veya izin günleri artırılabilir bu konularda da daha fazla çalışma yapılması önerilebilir.

Vardiya ve nöbet günlerinde çalışırken kişiler kafeinli içecek tüketim miktarı konusunda bilgilendirilmeli ve günlük kafein içeren içecekleri tüketimlerinin 2-3 kupayı geçmemesine özen gösterilmelidir.

7. KAYNAKLAR

Agh T, Kovacs G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Voko Z, vd. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. Eat Weight Disord, 2016; 21(3);353-364.

Akerstedt T, Wright KP. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. Sleep Med Clin, 2009;4: 257-271.

Alper Y. Depresyon psikoterapisi.(1.Baskı). Alfa Basım Yayıncılık, Bursa 2001

Altınok M. Yeme tutumları, duygusal yeme, farkındalıkla yeme ve ortoreksiyanın metakognisyonlar açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, İstanbul 2020; s.: 45-51.

Alvaro PK, Roberts RM, Harris JK. A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. Sleep 2013;36:1059-68.

Amani R, Gill T. Shiftworking, Nutrition And Obesity: İmplications For Workforce Health-A Systematic Review. Asia Pacific Journal Of Clinical Nutrition. 2013; 22(4):698-708.

American College Of Sports Medicine (ACSM), Acsm's Guidelines For Exercise Testing And Prescription, 6th Ed, Usa: Lippincott Williams & Wilkins, 2009:5-7.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Baskı. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

Antunes LC, Levandovski R, Dantas G, Caumo W, Hidalgo MP. Obesity And Shiftwork: Chronobiological Aspects. Nutrition Research Reviews, 2010; 23(1):155-168.

Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. Pak J Biol Sci 2008;11:1605-1609.

Arlı M, Anne ve Çocuk Beslenmesi, Pegem Yayınları, Ankara 2002.

Aslan S. Obsessif Kompulsif Bozukluğu Olan Bir Olguda Patolojik Kıskançlık, 2001; 26(1):40 -44.

Assisa MA, Kupek E, Nahas MV, Bellisle F. Food intake and circadian rhythms in shift workers with a high workload. Appetite, 2003;40(2):175-183.

Atkinson G, Fullick S, Grindey C, Maclaren D. Exercise, Energy Balance And The Shift Worker. Sports Med, 2008;38(8):671-685.

Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. Psikolojiye Giriş Çeviri: Yavuz Alogan. Arkadaş Yayınları, Ankara 2012.

Ayaz A. 18-65 yaş arası bireylerin yeme tutumu ve farkındalığının araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, istanbul 2021.

Aydın R, Baytunca M, Erermiş S. Pediatrik majör depresif bozukluğun genetik Özellikleri. The Journal of Pediatric Research, 2014; 1 (4): 174-179.

Bacacı M. Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı 18-65 Yaş Arası Bireylerde Vücut Algısının Yeme Tutumu ve Depresyon Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa 2019.

Bacak B, Kazancı E. Türk çalışma hayatında vardiyalı gece çalışan işçilerin karşılaştığı fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkilerin değerlendirilmesi. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 2014; (3): 6,132-149.

Bachman JL, Phelan S, Wing RR, Raynor HA. Eating Frequency İs Higher İn Weight Loss Maintainers and Normal-Weight İndividuals Than İn Overweight İndividuals. Journal Of The American Dietetic Association, 2011;111(11):1730-1734.

Barger LK, Lockley SW, Rajaratnam SM, Landrigan CP. Neurobehavioral, Health, and Safety Consequences Associated With Shift Work İn Safety-Sensitive Professions. Curr Neurol Neurosci Rep, 2009;9:155-164.

Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Kutluay-Merdol T ve ark. Beslenme Durumunun Saptanmaı. Diyet El Kitabı 5. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 2008; 67-142.

Baysal A. Beslenme. Hatiboğlu Yayınları 10. Baskı, Ankara 2004.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd edn. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J, An inventory for measuring depression. Archieves of General Psychiatry, 1961; 4, 561-571

Bekar A, Ersoy AF. The Evaluation Of Energy Expenditure And Nutritional Status Of The Workers İn The İndustry. Vocational Education, 2011;6(3):84-108.

Bernacchi DL. Bulimia nervosa: A comprehensive analysis of treatment, policy, and social work ethics. Social work, 2017;62(2):174-180.

Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe, Ankara 2013.

Blachowicz E, Letizia M. The Challenges Of Shift Work. Medsurg Nursing, 2006;15:274-80.

Blackburn I. Depresyon ve başa çıkma yolları. (4. Baskı). Çeviri: N. Şahin ve N. Rugancı, Remzi Kitabevi, Ankara 2002.

Boivin DB, Tremblay GM, James FO. Working on atypical schedules. Sleep Med, 2007;8: 578-589.

Bonnell EK, Huggins CE, Huggins CT, McCaffrey TA, Palermo C, Bonham MP. Influences on dietary choices during day versus night shift in shift workers: a mixed methods study. Nutrients, 2017;9(3):193-197.

Books C, Coody Lc, Kauffman R, Abraham S. Night Shift Work and its Health

Calam R, Waller G. Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study. Int J Eat Disord, 1998;24(4): 351-362.

Camkurt MZ. İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 2007; 20(6):12-17.

Can S, Arslan E, Ersöz G. Güncel Bakış Açısı ile Fiziksel Aktivite. Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi, 2014;12.S.1-10.

Caruso CC. Negative İmpacts Of Shiftwork and Long Work Hours. Rehabil Nurs 2014;39(1):16-25.

Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ. 2006;332(7540):521-525.

Chen J, Lin Y, Hsiao S. Obesity and high blood pressure of 12-hournightshift female clean-room workers. Chronobiology International, 2010; 27:2: 334-344.

Chial HJ, McAlpine DE, Camilleri M. Anorexia nervosa: manifestations and management for the gastroenterologist. Am J Gastroenterol 2002; 97(2):255-269.

Costa G, Di Milia L. Aging and Shift Work: A Complex Problem To Face. Chronobiol Int. 2008;25(2-3):165-181.

Costa G. Shift Work and Occupational Medicine: an Overview. Occupational Medicine, 2003; 53:83-88.

Costa G. The İmpact Of Shift and Night Work On Health. Appl Ergon, 1996;27:9-16.

Culpepper L. The social and economic burden of shift-work disorder. J Fam Pract, 2010; 3-11.

Çalık KY, Aktaş S, Bulut HK, Özdaş EA. Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri. 2015;2(1):33-45.

Çalıyurt O. Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne 1998; s74-78.

Çayır A, Atak NK, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2011;64(1):013-019.

Çelik S. Ücret Sistemleri ve Performansa Dayalı Ücret. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul 2019.

Çevik A, Volkan VD. Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi 1993; 2:109-122.

Çok G. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı ve Beslenme Durumunun İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2020.

Davison G, Neale J. Yeme bozuklukları, Çeviri: İhsan Dağ, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004;29

Davison GC, Neale JM. Abnormal Psychology (8. Baskı). John Wiley & Sons Şirketi, New York, 2001;2 (5): 240-245.

Deering S. Eating Disorders: Recognition, Evaluation and Implications for Obstetrician/Gynecologists. Primary Care Update Obtetricians/ Gynecologists, 2001; 8(1): 31-35.

Demir HP, Elkin N, Barut AY, Bayram HM, Averi S. Vardiyalı Çalışan Sağlık Personelinin Uyku Süresi ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;(2):89-107.

Demirbilek T. Vardiyalı Çalışmanın Kadının Aile ve Sosyal Yaşamına Etkisi. Süiibf Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2004;7:77-98.

Demirci T. Bir Vakıf Hastanesinde Çalışan Vardiyalı ve Vardiyasız Sağlık Personellerinin Yeme Davranışları ve Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik, İstanbul 2017.

DeMoss C, Mcgrail M, Haus E, Crain L, Asche S. Health and performance factors in health care shiftworkers. Journal of Occupational Enviromental Medicine, 2004; 46: 1278-1281.

Deniz MŞ. Uyku Süresi ile Enerji Harcaması ve Besin Alımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Beslenmeve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Başkent Üniversitesi, 2014.

Devran BS. Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Yayınlamamış Yüksek Lisan Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, 2014.

Dittner AJ, Wessely SC, Brown RG. The assessment of fatigue: a practical guide for clinicians and researchers. J Psychosom Res, 2004; 56:157-170.

Doğan O, Depresyonun epidemiyolojisi Duygudurum Dizisi. 1. Pp, 2000; 29-38.

Dragan A, Akhtar-Danesh N. Relation between body mass index and depression: a structural equation modeling approach. BMC Medical Research Methodology, 2017: 7;17-25.

Duffy JF, Zeitzer JM, Czeisler CA. Decreased sensitivity to phase-delaying effects of moderate intensity light in older subjects. Neurobiol Aging, 2007;28:799-807.

Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO, Exercise Treatment For Depressio, American Journal Of Preventive Medicine, 2005;28:1-8.

Durak M, Durak Ş, E. ve Kocatepe U. (Ed.). Aklımın aklı: Psikoloji (2.Baskı). Nobel Yayınevi, Ankara 2016.

Ekiz D. Eğitimde Araştırma Yöntem ve Metotlarına Giriş: Nitel, Nicel ve Eleştirel Kuram Metodolojileri. Anı Yayıncılık, Ankara 2003.

Elliott MA, Brewster SE, Thomson JA, Malcolm C, Rasmussen S. Testing the bi-dimensional effects of attitudes on behavioural intentions and subsequent behaviour. Br J Psychol, 2015;106(4);656-674.

Emül M, Güler Ö. Erkeklerde Anoreksiya Nervoza Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2008; 1(1):76-80.

Erbaş S. Yeme Tutumlarının Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinde İncelenmesi. Yayımlanmış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2015.

Erbay LG, Seçkin Y. Yeme bozuklukları. Güncel Gastroenteroloji, 2016; 20(4): 473-477.

Ercan A. Yeme Bozuklukları. Tüfekçi Alphan E, Editör. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. Hatiboğlu Yayımcılık, Ankara 2013.

Erkan N. Verimlilik, Sağlık ve Güvenlik İçin İnsan Faktörü Mühendisliği Ergonomi, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2003;373.

Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002;13(1): 48-57.

Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narryative review. Behav Sci (Basel), 2020;10(4):52-59.

Eyrenci Ö, Taşkent S, Ulucan D. Bireysel İş Hukuku. Legal Yayıncılık, İstanbul 2005.

Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. The Lancet, 2003; 361(9355):407-416.

Fernandez-Nino JA, Bonilla-Tinoco LJ, Astudillo-Garcia CI, Manrique-Hernandez EF, Giraldo-Gartner V. Association Between The Employment Status and The Presence Of Depressive Symptoms İn Men and Women İn Mexico. Cad Saude Publica 2018;34:E00219617.

Fouad MF, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Prev Control, Syria 2006;2(2): 85-94.

Froy O. Metabolism and circadian rhythms - implications for body weight. Toneuroej, 2010;3:28-37.

Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med, 1979; 9(2);273-279.

Gedikli FG. Otomotiv Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir İşyerinde Vardiya Sistemi ile Yapılan Çalışmanın Sağlık ve Güvenlik Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2008.

Gelder M, Psychiatry and Medicine. Oxford University Press, England 1996.

Geniş B, Cosar B, Taner ME. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Durumu Etkileyen Faktörler ve Vardiyalı Çalışma Sisteminin Etkileri. J Psychiatric Nurs, 2020;11(4):275-283.

Gifkins J, Johnston A, Loudoun R. The impact of shift work on eating patterns and self-care strategies utilised by experienced and inexperienced nurses. Chronobiol Int., 2018;35(6):811-20.

Gilbert P. (). Depresyon. (3. Baskı). (N. Yener, Çev.). İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1997), 2009.

Gordon R. Anorexia and bulimia, Anatomy of a social epidemic. Basil Blackwell,1990.

Gök M. Kadınların İş Yerindeki Çalışma Saatlerine Göre Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa 2020; s: 26-40.

Grander MA, Drummond SPA. Who are the long sleepers? Towards an understanding of the mortality relationship. Sleep Med. Rev. 2007;11(5): 341- 360.

Grandner MA, Kripke DF, Naidoo N, Langer RD. Relationships among dietary nutrients and subjective sleep, objective sleep, and napping in women. Sleep Med, 2010;11:180-184.

Guo Y, Liu Y, Huang X, Rong Y, He M, Wang Y, et al. The effects of shift work on sleeping quality, hypertension and diabetes in retired workers. PLoS One, 2013;8:e71107.

Güleç C. Toplum Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ed: Güler Ç. Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 3.Cilt. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2012: 1822-27.

Güler Ç. Ergonomi. Palme Yayıncılık, Ankara 2004.

Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. "Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler" In Yeni Symposium. September, 2012;50:25-29.

Günal H. Akademik Personelin Duygusal İştah Durumu, Yeme Tutumu ve Fiziksel Aktivite Parametrelerinin Antropometrik Ölçümlere Etki Sİ.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2020.

Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A. Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010;9(3): 209-216.

Halim A, Hasking P, Allen F. The role of social drinking motives in the relationship between social norms and alcohol consumption. Addictive Behaviors, 2012:37; 1335-1341.

Hantaş Y, Maner F, Erkıran M, Turan F, Gökalp P. Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları, 2003.

Harma M. "Gece Vardiyası", Çalışma Ortamı, 1996;(25):19-20.

Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. Intern Med J, 2020: 50(1):24-9.

Hemiö K, Puttonen S, Viitasalo K, Härmä M, Peltonen M, Lindström J. Food and nutrient intake among workers with different shift systems. Occupational and Environmental Medicine, 2015;72(7):513-520.

Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. Curr Opin Psychiatry, 2016;29(6):336-9.

Hughes RP Stone. The Perils Of Shift Work; Evening Shift, Night Shift, And Rotating Shifts: Are They For You? Ajn, 2004; 104(9): 62-69.

Hulsegge G, Boer J, van der Beek AJ, Verschuren WM, Sluijs I, Vermeulen R, Sluijs I, Vermeulen R, Proper KI. Shift workers have a similar diet quality but higher energy intake than day workers. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2016; 42(6): 459-468.

Hulsegge G, Picavet HSJ, Van Der Beek AJ, Verschuren WM, Twisk JW, Proper KI. Shift Work, Chronotype and The Risk Of Cardiometabolic Risk Factors. Eur J Public Health, 2018;29(1):128-134.

Inoue K, Iwasaki S, Yamauchi T, Kiriike N. Eating Disorders İn The Workplace. Seishinshinkeigaku Zasshi, 2010; 112(8): 758-763.

International Labour Office (ILO)(2004). What is shift work? Information sheet no. WT-8, Geneva https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/ public/---ed_protect/---protrav/---travail/ documents/publication/wcms_170713.pdf Accessed November, 2019.

Ishizaki M, Morikawa Y, Nakagawa H, Honda R, Kawakami N, Haratani T, Et Al. The İnfluence Of Work Characteristics On Body Mass İndex and Waist To Hip Ratio İn Japanese Employees. Industrial Health, 2004;42(1):41-49.

İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal yeme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2018; 27(1): 70-82.

Jackson-Koku G. Beck Depression Inventory. Occupational Medicine, 2016; 66-2: 174-175.

Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in the Czech republic-crosssectional epidemiologic pilot study. Biomed Papers, 2004:148(2);189-191.

Kadıoglu M, Ergun A. The Eating Attitudes Of The University Students, Self- Efficacy And Affecting Factors. J Marmara Univ Inst Heal Sci, 2015: 5(2);96-104.

Karademir M. Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Yeme Tutumlarının Saptanması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2017.

Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011;45:65-74.

Katırcı AN. Klinik Olmayan Örneklemde Otomatik Düşüncelerin Yeme Tutumuna Etkisi ve Diğer Değişkenler ile İlişkisinin İncelenmesi. Ü.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2018.

Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. Psychiatr Clin North Am, 2019: 42(1);45-57.

Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. Nat Rev Neurosci, 2009:10(8);573-584.

Kazkondu İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010.

Keser A, Karataş E. Sirkadiyen ritim ve metabolizma: Obezite üzerine etkileri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015: 24; 13-119.

Kızılgök S. Üniversite Öğrencilerinde Kişisel ve Ailesel İşlevselliğin Depresyonanksiyete Riskine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana 2018.

Kilkus JM, Booth JN, Bromley LE, Darukhanavala AP, Imperial JG, Penev PD. Sleep and eating behaviour in adults at risk for type 2 diabetes. Obesity (Silver Spring), 2012: 20; 112-117.

King KA, Vidourek R, Schwiebert M. Disordered Eating And Job Stress Among Nurses. Journal Of Nursing Management, 2009: 17(7); 861-869.

Kitiş Ç. Hastanelerin Diyet Polikliniklerine Başvuran Hastaların Yeme Tutumları ve Yeme Farkındalıklarının Belirlenmesi. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya 2019.

Knutson A, Akerstedt T, Aonsson BG. Prevalence Of Risk Factors For Coronary Artery Disease Among Day and Shift Workers. Scandinavian Journal of Work. Environment & Health, 1988: 14(5); 317-321.

Knutsson A. Health Disorders Of Shift Workers. Occupatioanal Medicine, 2003: 53;103-108.

Konturek PC, Brzozowski T, Konturek Sj. Gut Clock: İmplication Of Circadian Rhythms İn The Gastrointestinal Tract. J Physiol Pharmacol, 2011;62(2):139-150.

Kooistra LC, Wiersma JE, Ruwaard JJ, Riper H, Penninx WJHB, Oppen P. Six-year healthcare trajectories of adults with anxiety and depressive disorders: Determinants of transition to specialised mental healthcare. Journal of Affective Disorders, 2018;241(1):226-234.

Korkusuz R. Vardiyalı (Postalar Halinde) çalışma ve Türk İş Hukuku'ndaki düzenlemesi. GÜHFD, 2005;1-2: 67-85.

Koruk İ, Şahin TK. Konya Fazilet Uluışık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. Genel Tıp Derg, 2005;15(4):147-155.

Kose G, Ciplak E. Mindful Eating Questionnaired: Eating Control, Emotional Eating and Conscious Nutrition Trio. Prog Nutr, 2020;22(2):555-561.

Kostul N. Vardiya ve gece çalışmasının hemşireler üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1996.

Köroğlu E. Klinik Uygulamada Psikiyatri: Tanı ve Tedavi Kılavuzları. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2009.

Köroğlu E. Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? Beşinci Baskı Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara 2017.

Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri. HYB Yayıncılık, Ankara 2013.

Köroğlu E. Psikiyatri El Kitabı. HYB Yayıncılık, Ankara 2005.

Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL. Mortality associated with sleep duration and insomnia. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59:131-136.

Kubo T, Maruyama T, Shirane K, Otomo H, Matsumoto T, Oyama I. Anxiety About Starting Three-Shiftwork Among Female Workers: Findings From The Female Shift-Workers' Health Study. J Uoeh, 2008; 1(30):1-10.

Küey GA. Ergenlerde Yeme Bozuklukları (ed). Çuhadaroğlu, F. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2008.

Leichner P, Arnett J, Rallo JS, Srikameswaram S, Vulcano B. An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. Int J Eat Disord, 1986;5(6): 969-982.

Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. Clinical Psychology Review, 2017;58: 125-140.

Lowden A, Moreno C, Holmbäck U, Lennernäs M, Tucker P. Eating And Shiftwork Effects On Habits, Metabolism, And Performance. Scandinavian Journal Of Work, Environment&Health, 2010;36(2):150-162.

Lucas A, Has The İncidence Of Anorexia Nervosa İncreased Since The 1930's?", Neuropsychiatrie De L'enfance Etde L'adolescence, 1993;5-6: 260-263.

Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Zitman FG. Over-weight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry, 2010;67:220-29.

Maner F. Yeme Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 2001;5: 130-139.

Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. J Eat Disord, 2015;3(11):18.

Mete H. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2008;11 (3): 3-18.

Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M. Niespecyficzne zaburzenia odzywiania się - subiektywny przeglad. Psychiatr Pol, 2016; 50(3);497-507.

Morikawa Y, Nakagawa H, Miura K, Soyama Y, Ishizaki M, Kido T. Effect Of Shiftwork On Body Mass İndex And Metabolicparameters. Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health, 2007;3:45-50.

Morrison AP, The İnterpretation Of İntrusions İn Psychosis: An İntegrative Cognitive Approach To Hallucinations and Delusions. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2001;29(3):257-276.

Morselli L, Leproult R, Balbo M, Spiegel K. Role of sleep duration in the regulation of glucose metabolism and appetite. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2010;24:687-702.

Mostafavi SA, Akhondzadeh S, Mohammadi MR, Eshraghian MR, Hosseini S, Chamari M, et al. The reliability and validity of the persian version of three-factor eating questionnairer18 (TFEQ-R18) in overweight and obese females. Iran J Psychiatry, 2017;12(2):100-108.

Mota MC, Waterhouse J, De-Souza DA, Rossato LT, Silva CM, Araújo MB, ve Ark. Association Between Chronotype, Food İntake and Physical Activity İn Medical Residents. Chronobiol Int, 2016;33(6):730-739.

Murakami K, Livingstone MBE. Associations Between Meal and Snack Frequency and Diet Quality İn Us Adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2012. Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics, 2016;116(7): 1101-1113.

Müftüoğlu S, Parlakyiğit A, Vardiyalı Çalışan İşçilerin Fiziksel Aktivite, Duygudurumu ve Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020;5(1):10-21.

Naimi S, Hampton SM, Richard P, Tzung C, Morgan LM, Postprandial metabolic profiles fllowing meals and snacks eaten during simulated night and day shift work. Chronobiology International, 2004; 21(6):937-947.

Narin R. Glikoz Üretimi. Yeni Tıp Dergisi, 2013; 4:232-239.

Natvik S, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N, Sivertsen B, Pallesen S. Personality factors related to shift work tolerance in two -and three- shift workers. Appl Ergon, 2011;42:719-724.

Navruz S. Vardiyalı çalışan sağlık personelinde metabolik sendrom sıklığının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi, 2015.

Nayak SV, Kini R, Shetty U, Rao PK, Kashyap RR, Bhandarkar G. Pica-an eating disorder: A report and review. Archives of Medicine and Health Sciences. 2017;5(1):82-84.

Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2011;1(2): 5-12.

Nea FM, Pourshahidi LK, Kearney JM, Livingstone MBE, Bassul C, Corish CA. A qualitative exploration of the shift work experience: the perceived effect on eating habits, lifestyle behaviours and psychosocial wellbeing. J Public Health, 2018;40(4):482-92.

Nevanperä NJ, Hopsu L, Kuosma E, Ukkola O, Uitti J, Laitinen Jh. Occupational Burnout, Eating Behavior, And Weight Among Working Women. The American Journal Of Clinical Nutrition, 2012;95(4):934-943.

Nicholson PJ, D'Auriat DAP. Shiftwork, Health, The Working Time Regulations and Health Assessments. Occup Med, 1999; 49(3):127-137.

Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders, 2000;28:3-11.

Noble RE. Depression in Women, Metabolism; 2005; 54 (5 Suppl 1): 49-52. Dünya Sağlık örgütü (WHO), 2022.

Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016;12:213-218.

Ogińska H, Pokorski J, Ogiński A. Gender, ageing and shiftwork intolerance. Ergonomics, 1993;36:161-168.

Oğur S, Aksoy A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilim Dergisi, 2016; 5(1):14-26.

Okumuş EE, Deveci E. Yeme Bozukluklarında Grup Psikoterapileri.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2019;11 (3):338-350.

Øyane NMF, Pallesen S, Moen BE. Akerstedt T, Bjorvatn B. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. Plos one, 2013;8(8):e70228.

Öçal Ö. T.C. Acıbadem Maslak Hastanesi beslenme ve diyet polikliniğine başvuran yetişkin bireylerde besin tüketiminin pıttsburgh uyku kalitesi ölçeği ile ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara 2015.

Özcan Ç, İş Stres Düzeyi, Beslenme Durumu, Diyet Kalitesi ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2018; s:57-63.

Özçelik A. Sağlık Personelinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Gıda, 2000; 25(2): 93-99.

Özkahya KD. Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nervoza ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2015.

Özkan N, Bilici S. Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: sezgisel yeme ve yeme farkındalığı, New approaches in eating behavior: intuitive eating and mindful eating. Gazi üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, 2018; 3(2):16-24.

Özmutaf NM. Örgütlerde İnsan Kaynakları ve Stres: Ampirik Bir Yaklaşım. Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi, 2006;23(1-2): 75-81.

Öztayıncı N. Beden Kütle İndeksi Farklı Yetişkin Kadınlarda Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2019.

Öztürk O, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara 2008.

Özvurmaz S, Öncü AZ. The Effect Of Shitf Working And Rotating Shifts On Nurses. Journal Of Adnan Menderes University Health Sciences Faculty, 2018;2(1):39-46.

Özyurt BC, Deveci A. Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2010;4: 3-7.

Papantoniou K, Devore EE, Massa J, Strohmaier S, Vetter C, Yang L, Et Al. Rotating Night Shift Work And Colorectal Cancer Risk İn The Nurses' Health Studies. Int J Cancer, 2018;143(11):2709-17.

Pekşen Arı Ö. Vardiyalı çalışma düzeninin işgörenin işten ayrılma niyetine etkisi: Bursa'daki beş yıldızlı şehir otellerinde bir uygulama. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013.

Perçinel İ, Yazıcı KU, Bilaç Ö, Köse S, Özbaran B. Anoreksiya Nervozalı Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Biliş. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2015;7(2): 178-189.

Persson M, Martensson J. Situations İnfluencing Habits İn Diet And Exercise Among Nurses Working Nights Hift. Journal Of Nursing Management, 2006;14: 414-423.

Pierre M, Onge St. The role of sleep duration in the regulation of energy balance: effects on energy intake and expenditure. Journal of Clinical Sleep Medicine, 2013;9: 1-17.

Polnay A, James VA, Hodges L, Murray GD, Munro C, Lawrie SM. Group Therapy For People With Bulimia Nervosa: Systematic Review and Meta-Analysis. Psychological Medicine, 2014; 44(11): 2241-2254.

Puca FM, Perrucci S, Prudenzano MP, Savarese M, Misceo S, Perilli S, Palumbo M, Libro G, Genco S. Quality of life in shift work syndrome. Funct Neurol, 1996;11:261-268.

Raha B, Sarma S, Thilakan P, Punnoose ZM. Rumination disorder: An unexplained case of recurrent vomiting. Indian J Psychol Me, 2017;39(3):361-363.

Rajaratnam SM, Barger LK, Lockley SW, Shea SA, Wang W, Landrigan C, Et Al. Sleep Disorders, Health, And Safety İn Police Officers. Jama, 2011;306:2567-2578.

Ramin C, Devore EE, Wang W, Pierre-Paul J, Wegrzyn LR, Schernhammer Es. Night Shift Work At Specific Age Ranges and Chronic Disease Risk Factors. Occup Environ Med. 2015;72(2):100-107.

Rikani AA, Choudhry Z, Choudhry AM, Ikram H, Asghar MW, Kajal D, et al. A critique of the literature on etiology of eating disorders. Ann Neurosci, 2013; 20(4):157-161.

Ruggiero JS. Correlates of fatique in critical care nurses. Research in Nursing&Health, 2003;26(2): 434-444

Saijo Y, Ueno T, Hashimoto Y. Twenty-Four-Hours Hiftwork, Depressive Symptoms, And Job Dissatisfaction Among Japanese Firefighters. American Journal Of İndustrial Medicine, 2008;51(5): 380-391.

Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, Harvey A, Costa G, Pallesen S. Personality factors predicting changes in shift work tolerance: A longitudinal study among nurses working rotating shifts. Work Stress, 2012;26:143-160.

Samaha E, Lal S, Samaha N, Wyndham J. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. Journal of advanced nursing, 2007;59(3):221-232.

Santonicola A, Gagliardi M, Guarino MPL, Siniscalchi M, Ciacci C, Iovino P. Eating disorders and gastrointestinal diseases. Nutrients, 2019; 62: 11(12);1-17.

Saraçoğlu GV, Tokuç B, Doğan S, Çelikkalp Ü, Saraçoğlu A. Seçilen İki Fabrikada Vardiyalı Çalışanlarda Gündüz Uykululuğu Sıklığı ve Gündüz Uykululuğuna Bağlı Anksiyete ve Depresyon Riski. Turk J Public Health, 2015;13(3): 17-25.

Savaşır I, Neşe Erol. Yeme tutum testi: Anoreksia nervosa belirtiler indeksi. Vol. 7, Journal of Psychology, 1989;3:19-25.

Scott C, Johnstone AM. Stress and Eating Behaviour: İmplications For Obesity. Obesity Facts. 2012;5(2):277-287.

Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010;3: 238-243.

Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A, Yontar G, Kuğu N. Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, 2013;24(3):149-157.

Sezgin T. Çalışma Süresi Modellerindeki Değişim ve Çalışan Sağlığı Üzerine Etkileri. Çsgb Çalışma Dünyası Dergisi, 2013;1:137-143.

Shields M. Shift Work and Health. Health Rep, 2002;13:11-33.

Shroff H, Thompson K. Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influence, International Journal of Eating Disorders, 2004;35.2.

Smink FR, Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. Int J Eat Disord, 2014;47(6):610-619.

Soulsby L. Bennett K. Marriage and psychological wellbeing: The role of socialsupport. Psychology, 2015;6 (11): 1349-1359.

Sözen S, Bilir N, Yıldız AN, Yıldız E, Sözen T. Nutrition Habits And Related Anthropometric Measurements Of Employees Working At An İnstitution Of Metal İndustry. Toplum Hekimliği Bülteni, 2009;28(3):7-14.

Sözlü S, Şanlier N. Sirkadiyen Ritim, Sağlık ve Beslenme İlişkisi. Türkiye Klinikleri. Journal Of Health Sciences, 2017;2(2):100-109.

Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, ıncidence, ımpairment, and course of the proposed dsm-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. Journal of Abnormal Psychology, 2012;12: 1-13.

Strand M, Von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. Int J Eat Disord, 2019;52(4);331-260.

Striege M. Toward an understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 1986; 41: 54-58.

Striegel-Moore RH, Cachelin FM. Etiology of eating disorders in women. Couns Psychol, 2001;29(5):635-661.

Ströhle A. Physical Activity, Exercise, Depression And Anxiety Disorders. J Neural Transm, 2009;116: 777-784.

Şahin G. Ağır sanayi kuruluşunda çalışan erkeklerde iş stresi, yeme tutumu, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Işıl Üniversitesi, İstanbul 2017; 3:34-36.

Şehit K, Anulb N, Batarc N, Cind P, Ekici G. Vardiyalı çalışan mutfak personelinin yeme davranışı, beden kütle indeksi ve bel-kalça oranlarının değerlendirilmesi. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 2019: 1(2): 197-184.

Şenol V, Soyuer F, Güleser GN. The Effects of the Sleep Quality of 112 Emergency HealthWorkers in Kayseri, Turkey on Their Professional Life. Turk J Emerg Med, 2014;14(4):172-178.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Beslenme Rehberi (Tüber). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2016.

Tamagawaa R, Lobb B, Boothc R. Tolerance of shift work. Appl Ergon, 2007;38:635-642.

Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006;3:100-108.

Tekin G, Tayfun Amman MT, Tekin A. Serbest Zamanlarda Yapılan Fiziksel Egzersizin Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Atılganlık Düzeylerine Etkisi" International Journal Of Human Sciences, 2009;6:148-159.

THD (Türk Hemşireler Derneği). 7 gün-24 saat / hasta başında Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları. Ankara: 2008. (Güncelleme tarihi: 10.10.2012; Erişim tarihi: 10.10.2014). mebk12.meb.gov.tr/meb_iys.../04111333_trkhemrelerderne.docx

Todd G. Yeme Bozuklukları Yaşanmış Öyküler, Pratik Öneriler, Uygulamalar (2. Baskı). (Nur Yener, Çev). İstanbul: Kuradışı Yayıncılık. 2019.

Tokuç B, Turunç Y. Ekuklu G. Edirne'de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2011;1(42):39-44.

Topkara G. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Yetişkin Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2014.

Toros F. Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. (1. Bakı) içinde. (150-156). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, 2016.

Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Lancet. 2020; 395(10227):899-911.

Troop N, Treasure J. Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life events and difficulties, British Journal of Medical Psychology, 1997, 70.4:25-27.

Turan S, Özdemir A, Poyraz CA. Tıkınırcasına yeme bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2015;7(4): 419-435.

Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir göz-den Geçirme. 2011.

Türkçapar MH. Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 1. Baskı, 2018.

Uğurlu D. Hemşirelerde çalışma düzeninin uyku kalitesi ve ruhsal durum üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar 2015; 96-99.

Uğurlu TT, Kadın Tekstil İşçilerinde Vardiyalı Çalışmanın Uyku ve Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli 2014; 35-51.

Ulaş B, Genç MF. Metin Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum Ve Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 17(3): 187-193.

Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık Yüksek Okul Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 2: 15-22.

Ulusoy HG. Vardiyalı sağlık çalışanlarında sirkadiyen ritim ve beslenme durumunun değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2020.

Ursavaş A, Ege E. Uyku Apne Sendromu ve Trafik Kazaları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30 (1):37-41.

Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi, 2015;2(2), 187-197.

Uzbay T. Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004;7 (4), 3-11.

Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice Y. ve Kırlı S. (). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002; (5): 8-12.

Ünalan D, Öztop BD, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir Grup Sağlık Yüksek Okul Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2009;16 (2), 75-81.

Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011;22 (4):56-65.

Viinikainen J, Bryson A, Bockerman P, Elovainio M, Pitkanen N, Pulkki-Raback L, Et Al. Does Education Protect Against Depression? Evidence From The Young Finns Study Using Mendelian Randomization. Prev Med, 2018;115:134-139.

Vrijkotte TG, Van Doornen LJ, De Geus EJ. Effects of work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. Hypertension, 2000;35(4):880-886.

Wolff GE, Clark MM. Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. Eating Behaviors, 2001;2(2):97-104.

Word Health Organization (2022). Erişim: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-kunskapsveckan-week-of-knowledge-1-november-2022], Erişim Tarihi: 11.01.2023

Working Time Direction. Erişim: [http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPageId=205], Erişim Tarihi: 10 Aralık 2022

Wright KP, Bogan RK, Wyatt JK. Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). Sleep Med Rev, 2013;17: 41-54.

Xiang H, Han J, Ridley WE, Ridley LJ. Pica : Eating disorder. J Med Imaging Radiat Oncol, 2018; 1;97-98.

Yates A. Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1989; 28: 6-14.

Yıldırım İ, Özçevik K, Özer S, Canyurt E, Tortop Y. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite ile Depresyon İlişkisi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2015;9: 41-47.

Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. Vardiyalı çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği konuları. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını. Aydoğdu Ofset, Ankara 2012;2:64-75.

Yu Y, Srinivasan M, Nakanishi S, Leatherwood J, Shilatifard A, Sternglanz R. A conserved patch near the C terminus of histone H4 is required for genome stability in budding yeast. Mol Cell Biol, 2011;Jun,31(11):2311-2325.

Zhao I, Turner C. Theimpact of Shiftwork on People's Daily Health Habits And Adverse Health Outcomes. Australian Journal of Advanced Nursing, 2008; 25(3): 8-17.

Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry, 2015;2(12):1099-1111.

Zverev Y, Misiri H. Perceived Effects Of Rotating Shiftwork On Nurses' Sleep Quality And Duration. Malawi Medical Journal, 2009; 21(1):19-21.

EK-1

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - XAEK-03)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Niğde Gençlik ve Spor İl Müdürlüğüne bağlı vardiyalı ve gündüz çalışan personelde yeme tutum şekli ve depresif belirti durumu
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ		
	ETİK KURULUN ADI	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11
	FAKS	0 352 437 52 85
	E-POSTA	serifeserim@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ			
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Prof.Dr Ahmet Öztürk	
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı	
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Kayseri	
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI/ ADI SOYADI		
	DESTEKLEYİCİ		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ		
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	
		FAZ 2	
		FAZ 3	
		FAZ 4	
		Gözlemsel ilaç çalışması	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	
		İlaç dışı klinik araştırma	
		Diğer ise belirtiniz	Yüksek Lisans Tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ x	ÇOKMERKEZ ☐ ULUSAL x ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Niğde Gençlik ve Spor İl Müdürlüğüne bağlı vardiyalı ve gündüz çalışan personelde yeme tutum şekli ve depresif belirti durumu
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BİRİLEN BELGELER

BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe [ ]	İngilizce [ ]	Diğer [ ]

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER

BELGE ADI		Açıklama
SİGORTA	[ ]	
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	[ ]	
BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	[ ]	
İLAN	[ ]	
YILLIK BİLDİRİM	[ ]	
SONUÇ RAPORU	[ ]	
GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	[ ]	
DİĞER	[ ]	

KARAR BİLGİLERİ

Karar No : 2021/80 Tarih : 03.02.2021

Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sema Kader KÖSE

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişki		Katılım (*)	
Prof. Dr. Sema Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı.	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [x]	H [ ]	E [ ]	H
Doç. Dr. Yusuf SEVİM	Genel Cerrahi	Kayseri Eğitim Hast.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek.Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Doç. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Doç. Dr. Sergül TAHERİ	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Doç.Dr.Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Doç. Dr. Adnan BAYRAM	Anest ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Dr.Öğr.Üyesi Oktay BOZKURT	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Dr.Öğr.Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E [x]	K [ ]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Av. Tuğba TANRIVERDİ	Avukat	E.Ü. Tıp Fak.	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [x]	H
Sevtap KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E [ ]	K [x]	E [ ]	H [x]	E [ ]	H

*: Toplantıda Bulunma

EK-2

T.C.
NİĞDE VALİLİĞİ
Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü

Sayı : E-82180603-799-47712 18.01.2021
Konu : Anket

VALİLİK MAKAMINA

İl Müdürlüğümüz çalışanı 203698 sicil numaralı Diyetisyen Ayşe Pınar ENES, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Bölümü yüksek lisans öğrencisi olup 2021-2022 öğretim yılında "Niğde Gençlik ve Spor İl Müdürlüğüne bağlı Vardiyalı ve Gündüz Çalışan Personelde Yeme Tutum Şekli ve Depresif Belirti Durumu" adlı konuyu araştırmak üzere anket uygulamak istemektedir.

Makamlarınızca uygun görülmesi halinde İl Müdürlüğümüz çalışanlarına bahsi geçen anketin uygulanmasını olurlarınıza arz ederim.

İlker ÖTGÜNLÜ
İl Müdürü

OLUR
Cemil KILINÇ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek: Dilekçe (8 sayfa)

47149876 - 47149876 - 47149876 - 4714988

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Yukarı Kayabaşı Mahallesi Süleyman Fethi Caddesi Dışarı Camii Sokak No : 20
MERKEZ/NİĞDE Tel: 0 (388) 232 34 21-22-23 Fax : 0(388) 232 34 27
Kep: nigdegencliikvespor@hs01.kep.tr - E-posta: nigde@gsb.gov.tr

Bilgi için:Mustafa BUĞA
Büro Personeli

EK-3

NİĞDE GENÇLİK VE SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI VARDİYALI VE GÜNDÜZ ÇALIŞAN PERSONELDE YEME TUTUM ŞEKLİ VE DEPRESİF BELİRTİ DURUMU

ANKET NO:……..

KİŞİSEL BİLGİLER

1) Yaş :
2) Cinsiyet : 1.Erkek 2. Kadın
3) Medeni durum : 1.Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul
4) (Evli İse) Eşinin Mesleği……
5) (Evli İse) Eşinin Eğitimi……..
6) Çocuk Durumu: 1. Yok 2. Var (Kaç çocuk:……..)
7) Eğitim durumu : 1.İlkokul mezunu 2. Ortaokul mezunu 3. Lise mezunu
   4. Ön lisans mezunu(2 yıllık) 5.Lisans mezunu 6.Lisansüstü (Yüksek lisans/Doktora)
8) Aylık gelir-gider durumu: a. Gelir giderden daha az b. Gelir gider yaklaşık aynı
   c. Gelir giderden daha fazla
9) Çalıştığınız kurumdaki göreviniz nedir?
   1. İdari Personel 2.Temizlik Personeli 3 Memur 4. işçi 5.Güvenlik personeli
10) Bu kurumda çalışma süreniz (yıl) :……
11) Çalışma şekliniz nedir?
   1. Devamlı Gündüz 2. Devamlı Gece 3. Vardiyalı 4.Nöbet
12) Gece nöbetleri yaşantınıza zorluk getiriyor mu? 1. Evet 2. Hayır
13) Cevabınız evet ise yaşantınıza ne gibi zorluklar getiriyor?
   1. Sosyal yaşantımı bozuyor. 2. Uyku düzenimi bozuyor 3. Ruhsal açıdan etkileniyorum
   4. Sık sık hasta oluyorum 5.Evlilik yaşantımı bozuyor 6.Diğer……..…..
14) Hafta sonu çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Nadiren 4. Çoğunlukla
15) Günde kaç saat çalışıyorsunuz? ……..……. saat
16) Fazla mesai yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
17) Sizce yaptığınız işin stres durumu nedir ?
   1. Çok fazla stresli 2. Çok Stresli 3. Stresli 4. Biraz Stresli 5.Hiç Stresli Değil

18) Bu iş yerinde çalışmaktan memnun musunuz?

1. Çok memnunum 2. Memnunum 3. Fikrim yok 4. Memnun değilim 5. Hiç memnun değilim

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

19) Boy : ……cm
20) Ağırlık…… kg
21) BKI:……. kg/m2 (Araştırmacı tarafından doldurulacak)

SAĞLIK DURUMU

22) Sağlıklı olduğunuzu düşünüyormusunuz? 1.Evet 2.Hayır
23) Hekim tarafından tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı?

1. Yok 2. Var(Nedir/Nelerdir?.....

24) Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

25) (Halen ya da eskiden kullandıysanız) içtiğiniz sigara miktarı:

Günde ……adet

26) Devamlı kullandığınız doktor tarafından reçetelendirilen ilaç/ilaçlar var mı?

1. Evet 2. Hayır

27) Cevabınız evet ise, ne kadar süredir bu ilaçları kullanıyorsunuz?

…….....

28) Cevabınız evet ise hangi ilaçları, ne kadar sıklıkla kullanıyorsunuz ?

..... - …… / gün ..... - ……... / gün

29) Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
30) Cevabınız evet ise içtiğiniz alkol miktarı:

Ayda …….ml

31) Günde kaç saat uyuyorsunuz? ……saat

EGZERSİZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

32) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
33) Cevabınız evet ise ne kadar sıklıkta fiziksel aktivite yapıyorsunuz?

1. Her gün 2. Haftada en az 3 gün 3. Haftada 1 gün 4. Ayda 1-2 gün

34) Cevabınız evet ise bir defada ortalama ne kadar süreyle fiziksel aktivite yapıyorsunuz?
..... dakika

35) Cevabınız evet ise düzenli olarak yaptığınız fiziksel aktivite şiddetinizi belirtiniz .
1. Düşük Şiddetli(yavaş yürüyüş, ev işleri vb..)
2. Orta Şiddetli(hızlı yürüme, düşük tempolu koşular, dans etmek,ip atlamak,yüzmek)
3. Yüksek Şiddetli(tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, tempolu dans etmek, step..)

36) Egzersiz yapmıyorsanız, yapmama nedeniniz nedir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
1. Zaman yetersizliği 2. Yaşadığım çevrede egzersiz yapabileceğim bir yerin olmaması
3. Sağlık sorunları 4. Maddi imkan yetersizliği 5.Alışkanlığın olmayışı
6. Diğer……

BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİLER

37) Gün içerisinde genellikle kaç öğün tüketirsiniz?
……. Ana öğün …… Ara öğün

38) Gün içerisinde öğün atlar mısınız ? 1. Evet 2. Hayır

39) Cevabınız evet ise genellikle hangi öğün / öğünleri atlarsınız ? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
1. Sabah 2. Kuşluk 3. Öğle 4. İkindi 5. Akşam 6. Gece

40) Öğün atlama sebebiniz nedir ?
1. Zaman bulamama 2. Hazırlayanın olmaması 3. Sabahları uyanamama
4. İştahsızlık 5. Zayıflamak için 6. Ekonomik olanakların yetersizliği
7. Diğer(Belirtiniz) ……..

41) Kafein içeren içecekler (kahve, enerji içecekleri, çay, gazlı içecekler vs.) tüketiyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır

42) Cevabınız "evet" ise aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanlarını doldurunuz?
Günde/ haftada/ ayda……kez…….kupa kahve içiyorum
Günde /haftada/ ayda……kez…….bardak çay içiyorum(bitki çayları hariç)
Günde /haftada/ ayda……kez…….ml enerji içeceği içiyorum
Günde /haftada/ ayda……kez…….ml kola içiyorum.
Günde /haftada/ ayda……kez…….ml gazlı içecekler içiyorum.

43) Tüketirken çok keyif aldığınız yiyecekler var mı ? (Çikolata, tatlı, cips, patates kızartması gibi..) 1. Var 2. Yok

44) Eğer varsa, bu yiyeceklerin hangi grupta olduğunu belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1. Tatlı yiyecekler (şeker, çikolata, pasta, kek, dondurma, şerbetli/sütlü tatlılar..)

2. Yağlı yiyecekler (yağlı börekler, açma, patates kızartması, kavrulmuş kuruyemişler..)

3. Fast food yiyecekler (hamburger, patates kızartması, kola, cips, soslu sandiviçler,..)

4. Asitli içecekler (kola, portakallı asitli içecek , gazoz..

45) Eğer varsa, tok hissettiğiniz halde bu yiyecekleri yemeye devam etmek istediğiniz oluyor mu?

1. Her zaman oluyor 2. Sıklıkla oluyor 3. Bazen oluyor

4. Nadiren oluyor 5. Hiçbir zaman olmuyor

Beck Depresyon Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyun. Son bir hafta içindeki (Şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.

2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey

düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi

hissediyorum.

2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. iştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni

endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek

zorlaşıyor.

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

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

YEME TUTUM TESTİ

Aşağıdaki numaralandırılmış her bir ifade için size en uygun seçeneğin altındaki kutuya (X) işareti koyarak cevaplayınız. Soruların içeriği genel olarak yemek ve yemek yeme ile ilgili olmakla birlikte farklı tipte soruları da içermektedir. Lütfen her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyunuz. Teşekkürler.

	Daima	**Çok sık**	**Sık sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
1.Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						

7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda						

harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						

37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli / yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

EK-4

NİĞDE GENÇLİK VE SPOR İL MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI VARDİYALI VE GÜNDÜZ ÇALIŞAN PERSONELDE YEME TUTUM ŞEKLİ VE DEPRESİF BELİRTİ DURUMU

ORIGINALITY REPORT

12%
SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	390 words — 2%
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet	384 words — 2%
3	acikerisim.medipol.edu.tr Internet	233 words — 1%
4	acikerisim.fsm.edu.tr:8080 Internet	228 words — 1%
5	hdl.handle.net Internet	139 words — 1%
6	ÇALIK YEŞİLÇİCEK, Kıymet, AKTAŞ, Songül, BULUT KOBYA, Hacer and ANAHAR ÖZDAŞ, Elif. "Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi", İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2015. Publications	121 words — 1%
7	www.researchgate.net Internet	90 words — < 1%
	9lib.net	

ÖZGEÇMİŞ

Ayşe Pınar SEYFİ

İletişim

Eğitim

2000-2004..... Osman Düşüngel İlköğretim Okulu, Kayseri

2004-2008..... Bülent Altop İlköğretim Okulu, Kayseri

2008-2012…….Mustafa Eminoğlu Anadolu Lisesi, Kayseri

2013-2017…....Nuh Naci Yazgan Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

2018-.....Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

Yabancı Dil

İngilizce

Meslek : Diyetisyen

2018- …….T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı

Lisans Bitirme Tezi

İnfertil Kadınlarda Bitkisel Ürün Kullanımının Değerlendirilmesi

Stajlar

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (2017)

Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi (2017)

Yılmaz Mehmet Öztaşkın Kalp ve Damar Hastanesi (2017)

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yemekhanesi (2017)

Erciyes Üniversitesi Öğrenci Yemekhanesi (2017)

Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi (2017)

İldem Sağlıklı Yaşam Merkezi (2017)

Sertifikalar

2018 Acıbadem Üniversitesi Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu katılım sertifikası

PROBIOClass Bahar okulu katılım sertifikası

Geriatri Diyetisyenliği katılım sertifikası