



**T.C.**  
**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME, OKUL  
BAŞARISI VE MÜKEMMELLİYETÇİLİK  
DURUMLARINA ANNE-BABALARIN AKILCI  
OLMAYAN İNANÇLARININ ETKİSİ**

**Dr. MUSTAFA DÜLDÜL**  
**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. ERSİN AKPINAR**

**ADANA-2017**



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME,  
OKULBAŞARISI VE MÜKEMMELLİYETÇİLİK  
DURUMLARINA ANNE-BABALARIN AKILCI OLMAYAN  
İNANÇLARININ ETKİSİ**

**Dr. MUSTAFA DÜLDÜL  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. ERSİN AKPINAR**

**Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-  
2017-7148 proje numarası ile desteklenmiştir.**

**ADANA-2017**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam, sayın Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a,

Özenli ve titiz yönlendirmeleriyle uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı bölüm başkanımız Prof. Dr. Esra SAATÇI'ya, yine eğitimime birçok anlamda katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR, Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN ve Doç. Dr. Hatice KURDAK'a,

Tezimde her türlü desteği veren hocam Yrd. Doç. Dr. Oğuzhan KIRDÖK'e,  
Birlikte üç yıl geçirdiğimiz başta eş kıdemli Dr. Asuman DOLĞUN olmak üzere Aile Hekimliği diğer araştırma görevlilerine ve bölüm personeline,

Projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu'na,

Hayatım boyunca sevgisini ve desteğini daima hissettiğim saygıdeğer anne ve babama,

Desteği ve sabrı için çok değerli sevgili eşim Ebru DÜLDÜL'e

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mustafa DÜLDÜL

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET .....	x
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1 Akılcı Olmayan İnançlar İle İlgili Kuramsal Açıklamalar.....	3
2.1.1 Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi .....	3
2.2 ABC Modeli .....	4
2.2.1. Akılcı Ve Akılcı Olmayan İnançlar .....	6
2.2.2. Anne-Babaların Akılcı Olmayan İnançları.....	15
2.3 Mükemmelliyetçilik .....	23
2.3.1 Mükemmelliyetçiliğin Tanımlanması .....	23
2.4 Mükemmelliyetçilik İle İlgili Kuramsal Çerçeve .....	25
2.4.1 Psikanalitik Kuram .....	25
2.4.2 Davranışçı Kuram.....	27
2.4.2.1 İnsancıl Kuram.....	28
2.4.2.2 Bilişsel Kuram .....	29
2.4.2.3 Akılcı-Duygusal Kuram.....	30
2.5 Okul Başarısı.....	32
2.5.1 Başarının Tanımı .....	32
2.6 Adölesan Dönemde Beslenme .....	33
2.6.1 Adölesan Çağında Enerji Ve Besin öğeleri gereksinimi .....	34
2.6.1.1 Enerji Gereksinimi .....	34
2.6.1.2 Protein Gereksinimi .....	35
2.6.1.3 Vitamin Gereksinimi .....	36

2.6.1.4 Mineral Gereksinimi .....	37
2.6.2 Adölesan Dönemde Oluşan Yetersiz Ve Dengesiz Beslenmeye Bağlı Sağlık Sorunları .....	38
2.6.2.1 Büyüme Ve Gelişme Bozuklukları .....	38
2.6.2.2 Demir Eksikliği Anemisi .....	38
2.6.2.3 Guatr .....	39
2.6.2.4 Diş Çürükleri .....	39
2.6.2.5 Yeme Bozuklukları .....	40
2.6.2.5.1 Obezite .....	40
2.6.2.5.2 Anoreksiya Nervosa .....	41
2.6.2.5.3 Bulimiya Nervosa.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	43
3.1 Evren ve Örneklem Seçimi .....	43
3.2 Gerekli İzinlerin Alınması .....	43
3.3 Veri Toplama Araçları .....	43
3.3.1 Sosyodemografik Veri Toplama Anketi.....	43
3.3.2 Anne-Babaların Akılcı Olmayan İnançlar Ölçeği .....	44
3.3.3 Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği.....	45
3.3.4 Üç Faktörlü Beslenme Anketi .....	45
3.4 Verilerin Toplanması .....	46
3.5 Verilerin Kodlanması ve Bilgisayar Ortamına Aktarılması.....	46
3.6 Verilerin İstatistikî Analizi.....	46
4. BULGULAR.....	48
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Aralarındaki İlişki.....	48
4.1.1 Üç Faktörlü Beslenme Anketi Değerlendirme Sonuçları .....	59
4.1.2 Olumlu ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Puanlarına İlişkin Sonuçlar.....	62
4.1.3 Öğrencilerin Vücut Kitle İndeksi Düzeylerine Göre Anne-Baba Akılcı Olmayan İnançlar Ölçeği (Anne-Baba beklentileri ve mükemmeliyetçiliği) Puanlarına İlişkisi .....	63
5. TARTIŞMA .....	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	77
6.1 Sonuçlar .....	77

6.2 Öneriler .....	79
7. Kaynaklar .....	81
EKLER.....	89
EK-1: Anket ve ONAy FORMU .....	89
EK-2 Etik Kurul Onay Formu .....	96
ÖZGEÇMİŞ .....	97



## TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Akılcı olmayan inançların içeriği ve akılcı olmayan süreçlerin işleyişi .....	12
Tablo 2: Akılcı olan ve akılcı olmayan inançların karşılaştırılması .....	15
Tablo 3: Cinsiyete göre VKİ karşılaştırılması .....	48
Tablo 4: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre vücut kitle indekslerine ilişkin T Testi sonuçları.....	49
Tablo 5: Öğrencilerin yaşlarına göre VKİ' ne ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve standart hata değerleri .....	49
Tablo 6: Öğrencilerin yaşlarına göre VKİ' ne ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları .....	50
Tablo 7: Sınıflara göre VKİ karşılaştırılması .....	50
Tablo 8: Düzenli kahvaltı alışkanlığına göre VKİ karşılaştırılması .....	51
Tablo 9: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre kahvaltı alışkanlıklarına ilişkin Ki-Kare sonuçları.....	51
Tablo 10: Spor yapma sıklığı ile VKİ karşılaştırılması .....	52
Tablo 11: Anne eğitim düzeyi ile öğrencilerin VKİ karşılaştırılması .....	53
Tablo 12: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre anne eğitim düzeylerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	53
Tablo 13: Baba eğitim düzeyi ile çocukların VKİ karşılaştırılması .....	55
Tablo 14: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre baba eğitim düzeylerine ilişkin Ki-Kare sonuçları .....	56
Tablo 15: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre okul başarı puanlarına ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve standart hata değerleri.....	56
Tablo 16: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre okul başarı puanlarına ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları .....	57
Tablo 17: Ailede sigara içme ile çocukların VKİ karşılaştırılması .....	57
Tablo 18: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre anne-baba ağırlığına ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve standart hata değerleri.....	58
Tablo 19: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre anne-baba ağırlığına ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları .....	58

Tablo 20: Üç faktörlü beslenme anketi VKİ ve cinsiyete göre karşılaştırma cinsiyete göre puan ortalamaları ve p değerleri.....	59
Tablo 21: Öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeylerine göre üç faktörlü beslenme anketi puanlarına ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve standart hata değerleri.....	60
Tablo 22: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre beslenme puanlarına ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları .....	61
Tablo 23: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik puanlarına ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve standart hata Değerleri.....	62
Tablo 24: Öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeylerine göre olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik puanlarına ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları ...	63
Tablo 25 : Anne-baba akılcı olmayan inançları ile öğrencilerin VKİ karşılaştırılması..	63
Tablo 26: Öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeylerine göre anne-baba düşünceleri ölçeği (Anne-Baba Beklentileri ve Mükemmeliyetçiliği) puanlarına ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları .....	64
Tablo 27: Öğrencilerin vücut kitle indeksi, beslenme faktörleri, anne-baba kilosu arasındaki korelasyon bulguları .....	65
Tablo 28: Öğrencilerin vücut kitle indeksi, anne-baba akılcı olmayan inançlar, olumlu-olumsuz mükemmeliyetçilik puanları ve okul başarı puanları arasındaki korelasyon bulguları .....	66



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: ABC Modeli .....	5
Şekil 2: Anne-Babaların akılcı olmayan inançlarını ABC kuramına göre gösterimi .....	16
Şekil 3: Anne-Babaların düşüncelerini etkileyen koşullar ve bu düşüncelerin anne, baba ve çocuk davranışlarına etkisi.....	18
Şekil 4: Katılımcıların vücut kitle indeksine göre dağılımı .....	48



## KISALTMALAR

ADDT: Akılcı Duygusal Davranış Terapisi

CDC: ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri

DEE: Düşük Engellenme Eşiğı

OOMÖ: Olumlu-Olumsuz Mükemmelliyetçilik Ölçeğı

RDA: Diyetle Alınması Tavsiye Edilen

RET: Akılcı Duygusal Terapi

TFEQ: Üç Faktörlü Beslenme Anketi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WONCA: World Organization of Family Doctors

## ÖZET

### ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME, OKUL BAŞARISI VE MÜKEMMELİYETÇİLİK DURUMLARINA ANNE-BABALARIN AKILCI OLMAYAN İNANÇLARININ ETKİSİ

**Giriş ve Amaç:** Obezite gelişen dünyada her yaş grubunu etkileyen ve prevalansı giderek artma eğilimi gösteren bir hastalıktır. Bu çalışmada öğrencilerin beslenme, okul başarısı ve mükemmeliyetçilik durumlarına Anne-Babaların akılcı olmayan inançlarının etkisini belirlemek, obezite durumlarına aile hekimlerinin bütüncül yaklaşımı değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma evrenini 16.05.2016-20.05.2016 tarihleri arasında öğrenime devam eden ve çalışmayı kabul eden ilköğretim 5, 6, 7 ve 8. Sınıf 505 öğrenci ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Öğrencilere uygulanmak üzere sosyodemografik anket, üç faktörlü beslenme anketi ve olumlu-olumsuz mükemmeliyetçilik anketi uygulanmıştır. Ebeveynlerine ise sosyodemografik anket ve anne-baba akılcı olmayan inançlar ölçeği uygulanmıştır. Toplanan veriler bilgisayara girilerek uygun paket programı ile istatistikler yapıldı.

**Bulgular:** Araştırmamıza 254 kadın, 251 erkek öğrenci ve ailesi katılmıştır. Öğrencilerin VKİ değerlendirildiğinde 41'i (%8.1) zayıf, 371'i (%73.5) normal, 65'i (%12.9), 28'i (%5.5) obezdir. Cinsiyete göre VKİ karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur (p: 0,00). Yaşa göre VKİ karşılaştırıldığında 10 yaş grubunda daha düşük VKİ bulunmuştur (p:0,00). Anne ve baba eğitim durumu arttıkça çocukların VKİ anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p:0,011). Anne ağırlığına göre öğrencilerin VKİ karşılaştırılmasında anne ağırlığı arttıkça öğrencilerin VKİ artmaktadır (p=0,001). Baba ağırlığına göre öğrencilerin VKİ karşılaştırıldığında baba ağırlığı arttıkça çocukların VKİ'leri artmaktadır (p=0,027). Vücut kitle indeksi ile okul başarısında yüksek düzeyde negatif yönde ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin vücut kitle indeksleri arttıkça okul başarıları düşmektedir (p< 0.01).

Üç faktörlü beslenme anketinde; Faktör 1,2 ve 4'te zayıf ile obez öğrenciler arasında anlamlı fark vardır (p< 0.01). Faktör 3'te anlamlı fark bulunmamıştır (p: 0.180).

Öğrencilerin olumlu mükemmeliyetçilik durumlarına göre VKİ karşılaştırıldığında öğrencilerin olumlu mükemmeliyetçiliği arttıkça VKİ'leri düşmektedir (p< 0.01).

Anne-Baba mükemmeliyetçiliği ve beklentileri ile çocukların VKİ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05)

**Sonuç:**Obezite birçok hastalığa neden olabilen bir hastalıktır. Aile hekimleri hastalarının akut ve kronik tüm sorunları ile ilgilenir, obeziteyi sadece fiziksel bir hastalık olarak görmeyip bütüncül yaklaşımı ile diğer branşlardan ayrılır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, Beslenme, Bütüncül yaklaşım, Okul Başarısı, Mükemmeliyetçilik

## ABSTRACT

### THE INFLUENCE OF PARENTS IRRATIONAL BELIEFS ON THE NUTRITION, SCHOOL SUCCESS AND PERFECTIONISM OF SECONDARY SCHOOL STUDENTS

**Introduction and Purpose:** Obesity is a disease that affects all age groups in the developing world and tends to increase in prevalence. In this study, it was aimed to determine the influence of unreasoning beliefs of parents on nutrition, school success and perfection of students and to give an example to the general approach of family physicians to obesity situations.

**Materials and Methods:** The study population consisted of 505 students and their families in the 5th, 6th, 7th and 8th grades who continued to study and accepted to study between 16.05.2016-20.05.2016. Sociodemographic questionnaire, three-factor nutrition questionnaire and positive-negative perfectionism questionnaire were applied to the students. Sociodemographic questionnaires and parents' irrational beliefs scale were applied to their families. The collected data were entered on a computer and statistics were made with the SPSS 21.0 package program.

**Results:** 254 women, 251 male students and their families participated in our study. 41 of the students were obese (8.1%), 371 (73.5%) were normal, 65 (12.9%) and 28 (5.5%) were obese. There was a significant difference when compared to sex ( $p: 0,00$ ). Less obese than 10 years old. There was a significant difference between mother education level and BMI ( $p: 0.017$ ). As maternal education increases, BMI of children fall . A significant difference was found when the level of father education was compared with the BMI of children. ( $P = 0.011$ ). Children's BMI fall as parents arrange education

In a three-factor nutrition survey; In Factors 1, 2 and 4 there is a significant difference between weak and obese students ( $p < 0.01$ ). No significant difference was found in factor 3 ( $p > 0.05$ )

A significant difference was found between the BMI and the positive perfectionism status of the students ( $p < 0.01$ ).

There was no significant difference between parental perfectionism and expectation and children's BMI ( $p > 0.05$ )

**Conclusion:** Obesity is a disease that can cause many diseases. Family physicians are concerned with all the acute and chronic problems of their patients. In addition, obesity is not only seen as a physical disease and is separated from other branches by its holistic approach.

**Key words:** Family medicine, Holistic model, Nutrition, School success, Perfectionism

# 1. GİRİŞ

Prenatal dönemden başlayıp hayatın her evresinde beslenme çok önemli bir yere sahiptir. Özellikle büyümenin hızlı gerçekleştiği bebeklik ve adolesan dönemde yapılan yanlış beslenme davranışları, gerekli besinlerin az veya gereğinden fazla alınması birçok hastalığı beraberinde getirmektedir. Bu hastalıklardan bazıları; Protein enerji malnutrisyonu, diş çürükleri, hipotiroidi, demir eksikliği anemisi ve çağımız kronik hastalıklarında başı çeken obezitedir.

Obezite gelişen dünyada her yaş grubunu etkileyen ve prevelansı giderek artma eğilimi gösteren bir hastalıktır. Hastalığın oluşumunda etkili birçok risk faktörü bulunmakla birlikte etkili ve sağlıklı beslenme alışkanlığı ile obeziteden korunmak mümkündür.

Çocuklukta obezite yaşamın ilk yılı, 5-6 yaş arası ve ergenlik döneminde artış göstermektedir. Obez çocukların %3'ü, obez adolesanların ise %80'i erişkin yaşa ulaştıklarında obez kalmaya devam etmektedir. Diğer yandan erişkin yaşta görülen obezite vakalarının %30 kadarında başlangıcın çocukluk çağlarına dayandığı bildirilmiştir (1).

Çocukluk çağı obezitesinde çevresel etmenler içinde ailenin beslenme biçimi ve fiziksel aktivite azlığı bulunmaktadır. Obezite ve psikolojik etmenler arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Anne-baba çocuk arasındaki çatışma çocuğun ruhsal yapısını etkileyip aşırı yemesine neden olabilmektedir (1) (2).

Son yıllarda obezite sıklığındaki artışın asıl önemli nedeni; endüstriyel gelişme ile birlikte, fiziksel güce dayalı yaşam tarzından hareketsiz yaşam tarzına geçiş ve yoğun kalori içeren besinlerin tüketilmesinin olduğu düşünülmektedir (3).

Obezite tek başına bir metabolik ve endokrinolojik bir hastalık değildir. Sebep olduğu DM, hipertansiyon, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gibi birçok hastalığın nedenleri arasında yer aldığı için önlenmesi gereken bir sağlık sorunudur.

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların arttığı bilinen bir gerçektir. Arun ve Çakıroğlu'nun çalışması, Türkiye'de 65 yaş üzerindeki bireylerin %56'sının kronik sağlık sorunları yaşadığını tespit etmiştir (4). Türkiye'de son yirmi beş yılda yaşam süresi ortalama 14 yıl yükselmiştir ve Türkiye dünyanın en hızlı yaşlanan ikinci ülkesi durumuna gelmiştir (5). Sağlık Bakanlığı da son 10 yılda kronik hastalıklara

müdahale konusunda politika belgeleri hazırlamış ve politikaların uygulanması yönünde ciddi adımlar atmaktadır (6) (7).

Kronik hastalıkların yönetimi sağlık sisteminde birinci basamakta başlar. Aile Hekimleri birinci basamakta kronik hastalıklar yönetimi açısından birer sağlık profesyonelleridir. Bu konu ile ilgili 2011 WONCA Europe tanımını “Aile hekimliği, hasta bireyin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır. Kişinin yalnızca o günkü rahatsızlığın yönetimiyle kendini sınırlayamaz ve doktor sıklıkla çok sayıda sorunu yönetmek zorunda kalacaktır. Hasta çoğunlukla yaşla birlikte artan sayıda çeşitli yakınmalar için doktora başvurur. Çeşitli isteklere eş zamanlı verilen yanıt, sorunların hem hastanın hem de doktorun öncelikleri dikkate alınarak hiyerarşik bir şekilde yönetilmesini zorunlu kılar” şeklindedir. Burada da belirtildiği gibi kronik hastalıkların yönetimi aile hekimlerinin önem vermesi gereken alanlardandır. Bunu yaparken hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar (8).

Aile hekimleri diğer branş hekimlerinden farklı olarak hastalarına aldıkları eğitim doğrultusunda kişilere bütüncül yaklaşarak problemlerini sadece bilimsel olarak açıklamakla yetinmezler. Biyopsikosozyal, kültürel ve varoluşsal yaklaşım modeline göre, sağlık ve hastalık; biyolojik, psikoloji ve sosyal değişkenlerin karmaşık etkileşimleri ile şekillenmekte ve hiçbirini diğerinden ayrılarak katagorize edilmemektedir. Hastalığı anlamak için kişi, aile ve sosyal şartlar göz önünde bulundurulmadıkça anlaşılabilir. Bu yüzden aile hekimleri diğer disiplinlerden farklı olarak beden ve ruh ayrımı yapmazlar. Diğer klinik branşlarda ise çoğunlukla bu ikilinin sadece bir tarafı ile ilgilenir. bir hastanın kişiliği, korkuları, kaygıları her hastalıkta rol oynar. Hastaya biyopsikosozyal bir bütün olarak yaklaşmak aile hekimliğinin vazgeçilmezidir. Aile hekimleri hastalarına empati kurmalı ve şefkatlerini göstermelidir (8).

Bu çalışmamızda anne-baba akılcı olmayan inançlarının çocukların beslenme, okul başarısı ve mükemmelliyetçiliği arasındaki ilişkiyi irdelemek amaçlanmıştır.

Ayrıca bu çalışmanın;

- Adölesan dönemdeki bireylerin obezitesine aile hekimi yaklaşımını göstermek
- Obeziteye bütüncül yaklaşım ilkesine ile yeni bir bakış açısı getirmek
- Okul başarısına nelerin etki edebileceğini göstermek
- Bundan sonraki akademik çalışmalara yol gösterici olması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Akılcı Olmayan İnançlar İle İlgili Kuramsal Açıklamalar

#### 2.1.1 Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi

Bilişsel-davranışçı terapilerin ilk örneklerinden biri olan Akılcı-Duygusal-Davranışçı'nın (ADDT) temel teori ve pratikleri hemen hemen yarım asır önce Albert Ellis tarafından ortaya konmuştur. ADDT, başlangıçta psikoanalitik kuramlardan farklı olduğunu vurgulamak amacıyla Akılcı Terapi olarak isimlendirilmiştir. 1961 yılında Ellis tarafından kuramın adı Akılcı-Duygusal Terapi (Rational Emotive Therapy-RET) olarak değiştirilmiştir. Son olarak 1993 yılında kuramın adı Akılcı, Duygusal Davranış Terapisi (Rational Emotive Behavior Therapy- REBT) olarak değiştirilmiştir (9).

Ellis (10), yaklaşımını şekillendirirken Epictetus'un "İnsanları rahatsız eden olaylar değil, kişilerin o olaylara bakış açısıdır" düşüncesini benimseyerek ve bireylerin 40 psikolojik iyilik haline etki eden faktörlerin bilişsel, duygusal, davranışsal ve çevresel bileşenleri kapsadığını ifade etmiştir. ADDT'nin temel hipotezi, duygularımızın olaylar karşısındaki inançlarımız, değerlendirmelerimiz, yorumlarımız ve tepkilerimizden kaynaklandığıdır. ADDT sürecinde, kendini eğitime yolu ile akıldışı düşünce ve inançlar yakalanıp daha makul olanlarla değiştirilir. Uygulanan işlem sadece problemin çözümüne yönelik olmayıp, kişinin yaşamındaki diğer sorunlar ve gelecekteki olası problemlerin çözümüne de yöneliktir. Çünkü ADDT süreci, bir anlamda terapistin öğretmen, danışanın da öğrenci olduğu bir eğitimi kapsar. (11).

Ortaya çıkmasından yarım asırdan fazla bir süre geçen ADDT değişik terapötik modeller halinde (bireysel, grup, aile, evlilik), değişik profesyoneller tarafından (psikiyatristler, psikologlar, sosyal çalışmacılar) değişik yaş gruplarına (yetişkin, çocuk, yaşlı) uygulanmıştır. Danışma ve psikoterapi alanlarından farklı olarak akılcı-duygusal davranışsal terapi ilkeleri eğitimsel, ticaret ve endüstriyel alanlarına uygulanmıştır (12).

Akılcı-Duygusal Davranışçı Yaklaşım bireylerin başarı ve onay ile ilgili hedeflerini ve seçimlerini genellikle ailelerinden ve içinde yaşadıkları kültürden öğrendiklerini, başarısız olduklarında ve onaylanmadıklarında sağlıklı uygun duygular olarak engellenmişlik ve hayal kırıklığı hissettiklerini farz eder. Fakat bireylerin, amaçları ile ilgili –meli –malı ve gereklilikler oluşturduklarında, çevresel olaylardan bağımsız olarak

kendilerini duygusal ve davranışsal açıdan işlevsel olmayan bir duruma getirdikleri ifade edilir. (13)

## 2.2 ABC Modeli

Ellis, duygusal rahatsızlıklarda düşünme sürecinin rolünü göstermek için basit kavramsal bir şema ortaya koymuştur ve bunu Akılcı Duygusal Davranışçı Terapinin ABC'si olarak isimlendirmiştir. Bu sistemde, A'lar harekete geçiren olaylar ya da deneyimleri ifade eder. Bunlar çoğunlukla bizim kötü ya da talihsiz olarak belirttiğimiz çevresel olaylardır. C, duygusal ve davranışsal sonuçları temsil eder. Danışanı psikoterapistin ofisine getiren, bu rahatsız edici reaksiyondur (14). B ise, danışanın inanç sistemidir. Bu inanç sistem iki gruba ayrılır: akılcı inançlar ve akılcı olmayan inançlar. ADDT'de terapistin odağı akılcı olmayan inançlardır. Ellis'in üç büyük zorunluluk olarak tanımladığı ve danışanların kullandığı akılcı olmayan ifadeler aşağıda verilmiştir (14).

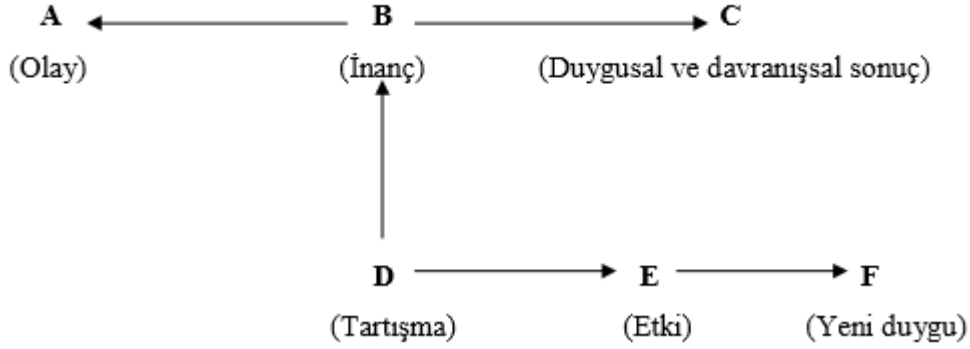
1. Başarılı olmalıyım ve onay almalıyım ( eğer başaramazsam bu beni sinirlendirir).
2. Bana karşı çok iyi ve merhametli olmalısın (eğer bunu yapmazsan bu, rezil biri olduğun anlamına gelir).
3. Dünya bana istediğim şeyi derhal, kolayca vermelidir (bunun gerçekleşmemesi çok kötü bir durum olur).

ADDT'ye göre C'yi, yani sonucu ortaya ç ı karan A (olay) değil, düşünce yapımızın sebep olduğu akılcı olmayan inançlarımızdır (B). Ve danışanlar C'lerin sorumluluğunun A'da olduğunu düşündükleri sürece akılcı olmayan inançlarının farkına varamazlar. Bu nedenle, terapistin en önemli görevi danışanlarına, psikolojik problemlerin yanlış anlamalardan ve akılcı olmayan inançlardan kaynaklandığını göstermektir (14)

Örneğin; bir kişinin boşandıktan sonra depresyon yaşamasının asıl nedeni boşanma olayı değil, kişinin beceriksiz olmak, reddedilmek veya eşini kaybetmekle ilgili inançlarıdır. Ellis, esasen boşanma olayının (A) değil, reddedilme ve beceriksizlikle ilgili alakalı inançların (B) depresyona (C) neden olduğunu söyler. Bu yüzden, insanlar duygusal tepki ve güçlükleri kendileri yaratırlar. Bu farkındalığı danışana kazandırmak ve mantık d ış ı inançlarını değiştirmeyi öğretmek ADDT'nin temel amacıdır. (15)



ABC modeline, tedavi süreçlerini ve danışanda meydana gelen değişiklikleri göstermek için D,E ve F de eklenmiştir. Modelin bileşenleri arasındaki ilişki Şekil 1’de gösterilmiştir:



Şekil 1: ABC Modeli (15)

A-B-C’den sonra danışanlar akılcı olmayan inançlarını tartışmaları amacıyla cesaretlendirilir. Bu müdahale “D” olarak sembolleştirilir. D basamağında danışanların akılcı olmayan inançları tartışılır ve çürütülür. Bu basamak da üç unsurdan meydana gelir: Keşfetme, ayırt etme ve akılcı olmayan inançları tartışma. Bu basamakta danışman ilk olarak danışana akılcı olmayan inançlarını keşfettirir, daha sonra akılcı inançlarla akılcı olmayan inançları ayırt etmesine yardım eder. Danışanların “-meli, -malı, zorunluluk, gereklilik” ve diğer akılcı olmayan ifadelerin farkına varmalarını sağlar. ADDT’nin en temel noktalarından biri akılcı olmayan inançların tartışılmasıdır. Çünkü akılcı olmayan inançları tartışma, onları değiştirme olanağı sağlar (16). Bu tartışma sürecinin sonunda, danışanlar etkili bir davranış biçimini ve yaşam felsefi olan E’ye ulaşırlar. Bu yeni inanç sistemi ile danışanlar sağlıklı düşüncelerini sağlıklı olanlarla değiştirmeyi öğrenirler. Bunu başardıklarında ise danışanlarda yeni bir duygu grubu meydana gelir (F). Bunlar danışanın kaygılı ve depresif hissetmek yerine sağlıklı bir biçimde üzüntü hissetmesine imkan sağlayan duygulardır. (15)

Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi danışanların duygusal problemlerinin kaynağını fark etmeleri için A-B-C modelini geliştirmiştir. Danışanlar danışman tarafından akılcı olmayan inançlarını sorgulaması ile daha akılcı bir inanç felsefi geliştirmişlerdir. Ancak danışan yine de istenmeyen olaylarla karşı karşıya kalabilir. Danışman her daim stresiz bir ortamda yaşayacaklarının garantisini vermez, fakat danışanı rahatsız eden durumla nasıl baş edeceğiyle ilgili stratejiyi öğretir. (17)

Ellis'e göre bireyin fonksiyonel olmayan yönlerini değiştirmek için gerekli olan yaşam biçimini değiştirmesi gerekmektedir ve bu değişim şu yapılanma adımları içerir.

(15)

1. Bireyin kendi duygusal problemlerinin yaratılmasında kendisinin sorumlu olduğunu kabullenmesi.
2. Bu rahatsızlıkları değiştirebileceği düşüncesini kabullenmesi.
3. Duygusal problemlerin büyük oranda akılcı olmayan inançlardan kaynaklandığını farketmesi
4. Bu inançları her açıdan açıkça anlaması.
5. Bireyin kendisini tahrip edici inançlarla mücadele etmenin, tartışmanın önemini anlaması.
6. Birey eğer değişmek istiyorsa, inançlarını ve onlarla beraber işlevsel olmayan davranışları önlemek için duygusal ve davranışçı biçiminde çalışması gerektiği gerçeğini kabul etmesi.
7. ADDT'nin sorunları kökünden yok etmeye veya değiştirme yöntemlerini yaşamlarının geri kalanında uygulaması gerekmektedir. Sonuç olarak tedavinin esas amacı danışanların akılcı olmayan inançlarını tanımlamak, bunların sebep olduğu duygusal rahatsızlıkları değiştirmeye karar vermelerini, danışanların kendi terapistleri olmalarını sağlamaktır (17).

### **2.2.1. Akılcı Ve Akılcı Olmayan İnançlar**

ADDT teorisine göre bütün insanların mutlu, makul ve yaşam kalitelerini artıran amaç ve değerleri vardır. İnsanların sahip olduğu değerler amaçlarının gerçekleştirilmesini olumlu veya olumsuz bir şekilde etkiler. Bireyler kendilerini sağlıklı, mutlu, hayal kırıklığına uğramamış veya endişeli, sinirli, depresif ve değersiz olarak hissedebilirler. Bu duygular büyük oranda bireyin yaşamda karşılaştığı zorluklar karşısındaki inanç sisteminden kaynaklanmaktadır. Bireyler akılcı inançlara sahip olduğunda zorluklar karşısında çok nadiren rahatsızlıklar yaşarlar. Ama bireyleri yenilgiye uğratan akılcı

olmayan inançları varsa bireyler duygusal ve davranışsal olarak rahatsız hissetme olasılıkları vardır. (18)

Akılcı Olmayan İnançlar; sert ve aşırı olan, gerçeklerle tutarsız, mantığa uygun olmayan, duygusal, davranışsal ve bilişsel sonuçları büyük oranda işlevsiz olan, bireyin temel amaç ve hedeflerine gerçekleştirmesini engelleyen ve duygusal, davranışsal problemlerinin kaynağı olduğu düşünülen inançlardır. (19)

Ellis, insanların akılcı olmayan birçok inancın olduğunu, bunlardan bazılarında insanların biyolojik kökenleri ve temel doğasında mevcut olduğunu belirtmiştir. Ellis, biyolojik temelleri olan akılcı olmayan inançların özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır (20)

1. Akılcı olmayan inançların pek çoğu eşit düzeyde olmasa da tüm insanlarda görülür. Bazı insanlarda daha fazla akılcı olmayan inançlar bulunurken bazılarında ise çok az akılcı olmayan inanç bulunur.
2. Akılcı olmayan inançların büyük bir kısmı tarihsel ve antropolojik olarak incelenen hemen hemen bütün sosyal ve kültürel grupları etkilediğini günümüzde bilinmektedir. Kanunlar, kurallar, standartlar, örf ve adetler gruptan gruba değişkenlik gösterse de talepkarlık, dogmatik, dindarlık, mutlakkiyetçilik ve ilgileri konusundaki standartlarda şaşırtıcı benzerlikler görülmektedir.
3. Akılcı olmayan inançların birçoğu kitle iletişim araçlarının ve annebabalarının onlara öğrettikleriyle çelişmektedir. Anne-babaların pek çoğu deneysel olmayan, genellemeci ve çelişkili önermeleri desteklememesine rağmen çocuklar yine de akılcı olmayan düşüncelerine göre davranma eğilimindedirler.
4. Daha öncede de ifade edilen akılcı olmayan inançlar sadece cahil, aptal ve ya ciddi rahatsızlığı olan bireylerde değil aynı zamanda eğitilmiş, akıllı ve nispeten daha az duygusal rahatsızlığı olan tüm bireylerde görülür.
5. İnsanların birçoğu kendisine zarar veren akılcı olmayan inançların ve yanlış davranışlarla ilgili farkındalığa sahip değildir. Bu nedenle büyük zorluklarla bireylere tepki yollarını öğrendiği hipotezini kabul ettirmek gerçekten çok zordur. Hemen hemen tüm insanlar çocukluğu boyunca anne-babadan dini, sosyal ve siyasi değerler öğrenirler. Ancak daha sonra üniversiteye gittikten

sonra bu değerlerden vazgeçip, bazı farklı kitapları okuyup veya bir oldukça farklı değerler benimseyebilirler. Bu nedenle inançların bir kısmının sosyal öğrenme sonucu gerçekleştiği söylenebilir. Fakat insanların bu akılcı olmayan inançları özümseme ve vazgeçmek istemeyişinin sebebi biyolojik bir yatkınlıktan kaynaklanmaktadır.

6. Becerikli ve zeki insanlar genellikle akılcı olmayan inançlarından vazgeçtiklerinde onların yerine daha anlamsız ya da aşırı mantıksız başka bir inanca yönelme eğilimi taşırlar. Örneğin; aşırı dindar olan biri aşırı bir şekilde ateist olma eğilimi gösterebilir.
7. Akılcı olmayan inanç ve düşüncelerden nadiren de olsa etkilenen insanlar sahip oldukları bu inanç ve düşüncelerden ciddi bir şekilde etkilenirler.
  1. Örneğin çok az sınırlanan biri bazen öfkelenebilir ve karşındakini öldürebilir.
8. İnsanlar farklı özellikteki akılcı olmayan inançlara karşı çıkmasına rağmen bu inançların kurbanı olmaktan kendilerini alamamaktadır.
9. Birey akılcı olmayan inançları konusunda bilgisi ve iç görüşü olmasına rağmen bu akılcı olmayan inançları değiştirmek için yeterli değildir. Örneğin; sigara içmenin sağlık açısından zararlarının bilinmesine rağmen hala içiliyor olması. Ya da cinsel arzularından uzak durulması gerektiğini anne-baba tarafından öğretilmiş ve birey bunun farkında olmasına rağmen bireyin cinsel isteklerini gerçekleştirmeye devam etmesi gibi.
10. Birey sahip olduğu akılcı olmayan düşünceleri ve davranışların ne kadar zor olduğunu ve üstesinden gelinemeyeceğine, aynı zamanda bunların her zaman bu şekilde kalacağını düşünür.
11. Akılcı olmayan inançlar deneyimler sonucu öğrenilmediğini, tamamen bireyin içinden geldiği çok açıktır. İnsanlar zekice ve yaratıcı bir şekilde akılcı olmayan inançları icat edebilirler.
12. Yaygın olan akılcı olmayan inançların birçoğuna bakıldığında insanların onları mantıklı ve gerçekçi bir gözlemlerle anladıkları düşünülür. Ancak bu mantıklı ve gerçekçi gözlemler akılcı olmayan bir sonla biter. Örneğin ; ‘Jane beni severse daha başarılı olurum ve kendimi daha iyi hissedirim’ diye

başlayan gerçekçi bir bakış açısı ‘Jane beni sevmeli ve sevmezse bu benim için çok kötü olur’ diye gerçekçi olmayan bir düşünceye dönüşebilir.

13. Akılcı olmayan düşüncelerin birçoğu aşırı genellemelerden oluşmaktadır. Örneğin; ilk başlarda ‘Onlar bazen bana haksız yere muamelede bulunur’ diye başlayan bir düşünce daha sonra ‘onlar bana sürekli haksız yere muamelede bulunduğunu ve bu haksız muameleye dayanamayacağım’ şeklindeki akılcı olmayan bir duruma dönüşebilir.
14. İnsanların yalnızca düşünceleri değil zeka seviyeleri de önemli ölçüde değişir. Sağ ve sol beynin işleyişinin kalıtsal özelliklerinin olduğu, öğrenilmiş deneyimler sonucu gerçekleşmediğini ve bunun önemli ölçüde değişebileceğine inanılır.
15. Düşük engellenme eşiği gibi akılcı olmayan düşünce tarzları bireye geçici ve aldatici mutluluklar sağlar ancak uzun vadede bireyde hayal kırıklığına yol açar.
16. İnsanlar genel olarak kendisini yenen, kendisine zarar veren akılcı olmayan düşünceleri akılcı olanlardan daha kolay bir şekilde öğrendiğini bazı kanıtlar göstermiştir. Örneğin; insanlar sigara içmeyi genellikle yanlış akranlarından öğrenirler. Fakat onlardan daha büyük olanlar onlara sigara bıraktırmaya çalışırlarsa ya da bu yönde onlara kişisel bir disiplin uygularlarsa sigara içen bireyler onların bu müdahalesini engellerler.

Ellis, 1979’da (60-88) bireyin hedeflerine ulaşmasını engelleyen ve bireye duygusal rahatsızlıklar yaşatan 11 akılcı olmayan inançtan bahsetmektedir. Bu inançlar şunlardır;

1. Bireyin toplumda tüm önemli kişiler tarafından sevilmesi ve onaylanması gerekir. Bunun gerçekleşmemesi çok kötü bir durumdur.
2. Bireyin kendini değerli olarak değerlendirebilmesi için tüm yönleriyle başarılı ve yeterli olmalıdır.
3. Bazı insanlar kötü, değersiz ve günahkardır ve bu sebeple bu insanlar suçlanmalı ve cezalandırılmalıdır.
4. Bireyin çok istediği şeylerin gerçekleşmemesi korkunç bir felakettir.

5. İnsanların mutsuzlukları dış faktörlerden kaynaklanır ve insanların acılarını ve rahatsızlıkları kontrol etmek için çok az veya hiç yeteneği yoktur.
6. Birey tehlikeli, korku verici ya da ürkütücü bir durumun olma ihtimaline karşı endişelenmeli ve bunun gerçekleşme olasılığı üzerinde durmalıdır.
7. Yaşamın zorluklarından ve kişisel sorumluluktan kaçmak onlarla yüzleşmekten daha kolaydır.
8. Kişi kendisinden daha güçlü birine güvenmek ister ve birey başkalarına bağımlı olmalıdır.
9. Geçmiş bugünkü tüm davranışlarımızın önemli bir belirleyicisidir. Geçmişte bireyin hayatında önemli bir etkisi olan faktörler süresiz olarak benzer bir etkiye sahiptir.
10. Kişi diğer insanların problemleri ve rahatsızlıklarından dolayı oldukça üzgün hale gelmelidir.
11. İnsan sorunlarının kesin, değişmez ve mükemmel çözümleri vardır ve bu çözümler bulunmaması bir felakettir. Ellis, daha sonra duygusal rahatsızlıklarımızla ilgili olduğunu düşündüğü akılcı olmayan inançları üç grupta ifade etmiştir.. (18)

Birinci düşünce: ‘‘Benim hayatımda önemli olan kişilerin takdirini kazanmalıyım. Yeterli, yetenekli ve başarılı olmalıyım. Bunu kesinlikle yapmak zorundayım. Aksi halde her zaman başarısız olur, başkaları tarafından reddedilirim ve bu korkunç bir durumdur.’’ Bu akılcı olmayan inanca güçlü bir şekilde sahip olan bireyler etkisiz, değersiz, kaygılı, depresif duygulara hissetme eğilimi taşırlar.

İkinci düşünce: ‘‘Diğer insanlar kesinlikle her zaman bana karşı oldukça nazik, düşünceli ve uygun davranmalıdır. Böyle davranmazsa bu korkunç bir durumdur. Bana böyle davranmalarına katlanamam ve bana böyle davranmayanlar değersiz insanlar olup cezalandırılmalıdır.’’ Bu akılcı olmayan inanca yoğun bir şekilde sahip olan bireyler kırgınlık, öfke, düşmanlık, kin vb. duyguları yaşama eğilimindedirler.

Üçüncü düşünce: ‘‘Hangi koşullarda yaşarsam yaşayayım yaşam şartlarım olumlu ve güzel olmalıdır. Aksi halde ben buna tahammül edemem ve içinde yaşadığımız dünya yaşamam için çok değersiz bir yer olur.’’ Bireyler bu akılcı olmayan inanca sahip

olduklarında dış koşullar hakkında hayal kırıklığına uğrama, hoşgörüsüzlük, depresyon, kendine acıma duygularını daha yoğun hissederler.

Ellis, 1955 yılında ADDT'yi formüle ederken akılcı olmayan inançların insanların duygusal ve davranışsal rahatsızlıklarında önemli bir rol oynadığını ve özellikle nevrotik insanların hedefleri, arzuları ve istekleriyle ilgili talepkar ve mükemmeliyetçi inançlara sahip olduğu belirtmiştir (18)

ADDT, bireyin akılcı olmayan inançlarının nadiren kendi kendilerine var olduğunu varsayar. Bireyin akılcı olan inançları ile ilişkili olduğunu düşünür. Bu nedenle bireylerin tercihleri veya arzularına ilişkin gerekliliklerini ve mükemmeliyetçiliğine ait inançları da göz önünde bulundurulur (18)

Ellis'e göre psikolojik rahatsızlığa neden olan akılcı olmayan inançların temelinde talepkarlık inançları bulunmaktadır. Talepkarlık akılcı olmayan üç tutuma yol açmaktadır. Bu tutumlar düşük engelleme eşiği, felaketleştirme ve kendini, başkalarını ve yaşamı suçlamadır (19)

Bernard, Ellis ark. bu dört temel akılcı olmayan inançların içeriklerine ve süreçlerini Tablo 1' de gösterilmektedir (14).

**Tablo 1: Akılcı olmayan inançların içeriği ve akılcı olmayan süreçlerin işleyişi**

<b>Akılcı Olmayan İnançların Süreci</b>					
<b>Akılcı Olmayan İnançların İçeriği</b>		<b>Talepkarlık</b>	<b>Düşük Engellenme Eşiği (DEE)</b>	<b>İnsan Değerinin Derecelendirilmesi</b>	<b>Felaketleştirme</b>
	<b>Bağlılık</b>	Bağlılığa İlişkin Talepkarlık	Bağlılığa İlişkin DEE	Bağlılığa İlişkin Ayıplama	Bağlılığa İlişkin Felaketleştirme
	<b>Başarı</b>	Başarıya İlişkin Talepkarlık	Başarıya İlişkin DEE	Başarıya İlişkin Ayıplama	Başarıya İlişkin Felaketleştirme
	<b>Rahatlık</b>	Rahatlığa İlişkin Talepkarlık	Rahatlığa İlişkin DEE	Rahatlığa İlişkin Ayıplama	Rahatlığa İlişkin Felaketleştirme
	<b>Doğruluk</b>	Doğruluğa İlişkin Talepkarlık	Doğruluğa İlişkin DEE	Doğruluğa İlişkin Ayıplama	Doğruluğa İlişkin Felaketleştirme

A. Talepkarlık (Demandingness): İsteklerini veya tercihlerini yerine getirme eğilimi olarak belirtilmektedir. ‘Meli, gerekir, zorunda’ gibi sözcükler sıkça kullanılır. Örneğin; ‘Annem beni sevmeli’.

B. Düşük Engellenme Eşiği (Low Frustration Tolerance): Aktive edici bir olay karşısında bireyin olaya ilişkin yetersizlik algısıdır. Örneğin; ‘Annem beni sevmese onsuz yapamam’.

C. İnsan Değerinin Derecelendirilmesi (Human worth ratings): Diğer insanlar ve kendisiyle ilgili genellendirilmiş değerlendirmelerini kapsamaktadır. Örneğin; ‘Annem beni sevmese değersiz biriyim’.

D. Felaketleştirme (Awfulizing): Bireyin olayları olumsuz ve abartılı bir şekilde değerlendirmesidir. Örneğin; ‘Annem beni sevmese bu durum benim için korkunç ve felaket olur’.



Tablo 1’de bireylerin bağıllık, başarıya ulaşma, rahat yasama ve doğruluk ihtiyacı talepkar, sabırsız, genellemeci ve felaketleştirme bir düşünce biçimi içinde karşılanmaya çalışıldığında bu istekler akılcı olmayan inanç nitelikleri taşır. Bu akılcı olmayan inançlar, yaşamın birçok alanında bireyin performansı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Ancak bu akılcı olmayan inançlar; talepkarlık yerine istemeye, felaketleştirme yerine ılımlı bir değerlendirmeye, düşük engellenme eşiği yerine daha geniş bir hoşgörü ve dayanıklılığa, insan değerinin toptan değerlendirilmesi ve kendini aşağılama yerine yanılabilceğini kabullenme ve kişileri değil de performansları değerlendirme şeklinde akılcı bir hale dönüştürülebilirirse bireyin yaşam kalitesini yükseltecektir. (21)

DiGiuseppe’ye göre Ellis’in diğer tutumların sebebi olarak düşündüğü ve psikolojik rahatsızlıkların merkezi olarak gördüğü talepkarlık (demandingness), dördüncü bir akılcı olmayan tutum olarak da değerlendirilmektedir (22).

Ellis ve Dryden son zamanlarda tüm duygusal bozuklukların temelinde talepkarlığın olduğunu öne sürmektedirler. Ellis, bütün psikopatolojinin özünde dogmatik ve katı düşüncelerin olduğuna inanmaktadır. Bu nedenle bu akılcı olmayan inancın (talepkarlık) duygusal problemlerin hepsinde mevcut olduğu ve geriye kalan diğer üç akılcı olmayan inancın (Düşük Engelleme Eşiği, İnsan Değerinin Derecelendirilmesi ve Felaketleştirme) bu inancın bir türevi olduğunu ifade eder. (14)

Bu modelin savunucuları akılcı olmayan inançları anlamak ve değerlendirmek için bu modelin kolaylaştırıcı yanının olduğunu belirtmektedirler. (14)

Akılcı İnançlar: Akılcı Duygusal Davranışsal Terapi esnek ve aşırı olmayan, gerçeklerle tutarlı, mantığa uygun, duygusal, davranışsal ve bilişsel sonuçları büyük ölçüde işlevsel olan, bireyin temel amaç ve hedeflerine gerçekleştirmesine yardımcı olan inançlar olarak açıklamaktadır. (19)

ADDT, duygusal ve davranışsal problemlerde bireyin sahip olması gereken akılcı inançları dört başlıkta toplamıştır. (19).

- 1) Mutlak-değişmez olmayan tercihler (non-dogmatik preferences): Mutlak değişmez olmayan tercihler, bireylerin tercihleri, arzuları, istekleri vb. ilişkin esnek inançlarıdır. ADDT’ ye göre isteklerini, arzularını talepkar olmadan nasıl karşılamasına ilişkin inançları psikolojik sağlığın çekirdeğini meydana getirmektedir. Örneğin; bireyin kendisine ilişkin bir tercihinin ‘iyi yapmak

- isterim ama iyi yapmak gibi bir zorunluluğum yok' ifadesi örnek olarak verilebilir. ADDT'nin kurucusu Ellis'e göre mutlak-değişmez olmayan tercihler akılcı bir inançtır ve diğer üç inanç bu akılcı inançtan türemiştir (19).
- 2) Felaketleştirici olmayan inançlar (non-awfulising beliefs): Mutlakdeğişmez olmayan tercihleri karşılamada birey başarısız olduğunda bu tercihlerden türetilen akılcı olan düşüncelerdir. Kötü olaylar genelde yüzde sıfır ile yüzde doksan dokuz arasında olumsuz olarak değerlendirilir. Ancak yüzde yüz olumsuz demek mümkün değildir. Örneğin; önümdeki testten iyi yapmasam kötü olur, fakat bu korkunç bir durum değildir (19).
  - 3) Yüksek tahammülü yansıtıcı inançlar (high frustration tolerance): Yüksek tahammülü yansıtıcı inançlar, mutlak-değişmez olmayan tercihler olmadığında bu tercihleri yapmaya dayanma ve tahammül etmeye değer olduğuna ilişkin düşüncelerdir. Örneğin; 'önümdeki testten iyi yapmak isterim fakat iyi yapmadığımda buna katlanmak zordur ve ben buna dayanabilirim'. ADDT, yüksek tahammülü (high frustration tolerance) yansıtıcı inançların hedeflerine ulaşmada hayal kırıklığı yaşayan bireyler için akılcı inançlar olduğunu, çünkü bu inançların bireyin hedeflerini gerçekleştirmede bireye yardımcı olduğunu belirtir (19).
  - 4) Kabul edici inançlar (acceptance beliefs): Kabul edici inançlar aşırı olmayan düşüncelerdir. Birey mutlak-değişmez olmayan tercihlerin gerçekleşmediğinde başarısız olarak kendini görebilir. Davranışlarını olumsuz olarak değerlendirmesi akılcıdır fakat kendini sürekli yanlış davranış sergileyen biri olarak algılaması akılcı değildir. Örnek olarak; 'önümdeki testten iyi yapmak isterim ama iyi yapamamış olmam benim başarısız biri olduğum değil, hata yapabilir biri olduğumu gösterir'. Kabul edici inançlar kendi davranışlarını düzelterek yapılması gerekenler odaklanması için teşvik edicidir (19).

Walen, DiGuseppe ve Dryden akılcı olan ve akılcı olmayan inançların birbirinden farklı olduğunu ifade etmektedir. Fark Tablo 2'de gösterilmiştir. (14)

**Tablo 2: Akılcı olan ve akılcı olmayan inançların karşılaştırılması**

<b>Akılcı İnançlar</b>	<b>Akılcı Olmayan İnançlar</b>
Kendi içinde tutarlı ve mantıklıdır.	Mantıklı ve tutarlı değildir.
Deneysel olarak kanıtlanabilir.	Deneysel gerçeklerle tutarsızdır.
Kusursuz değildir.	Katı ve dogmatiktir.
Olumlu ve uyumlu duygularla sonuçlanır.	Sağlıklı olmayan duygularla sonuçlanır.
Bireyin amaçlarına ulaşmasına yardım eder.	Bireyin amaçlarına ulaşmasını engeller.

Sonuç olarak insanın düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını zarar verici olarak tanımlanan akılcı olmayan inançlar bireyin yaşamının devam ettirmesinde güçlükler yaşamasına ve kişinin mutluluğuna engel olabilir. Toplumun bütün bireylerin mevcut olan akılcı olmayan inançlar büyük ölçüde insanlarda biyolojik kökenli olduğu, her bireyde az ya da çok bulunduğunu ve bu inançlara eğilimli olduğu düşünülmektedir. (20)

### **2.2.2. Anne-Babaların Akılcı Olmayan İnançları**

Akılcı Duygusal Davranış Terapi akılcı olmayan inançların duygusal ve davranışsal olarak bireyde rahatsızlıklar neden olduğunu ifade edilmektedir. Akılcı olmayan inançlar üzerinde çalışan ADDT, çeşitli durumlara göre akılcı olmayan inançları incelemiştir. Bu bilimsel çalışmalar birisi de anne-babaların akılcı olmayan inançlarıdır.

Anne-babaların özellikle çocuklarının davranışlarını yorumlamaları, anne babalığa ilişkin algılamaları akılcı olmayan inançlar için genel bir bilgi sağlar. Bu inançlar anne-babaların çocuklarının nasıl davranması gerektiği ile ilgili genelleştirilmiş inançlarıdır. Akılcı olmayan bu inançlar anne-babaların çocukların davranışlarını değerlendirmede ve algılamada önemli bir işleve sahiptir. (23)

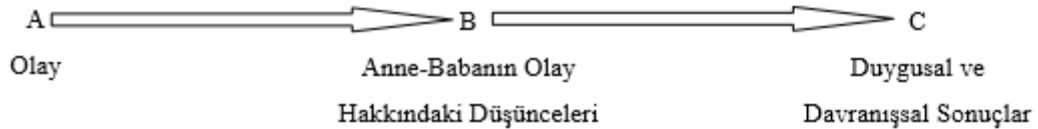
Joyce, kültürel değerlerin, aile kuralların ve kişilik özelliklerin anne-babaların mükemmeliyetçi standartlar geliştirmesine yol açtığını ileri sürmektedir. Çocuklarının mükemmel olmadığına ilişkin katı ve akılcı olmayan inançları ve anne-babalığa ilişkin başarı algısı anne-babalarda suçluluk duygusuna neden olmaktadır. Çocukları

profesyonel yardım gerektiren ciddi bir sorun yaşadığında anne-babaların bu suçluluk duyguları ortaya çıkmaktadır. (24)

Robin ve Foster anne-baba çocuk ilişkilerinde olumlu düşünceler, olumlu duygulara oluştururken; olumsuz düşüncelerin olumsuz duygulara neden olduğunu ileri sürmektedir. Anne-baba ve çocuklar arasındaki ilişkilerini sürekli olarak olumsuz algıarlarsa birbirlerine karşı sürekli olumsuz duygular hissedeceklerdir. Bu olumsuz duygu ifade edildiğinde aile üyelerinde rahatsızlığa yol açabilir. (25)

ADDT'ye göre anne-babaların çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını en aza indirebilecekleri gibi çocuklardaki mevcut sorunları alevlendirebilirler. Ancak bu çocuklardaki psikolojik uyumsuzluğun tek nedeni demek değildir. Anne-babaların çocuklarını, yaptıkları yanlışlardan dolayı suçlamalarının uygun olmayan bir durum olduğunu ve bu durumun sonucunda çocuklarında kendilerini suçlayacaklarını ifade eder. Bundan dolayı çocukta suçluluk, düşük benlik saygısı ve anksiyete gibi sorunların ortaya çıkabileceğini belirtir. (26)

Anne-babaların akılcı olmayan inançlarının anne-babada nasıl meydana geldiği, duygusal, davranışsal problemlere nasıl yol açtığı ABC kuramıyla tespit edilebilir. Şekil 2'de anne-babaların akılcı olmayan inançlarını ABC Kuramına göre gösterimi verilmiştir. (27)



**Şekil 2: Anne-Babaların akılcı olmayan inançlarını ABC kuramına göre gösterimi**

Şekil 2'de gösterildiği gibi anne-babaların duygusal ve davranışsal rahatsızlıklarının neden olan A (olay) değildir. Anne-babaların duygusal ve davranışsal rahatsızlıkları, A (olay) hakkındaki akılcı olmayan inançlardan ve düşüncelerinden kaynaklanmaktadır.

Örneğin; çocuğun yatma zamanı ile ilgili bir sorun yaşayan bir anne babanın A-B-C Kuramına göre incelediğimizde;

A: Olay: çocuğun etrafta koşuşturup durması ve yatma zamanının gecikmesi.

B: İnançlar

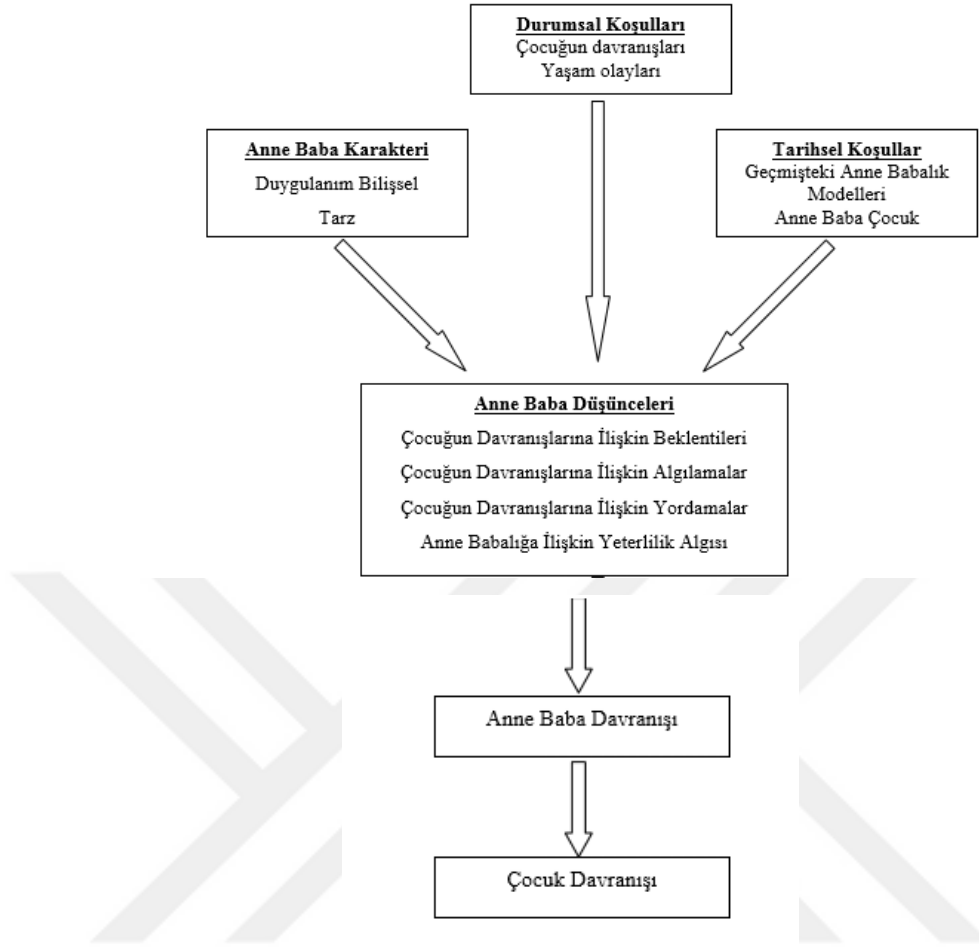
- Onu uyutmam gerekir.
- Ya bu durum düzelmezse.
- Başka anne-babalarda bu sorun yok, benim anne-babalığımla ilgili bazı yanlışlıklar olabilir.
- İyi bir anne-baba değilim.

C: Duygular ve Davranışlar:

- Öfke, Anksiyete, Suçluluk (28).

Burada anne-babanın hissedeceği duygular düşüncelerine ve inançlarına göre oluşmuştur. Anne-babayı rahatsız eden duygular çocuğun uyku zamanının düzensiz olması ve uyumaması ile ilgili değil , bu duruma ilişkin düşünceleri ve inançlarıdır. Anne-baba çocuğunun uyuma zamanının düzensiz oluşunu anne-babalık yetersizliği olarak düşünürse bu düşünceleriyle birlikte kendilerini değersiz ve yetersiz hissedip mutsuz olacaktır. Çocuğunun uyku düzeninin olmayışını olabilecek normal bir durum olarak düşünse mutsuzluk duygusunun yerine daha olumlu duygular yaşayacaktır. Bu örnekte de görüldüğü gibi bu anne-babaya değersiz, yetersiz, öfke ve suçluluk hissettiren, çocuğun uyku zamanının düzensiz oluşu değil, anne-babanın anne-babalığa dair düşünceleri ve inançlarıdır (28).

Johnston, anne-babaların düşüncelerini üzerinde durup ve anne-babaların kişilik özellikleri, durumsal faktörlerin ve tarihsel faktörlerin bu düşünceleri etkilediğini öne sürmektedir. Bu düşüncelerin anne-babaların ve çocukların davranışlarını etkilediğini ifade eden ve bu faktörler arasındaki ilişkiyi belirten bir model geliştirmiştir. Model Şekil 3'deki gibi gösterilmiştir (23).



**Şekil 3: Anne-Babaların düşüncelerini etkileyen koşullar ve bu düşüncelerin anne, baba ve çocuk davranışlarına etkisi**

Şekil 3’de görüldüğü gibi Johnston’ın geliştirdiği model, anne babalarının bilişsel süreçlerini ve bu bilişsel süreçlerin anne-baba, çocuk davranışlarına etkileri gösterilmektedir. Model, anne-babaların düşünceleri üzerinde durumsal faktörler, anne-babaların kişilik stillerinin, geçmişteki anne-babalık modellerin ve anne-baba-çocuk etkileşiminin etkili olduğunu ifade etmektedir. Model anne-babaların düşünceleri üzerinde durumsal faktörlerin, anne-baba kişilik stillerinin ve tarihsel koşulların dışında farklı etmenlerinde etkili olduğu gerçeğini kabul etmektedir.

Anne-babaların bilişsel süreçlerinin anne-babaları motive etmede ve davranışlarını yönlendirme önemli bir rol oynadığını belirten Johnston, modelin anne-babaların bilişsel süreçlerini değiştirmek için kullanabileceği belirtmektedir. Örneğin; anne babaların kendi davranışlarını değerlendirme, çocuk yetiştirirken karşılaştığı problemleri çözme becerisine ilişkin bilişsel süreçlere müdahale edilebilir. Araştırmalara göre davranış problemi olan çocukların ile olmayan çocukların anne babaları

kıyaslandığında davranış problemi olan çocukların anne-babaların problem çözmede yetersiz oldukları, olası çözümlerde uzlaşamadıkları ve çoğunlukla çözüm konusunda başarısız olmaktadır. Bundan dolayı anne-babalara problem çözme becerileri öğretmek bilişsel süreçleri değiştirip daha etkili bir anne-baba olmaları sağlanabilir (23).

Geliştirilen metot anne-babaların bilişsel süreçleri üzerinde etkili olan dışsal uyaranların etkisini azaltmak için de kullanılabilir. Anne-babaların davranışların öncüleri olan bilişsel süreç ailedeki durumsal stres gibi değişkenlerin yıkıcı etkilerini şiddetlendirebilir ya da hafifletebilir. Anne-babaların dış stresle başa çıkma yeteneğini artırarak anne-babaların çocuğun davranışlarına ilişkin beklentilerin, algılamaların, yordamaların ve anne-babalığa ilişkin yeterlilik algısına ilişkin bilişleri değiştirebilir. (23)

Anne-babaların akılcı olmayan inançlarının oluşturduğu duygusal sonuçlar ve alternatif akılcı inançlara alakalı Bernard'ın yapmış olduğu sınıflandırma sıralanmaktadır (29).

### **1.a. Anne-Babaların genel olarak duygusal rahatsızlıkların altında yatan inançlar**

1. Çocuğum beni üzebilir.
2. Duygularımı ve mutsuzluğumu kontrol etmek için çok az bir yeterliğe sahibim.
3. Mutlu olmam için tüm işlerim yolunda olmalı.
4. Çocuklar mutsuzluğumun sebebidir. Kendimi daha iyi hissetmem için onların değişmesi lazım (29).

### **1.b. Alternatif akılcı inançlar**

1. Duygusal problemlerimi kendim oluştururum.
2. Çocuklarımla alakalı mutsuzluğumun nasıl olacağına ben karar veririm.
3. Çok üzgün olmam durumu daha da kötü yapabilir.
4. Çocuğumun değişmeden önce benim kendimle ilgili birkaç değişiklik yapmam gerekir (29).

### **2.a. Anne-Babaların kaygılarının altında yatan inançlar**

1. Mükemmel bir anne-baba olmalıyım. Çocuklarımı her daim sakin, kontrolüm altında ve hatasız bir şekilde yönetmesem, onlar kötü yetişmiş olur.
2. Çocuğumu asla zaman incinmiş, rahatsız ve tehlikede görmemeliyim
3. Çocuğum sürekli beni sevmese bu benim için korkunç olur.

4. Eğer diğer insanlar anne-babalık tarzımı onaylamazlarsa bu benim için korkunçtur.

5. Çocuklarımın refahı için sürekli endişe ve kaygı duymasam, bu benim kötü bir anne-baba olduğumu gösterir (29).

### **2.b. Alternatif akılcı inançlar**

1. Mükemmel olamayacağını bilmeme rağmen çocuğumu yetiştirmede elimden gelenin en iyisini yapacağım.

2. Çocuğumun bana kızması dünyanın sonu değil.

3. Bir anne-baba olarak elimden gelenin en iyisini yapmak tercih edilir, fakat bunun nasıl olmam gerektiğiyle ilgili evrensel bir yasa yoktur.

4. Mükemmel anne-baba olmak diye bir şey yok.

5. Çocuğuma kötü bir şey olduğunda bu nadiren çok kötü ve korkunç bir durumdur (29).

### **3.a. Anne-Babaların öfkelerinin altında yatan inançlar**

1. Çocuklar başarı motivasyon gibi konularda her zaman kesin bir şekilde iyi olmalı ve düşünceli, insani duygular gibi konularda da doğru davranışta bulunmalı.

2. Çocuklar yaramazlık yapmaları, anne-babaya itaat etmemeleri ve söz dinlememeleri berbat, ve korkunçtur.

3. Çocuğum sürekli isteklerim doğrultusunda hareket etmeli.

4. Çocuğum söylediklerimi yapmalı.

5. Bir çocuğun davranışı ve kendisi aynıdır. Böylece bir çocuk hata yaptığında bunun onun kötü bir çocuk olduğunu gösterir.

6. Çocuğum daima bana karşı doğru olmalı.

7. Çocuğuma yardım etmek zor olmamalı (29).

### **3.b. Alternatif akılcı inançlar**

1. Öfke, çocuğun sinir nöbeti ile karıştırılabilir.

2. Anne-babalar öfkelenildiğinde bu durum onların çocuksu bazı davranışlar yapmalarına sebep olabilir.

3. Çocuğunuzu öfke ile disiplin altında tutmanız çocuğu aşağılar ve size karşı bir kinci bir reaksiyon geliştirir.



4. Öfkelenmeniz size ve çocuğa faydası olmayacaktır. Öfkenin en iyi ihtimali geçici olmasıdır.
5. Anne-babaların nasıl olması gerektiğini belirten evrensel bir yasa yoktur. Çocuk, çocuktur, yaramaz ve bilgisizdir.
6. Öfke sık sık daha fazla öfke üretir , diğerlerini de öfkelenendirir.
7. Çocuğun sadece eylemlerini onaylamayın hiçbir zaman nefret etmeyin (29).

#### **4.a. Anne-Babaların öfkelerinin altında yatan inançlar**

1. Anne-babalık o kadar da güç olmamalı.
2. Hayatım eğlenceli olmalı , hayal kırıklığına uğramamalıyım.
3. Çocuğumun taleplerini yerine getirmek , sızlanmasını engellemek daha kolaydır.
4. Çocuğum için yapacaklarımı, söylediğim her şeyi yapma zorunluluğunun oluşturduğu strese katlanamam.
5. Her şey her zaman benim istediğim gibi olmalı , insanlar benim teklif ettiklerimi yapmalı.
6. Ben hayal kırıklığı yaşamamalıyım (29).

#### **4.b. Alternatif akılcı inançlar**

1. Görevle karşı karşıya kalmak, görevi önlemekten daha kolaydır.
2. Kısa süreli engellemelere dayanma uzun süreli kazançlar sağlayabilir.
3. Anne-babalık genellikle çok zordur.
4. Başarılı bir anne-baba olmak için ara sıra sevmediğin şeyleri yapmak zorunda kalabilirim.
5. Çocuğum , onun davranışları ile alakalı hayal kırıklığına ona çok fazla yardım ederek tolere edebilirim (29).

#### **5.a. Anne-Babaların depresyonlarının altında yatan inançlar**

1. Ben daima iyi bir anne-baba olmalıyım. Örneğin; çocuğum her zaman bütün endişelerini gidermeli, bütün problemlerini çözmeliyim. Bunları yapmadığımda başarısız bir anne-baba olurum.
2. Çocuğum çok sık uygun olmayan davranışlarda bulunursa çok korkunç bir durumdur, anne-baba olarak başarısız olduğumu gösterir.
3. Çocuğum yetersiz bir insan olduğumu düşünürse, bu değersiz olduğumu gösterir.

4. Çocuğun üzerindeki performansım, bir insan olarak değerimi gösterir.
5. İnsan olarak değerim nasıl anne-babalık yaptığım ile ilgilidir. Bu nedenle daha iyi bir anne-baba olmak için hata yapmamalıyım.
6. Değersizim çünkü çocuğumun birçok problemi var.
7. Tüm sorunlarını çözemeyen çocuğuma kızdığım için kötü bir anne babayım (29).

#### **5.b. Alternatif akılcı inançlar**

1. Hiç bir şey için başkalarını ve kendinizi asla suçlamayın.
2. Anne-babalar kendilerini berbat etmektedirler, çocuklar değil.
3. Çocukların problemleri anne-babaların belirttiği ölçüde değildir. Anne babalar problemleri olabildiğinden daha büyük problemlere dönüştürmektedir.
4. Birinin anne-baba olarak performansı o kişinin insan olarak değerinin belirlemez.
5. Çocuğun performansı, bir anne-babanın değerini belirlemez (29).

#### **6.a. Anne-Babaların suçluluklarının altında yatan inançlar**

1. Geçmişte ya da halen yaşanan sıkıntılar o kadar rahatsız edici, korkunç ki çocuğumun normal bir hayat yaşaması için sürekli takip edilmesi lazım.
2. Acı çocuğum için korkunçtur, bunu önlemeliyim.
3. Çocuğumun sorunlarının tek sebebi benim.
4. Yapacağım her hata, çocuğumu etkileyecektir.
5. Çocuğumun karşılaşacağı engelleri önlemeliyim , bunu yapabilmeliyim.
6. Çocuğumun mutluluğu için hemen hemen her şeyden ben sorumluyum.
7. Benim kişisel yetersizliğimden dolayı çocuğum cezalandırılıyor.
8. Ben daima çocuğuma doğru olanı yapmalıyım (29).

#### **6.b. Alternatif akılcı inançlar**

1. Çocuğumun problemlerinin tek sebebi anne-babalar değildir.
2. Anne-babalar çocuklarını bütün kötü şeylerden korumaya gücü yeten kişiler değildir.
3. Çocuklar birçok olumsuzluklarla baş edebilirler.
4. Çocuklar, engellenmelerini tolere edebilir.
5. Anne-babalar daha iyisini bilselerdi, daha iyisini yaparlardı.

6. Mükemmel bir anne-babanın böyle olması gerekir diyen evrensel bir kanun yoktur. Anne-babalar çocuk yetiştirirken hata ve yanlışlıklar yapabilir ve bunlar için cezalandırılmazlar (29).

## 2.3 Mükemmelliyeçilik

### 2.3.1 Mükemmelliyeçiliğin Tanımlanması

Uzun yıllar mükemmelliyeçilikle ilgili dikkate değer araştırmalar yapılmakta ve psikoloji alanında mükemmelliyeçi kişilik özelliği ve ilişkili olabilecek diğer kişilik özelliklerine ilişkin artan bir ilginin olduğu gözlemlenmektedir. Buna rağmen, mükemmelliyeçilik kavramına ilişkin ortak kabul gören bir tanımlama bulunmamaktadır. Ortak tanımlamanın olmaması doğal olarak psikoloji literatürüne de yansımaktadır (30). Bu özelliği tanımlamadaki temel güçlüklerden biri, mükemmelliyeçiliğin hem olumlu hem olumsuz bir özellik olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır (30). Slaney ve Ashby'e (1996) göre mükemmelliyeçiliği tanımlamadaki diğer bir güçlük ise, mükemmelliyeçiliğin bilişsel ve davranışsal özelliklerinin ayrıştırılmamış olmasıdır. Mükemmelliyeçilikle alakalı mevcut ölçeklerin mükemmelliyeçilik kavramının orijinal yapısını tam olarak yansıtamaması da mükemmelliyeçiliğin tanımlanmasında sınırlayıcı bir işleve sahiptir.

Mükemmelliyeçilikle ilgili çalışan ilk araştırmacıların, mükemmelliyeçilik yapısını tanımlamada öncelikli olarak sözlük tanımlamalarını kullandıkları görülmektedir. Kapsamlı Psikolojik ve Psikoanalitik Kuramlar Sözlüğü mükemmelliyeçiliği, bireyin kendisinden ve başkalarından koşulların gerektirdiğinden daha yüksek kalitede performans beklemesi olarak tanımlamıştır (31).

Mükemmelliyeçiliğin ilk tanım ve kavramsallaştırmaları, mükemmelliyeçiliği tek boyutlu olarak ele almakta ve normal dışı bir kişilik özelliği olduğuna dair vurgular yapmaktadır. Mükemmelliyeçiliğe tek boyutlu ve olumsuz bir bakış açısıyla bakan Freud, mükemmelliyeçiliği “süperegonun yüksek düzeyde başarı için çabalamasının sonucunda ortaya çıkan, nevrotik rahatsızlıklarda sıklıkla görülen bir kişilik özelliği” olarak tanımlamaktadır.

Freud'a benzer bakış açısına sahip olan Hollender (1965), mükemmelliyeçilik

üzerine çalışan ilk akademisyenlerden biri olarak “mükemmelliyeçiliği kusursuz davranış, başarı yoluyla ailenin kabulünü sağlama girişimi” olarak tanımlamıştır. Mükemmelliyeçiliği çocukluk döneminde kazanılan olumsuz bir kişilik özelliği olarak ele alan Hollender, mükemmelliyeçilik terimini “kendisinden ya da diğerlerinden durumun gerektirdiğinden daha yüksek düzeyde performans sergilemek isteyen bireyleri” tanımlamak amacıyla kullanmıştır (32).

İlk çalışmalar mükemmelliyeçiliğin olumsuz yönü üzerinde dururken, Hamachek (1978) mükemmelliyeçiliğin gerçekten de kötü bir şey olmadığını ileri süren araştırmacılardan birisidir. Mükemmelliyeçiliğin normal ve nörotik olmak üzere iki boyutu olduğunu belirten Hamachek, normal mükemmelliyeçileri belirledikleri yüksek standartlara ulaşmasalar bile kendilerini katı bir şekilde eleştirmeyen ve ilerideki ödüllendirmelerden dolayı içinde bulunduğu durumdan zevk alan kişiler olarak tanımlarken; nörotik mükemmelliyeçileri ise çabalarını asla yeterli görmeyen kişiler olarak tarif etmiştir.

Yine mükemmelliyeçiliği olumsuz ve tek boyutlu olarak ele alan Burns (1980) mükemmelliyeçiliği, ulaşılabilirliğin ve mantığın ötesinde ulaşılmaz hedeflere ulaşmak için bireyin kendini zorlaması ve kendi değerlerini tamamen üretkenlik ve başarıyla doğru orantılı bir şekilde ölçmesi olarak tarif etmiştir.

Psikoloji literatüründe “mükemmele ulaşma ihtiyacı”, “mükemmeden daha azının kabul edilemez olduğunu düşünme” gibi tanımların yeterince kapsamlı olmadığı öne sürülmüştür (33)ve mükemmelliyeçiliğin tanımında tek bir tanım konusunda uzlaşmaya varılamamıştır.

Bu nedenle, 1990’ların başından itibaren mükemmelliyeçilik çeşitli özellikler içeren çok boyutlu bir kavram olarak kabul görmüş ve bu kavramı ölçmeye yönelik çok boyutlu ölçekler geliştirilmiştir. Mükemmelliyeçilik alanında çok boyutlu bakış açısından üç farklı tanımlamanın yapıldığı görülmektedir:

Bunlardan ilki, Frost ve ark. (34) yaptığı tanımlamadır. Frost ve arkadaşlarının (34) tanımında mükemmelliyeçilik altı boyutta ele alınmıştır. Bu boyutlar, “hatalara karşı aşırı ilgi”, “yüksek kişisel standartlar”, “yüksek ebeveyn beklentisi”, “aşırı ebeveyn eleştirisi”, “davranışlardan şüphe duyma” ve “düzen” şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Tanımlamada “yüksek kişisel standartlar” ve “düzen” boyutlarının olumlu

mükemmelliyeçiliği yansıttığı belirtilirken; diğer dört boyutun olumsuz mükemmelliyeçiliği yansıttığı ifade edilmiştir.

İkinci olarak Hewitt ve Flett'in tanımlamasında mükemmelliyeçilik üç boyutta karşımıza çıkmaktadır. Bu boyutlar “kendine yönelik”, “diğerlerine yönelik” ve “sosyal düzene yönelik” şeklindedir (35).

Üçüncü ve en yeni tanımlama Slaney ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu tanımlamada da yine mükemmelliyeçilik “yüksek kişisel standartlar”, “düzen” ve “çelişki” olmak üzere üç boyutta ele alınmıştır. Olumlu mükemmelliyeçilik “düzen” ve “yüksek kişisel standartlar” ile açıklanırken; olumsuz mükemmelliyeçiliğin “çelişki” alt boyutuyla ilgili olduğu ifade edilmiştir. (33).

## **2.4 Mükemmelliyeçilik İle İlgili Kuramsal Çerçeve**

Mükemmelliyeçiliğin temelleri ile alakalı gerek ampirik gerekse deneysel olarak çalışan birçok araştırmacı farklı görüşler ortaya koymuşlardır. Fakat bu farklı görüşlerin yanı sıra pek çok kuramcı aynı zamanda; mükemmelliyeçiliğin temelini yaşamın ilk yıllarında nispeten şekillendiği ve bu şekillenmede mükemmelliyeçi ve talepkar ailelerin büyük rol oynadığı konusunda aynı fikre sahiptirler. (36).

### **2.4.1 Psikanalitik Kuram**

Psikoanalitik yaklaşım mükemmelliyeçilik çalışmalarının temelini oluşturan kuramların başında gelmektedir. Alan yazın tarihinde mükemmelliyeçilik çoğunlukla, her zaman hissedilen nevrotik bir biçim olarak düşünülmüştür; bu nevrotik biçim ile ilgili alan yazının başlangıcını oluşturan Freud (1957) mükemmelliyeçiliği, nevrotik rahatsızlıklarla ilişkili bulan ve süperegonun yüksek düzeyde başarı için çabalamasının sonucunda ortaya çıkan bir kişilik özelliği olarak değerlendirmiştir. Ona göre kusursuz olma ihtiyacı hem yıkıcı dürtülerin ürünü hem de oidipus kompleksinin yorumudur. Freud, mükemmelliyeçilik eğiliminin çocuklukta başladığını ve ebeveynlerinin yasaklarının içselleştirilmesi ile devam ettiğini ifade etmiştir. (37).

Horney'e (1975) göre mükemmelliyeçilik, bireyin kendine yabancılaşmasına patolojik olarak uyum sağlamasıdır. Horney, Freud'dan farklı olarak

mükemmeliyetçiliği içten gelen bir çabadan ziyade nevrotik nitelikte bir “kusursuz görünme isteği” olarak tanımlamıştır. Kültürün değer yargılarına göre farklılaşan bu tür nevrotik özentilerin çocukluk yıllarında gelişmeye başladığını bildirmiştir (37).

Horney (1975), mükemmeliyetçiliğin şekillenmesini çevresel faktörlere özellikle ebeveynin sürekli kendini haklı gördüğü, yanılmazlık görüntüsüne büründüğü ve çocukları arasında ayırım yapmaları gibi faktörlere dayandırarak bu kişilik özelliğine farklı bir boyut kazandırmıştır. Horney (1975), mükemmeliyetçi kişilerden bahsederken aşırı dakik ve düzenli olan, tam uygun kelimeyi kullanmaya çalışan, doğru kravat ya da ayakkabı gerektiğini düşünen insanlardan bahsetmektedir. Horney de Freud gibi mükemmeliyetçiliği yalnızca olumsuz yönüyle ele almış ve nevrotik bir gereksinim olarak açıklamıştır (37).

Hollender (1965) mükemmeliyetçiliği olumsuz bakış açısıyla ele almış ve çocukluk döneminde öğrenilmiş bir kişilik özelliği olarak değerlendirmiştir. Hollender (1965) mükemmeliyetçiliğin oluşumunda aile faktörünü de değerlendirmiştir. Mükemmeliyetçiliğin ailenin çocuklarını mükemmelliğe karşı zorlaması ve istedikleri seviyeye ulaşamadıklarında çocuklarını kabul etmeme temeline dayandırarak mükemmeliyetçi bireylerin ailelerin onay kazanma ve diğerlerinden kabul görme çabası içinde olduklarına yönelik inancı desteklemektedir (32).

Mükemmeliyetçi kişilik yapısı ve mükemmeliyetçilik düşüncesiyle yakından ilgilenen Adler (1964), Freud’tan farklı olarak mükemmeliyetçiliği olumlu bir kişilik özelliği olarak da değerlendirmiştir (37).

İnsanı doğanın güçleri karşısında ve çocuğu da yetişkinlerin arasında çaresiz bir varlık olarak değerlendiren Adler (1964), asla kişinin kendini mükemmel bir varlık olarak görmediğini ifade etmiştir. Ona göre aşağılık duygusu evrenseldir ve her insan hayatının belli bir döneminde bu duyguya kapılabilir. Adler’e göre iki yaşından sonra kendini çevresindekilerle kıyaslamaya başlayan ve kendini güçsüz gören birey, doğuştan getirdiği yetersizliklerine ilave olarak hayat deneyimlerini gerçekleştirme isteği duymaktadır. Bu süreçte çevrenin olumsuz yaklaşımları karşısında çocuk aşağılık kompleksi duymaya başlamaktadır. Üstünlük çabası içinde olan ve bulunduğu eksi durumdan artı duruma geçmek için sürekli çaba harcayan birey “mükemmel” bir varlık olmaya çalışır. Adler (1964), “üstünlük çabasını” mükemmelliği isteyen bir güdü olarak belirtmiştir. Doğuştan gelen mükemmeliyet çabasının, başarıma isteğinin içsel ve dışsal sebeplerin baskısıyla

oluşturduğunu ve kişinin anlamlı yaşam amaçlarına ulaşma çabasına da hizmet edebileceğini belirtmiştir (37).

Adler (1956), mükemmeliyetçiliği normal olan ve doğuştan gelen bir özellik olarak kabul etmiş; “sağlıklı ve sağlıksız” olmak üzere iki boyutlu olarak ele almıştır (38).

Sağlıklı mükemmeliyetçiler (olumlu), ulaşılabilir hedefler için çabalarlarken aksine sağlıksız mükemmeliyetçiler (olumsuz-nevrotik) kendilerine gerçekçi olmayan hedefler belirlerler ve performanslarının üzerinde hedeflere ulaşmaya çalışırlar (30).

#### **2.4.2 Davranışçı Kuram**

Mükemmeliyetçiliği açıklamaya çalışan diğer bir kuram Davranışçı Kuramlar’dır. Skinner davranışın biçimlendirilmesi ve sürdürülmesinde çevrenin rolünü önemle vurgulamaktadır. Skinner’e göre bireyin davranışları olumlu şekilde pekiştirildiğinde ve ödülle sonuçlandığında o davranışın yapılma sıklığı artabilir. Aynı şekilde insanlar ödüllendirici sonuçları olmayan ya da cezalandırılan davranışlarda bulduklarında aynı davranışı giderek daha az sergileme eğiliminde bulunurlar (39). Burada Skinner’e göre, birey sadece en iyisini yaptığında çevresi tarafından ödüllendirildikçe mükemmellik kalıcı hale gelir. Bu durumda ona göre problem, mükemmellik düzeyi oldukça yüksek olduğunda ve bireyin mükemmeli elde edeceğini düşünüp ona ulaşamadığında meydana gelir. Bu durumda genellikle depresyon ya da anksiyeteye sonuçlanabilmektedir (40).

Bu kurama göre mükemmeliyetçilik kavramı, pekiştireçlere olan ihtiyaçlarla basit bir şekilde tanımlanabilir. Bandura’ya göre eğer pekiştireç sadece mükemleleerişildiğinde veriliyorsa, birey bu yaşantı yoluyla mükemmelliği pekiştireç kazanmak amacıyla gereksinim olarak öğrenecektir. Mükemmelin altında sonuçlar ortaya çıktığı zaman, birey kendini küçük duruma düşmüş olarak hissedecektir. Bundan dolayı, birey ödül almak ve küçük duruma düşmemek için davranışlarında yüksek standart hedefleyecektir (40).

Mükemmeliyetçiliği temellendirme boyutunda çevre faktörü (özellikle aile) Hamachek (1978) tarafından önemle vurgulanmıştır. Hamachek’e göre mükemmeliyetçilik çelişkili veya koşullu onay sonucunda da oluşabilmektedir. Ailelerin tutarsız davranışlar ve çelişkili onay durumlarında, çocuklar diğer insanlardan

kaynaklanan sürekli standartların yoksunluğunu gidermek amacıyla kendilerine makul olmayan yüksek düzeyde standartlar belirleyebilirler. Aileleri koşullu onaya çok fazla vurgu yapan çocuklar performanslarına (başarılarına) çok aşırı değer verebilirken kendilerini küçümseyebilirler. Bu çocuklar sadece olağanüstü başarı (performans) gösterdikleri sürece değerli olabileceklerini öğrenmiş olabilirler ki bu mükemmelliyeçi düşüncenin gelişimine neden olmaktadır (41).

Flett ve ark. (2000), mükemmelliyeçiliğin gelişimi ile alakalı kişinin hem kendi içindeki hem de dışındaki faktörleri içeren bir davranışsal gelişim modeli ortaya koymuşlardır. Bu modele göre mükemmelliyeçilik, kişi ile çevresi arasındaki etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bağlanma stili, karakter ve genetik özellikleri kişisel faktörler çerçevesinde (42) ; ebeveynlerin mükemmelliyeçiliği, aile çevresi, alaya alınma hikayesi ve ebeveynlik stili özelliklerini ise çevresel faktör çerçevesinde ele almışlardır (43) (36) (44).

#### **2.4.2.1 İnsancıl Kuram**

İnsancıl kuramcılar da Adler gibi mükemmelliyeçiliğin insan gelişimi için önemli bir kavram olduğunu öne sürmüşlerdir. İnsancıl yaklaşım, insanın doğasında olumluya, iyiye ve doğruya yönelik bir eğilim olduğunu belirtmişlerdir. Kişiyeye yeteneklerini ortaya çıkarabileceği bir ortam sunulduğunda ve tercihler yapabilmesine olanaklar tanındığında gizil güçlerini ortaya çıkarabilecek ve başarılı olabilecektir (45).

İnsancıl yaklaşımın kurucularından olan Rogers ise “ideal benlik” ve “gerçek benlik” kavramlarını vurgulamıştır. Benlik kavramı kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de içerir (39). Kişinin ne olmak istediği konusundaki görüşleri “ideal benliği” oluşturur. Bu terim bireyin ulaşmak istediği ve sahip olduğu takdirde kendisini çok değerli bulacağı benlik kavramını tanımlar. Aslında Rogers’a göre benlik kavramı kişinin kendi hakkında doğru ya da yanlış olan bazı hipotezleridir (39). Kendisinde var olan özelliklerin farkında olup, buna göre istediklerini belirlediğinde, kendisini değerli bulma olasılığı daha fazla olacaktır. Diğer bir deyişle “ideal benliği” ile “gerçek benliğine ne kadar yakın olursa kişi o derece mutlu olabilecektir. Mükemmelliyeçilik ise, kişide “gerçek benlikten” uzak



olan bir “ideal benlik” belirlemektedir. Bu nedenle bu durum bireyin mutluluğunu olumsuz etkileyerek bireyde kaygıya yol açacaktır. (46).

Barrow ve Moore (1983) kişinin benlik değeri performansına bağlı olarak geliştiğinde mükemmeliyetçi düşünce oluştuğunu ifade etmişlerdir. Bireyin benlik değerinin erimesine yol açan birkaç neden öne sürmüşlerdir (47):

- 1) Anne-babanın haksız yere çocuğu eleştirmesidir.
- 2) Anne-babanın eleştirileri açıkça belirttiği için standartlar idealler içerisinde yer almakta ve beklentilerle ifade edilmektedir.
- 3) Açık standartların belirsizliği, çocuğu mükemmellik standartları ortaya koyarak bu eksikliği gidermeye teşvik etmektedir.
- 4) Mükemmeliyetçi anne ve babaları gözlemleyerek olmaktadır.

#### **2.4.2.2 Bilişsel Kuram**

Bilişsel yaklaşım, kişilik farklılıklarını bireylerin bilgi işleme süreçlerindeki farklılıklara dayanır (48). Brown ve Beck (2002), mükemmeliyetçiliği de bilişsel modele göre ve olumsuz bir bakış açısıyla tanımlamaktadır. Beck’in bilişsel üçlü adını verdiği bireyin kendine, geleceğe ve dünyaya yönelik olumsuz düşünceleri bilişsel hataların temelini oluşturur. Ona göre bilişsel hatalar, yanlış ve yetersiz bilgiye dayanarak çıkarımlarda bulunmakla ilişkilidir. Mükemmeliyetçiliğin temelinde de bilişsel hatalar söz konusudur. Bilişsel hatalar kişinin düşüncesinde bulunan sürekli ve sistematik mantık hatalarıdır (49). Bunlar:

- 1) Seçici Soyutlama: Bir durumun bütünündeki daha önemli olan yanları yadsıyarak, bir ayrıntı üzerinde yoğunlaşmayı ve bütün yaşantıyı bu ayrıntıya dayanarak kavramlaştırmayı kapsar.
- 2) Mutlakiyetçi, İkili Düşünme: Bütün yaşantıları iki farklı zıt kategoriden birine yerleştirme eğilimidir.
- 3) Kişileştirme: Bireyin kendi dışındaki olayları herhangi bir ilişki olmamasına rağmen kendine bağlama eğilimidir.
- 4) Aşırı Genelleme: Tek bir olay üzerinden, genel bir sonuca ulaşma eğilimidir.

Benzer şekilde, Barrow ve Moore (1983) mükemmeliyetçi düşünce ile alakalı bazı özellikler olduğunu belirtmişlerdir (47). Bunlar:

- 1) İkilem yani, hep ya da hiç düşünce tarzı (helal/günah; başarı/başarısızlık).
- 2) İstekler taleplere dönüşür.
- 3) Zaman algısı gelecek odaklıdır.
- 4) Tamamlanmamış hedefler abartılı bir şekilde büyütülmekte ve tamamlanan hedefler önemsizleşmektedir.
- 5) Hedefler katılaşmakta ve benlik saygısının bir gerekliliği olarak algılanmaktadır.
- 6) Başarılan işlere çok az kişisel ödül verilmektedir.
- 7) Tamamlanmamış hedefler abartılmakta ve kusurlar çok dikkatli bir şekilde incelenmektedir.
- 8) Sıradan olmak utanç olarak kabullenilmektedir.
- 9) Zorunlu bir döngü oluşmaktadır: Mükemmeliyetçilik standartları ve performansla karışan zayıflatıcı duygular meydana gelmektedir.

#### **2.4.2.3 Akılcı-Duygusal Kuram**

Ellis, insanların hem mantıklı hem de mantık dışı düşünme potansiyeli ile dünyaya geldiklerini ileri sürmüştür. Ellis, insanların mutluluğa, sevmeye, ilişki kurmaya yatkınlığı olduğu kadar;, hataları sürekli tekrarlamaya, intihara, hoşgörüsüzlüğe ve mükemmeliyetçiliğe eğilimli olduklarını savunur. Ona göre, bireylerin iç konuşma sonucu yaptıkları öz değerlendirmeyle sürekli olarak kendilerini etkilediklerini belirtir (18).

Mükemmeliyetçiliği mantık dışı inançlarla ve olumsuz bir bakış açısıyla açıklamaya çalışan Ellis (1978), bireylerin yaşamdan zevk almak yerine sürekli olarak sahip oldukları özellikleri ve başarıları derecelendirdiklerini belirtmiştir. Ayrıca Ellis (1978), bireylerin arzularını ve tercihlerini doyumak için “meli-malı” ifadelerini içeren talepkarlık içinde mükemmel talep etmenin, mantık dışı ve işlevsel olmayan bir durum olduğunu kabul etmektedir. Ellis, mükemmel istemenin performansta ciddi karışıklıklara

ve enerji kaybına yol açtığını belirtmektedir. Birey her türlü isteğini bir zorunluluk olarak görür, ulaşamadığı istekler karşısında kendini engellenmiş olarak hisseder (39) (46).

Ellis, rahatsızlık veren hemen hemen her duygunun aşağıda belirttiği üç mantıksız inançtan en az biriyle bağlantılı olduğunu savunur (39).

- 1) İyisini yapmalıyım ve tüm başarılarım takdir edilmeli, yoksa işe yaramaz birisi olacağım.
- 2) Bana karşı kibar, düşünceli ve adaletli olmalısın aksi halde puan kaybedersin.
- 3) Yaşama koşullarım rahat ve iyi olmalı, böylece istediğim her şeyi çok fazla çaba sarf etmeden ve rahatsızlık duymadan elde edebilmeliyim aksi halde bu lanet bir dünyadır ve hayat yaşamaya değmez.

Ellis (1977), insanların mantıksızlığa eğilimli olarak dünyaya geldiklerini ve bu eğilimlerinin çevre tarafından desteklendiğini belirtmiştir. Bireysel farklılıkları yadsımayan Ellis, bireylerin ilk çocukluk çağında etkilenmelere daha fazla yatkın olduklarını belirtmiştir. Ellis, çocuğun çaresiz olduğu dönemde mantık dışı düşüncelerin gelişimini dört nedene bağlamıştır (39).

- 1) Çocuğun gelecekteki doyumundan çok şimdiki doyumuna ısrar ettiği için gerçek korkularını fantezi korkularından doğru olarak ayırt edememesi.
- 2) Çocuğun diğer insanların düşüncelerine ve planlarına bağımlı olması.
- 3) Aile bireylerinin mantıksız eğilimlerini çocuğa geçirmeleri.
- 4) Bu sürecin medyanın etkisi ile yoğunlaştırılması.

Mükemmeliyetçiliği olumsuz bir bakış açısıyla ve tek boyutlu olarak ele alan Burns (1980), mükemmeliyetçi kişileri ulaşılabilirliğin, mantığın ötesinde ulaşılmaz amaçlara ulaşmak için kendini zorlayan ve kendi değerlerini tamamen üretkenlik ve başarıyla doğru orantılı bir şekilde ölçen kişiler olarak tanımlamıştır. Ayrıca mükemmeliyetçiliği, ebeveynlerin tutarsız davranışlarıyla ve çelişkili onay durumlarıyla temellendirmiştir (50)

## 2.5 Okul Başarısı

### 2.5.1 Başarının Tanımı

Başarının değişik tanımları bilim adamları tarafından yapılmıştır. Baltaş başarıyı; birey için anlamlı olan amaçların günlük programlarla adım adım gerçekleşmesi olarak tarif etmektedir (51). Yıldız'a göre başarı, insanın kendisi ve çevresi ile uyumlu yaşayabilmesi; kendini gerçekleştirmek amacıyla belirlediği hedeflere ulaşırken gösterdiği çabalarından olumlu sonuçlar almasıdır. Başarı bireyin yeteneklerini ve gizli güçlerini bunlardan yararlanarak belirlediği hedefe ulaşması demektir (52).

Başarı tamamlamadır; yapmak amacıyla yola çıktığımız şeyi tamamlamaktır. Başarı silmektir. Başarıya ulaşmamızı engelleyen etkenleri silmektir. Başarı türetmektir. Rüya olacağını bilseniz dahi umut ederek yeni şeyler türetmektir (53).

İnsanı başarıya ulaştıracak temel karakteristik özellikler aşağıda sıralanmıştır (54):

**Hırs**; insana enerji ve güç verir.

**İstek**; başarıya ulaştıracak enerjiyi sağlar.

**İnanç**; başarıya giden yolda haritamızdır, pusulamızdır.

**Strateji**; mevcut kaynakları organize etme yöntemidir.

**Azim ve Sebat**; istenen başarı için sebatla ve azimle çalışmaktır.

Okul başarısı; okul ortamında belirli bir ders ya da akademik programlardan bireyin hangi ölçüde yararlandığının bir ölçüsü ya da göstergesidir. Okuldaki başarı ise bir akademik programdaki derslerden öğrencinin aldığı puanların ya da notların ortalaması olarak düşünülebilir (55).

Başarı, istenen sonuca ulaşma, güdülen hedefe erişme, isteneni elde etme olarak tanımlanabilir. Eğitim açısından düşündüğümüzde başarı; program hedefleriyle tutarlı davranışlar bütünüdür. Diğer deyişle, bir öğrenci programdaki hedef davranışları sergilemesi durumunda başarılı sayılmaktadır (56).

Akademik başarı genellikle, öğrencinin duyuşsal ve psikomotor gelişiminin dışında kalan, bütün program alanlarındaki davranış değişimlerini belirtir.

Bununla birlikte okulda okutulan derslerle öğrencilerde sağlanması öngörülen

davranış değişiklikleri bilişsel davranışlarla sınırlı değildir. Bu bağlamda okulda okutulan her bir dersin amaçları belirli bilgi ve beceriler gibi bilişsel davranışlar yanında, değerler, tutumlar ve ilgiler gibi duyuşsal davranışları da kapsamaktadır (57).

Gnader'a (1993) göre; çocukların okul çağındaki başarıları, çabalarının karşılığında övülürse yani olumlu pekiştireç aldıklarında çalışma ve başarıma duygularını geliştireceklerdir. Ancak çocuklardan yetenekleri üzeri beklenir ve bunu yapamadıkları, gerçekleştiremedikleri durumda da eleştiri alırlarsa bir aşığılık duygusu geliştireceklerdir. Sonuçta başarısızlık ve çaresizlik korkusuyla yarışmalardan kaçınmak ve girişimlerde bulunmamak gelişim aşamalarında bir yetersizlik oluşacaktır (58).

İnsan önceden belirlediği bir hedefe doğru iradi bir arzu duyarsa mutlaka başarıya ulaşır. Belirlenmiş kişisel amaçlar olmadan başarılı olmak imkansızdır. "Herkes istiyor" diye herkesin amaçladığını istemek gerçekten bir "amaç" sahibi olmak demek değildir. "Genel amaçlar" peşinde olmak yani herkes istiyor diye, başkaları öğretmen, doktor, mühendis vb meslekleri seçiyor, özel dershaneye gidiyor, başkaları başarılı oluyor diye başarılı olmak planlı ve programlı bir hedefe yönelememek hem insanın enerji ve gayretini yoğunlaştırmasını engel olur, hem de ulaşıldığında insanı mutlu etmez. Başarılı insan, belirlediği amaçlarına belirli bir zaman içerisinde ulaşmış olan kişidir. Başarıya ulaşmış insanlar amaçlarını belirlemiş ve bu amaca yönelik plan yapmış insanların arasından çıkar (59).

## 2.6 Adölesen Dönemde Beslenme

Beslenme; insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli ölçülerde alıp vücudunda kullanmasıdır. Bu öğelerin herhangi biri vücuda alınmadığında ya da gereğinden az veya çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bildirilmektedir (60). Vücudun büyüme ve gelişmesi, verimli çalışması, hastalıklara ve dış etkenlere karşı dirençli olabilmesi için sağlığın temelini oluşturan yeterli ve dengeli beslenme büyük önem arz etmektedir (60) (61).

Adölesan dönem, yaşam boyu devam eden alışkanlıkların yerleştiği bir dönemdir. Sağlıklı beslenme davranışlarının çocukluk ve adölesan dönemlerde kazanılması, kişinin yaşamının sonraki dönemlerinde de bu davranışları sürdürme olasılığını artırmaktadır

(62). İleri yaşlarda ortaya çıkması beklenen kronik hastalıkların, oluşmasında rol aldığı düşünülen beslenme alışkanlıklarının tespit edilmesi, uygunsuz beslenmeye bağlı ortaya çıkabilecek hastalıkların önlenmesi bakımından çok önemlidir (63). Beslenmenin her yaş grubu için bazı özellikleri bulunmakla birlikte, ergenlik dönemindeki beslenme, kişinin sonraki yaşamında karşılaşılabileceği sağlık sorunları açısından kritik önem taşımaktadır (64). Adolesan döneminde, iskelet büyümesinin %45'inden fazlası, erişkin boyun %15-25'i oluşmaktadır. Adölesan döneminde, bireylerde büyüme gelişmenin hızlanmasına ve diğer gelişim özelliklerine bağlı olarak besin öğelerine ihtiyaç miktarının arttığı belirtilmektedir (65). Besin öğeleri ihtiyacının artmasıyla; demir, kalsiyum, B12 vitamini gibi eksiklikler sık görülen beslenme sorunları olarak ifade edilmiştir (66).

Adölesanların beslenme davranışları ve durumları birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Bu faktörler; özel durumlar (örn., yetersiz-dengesiz enerji ve besin ögesi alımı, ekonomik yetersizlikler, hastalıklar, gebelik, emzicilik) sosyo-kültürel ve psiko-sosyal faktörler; (örn., yaşam tarzı, hareketsizlik veya aşırı fiziksel aktivite, gelenek ve görenekler), beslenme bilgisindeki yetersizlikler ve beslenme alışkanlıkları; (örn., hızlı hazır (fast food) yiyecekleri tercih etme, öğün atlama, öğün sayısı ve yeme bozuklukları), diğer; (örn., sigara,alkol, uyuşturucu kullanımı) olarak sayılabilmektedir (67)

## **2.6.1 Adölesan Çağında Enerji Ve Besin öğeleri gereksinimi**

Yetişkinlerde besin ögesi ihtiyacı yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, vücut alanı gibi faktörlere bağımlı olduğu halde, adölesanlarda bunlara ilave olarak hızlı büyüme önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hızlı fiziksel büyüme, enerji ve besin öğelerine olan ihtiyacı artırır ve çocukların besin ihtiyacının hayatları boyunca ulaşacağı en yüksek düzeye ulaşmasına neden olduğu bildirilmektedir (68).

### **2.6.1.1 Enerji Gereksinimi**

Hücrelerin çoğalması, doku ve organların büyümesi, vücutta enerji depolanmasına neden olarak enerji gereksinimlerini artırdığı gibi büyüme sürecinin olabilmesi için de enerji harcanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (69). Adölesanlar arasında, fiziksel büyüme, büyüme atağının başlaması ve fizyolojik olgunluk oranlarında bireysel

farklılıklar vardır. Adölesanın enerji gereksinimi değerlendirilirken; büyüme,iştah, aktivite ve büyüme hızına göre belirlenmesi gerekmektedir (70) (71).

Adölesan dönemde günlük enerji gereksinimi; 12-14 ve 14-16 yaşları için sırasıyla; erkeklerde 2400 kkal ve 2650 kkal; kızlarda ise 2100 kkal ve 2150 kkal olarak saptanmıştır. Adölesanların RDA (Recommmed Dietary Allowance ) değerleri, enerji gereksinimleri günlük 1315 yaş kızlar için 2200 kkal, erkeklerde 13-14 yaş için 2500 kkal, 15 yaş için de 3000 kkal olarak tavsiye edilmiştir (72).

Yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük enerji ihtiyacının yaklaşık %50-60'ının karbonhidratlardan sağlanmasının uygun olacağı bildirilmiştir. Bu oran, fiziksel etkinliği ve enerji ihtiyacı fazla olanlarda %65-70'e kadar çıkmaktadır (73).Adölesan dönemde artan enerji gereksinimi, sağlıklı beslenme ilkeleri göz önüne alınarak doymuş yağ ve kolesterol bakımından zengin olan hayvansal besinlerden değil, pilav, ekmek, makarna gibi nişastalı karbonhidratlardan, kuru baklagillerden ve meyvelerden karşılanması tavsiye edilmektedir (74).

Günlük enerji ihtiyacını karşılamak için az miktardaki yağın, fizyolojik yönden yeterli olacağı düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde günlük enerji alımının yaklaşık %30-35'i yağlardan karşılanırken, bu oran yoksul ülkelerde %15 ve altına düşmektedir. Ülkemizde ise günlük enerjinin ortalama %24'ü yağlardan oluşmaktadır (73).

### **2.6.1.2 Protein Gereksinimi**

Protein, vücudun temel yapıtaşı olan hücrenin yapısının işlevlerini yerine getirebilmesi için elzem besin ögesidir. Protein; büyüme, gelişme, sağlıklı yaşama ve zeka gelişimi gibi insan hayatı ile ilgili her türlü olayda önemli bir rol oynamaktadır. Bu sebeple, günlük protein ihtiyacının düzenli karşılanması gerekmektedir (75).Adölesan döneminde bulunan bireylerin, günlük kilogram başına 1,0-1,2 g/kg almaları tavsiye edilmektedir (73). Vücuda yeteri miktarda protein alınmadığı takdirde, hücrelerdeki yapısal proteinler yıkılmaya başlamakta ve vücudun sistemleri olumsuz etkilenmektedir. Vücutta protein, N (azot) dengesi ile sağlanmaktadır. Vücuda alınan proteinin atılan ya da harcanan proteinden az olduğu durumlarda negatif (-) azot dengesi oluşur. Alınan proteinin, atılan proteinden fazla miktarda olması durumunda ise pozitif (+) azot dengesi

oluşmaktadır (75). Her iki durumda da azot dengesinin bozulması çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (73).

Adölesanlarda vücuda alınan protein miktarı kadar proteinin kalitesi de önem arz etmektedir. Hayvansal kaynaklı proteinler, vücut için gerekli elzem aminoasitleri yüksek oranda içerdikleri için toplam protein miktarının %50'si hayvansal kaynaklı proteinlerden sağlanmalıdır (75) (73). Hayvansal kaynaklı bu proteinin %70-80'i yağsız süt ürünlerinden, %20-30'u ise balık, et ve yumurtadan gelmelidir. Toplam proteinin diğer %50'lik kısmının %25'inin ise kuru baklagillerden gelmesi tavsiye edilmektedir (76)

Türkiye'ye özgü kullanılan oranlarda günlük protein ihtiyaçları; erkeklerde 10-12 yaş için 53g, 13-15 yaş için 76g, 16-18 yaş için 90g'dır. Kızlarda ise 10-12 yaş için 53g, 13-15 ve 16-18 yaşları için 80g'dır. Adölesanda RDA'ya göre alınması gereken günlük protein miktarı ise 11-14 yaş için erkeklerde 45g, 15-18 yaş için 59g, 11-14 yaş kızlarda 46g, 15-18 yaş kızlarda 44g olduğu görülmektedir. Adölesan dönemde protein eksikliğinin en sık rastlanan nedeni; ağırlık kaybı isteği ile yapılan beslenme hataları, yeme bozukları veya sosyoekonomik problemlerdir (77).

### **2.6.1.3 Vitamin Gereksinimi**

Vitaminler enerji değişiminde ve metabolizmanın düzenlenmesinde katalizör görevi yapma gibi vücut için gerekli pek çok reaksiyon ve tepkimede görev almaktadırlar (60). Vücutta kullanılma durumuna göre, suda ve yağda eriyen vitaminler olarak 2 gruba ayrılmaktadırlar. B grubu (B1 (Tiamin), B2 (Riboflavin), Niasin, B5 (Pantotenik asit), B6 (Piridoksin), Biotin, B12 (Kobalamin), Folik asit, İnositol) ve C vitamini suda eriyen vitaminleri grubunu oluşturmaktadır. Yağda eriyen vitaminler olarak A, D, E, K vitaminleri gösterilebilir (75) (73).

Hücrelerin ve dokuların yapılması neticesinde A ve E vitaminlerine olan gereksinimi artmaktadır (76). İskelet sisteminin gelişmesi, kemik yoğunluğu ve hacminin artmasına paralel olarak D vitamini ihtiyacı en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Adölesan döneminde büyüme-gelişme ve artan enerji ihtiyacını paralel olarak metabolizmanın düzenli çalışabilmesi için B grubu vitaminleri içinde bulunan B1, B2, Niasin gibi metabolizma reaksiyonlarında görev yapan vitaminlere olan gereksinim artmaktadır.



Aynı zamanda kan hacminin artması ve kan hücrelerinin görevlerini yapabilmeleri için B12, Folik Aside olan gereksinimi artmaktadır. Vücudun bağışıklık sisteminin güçlenmesi ve enzim tepkimelerine giren C vitamini gereksiniminin de Adölesan döneminde arttığı bildirilmektedir (78).

Türkiye’de uygulanan RDA değerlerine göre adölesanlar için tavsiye edilen günlük vitamin gereksinimleri: 11-14 yaş erkekler için; A vitamini 1000 mcg, Tiamin 1,3 mg, Riboflavin 1,4mg, Niasin 17 mg, C vitamini 50 mg, D vitamini 10 mg, 11-14 yaş kızlar için; A vitamini 800mcg, Tiamin 1,1 mg, Ribofilavin 1,3 mg, Niasin 15 mg, C vitamini 50 mg, D vitamini 10 mg’dır (77).

#### **2.6.1.4 Mineral Gereksinimi**

İnsanların vücut ağırlığının %4-6 kadarını mineraller oluşturur. Minerallerin her birinin vücut çalışmasında ayrı ve birbiriyle ilişkili görevleri vardır. Kemik ve dişlerin normal büyümesi, asit-baz dengesinin sağlanması, vücut sıvılarının dengelenmesi, sinir sistemi, kasların ve organların düzenli çalışması, enzimlerin etkinliği ve bazı maddelerin sentezi gibi farklı yaşamsal olaylarda mineraller önemli rol oynar (73).

Adölesan döneminde büyüme ve metabolizma olaylarının hızlanması ile mineral maddelere olan gereksiniminin arttığı bildirilmektedir (78) (75). Kemik hacminin, iskelet ve kas sisteminin gelişmesine bağlı olarak kalsiyum, fosfor, magnezyuma olan ihtiyaç artmaktadır. Bilişsel ve zihinsel gelişimin sağlanabilmesi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi amacıyla fosfor ve çinko ihtiyacının arttığı belirtilmektedir (69). Adölesanlarda artan kan hacmi ve hemoglobin artışına bağlı olarak demir gereksinimi artmaktadır. Büyüme ve gelişme, anabolizma ve katabolizma üzerinde önemli etkiye sahip olan tiroid bezi hormonlarının çalışması için iyoda duyulan ihtiyaç artmaktadır.

RDA’ya göre önerilen günlük mineral ihtiyaçları 11-14 ve 15-18 yaş gruplarındaki erkekler için; kalsiyum 1200 mg, demir 12 mg, çinko 15 mg, iyot 150 mcg, fosfor 1200 mg, 11-14 ve 15-18 yaş grubundaki kızlar için; kalsiyum 1200 mg, demir 15 mg, çinko 12 mg, iyot 150 mcg, fosfor 1200 mg olarak bildirilmektedir (77).

## **2.6.2 Adölesan Dönemde Oluşan Yetersiz Ve Dengesiz Beslenmeye Bağlı Sağlık Sorunları**

Adölesan dönemde yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı sağlık sorunlar büyük önem arz etmektedir. Beslenmeye bağlı sağlık sorunları arasında; büyüme ve gelişme bozuklukları yeme bozuklukları, demir eksikliği anemisi, guatr, obezite ve diş çürükleri olarak ana başlıklar altında toplanabilmektedir (71).

### **2.6.2.1 Büyüme Ve Gelişme Bozuklukları**

Vücudun temel yapıtaşları olan hücreler için gerekli olan zorunlu besinlerin yeterli miktarda alınması gerekmektedir. Aksi halde hücrelerin normal fonksiyonları yerine getiremeyerek metabolizma tarafından yıkılması sonucunda adölesan dönemde büyüme ve gelişim bozuklukları görülebilmektedir (79).

Bu dönemde yaşanan büyüme ve gelişim bozuklukları hayat boyu devam etmekte, herhangi bir tedavi ile birçok bozukluğun giderilemediği bildirilmektedir (80).

### **2.6.2.2 Demir Eksikliği Anemisi**

Demir eksikliği anemisi, tüm yaş gruplarından en fazla gözlenen anemi tipidir. Demir eksikliği anemisi, gelişmekte olan ülkelerde; malnütrisyon, enfeksiyon ve A vitamini eksikliği gibi diğer sorunlarla birlikte, tropikal bölgelerde parazitik enfeksiyonların eşlik ettiği kan kayıpları olarak belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerde, demir yetersizliği aneminin temel sebebini oluşturmaktadır. Adolesan gibi hızlı büyüme dönemlerinde demir ihtiyacının artması, demir eksikliğine neden olan diğer bir faktör olarak bildirilmektedir (81).

Adölesan dönemde kızlarda, menstrüasyonun etkisi, dengesiz beslenme alışkanlığına bağlı olarak demir yetersizliği anemisi de bir sağlık sorunu olmaktadır. Bu sebeple, demir kaynakları kızların diyetinde ihmal edilmemelidir (80). Adölesanlar için tavsiye edilen günlük demir gereksinimi 13-16 yaş erkekler için; 1,8 mg/gün, 13-16 yaş kızlar için; 2,4 mg/gün'dür (69).

### 2.6.2.3 Guatr

İyotun vücutta mental gelişimin sağlanması, büyüme ve gelişme hormonları ile yakından ilişkili, tiroid bezinin normal çalışmasında, bazal metabolizma hızının kontrolünü gibi birçok fonksiyonları düzenlediği ve katalize ettiği bildirilmektedir (75).İyot, eksikliğinde; basit guatr, nörolojik bozukluklar ve mental bozukluklarla karakterize olan endemik kretenizm görüldüğü bildirilmektedir (82).İyot, adölesan dönemindeki bireylerin mental, fiziksel gelişimleri için büyük önem arz etmektedir. İyot yetersizliği genellikle erozyona maruz kalan topraklarda ve arazilerde yaşayan kişilerde görülmektedir. İyot adölesan bireylerde günde 150 mcg miktarında alınmalıdır (83) (84).

### 2.6.2.4 Diş Çürükleri

Bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi ve sağlıklı bir ağız ve dişlerle olmaktadır. Çünkü ağızda bulunan çürük ve eksik dişler, kişinin yeteri kadar yiyecek almasını neden olmakta ve böylece hastalıklara karşı direncin azalmasına neden olmaktadır (85).

Ağız ve diş sağlığı bireyin vücut sağlığını doğrudan etkileyen faktörlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağız ve diş sağlığı korunmadığında birçok sistemik hastalık beraberinde görülmektedir. Diş çürümesini oluşturan etmenler arasında; aşırı soğuk, sıcak yeme ve içme, sert kabuklu yiyeceklerin dişle kırılması, şekerli yiyeceklerin bol miktarda alınması, kalsiyum, flor ve D vitaminin yetersiz alımı ve diğer faktörler gösterilmektedir (86).

Ağız sağlığında sosyoekonomik koşulların ve eğitimin etkisi bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde; yüksek sosyal sınıfa mensup çocuklarda, daha alt sosyal sınıflarda yer alan çocuklara göre, daha fazla çürük ve periodontal hastalık görüldüğü, gelişmiş ülkelerde ise; sosyoekonomik şartların ağız sağlığını daha az etkilediği bildirilmektedir (87). Diş ve diş eti hastalıkları ülkemizde ve dünyada en önemli sağlık sorunları arasındadır (88).Türkiye’de, ilköğretime başlayan çocukların %19’unda, 11 yaş grubunun %77’sinde daimi diş çürüğü görülmektedir. İleri yaş gruplarında, diş çürüğü prevalansı %90 düzeyine çıkmaktadır (89).

Diş çürüğünden korunmada kullanılan en yaygın ve başarılı yöntem, florid uygulamalarıdır (90). Son 20 yıl içerisinde batı Avrupa ülkelerinde diş çürüğü görülme

sıklığı gözle görülür bir şekilde azalmıştır. Bu azalmanın sebepleri olarak; florun içme suyuna ilave edilmesi ve ağız hijyen araçlarının geliştirilmesi gösterilmiştir (89).

#### **2.6.2.5 Yeme Bozuklukları**

Yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza olmak üzere genel olarak iki gruba ayrılmaktadır (91). Bunlar; Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza sıklıkla ergenlik döneminde başlayan, bu nedenle de bu yaş grubunda özellikle dikkat edilmesi gereken bozukluklardır. Yeme bozukluklarının nedenini tam olarak tanımlamak güç olmakla birlikte; sosyal, psikolojik, biyolojik etkenlerin hepsinin önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Gelişimsel süreci bozan etkileri sebebiyle erken dönemde tanı ve tedavileri çok önemlidir. Ancak hastaların hekime başvurmadaki isteksizlikleri, hastalığın uzun süre çevredekilerden gizlenerek sürmesi, bozukluğun uzun süre gözden kaçabilmesine bu nedenle de hekime başvurduklarında fiziksel komplikasyonların ortaya çıkmış, hastalığın kronikleşmiş duruma gelmesine sebep olmaktadır. Bu hastalıklarda görülen psikiyatrik belirtilere sıklıkla ilerleyen dönemde hastaların fiziksel durumunda ölümle sonuçlanabilen bozukluklar eklenmektedir (92).

##### **2.6.2.5.1 Obezite**

Obezite; alınan enerji verici özellikteki besinlerin (örn., karbonhidrat, yağ) vücutta yağa dönüşmesi sonucu, yağ dokusunun normal değerlerin üzerine çıkması ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (93) (94). Vücuttaki yağ dokusu oranı, obezitenin belirlenmesinde en önemli parametredir. Yağ oranının erkeklerde %19, kadınlarda %22'nin üzerinde çıkması durumunda bireyler obez olarak değerlendirilmektedir (95).

Son yıllarda obezitenin görülme sıklığı dünyada ve bütün yaş gruplarında hızla artmaktadır. Obezitenin çocuk ve adölesanların %25-30'unu etkileyen önemli bir beslenme sorunu olduğu bildirilmektedir. Bu sebeple, obezite özellikle çocuklarda ve adölesan dönemindeki bireylerde büyük önem arz etmektedir (96) (93).

Günümüzde obezitenin doğrudan sağlıkla ilişkilendirilmesi ve görülme sıklığının artması gibi sorunların, obezitenin bir hastalık olarak kabul edilmesini sağladığı

bildirilmektedir (93). Obezitenin nedenleri arasında; genetik yatkınlık, fiziksel aktivitenin yetersizliği, dengesiz beslenme, sendanter yaşam, psikolojik hastalıklar gösterilebilmektedir (66). Obezitenin; fiziksel olarak kas hareketlerinin veriminin azalmasına, fiziksel hareketsizliğe, kalp damar hastalıklarına, hipertansiyona ve çeşitli organların bozukluğu sonucu yaşam süresinin kısalması gibi hastalık ve rahatsızlıklara, psikolojik olarak çeşitli olumsuzluklara (örn., kendisini çirkin ve herkes tarafından gülünç bulma) sebep olduğu bildirilmektedir (93) (97) (98).

Obezite tedavisinde; vücuda alınan posa miktarı ve fiziksel aktivitenin artırılması, düşük kalorili diyetler uygulanması, cerrahi operasyonlar, ilaç tedavisi, psikolojik yardım ve tedavi gibi uygulamaların yer aldığı bildirilmektedir (93) (99).

Posa tüketiminin artırılması, vücut yağ miktarını ve şişmanlık riskini azaltmaktadır. Adolesanların posa içeriği yüksek olan sebze, meyve ve kuru baklagiller gibi besinlerin tüketimini arttırmaları sağlanmalıdır (100).

#### **2.6.2.5.2 Anoreksiya Nervosa**

Anoreksiya nervosa; sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlayan, beden algısı bozukluğu ile ilişkili, kişinin fiziksel bütünlüğüne zarar verecek şekilde beslenmemesi ve kilo vermeye çalışılması ile karakterize yeme bozukluğudur (101) (102). Kaya ve Çilli yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, şişmanlamaktan aşırı korku, beden algılamasında bozukluk, menstrüasyonların kesilmesiyle karakterli bir yeme bozukluğu olarak tanımlamaktadırlar (103).

Anoreksiya nervosa'da belirgin ağırlık kaybının yanı sıra, hastada yiyeceklerle ilgili çok farklı garip davranış ve tutumlar dikkati çekmektedir. Birey anoreksiya nervosa'da yemek masasında aile bireyleriyle birlikte yemekten kaçınma ancak sonra yiyeceklerin tadına bakma ve gece bir şeyler yeme gibi davranışlarda bulunabilmektedirler (104). Kaya ve Çilli (1997) anoreksiya nervosanın 10-30 yaşlar arasındaki kadınlarda yaygın olarak görüldüğünü fakat hastalığın görülme sıklığının 14-18 yaşları arasında olduğu bildirmektedir (103).

Anoreksiya nervosa tedavisinin; psikolojik, beslenme, tıbbi süreçleri içerdiği bildirilmektedir. Hastalık belirtileri ortaya çıktığında hasta ve ailesinin psikolojik

tedaviye başlanması gerekmektedir (60). Hastaya verilecek psikolojik destek sürecinde yemeğe olumlu destek verilmeli, yemeğe karşı var olan olumsuzluklar düzeltilmeye çalışılmalıdır. Bu yardım sürecinde öncelikler çocuğun isteğine göre düzenlenmelidir. Hastaya beslenme tedavisi; yüksek kalorili diyet şeklinde uygulanmalı, hastalığa aşırı direnç gösteren hastalarda nazogastrik sonda veya damardan besleme yolları uygulanabileceği önerilmektedir (105).

### **2.6.2.5.3 Bulimiya Nervosa**

Bulimiya nervosa, aşırı miktarda yemek yeme, yemek yerken kendi kontrolünü kaybetme, kilo alma, bir yandan da kiloyu durdurma çabaları ile karakterize bir bozukluktur (106). Yaş ve cinslere göre görülme sıklığı anoreksiya nervosa'yla benzerlik göstermekte fakat başlangıç yaşı anoreksiya nervosa'dan daha yüksektir (103). Tekrarlayan kusmalar; epileptik nöbet, tetani, aritmi, kaslarda güçsüzlük kilo kaybına sebep olmaktadır (107).

Bulimia nervosada psikolojik faktörlerde rol oynadığı için sadece beslenme eğitimi ve tedavisi etkili olmamaktadır. Çok yönlü tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır. Tedavinin amaçları; normal yeme alışkanlığına dönme, arzu edilen kiloyu yeniden kazanma, kilo kontrolü ve yeme sorunlarını kişisel sorunlardan ayırma, kişisel sorunları psikoterapi ile çözmektir (108).

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1 Evren ve Örneklem Seçimi

DSİ Baraj İlköğretim okulunda öğrenim gören ilköğretim 5, 6, 7 ve 8. Sınıf 720 öğrenci ve ebevenleri çalışma evreni olarak seçilmiştir. Ankete 505 öğrenci ve ebeveyni katılmayı kabul etmiş ve tamamı çalışmamızı tamamlanmıştır.

### 3.2 Gerekli İzinlerin Alınması

- Tıp Fakültesi Etik Kurulundan araştırma ile ilgili etik izin alındı(Ek-2)
- İl Millî Eğitim Müdürlüğünden araştırma ile ilgili etik izin alındı(Ek-3)
- Gönüllü olarak araştırmaya katılan hastalardan isimleriyle birlikte yazılı onam alındı.(Ek-1)
- Araştırma için Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'nden destek alındı.

### 3.3 Veri Toplama Araçları

Çalışmamız aileler ve çocuklar için ayrı ayrı sosyodemografik veriler anketi, anne-baba akılcı olmayan inançlar ölçeği, olumlu-olumsuz mükemmelliyetçilik anketi ve üç faktörlü beslenme anketini içeren iki anket şeklinde uygulanmıştır. Anketler numarator yardımıyla numaralandırılmış, anket geri dönüşlerinde eşleştirme yapılmıştır.

#### 3.3.1 Sosyodemografik Veri Toplama Anketi

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak öğrencilere uygulanmak üzere; yaşı, cinsiyeti, sınıfı, boyu (cm), kilosu (kg), okul başarı puanı ( 100 üzerinden), anne-baba özlük-üveylilik durumu, düzenli kahvaltı alışkanlığı ve aile ile birlikte yemek yeme sıklığı, düzenli spor yapıp yapmadığı ve spor yapma sıklığı olmak üzere toplam 12 soru, ailelere uygulanmak üzere; anne-babanın yaşı, boyu, kilosu, mesleği, eğitim durumu, ailenin ortalama geliri, ailede yaşayan kişi sayısı, ebeveynlerin çocuk sayısı, sürekli ilaç

kullanma durumu, hastalık teşhisi, ilaç kullanma süresi (hafta olarak), evde sigara kullanma durumu ve süresi (paket/yıl) olmak üzere toplam 15 soruluk anket formudur.

### 3.3.2 Anne-Babaların Akılcı Olmayan İnançlar Ölçeği

Kaya ve Hamamcı (2010) tarafından anne-babaların akılcı olmayan inançlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (109).

Ölçekte toplamda 29 madde yer almaktadır. Ölçek anne-babaların çocuklarıyla olan ilişkilerinde onlardan gerçekçi olmayan beklentilerini içeren beklentiler alt boyutu, anne-babaların çocuk yetiştirmeye ilgili mükemmeliyetçi düşünceleri içeren mükemmeliyetçilik alt boyutundan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her madde anne-babaların çocuk yetiştirmeye ve anne-baba olmaya ilişkin akılcı olmayan inançların belirlenmesine yönelik ifadeler yer almaktadır. Ölçek maddelerinin 17'si (1, 2, 27, 4, 9, 6, 23, 8, 20, 29, 14, 12, 26, 18, 15, 16, 17) beklentiler alt boyutunda yer alırken, 12'si de (11, 19, 5, 21, 22, 7, 24, 25, 13, 3, 28, 10) mükemmeliyetçilik alt boyutunda yer almaktadır.

Anne-baba Düşünceler Ölçeği ‘‘Tamamen Katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2) ve Hiç Katılmıyorum (1) şeklinde puanlanan 5’li likert tipi bir ölçme aracıdır. Beklentiler alt boyutundan alınacak en düşük puan 19, en yüksek puan 74’tür. Mükemmeliyetçilik alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 60’tır. Ölçek alt puanlar bazında değerlendirilebilen bir ölçek olup, her bir alt boyuttan alınabilecek yüksek puan o alt boyutta ilişkin yüksek akılcı olmayan inanca işaret etmektedir.

Ölçeğin güvenilirliği, ölçeğin beklentiler ve mükemmeliyetçilik alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının hesaplanması ve test tekrar test yöntemleri ile incelenmiştir. Ölçeğin güvenilirlik çalışması kapsamında, Beklentiler alt boyutunun test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .84 ve Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı .89 bulunurken, Mükemmeliyetçilik alt boyutunun test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .80, Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı ise .86 bulunmuştur (109).



### 3.3.3 Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Kırdök (2004) tarafından geliştirilen Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği, ilköğretim ikinci kademedeki okuyan ön ergenlerin olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik özelliklerini ölçmeye yönelik dördümlü Likert tipi bir ölçektir (110).

Ölçek, 17 madde ve bu maddeleri kapsayan iki altölçekten oluşmaktadır. Olumlu mükemmeliyetçilik altölçeğini oluşturan 10 maddenin faktör yükleri 0,47 ile 0,64 arasında ve varyansın % 18,22'ini açıklamaktadır. Olumsuz mükemmeliyetçilik altölçeğinde bulunan 7 maddenin faktör yüklerinin 0,52 ile 0,64 arasında ve varyansın % 14,22'sini açıkladığı belirtilmiştir. Olumlu Mükemmeliyetçilik alt ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81; madde toplam puan korelasyonları 0,43 ile 0,55 arasında değişmektedir. Olumsuz Mükemmeliyetçilik alt ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,78, madde toplam puan korelasyonları ise 0,48 ile 0,55 arasında değişmektedir.

Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları olumlu mükemmeliyetçilik alt ölçeği için 0,75; olumsuz mükemmeliyetçilik alt ölçeği için 0,78 olduğu bulunmuştur.

Olumlu ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeğinin (OOMÖ) olumlu mükemmeliyetçilik alt ölçeğinden (10 madde) alınabilecek puan 10 ile 40 arasında, olumsuz mükemmeliyetçilik alt ölçeğinden (7 madde) alınabilecek puan ise 7 ile 28 arasında değişmektedir. Ölçekte toplam puan yoktur. Her iki alt ölçekte de alınacak puan yükseldikçe, mükemmeliyetçilik düzeyi artmaktadır.

### 3.3.4 Üç Faktörlü Beslenme Anketi

Bireylerde beslenme alışkanlıklarının derecesini ölçmek için literatürde TFEQ "Three-factor eating questionnaire" olarak bilinen bir anket uygulanmaktadır. Bu anket ile kişilerin bilinçli olarak yemek yemelerini kısıtlama derecelerini, kontrolsüz olarak yemek yeme seviyelerini ve duygusal oldukları anlardaki yemek yeme derecelerini ölçmek mümkün olmaktadır. Anket, ilk olarak 51 soru olarak oluşturulmuş olup, çeşitli popülasyonlarda anketin geçerlik ve güvenilirlik testi yapıldıktan sonra 18 soruluk son şeklini almıştır. Anket bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de ilk defa «Üç Faktörlü Beslenme Anketi» adıyla Deniz Kıraç ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ölçeğin

orjinali üç faktörlü beslenme anketi olsa da ilteratürde dördüncü bir faktörün ölçekte bulunduğu saptanmıştır (111).

Faktör 1: KonROLSÜZ OLARAK YEMEK YEME SEVİYELERİ

Faktör 2: DUYGUSAL OLARAK YEMEK YEME DERECELERİ

Faktör 3: BİLİNÇLİ OLARAK YEMEK YEMELERİNİ KISITLAMA DERECELERİNİ

Faktör 4: AÇLIĞA DUYARLILIK SEVİYELERİNİ

Ölçtüğü tespit edilmiştir.

1-13 arasındaki sorulardaki şıklar yukarıdan aşağıya 4'ten 1, 14 ve 17. sorular arasındaki şıklar yukarıdan aşağıya 1'den 4 ve 18. soruda ise 1. ve 2. şıklar 1, 2 ve 3. şıklar 2, 5 ve 6. şıklar 3, 7 ve 8. şıklar 4 şeklinde skorlanmıştır. Anketin toplam puanı ve alt ölçeği yoktur.

Üç faktörlü beslenme ölçeğinin güvenilirliği Cronbach alfa değeri ile hesaplanmıştır. Buna göre ölçeğimize verilen yanıtların iç tutarlığının olduğu, yani testin iyi derecede güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (Cronbach alfa değeri 0.721).

### **3.4 Verilerin Toplanması**

Anketler öğrenciler için formunu doldurduktan gerekirse açıklama yapılarak, aileler için evlerinde gerek görüldüğünde telefon ile danışmanlık verilerek doldurulmuştur.

### **3.5 Verilerin Kodlanması ve Bilgisayar Ortamına Aktarılması**

Anketler toplandıktan sonra kodlama rehberi oluşturuldu. Excel programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılan veriler daha sonra analiz edilmek üzere uygun programına aktarılarak analizler yapıldı.

### **3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi**

Bu araştırmada veriler uygun istatistik paket programıyla analiz edilmiştir. Araştırmada ele alınan değişkenlerin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

hesaplanmıştır. Sosyodemografik özelliklerin betimlenmesinde frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır.

Cinsiyete göre VKİ karşılaştırılmasında t testi analizi, cinsiyete göre üç faktörlü beslenme anketi verilerinin karşılaştırılmasında Man-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Öğrencilerin vücut kitle indeksi puanlarının anne ve baba ağırlığına göre, okul başarı puanına göre ve öğrencilerin yaşlarına göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizleri yapılmıştır. Varyansın anlamlı olduğu durumlarda varyansın kaynağını belirlemek için ise Tukey post hoc analizi yapılmıştır.

Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre kahvaltı alışkanlıklarının, anne eğitim düzeyinin ve baba eğitim düzeyinin karşılaştırılmasında ki-kare analizleri yapılmıştır.

Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre sınıf düzeyleri, düzenli kahvaltı alışkanlıkları, spor yapma sıklığı, Ailede sigara içme durumlarını incelemek için frekans ve yüzde hesaplamaları kullanılmıştır.

VKİ düzeylerine göre olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik puanların karşılaştırılmasında, anne-baba akılcı olmayan inançlar ölçeği (Anne-Baba beklentileri ve mükemmeliyetçiliği) puanlarının karşılaştırılmasında ve beslenme puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Varyansın anlamlı olduğu durumlarda varyansın kaynağını belirlemek için ise Tukey post hoc analizi yapılmıştır.

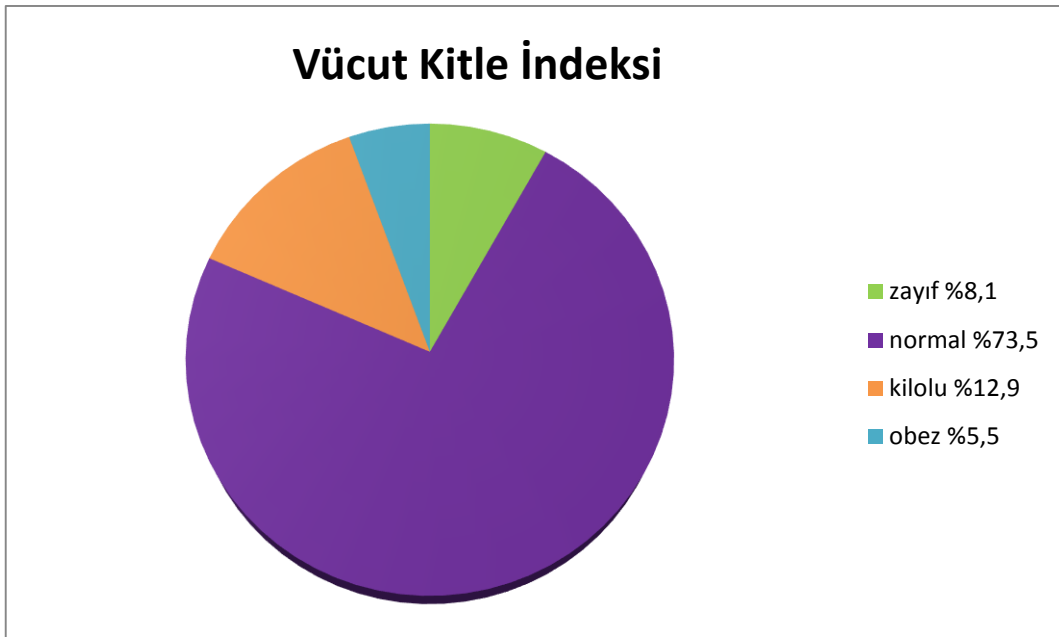
Öğrencilerin vücut kitle indeksi, anne-baba akılcı olmayan inançlar, olumlu-olumsuz mükemmeliyetçilik puanları ve okul başarı puanları arasındaki ilişkiyi incelemeye ve ayrıca vücut kitle indeksi, beslenme faktörleri, anne-baba kilosu arasındaki ilişkileri incelemeye Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Sonuçların yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt alınmıştır

## 4. BULGULAR

### 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Aralarındaki İlişki

Çalışmaya 505 öğrenci ve ebeveynleri katılmıştır. Katılanların 254'ü (%50,3) kadın 251'i (%49,7) erkektir. Öğrencilerin Vücut Kitle İndeksi'ne göre dağılımı Şekil:4'de gösterilmiştir.



Şekil 4: Katılımcıların vücut kitle indeksine göre dağılımı

Öğrencilerin 41'i (%8.1) zayıf, 371'i (%73.5) normal, 65'i kilolu (%12.9), 28'i (%5.5) obezdir.

Tablo 3: Cinsiyete göre VKİ karşılaştırılması

VKİ	Kadın		Erkek	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Zayıf	25	%9.8	16	%6.4
Normal	197	%77.6	174	%69.3
Kilolu	20	%8.7	43	%17.1
Obez	10	%3.9	18	%7.2
Toplam	254	%100	251	%100

Cinsiyete göre VKİ karşılaştırmasında kadınlarda 30 kişi (%12.6) ,erkeklerde 61 kişi (%24.3) kilolu ve obez olarak bulunmuştur (Tablo 3). İki cinsiyette yakın sonuçlar olmakla birlikte erkeklerde daha yüksek VKİ bulunmuştur.

**Tablo 4: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre vücut kitle indeksleri ilişkisi**

Değişken	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	Ss	Sd	t	P*
Vücut Kitle İndeksi	Kadın	254	18,30	3,22	,20	-3,605	<b>,000*</b>
	Erkek	251	19,34	3,23	,20		

T testi

Cinsiyete göre VKİ karşılaştırıldığında anlamlı farklılık çıkmıştır (p: 0,00) .  
Erkek öğrencilerde obezite daha fazla saptanmıştır.

**Tablo 5: Öğrencilerin yaşlarına göre VKİ' ne ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve standart hata değerleri**

	Yaş	N (Sayı)	$\bar{x}$ (Ortalama)	Ss (Standard Sapma)	Sh (Standard Hata)
<b>Yaş</b>	9	6	17,85	3,460	1,412
	10	47	16,80	2,981	,434
	11	153	18,16	2,879	,232
	12	80	18,91	3,355	,375
	13	119	19,39	2,858	,262
	14	95	20,09	3,718	,381
	15	5	19,98	1,834	,820

Öğrencilerin yaşlarına göre VKİ karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.01).

**Tablo 6: Öğrencilerin yaşlarına göre VKİ' ne ilişkisi**

Varyansın kaynağı		Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Farkın kaynağı
Yaş	<b>Gruplararası</b>	<b>463,78</b>	<b>6</b>	<b>77,29</b>	<b>7,864</b>	<b>,00**</b>	<b>10-12</b>
	<b>Grupiçi</b>	<b>4894,92</b>	<b>498</b>	<b>9,82</b>			<b>10-13</b>
	<b>Toplam</b>	<b>5358,71</b>	<b>504</b>				<b>10-14</b>

Tek Yönlü Varyans Analizi

Farkın kaynağını belirlemek için yapılan post hoc tek yönlü varyans analizine göre (Tablo 6) 10 yaş ile 12,13 ve 14 yaşları arasında fark bulunmuştur (p:0,00). 10 yaşındakilerde daha az obezite bulunmuştur.

**Tablo 7: Sınıflara göre VKİ karşılaştırılması**

			VKİ				Toplam	
			Zayıf	Normal	Kilolu	Obez		
Öğrenci Sınıf	5.sınıf	Sayı	15	54	7	4	80	
		Yüzde	18.8	67.5	8.8	5.0	100	
	6.sınıf	Sayı	12	119	29	7	167	
		Yüzde	7.2	71.3	17.4	4.2	100	
	7.sınıf	Sayı	4	77	11	9	101	
		Yüzde	4	76.2	10.9	8.9	100	
	8.sınıf	Sayı	10	121	18	8	157	
		Yüzde	6.4	77.1	11.5	5.1	100	
	Toplam		Sayı	41	371	65	24	505
			Yüzde	8.1	73.5	12.9	5.5	100

Frekans Tablosu

Öğrenci sınıflarına göre VKİ karşılaştırıldığında 5. Sınıflarda 15 kişi (%18,8) zayıf, 54 kişi (%67,5) normal, 7 kişi (%8,8) kilolu, 4 kişi (%5) obez; 6. Sınıflarda 12 kişi (%7,2) zayıf, 119 kişi (%71,3) normal, 29 kişi (%17,4) kilolu, 7 kişi (%4,2) obez; 7. Sınıflarda 4 kişi (%4) zayıf, 77 kişi (%76,2) normal, 11 kişi (%10,9) kilolu, 9 kişi (%8,9) obez; 8. Sınıflarda 10 kişi (%6,4) zayıf, 121 kişi (%77,1) normal, 18 kişi (%11,5) kilolu, 8 kişi (%5,1) obez olarak bulunmuştur (Tablo 7).

**Tablo 8: Düzenli kahvaltı alışkanlığına göre VKİ karşılaştırılması**

			VKİ				Total
			Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	
<b>Düzenli Kahvaltı Alışkanlığı</b>	<b>Evet</b>	<b>Sayı</b>	<b>32</b>	<b>260</b>	<b>49</b>	<b>18</b>	<b>359</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>8.9</b>	<b>72.4</b>	<b>13.6</b>	<b>5</b>	<b>71.1</b>
<b>Düzenli Kahvaltı Alışkanlığı</b>	<b>Hayır</b>	<b>Sayı</b>	<b>9</b>	<b>111</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>146</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>6.2</b>	<b>76</b>	<b>11</b>	<b>6.8</b>	<b>28.9</b>
<b>Total</b>		<b>Sayı</b>	<b>41</b>	<b>371</b>	<b>60</b>	<b>28</b>	<b>505</b>
<b>Total</b>		<b>Yüzde</b>	<b>8.1</b>	<b>73.5</b>	<b>12.9</b>	<b>5.5</b>	<b>100</b>

Öğrencilerin 359 kişi (%71,1) düzenli kahvaltı yapıyor, 146 kişi (%28,9) düzenli kahvaltı yapmıyor. Düzenli kahvaltı alışkanlıklarına göre VKİ karşılaştırıldığında (Tablo 8) düzenli kahvaltı yapanların 32 (%8,9) zayıf, 260 kişi (%72,4) normal, 49 kişi (%13,6) kilolu, 18 kişi (%5) obezdir. Düzenli kahvaltı yapmayanların ise 9 kişi (%6,2) zayıf, 111 kişi (%76) normal, 16 kişi (%11) kilolu, 10 kişi ise (%6,8) obez olarak bulunmuştur.

**Tablo 9: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre kahvaltı alışkanlıklarına ilişkisi**

		Düzenli Kahvaltı Alışkanlığı		Toplam	
		Evet	Hayır		
<b>Zayıf</b>	<b>N</b>	<b>252</b>	<b>97</b>	<b>349</b>	
	<b>%</b>	<b>72,2%</b>	<b>27,8%</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Normal</b>	<b>N</b>	<b>97</b>	<b>42</b>	<b>139</b>	
	<b>%</b>	<b>69,8%</b>	<b>30,2%</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Kilolu</b>	<b>N</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	
	<b>%</b>	<b>66,7%</b>	<b>33,3%</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Obez</b>	<b>N</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	
	<b>%</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Toplam</b>		<b>N</b>	<b>359</b>	<b>146</b>	<b>505</b>
<b>Toplam</b>		<b>%</b>	<b>71,1%</b>	<b>28,9%</b>	<b>100,0%</b>

$$X^2=2,14, \text{ sd}=3, p=,543$$

Düzenli kahvaltı alışkanlığına göre öğrencilerin VKİ’de anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (p: 0,543).

**Tablo 10: Spor yapma sıklığı ile VKİ karşılaştırılması**

			<b>Her gün</b>	<b>Haftada birkaç kez</b>	<b>Ayda birkaç kez</b>	<b>Yılda birkaç kez</b>	<b>Hiçbir zaman</b>
<b>VKİ</b>	<b>Zayıf</b>	<b>Sayı</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>7.4</b>	<b>8.1</b>	<b>6.5</b>	<b>0</b>	<b>14.7</b>
	<b>Normal</b>	<b>Sayı</b>	<b>64</b>	<b>255</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>23</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>79</b>	<b>73.5</b>	<b>71</b>	<b>58.3</b>	<b>67.6</b>
	<b>Kilolu</b>	<b>Sayı</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>13.6</b>	<b>12.7</b>	<b>12.9</b>	<b>25</b>	<b>8.8</b>
	<b>Obez</b>	<b>Sayı</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>0</b>	<b>5.8</b>	<b>9.7</b>	<b>16.7</b>	<b>8.8</b>

Spor yapma sıklığı ile VKİ karşılaştırıldığında (Tablo 10) her gün spor yapanların; 6 kişi (%7,4) zayıf, 64 kişi (%79) normal, 11 kişi (%13,6) kilolu ve 0 kişi (%0) obez olarak bulunmuştur. Haftada birkaç kez spor yapanların; 28 kişi (%8,1) zayıf, 255 kişi (%73,5) normal, 44 kişi (%12,7) kilolu, 20 kişi (%5,8) ise obezdir. Ayda birkaç kez spor yapanlarda; 2 kişi (%6,5) zayıf, 22 kişi (%71) normal, 4 kişi (% 12,9), 3 kişi (%9,7) obezdir. Yılda birkaç kez spor yapanların; 7 kişi (%58,3) normal, 3 kişi (%25) kilolu, 2 kişi (%16,7) obezdir. Hiçbir zaman spor yapmıyorum diyenlerin 5 kişi (%14,7) zayıf, 23 kişi (%67,6) normal, 3 kişi (%8,8) kilolu, 3 kişi (%8,8) obez olarak bulunmuştur. Düzenli spor alışkanlığına göre VKİ arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır (p:0,11).



**Tablo 11: Anne eğitim düzeyi ile öğrencilerin VKİ karşılaştırılması**

			Çocukların VKİ				
			Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	Sayı	0	10	1	4	
		Yüzde	0	66.7	6.7	26.7*	
	İlkokul	Sayı	25	164	35	5	
		Yüzde	10.9	71.6	15.3	2.2	
	Ortaokul	Sayı	5	74	6	8	
		Yüzde	5.4	79.6	6.5	8.6	
	Lise	Sayı	10	85	13	6	
		Yüzde	8.8	74.6	11.4	5.3	
	Üniversite	Sayı	1	36	8	5	
		Yüzde	2	72	16	10	
	<b>Total</b>		Sayı	41	369	63	28
			Yüzde	8.2	73.7	12.6	5.6

Frekans Tablosu

Anne eğitim düzeyi ile VKİ karşılaştırıldığında okur-yazar olmayan annelerde; 0 çocuk (%0) zayıf, 10 çocuk (%66,7) normal, 1 çocuk (%6,7) kilolu, 4 çocuk (%26,7) ise obezdir. İlkokul mezunu annelerde; 25 çocuk (%10,9) zayıf, 164 çocuk (%71,6) normal, 35 çocuk (%15,3) kilolu, 5 çocuk (%2,2) obezdir. Ortaokul mezunu annelerde; 5 çocuk (%5,4) zayıf, 74 çocuk (%79,6) normal, 6 çocuk (%6,5) kilolu, 8 çocuk (%8,6) obezdir. Lise mezunu annelerde; 10 çocuk (%8,8) zayıf, 85 çocuk (%74,6) normal, 13 çocuk (%11,4) kilolu, 6 çocuk (%5,3) obezdir. Üniversite mezunu annelerde; 1 çocuğu (%2) zayıf, 36 çocuk (%72) normal, 8 çocuk (%16) kilolu, 5 çocuk ise (%10) obez olarak bulunmuştur Anne eğitim düzeyi ile çocukların VKİ anlamlı fark bulunmuştur (p= ,017).

**Tablo 12: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre anne eğitim düzeyi ilişkisi**

Çocukların VKİ		Anne Eğitimi					Toplam
		Okur-yazar Değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	
Zayıf	N	7	166	54	82	37	346
	%	2,0%	48,0%	15,6%	23,7%	10,7%	100,0%
Normal	N	6	57	34	29	12	138
	%	4,3%	41,3%	24,6%	21,0%	8,7%	100,0%
Kilolu	N	0	4	3	1	1	9
	%	0,0%	44,4%	33,3%	11,1%	11,1%	100,0%
Obez	N	2	2	2	2	0	8
	%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%
Toplam	N	15	229	93	114	50	501
	%	3,0%	45,7%	18,6%	22,8%	10,0%	100,0%

Yine anne eğitim düzeyi ile öğrencilerin VKİ karşılaştırmak için yapılan Ki-Kare sonuçlarına göre (Tablo 12) anne eğitim düzeyi ile VKİ arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p:0,017$ ). Annelerin eğitim seviyesi arttıkça çocuklarda obezite azalmaktadır ( $X^2=24,57$ ,  $Sd=6$ ,  $p=,017$ ).

**Tablo 13: Baba eğitim düzeyi ile çocukların VKİ karşılaştırılması**

			Çocukların VKİ			
			Zayıf	Normal	Kilolu	Obez
Baba eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	Sayı	0	3	0	1
		Yüzde	0	75	0	25
	İlkokul	Sayı	11	93	28	5
		Yüzde	8	67.9	20.4	3.6
	Ortaokul	Sayı	6	59	10	8
		Yüzde	7.2	71.1	12	9.6
	Lise	Sayı	19	143	15	8
		Yüzde	10.3	77.3	8.1	4.3
	Üniversite	Sayı	5	63	9	5
		Yüzde	6.1	76.8	11	6.1
Total		Sayı	41	361	62	27
		Yüzde	8.4	73.5	12.6	5.5

Frekans Tablosu

Babaların eğitim düzeyi ile VKİ karşılaştırıldığında (Tablo:7)okur-yazar olmayan babalarda; 0 çocuk (%0) zayıf, 3 çocuk (%75) normal, 0 çocuk (%0) kilolu, 1 çocuk (%25) ise obezdır. İlkokul mezunu babalarda; 11 çocuk (%8) zayıf, 93 çocuk ( %67,9) normal, 28 çocuk (%20,4) kilolu, 5 çocuk (%3,6) obezdır. Ortaokul mezunu babalarda; 6 çocuk (%7,2) zayıf,59 çocuk (%71,1) normal, 10 çocuk (%6,5) kilolu, 8 çocuğu (%8,6) obezdır. Lise mezunu babalarda 19 çocuk (%10,3) zayıf, 143 çocuk (%77,3) normal, 15 çocuk (%8,1) kilolu, 8 çocuk (%9,6) obezdır. Üniversite mezunu babalarda; 5 çocuk (%6,1) zayıf, 63 çocuk (%76,8) normal, 9 çocuk (%11) kilolu, 5 çocuk ise (%6,1) obez olarak bulunmuştur.

**Tablo 14: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre baba eğitim düzeyi ilişkisi**

Çocukların VKİ		Baba Eğitimi					Toplam
		Okur-Yazar Değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	
Zayıf	N	2	86	48	140	63	339
	%	0,6%	25,4%	14,2%	41,3%	18,6%	100,0%
Normal	N	2	44	31	41	17	135
	%	0,6%	25,4%	14,2%	41,3%	18,6%	100,0%
Kilolu	N	0	6	0	2	1	9
	%	0,0%	66,7%	0,0%	22,2%	11,1%	100,0%
Obez	N	0	1	4	2	1	8
	%	0,0%	12,5%	50,0%	25,0%	12,5%	100,0%
Toplam	N	4	137	83	185	82	491
	%	0,8%	27,9%	16,9%	37,7%	16,7%	100,0%

Baba eğitim düzeyi ile çocukların VKİ'ini karşılaştırmak için yapılan Kay-Kare testinde (Tablo 14) anlamlı fark bulunmuştur ( $p:0,011$ ). Babaların eğitim seviyesi arttıkça çocuklarda obezite azalıyor olarak saptanmıştır. ( $X^2=25,95$ ,  $Sd=12$ ,  $p=,011$ )

**Tablo 15: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre okul başarı puanlarına ilişkisi**

	Öğrenci VKİ durumu	N	$\bar{x}$	Ss	Sh
Başarı Puanı	Zayıf	349	81,8367	12,94925	,69316
	Normal	139	79,6763	13,16463	1,11661
	Kilolu	9	73,0000	13,06713	4,35571
	Obez	8	72,5000	12,95046	4,57868

Yapılan analizde öğrencilerin okul başarı puanı ile öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Farkın kaynağını bulmak için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**Tablo 16: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre okul başarı puanlarına ilişkisi**

Varyansın kaynağı		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p	Farkın kaynağı
<b>Okul Başarı Puanı</b>	Gruplararası	1639,850	3	546,617	3,229	<b>,022</b>	Zayıf- Obez
	Grupiçi	84810,122	501	169,282			
	Toplam	86449,972	504				

Yapılan tek yönlü varyans analizinde zayıf ile obez öğrenciler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p:0,022). Öğrencilerin vücut kitle indeksi arttıkça okul başarısı düşüyor olarak bulunmuştur.

**Tablo 17: Ailede sigara içme ile çocukların VKİ karşılaştırılması**

			VKİ				Total
			Zayıf	Normal	Kilolu	Obez	
Ailede Sigara İçme Durumu	<b>Evet</b>	<b>Sayı</b>	<b>18</b>	<b>182</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>251</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>7.2</b>	<b>72.5</b>	<b>14.7</b>	<b>5.6</b>	<b>100</b>
	<b>Hayır</b>	<b>Sayı</b>	<b>23</b>	<b>189</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>254</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>9.1</b>	<b>74.4</b>	<b>11</b>	<b>5.5</b>	<b>100</b>
Total		<b>Sayı</b>	<b>41</b>	<b>371</b>	<b>65</b>	<b>28</b>	<b>505</b>
		<b>Yüzde</b>	<b>8.1</b>	<b>73.5</b>	<b>12.9</b>	<b>5.5</b>	<b>100</b>

Ailede sigara içilme durumu ile çocukların VKİ karşılaştırıldığında, Sigara içenlerde çocuklar 18 kişi (%7,2) zayıf, 182 kişi (%72,5) normal, 37 kişi (%14,7) kilolu, 14 kişi (%5,6) obez bulunmuştur. Ailede sigara içmeyenlerde ise çocuklar 23 kişi (%9,1) zayıf, 189 kişi (%74,4) normal, 28 kişi (%11) kilolu, 14 kişi (%5,6) obez bulunmuştur. Ailede sigara içme durumu ile çocukların VKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,57).

**Tablo 18: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre anne-baba ağırlığı ilişkisi**

	Öğrencilerin VKİ	N (Sayı)	$\bar{x}$ (Ortalama)	Ss (Standard Sapma)	Sh (Standard Hata)
Anne Ağırlığı	Zayıf	346	70,1734	11,50219	,61836
	Normal	138	72,9638	10,61428	,90355
	Kilolu	9	83,5556	16,90496	5,63499
	Obez	8	74,2500	18,96425	6,70488
Baba Ağırlığı	Zayıf	339	80,7611	10,91680	,59292
	Normal	135	83,2074	14,11155	1,21453
	Kilolu	9	90,6667	19,03943	6,34648
	Obez	8	83,5000	13,49074	4,76970

Anne ve Baba ağırlığına göre öğrencilerin VKİ karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Anlamlı farkın kaynağını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

**Tablo 19: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre anne-baba ağırlığı ilişkisi**

Varyansın kaynağı		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p	Farkın kaynağı
Anne Ağırlığı	Gruplararası	2241,173	3	747,058	5,636	<b>,001*</b>	1-3
	Grupiçi	65882,136	497	132,560			
	Toplam	68123,309	500				
Baba Ağırlığı	Gruplararası	1354,361	3	451,454	3,091	<b>,027*</b>	1-2
	Grupiçi	71139,839	487	146,078			
	Toplam	72494,200	490				

Farkın kaynağını tespit etmek için yapılan tek yönlü varyans analizinde anne ağırlığı arttıkça çocuklar kilolu, baba ağırlığı arttıkça çocuklar normal kilolu olarak bulunmuştur.

#### 4.1.1 Üç Faktörlü Beslenme Anketi Değerlendirme Sonuçları

Tablo 20:Üç faktörlü beslenme anketi VKİ ve cinsiyete göre karşılaştırma cinsiyete göre puan ortalamaları

Anket Soru Numaraları	Cinsiyet		P değeri
	Ortalama±Standart Sapma		
	Kadın(n=254)	Erkek(n=251)	
1	2.53±0.88	2.78±0.81	0.210
2	2.92±0.86	2.10±0.88	<b>0.003*</b>
3	2.43±1.13	2.26±0.92	0.423
4	2.27±0.98	2.34±1.21	0.575
5	2.37±1.02	2.42±0.72	0.501
6	2.31±1.04	2.20±0.96	0.487
7	2.49±0.91	2.46±1.04	0.668
8	2,02±0.92	2.26±0.94	0.205
9	1.94±0.98	2.33±0.88	<b>0.044*</b>
10	2.10±1.10	1,96±0.95	0.420
11	2.59±1.03	2.01±0.84	<b>0.001*</b>
12	2.63±1.03	2.21±1.07	<b>0.010*</b>
13	1.76±0.84	2.22±0.98	<b>0.022*</b>
14	2.05±0.96	2.15±1.06	0.332
15	2.84±0.92	2.13±0.84	<b>0.013*</b>
16	2.65±0.86	2.62±0.98	0.254
17	2.16±0.84	2.06±1.09	0.726
18	4.78±1.81	3.60±2.10	<b>0.034*</b>

**Mann-Whitney U testi**

Üç faktörlü beslenme anketinde cinsiyete göre sorulara verilen ortalama skorların karşılaştırılması yapılmıştır. 2, 9, 11, 12, 13, 15 ve 18. sorularda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (p<0.05).

**Tablo 21: Öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeylerine göre üç faktörlü beslenme anketi puanlarına ilişkisi**

		N (Sayı)	$\bar{x}$ (Ortalama)	Ss (Standard Sapma)	Sh (Standard Hata)
Faktör 1	Zayıf	349	9,7192	3,44600	,18446
	Normal	139	10,1511	3,20759	,27206
	Kilolu	9	9,7778	3,63242	1,21081
	Obez	8	15,6250	1,30247	,46049
Faktör 2	Zayıf	349	4,9456	2,39610	,12826
	Normal	139	5,4748	2,58011	,21884
	Kilolu	9	5,7778	1,71594	,57198
	Obez	8	8,3750	2,82527	,99888
Faktör 3	Zayıf	349	15,4470	3,83206	,20513
	Normal	139	15,7266	3,40461	,28878
	Kilolu	9	18,1111	3,48010	1,16003
	Obez	8	16,0000	4,62910	1,63663
Faktör 4	Zayıf	349	7,2350	3,01182	,16122
	Normal	139	7,6763	3,27975	,27818
	Kilolu	9	8,4444	3,43188	1,14396
	Obez	8	12,3750	2,87539	1,01660

Öğrencilerin VKİ'ne göre üç faktörlü beslenme anketi faktör puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,01$ )



**Tablo 22: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre beslenme puanlarına ilişkisi**

Varyansın kaynağı		Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p	Farkın kaynağı
Faktör 1	Gruplararası	281,972	3	93,991	8,305	<b>,000</b>	Zayıf-Obez
	Grupiçi	5669,739	501	11,317			
	Toplam	5951,711	504				
Faktör 2	Gruplararası	115,950	3	38,650	6,463	<b>,000</b>	Zayıf-Obez
	Grupiçi	2996,058	501	5,980			
	Toplam	3112,008	504				
Faktör 3	Gruplararası	68,232	3	22,744	1,638	,180	
	Grupiçi	6956,770	501	13,886			
	Toplam	7025,002	504				
Faktör 4	Gruplararası	226,155	3	75,385	7,879	<b>,000</b>	Zayıf-Obez
	Grupiçi	4793,262	501	9,567			
	Toplam	5019,418	504				

Farkın kaynağını bulmak için yapılan post hoc tek yönlü varyans analizi (Tablo 22) göre faktör 1,2 ve 4'te zayıf ile obez öğrenciler arasında anlamlı fark vardır. Faktör 3'te anlamlı fark bulunamamıştır. Obez öğrencilerin faktör puanları zayıf öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur.

#### 4.1.2 Olumlu ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Puanlarına İlişkin Sonuçlar

**Tablo 23: Öğrencilerin VKİ düzeylerine göre olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik puanlarına ilişkisi**

Öğrenci Mükemmeliyetçilik	Öğrenciler i VKİ	N (Sayı)	$\bar{x}$ (Ortalama )	Ss (Standard Sapma)	Sh (Standard Hata)
Olumlu Mükemmeliyetçilik	Zayıf	349	32,33	6,31	,33803
	Normal	139	31,01	6,69	,56761
	Kilolu	9	30,11	5,66	1,88889
	Obez	8	24,87	5,22	1,84621
Olumsuz Mükemmeliyetçilik	Zayıf	349	32,33	6,31	,33803
	Normal	139	31,01	6,69	,56761
	Kilolu	9	30,11	5,66	1,88889
	Obez	8	24,87	5,22	1,84621

Öğrencilerin vücut kitle İndeksi düzeylerine göre olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik puanları karşılaştırıldığında olumlu mükemmeliyetçilik durumunda anlamlı sonuç çıkmıştır. Farkın kaynağını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır (Tablo 23).

**Tablo 24: Öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeylerine göre olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik ilişkisi**

Varyansın kaynağı		Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Farkın kaynağı
Olumlu Mükemmeliyetçilik (Öğrenci)	Gruplararası	593,94	3	197,98	4,83	<b>,00</b>	Zayıf-Obez
	Grupiçi	20505,17	501	40,92			
	Toplam	21099,12	504				
Olumsuz Mükemmeliyetçilik (Öğrenci)	Gruplararası	85,08	3	28,36	1,01	,38	
	Grupiçi	14039,90	500	28,08			
	Toplam	14124,98	503				

Yapılan tek yönlü varyans analizi ile öğrencilerin VKİ düzeyleri ile olumlu mükemmeliyetçiliği arasında anlamlı fark bulunmuştur. Olumlu mükemmeliyetçilik puanları azaldıkça daha çok obez olmaktadır.

#### **4.1.3 Öğrencilerin Vücut Kitle İndeksi Düzeylerine Göre Anne-Baba Akılcı Olmayan İnançlar Ölçeği (Anne-Baba beklentileri ve mükemmeliyetçiliği) Puanlarına İlişkisi**

**Tablo 25 : Anne-baba akılcı olmayan inançları ile öğrencilerin VKİ karşılaştırılması**

	Öğrenci VKİ	N (Sayı)	$\bar{x}$ (Ortalama)	Ss (Standard Sapma)
Anne-Baba Beklentileri	Zayıf	349	43,98	12,08
	Normal	139	44,03	12,70
	Kilolu	9	46,22	14,06
	Obez	8	38,12	10,45
Anne-Baba Mükemmeliyetçiliği	Zayıf	349	43,98	12,08
	Normal	139	44,03	12,70
	Kilolu	9	46,22	14,06
	Obez	8	38,12	10,45

Öğrencilerin vücut kitle İndeksi düzeylerine göre anne-baba akılcı olmayan inançlar ölçeği (Beklentileri ve mükemmeliyetçiliği) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 25).

**Tablo 26: Öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeylerine göre anne-baba düşünceleri ölçeği (Anne-Baba Beklentileri ve Mükemmeliyetçiliği) puanlarına ilişkisi**

Varyansın kaynağı		Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	P	Farkın kaynağı
<b>Anne-Baba Beklentileri</b>	Gruplararası	319,37	3	106,45	,707	,54	
	Grupiçi	75390,17	501	150,47			
	Toplam	75709,55	504				
<b>Anne-Baba Mükemmeliyetçiliği</b>	Gruplararası	32,48	3	10,82	,154	,92	
	Grupiçi	35142,17	501	70,14			
	Toplam	35174,66	504				

Anne-Baba beklentileri ile öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p:0.548). Anne-Baba mükemmeliyetçiliği ile öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p:0.927).

**Tablo 27:Öğrencilerin vücut kitle indeksi, beslenme faktörleri, anne-baba kilosu arasındaki ilişki**

	VKİ (öğrenci)	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Anne Kilo
VKİ	1					
Faktör 1	,153**	1				
Faktör 2	,193**	,577**	1			
Faktör 3	,076	-,214**	-,029	1		
Faktör 4	,180**	,707**	,611**	-,080	1	
Anne Kilo	,149**	-,102*	-,044	,130**	,021	1
Baba Kilo	,108*	-,114*	-,068	,090*	-,044	,204**

\*\* p< 0.01, \* p< 0.05

Öğrencilerin vücut kitle düzeyi ile beslenme faktörü 1,2 ve 4 arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (p< 0.01). Öğrencilerin vücut kitle düzeyi ile anne kilosu arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (p< 0.01). Anne kilosu arttıkça çocukların vücut kitle indeksi düzeyi artmaktadır. Öğrencilerin vücut kitle düzeyi ile baba kilosu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p< 0.05). Baba kilosu arttıkça çocukların VKİ' artmakta ve daha çok obez olmaktadır.

Anne kilosu ile baba kilosu arasında yine yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p< 0.01). Anne kilosu arttıkça babanın kilosu artmakta olarak bulunmuştur.

**Tablo 28: Öğrencilerin vücut kitle indeksi, anne-baba akılcı olmayan inançlar, olumlu-olumsuz mükemmeliyetçilik puanları ve okul başarı puanları arasındaki ilişkisi**

	Öğrencilerin VKİ	Anne-Baba Beklenti	Anne-Baba Mükemmeliyetçilik	Öğrencilerin Olumlu Mükemmeliyetçilik	Öğrencilerin Olumsuz Mükemmeliyetçilik
Öğrencilerin VKİ	1				
Anne-Baba Beklenti	,029	1			
Anne-Baba Mükemmeliyetçilik	-,028	,412**	1		
Öğrencilerin Olumlu Mükemmeliyetçilik	-,163**	-,017	,115**	1	
Öğrencilerin Olumsuz Mükemmeliyetçilik	-,091*	,169**	,115**	,229**	1
Okul Başarısı	-,166**	-,288**	-,136**	,359**	,131**

\*\* . p< 0.01, \* . p< 0.05

Pearson korelasyonuna göre vücut kitle indeksi ile olumlu mükemmeliyetçilik ve okul başarısında yüksek düzeyde negatif yönde ilişki bulunmuştur (p< 0.01). VKİ arttıkça okul başarısı düşüyor ve mükemmeliyetçilik arttıkça vücut kitle indeksi düşüyor olarak saptanmıştır. Olumsuz mükemmeliyetçilik ile negatif yönde ilişki saptanmıştır (p< 0.05). Olumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça vücut kitle indeksi düşüyor olarak bulunmuştur.

Anne-Baba beklentisi ile anne-baba mükemmelliyeçiliği pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba mükemmelliyeçiliği arttıkça anne-babanın beklentisi de artmaktadır. Ayrıca Anne-Baba beklentisi ile çocukların olumsuz mükemmelliyeçiliği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Anne-Baba beklentisi arttıkça çocukların olumsuz mükemmelliyeçiliği artmaktadır. Anne-Baba beklentisi ile çocukların okul başarısı arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba beklentisi arttıkça çocukların okul başarısı düşmektedir. Anne-Babaların beklentileri arttıkça anne-babanın mükemmelliyeçilikleride artıyor olarak bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Anne-Baba mükemmelliyeçiliği ile çocukların olumlu ve olumsuz mükemmelliyeçiliği arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba mükemmelliyeçiliği arttıkça çocukların olumlu ve olumsuz mükemmelliyeçiliği artmaktadır. Anne-Baba mükemmelliyeçiliği ile çocukların okul başarısı arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba mükemmelliyeçiliği arttıkça çocukların okul başarısı düşmektedir.

Öğrencilerin olumlu mükemmelliyeçiliği ile olumsuz mükemmelliyeçiliği ve okul başarıları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır. Öğrencilerin olumlu mükemmelliyeçiliği arttıkça okul başarısı ve olumsuz mükemmelliyeçiliğide artmaktadır.

Öğrencilerin olumsuz mükemmelliyeçiliği ile okul başarıları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır. Öğrencilerin olumsuz mükemmelliyeçiliği arttıkça okul başarısı da artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Obezite çağımızda en önemli kronik hastalıkların başında gelmektedir. Çocukluk çağı ve adölesan dönemde sıklığı giderek artmaktadır. Risk faktörleri arasında;

- ✓ Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları
- ✓ Yetersiz fiziksel aktivite
- ✓ Yaş
- ✓ Cinsiyet
- ✓ Eğitim düzeyi
- ✓ Sosyo-kültürel nedenler
- ✓ Gelir durumu
- ✓ Hormonal ve metabolik etmenler
- ✓ Genetik etmenler
- ✓ Psikolojik problemler
- ✓ Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama
- ✓ Sigara-alkol kullanımı
- ✓ İlaçlar (antidepresanlar vb)
- ✓ Doğum sayısı ve doğumlar arası süre

Gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilir (112). Etiyolojisini ve sıklığını belirlemek adına birçok çalışma yapılmıştır.

Başarı, göreceli olmakla birlikte, hayatta amacını bilmek, amaca ulaşmak için tüm kabiliyetini kullanmaktır. Okul başarısı öğrenciler için dönem sonu ya da yıl sonunda aldıkları puanlardır. Elbette başarıyı sadece yılsonu okul puanıyla değerlendirmek doğru bir değerlendirme olmaz. Çünkü bir bireye “başarılı” demek için okul puanı tek başına bir gösterge değildir.

Bu çalışma Aile Hekiminin bütüncül yaklaşımı ile anne-baba akılcı olmayan inançlarının öğrencilerin beslenme, okul başarısı ve mükemmeliyetçiliği arasındaki ilişki incelemektedir.

Çalışmamızda obezite tanısı için VKİ kullanılmıştır (CDC'nin yaş ve cinsiyete göre persentil eğrisi). Çalışmamızda öğrencilerin %49.7'u erkek (n=251), % 50.3'i kızdır



(n=254). Çalışmamızda öğrencilerde obezite sıklığı 5,5 olarak bulunmuştur. Ankara'da 9-16 yaş grubunda 6462 adolesan çocukta VKI kullanılarak obezite prevalansı %2.3 olarak saptanmıştır (113). Diğer bir çalışmada 1647 Türk adolesan çocukta VKI'ye göre obezite insidansı %3.6 olarak saptanmıştır (114).2002 yılında Kocaeli' de yapılan bir çalışmada 6-16 yaş aralığındaki çocuklarda fazla tartılı oranı % 9, obezite oranı % 4.1 bulunmuştur (115). Sosyoekonomik düzey ile obezite arasında bağlantıları gösteren farklı çalışmalar, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki ailelerde obezitenin daha sık olduğunu göstermektedir (116) (117).

Çalışmamızda öğrencilerin 41'i (%8.1) zayıf, 371'i (%73.5) normal, 65'i (%12.9), 28'i (%5.5) obezdir. İstanbul' da Bundak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 6-18 yaş aralığındaki erkek çocuklarının %25' i aşırı kilolu, % 4' i obez bulunmuştur. Aynı çalışmada 14 yaşındaki kızların %15' i aşırı kilolu, % 1' i obez bulunmuştur (118).Bahreyn'de 12-17 yaş arasındaki adolesanlarda 2002 yılında yapılan çalışmaya göre obezite, erkeklerde kilolu %30, obez %15, kızlarda kilolu %42, obez %18 bulunmuştur. Mısır'da 1997 verilere göre kız ve erkek çocuklarda kilolu %14, obez %4 oranındadır. Suudi Arabistan da erkeklerde obezite %6, kızlarda ise %7 'dir. Avrupa ülkelerine göre Asya ülkelerinde obezite daha düşüktür. 1995 ise bu oran erkeklerde morbid obez %20, obez %5, kızlarda morbid obez %21, obez %5 bulunmuştur. Malezya'da 7-10 yaşlarındaki çocuklardaki araştırmada (2002) erkeklerde obez % 10, kızlarda obez % 7 düzeyindedir. Çin'de çocukların % 3'ü obezidir. Bu oran 1995 yılında %7-8 oranına yükselmiştir. Afrika ülkelerinde obezite prevalansı düşüktür. Çoğu ülkede çocuklarda obezite prevalansı % 2-4 civarındadır (119).Asya ülkelerinde obezite prevalansı Avrupa ve Amerika' ya nazaran düşüktür. Avusturalya' da 1985 yılında 7-15 yaş grubu erkek çocukların % 11'i aşırı kilolu, % 1'i obez, kız çocukların %12'si aşırı kilolu % 1' i obez rapor edilmişken 1995 yılına gelindiğinde bu oran erkek çocukların % 5' i obez, % 20' si aşırı kilolu, kızları ise % 21' i aşırı kilolu , % 5' i obez olmuştur (120).

Bizim çalışmamızda kız çocuklarında obezite %3.9 erkek çocuklarda %7.2 olarak bulunmuştur. Erkek çocuklarda obezite kız öğrencilerden daha fazla obezite görülmüştür (p<0.01). Edirne'de 12-17 yaş arasında 989 çocukta obezite prevalansı kızlarda %2.1, erkeklerde ise %1.6 olarak saptanmıştır (121). Muğla'da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kız çocuklarında %4.3 erkek çocuklarında %8.1 olarak saptanmıştır (122). 2002-2002 yıllarında Bursa'da 6-14 yaş okul çocukları taranmış; kızların % 9.1'i fazla

tartılı, % 1.5'i obez, erkeklerin % 8.5'i fazla tartılı % 1.8'i obez bulunmuştur (123). Mardin'de yapılan bir çalışmada ilköğretim okulu çocukları taranmış; kızların %19.6' ı fazla kilolu % 4.4' ü obez, erkeklerin % 12.7' i fazla tartılı % 4.3' ü obez bulunmuştur (124). Turgut A.'nın Erzurum'da yaptığı çalışmada erkek öğrencilerde obezite biraz daha fazla ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (125). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada gençler arasında obezite prevalansının kadınlarda % 8.4, erkeklerde % 7.0 olduğu bildirilmiş (126). Avrupa ülkelerinde ise, kız ve erkek çocuklar arasında obezite prevalansında çok önemli bir fark bulunmamakla birlikte, obezitenin kızlarda erkeklere oranla biraz daha yüksek prevalansa sahip olduğu bildirilmektedir (122). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de 0-5 yaşta obezite sıklığı erkeklerde % 10.1, kızlarda % 6.8 iken 6-18 yaşta obezite sıklığı erkeklerde % 9.1, kızlarda % 7.3 olarak bulunmuştur (127).

Çalışmamızda 10 yaş ile 12,13 ve 14 yaşları arasında obezite sıklığı arasında anlamlı fark bulunmuştur (p:0,00). 10 yaşındakilerde daha az obezite bulunmuştur. Süzek H.'nin 6-15 yaş grubunda yaptığı çalışmada en yüksek obezite oranı erkek öğrencilerde 10, kız öğrencilerde ise 9 yaş grubunda görülmüş (her iki grup için de oran %18.2 bulunmuş) (122). Süzek H.'nin 12-17 yaş arasında 6-11 yaş grubu çocuklara göre daha sık olarak bulmuştur (128). Turgut A.'nın çalışmasında 11 yaşında erkek öğrencilerde obezite pik yapmakta ve oranı % 9'a çıkmış, Kız öğrencilerde ise en yüksek oranlar 13-15 yaşlarında yani geç pubertal dönemde olarak bulunmuş. 14.5 yaşındaki kızların % 7.1'i obez olarak bulunmuş (125).

Öğrenci sınıflarına göre VKİ karşılaştırıldığında 5. Sınıflarda 15 kişi (%18.8) zayıf, 54 kişi (%67.5) normal, 7 kişi (%8.8) kilolu, 4 kişi (%5) obez ; 6. Sınıflarda 12 kişi (%7.2) zayıf, 119 kişi (%71.3) normal, 29 kişi (%17.4) kilolu, 7 kişi (%4.2) obez; 7. Sınıflarda 4 kişi (%4) zayıf, 77 kişi (%76.2) normal, 11 kişi (%10.9) kilolu, 9 kişi (%8.9) obez; 8. Sınıflarda 10 kişi (%6.4) zayıf, 121 kişi (%77.1) normal, 18 kişi (%11.5) kilolu, 8 kişi (%5.1) obez olarak bulunmuştur. Buluş A. D.'nin sosyoekonomik düzeye göre sınıflayarak yaptığı çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyde obez öğrenci prevalansı 1. sınıfta, yüzde % 0.9, 2. sınıfta %10, 3. sınıfta %10, 4. sınıfta %10, 5. sınıfta %14, 6. sınıfta %13, 7. sınıfta %17, 8. sınıfta %13 bulunmuştur. Düşük sosyoekonomik düzeyde fazla

kilolu öğrenci prevalansı 1. sınıfta, yüzde %1.8, 2. sınıfta %8, 3. sınıfta %24, 4. sınıfta %13, 5. sınıfta %10, 6. sınıfta %24, 7. sınıfta %23, 8. sınıfta %15 bulunmuş, Orta sosyoekonomik düzeyde obez öğrenci prevalansı 1. sınıfta, yüzde % 1.5, 2. sınıfta % 6, 3. sınıfta %8, 4. sınıfta %8, 5. sınıfta %8, 6. sınıfta %11, 7. sınıfta %11, 8. sınıfta %9 bulunmuş. Orta sosyoekonomik düzeyde fazla kilolu öğrenci prevalansı 1. sınıfta, yüzde %5.8, 2. Sınıfta%7, 3. Sınıfta%10, 4. sınıfta %11, 5. sınıfta %10, 6. sınıfta %13, 7. sınıfta %11, 8. sınıfta %15 bulunmuş. Yüksek sosyoekonomik düzeydede; obez öğrenci prevalansı 1. sınıfta, yüzde % 0.7, 2. sınıfta %2, 3. sınıfta %4, 4. sınıfta %8, 5. sınıfta %10, 6. sınıfta %9, 7. sınıfta %10, 8. sınıfta %8 bulunmuştur. Yüksek sosyoekonomik düzeyde fazla kilolu öğrenci prevalansı 1. sınıfta, yüzde %1.8, 2. sınıfta%7, 3. sınıfta%8, 4. sınıfta %8, 5. sınıfta %10, 6. sınıfta %9, 7. sınıfta %14, 8. sınıfta %8 bulunmuş.

Bizim çalışmamızda öğrencilerin 359 kişi (%71.1) düzenli kahvaltı yapıyorken, 146 kişi (%28.9) düzenli kahvaltı yapmıyor. Düzenli kahvaltı yapanların 32 (%8.9) zayıf, 260 kişi (%72.4) normal, 49 kişi (%13.6) kilolu, 18 kişi (%5) obezdir. Düzenli kahvaltı yapmayanların ise 9 kişi (%6.2) zayıf, 111 kişi (%76) normal, 16 kişi (%11) kilolu, 10 kişi ise (%6.8) obez olarak bulunmuştur. Düzenli kahvaltı alışkanlığına göre öğrencilerin VKİ'de anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (p: 0,543).Savaşhan Ç.'nin ilkökul çağında çocuklarda yaptığı çalışmada her üç çocuktan ikisinin yemek öğünlerinde sorunu varmış ve çocukların %48,2'sinin düzenli sabah kahvaltısı alışkanlığı yokmuş (129). Avşar ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları üzerine yaptığı çalışmada öğrencilerin %76.4'ünün sabah kahvaltısı yapıyor olarak saptamıştır (130). Çalışmamızda sabah düzenli kahvaltı yapmanın BMI ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da (p=0,806) kahvaltısını evde yapanların %69,8'inin normal kilolu olduğu, pastanede kahvaltı yapanların %27,3'ünün ise obez olduğu bulundu (131). Erciyes üniversitesinde yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların %34,4'ünün her gün düzenli kahvaltı yaptığı, %65,6'sının ise nadiren kahvaltı yaptıkları ya da hiç kahvaltı yapmadıkları belirtilmiştir (132) (133).

Spor yapma sıklığı ile VKİ karşılaştırıldığında her gün spor yapanların; 6 kişi (%7.4) zayıf, 64 kişi (%79) normal, 11 kişi (%13.6) kilolu ve 0 kişi (%0) obez olarak bulunmuştur. Haftada birkaç kez spor yapanların; 28 kişi (%8.1) zayıf, 255 kişi ( (%73.5) normal, 44 kişi (%12.7) kilolu, 20 kişi (%5.8) ise obezdir. Ayda birkaç kez spor yapanlarda; 2 kişi (%6.5) zayıf, 22 kişi (%71) normal, 4 kişi (% 12.9), 3 kişi (%9.7)

obezdir. Yılda birkaç kez spor yapanların ; 0 kişi (%0) zayıf, 7 kişi (%58.3) normal, 3 kişi (%25) kilolu, 2 kişi (%16.7) obezdir. Hiçbir zaman spor yapmıyorum diyenlerin 5 kişi (%14.7) zayıf, 23 kişi (%67.6) normal, 3 kişi (%8.8) kilolu, 3 kişi (%8.8) obez olarak bulunmuştur. Filiz Ş.'nin 65 çocukla yaptığı çalışmada % 10.8 öğrenci düzenli spor yapıyorken, %89.2 öğrenci düzenli spor yapmıyor olarak bulunmuş (128).

Anne eğitim düzeyi ile VKİ karşılaştırıldığında okur-yazar olmayan annelerde; 10 çocuk (%66.7) normal, 1 çocuk (%6.7) kilolu, 4 çocuk (%26.7) ise obezdir. İlkokul mezunu annelerde; 25 çocuk (%10.9) zayıf, 164 çocuk ( %71.6) normal, 35 çocuk (%15.3) kilolu, 5 çocuk (%2.2) obezdir. Ortaokul mezunu annelerde; 5 çocuk (%5.4) zayıf, 74 çocuk (%79.6) normal, 6 çocuk (%6.5) kilolu, 8 çocuk (%8.6) obezdir. Lise mezunu annelerde; 10 çocuk (%8.8) zayıf, 85 çocuk (%74.6) normal, 13 çocuk (%11.4) kilolu, 6 çocuk (%5.3) obezdir. Üniversite mezunu annelerde; 1 çocuğu (%2) zayıf, 36 çocuk (%72) normal, 8 çocuk (%16) kilolu, 5 çocuk ise (%10) obez olarak bulunmuştur. Annelerin eğitim seviyesi arttıkça çocuklarda obezite azalmaktadır. (  $X^2=24,57$ ,  $Sd=6$ ,  $p= ,017$ ).NHANES çalışmasında bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmiştir. Sonuçlarına göre anne-baba eğitim düzeyi arttıkça fazla tartılı ve obez çocuk oranı azalmıştır (134). Anne eğitim seviyesi arttıkça daha bilinçli anneler yetişmekte ve onların yetiştirdiği çocuklar daha obez olmaktadır. Yeşiller E.'nin çalışmasında eğitim düzeyi düşük annelerin çocuklarında obezite oranı % 2.5 iken, eğitim seviyesi yüksek annelerin çocuklarında sırasıyla bu oran % 8.8 idi (135). Şennur Ö.'nün çalışmasında annesi okur-yazar olmayanların normal kiloluluk oranı % 2.11 (n=4) obezite oranları % 1,05 ile 2.11 arasında değişmiştir. İlköğretim mezunu olanların normal kiloluluk oranı % 6.84, obezite oranları % 3.16-10.53 arasında, lise mezunu olanların normal kiloluluk oranı % 2.63, obezite oranları % 2.11-10.53 arasında iken, üniversite mezunu olanların normal kiloluluk oranı % 1.58 ve obezite oranları % 1.58 ile 4.21 olarak bulunmuş. Annenin eğitim düzeyi yükseldikçe obezite oranında arttığı görülmüş (136).

Babaların eğitim düzeyi ile VKİ karşılaştırıldığında (Tablo:7)okur-yazar olmayan babalarda; 0 çocuk (%0) zayıf, 3 çocuk (%75) normal, 0 çocuk (%0) kilolu, 1 çocuk (%25) ise obezdir. İlkokul mezunu babalarda; 11 çocuk (%8) zayıf, 93 çocuk ( %67.9) normal, 28 çocuk (%20.4) kilolu, 5 çocuk (%3.6) obezdir. Ortaokul mezunu babalarda; 6 çocuk (%7.2) zayıf, 59 çocuk (%71.1) normal, 10 çocuk (%6.5) kilolu, 8 çocuğu (%8.6) obezdir. Lise mezunu babalarda 19 çocuk (%10.3) zayıf, 143 çocuk (%77.3) normal, 15

çocuk (%8.1) kilolu, 8 çocuk (%9.6) obezdir. Üniversite mezunu babalarda; 5 çocuk (%6.1) zayıf, 63 çocuk (%76.8) normal, 9 çocuk (%11) kilolu, 5 çocuk ise (%6.1) obez olarak bulunmuştur. Yeşiller E.'nin çalışmasında eğitim düzeyi düşük babaların çocuklarında obezite oranı % 1.8 iken eğitim seviyesi yüksek babaların çocuklarında bu oran % 9.4 olarak bulunmuş (135). Babaların eğitim düzeyleri incelemesinde düşük sosyoekonomik düzeyde babaların; %2'i okur yazar değil, %49'u ilköğretim, %18 ortaokul, %26'si lise, %2'i yüksekokul, %3'i üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Orta sosyoekonomik düzeyde babaların; %1.5'i okur yazar değil, %27'si ilköğretim, %23'ü ortaokul, %30'u lise, %6.5'i yüksekokul, %12'si üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Yüksek sosyoekonomik düzeyde babaların; %3'i okur yazar değil, %33'si ilköğretim, %21'ü ortaokul, %36'u lise, %4'i yüksekokul, %3'si üniversite mezunu olarak bulunmuştur ve babanın eğitim düzeyi düşük düzeyde, normal ve yüksek düzeyden daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ( $p<0.01, p<0.001$ ) (137). Turgut A.'nin yaptığı çalışmada obez çocukların annelerinin eğitim düzeyi daha yüksek iken babaları için eğitim düzeyleri diğer çocuklarla benzer sonuçlar elde etmiştir (125).

Bizim çalışmamızda yapılan analizde öğrencilerin okul başarı puanı ile öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmış ve öğrencilerin vücut kitle indeksi arttıkça okul başarısı düştüğü bulunmuştur ( $p:0.022$ ). Turgut A.'nin 6-15 yaş grubunda yaptığı çalışmasında okul başarısı açısından öğrenciler arasında bir fark bulunmamıştır ( $p=0.801$ ) (125). Uskun'un obez ve normal VKİ'ine sahip öğrencilerde yaptığı vaka kontrol çalışmasında ilköğretim öğrencilerinde okul başarı puanı ile VKİ arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (138).

Biz çalışmamızda öğrenciler ilköğretim öğrencisi olduğu için pasif içiciliği sorguladık. Ailede sigara içilme durumu ile çocukların VKİ karşılaştırıldığında, Sigara içenlerde çocuklar 18 kişi (%7.2) zayıf, 182 kişi (%72.5) normal, 37 kişi (%14.7) kilolu, 14 kişi (%5.6) obez bulunmuştur. Ailede sigara içmeyenlerde ise çocuklar 23 kişi (%9.1) zayıf, 189 kişi (%74.4) normal, 28 kişi (%11) kilolu, 14 kişi (%5.6) obez bulunmuştur. Karşılaştırmada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çayır A.'nin çalışmasında obezite durumu ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0.206$ ) (139). Bakhshi'nin çalışmasında da sigara ile obezite arasında azalan yönde bir ilişki bulunmuştur (140).

Çalışmamızda anne ağırlığına göre öğrencilerin VKİ karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne ağırlığı arttıkça çocuklar kilolu olarak bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Baba ağırlığı arttıkça çocuklar normal kilolu olarak bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Benzer çalışmalarda ise öğrencilerin VKİ ile annelerin VKİ karşılaştırılmıştır. Turgut A.'nin çalışmasında Obez çocukların %36.3'ünün annesi, %30.9'unun babası da obez olarak bulunmuştur. Obez olmayan çocukların annelerinin %18.5'i, babalarının %12'i, obez olarak bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (119). Literatürde de ebeveyn obezitesinin çocuklarda obezite gelişimi için major risk faktörü olduğu çalışmalar mevcuttur (141) (142) (143) (144).

Çalışmamızda üç faktörlü beslenme anketi'nde cinsiyete göre sorulara verilen ortalama skorların karşılaştırılması yapılmıştır. 2, 9, 11, 12, 13, 15 ve 18. sorularda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ( $p<0.05$ ). Kırış D.'nin 20- 50 yaş grubunda yaptığı çalışmada yine benzer sonuçlar elde edilmiştir (111).

Çalışmamızda öğrencilerin VKİ'ne göre üç faktörlü beslenme anketi faktör puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Faktör 1,2 ve 4'te zayıf ile obez öğrenciler arasında anlamlı fark vardır ( $p=0,001$ ). Faktör 3'te anlamlı fark bulunamamıştır ( $p:0,180$ ). Obez öğrencilerin faktör puanları zayıf öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Kırış D.'nin 20- 50 yaş grubunda yaptığı çalışmada 2 ve 4. faktörler için obez grubu ile kontrol grubu arasında ve obez grubu ile fazla kilolu grubu arasında anlamlı fark olarak bulunmuş, 3. faktörde ise fazla kilolu grubu ile kontrol grubu arasında ve fazla kilolu grubu ile obez grubu arasında anlamlı fark olduğu, bu farklılığın fazla kilolu grubunun ortalamasının obez grubunun ve kontrol grubunun ortalamalarından büyük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (111). Aradaki fark erişkin bireylerin beslenme tarzı adölesan çocukların beslenme tarzından farklı olmasından kaynaklanabildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda zayıf öğrencilerden olumlu mükemmeliyetçiliğe verilen istatistikî değerler;  $n=349$ , ortalama: 32,33, standart sapma:6,31 olarak vermiştir. Normal öğrencilerden olumlu mükemmeliyetçiliğe verilen istatistikî değerler  $n=139$ , ortalama: 31,01, standart sapma: 6,69 olarak verilmiştir. Kilolu öğrencilerden olumlu mükemmeliyetçiliğe verilen istatistikî değerler  $n=9$ , ortalama:30,11, standart Sapma:5,66 olarak verilmiştir. Obez öğrencilerden olumlu mükemmeliyetçiliğe verilen istatistikî değerler  $n=8$ , ortalama: 24,87, standart sapma: 5,22 olarak verilmiştir. Zayıf

öğrencilerden olumsuz mükemmeliyetçiliğe verilen istatistiki değerler  $n=349$ , ortalama: 32,33, standard sapma: 6,31 olarak verilmiştir. Normal öğrencilerden olumsuz mükemmeliyetçiliğe verilen istatistiki değerler  $n=139$ , ortalama: 31,01, standard sapma: 6,69 olarak verilmiştir. Kilolu öğrencilerden olumsuz mükemmeliyetçiliğe verilen istatistiki değerler  $n=9$ , ortalama: 30,11, standard sapma: 5,66 olarak verilmiştir. Kilolu öğrencilerden olumsuz mükemmeliyetçiliğe verilen istatistiki değerler  $N=8$ , ortalama: 24,87, standard sapma: 5,22 olarak verilmiştir. Karababa A.'nın psikolojik danışmanlarda yaptığı çalışmada olumlu mükemmeliyetçilik sonuçları: Katılımcı sayısı ( $N = 240$ ), ortalama ( $= 54,44$ ), standart sapma (S.D. = 9,66) olarak bulunmuş. Olumsuz mükemmeliyetçilikte ise: Katılımcı sayısı ( $N = 240$ ), ortalama ( $= 42,27$ ), standart sapma (S.D. = 14,51) olarak bulunmuştur (145). Önder ve Kırdök'ün çalışmasında ise olumlu mükemmeliyetçilik puanları Katılımcı sayısı ( $N=350$ ), ortalama ( $=33,01$ ), standart sapma (S.D. =5,48) olarak bulunmuştur. Olumsuz mükemmeliyetçilik puanları Katılımcı sayısı ( $N=350$ ), ortalama ( $=18,77$ ), standart sapma (S.D. =5,16) olarak bulunmuştur (146). Bizim çalışmamızda öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeylerine göre olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik puanları karşılaştırıldığında VKİ ile olumlu mükemmeliyetçilik durumunda anlamlı farklılık elde edilmiştir. Öğrencilerin olumlu mükemmeliyetçilik durumu arttıkça öğrencilerin VKİ azalmaktadır. Öğrencilerin olumlu mükemmeliyetçilik durumları artırılarak öğrencilerin kilo vermesi sağlanabilir.

Çalışmamızda anne-baba beklentileri ile öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p:0.548$ ). Anne-Baba mükemmeliyetçiliği ile öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p:0.927$ ).

Çalışmamızda vücut kitle indeksi ile olumlu mükemmeliyetçilik ve okul başarısında ilişki bulunmuştur ( $p:0,022$ ). VKİ arttıkça okul başarısı düştüğü bulunmuştur. Öğrencilerin tablet, internet gibi inaktif yaşam tarzına sahip olmaları okul başarısında düşüş VKİ artışa neden oluyor olabilir. Olumlu mükemmeliyetçilik arttıkça vücut kitle indeksi düştüğü saptanmıştır. Olumsuz mükemmeliyetçilik ile okul başarısı arasında saptanmıştır. Olumsuz mükemmeliyetçilik durumu arttıkça vücut kitle indeksi düşüyor olarak bulunmuştur. Öğrencilerin okul başarısını arttırmak için vücut kitle indekslerini düşürmek faydalı olabilir. Ayrıca çocukların olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik durumlarını arttırarak VKİ'leri düşürülmesi sağlanabilir.

Çalışmamızda anne-baba beklentisi ile anne-baba mükemmelliyeçiliği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba mükemmelliyeçiliği arttıkça anne-babanın beklentisi de artmaktadır. Ayrıca anne-baba beklentisi ile çocukların olumsuz mükemmelliyeçiliği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Anne-Baba beklentisi arttıkça çocukların olumsuz mükemmelliyeçiliği artmaktadır. Anne-Baba beklentisi ile çocukların okul başarısı arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba beklentisi arttıkça çocukların okul başarısı düşmektedir. Anne-babaların beklentileri arttıkça anne-babanın mükemmelliyeçilikleri de arttığı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Çocukların mükemmelliyeçilik durumu ve okul başarısı değerlendirilirken anne-babasının da akılcı olmayan inançlarını değerlendirmek doğru olacaktır. Bu konuda çalışmalar yetersiz olduğu için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda anne-baba mükemmelliyeçiliği ile çocukların olumlu ve olumsuz mükemmelliyeçiliği arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba mükemmelliyeçiliği arttıkça çocukların olumlu ve olumsuz mükemmelliyeçiliği artmaktadır. Anne-Baba mükemmelliyeçiliği ile çocukların okul başarısı arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Anne-Baba mükemmelliyeçiliği arttıkça çocukların okul başarısı düşmektedir. Okul başarısını değerlendirilirken anne-baba mükemmelliyeçilik durumlarını göz önünde bulundurmak doğru olacaktır. Bu konuda çalışmalar yetersiz olduğu için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda öğrencilerin olumlu mükemmelliyeçiliği ile olumsuz mükemmelliyeçiliği ve okul başarıları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Öğrencilerin olumlu mükemmelliyeçiliği arttıkça okul başarısı ve olumsuz mükemmelliyeçiliği de artmaktadır. Öğrencilerin olumlu mükemmelliyeçilik durumu artırılarak okul başarılarının artması sağlanabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin olumsuz mükemmelliyeçiliği ile okul başarıları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Öğrencilerin olumsuz mükemmelliyeçiliği arttıkça okul başarısı da artmaktadır. Öğrencilerin olumsuz mükemmelliyeçilik durumları artırılarak okul başarılarının artması sağlanabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Çocukluk ve ergenlik döneminde oluşan obezite, bireyin bütün yaşamını etkilemesi açısından önemli bir sağlık sorunudur. Obezite, kalori alımı ile kullanımı arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan multi-faktoriyel bir durumdur (147).

Adelolan dönemde obezite vücudun ihtiyacından fazla kalori alımıyla oluşur. Bununla birlikte genetik, fiziksel aktivite, metabolik ve hormonal bozukluklar gibi birçok durum obezite gelişmesine neden olabilir.

Obezite gelişmesine bağlı nedenler çokça kez araştırma konusu olmuştur. Bizim çalışmamız obeziteye aile hekimi gözüyle bakıp, bütüncül olarak konuyu ele almaktır. Bu konuda çalışmalar yetersiz olduğu için çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapılan araştırmalarda obez çocukların ailelerinde de obez ebeveyn varlığı kanıtlanmış bir gerçektir (141) (142) (143) (144). O halde obezite nedeniyle başvuran bir bireyi ailesi ile birlikte almanın daha faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

Obeziteyi tek başına hastalık olarak görmek yanlış olur. Çünkü obezite diyabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok hastalığın sebepleri arasında yer almaktadır. Yani obezite kronik hastalıkların yönetimi açısından çok önemli bir metabolik bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda adelolan dönemdeki çocuklarda obezite sıklığı %5,5 olarak bulunmuştur. Literatürde farklı bölgelerde benzer sonuçlar alınmıştır.

Erkek öğrencilerde kız öğrencilerden daha fazla obezite görülmüştür (p:0,001). Bu durum yurtdışı yayımlarla benzerlik göstermektedir.

10 yaş ile 12,13 ve 14 yaşları arasında obezite sıklığı arasında anlamlı fark bulunmuştur (p:0,001). Literatürde aynı yaş gruplarında benzer sonuçlar bulunmuştur.

Anne-baba eğitim seviyesine ile obezite arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,01). Bu anlamlı farkın eğitim seviyesi arttıkça anne-babalar daha bilinçli olmakta ve daha sağlıklı bireyler yetiştirdiğine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Düzenli kahvaltı alışkanlığı ile çocuklarda obezite durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı bu durum literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur (p:0,54). Fakat tek

başına kahvaltı alışkanlığını obezite ile değerlendirmenin doğru olmadığını düşünmekteyiz.

Öğrencilerin okul başarı puanı ile öğrencilerin vücut kitle indeksi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p:0.022$ ). Okul başarısı olarak zayıf öğrenciler obez öğrencilerden daha başarılı olarak bulunmuştur. Literatürde VKİ ile okul başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığından bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Üç faktörlü beslenme anketi'nde cinsiyete göre sorulara verilen ortalama skorların karşılaştırılmasında 2, 9, 11, 12, 13, 15 ve 18. sorularda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ( $p<0.05$ ). Sonuçlar literatür ile uyumludur (111).

Öğrencilerin VKİ'ne göre üç faktörlü beslenme anketi faktör puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Faktör 1,2 ve 4'te (sırasıyla; Kontrolsüz olarak yemek yeme seviyeleri, Duygusal olarak yemek yeme dereceleri, Açlığa duyarlılık dereceleri) zayıf öğrenciler ile obez öğrenciler arasında anlamlı fark vardır ( $p:0,01$ ). Faktör 3'te (Bilinçli olarak yemek yemelerini kısıtlama dereceleri) anlamlı fark bulunmamıştır ( $p:0,180$ ). Literatürde erişkin bireylerde yapılan çalışmalarda 4 faktörde de obez ve kontrol grupları arasında anlamlı fark mevcuttur (111). Erişkinlerin bilinçli olarak yemek yemelerini kısıtlama derecesi adölesan dönemdeki bireylerden kilo kontrolü açısından daha bilinçli olmasına bağlı olabilir (111).

Çalışmamızda olumlu mükemmeliyetçilik ile VKİ arasında ters yönden anlamlı ilişki saptanmış öğrencilerin olumlu mükemmeliyetçilik durumu arttıkça VKİ düştüğü bulunmuştur ( $p:0,01$ ). Literatürde, anoreksiya nervoza teşhisi konmuş bireyler ile kontrol grupları arasında mükemmeliyetçilik durumları ile anlamlı fark saptanmıştır ( $p:0,01$ ). Bu durum VKİ yüksek bireylerin mükemmeliyetçilik durumunun düşük olması yönünde yorumlanabilir.

Öğrencilerin olumlu mükemmeliyetçilik durumu arttıkça okul başarıları da artmaktadır( $p<0,01$ ). Benzer çalışmalar yetersiz olduğu için bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Öğrencilerin olumsuz mükemmeliyetçiliği ile VKİ'leri arasında düşük düzeyde ilişki saptanmıştır. Öğrencilerin olumsuz mükemmeliyetçilik durumu arttıkça VKİ'leri düşmektedir( $p<0,05$ ).

Anne-Baba beklentileri ile çocukların okul başarısı arasında ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Anne-Baba beklentisi arttıkça çocukların okul başarısı düşmektedir. Bu durum Anne-Babanın öğrenci üzerindeki baskısı arttıkça okul başarısına ters yönde etki etmesinden kaynaklanabilir.

Anne-Baba mükemmeliyetçiliği arttıkça çocukların olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçiliği artmaktadır ( $p<0,01$ ). Bu durum mükemmeliyetçi ebeveynlerin mükemmeliyetçi çocuk yetiştirme çabalarına bağlı olabilir. Ya da mükemmeliyetçilite genetik bir geçiş söz konusu olabilir.

Anne-Baba mükemmeliyetçiliği ile çocukların okul başarısı arasında ilişki saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Anne-Baba mükemmeliyetçiliği arttıkça çocukların okul başarısı düşmektedir. Bu durum ebeveynlerin çocuklarda bağımsız düşünme yetisini azaltıyor, kaygı düzeyinin artmasını sağlıyor olabilir.

## 6.2 Öneriler

- ✓ Birinci basamak hekimliğinde “ Korunma tedaviden önce gelir” ilkesi benimsenmeli, bireyleri obez olmadan önce teşhis edip önlemler alınmalıdır.
- ✓ Öğrencilere sağlıklı beslenme eğitimleri verilmeli.
- ✓ Fiziksel aktivitenin artırılması sağlanabilir.
- ✓ Ebeveynlerin eğitim seviyesi artırılmalıdır.
- ✓ Bireyi obez olarak değerlendirirken ailesini de göz önünde bulundurup gerek görüldüğünde ailenin tamamına danışmanlık sağlanmalı ve ailedeki diğer obez bireylerde tedavi edilmelidir.
- ✓ Öğrencilerin mükemmeliyetçilik durumları artırılarak VKİ’leri düşürülmesi sağlanabilir.
- ✓ Öğrencilerin mükemmeliyetçilik durumları artırılarak Okul başarıları artırılabilir.
- ✓ Anne-Baba beklentileri azaltılarak öğrencilerin okul başarısının artması sağlanabilir.
- ✓ Anne-Babanın mükemmeliyetçilik durumlarının azaltılması sağlanarak öğrencilerin okul başarısı artması sağlanabilir.

- ✓ Mükemmeliyetçi ebeveynlerin mükemmeliyetçilik durumları azaltılarak çocuklarında oluşturabileceği anksiyete, depresyon gibi hastalıkların önüne geçilebilir.



## 7. KAYNAKLAR

1. **Gürel S, İnan G.** Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etyolojisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* **2001**; 2(3) : 39 – 46.
2. **Alemzedah R, Lifshitz F.** *Childhood obesity In: Pediatric Endocrinolog*, Lifshitz F, New York: 4th ed, Marcel Dekker, **2003**:823-58.
3. **Eker E, Şahin M.** *Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım*. *Sted* **2002**; 11(7): 246.
4. **Arun Ö, Pamuk D.** Kurumsal Bakım Sektöründe Ageizm: Yaşlı Bakım Personelinin Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Ayrımcı Tutumlarının Nedenleri ve Müdahale Öneriler, *Mediterranean Journal of Humanities* **2014**;IV(2), 19-33.
5. **Arun Ö, Karademir Arun B.** Türkiye’de yaşlı kadının en büyük sorunu: dulluk. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* **2011**;10(4):1515 -1527.
6. **Erkoç Y, Yardım N.** *Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü **2011**; 809.
7. **The Ministry of Health of Turkey**, Directorate General Primary Health Care Services, Prevention and Control Program for Cardiovascular Diseases: Strategic Plan and Action Plan forthe Risk Factors. Ankara, **2009**.
8. **TAHUD.** WONCA, Aile Hekimliği Avrupa Tanımı 2005. Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, **2011**.
9. **Dryden W, Ellis A.** *Rational Emotive Behavior Therapy, Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, New York: The Guild Press, **2001**: 297-325.
10. **Ellis A.** Why I (Really) Became a Therapist. *Journal of Clinical Psychology* **2005**; 61(8): 945–948.
11. **Corey G.** *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 6th Ed., Belmont: Brooks/Cole, **2000**: 297-307.
12. **Ellis A, Windy D.** *The Practice of Rational Emotive Behaviour Therapy*. New York: Springer Publishing Company, **1997**.
13. **Ellis A.** *Reflections on Rational-Emotive Therapy*. In: Mahoney M.J, Eds. *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research, and Practice*, New York: Springer Publishing Company, **1995**.
14. **Walen RS, DiGiuseppe R, Dryden W.** *A practitioner’s guide to rational emotive therapy*. New York: Oxford University Press, **1992**.
15. **Corey G.** *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*, Çev: Ergenet T. Ankara: Mentis Yayıncılık, **2005**.
16. **Ellis A.** *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: The Polyglot Press, **1962**.
17. **Walen SR, DiGiuseppe R, Dryden W.** *A Practitioner’s Guide to Rational Emotive Therapy*. New York/Oxford: Oxford University Press, **1992**: 15-131.
18. **Ellis A.** *Overcoming Resistance : A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach*. New York: Springer Publishing Company, **2002**: 16-64.
19. **Dryden W, Branch R.** *The Fundamentals of Rational Emotive Behaviour Therapy*. England: John Wiley & Sons Ltd, **2008**: 4-18.

20. **Ellis A.** The Biological Basis of Human Irrationality. *Journal of Individual Psychology*, **1976**: 32-166.
21. **David A, Ghinea C, Macavei B, Kallay E.** A Search for “Hot” Cognitions in a Clinical and a Non-Clinical Context: Appraisal, Attributions, Core Relational Themes, Irrational Beliefs, and Their Relations to Emotion: *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* **2005**; 5(1): 1–42.
22. **DiGuiseppe R,** *Rational Emotive Couples Therapy*. Newyork: Pergmanon,**1989**.
23. **Johnston C.** *Addressing Parent Cognitions in Interventions with Families of Disruptive Children*. In: *Advances in Cognitive Behavioural Therapy*. In: Dobson K, Craig K, Eds. London: Sage Pub, **1996**: 196-198.
24. **Joyce MR.** *A Developmental, Rational Emotive Behavioral Approach for Working with Parent*. In *Rational –Emotive Behavioral Approach to Childhood Disorders Theory, Practice and Research*. In: Ellis A, Bernard M.E, Eds. New York: Springer Science Business Media, **2006**: 168-209.
25. **Robin, AL, Foster SL.** *Negotiating Parent Adoloscent Conflict*. Guildford Pres, New York, **1989**: 14–18.
26. **Bernard ME, Ellis A, Terjesen M.** *Rational-Emotive Behavioral Approach to Childhood Disorders Theory, Practice and Research In RationalEmotive Behavioral Approach to Childhood Disorders Theory, Practice and Research*. : New York: Springer Science Business Media, **2006**;10-178.
27. **Hauck PA.** *Rational Management of Children*. New York: Libra Publisher, **1967**: 22.
28. **Joyce MR.** *A Developmental, Rational Emotive Behavioral Approach for Working with Parent*. In *Rational –Emotive Behavioral Approach to Childhood Disorders Theory, Practice and Research*. In: Ellis A. Bernard M.E, Eds. New York: Springer Science Business Media, **2006**: 181.
29. **Joyce MR.** *A Developmental, Rational Emotive Behavioral Approach for Working with Parent*. In *Rational –Emotive Behavioral Approach to Childhood Disorders Theory, Practice and Research*. In: Ellis A, Bernard M.E, Eds. . New York: Springer Science Business Media, **2006**: 207-209.
30. **Ashby J, Kottman T.** *Inferiority As A Distinction Between Normal and. Neurotic Perfectionism, Individual Psychology* **1996**; 52: 237-245.
31. **Shcherbakova J.** Moderating Effects of Self-Efficacy On The Relationship. Between Perfectionism and Depression Among College Student, Unpublished : yazarı bilinmiyor, Doctorate Thesis, Mississippi State University, Mississippi State, Mississippi, **2001**.
32. **Vieth AZ, Trull TJ.** Family Pattern of Perfectionism: An Examination ofCollege Students and Their Parents. *Journal of Personality Assessment* **1999**; 72(1): 49-67.
33. **Slaney RB, Rice GK, Mobley M, Trippi J, Ashby J.** *The Revised Almost Perfect Scale, Measurement and Evaluation in Counseling and Development* **2001**; 34: 130-144.
34. **Frost RO, Marten PA, Lahart C, Rosenblate R.** *The Dimensions of Perfectionism, Cognitive Therapy and Research*. **1990**; 14: 449-468.
35. **Hewitt PL, Flett GL.** Perfectionism In The Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology* **1991**; 60: 465-470.
36. **Kawamura K.Y, Frost R.O, Harmatz M.G.** *The Relationship of Perceived Parenting Styles to Perfectionism, Personality and Individual Differences*. **2002**; 32: 317–327.
37. **Gençtan E.** *Psikanaliz ve Sonrası*. 12. Baskı, İstanbul: Metis Yayınları, **2006**.

38. **Stoltz K, Ashby JS.** Perfectionism and Lifestyle: Personality Differences Among Adaptive Perfectionists, Maladaptive Perfectionists, and Nonperfectionists, *The Journal of Individual Psychology* **2007**; 63(4): 414-423.
39. **Nelson Jones R.** *Danışma Psikolojisi Kuramları*. Çev: Akkoyun F. Birmingham : Cassel Educational Limited, **1982**.
40. **Borynack ZA.** Contextual Influences In The Relationship of Perfectionism and Anxiety: A Multidimensional Perspective, Unpublished Doctorate Thesis, Oklahoma University, Norman, Oklahoma **2003**.
41. **Soenens B, Luyckx K, Vansteenkiste M, Luyten et al.** Maladaptive Perfectionism as an Intervening Variable Between Psychological Control and Adolescent Depressive Symptoms: A Three-Wave Longitudinal Study. *Journal of Family Psychology* **2008**; 22(3): 465–474.
42. **Chang EC.** Perfectionism as a Predictor of Positive and Negative Psychological Outcomes: Examining a Mediation Model in Younger and Older Adults. *Journal of Counseling Psychology* **2000**; 47: 18-26.
43. **Enns WM, Cox BJ, Clara I.** *Adaptive and Maladaptive Perfectionism: Developmental Origins and Association With Depression Proneness, Personality and Individual Differences*. **2002**; 33: 921-935.
44. **Stöber J.** *The Frost Multidimensional Perfectionism Scale Revisited: More Perfect With Four (Instead of Six) Dimensions, Personality and Individual*.**1998**; 24: 481-491.
45. **Kuzgun Y.** *Rehberlik ve Psikolojik Danışma*. 8. Baskı, Ankara: ÖSYM Yayınları, **2000**.
46. **Corey G.** *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*, Çev: Ergene T. Ankara: Mentis Yayınları, **2008**.
47. **Barrow C, Moore A.** Mükemmelliyet düşünce ile Grup müdahaleleri, *Danışmanlık ve Gelişim Dergisi* **1983**: 61(10); 612-615.
48. **Burger JM.** *Personality*, Çev. İnan Deniz Erguvan Sarioğlu, İstanbul: Kaknüs Yayınları, **2006**.
49. **Akyunus M, Gençöz T.** Kişilik Bozukluğu İnanışlarının Kişiler Arası Döngüsel Model Üzerindeki Temsili. *Türk Psikoloji Dergisi*, **2016**; 31(77): 1-7 . [Çevrimiçi]
50. **Slade PD, Coppel DB, Towne BD.** Neurocognitive Correlates of Positive and Negative Perfectionism, *International Journal of Neuroscience*. **2009**; 119: 1741-1754.
51. **Baltaş A.** *Stresten Uzak Üstün Başarı*. İstanbul: Remzi Kitabevi, **1998**: 6-8 .
52. **Yıldız, N.** Çocukların Okul Başarısında Aile ve Çevresel Faktörlerin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. **1999**.
53. **Collins FS.** *Başarının Hazzı*, Çev: Abuş M., İstanbul: Mopa Kültür Yayınları, **2003**.
54. **Elmacıoğlu T.** *Başarıda Aile Faktörü*. İstanbul: Hayat Yayınları, **1998**: 22.
55. **Güleç S, Alkış S.** İlköğretim Birinci Kademe Öğrencilerinin Derslerdeki Başarı Düzeylerinin Birbirine İlişkisi, *İlköğretim-Online E-Dergi* **2003**; 2 (2):19-27.
56. **Demirtaş H, Çınar İ.** Yönetici, Öğretmen, Veli ve Öğrencilerin Başarı Algısı ve Eğitime İlişkin Görüşleri, (Malatya İli Örneği). XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya, **2004**.
57. **Erdoğan Y, Kenarlı Ö.** *Duyusal Zeka İle Akademik Başarı Arasındaki İlişki*. Milli Eğitim **2008**: 178- 300.

58. **Sünbül M, Gürsel M**, Başarılı Ve Başarısız Lise I.Sınıf Öğrencilerin Öğrenilmiş Çaresizlik ve Problem Çözme Becerilerinin Karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi* **2001**; 12: 353-363.
59. **Başar M**. Ailelerdeki Yanlış Başarı Algılamasının Öğrenciler Üzerindeki Etkileri, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* **2001**; II (2):116-124.
60. **Baysal A**. *Beden Ağırlığının Denetimi, Diyet El Kitabı* 4.Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, **2002**: 60-62 .
61. **Demirezen E, Coşansu G**. Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (Sted)* **2005**; 14(8):175-177.
62. **Aslan D, Gürtan E., Hacım A, Karaca N, Şenol E, Yıldırım E**. Ankara Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Bir Lisenin İkinci Sınıfında Okuyan Kız Öğrencilerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin. Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2003**; 2: 55-62.
63. **Mazıcıoğlu M, Öztürk A**. Üniversite 3. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler”, *Erciyes Tıp Dergisi* **2003**; 25(4):172-174.
64. **Kutluk MT**. Adölesanlarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri. *Pediyatrik Bilimler Dergisi* **2006**; 2(7): 11.
65. **Ersoy B**. Adölesan Dönemde Vitamin ve Mineral Gereksinimi ve Kullanımı. *Pediyatrik Bilimler Dergisi* **2006**; 2(11): 121-122.
66. **Tarım Ö**. Ergenlik Döneminde Beslenme. *Pediyatrik Bilimler Dergisi* **2006**; 2(7): 14-16.
67. **Şanher N**. *Besinler ve Besin Öğeleri, Anne ve Çocuk Beslenmesi*. 1. Baskı, Ankara: Pegema Yayıncılık, **2002**: 180.
68. **Altınok A, Güneş Y, Karaoğlu GL**. Malatya İl Merkezinde Lise Öğrencilerinin Besinlerle İlgili İnanış, Tutum ve Endişeleri ve Bunları etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2006**; 13: 25-30.
69. **Köksal O**. *Gıda ve Beslenme*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, **2001**.
70. **Arlı, M**. *Büyüme ve Gelişme, Anne ve Çocuk Beslenmesi*, Ankara: Pegem Yayıncılık, **2002**: 189-206.
71. **Demirkol M**. *Adölesan ve Beslenme*. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı. İstanbul: İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, **2000**: 276-277.
72. **Bulduk S, Yabancı N, Demircioğlu Y**. *Özel Durumlarda Beslenme*. 1. Baskı, İstanbul: Ya-Pa Yayıncılık ,**2002**.
73. **Işıksoluğu M**. *Beslenme*. Ankara: Ilıcak Matbaası, **2000**.
74. **Gökçay G, Garibağaoğlu M**. *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme*. 1. Baskı, İstanbul: Saga Yayınları, **2002**: 118-129.
75. **Baysal A**. *Beslenme*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi **1996**.
76. **Dereköy S**. Ankara İli Polatlı İlçesinde İlköğretim 7. Sınıf Öğrencilerinin Fiziki Büyüme Durumları ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
77. **Önay D**. Ankara'da Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeylerdeki 14- 15 Yaş Grubu Öğrencilerin Beslenme Durumu ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2002**.



78. **Işık N.** Adölesan Çağında Beslenme. Yayınlanmamış Seminer Çalışması, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1995**.
79. **Cinasal DG.** Okul Çağı Çocukları ve Adölesan Beslenmesi. *Pediatric Bilimler Dergisi* **2005**; 1(7)::25-26.
80. **Baysal A.** *Beslenme*. 9.Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi **2002**.
81. **Aydınoğlu Y.** Çocukluk Çağında Demir ve Demir Eksikliği. *Pediatric Bilimler Dergisi* **2006**; 2(11): 57.
82. **Egemen A, Midyat L.** İyot ve İyot Eksikliğinin Sağlığa Etkileri. *Pediatric Bilimler Dergisi* **2006** ; 2(11): 79-80.
83. **Özdoğan Y.** Konya İl Merkezinde Farklı Sosyo Ekonomik Düzeylerdeki İlköğretim Okullarına Devam Eden Çocukların Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Konya, **2006**.
84. **Cinaz P, Bideci A.** Çocukluk Çağında Guatr. *Pediatric Bilimler Dergisi* **2006**; 2(10): 52.
85. **Sürücüoğlu MS, Kocadereli İ.** Beslenme Alışkanlıklarının Diş Sağlığı Üzerine Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* **1994**; 23(1): 37-50.
86. **Saydam BG.** İstanbul İli 6-13 Yaş Diş Çürüğü Yaygınlık ve Şiddet Değerleri. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı. İstanbul: İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, **2000**: 286.
87. **Bozkurt YF, Kıran M.** Yetiştirme Yurdunda Kalan 12-16 Yaş Grubu Bireylerde Ağız Sağlığı Bulguları. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* **2005**; 8(1): 31-33.
88. **Öztürk S, Helvacı M, Hatipoğlu HR, Pekkan G.** Lise Öğrencilerinde Ağız-Diş Sağlığı Bilincinin Tespit Edilmesi, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Muğla, **2006**:78.
89. **Gündüz K, Çelenk P.** Çürük Tanısında Kullanılan Yeni Yöntemler. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* **2003**; 6(1): 43.
90. **Akyüz, S.** *Çocuklarda Ağız ve Diş Sağlığı*. İstanbul Çocuk Kurultayı Araştırmalar Kitabı. İstanbul: İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, **2000**:137-139.
91. **Kanbur ÖK.** Adölesana Yaklaşım. *Pediatric Bilimler Dergisi* **2006**; 2(7): 9-10.
92. **Kılıç ZE.** Ruhsal Bir Hastalık Olarak Yeme Bozuklukları. *Pediatric Bilimler Dergisi* **2006**; 2(7): 45-46.
93. **Aktaş, N.** Konya İl Merkezinde Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 9-11 Yaş Grubu Öğrencilerin Obezite Prevalansı ve Bunu Etkileyen Etmenler Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2002**.
94. **Gültekin H, Şahin S, Budak N.** Beslenme Davranışı: Farmakolojik Hedef Moleküller. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2004**; 13(1): 77-80.
95. **Balcı MK.** Obezitede Tanı ve Tedavide Genel Yaklaşım. *Beslenme ve Diyet Dergisi* **1996**; 25(1): 40-42.
96. **Öztora S, Hatipoğlu S, Barutçugil BM, Salihoğlu B, Yıldırım R, Şevketoğlu E.** İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi* **2006**; 2.
97. **Anonim.** DİE, Çocuk Çalıştırılmasının Önlenmesi ve Genç İşgücünün Kullanılması, DİE Raporu. **2002**.

98. **Ataş Ş, Gökbel H, Ataş E.** Çocukluk Döneminde Obezite. *Genel Tıp Dergisi* **1997**; 1: 55-57.
99. **Karaağaoğlu N.** Çocukluk Çağı Şişmanlığı ve Tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* **1996**; 25(1): 59.
100. **Yabancı N, Pekcan G.** Adölesanların Günlük Posa Tüketimleri Ve Posa Alımının Vücut Bileşimi Üzerine Etkisi. *Pediatric Bilimler Dergisi* **2005**; 1(10): 103.
101. **Tahiroğlu YA, Fırat S, Diler SR, Avcı A.** Erkek Çocuklarda Yeme Bozuklukları: Bir Anoreksiya Nervosa Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* **2005**; 48(2): 151-156.
102. **Aslan D.** Beden Algısı İle İlgili Sorunların Yaratabileceği Beslenme Sorunları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted)* **2004**; 9: 326-329.
103. **Kaya N, Çilli SA.** Anoreksiya Nervosa. *Genel Tıp Dergisi* **1997**; 7(2): 106-108.
104. **Ekşi A.** *Anoreksia Nervosa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları.* Ed, Onat T. 1. Baskı, İstanbul: Eksen Yayınları, **1996**: 1088-1089.
105. **Schichor A.** *Adölesan Hekimliği, Pediatri,* Editör: Paul H. Dworkin, Çeviri Editörleri: Müfit Arcasoy ve diğerleri, Çeviri: Gaye Kendir ve Erol Mavi, 2. Baskı, İzmir: Saray Tıp Kitabevleri, **1992**:85-86. .
106. **Ünal F.** Çocuklarda ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Katkı Pediatri Dergisi* **1996**; 17(5): 879-891.
107. **Kocabaşoğlu N.** *Yeme Bozuklukları,* Yeni Symposium **2001**; 39(2): 95.
108. **Ersoy G.** Yeme Davranışı Bozuklukları Anoreksia ve Bulimia Nervosa. *Beslenme ve Diyet Dergisi* **1991**; 20(1): 95-97.
109. **Kaya İ, Hamamcı A.** Anne-Babaların Akılcı Olmayan İnançlar Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi* **2011**; 3:1149-1165.
110. **Kırdök O.** Olumlu-Olumsuz Mükemmelliyetçilik Ölçeği Geliştirme Çalışması. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, **2004**.
111. **Kıraç D, Kaspar EÇ, Avcılar T, Çakır ÖK, Ulucan K, Kurtel H, Deyneli O, Güney Aİ.** Obeziteyle İlişkili Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılmasında Yeni Bir Yöntem “Üç Faktörlü Beslenme Anketi”. *MÜSBED* **2015**; 5(3): 162-169.
112. **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu;** Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. [Alıntı Tarihi: 30 01 2017.] [www.beslenme.gov.tr](http://www.beslenme.gov.tr).
113. **Kanbur NO, Derman O, Kinik E.** Prevalence of Obesity in Adolescents and The Impact of Sexual Maturation Stage on Body Mass Index in Obese Adolescents. *Int J Adolesc Med Health* **2002**; 14: 61-65.
114. **Uckun-Kitapci A, Tezic T, Fırat S et al.** Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus: A Population-Based Study Of Adolescents. *J Pediatr Endocrinol Metab* **2004**; 17(12): 1633-1640.
115. **Akaç H, Babaoğlu K, Hatun Ş ve ark.** Kocaeli Bölgesi’ndeki Okul Çağı Çocuklarında Obezite ve Risk Faktörleri. *Çocuk Dergisi (Logos)* **2002**;2(1):29-32.
116. **Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Kırbıyık S ve ark.** İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* **2005**; 12(2): 20.
117. **Gortmaker SC, Dietz WH, Sobol AM, Wekler CA.** Increasing Pediatric Obesity in The United States. *Am j Dis Child* **1987**; 141: 535-541.
118. **Bundak R, Furman A, Gunoz H, Darendeliler F, Bas F, Neyzi O.** Body mass index references for Turkish children. *Acta Paediatrica*, **2006**; 95: 194-198.

119. **Turgut, A.** Erzurum'da Yaşayan 6 – 15 Yaş Grubu Okul Çocuklarında Obezite Prevalansı Ve Risk Faktörleri, Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Erzurum, **2008**.
120. **Magarey AM, Daniels LA, Boulton TJ.** Prevalence of Overweight and Obesity in Australian Children and Adolescents: Reassessment of 1985 and 1995 data against new Standard international definitions. *Med J Aust* **2001**; 174: 561–564.
121. **Öner N, Vatansever Ü, Sari A. et al.** Prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkish adolescents. *Swiss Med Wkly* **2004**; 134: 529-533.
122. **Süzek H, Arı Z, Uyanık BS.** Muğla'da Yaşayan 6-15 Yaş Okul Çocuklarında Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı. *Türk Biyokimya Dergisi [Turkish Journal of Biochemistry - Turk J Biochem]* **2005**; 30 (4): 290-295.
123. **Akış N, Pala K, İrgil E, Aydın N, Aksu H.** Bursa İli Orhangazi İlçesi 6 Merkez İlköğretim Okulunda 6-14 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2003**; 29 (3): 17-20.
124. **Gözü A.** Mardin İli İlköğretim Okullarında 5-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı. *Tıp Araştırmaları Dergisi* **2007**; 5(1): 31-35.
125. **Turgut A.** Erzurum'da Yaşayan 6 – 15 Yaş Grubu Okul Çocuklarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Erzurum, **2008**.
126. **Ercan S, Dallar YB, Önen S, Engiz Ö.** Prevalence of Obesity and Associated Risk Factors Among Adolescents in Ankara, Turkey. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* **2012** Dec; 4(4): 7-204.
127. **Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 Saha Uygulaması El Kitabı.** Ankara, Ocak **2010**.
128. **Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB ve ark.** Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* **2005**; 58: 163-166.
129. **Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M.** İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Aile Hek Dergisi* **2015**; 19 (1): 14-21.
130. **Avşar ve ark.** Beslenme Alışkanlıkları, Obezite ve Kronik Hastalıklar. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (E- Dergisi)* **2013**; 1:38-45.
131. **Kaçal Z.** Sakarya Üniversitesi Çalışanlarında Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite ile İlişkisi. *J hum rhythm*, February **2015**; 1(1): 13-17.
132. **Okumuş ZG, Sayar HC, Skrijelj E.** Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* **2010**; 24(3): 95-104.
133. **Mazıcioğlu M, Öztürk A.** Üniversite 3.ve 4.Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* **2003**; 25(4): 172-8.
134. **Ogden CL, Flegal KM.** Changes in Terminology For Childhood Overweight and Obesity. National Health Statistics Reports; no 25. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, **2010**.
135. **Yeşiller E.** Bolu'da İlköğretim Çocukları Arasında Aşırı Kilo-Obezite Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzzet Baysal Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, **2013**.
136. **Özkan Ş.** Kahramanmaraş İli İlköğretim Okulu İkinci Kademe (6,7,8. Sınıflar) Öğrencilerinde Beslenme Davranışları ve Obezite Durumlarına Spor Aktivitelerinin Etkisi , Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, **2013**.

137. **Buluş AD.** İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite ve Hipertansiyon Sıklığı, Sosyoekonomik Düzey ve Beslenme ile İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, **2009**.
138. **Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Kırbıyık S, Demirel R.** İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri, *S.D.Ü. Tıp. Fak. Derg.* **2005**; 12(2): 19-25.
139. **Çayır A, Atak N, Köse SK.** Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* **2011**; 1(64).
140. **Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A et al.** Sociodemographic and Smoking Associated With Obesity in Adult Women in Iran: Results From The National Health Survey. *J Public Health* **2008**; 30: 429-35.
141. **Lake JK, Power C, Cole TJ.** Child to Adult Body Mass Index in The 1958 British Birth Cohort: Associations with Parental Obesity. *Arch Dis Child* **1997**; 77: 376-381.
142. **Akaç H, Babaoğlu K, Hatun Ş ve ark.** Kocaeli Bölgesi'ndeki Okul Çağı Çocuklarında Obezite ve Risk Faktörleri. *Çocuk Dergisi (Logos)* **2002**;2(1):29-32.
143. **Tola HT, Akyol P, Eren E, Dünder N, Dünder B.** Isparta'daki Çocuk ve Adolesanlarda Obezite Sıklığı ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler. *Çocuk Dergisi (Logos)* **2007**; 7(2): 100-104.
144. **Alkış E.** Denizli il Merkezindeki Lise ve Dengi Okulların Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli, **2004**.
145. **Karababa A.** Psikolojik Danışmanlarda Olumlu Mükemmeliyetçilik Ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin İş Doyumu Ve Yaşam Doyumu Yordamadaki Rolü. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli, **2012**.
146. **Önder FC, Kırdök O.** Ön Ergenlerin Olumlu-Olumsuz Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Anne-Çocuk İlişisini Algılamaları Açısından İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* Aralık **2009**; 5(2): 263-274.
147. **Livingstone B.** Epidemiology of Childhood Obesity in Europe. *Eur J Pediatr* **2000**; 159: 14-34.
148. **Yıldız N.** Çocukların Okul Başarısında Aile ve Çevresel Faktörlerin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **1999**.

## EKLER

### EK-1: ANKET VE ONAY FORMU

#### ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME, OKUL BAŞARISI VE ANNE-BABALARININ ETKİSİ ANKETİ

Ortaokul öğrencilerinin beslenme, okul başarısı ve anne-babalarının etkisinin değerlendirilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak anket yapmaktayız. Bu anket 5-7 dakikanızı alacaktır. Tüm soruları cevaplandırmak önem arz etmektedir. Sonuçlar tamamen bilimsel amaçla kullanılacak, bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme tarafınıza direkt yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra herhangi bir aşamasında çekilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmaya katılmamanız durumunda size ya da öğrenciye herhangi bir ceza veya yaptırım uygulanmayacaktır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Dr. Mustafa DÜLDÜL

Prof. Dr. Ersin AKPINAR

Tel: 0322 – 3386060 /3087 dahili

GSM: 0537 062 5666

Yukarıdaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı / sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. İstedğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılanın Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Hekimin Adı- Soyadı:

Dr. Mustafa Döldül

İmzası:

**B**

**B<sub>1</sub>**

## Anket

<b>Annenin</b>	<b>Babanın</b>
<b>Yaşı</b>	<b>Yaşı</b>
<b>Boyu(cm)</b>	<b>Boyu(cm)</b>
<b>Kilosu (kg)</b>	<b>Kilosu (kg)</b>
<b>Eğitim durumu</b>	<b>Eğitim durumu</b>
<b>Mesleği</b>	<b>Mesleği</b>

1) Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadar?.....TL

2) Ailenizde kaç kişi yaşamakta?.....

3) Kaç çocuğunuz var?.....

<b>1. Çocuğun</b>	<b>2. Çocuğun</b>	<b>3. Çocuğun</b>	<b>4. Çocuğun</b>
Yaşı:	Yaşı:	Yaşı:	Yaşı:
Boyu(cm):	Boyu(cm):	Boyu(cm):	Boyu(cm):
Kilosu (kg):	Kilosu (kg):	Kilosu (kg):	Kilosu (kg):

Var ise diğer çocuklarınızın yaş, boy ve kilo bilgilerini aşağıya yazınız:

5. Ailede **sürekli ilaç** kullanmak zorunda olan birisi var mı?

- a) Evet                      b) Hayır

6. Cevabınız Evet ise **tanısı** nedir ve **ne kadar süredir** ilaç kullanılıyor?

7. Ailenizde düzenli sigara içen biri var mı?

- a) Evet                      b) Hayır

8. Cevabınız Evet ise ne kadar süredir / kaç paket sigara içiyor?

Her cümle için **Tamamen Katılıyorum/ Katılıyorum/ Kararsızım/ Katılmıyorum/ Hiç Katılmıyorum** olmak üzere 5 seçenek söz konusudur. Her cümlenin yanındaki **5 seçenektan hangisi sizin düşüncenizi yansıtıyorsa o seçeneğe (X) işareti koyunuz** ve lütfen **her cümle için sadece bir işaretleme yapınız.**

<b>B<sub>2</sub></b>		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
		( )	( )	( )	( )	( )
1	Çocuğumun herhangi bir konuda benimle aynı fikirde olmamasına katlanamam.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Çocukların anne-babalarını eleştirmeleri korkunç bir şeydir.	( )	( )	( )	( )	( )
3	Anne-baba çocuğunun geleceği için her şeyi göze almalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Çocuğa karşı sert davranmak onu yaşama hazırlar.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Çocuğumu yetiştirirken hata yapmamalıyım.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Çocukların aldığı kararlara asla güvenilmez.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Eğer yetiştirdiğim çocuk mükemmel ise bu benim iyi bir anne-baba olduğumu gösterir.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Eğer çocuğumla ilişkim bozulursa bir daha düzelmez.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Anne-babaların fedakârlıklarının her zaman bir karşılığı olmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Anne-baba olarak çocuğumun problemlerini her zaman ben çözmeliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Her zaman mükemmel bir anne-baba olmalıyım.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Çocuğumun ona söz hakkı vermeden konuşmasına katlanamam.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Anne-babalar çocuklarını hata yapmaktan korumalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
14	Çocuk her zaman anne-babasının kendisinden beklediği gibi davranmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Çocuğum koyduğum kurallarına uymuyorsa bu onun beni önemsemediğini gösterir.	( )	( )	( )	( )	( )
16	Eğer kurallarımдан taviz verirsem çocuğumun gözündeki değerim düşer.	( )	( )	( )	( )	( )

**Lütfen arka sayfaya geçiniz →**

17	Çocuğumun beni dikkate alması için her zaman ciddi görünmeliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
18	Anne-baba olarak hata yaparsam bunun telafisi yoktur.	( )	( )	( )	( )	( )
19	Anne-babalar iyi bir çocuk yetiştirmek için her konuda fedakarlık yapmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
20	Çocuğumun isteklerini kabul etmem anne-baba olarak zayıflığımı gösterir.	( )	( )	( )	( )	( )
21	Benim çektiğim sıkıntıları çocuğumun çekmemesi için elimden gelen her şeyi yapmalıyım.	( )	( )	( )	( )	( )
22	Anne-baba olarak çocuğumun her alanda mükemmel olmasını hedeflerim.	( )	( )	( )	( )	( )
23	Çocukların hataları asla anlayışla karşılanmamalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
24	Çocuğumla aramdaki ilişki her zaman mükemmel olmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
25	Çocuğumu örnek bir evlat olarak yetiştirirsem iyi bir anne-baba olabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
26	Çocukların anne-babalarını üzmeleri kabul edilemez bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
27	Çocuk yetiştirmenin her zaman tek bir doğru yolu vardır.	( )	( )	( )	( )	( )
28	Anne-babalar çocuklarına her zaman örnek olmalıdır.	( )	( )	( )	( )	( )
29	Çocuklar anne-babaları olmadan hiçbir şey yapamazlar.	( )	( )	( )	( )	( )



**Sevgili Öğrenciler,**

Beslenmenin okul başarısına etkisinin değerlendirilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak anket yapmaktayız. Bu anket 8-10 dakikanızı alacaktır. Tüm soruları cevaplandırmak önemlidir. Sonuçlar, bilgileriniz ve cevaplarınız gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Lütfen aşağıdaki sorulara **size en uygun cevabı yazınız.**

1) A. Yaşınız :.....

B. Kilonuz : .....kg

C. Sınıfınız :.....

D. Cinsiyetiniz:  Kız  Erkek

E. Boyunuz : .....cm

F. **Okul Başarı Puanınız :.....**

2) **Anneniz**

Öz	Üvey
----	------

3) **Babanız**

Öz	Üvey
----	------

4) Sabahları **düzenli** kahvaltılı yapar mısınız?

- a) Evet      b) Hayır



5) Ne kadar sıklıkla **ailenizle birlikte** yemek yersiniz?

- a) Her zaman      b) Haftada birkaç kez      c) Ayda birkaç kez      d) Yılda birkaç kez e) Hiçbir zaman

1

6) Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?

- a) Evet      b) Hayır

7) Ne kadar sıklıkla **spor** yaparsınız?

- a) Her gün      b) Haftada birkaç kez      c) Ayda birkaç kez      d) Yılda birkaç kez e) Hiçbir zaman

		Bana Hiç Uygun Değil	Bana Bazen Uygun	Bana Genellikle Uygun	Bana Tamamen Uygun
8.	Düzenli biriyimdir.	( )	( )	( )	( )
9.	Bir hata yaptığımda yıkılırım.	( )	( )	( )	( )
10.	Her şeyi tam zamanında yapmak isterim.	( )	( )	( )	( )
11.	Bir hata yaptığımda kendimi aptal gibi hissederim.	( )	( )	( )	( )
12.	Tertip ve düzen benim için çok önemlidir.	( )	( )	( )	( )
13.	Yapacağım işleri en ince ayrıntısına kadar planlarım.	( )	( )	( )	( )
14.	Bir şeyin iyi olması için en ince ayrıntısına kadar dikkat ederim.	( )	( )	( )	( )
15.	Zayıf yönlerimin başkalarının fark edilmesi benim için utanç vericidir.	( )	( )	( )	( )
16.	Yapmam gereken işleri ertelemeden hemen yapmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
17.	Biri beni eleştirdiğinde, kendimi kötü hissederim.	( )	( )	( )	( )
18.	Bir işi yapmak için gerekirse fazla çalışırım.	( )	( )	( )	( )
19.	Her işimi düzenli yapmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
20.	Hata yaparsam başkaları beceriksiz olduğumu düşünür.	( )	( )	( )	( )
21.	Yaptığım işi bitirmeden önce kontrol ederim.	( )	( )	( )	( )
22.	Bir sorunun üstesinden gelemediğimde çok sinirlenirim.	( )	( )	( )	( )
23.	Derslerime düzenli çalışırım.	( )	( )	( )	( )
24.	Hedeflerime ulaşamadığımda kendimi yıkılmış gibi hissederim.	( )	( )	( )	( )

		Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
25.	Yeni yemek yemiş olsam bile, pişen güzel bir et kokusu aldığımda, kendimi yememek için zor tutuyorum.	( )	( )	( )	( )
26.	Kilomu kontrol altında tutmak için küçük porsiyon yemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
27.	Huzursuz ve endişeli olduğumda, kendimi yemek yerken buluyorum.	( )	( )	( )	( )
28.	Bazen yemek yemeye başladığımda, duramayacakmışım gibi geliyor.	( )	( )	( )	( )
29.	Yemek yiyen bir kişi ile birlikte olmak, çoğunlukla yemek yiyecek kadar kendimi aç hissetmeme neden oluyor.	( )	( )	( )	( )
30.	Üzgün olduğum zamanlarda, sıklıkla çok fazla yemek yerim.	( )	( )	( )	( )
31.	Lezzetli olan bir yiyecek gördüğümde, o kadar çok acıkırım ki o an yemem gerekir.	( )	( )	( )	( )
32.	O kadar çok acıkıyorum ki doymak bilmiyorum.	( )	( )	( )	( )
33.	Her zaman o kadar açım ki, tabağımdaki yemeği bitirmeden önce yemek yemeyi durdurmam benim için çok zor.	( )	( )	( )	( )
34.	Yalnızlık hissettiğimde, kendimi yemek yerken buluyorum.	( )	( )	( )	( )
35.	Öğünlerde kilo almamak için kendimi bilinçli bir şekilde durduruyorum.	( )	( )	( )	( )
36.	Bazı yiyecekler kilo almama neden olduğu için onları yemem.	( )	( )	( )	( )
37.	Her zaman yemek yiyecek kadar açım.	( )	( )	( )	( )

38) Ne kadar sıklıkla kendinizi aç hissediyorsunuz?

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

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

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

40) İsteddiğinizden daha az yemek yemeyi ne kadar ölçüde başarabiliyorsunuz?

- Hiç başaramıyorum  Bazen başarıyorum  
 Arada sırada başarıyorum  Çoğunlukla başarıyorum

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

- Asla  Ender olarak  Bazen  En az haftada bir kere

42) 1'den 8'e kadar olan bir derecelendirme yapıldığında, 1 sayısı yemek yemenizde bir kısıtlama yapılmadığını (istediğiniz zaman istediğiniz yiyeceği yemek) ve 8'de tamamıyla yemeğin kısıtlandığını (kesin olarak yemek miktarınızı sınırlamak ve porsiyonunuz bittikten sonra tekrar yememek), kendinize hangi sayıyı vereceğinizi aşağıdaki kutucuklardan size **en yakın** gelenini işaretleyerek belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---



2

***Teşekkürler***

## EK-2 ETİK KURUL ONAY FORMU

### T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
52		1 Nisan 2016

KARAR NO 15- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı'nın bilimsel işbirliğiyle, Prof. Dr. Ersin Akpınar yönetiminde, Yrd. Doç. Dr. Oğuzhan Kırdök'ün katkılarıyla, Araş. Gör. Dr. Mustafa Düldül tarafından yürütülmesi öngörülen, "Ortaokul Öğrencilerinin Beslenme, Okul Başarısı ve Mükemmeliyetçilik Durumlarına Anne – Babalarının Akılcı Olmayan İnançlarının Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

<b>BAŞKAN</b>	<b>Doç Dr Selim Kadioğlu</b> Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
<b>ÜYELER</b>	<b>Prof Dr Davut Alptekin</b> Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	<b>Prof Dr Dinçer Yıldızdaş</b> Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	<b>Prof Dr Mehmet Kanadaşı</b> Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	<b>Prof Dr Gülşah Seydaoğlu</b> Biyostatistik Anabilim Dalı	
	<b>Prof Dr Gürhan Sakman</b> Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	<b>Doç Dr Suat Gezer</b> Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	<b>Av. Zehra Bulut</b> Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	<b>Dr Neşe Kayrın</b> Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana  
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Mustafa DÜLDÜL

**Doğum Yeri/Tarihi:** KADİRLİ, 1984

**Medeni Durumu:** Evli

**Adres:** Belediye Evleri mh.Çobanyurtçu Bulv. İşçikent Sitesi B blok Kat:1 No:4 Çukurova /ADANA

**Telefon :** 0537 062 5666

**E posta:** mustyy\_dr\_1984@hotmail.com

**Mezun Olduğu Tıp Fakültesi:** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

### **Görev Yerleri:**

2008-2010: Göksun Devlet Hastanesi

2010-2011: Göksun Kanlıkavak 15 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

2011-2014: Göksun 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

2014-2017: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Dernek üyelikleri:** Doğu Akdeniz Aile Hekimleri Derneği, TAHUD, ÇAHMED, Euripa

**Yabancı Diller:** İngilizce