

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**(DOKTORA TEZİ)**

**ERKEN ADOLESANLARDA OBEZİTEYİ ÖNLEYEN  
BELİRLEYİCİLERİN TRANSTEORETİK MODEL'İN  
DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMALARI'NA GÖRE  
İNCELENMESİ**

**SEDA CANGÖL**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. SEMRA ERDOĞAN**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2016**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Seda Cangöl tarafından hazırlanan "Erken Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Belirleyicilerin Transteoretik Model'in Davranış Değişim Aşamaları'na Göre İncelenmesi" başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

19 / 01 / 2016

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası  
1.Prof.Dr.Gülay Görak / Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokul Ebelik Bölüm Başkanı  
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Prof.Dr.Semra Erdoğan (Danışman) / İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3. Doç.Dr.Yasemin Kutlu İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Saime Erol / Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Gülhan K. Coşansu / İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

SEDA CANGÖL

 (İmza)

## İTHAF

En kıymetlilerim aileme ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, değerli katkıları ile bana rehberlik eden danışmanım Prof. Dr. Semra Erdoğan'a;

Tez izleme jürimde yer alan ve tezimde yardım ve desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. M. Nihal Esin ve Doç. Dr. Yasemin Kutlu'ya;

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarına;

Çalışmaya katılan tüm öğrenciler ve ailelerine;

Hayatımın her döneminde yanımda olan başta kardeşim Öğr. Gör. Eda Cangöl olmak üzere sevgili aileme;

Saygılarımı Sunar, Teşekkür Ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİİ
ÖZET .....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. ADOLESAN SAĞLIĞI VE OBEZİTE .....	4
2.2. TRANSTEORETİK MODEL (TTM).....	5
2.2.2. Modelin Yapısı.....	5
2.2.3. Modelin Araştırmalarda Kullanımı .....	11
2.2.4. Korunma Davranışlarında Transtheoretic Model .....	11
2.2.5. Motivasyonel Görüşme Tekniği.....	12
2.3. LİTERATÜR İNCELEME .....	13
2.3.1. Adolesan Beslenme Davranışlarının Transteoretik Model'in Değişim Aşamalarına Göre İncelendiği Araştırmalar .....	13
2.3.2. Adolesanlarda Beslenme Alışkanlıkları ve Demografik Özellikler.....	14
2.3.3. Beslenme Bilgisi .....	15
2.3.4. Adolesanlarda Beslenme Davranışları .....	15
2.3.5. Adolesanlarda Beslenme Öz-Yeterlik Algısı .....	16
2.3.6. Adolesanlarda Egzersiz Davranışları .....	17
2.3.7. Adolesanlarda Stres İle Baş Etme Davranışları .....	18
2.3.8. Adolesanlarda Sosyal Destek Algısı .....	19
2.3.9. Adolesanlarda Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar .....	20
2.4. OKUL SAĞLIĞI .....	21

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....	22
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	22
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	23
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	23
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	25
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	27
3.6.1. Beslenme Değişim Aşamaları Ölçeği.....	27
3.6.2. Aile Soru Formu- ASF.....	27
3.6.3. Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği- ABEB.....	28
3.6.4. Beslenme Davranış Ölçeği - BDÖ.....	28
3.6.5. Antropometrik Ölçümler.....	29
3.6.6. Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği -ÇBÖÖ.....	29
3.6.7. Egzersiz Davranışları Ölçeği -EDÖ.....	30
3.6.8. Stres Yönetimi Ölçeği.....	30
3.6.9. Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği - ÇESDÖ.....	31
3.6.10. Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi -PSC-17.....	31
3.7. ETİK KONULAR.....	33
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI.....	33
3.9. VERİLERİN ANALİZİ ve DEĞERLENDİRİLMESİ.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. ADOLESANLARA VE AİLELERİNE ÖZGÜ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER.....	35
4.2. ADOLESANLARIN BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ AŞAMALARI VE TEMEL DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ.....	37
4.3. ADOLESANLARDA OBEZİTEYİ ÖNLEYEN DAVRANIŞSAL VE PSİKOSOSYAL BELİRLEYİCİLER.....	40
4.4. ADOLESANLARDA OBEZİTEYİ ÖNLEYEN DAVRANIŞSAL VE PSİKOSOSYAL BELİRLEYİCİLERİN AİLE ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ.....	47
4.4.1. Adolesan Beslenme Bilgi Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	48
4.4.2. Adolesan Beslenme Davranış Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	50

4.4.3. Adolesan Beslenme Öz-Yeterlik Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri ile Karşılaştırılması .....	52
4.4.4. Adolesan Beslenme Egzersiz Davranışları Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri ile Karşılaştırılması .....	54
4.4.5. Adolesan Stres ile Baş Etme Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması .....	56
4.4.6. Sosyal Destek Ölçeği'nin Sıklık ve Önem Alt Boyutu Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması .....	58
4.5. ADOLESANLARDA BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ AŞAMALARINI ETKİLEYEN BELİRLEYİCİLER: MULTİNOMİNAL LOJİSTİK REGRESYON ANALİZ SONUÇLARI.....	62
5. TARTIŞMA .....	68
6. SONUÇLAR.....	74
7. ÖNERİLER.....	77
8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI.....	78
KAYNAKLAR .....	79
FORMLAR .....	96
ÖZGEÇMİŞ .....	117



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Okullara Göre Öğrencilerin Dağılımı .....	24
Tablo 3-2: Araştırmanın Değişkenleri, Bileşenleri ve Ölçüm Araçları .....	26
Tablo 3-3: Çalışmada Kullanılan Ölçek Puan ve Sınıflama Dağılımları (N=530).....	32
Tablo 4-1: Adölesanların ve Ailelerin Demografik Özellikleri (N=530).....	36
Tablo 4-2: Ebeveynlere Göre Aile ve Çocuğun Sağlık Durumu (N=530) .....	37
Tablo 4-3: Adölesanların Transtheoretical Model'e Göre Beslenme Davranış Değişimi Aşamaları (N=530) .....	37
Tablo 4-4: Adölesanların Temel Özelliklerinin Beslenme Davranış Değişim Aşamaları İle İlişkisi (N=530).....	38
Tablo 4-5: Adölesanların Beslenme Davranış Değişim Aşamaları İle Aile Özellikleri Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4-6: Adölesan Beslenme Bilgi Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması .....	41
Tablo 4-7: Adölesan Beslenme Davranış Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması .....	42
Tablo 4-8: Adölesan Öz-Yeterlik Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması .....	43
Tablo 4-9: Adölesan Egzersiz Davranışları Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması .....	44
Tablo 4-10: Adölesan Stres İle Baş Etme Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması .....	45
Tablo 4-11: Sosyal Destek Ölçeği'nin Sıklık ve Önem Alt Boyutu Ortalamalarının Adölesan Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4-12: Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar Yönünden Normal ve Problemlili Olan Adölesanların Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması .....	47
Tablo 4-13: Adölesan Beslenme Bilgi Puanı Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması .....	49
Tablo 4-14: Adölesan Beslenme Davranış Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması .....	51

Tablo 4-15: Adolesan Beslenme Öz-Yeterlik Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4-16: Adolesan Beslenme Egzersiz Davranışları Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4-17: Adolesan Stres İle Baş Etme Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4-18: Sosyal Destek Ölçeği'nin Sıklık ve Önem Alt Boyutu Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4-19: Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar Yönünden Normal ve Problemlili Olan Adolesanların Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4-20: Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Psikososyal ve Davranışsal Belirleyicilerin TTM Değişim Aşamalarına Göre Mean T Skor ve Standart Sapma Değerleri.....	63
Tablo 4-21: TTM Değişim Aşamaları İle İlişkili Faktörler: Multinomial Lojistik Regresyon (MLR) Analiz Sonuçları.....	65

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Prochaska ve Velicer'in (1997) Davranış Değişim Aşamaları Spiral Modeli'nden uyarlanmıştır (Prochaska ve Velicer 1997).....	9
Şekil 4-1: Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Psikososyal ve Davranışsal Belirleyicilerin TTM Değişim Aşamalarına Göre T Skor Ortalamaları .....	67
Şekil 5-1: Adolesanların Değişim Aşamalarına Dayalı Beslenme Girişimleri İçin Öneriler .....	73



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

ABEB: Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği

ASF: Aile Soru Formu

BDÖ: Beslenme Davranış Ölçeği

BKİ: Beden Kütle İndeksi

ÇBÖÖ: Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği

CDC: Centers for Disease Control and Prevention- Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

ÇESDÖ: Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği

COSI- TR: Çocukluk Çağı Obezite Araştırması

EDÖ: Egzersiz Davranışları Ölçeği

MG: Motivasyonel Görüşme

PSC-17: Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi- 17

SB: Sağlık Bakanlığı

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TOÇBİ: Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi Projesi Araştırma Raporu

TTM: Transteoretik Model

TUİK: Türk İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

## ÖZET

Cangöl, S. (2016). Erken Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Belirleyicilerin Transteoretik Model'in Davranış Değişim Aşamaları'na Göre İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte tasarlanan bu çalışmanın amacı, Transteoretik Model çerçevesinde adolesanların beslenme davranışı değişim aşamalarını belirleyerek her aşamaya özgü psikososyal belirleyicileri öngörmek, böylece adolesanları bir sonraki değişim aşamasına hazırlayan girişimler için yol göstermektir.

Araştırmanın örneklemini, 2014 eğitim öğretim yılında, Uşak ilindeki beş ortaokulun 5. sınıf öğrencileri arasından, tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 530 adolesan ve ebeveynleri oluşturdu. Veriler “Beslenme Değişim Aşamaları Ölçeği”, “Aile Soru Formu”, “Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği”, “Beslenme Davranış Ölçeği”, “Çocuk Beslenme Öz-Yeterlik Ölçeği”, “Egzersiz Davranışları Ölçeği”, “Stres Yönetimi Ölçeği”, “Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği”, “Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi-17” kullanılarak ve Beden Kütle İndeksi değerleri hesaplanarak elde edildi. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistiksel testler, bağımsız örneklem t testi, ANOVA (varyans) analizi, Pearson korelasyon testi ve çok değişkenli Multinomial Lojistik Regresyon analizi kullanıldı.

Adolesanların beslenme davranış değişimlerinde, *Düşünme* aşamasında babanın eğitim düzeyi ve annenin BKİ; *Hazırlık* aşamasında; annenin BKİ, çocuğun beslenme bilgisi ve öz-yeterlik algısı; *Hareket* aşamasında çocuğun BKİ, beslenme bilgi düzeyi ve stres yönetimi; *Sürdürme* aşamasında ise cinsiyet, çocuğun BKİ, beslenme bilgi düzeyi, beslenme davranışları, öz-yeterlik algısı, stres yönetimi ve sosyal destek algısı belirleyicisi oldu.

Sonuç olarak, adolesanlarda obeziteyi önleyen sağlıklı beslenme alışkanlıkları değişim aşamalarına göre yapılacak görüşmelerle geliştirilebilir. Her değişim aşaması için öngörülen belirleyicilerin dikkate alınması, bir sonraki değişim aşamasına ilerlemeleri için cesaretlendirici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Adolesan; Beslenme bilgisi; Beslenme davranışları; Beden Kütle İndeksi; Değişim aşamaları; Egzersiz davranışları; Öz-yeterlik; Sosyal destek; Stresle baş etme; Transteoretik Model.

## ABSTRACT

Cangöl, S. (2016). An Analysis of the Determinants of Obesity In Early Adolescence Based On the Behavior Change Phases of the Transtheoretical Model. Istanbul University, Institute of Health Sciences, Public Health Nursing Program. PhD Dissertation. Istanbul.

This is a descriptive and correlational study. Its aim is to determine the change phases of adolescents' nutritional behaviors, anticipate the unique psycho-social determinants of each phase and provide guidance about initiatives that prepare adolescents for the next change phase.

The sample of the study included 530 adolescents and their parents. The adolescents were fifth grade students at five middle schools in Usak, Turkey in the 2014 academic year. They were selected using stratified randomized sampling method. The study data were collected using the Nutrition Change Phases Scale, the Family Information Form, the Adolescent Nutrition Information Scale, the Nutrition Behaviors Scale, the Child Nutrition Self-efficacy Scale, the Exercise Behaviors Scale, the Stress Management Scale, the Child-Adolescent Social Support Scale and the Psycho-social and Behavioral Problems Control List-17. Body Mass Index (BMI) values were also used. The collected data were analyzed using descriptive statistical tests, independent samples t test, ANOVA (analysis of variance), Pearson's correlation test, and multiple variable multinominal logistic regression analysis.

In the adolescents' nutrition behavior changes, fathers' education levels and mothers' BMI were determinants in the thinking phase. Mothers' BMI, children's information about nutrition and self-efficacy perception were determinants in the preparation phase. Children's BMI, information about nutrition and stress management were determinants in the action phase, and gender, children's BMI, information about nutrition, nutrition behaviors, self-efficacy perception, stress management and social support perception were determinants in the maintenance phase.

In conclusion, healthy nutrition behaviors to prevent obesity in adolescents can be improved by interviews held according to the change phases. If the determinants anticipated for each change phase are considered, this will encourage adolescents to proceed to the next change phase.

**Keywords:** Adolescents, Body Mass Index, change phases, exercise behaviors, handling stress, nutrition behaviors, nutritional information, self-efficacy, social support, transtheoretical model.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fazla kilo ve obezite, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artan, 21. yüzyılın en ciddi halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır (WHO 2014). Dünya Sağlık Örgütü yaklaşık 300 milyonu kadın olmak üzere, 500 milyondan fazla insanın obeziteden etkilendiğini ve küresel ölümlere neden olan risk faktörleri arasında beşinci sırada yer aldığını ve 2020 yılında en büyük ölüm nedeni olacağını belirtmiştir (WHO 2014). Türkiye verilerine göre ise, obez kişi sayısı yaklaşık 20 milyondur (THSK [Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014] ).

Diğer taraftan, Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [Control Disease of Center (CDC)] obezitenin tüm çocukların ve ergenlerin % 17'sini etkilediğini bildirmiştir (CDC 2014). Avrupa Birliği'ne üye 26 ülkede 11, 13 ve 15 yaş grubunda yapılan Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı (The Health Behaviour in School-aged Children) çalışmasına göre, 11 yaşındaki kızların % 25'i ve erkeklerin % 30'u, 13 yaşındaki kız ve erkeklerin % 31'i, 15 yaşındaki kızların % 32'si ve erkeklerin % 28'i fazla kilolu bulunmuştur (Currie ve ark. 2012).

Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010 ön raporu sonuçlarına göre, 0-5 yaşta obezite sıklığı % 8,5 ve 6-18 yaşta % 8,2 bulunmuştur (TUİK 2012). Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi Projesi Araştırma Raporu / TOÇBİ (2011) verilerine göre, hedef grup olan 6-9 yaş grubu çocuklar arasında fazla kilolu % 14,3 ve şişman % 6,5 bulunmuştur (TOÇBİ 2011). TNSA 2013 verilerine göre ise 5 yaş altı çocukların % 11'i fazla kilolu/şişmandır. Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (COSI-TR 2013) ön raporu sonuçlarına göre ise, 6-18 yaş arasındaki çocukların % 14,3'ü fazla kilolu, % 8,2'si ise obezdır .

Obezite oluşumuna aşırı ve yanlış beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, çevresel, biyokimyasal, genetik, sosyo-kültürel ve psikolojik olmak üzere pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak katkıda bulunmaktadır (Manios ve ark. 2005; Baranca ve ark. 2007; Şimşek ve ark. 2008; Griffiths ve ark. 2009; Süzek ve Arı 2010; American Academy of Pediatrics 2012; Devecioğlu ve Gökçay 2012). Kilolu ve obez çocukların yetişkin dönemde de obez ve genç yaşta diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalığı ve kanser gibi kronik sağlık sorunlarına yakalanma olasılığı artmaktadır (CDC 2014; WHO 2014). Bu bağlamda, çocukluk çağında obezitenin önlenmesi, büyük öncelik taşımaktadır (CDC 2014; WHO 2014).

Obeziteyi önleyen çabalar yaşamın her döneminde önemli olmakla birlikte, büyüme ve gelişmenin hızlandığı, öğrenme ve kavrama işlevlerinin önem kazandığı erken adolesan döneminde bu önem daha da artmaktadır. Ayrıca, bu dönemdeki hatalı beslenme alışkanlıklarının yetişkin döneme yansıyabileceği riski yüksektir (TOÇBİ 2011; Ardıç ve Esin 2015b).

Beslenme davranışlarının ve ilişkili faktörlerin erken dönemde belirlenmesi, obeziteyi önlemek ya da kontrol altına almak için yapılacak girişimlere yol göstermesi yönünden önemlidir. Hussein (2011) ve Mao ve ark. (2012), adolesanlarda obeziteyi önleyecek etkili girişimler geliştirmek için sosyodemografik, davranışsal ve psikososyal özelliklerin tanımlanması ve girişim stratejileri oluşturulurken bu faktörlerin göz önüne alınmasını önermiştir. Control Disease of Center (CDC), obezite ile ilişkili en önemli nedenler arasında, "hatalı beslenme alışkanlıkları", "fiziksel aktivite yetersizliği" ve "stres" faktörlerine işaret etmiştir (CDC 2014).

Fiziksel etkinliklere katılmak, anksiyete ve depresyon belirtileri üzerindeki kontrolü artırarak çocukların kendini ifade etme, özgüven ve sosyal gelişimine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle kilo yönetimi için 5-17 yaş arası en az 60 dk fiziksel aktivite yapılması önerilmiştir (WHO 2014).

Stres ve sosyal destek obezitenin gelişmesinde ve önlenmesinde diğer önemli bir faktördür. Stresli bir yaşam çocukların yaşam kalitesini düşürerek beslenmesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle stresin altında yatan nedenlerin tanımlanması ve adolesanların yakın arkadaşları, aile bireyleri ve öğretmenleri ile ilişkilerinin belirlenmesi obezitenin önlenmesi ve çözümünde önem kazanır (De Vriendt ve ark. 2009; Herzer ve ark. 2011).

Bireyin sürdürdüğü yaşam biçimi onun iyilik halini, dolayısıyla ruhsal ve fiziksel sağlığını etkilemektedir. Sosyal destek ve baş etme becerileri yüksek olan adolesanların olumlu sağlık davranışlarına yönelme eğilimi daha fazla olmaktadır. Aksine sağlıksız yaşam tarzı, benlik saygısının azalması, kalp ve kanser hastalıkları, depresyon ve anksiyetinin artması gibi çok sayıdaki fiziksel ve ruhsal bozukluklarla ilişkilidir (Doğan 2012; Choi ve ark. 2013).

Öz-yeterlik ve psikososyal davranış sorunları pek çok sağlık davranışının açıklanmasında önemli bir role sahiptir. Araştırmalar adolesanlarda beslenme öz-yeterliğinin beslenme alışkanlıkları (Cusatis ve Shannon 1996; Domel ve ark. 1996;



Edmundson ve ark. 1996b) ve beden kütle indeksi değerleri (O'Dea ve Wilson 2006) için belirleyicisi olduğunu belirtmiştir. Öz-yeterlik düzeyi yüksek olan çocuklar daha az yağlı ve şekerli yiyecekler, daha fazla sağlıklı yiyecekler tüketmektedir ( Cusatis ve Shannon 1996; Edmundson ve ark. 1996b; Thompson ve ark. 2007). Yanısıra, adolesan sağlığının gelişimi ve bireysel başarısızlıkların giderilmesi için davranışsal ve duygusal problemlerin belirlenmesi, kalıcı psikososyal problemlerin gelişmesini önleyecektir (Erdoğan ve Öztürk 2011). Nitekim, çalışmalar obez adolesanlarda psikososyal davranış sorunlarının daha fazla olduğunu saptamıştır ( Jackson ve ark. 2000; Mooreville ve ark. 2014).

Transteoretik Model (TTM), davranış değişiminin sonuçtan çok, süreç olduğunu ve değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimlerin kullanılması gerektiğini savunur (Prochaska ve Velicer 1997). Adolesanların beslenme davranışlarını bu modeli kullanarak inceleyen yurt dışı kaynaklı birçok çalışma bulunmaktadır (Frenn ve ark. 2003; Frenn ve ark. 2005; Norman ve ark. 2007; Palmeira ve ark. 2007; Prochaska ve ark. 2008). Ulaşılan kaynaklara göre, bu çalışma, Türk adolesanların beslenme davranışlarını ve ilişkili faktörleri TTM'nin değişim aşamalarına göre inceleyen ilk çalışmadır.

Bu çalışmada, (1) adolesanların beslenme değişim aşamaları değerlendirilmiş, (2) adolesan ve ailesine özgü demografik, davranışsal ve psikososyal özelliklerin beslenme davranış değişimleri için belirleyici olabileceği öngörülmesi ve (3) bir sonraki davranış değişim aşamasını öngörülen hangi belirleyicilerin etkilediği incelenmiştir. Böylece obeziteyi önleyen danışmanlık ve eğitim stratejilerinin geliştirilmesinde yol gösterici olmak ve benzer diğer çalışmalara katkı sağlamak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ADOLESAN SAĞLIĞI VE OBEZİTE

İnsan yaşamında bir dönüşüm süreci olan adolesan dönemi, çocukluktan genç erişkinliğe geçiş evresi olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş grubunu “adolesan dönem”, 15-24 yaş grubunu “gençlik dönemi” ve 10-24 yaş grubunu ise “genç insanlar” olarak tanımlamaktadır.

Adolesan dönemi, fiziksel, duygusal ve ruhsal gelişimin yaşandığı dinamik bir dönemdir. Fiziksel ve duygusal değişiklikler nedeniyle adolesan dönemi “fırtına” ve “stres” dönemi olarak da nitelendirilmektedir. Bu dönem riskli davranışlara başlama açısından en tehlikeli dönemdir. Sigara, alkol ve madde bağımlılığı, riskli cinsel davranışlar, adolesan gebelikler, kazalar, akran zorbalığı, başarısız stres yönetimi ve buna bağlı depresyon, duygu durum bozuklukları ve intihar gibi çok ciddi olumsuz sağlık problemlerine sahip olabilmektedirler (CDC 2014; WHO 2014).

Dünya Sağlık Örgütü obezitenin adolesanların sağlığı için küresel anlamda bir salgın olduğunu ve erken dönemde önlenmesi gerektiğini ifade etmiştir (WHO 2014). Obezitenin küresel ölümlere neden olan risk faktörleri arasında beşinci sırada yer aldığını bildirmiştir. Ayrıca fazla kilo ve obezite tip 2 diyabetin % 80’inden, iskemik kalp hastalıklarının % 35’inden ve hipertansiyonun % 55’inden sorumludur ve her yıl bir milyondan fazla ölüme neden olmaktadır (WHO 2014).

Çocukluk ve adolesan dönemindeki hızlı büyüme ve gelişme; diğer yaşam dönemlerine oranla besin öğelerine ihtiyacı arttırmaktadır. Bununla birlikte adolesanlar teknolojinin gelişmesi ile birlikte spor aktiviteleri yapmak yerine, zamanlarını televizyon ve bilgisayar karşısında geçirmektedir (Garipağaoğlu ve ark. 2009; Ardıç ve Esin 2015b)

Dünya’da 5 yaş altı 42 milyon çocuk aşırı kilolu ve obezdir. Çocukluk çağı obezitesinin yaygınlığı 1980 ve 2014 yılları arasında iki kat artmıştır (WHO 2014). Amerika’da 2-19 yaş arası çocuk ve adolesanlarda obezite oranı yaklaşık % 17 ve son 10 yılda 12.7 milyon çocuk ve adolesan obeziteden etkilenmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında ise, Manisa ilinde 6-15 yaş grubu çocukların % 17’si fazla kilolu ve % 7.1’i obez (Süzek ve Arı 2010), İstanbul’da 12-13 yaş grubu adolesanlarda % 15.3’ünü zayıf, % 10.6’sını kilolu ve % 1.6’sını ise obez (Manios ve

ark 2005), Batı Karadeniz Bölgesi'nde 6-17 yaş grubu adolesanlarda yapılan çalışmada ise fazla kilolu % 10.3 ve obezite oranı % 6.1 olarak bulundu (Şimşek, Akpınar ve Bahçebaşı 2008). Tüm bu çalışmalar obezitenin adolesanların sağlığı için halen istenen düzeyde olmadığını doğrular niteliktedir.

Çalışmalar çocuk ve adolesan dönem obezitesini yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz meyve-sebze tüketimi, stres ile baş edememe gibi çoklu risk faktörleri ile ilişkilendirmektedir (Di Noia ve ark. 2006; Spencer ve ark. 2007; Driskell ve ark. 2008; Horwath ve ark. 2010). Adolesan obezitesi diğer sağlık problemlerini tetikleyen güçlü bir risk faktörüdür. Erişkin dönemde hiperlipidemi, hipertansiyon, tip 2 diyabet, inme, kanser, kalp hastalığı, astım, osteoporoz, uyku apnesi, depresyon ve düşük özgüven gibi problemler artmaktadır. (Di Noia ve ark. 2006; Spencer ve ark. 2007; Driskell ve ark. 2008; Mason ve ark. 2008; Horwath ve ark. 2010). Bu nedenlerle, ulusal ve uluslar arası işbirliği ve adolesanlarda olumlu yaşam biçimi davranışlarını kazandırma bilincinin yaygınlaştırılması önem kazanmıştır.

Bu çalışmada, erken adolesanların obezite ile ilişkili risk davranışlarını ve psikososyal etkenleri açıklamak için Psikolog James Prochaska ve Carlo Diclemente (1982) tarafından geliştirilen Transteoretik Model (TTM) (Transtheoretic Model) kuramsal çerçeve olarak kullanılmıştır.

## **2.2. TRANSTEORETİK MODEL (TTM)**

Model, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur (Prochaska ve Diclemente 1982).

### **2.2.2. Modelin Yapısı**

Transteoretik Model, bireyin, bir sorununun varlığından haberdar olduğu zamandan itibaren, zaman içinde sorunlu davranışının farklılaştığı ve yeni olumlu sağlık davranışının devam ettirildiği noktaya kadar süren bir süreci açıklar. Model, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimlerin kullanılması gerektiğini söylemektedir. Bireyin davranış değişimi için hazır oluşluk aşaması dikkate alınmadan uygulanan girişimlerin, davranış değişimine karşı direnç geliştirdiğini belirtmektedir. (Di Noia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010).

Transteoretik Model'in yapısı üç aşamalıdır (Di Noia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010).

- Değişim Aşamaları (Stages of Change)
- Değişim Süreci (Procces of Change)
- Değişimin Seviyeleri
  - Öz-yeterlik (Self-Efficacy)
  - Karar Alma (Decisional Balance)

### **Değişim Aşamaları (Stages Of Change)**

Transteoretik Model, yeni bir davranışı benimsemeye çalışan, davranış değişikliği deneyen veya sorunlu bir davranışı azaltmak ya da ortadan kaldırmaya çabalayan bireylerin bir dizi aşamalardan geçtiğini öngörmektedir. Transteoretik Model'in temel bileşenlerinden biri olan değişim aşamaları modelin zaman boyutunu göstermektedir ve beş aşamadan oluşur.

(Nigg 2001; Prapavessis ve ark. 2004; DiNoia ve ark. 2006; Spencer ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Kim 2007; Horwath ve ark. 2010).

### **Düşünmeme (Precontemplation)**

Bu aşamada bireyler gelecek altı ay içinde davranışlarını değiştirmeye istekli değildir, problemlerinin çok az farkında ya da tümüyle habersizdirler. Bununla birlikte aileleri ve diğer yakınları onların problemleri olduğunun farkındadır. Davranış değişimi düşünmeyen birey kendini çevresindekilerin baskısı altında hisseder ve bu baskıyı değişim için tehdit olarak algılar.

Bireyler çoğu kez değişik zamanlarda değişimi denemiş ancak başarısız olmuşlardır. Bu nedenle değişime dirençlidir, motive olamaz ya da sağlığı geliştiren programlar için hazır değildir. Yaygın olarak sürdürülen sağlığı geliştirme programları, bu aşamadaki bireylerin gereksinimlerini karşılayamaz (Prochaska ve ark. 1992 ; Prochaska ve Velicer 1997; DiNoia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010; Güngörmüş ve Karabulutlu 2012).

### **Düşünme / Niyet (Contemplation)**

Bireyler gelecek altı ay içinde davranış değiştirmeyi düşünürler. Problemin farkındadırlar, başa çıkma yöntemlerini düşünürler ancak eyleme geçemezler. Değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık ve çelişkili duygular nedeniyle birey uzun yıllar bu aşamada kalabilir. Bu dönem sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma olarak nitelendirilir. Bu aşamanın diğer önemli bir yönü, bireyin problem çözümünü düşünmesi ancak daha çok problemleri davranışları sürdürmenin kazanımları ile ilgili olmasıdır. Problemleri ile başa çıkmak için harekete geçme çabaları ve enerjileri yetersiz olduğu için eyleme dayalı programlar için hazır değildirler (DiNoia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010; Mao ve ark. 2012; Caroline ve ark. 2013; Bulduk ve ark. 2015).

### **Hazırlık (Preparation)**

Bireyler bir sonraki ay içinde harekete geçmek niyetindedir ve çoğunlukla daha önce başarısızlıkla sonuçlanan girişimlerde bulunmuştur. Sağlık eğitimine katılmak, danışmanlık almak, sağlık çalışanları ile konuşmak, konu ile ilgili kitap satın almak ya da değişimi denemek gibi hareket planları vardır, ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir (DiNoia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010; Mao ve ark. 2012; Caroline ve ark. 2013; Bulduk ve ark. 2015). Prochaska ve DiClemente (1992) hazırlık aşamasını, eyleme geçişin ateşleyicisi olarak tanımlamaktadır.

### **Hareket/Eylem (Action)**

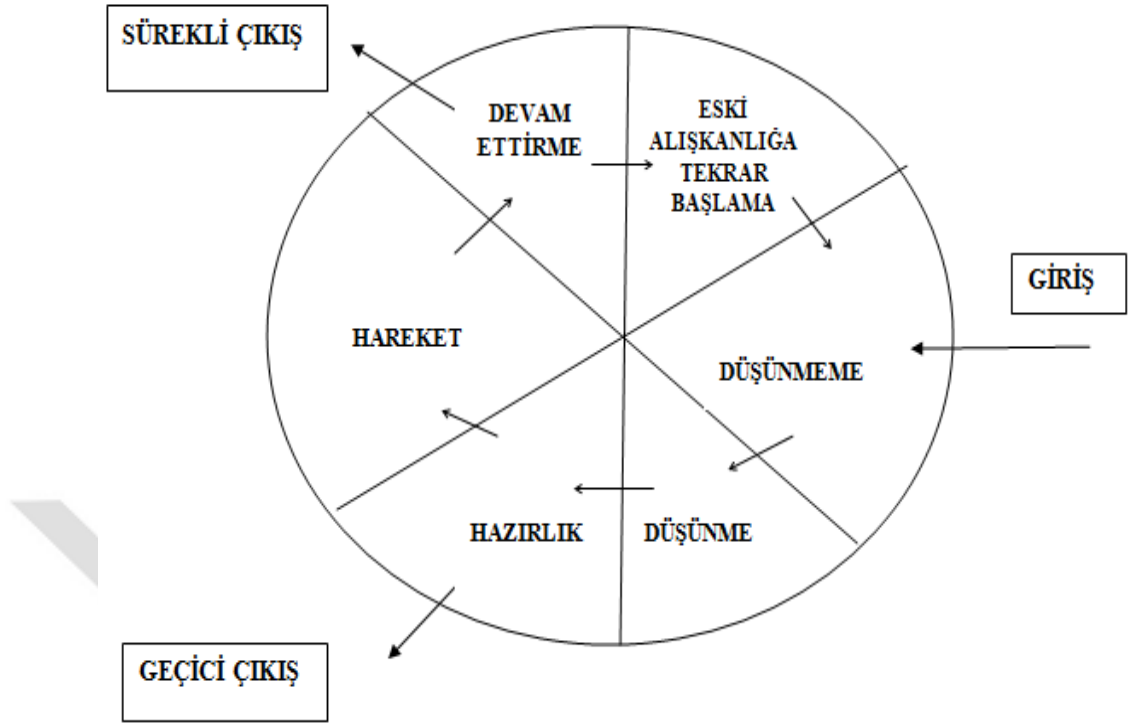
Bu aşama, kişinin davranışını altı aydan kısa sürede belirgin şekilde değiştirdiği aşamadır. Bu aşamada, kişi zaman ve enerji harcayarak problemleri ile başa çıkabilmek için davranışlarını, deneyimlerini ya da çevrelerini değiştirmişlerdir. Bununla birlikte yapılan birçok çalışma göstermektedir ki, kişinin davranış değişikliği konusundaki becerisi, yapacağına olan inancı ya da kendisine olan güveninde azalma gibi nedenlerle bir önceki aşamaya geri dönme riskinin olmasıdır. Bu nedenle kritik bir aşamadır. Hareket aşamasında bulunan bireyler eski davranışa geri dönüşü (relaps) önlemek, kazanılan davranış pekiştirmek için çaba göstermek zorundadır. Çoğunlukla, kişide

“hareket” aşaması görüldüğünde “davranış değiştirme” ile eş anlamlı düşünülmektedir. Ancak, TTM modeli içinde “hareket” aşaması sadece beş aşamadan biridir ve tek başına değişimi tanımlamaz. Değişim olabilmesi için bireyin karşılaşılabileceği hastalık riskini gerçekten düşündüğünü gösteren kriterlere erişmek gerekir (Nigg 2001; Prapavessis ve ark. 2004; DiNoia ve ark. 2006; Spencer ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Kim 2007; Horwath ve ark. 2010).

### **Devam Ettirme (Maintenance)**

Bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sınırsız süreye kadar uzar. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır. Birey problemlili davranışı teşvik eden uyarlardan daha az etkilenir ve değişimi devam ettirebileceklerine olan güvenleri artmıştır. Devamlılık durağan bir aşama değil, bir süreçtir. Bazı davranışlar için devamlılık ömür boyudur. Devam ettirme döneminde değiştirilen problemlili bir davranış, yeni alternatif davranışların kazanılması ile birlikte ele alınır. (Nigg 2001; Adams ve White 2003; Tillis ve ark. 2003; Prapavessis ve ark. 2004; Spencer ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Kim 2007).

Prochaska ve Velicer (1997) önerdiği spiral modeline göre, bireyler değişim aşamalarında ilerlerken bir önceki aşamaya geri dönebilirler (relaps). Geri dönüş başarısızlık ve suçluluk hissedilmesine neden olur ve davranış değişimine direnç gelişir (**Şekil 2-1**).



Şekil 2-1: Prochaska ve Velicer'in (1997) Davranış Değişim Aşamaları Spiral Modeli'nden uyarlanmıştır (Prochaska ve Velicer 1997).

### Değişim Süreci (Procces Of Change)

Değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını açıklar. Değişim süreci ise bireyin hangi deneyimleri kullanarak problemleri davranışlarını değiştirdiklerini anlamaya yardımcı eder (Prochaska ve ark. 1992; Prochaska and Velicer 1997; Erol ve Erdoğan 2007). Değişimi kolaylaştıran beş bilişsel, beş davranışsal on değişken bulunmuştur. Bilişsel olanlar bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilişkili faktörlerdir. Davranışsal süreçler ise bireyin değişim yolunda ilerlerken hangi davranışları seçtiklerini gösterir. Süreçler girişim programlarına önemli ölçüde rehberlik eder.

- Bilişsel Süreçler
  1. Bilinçlenme (Farkındalığın Artması)
  2. Belirgin Rahatlama-Duygusal Uyarılma
  3. Çevreyi Yeniden Değerlendirme
  4. Sosyal Özgürleşme-Çevresel Fırsatlar
  5. Kendi Kendini Yeniden Değerlendirme
- Davranışsal Süreçler
  1. Uyarın Kontrolü-Yeniden Yapılandırma
  2. Yardım Edici İlişkilerin Varlığı-Destekleme
  3. Karşıt Koşulama-Yerine Koyma
  4. Pekiştirici Başa Çıkma-Yönetimi Ödüllendirme
  5. Bireysel Özgürleşme- Kendini Özgürleştirme

Değişimin ilk aşamalarında bilişsel/deneysel süreçler (düşünme, düşünme, hazırlık) daha çok ön plana çıkarken, değişimin son aşamalarında ise davranışsal süreçler (hareket, devam ettirme) ön plana çıkmaktadır ( Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010; Haney ve Erdoğan 2012).

### **Değişimin Seviyeleri**

- Öz-yeterlik (Self-Efficacy)
- Karar Alma (Decisional Balance)

**Öz Etkililik (Self-Efficacy) :** Bireyin davranış değişikliği konusunda kendisine olan güvenini gösterir. Öz etkililiğin yüksek olması, güç durumlarda bile bireyin sebze meyve yemeye devam edeceği konusunda kendisine olan güveninin yüksek olduğunu belirtir (DiNoia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010; Haney ve Erdoğan 2012).

**Karar Alma (Decisional Balance):** Davranış değiştirmenin yarar ve zarar algılarını ortaya koyar. Yarar davranış değiştirmenin kazançlı yönlerini (avantajlarını), zarar ise değişimin dezavantajlarını yansıtır. Örneğin, düşünme aşamasında değişimin dezavantajları her zaman avantajlarından daha ağır basarken, düşünme ve harekete doğru gittikçe avantajları algılama artar. Bireyin yarar algısı alt boyutundan yüksek puan alması günde beş porsiyon sebze meyve yeme konusundaki kararlılığını ve devam



ettirme şansının yüksek olduğunu gösterir. Zarar algıları alt boyutundan yüksek puan alması ise davranış değiştirme konusundaki kararsızlığını gösterir (DiNoia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010).

Bu çalışmada sadece modelin “Değişim Aşamaları” yapısı kullanılmıştır.

### **2.2.3. Modelin Araştırmalarda Kullanımı**

Transteoretik Model hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için toplum temelli birçok yurt dışı çalışmada test edilmiştir. Modelin kavramsal çerçeve olarak kullanıldığı çalışmalarda ele alınan konular;

Sigara, alkol ve ilaç kullanan bireyler üzerinde (Velicer ve ark. 1985; Stern ve ark. 1987; Prochaska ve ark. 1988; Velicer ve ark. 1990; Prochaska ve ark. 1994; Pallonen ve ark. 1998; Aveyard ve ark.1999; Aveyard ve ark. 2001; Plummer ve ark. 2001; Erol ve Erdoğan 2008), kilo kaybı ve egzersiz alışkanlıklarının kazanılmasında (Hawkins ve ark. 2001;Nigg 2001; Sarkin ve ark. 2001; Frenn ve Malin 2003; Madison ve Brading 2004; Prapavessis ve ark. 2004; Frenn ve ark. 2005; Adams ve ark. 2006;Di Noia ve ark. 2006;Kim 2007; Driskell ve ark. 2008; Johnson ve ark.2008; Horwath ve ark. 2010; Mao ve ark. 2012;Caroline ve ark. 2013; Spencer ve ark. 2013), güvenli cinsel alışkanlıkların geliştirilmesinde (Hulton 2001) ve kanseri önleme sağlığı geliştirme davranışlarında (Spencer ve ark. 2004;Choi ve 2013) değişik disiplinlerin araştırmacıları tarafından kullanılmıştır.

### **2.2.4. Korunma Davranışlarında Transtheoretic Model**

Obeziteden korunma perinatal dönemden başlayarak tüm yaşam süresince devam etmelidir. Adolesanlarda obezite ve aşırı kilonun tedavi ve önlenmesi konusunda yapılan araştırmalar her geçen gün artmakta ve önem kazanmaktadır. Obeziteyi önleme, obezitenin tedavisinden daha etkili ve daha ucuz bir yöntemdir. Obezite kaynaklı sorunlar, obezite tedavisinden sonra tamamen ortadan kalkabilmektedir (Floriani ve Kennedy 2007).

Çocukluk çağı obezitesinden korunma ilkeleri, var olan yanlış bilgi, tutum ve davranışları değiştirip, çocuklarda kalıcı doğru alışkanlık edinmelerini sağlama prensibine dayandırılmalıdır. Gelecekte çocuk ve erişkinleri kronik hastalıklardan korumak, obezitenin çocukluk çağında başlamasını önlemeye bağlıdır (Carlisle ve ark. 2005).

Adolesan dönemde obeziteden korunma davranışlarını etkileyen sağlıksız beslenme, egzersiz, stres yönetimi davranışları ve psikososyal belirleyicileri saptamak sağlıklı toplumlar oluşturmak için önemlidir. TTM ile yapılan çalışmalarda daha çok girişimlere dayalı davranış değişimi incelenmiştir. Bu çalışma da ise diğer çalışmalardan farklı olarak TTM, obeziteden korunma davranışları ve ilişkili etkenleri değişim aşamalarına göre öngörmek için ele alınmıştır. Böylece, Transteoretik Model'in Davranış Değişim Aşamalarında; (1) Adolesanların bireysel farklılıklarını tanımlamak, (2) Hangi değişim aşamasında, hangi belirleyicilerin etkili olduğunu öngörmek, (3) Adolesanların bir sonraki aşamaya ilerlemelerini sağlayacak etkili girişimler için öneriler geliştirmek amaçlanmıştır.

Bireyi değişime motive etmek için genellikle motivasyonel görüşmeleri kullanılır. Bu teknik davranış değişiminde isteksiz olan kişilerde değişimi kolaylaştıran bir yöntemdir.

### **2.2.5. Motivasyonel Görüşme Tekniği**

Motivasyon görüşmesi, değişim sürecine karşı dirençli bireyleri bu sürece katmak için geliştirilmiş bir tekniktir (Rollnick ve ark. 2008; Ögel 2009). Motivasyonel görüşmenin en iyi ve güncel tanımı, bireylerin kararsızlıklarını keşfedip çözümlenmelerine yardımcı olmaktır. “Kişinin kendi savlarını ortaya çıkarmak”, “bilgilendirmek”, “önermek”, ancak “seçimi ona bırakmak”, “önceliklerini önemsemek” ve “ortak karar” esasına dayalıdır. Diğer bir deyişle, Motivasyonel Görüşme (MG) kişilerin sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini, değişime inanmalarını sağlamak için yapılan yardımın özel bir yoludur. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya kararsız olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Etkinliği üstüne birçok araştırma yapılmış ve etkin bir yöntem olarak saptanmıştır (Treasure 2004; Markland ve ark. 2005; Levensky ve ark. 2007; Rollnick ve ark. 2008; Ögel 2009). Birey ile danışman arasındaki iletişimi güçlendirir. İş birlikçi

bir ilişki ile bireyin yararına ve yaşam hedeflerine katkı sağlar (Treasure 2004; Markland ve ark. 2005; Erol ve Erdoğan 2008).

### **2.3. LİTERATÜR İNCELEME**

Bu bölümde Transteoretik Model'i kullanarak adolesanların beslenme değişim aşamalarını inceleyen çalışmalara yer verilmiştir.

#### **2.3.1. Adolesan Beslenme Davranışlarının Transteoretik Model'in Değişim Aşamalarına Göre İncelendiği Araştırmalar**

Dengeli beslenme ve ideal kiloyu korumak için günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketilmesi önerilmektedir (DiNoia ve ark 2006; Driskell ve ark. 2008; Horwath ve ark 2010; Mao ve ark 2012). Sebze ve meyve tüketimi koroner kalp hastalıkları, diabetes mellitus ve obezite gibi kronik hastalık risklerin azaltılmasında etken faktördür. Okul çağı döneminde sebze meyve tüketimi alışkanlığının kazanılması, yetişkin döneminde de önemli rol oynamaktadır (Lindquist ve ark. 2000; Hu ve ark. 2001). Adolesanlar arasında sağlıklı beslenme, aşırı kalorili yiyecekler tüketme, fastfood yeme ve öğün atlama davranışları sık görülmektedir (Baş ve ark. 2005; Garipağaoğlu ve ark. 2008; Mao ve ark. 2012). Yapılan çalışmalar adolesanlarda sebze meyve tüketim oranlarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Mao ve ark. (2008), 861 öğrenci ile yaptığı çalışmada, günde ortalama 3 porsiyon meyve ve sebze tükettiklerini bulmuştur (Mao ve ark. 2008). Amerika'da Hastalık Kontrol Merkezi'nin (CDC) Gençlik Riskli Davranış Araştırması (2013) sonuçlarına göre; öğrencilerin % 33.2'si günde iki porsiyon meyve, % 22'si üç porsiyon meyve, % 28.4'ü iki porsiyon sebze ve % 15.7'si üç porsiyon sebze tüketmektedir (Youth Risk Behavior Surveillance 2013). Türkçe literatürde sebze ve meyve tüketimini inceleyen çalışmalara bakıldığında günlük tüketim miktarının önerilenin altında olduğu görülmektedir. Baş ve ark. (2005)'nin çalışmasında erkeklerde günlük meyve tüketimi ortalama 0.5, kızlarda 0.8 porsiyon, sebze tüketimi ise her iki cins için de 1.4 porsiyon olarak bulunmuştur. Aksoydan ve Çakır (2011)'in çalışmasında günlük meyve ve sebze tüketimi yaklaşık 3 porsiyon, bir başka çalışmada ise, sebze tüketimi günlük 3.87 porsiyon, meyve tüketimi 1.84 porsiyon olarak saptamışlardır (Yorulmaz ve ark. 2002).

Transteoretik Model, adolesanlara uygulanan girişimlerin sebze ve meyve tüketimini artırma üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda kullanılmıştır (DiNoia ve ark.

2006; Horwath ve ark. 2010; Mao ve ark. 2012). Model bu çalışmalarda, bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına en uygun girişimler için yol gösterici olmuştur. Transteoretik Model ayrıca, davranış değişim düzeylerini belirleyerek bireysel farklılıkları ve etkileyen belirleyicileri tahmin etmek için de kullanılmıştır (Wakul ve ark. 2002; Day, ve ark. 2004; DiNoia ve ark. 2006; Driskell ve ark. 2008; Horwath ve ark. 2010, Mao ve ark. 2012; Caroline ve ark. 2013; Choi, ve ark. 2013). Bu yönü ile de profesyonellere bir sonraki değişim aşaması için ışık tutmuştur.

### **2.3.2. Adolesanlarda Beslenme Alışkanlıkları ve Demografik Özellikler**

Yaş ve cinsiyet adolesanların, beslenme alışkanlıklarını etkileyen güçlü belirleyicilerdir. (Ventura 2009; Dupuy ve ark. 2011; Currie ve ark. 2012) Günümüzde obezitenin görülme sıklığı; modern yaşamın getirdiği beslenme alışkanlıklarında yağların ve karbonhidratların fazla miktarda tüketilmesi, çocukların fizik aktiviteden uzaklaşarak televizyon ve bilgisayar oyunlarına yönelmeleri nedeniyle her yaş grubunda artmaktadır. En fazla artış ise 5-6 yaş arası ve adolesan döneminde görülmektedir ( Dupuy ve ark. 2011; TNSA 2013).

Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (2010) Raporu'na göre; 6-18 yaş grubu 2248 çocuğun boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri alınarak değerlendirilmiş ve bu yaş grubunun % 8.2'i (E:% 9.1, K:%7.3) obez/ şişman, %14.3'ü (E:%14.2, K:%14.4) hafif/şişman olduğu belirlenmiştir.

Obezitenin oluşumunda genetik faktörlerin de etkili olduğu saptanmıştır (Currie ve ark. 2012). Çalışmalarda, ailesinde obezite öyküsü bulunan çocuk ve adolesanlarda obezite görülme oranı yüksek bulunmuştur. Obez anne ve babaların çocukları, obez olmayanlara göre daha fazla risk altındadır. Çocuğun obez olma riski; her iki ebeveyn de obez ise %80, sadece biri obez ise %40, her ikisi de obez değilse %14'tür (Babaoğlu ve Hatun 2002; Currie ve ark., 2012; Muslu ve ark. 2012).

Obezite, gelişmiş ülkelerde düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında, gelişmekte olan ülkelerde ise yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerde daha sık görülmektedir (Babaoğlu ve Hatun 2002; Muslu ve ark. 2012). Bununla birlikte tek ebeveynli ailelerdeki çocukların, kardeşi olmayanların, anne ve babası daha az eğitilmiş olanların beden kütle indekslerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Hesketh ve ark. 2007).Muslu ve ark. (2012)'nin yaptığı bir çalışmada zayıf öğrencilerin % 39.8'inin düşük ve orta gelir düzeyinde, normal kilodaki öğrencilerin % 37.2'sinin

orta gelir düzeyinde, aşırı kilolu olan öğrencilerin % 37.9'unun düşük gelir düzeyinde, obez öğrencilerin % 40.9'unun yüksek gelir düzeyinde olduğu bulunmuştur.

### **2.3.3. Beslenme Bilgisi**

Beslenme bilgisinin çocukların sağlık davranışları üzerine etkisini inceleyen araştırmalarda, beslenme bilgi ve tutum puanları yüksek olan çocukların beslenme davranış puanları yüksek bulunmuştur. (Lin ve ark. 2007; Melnyk ve ark. 2009; Wagner ve Bear; 2009; Forneris ve ark. 2010)

Beslenme bilgisi bireyin yeterliliğinin artmasına, davranış değişimine ve olumlu yaşam biçimi davranışları kazanmasına yardımcı olacaktır, böylece eğitimin başarılı olması sağlanabilir. Beslenme bilgisi ile birlikte bireye olumlu sağlık davranışı kazanırken problemle karşılaştığında sorun ile baş etme becerileri eğitimi de verilmelidir. Böylece obeziteden korunma davranışlarına katkı sağlanacaktır.

### **2.3.4. Adolesanlarda Beslenme Davranışları**

Obezitenin değerlendirilmesinde en fazla kullanılan ölçüt, beden kütle indeksidir. Beden kütle indeksi değeri 95 persentilden daha büyük (BKI=30 ve üstü) olanlar obez, 85.8-95 persentil arasında (BKI=25-29,9) olanlar fazla kilolu olarak tanımlanır (CDC 2014). Çocuklarda son 25 yılda aşırı kilo ve obezitenin yaygınlığı belirgin ölçüde artmıştır (Bibeau ve ark. 2008). Amerika'da son 30 yılda 6-11 yaş arasında obez çocuk prevalansı 3 kat artmıştır. Türkiye'de ise okul çağındaki çocuklarda hafif şişman/ şişman oranları % 12 / 16'dır (Manios ve ark. 2005; Sur ve ark. 2005; Simsek ve ark. 2008). Şişmanlık hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde fiziksel ve psikososyal sağlığı etkilediği için erken dönemde ele alınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Şişman çocukların ileride şişman adolesanlar ve yetişkinler olma olasılıkları çok yüksektir. Kanıtlar kilolu çocukların kilolu yetişkinler olma olasılığının % 50 olduğunu göstermiştir (Newby 2007; Wang ve Veugeliers 2008).

Meyve ve sebze tüketiminin kalp hastalıkları, inme ve bazı kanserlerin (sırasıyla % 31, % 19 ve % 12) önlenmesinde payı olduğu kadar, obeziteden korunmada da önemli rol oynamaktadır. Transteoretik Model'in değişim aşamalarına uyarlanan sebze ve meyve tüketim düzeyleri, bireylerin olumlu sağlık davranışlarına doğru nasıl değişim gösterdiğini belirler. Böylece, her davranış aşamasına uygun girişimler için bilgi sağlar. Adolesanların beslenme davranışları, aile arkadaş gibi yakın çevreden ve psikososyal

faktörlerden etkilenmektedir. Beslenme değişim aşamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, adolesanlarda obezitenin önlenmesini sağlayan etkili müdahalelerin uygulanmasını sağlar (Hussein 2011; Caroline ve ark. 2013; Choi ve ark. 2013).

Sağlıklı ve kaliteli yaşam için yeterli ve dengeli beslenme önemli iken, büyüme ve gelişmenin hızlandığı, öğrenme ve kavrama işlevlerinin önem kazandığı okul çağında beslenmenin önemi daha da artmaktadır. Okul çağında enerji ve besin öğelerinin yetersiz alımı, büyüme ve gelişmeyi engelleyerek hastalıklara karşı direnci azaltır ve okul başarısını olumsuz etkiler (Frenn ve Malin 2003; Di Noia ve ark. 2006; Driskell ve ark. 2008; Wendy ve ark. 2008; Süzek ve Arı 2010).

Sağlıklı beslenme için üç ana öğün önem taşır. Büyüme çağında ara öğünlerin olması da gerekmektedir. Adolesanların yeterli ve dengeli beslenebilmesi için tüketilen besinlerin çeşitliliğinin sağlanması ve besinlerden alınan günlük enerji, protein, vitamin ve minerallerin vücutta en elverişli kullanılabilmesi için dört besin grubunda yer alan besinlerin (süt ve ürünleri, et, yumurta ve kuru baklagiller, taze sebze ve meyveler, ekmek ve diğer tahıllar) yeterli alınması ve öğünlere dengeli dağıtılması gerekir (Pearson ve Biddle 2009).

Gelişmiş ülkelerde, yağ ve şeker içeriği fazla olan yüksek enerjili, hazır yemekler, atıştırmalıklar ve şekerli içecekler yaygın olarak ve bilinçsizce tüketilmektedir. Şişman çocukların kahvaltıyı atladıkları ve daha düşük oranda kalsiyum aldıkları belirtilmiştir (Veugelers ve Fitzgerald 2005). Yapılan bir çalışmada kahvaltı yapmayan çocukların 1.5 kat daha fazla kilolu olma olasılığı saptanmıştır (Veugelers ve Fitzgerald 2005). Türkiye’de ise çocukların ve gençlerin lif, yağ, doymuş yağ, tuz ve kolesterolü fazla; vitamin (E, B6), folik asit, meyve ve sebzeyi ise önerilenden az tükettiği belirtilmiştir (Baş ve ark. 2005).

Sonuç olarak, ailede kahvaltı alışkanlığının kazandırılması, hazır yeme alışkanlığının, atıştırmalıkların ve tatlandırılmış içeceklerin tüketiminin sınırlandırılması, az yağlı ve az tuzlu beslenme, günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketimi çocukluk çağı şişmanlığının önlenmesinde önemli etmenlerdir (DiNoia ve ark. 2006; Horwath ve ark. 2010; Miller 2011 ).

### **2.3.5. Adolesanlarda Beslenme Öz-Yeterlik Algısı**

Öz-yeterlik bireyin sağlığını geliştirmede ve sorunlarını çözümlenmede etkin-yeterli olabilme gücüdür. Bireyin, bir davranışı yapabileceği ile ilgili kendisi hakkındaki

algısı-inancıdır (Bandura 2001). Öz-yeterlik düzeyi yüksek olan kişiler öz-yeterlik düzeyi düşük bireylere göre bir davranışı daha uzun devam ettirmektedir (Bandura ve Locke 2003).

Beslenme öz-yeterlik ise bireyin daha sağlıklı yiyecekler seçebileceğine dair algıladığı yeterlik düzeyidir ve beslenme girişimlerinin planlanmasında mutlaka ele alınması gereken bir unsurdur (Abusabha ve Achterberg 1997).

Öz-yeterlik beslenme davranışlarında güçlü bir prediktördür. (Di Noia ve ark. 2006; Hussein 2011;Choi ve ark. 2013).Çocukların tükettiği yiyecek çeşidi arttıkça öz-yeterlikleri artmaktadır. Okullarda yapılan beslenme girişimli çalışmalarda öz-yeterlik düzeyi yüksek olan çocuklar daha az yağlı ve şekerli yiyecekler, daha fazla sağlıklı yiyecekler tüketmektedir ( De Bourdeaudhuij ve ark. 2008; Tuuri ve ark. 2009). Çalışmalar; öz-yeterliği yüksek olan adolesanların sebze meyve tüketiminin hareket aşamasından sürdürme aşamasına doğru daha yüksek olduğunu göstermektedir (Di Noia 2006; Hussein 2011; Choi ve ark. 2013). Öz- yeterliliğin yüksek olması güç durumlarda bile bireyin sebze meyve yemeye devam edeceği konusunda kendisine olan güveninin yüksek olduğunu belirtir (DiNoia ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Horwath ve ark. 2010).

### **2.3.6. Adolesanlarda Egzersiz Davranışları**

Fiziksel hareketsizlik dünyada tahminen 3,2 milyon kişinin ölümüne neden olan küresel ölümler açısından dördüncü sırada önde gelen risk faktörüdür. Düzenli orta şiddetli fiziksel aktivite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, kolon, meme kanseri ve depresyon riskini düşürür, kemik sağlığını geliştirir, enerji dengesi ve kilo kontrolünü sağlar (WHO 2014).

Fiziksel aktivite adolesan sağlığı için oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gençlerin sağlıklı gelişimi için haftada beş gün en az 60 dakika süren orta şiddette ya da güçlü (şiddetli) bir fiziksel aktivite önermektedir. Bu yoğunluktaki bir fiziksel aktivite gençlerin fiziksel, mental ve sosyal gelişimine katkı sağlamaktadır. Adolesan dönemine özgü sorunlarla baş edebilme açısından düzenli yapılan fiziksel aktivite önem taşımaktadır. Düzenli egzersiz yapan gençler, sağlık durumları sürekli yükseliş göstermekte ve ileri yaşlarda fonksiyonel sorunlara karşı kendilerini korumaktadırlar. Kendine güvenin ve akademik başarının artması, kişilerarası ilişkilerin güçlenmesi, depresyon sıklığının azalması, gençler arasındaki şiddetin ve şiddete

eğilimin azalması gibi olumlu etkiler sağlamaktadır (Nigg 2001; Prapavessis ve ark. 2004; Kim 2007).

Obeziteyi engelleyecek en önemli parametre fiziksel aktivitedir. Çeşitli nedenlere bağlı olarak çocukların daha az aktif olmaları, spor etkinliklerinde azalma, durağan yaşam biçimi obeziteye yol açmaktadır (Babaoğlu ve Hatun 2002). Televizyon, çocuğu sedanter yaşama yöneltirken, yeme ile ilgili çeşitli reklamlar besin alımını uyarıcı niteliktedir. Bu nedenle günlük televizyon izleme süresi ile obezite prevalansı arasında pozitif bir ilişki vardır (Adachi-Mejia 2007).

Okula servis ile gitme, asansör kullanımı, uzaktan kumandalı cihazlar, sınavlar için uzun süreli çalışma saatleri, yeşil alanlardan yoksun apartman yaşamı, spor dersi yerine başka derslerle uğraşmak anlayışı, çocuklarda fiziksel aktivite azlığına bağlı obezite nedenleridir (Ludwig ve Gortmaker 2004; Lumeng 2006).

Erkek adolesanlarda fiziksel aktivite düzeyi kızlara göre yüksektir (Pate et al. 2005, Santos ve ark. 2005, Ward ve ark. 2006; Taymoori ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına göre; gençlerin fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğu görülmektedir. Vaizoğlu ve ark. (2004) tarafından gençler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %26.0'nının sedanter olduğu bulunmuştur. Bu oran kızlarda %35.7, erkeklerde %16.2'dir.

Bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olması ve sağlık düzeyini geliştirmek için olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle erken yaşlarda fiziksel aktivite alışkanlığını kazanmak, yetişkinlikte aktif yaşam biçimini desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda Transteoretik Model'in davranış değişim düzeyleri ve egzersiz davranışları arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Bireylerin fiziksel aktivite durumları "Düşünmeme" aşamasından, "Sürdürme" aşamasına doğru değişiklik göstermektedir (Wakul ve ark. 2002; Choi ve ark. 2013; Großschädl ve ark. 2013). Bu farklılıkları anlamak daha etkili girişimlerin planlanmasına dikkat çekecektir.

### **2.3.7. Adolesanlarda Stres İle Baş Etme Davranışları**

İnsan yaşamında bir dönüşüm süreci olan adolesan dönemi, fiziksel, duygusal ve ruhsal gelişimin yaşandığı dinamik bir dönemdir. Stres adolesanların duygusal gerginlik hissetmesine, toplumla bütünleşememesine ve uyumsuz kişilik sergilemesine,



başarılarının düşmesine ve bazı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. (Geçkil ve Yıldız 2006; CDC 2014 Adolescent and school health).

Stresli bir yaşam adolesanların beslenme davranışlarını etkilemektedir. (Torres ve Nowson 2007; De Vriendt ve ark. 2009; Herzer ve ark. 2011). Adolesanların sınavlarındaki başarısızlıklar, arkadaş grupları tarafından kabul edilmeme ve aile arasındaki çatışmalar strese neden olarak beslenme bozuklukları oluşturmaktadır (Currie ve ark. 2012).

Stresin öz-yeterlik üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve yeniden sağlıksız davranışlara dönme eğilimini artırdığı, olumlu davranış değişikliğinin sürekliliği üzerinde büyük payı olduğu belirtilmiştir (Bandura 2001). Choi ve ark.'na göre birey olaylara karşı pozitif duygular yaşarsa uyumsuz davranışları azalabilir. Bu yüzden birey olumlu sağlık davranışı için stres ile baş etmeyi öğrenmelidir. Stres yönetim becerileri elde ederse sağlıksız beslenme alışkanlıklarının azalması olasıdır. En önemli stres yönetimi stratejisi ise sosyal destektir. Bireylerin sosyal destek arama davranışları TTM'nin hareket aşamasında diğer aşamalara göre artış göstermektedir (Ditzen ve ark. 2008; Choi ve ark.2013)

Bu bağlamda adolesanların sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanması ve obeziteden korunması için planlanan girişimler kapsamında stres ile baş etme yöntemleri yer alması önemlidir.

### **2.3.8. Adolesanlarda Sosyal Destek Algısı**

Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım 2004). Bireyin stres ile başa çıkmasında ve içinde bulunduğu sorunları çözerken başkalarıyla olan sosyal ilişkileri önemli rol oynamaktadır. Adolesanların en önemli sosyal destek kaynakları; ailesi, yakın arkadaşları, sınıf arkadaşları ve öğretmenleridir (Yıldırım 2004; Yardımcı ve Başbakkal 2008).

Çalışmalar, algılanan sosyal destek düzeyinin, bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, stresli durumlarla başa çıkabilmede güçlü bir kaynak olduğunu ortaya koymaktadır (Maleckı ve Demaray 2002; Yıldırım 2004; Yardımcı ve Başbakkal 2008). Sosyal destek ve özellikle de aile desteği öğrencilerin akademik başarılarında, okula uyum süreçlerinde, ruh sağlıklarını koruyabilmeleri, sağlıklı karar verebilmeleri, depresyonla ve stresle başa çıkabilmeleri,

olumlu sağlık davranışları kazandırılması gibi durumlarda önemli rol oynamaktadır (Yıldırım 2004)

Adolesanların obeziteden korunma davranışlarında, aile üyelerinin desteğini artırmak ve aile üyelerinden gelen bilinçli ya da bilinç dışı olumsuz etkileri azaltmak akademik başarıda önemli bir faktördür. Başarıda akranların aktif desteği de önemlidir. Yüksek kalorili yiyeceklerin hazırlanması konusundaki ısrar ve obez bireyin çabalarının alay konusu olması, davranış değişikliğinin sürdürülme olasılığını azaltır. Obez adolesanlar uygun kişilerden destek almayı ve zayıflama çabalarını tehdit eden sosyal etkileşimlerle mücadele etmeyi öğrenmek zorundadır (Yardımcı ve Başbakkal 2008; SB [Sağlık Bakanlığı] 2010; Currie ve ark. 2012)

Bu bağlamda, adolesanların sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi obeziteden korunma davranışlarında, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve sürdürülmesinde yol gösterici olacaktır.

### **2.3.9. Adolesanlarda Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar**

Dünyada yaşıyan çocuk ve adolesanların %10-20' si yaygın anksiyete bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları ve post travmatik stres bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır. Amerika'da ruh sağlığı problemi olan 15 milyon çocuk ve adolesan bulunmasına karşın, bunların sadece %35'i tedavi görmektedir (CDC 2014; WHO 2014). Türkiye'de, ailesi düşük ekonomik durumda olan 805 ve 306 adolesan ile yapılan iki çalışmada klinik düzeyde ruhsal / davranışsal sorun oranı sırasıyla %25.8 ve %38.2 bulunmuştur (Erdoğan ve Öztürk 2010; Haney ve ark. 2012).

Fazla kilolu ve obez adolesanlarda normal olanlara oranla; diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi gibi bir çok fizyolojik problemin yanı sıra akademik performans azalması, benlik saygısının azalması ve depresyon gibi psikolojik problemler daha sık görülebilmektedir.

Çalışmalar, obez bireylerde hafif ve orta derecede depresyon, anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve kişilik bozukluklarının sık görüldüğünü saptamıştır (Dallar ve ark. 2006; SB [Sağlık Bakanlığı] 2008; Platt ve ark. 2011; Shin ve Miller 2012).

Psikolojik bozukluklar bazen aşırı iştahsızlık şeklinde olabileceği gibi, bazen de fazla yemeye neden olmaktadır. Hatta, obezite psikiyatrik bir hastalığa da eşlik edebilmektedir. Anne baba arasındaki ilişkiler, ev ortamındaki problemler, arkadaş

edinememe, arkadaş grupları tarafından kabullenmeme, derslerde başarısızlık adolesanın ruhsal dengesini olumsuz yönde etkiler ve beslenme problemlerine yol açabilmektedir (Dallar ve ark 2006; Özgür ve ark. 2008; Currie ve ark. 2012; Shin ve Miller 2012). Bu anlamda, adolesanların psikososyal ve davranışsal sorunlarının fazla yeme ve obezite üzerine etkisi dikkate alınmaktadır.

#### **2.4. OKUL SAĞLIĞI**

Okul, çocuğun evinden sonra hayatında ikinci en etkili ortamdır. Dünya Sağlık Örgütü okul dönemini 5-24 yaş olarak belirlemiştir (WHO, 2014). Okul sağlığı hizmetleri, öğrencilerin ve okul personelinin sağlığını değerlendirmek, öğrencilere ebeveynlere ve diğer ilgililere değerlendirilen bulguların ışığında önerilerde bulunmak, iyileştirilebilir bozuklukların düzeltilmesi konusunda öğrenci ve ebeveynleri yönlendirmek, özürli çocukların belirlenmesine ve eğitimlerine yardımcı olmak, bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek, ani hastalık ve sakatlanmalarda ilk yardım yapmak amacıyla düzenlenmiş faaliyetlerin tümüdür. Okul dönemi geleceğin sağlıklı toplumunu oluşturma bakımından çok önemli bir dönemdir (SB [Sağlık Bakanlığı] 2008).

Okul sağlığı hizmetleri okul çağındaki tüm bireylerin mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, böylece çocukların, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlar. Bu amaçla okul sağlığı ekibi öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için gerekli hizmetleri yürütür (Aksayan 1998).

Okul sağlığı hizmetleri; (1) Öğrencilerin sağlığını tanılamak, (2) Sağlığı geliştiren programlar düzenlemek, (3) Bağışıklama ve bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek, (4) Engelli ve kronik hastalığı olan çocukların sağlık bakımını yönetmek, (5) Ani yaralanma ve hastalanma durumunda ilk yardım hizmetlerini vermek, (6) Okul çevre sağlığını geliştirmek olmak üzere; temel altı alandaki hizmetleri kapsar (Bulduk ve Erdoğan 2005).

Sağlıkla ilgili olumlu davranışların kazandırılması için okul ortamı çok uygundur. Aynı zamanda çocukların bir arada bulunmaları ve sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları daha çok burada kazanmaları bu dönemin önemini daha da artırmaktadır. Kötü beslenme, alkol, uyuşturucu kullanma gibi tehlikeli alışkanlıklar çoğunlukla okul döneminde başlamaktadır. Sağlıklı bir geleceğin oluşmasında okul sağlığı önemli bir rol oynamaktadır (Erci ve ark. 2009).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Araştırmanın amacı, erken adolesanlarda obeziteden korunma davranışlarını ve psikososyal faktörleri TTM' nin değişim aşamalarına göre değerlendirmektir.

Bu çalışmada adolesanların obeziteden korunma davranışları kapsamında “*beslenme*”, “*fiziksel aktivite*” ve “*stres yönetimi*”; psikososyal faktörler kapsamında “*beslenme bilgisi*”, “*beslenme öz-yeterliği*”, “*sosyal destek düzeyi*” ve “*psikososyal ve davranışsal özellikleri*” ele alınmış; adolesana ve ailesine özgü temel özellikler ile ilişkilendirilmiş ve tüm değişkenlerin *TTM*' nin hangi değişim aşamasında etkili olduğu değerlendirilmiştir.

Transteoretik Model'in Davranış Değişim Aşamalarında;

- (1) Adolesanların bireysel farklılıklarını tanımlamak,
- (2) Hangi değişim aşamasında, hangi belirleyicilerin etkili olduğunu öngörmek,
- (3) Adolesanların bir sonraki aşamaya ilerlemelerini sağlayacak etkili girişimler için öneriler geliştirmek amaçlanmıştır.

Araştırmada tanımlayıcı - ilişki arayıcı tasarım tipi kullanılmıştır.

#### 3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Adolesanlara ve ebeveynlere özgü tanımlayıcı özellikler neler?
2. Adolesanların beslenme davranışı değişimi aşamaları nasıl dağılım gösteriyor?
3. Adolesanların beslenme davranışları ne düzeyde, ilişkili değişkenler neler?
4. Adolesanların beslenme bilgileri ne düzeyde, ilişkili değişkenler neler?
5. Adolesanların beslenme öz-yeterlik algıları ne düzeyde, ilişkili değişkenler neler?
6. Adolesanların egzersiz davranışları ne düzeyde, ilişkili değişkenler neler?
7. Adolesanların stres yönetimi davranışları ne düzeyde, ilişkili değişkenler neler?
8. Adolesanların sosyal destek algıları ne düzeyde, ilişkili değişkenler neler?
9. Adolesanların psikososyal ve davranışsal özellikleri ne düzeyde, ilişkili değişkenler neler?

10. Adolesanların bir sonraki beslenme davranışı değişim aşamasını etkileyen demografik, davranışsal ve psikososyal belirleyiciler neler?

### 3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 2014 eğitim öğretim yılında, Uşak İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı üç devlet ortaokulu, bir imam hatip ortaokulu ve bir özel ortaokul olmak üzere beş okulda yapıldı. Çalışma, beş okulun okul idaresi ile işbirliği içinde yürütüldü.

#### Okulların genel özellikleri;

**Devlet Ortaokulu:** Genel olarak orta ve alt sosyo-ekonomik düzeyde olan ailelerin tercih ettiği bir okuldur. **İmam Hatip Ortaokulu:** Genel olarak orta-sosyoekonomik düzeye sahip, muhafazakar ailelerin tercih ettiği bir okuldur. **Özel Ortaokul:** Çoğunlukla üst sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin tercih ettiği bir okuldur. Okula ait spor salonu, açık basket sahası, fitness salonu ve yüzme havuzu bulunmaktadır.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma'nın evrenini Uşak İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı ortaokullarda öğrenim gören 5. Sınıf öğrencileri (N=2993) oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, güç analizi (power analizi) yöntemi ile hesaplanmıştır.

#### Power Örneklem Hesabı

Literatür doğrultusunda, erken dönem adolesanların BKİ gruplarına göre “aktif aktivite” yapma oranları arasında öngörülen %6,4'lük farkı anlamlı bulmak amacıyla, Tip 1 hata miktarı 0.05, testin gücü 0.80 iken ( $\alpha= 0.05$ ,  $1-\beta= 0,80$ ) minimal örneklem büyüklüğü 380 olgu olarak hesaplanmıştır (Polit ve ark. 2001; Le 2003; Moyé 2006) . Çalışma sürecinde araştırma formlarının eksik yanıtlanmasından kaynaklanan kayıplar olabileceği dikkate alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden 530 adolesana ve 530

veliyeye ulaşılması hedeflenmiş ve bu sayıya ulaşana kadar veri toplama süreci srdrlmştir (**Tablo 3-1**).

Adolesanların beslenme, egzersiz ve stres ile başetme davranışları ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir (Frenn ve Malin 2003). Bu nedenle örneklem tabakaları; devlet, imam hatip ve özel ortaokul olmak üzere üç farklı okuldan oluşturulmuştur. Araştırma evreninden olasılıklı örnekleme yöntemlerinden “Tabakalı Rastgele Örnekleme” yöntemi ile seçilen 530 öğrenci alınmıştır.

Bu kapsamda, devlet ortaokulundan 380, imam hatip ortaokulundan 115 ve özel ortaokuldan 35 öğrenci örnekleme alınmıştır. Tabakalardan öğrencilerin seçimi için, basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Devlet ortaokulları örnekleme, nüfus yapısının hareketli olduğu, farklı sosyo-ekonomik özelliklerde ailelerin bulunduğu 19 ortaokul arasından seçilen 3 okulun 380 öğrencisi ve 380 ebeveyni ile oluşturulmuştur. İmam Hatip ortaokulu örnekleme, 2 okuldan seçilen 115 öğrenci ve 115 ebeveyn; özel ortaokul örnekleme ise, 2 özel okul arasından aynı yöntemle seçilen 35 öğrenci ve 35 ebeveyn ile oluşturulmuştur (**Tablo 3-1**). Tabakalara giren örneklem sayıları, formların eksik yanıtlanmasından kaynaklanan kayıplar nedeniyle, devlet ortaokulu örneklem sayısı 420’den 380’e düşmüştür.

**Tablo 3-1:Okullara Göre Öğrencilerin Dağılımı**

Tabaka Numarası	Okulun Türü	Öğrenci Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Girmesi Planlanan Öğrenci sayısı	Örnekleme Alınan Öğrenci Sayısı
1	Devlet Ortaokulu (19)	2515	$2515/2993=0.84$	$0.84*500=420$	380
2	İmam Hatip Ortaokulu (2)	348	$348/2993=0.11$	$0.11*500=55$	115
3	Özel Ortaokul (2)	130	$130/2993=0.05$	$0.05*500=25$	35
<b>TOPLAM</b>		<b>2993</b>	<b>1.0</b>	<b>500</b>	<b>530</b>

**Örnekleme dahil edilme kriterleri;**

- 10-13 yaş grubunda,
- Herhangi bir kronik sağlık sorunu bulunmayan,
- Uzun süreli ilaç tedavisi almayan,
- Herhangi bir fiziksel ya da zihinsel engeli bulunmayan adolesanlar seçildi.

**3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ****Bağımlı Değişkeni TTM'nin Değişim Aşamaları**

**Bağımsız Değişkenler:** Demografik Değişkenler, Beslenme bilgisi, Beslenme davranışları, Beslenme Öz-yeterlik algısı, Egzersiz davranışları, Stres yönetimi, Sosyal destek algısı, Psikososyal ve davranışsal özelliklerdir. **Tablo 3-2'**de araştırmanın değişkenleri, bileşenleri ve ölçüm araçları gösterilmiştir.

**Tablo 3-2:Araştırmanın Değişkenleri, Bileşenleri ve Ölçüm Araçları**

<b>Değişkenler</b>	<b>Bileşenler</b>	<b>Ölçüm Araçları</b>
<b>Bağımlı Değişkenler</b>		
TTM Değişim Aşamaları	(1) Düşünmeme, (2) Düşünme, (3) Hazırlık (4) Hareket (5) Devam Ettirme	Beslenme Değişim Aşamaları Ölçeği (10dk)
<b>Bağımsız Değişkenler</b>		
Demografik özellikler	Adolesana ait Özellikler (Cinsiyet, Yaş, Hastalık Durumu)	Aile Soru Formu
	Aileye ait Özellikler – Ailede birey sayısı, Ailenin Sosyal Güvence Durumu, Ailenin Gelir Durumu Algısı, Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi, Ebeveynlerin BKİ)	Aile Soru Formu
<b>Beslenme Davranışları</b>	Adolesanların Beslenme alışkanlığı	Beslenme Davranış Ölçeği (10 dk)
<b>BKİ Sonuçları</b>	Yaşa göre boy ve kilo durumu – BKİ	Antropometrik Ölçümler
<b>Beslenme Öz-Yeterliliği</b>		Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği (10dk)
<b>Egzersiz Davranışları</b>		Egzersiz Davranışları Ölçeği (10dk)
<b>Stres Yönetimi</b>		Stres Yönetimi Ölçeği (10 dk)
<b>Sosyal Destek Algısı</b>		Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği (20dk)
<b>Psikososyal İyilik Düzeyi</b>		Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi-17



### 3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, **Tablo 3-2**'de belirtilen ölçüm araçları kullanılarak elde edildi.

#### 3.6.1. Beslenme Değişim Aşamaları Ölçeği

Ölçek Jennifer DiNoia ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır (Kadioğlu ve ark. 2014).

TTM'nin çekirdek yapısını oluşturan değişim aşamaları beş seçenekli tek bir sorudan oluşmaktadır. Günde 5 porsiyon sebze meyve tüketenlerin ne kadar süre ile bunu yaptıkları (bir ay veya altı ay), tüketmeyenlerin ise bu konudaki başlama niyeti ve zamanını değerlendirir.

Aşamalar;

1. Değişimi Düşünmeme: Günde 5 porsiyon sebze meyve yemiyorum, gelecek bir ay içinde de yemeyi **düşünmüyorum**.

2. Düşünme: Günde 5 porsiyon sebze meyve yemiyorum, fakat gelecek altı ay içinde yemeyi **düşünüyorum**.

3. Hazırlık: Günde 5 porsiyon sebze meyve yemiyorum, fakat gelecek **bir ay içinde yemeyi düşünüyorum**.

4. Hareket: Günde 5 porsiyon sebze meyveyi **bir aydan beri yiyorum**.

5. Devam Ettirme: Günde 5 porsiyon sebze meyveyi **altı aydan daha uzun süredir yiyorum (Ek-1)**.

#### 3.6.2. Aile Soru Formu- ASF

*Çocuğa ait Özellikler* – Cinsiyet, Yaş, Hastalık Durumu, Ailede Birey Sayısı ile; *Aileye ait Özellikler* – Aile Yapısı, Sosyal Güvence Durumu, Gelir Durumu Algısı, Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi, Ebeveynlerin Kilo ve Boy değerleri, Aile Bireyleri ile İlgili Sağlık Algısı ile değerlendirildi. Form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu (Farrand ve Cox 1993; Robinson ve Thomas 2004; Haney ve Erdoğan 2013;). Aile Soru Formu çalışmayı kabul eden ebeveynler tarafından tamamlandı (**Ek- 2**).

### 3.6.3. Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği- ABEB

Adolesan Beslenme Bilgi (ABEB) ölçeği Melnyk ve Small 2003b tarafından adolesanların besin seçimi, porsiyon büyüklüğü, yeme alışkanlıkları gibi beslenme ile ilgili bilgi düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 20 maddeden oluşan ölçeğin her bir sorusu "evet", "hayır" ve "bilmiyorum" şeklinde yanıtlanmaktadır (**Ek-3**). Ölçek maddeleri Evet (1), Hayır (0), Fikrim yok (2) şeklinde puanlanmaktadır. Sonuç skor doğru cevap olarak çıkmakta ve 1-20 arasında değer almaktadır. Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ardıç ve Esin (2015a) tarafından yapılmıştır. Yaş grubu 12-14 olan 236 öğrenci ile yapılan çalışmada ölçeğin kavram geçerliği (Content Validity Index - CVI) 0,97; Cronbach alfa katsayısı 0,84 madde; toplam puan korelasyonları ise 0,24 ile 0,61 arasında bulunmuştur. Bu çalışmanın örneklemini için hesaplanan Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği iç tutarlılık katsayısı / cronbach alfa değeri 0.70 olarak bulunmuştur.

### 3.6.4. Beslenme Davranış Ölçeği - BDÖ

Beslenme Davranış Ölçeği çocukların çok yağlı/ tuzlu besin seçeneklerine karşın az yağlı/ tuzlu yiyecek tüketme alışkanlığını ölçmek için geliştirilmiştir (Parcel ve ark. 1995). Çocukların kalp sağlığını geliştirici (az yağlı ve az tuzlu) besin tüketme alışkanlıklarını ölçer. Çocuklara karşılaştırılabilir besinler gösterilerek iki besin arasından hangisini daha çok (sık) yediği sorulur. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması sağlıklı beslenme alışkanlığını gösterir. Ölçek maddeleri sağlıksız besin için -1, sağlıklı besin için +1 değer almaktadır, toplam puanı -14, +14 arasındadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Haney ve Erdoğan (2013) tarafından yapılmış ve Türk çocukları tarafından kullanılabilmesi gösterilmiştir (Content Validity Index - CVI 0,96; internal consistency 0,68; test-retest reliabilities for a 3-week interval 0,74 respectively) (Haney ve Erdoğan 2013) (**Ek-4**). Bu çalışmanın örneklemini için hesaplanan BDÖ iç tutarlılık katsayısı / cronbach alfa değeri 0,63 olarak bulunmuştur.

### 3.6.5. Antropometrik Ölçümler

Adolesanların boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından beden eğitimi dersinde sınıflarda gerekli aletler (taşınabilir hassas elektronik tartı ve stadyometre) sağlanarak yapılmıştır. Adolesanların vücut ağırlığı, ayakkabı ve fazla olan kıyafetlerini çıkarması istenerek spor kıyafetleriyle ölçülmüştür. Bulunan değer en yakın 0,1'lik değere yuvarlanmıştır. Boy uzunluğu ölçümü, ayakkabısız, sırt stadyometreye gelecek şekilde, topuklar birbirine bitişik, omuzlar gevşek, kollar yanda olacak pozisyonda yapılmıştır. Adolesanların boy uzunluğu ölçümünde bulunan değer en yakın 0.1 cm'lik değere yuvarlanmıştır. Ölçülen boy ve kilo değerleri kaydedilmiştir. Beden Kütle İndeksi hesaplaması için CDC'nin çocuk ve gençlere yönelik, yaşa ve cinsiyete özgü BKİ hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Beden Kütle İndeksi değeri; “zayıf= <5. Persentil”, “normal= 5.- 85. Persentil arasında”, “fazla kilolu=85.-95. persentil arasında” ve “obez = >95. Persentil” olarak değerlendirilmiştir ([http://www.cdc.gov/growthcharts/html\\_charts/bmiagerev.htm#males](http://www.cdc.gov/growthcharts/html_charts/bmiagerev.htm#males)).

### 3.6.6. Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği -ÇBÖÖ

Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği (ÇBÖÖ) çocukların sağlıklı yiyecek seçimleri konusunda kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini, diğer bir ifade ile, içsel bu konudaki motivasyonlarını ölçmek için kullanılır. Ölçek, Amerikan toplumu için geliştirilen CATCH (Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health) HBQ (Health Behavior Questionnaire) ölçeklerinden biridir. Health Behavior Questionnaire, Amerika'da dört eyalette (California, Louisiana, Minnesota ve Teksas) toplam 96 okuldan 600'in üzerinde çocuktan elde edilen veriler ile oluşturulmuştur (Edmundson ve ark. 1996a). Ölçekte bulunan yiyecekler bu yaş grubundaki çocuklar tarafından sıkça tüketilen yiyecekler arasından seçilmiştir. Ölçek çocukların yağlı ve tuzlu yiyecek seçeneklerine rağmen daha az yağlı ve az tuzlu yiyecekleri seçebilmelerini sağlayan özgüveni ölçmektedir. On beş maddeden oluşan ölçek üçlü likert tipinde, tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Ölçek maddeleri -1, +1 puan aralığında (-1: emin değilim, 0: biraz eminim, +1: çok eminim) değer almaktadır, toplam puanı -15, +15 arasındadır (Haney ve Erdoğan 2013). Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması yüksek öz-yeterlik değerini göstermektedir. Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği'nin uzman görüşlerine göre Kapsam Geçerlilik İndeksi: 0.90 ve ön uygulamada, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (cronbach alfa): 0.79 bulunmuştur. Güvenirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alfa

değeri ( $\alpha$ ): 0.70 bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları ( $r$ ): 0.31-0.54 arasında değer almış ve test tekrar test güvenilirliği ( $r$ ): 0.68 bulunmuştur (**Ek-5**). Bu çalışmanın örneklemini için hesaplanan Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği iç tutarlılık katsayısı / cronbach alfa değeri 0,77 olarak bulunmuştur.

### 3.6.7. Egzersiz Davranışları Ölçeği -EDÖ

Egzersiz Davranışları Ölçeği, Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği'nin toplam 40 maddeden oluşan yedi alt-grubundan biridir. Altı maddeden oluşan fiziksel aktivite ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları Ardıç ve Esin (2015a) tarafından yapılmıştır. Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ölçek her bir madde için dördümlü Likert tipte yanıtlamayı gerektirir. "Asla" için 1, "Bazen" için 2, "Sık sık" için 3 ve "Her Zaman" için 4 puan verilir.

Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizleri Ardıç ve Esin (2015a) tarafından yapılmıştır. Total ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,87, altboyutların ise 0,58 ile 0,77 arasında bulunmuştur. Test tekrar test korelasyonu 0,80, madde toplam puan korelasyonları ise 0,18 ile 0,53 arasındadır. Kapsam geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiş ve yüksek uyum iyiliği değerleri ( $\chi^2/df=1,93$ , GFI= 0,92, CFI= 0,90, AGFI= 0,90, RMSEA= 0,060,  $\chi^2/df=91$ ,  $p= 0,00$ , SRMR= 0,060) bulunmuştur (Ardıç ve Esin 2015a). (**Ek-6**). Bu çalışmanın örneklemini için hesaplanan Egzersiz Davranışları Ölçeği iç tutarlılık katsayısı / cronbach alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur.

### 3.6.8. Stres Yönetimi Ölçeği

Stres Yönetimi Ölçeği, Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği'nin toplam 40 maddeden oluşan yedi alt-grubundan biridir. Beş maddelik dördümlü Likert tipindeki Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ölçek her bir madde için dördümlü Likert tipte yanıtlamayı gerektirir. "Asla" için 1, "Bazen" için 2, "Sık sık" için 3 ve "Her Zaman" için 4 puan verilir (Ardıç ve Esin 2015a).

Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizleri Ardıç ve Esin (2015a) tarafından yapılmıştır. Cronbach alpha katsayıları total ölçeğin 0,87, alt boyutların ise 0,58 ile 0,77 arasında bulunmuştur. Test tekrar test korelasyonu 0,80, madde toplam puan korelasyonları ise 0,18 ile 0,53 arasındadır. Kapsam geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiş ve yüksek uyum iyiliği değerleri  $\chi^2/df=1,93$ ,

GFI= 0,92, CFI= 0,90, AGFI= 0,90,  $\chi^2=176,05$ ,  $df=91$ ,  $p= 0,00$ , ( RMSEA= 0,060, SRMR= 0,060) bulunmuştur (Ardıç ve Esin 2015a). **(Ek-7)**. Bu çalışmanın örneklemini için hesaplanan Stres Yönetimi Ölçeği iç tutarlılık katsayısı / cronbach alfa değeri 0.59 bulunmuştur.

### 3.6.9. Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği - ÇESDÖ

Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği, çocuk ve ergenlerin algıladığı sosyal desteği ölçmek amacıyla Malecki ve Demaray tarafından (1999) geliştirilmiştir. Çocukların ve ergenlerin algılanan sosyal desteklerini ölçmede kullanılabileceği kanıtlanmıştır. Ölçek 5 alt gruptan (annem, babam, sınıf arkadaşlarım, yakın arkadaşlarım ve öğretmenlerim ), toplam 60 maddeden oluşmuştur. Her alt grubu bağımsız olarak kullanılabilen bu ölçek likert tipte puanlanır, “sıklık” ve “önemlilik” düzeyinde değerlendirilir. Bu çalışmada ölçeğin 4 alt grubu olan "anne", "baba", "sınıf arkadaşları" ve "yakın arkadaş" desteği değerlendirilmiştir. Sıklık puanlaması 1 (Hiçbir zaman), 2 (Nadiren), 3 (Bazen), 4 (Çoğunlukla), 5 (Hemen her zaman), 6 (Her zaman); Önemlilik puanlaması ise, 1 (Önemli değil), 2 (Önemli), 3 (Çok önemli) 3'lü Likert tipte ölçeklerdir. Bu Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Yardımcı ve Başbakkal (2008) tarafından yapılmış ve Türk toplumu tarafından kullanılabileceği gösterilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı, sıklık bölümü için 0.96, önem bölümü için 0.95 bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test katsayısı sıklık bölümü için 0.80, önem bölümü için 0.72 dir (Yardımcı ve Başbakkal 2008) **(Ek- 8)**.

Bu çalışmanın örneklemini için hesaplanan Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği iç tutarlılık katsayısı / cronbach alfa değeri sıklık bölümü için 0.95, önem bölümü için 0.94 olarak bulunmuştur.

### 3.6.10. Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi -PSC-17

Ölçek çocukluk çağındaki (6-16 yaş) psikososyal problemlerin erken tanısı için kullanılır (Gardner ve ark. 1999; Gardner ve ark. 2004). Ölçek maddeleri ebeveynler tarafından yanıtlanarak yapılan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Erdoğan ve Öztürk (2011) tarafından yapılmıştır. On yedi maddelik bu ölçeğin Türkçe iç tutarlılığı 0,81, test-tekrar test güvenirliği 0,72'dir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Her bir madde için “Doğru Değil/ Asla”= 0, “Bazen ya da Biraz Doğru”=1, “Çok ya da Sıklıkla Doğru”=2 puan verilerek toplam puan elde edilir. Ölçekten elde edilen en yüksek puan

34, en düşük puan ise 0'dır, Türk çocukları için kesme değeri 12 bulunmuştur (sensitivity=,81; specificity=,86). Çocuğun PSC-17 formundan 12 ve üzerinde ( $\geq 12$ ) puan alması duygusal ve davranışsal problemler yönünden risk altında olduğunu gösterir (Erdoğan ve Öztürk 2011) (**Ek-9**). Bu çalışmanın örneklemini için hesaplanan PSC- 17 iç tutarlılık katsayısı/cronbach alfa değeri ise 0,80 olarak bulunmuştur.

**Tablo 3-3'** de bu çalışmada kullanılan ölçeklerden 530 olgunun aldıkları puan ortalamaları standart sapma ve minimum ve maksimum değerlerinin dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 3-3:Çalışmada Kullanılan Ölçek Puan ve Sınıflama Dağılımları (N=530)**

<b>Ölçekler</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği</b>		
<i>Anne-Sıklık</i>	59,24±9,63	25-72
<i>Anne-Önem</i>	31,86±3,90	18-36
<i>Baba-Sıklık</i>	59,04±11,25	13-72
<i>Baba-Önem</i>	31,88±4,22	12-36
<i>Sınıf Arkadaşı-Sıklık</i>	48,84±13,98	12-72
<i>Sınıf Arkadaşı-Önem</i>	29,27±5,39	12-36
<i>Yakın Arkadaş-Sıklık</i>	58,22±11,87	14-72
<i>Yakın Arkadaş-Önem</i>	31,48±4,81	12-36
<b>Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği</b>	10,45±3,44	1-20
<b>Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği</b>	5,14±5,39	-15-15
<b>Stres ile baş etme Ölçeği</b>	15,87±2,64	7-20
<b>Egzersiz Davranışları Ölçeği</b>	17,46±3,73	6-24
<b>Beslenme Davranış Ölçeği</b>	3,69±5,33	-12-14
<b>Psikososyal ve Davranışsal Özellikleri Ölçeği</b>	7,78±4,99	0-30
<b>Psikososyal ve Davranışsal Özellikleri Ölçeği</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<12 Puan(Normal)	415	78,3
$\geq 12$ Puan(Duygusal-Davranışsal Risk)	115	21,7

### 3.7. ETİK KONULAR

- Araştırma için bilimsel etik kurul onayı alındı (**Ek-10**).
- Çalışmanın sürdürüleceği okullarda uygulama yapılabilmesi için Uşak İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve okul yönetimlerinden kurum izni alındı (**Ek-11**).
- Veri toplamadan önce ailelerden yazılı izin belgesi istendi. İzin belgesinde ailelere araştırmanın amacı, araştırma süreci açıklanarak, elde edilen bilgilerin gizli kalacağı ve başka yerde kullanılmayacağı belirtildi. Belgeyi onaylayan aileler ve çocukları araştırmaya dahil edildi.
- Çocuklara araştırmanın amacı, araştırma süreci anlayabilecekleri şekilde açıklandı. Katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu, istedikleri takdirde araştırmadan ayrılacakları belirtildi.

Araştırmanın başında ailelere araştırmanın kısaca amacı, araştırma süreci, elde edilen bilgilerin gizli kalacağı ve başka yerde kullanılmayacağını belirten “*Aile İzin Formu*” gönderilmiştir (**Ek-12**). Formu onaylayan aileler ve çocukları araştırmaya dahil edilmişlerdir. Ayrıca araştırmaya katılan tüm öğrencilere çalışmanın amacı, içeriği, nasıl sürdürüleceği, istedikleri zaman rahatlıkla çalışmadan ayrılacakları, alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmış, merak ettikleri sorular yanıtlanarak sözlü onamları alınmıştır.

### 3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

- Araştırmanın uygulandığı okulların 5. sınıf öğretmenleri ile tanışıldı, çalışmanın amacı ve süreci anlatıldı. Ölçeklerin doldurulması için her sınıfın öğretmeni ile uygun ders saati belirlendi.
- Öğrencilerden, “Beslenme Değişim Aşamaları Ölçeği”, “Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği”, “Beslenme Davranış Ölçeği”, “Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği”, “Egzersiz Davranışları Ölçeği”, “Stres Yönetimi Ölçeği” ve “Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği”, kullanılarak veri toplandı. Tüm ölçeklerin tamamlanması her öğrenci için farklı günlerde planlanan 2 ders saati yaklaşık 80 dk. sürdü. Öğrenciler birbirlerinden etkilenmeyecek şekilde oturtuldu, gerekli açıklamalar yapıldı. Soru sormalarına izin verildi. Araştırmaya katılan öğrencilere çalışma sonunda örnek oldukları ve katkıları nedeniyle kutlama yapıldı.

- Ölçüm araçlarıyla elde edilen veriler tamamlandıktan sonra araştırmaya katılan öğrencilerin boy ve kiloları ölçülerek kayıt edildi.
- Ailelere tamamlamaları için “Aile Soru Formu” ve “Psikososyal Davranış Sorunları Kontrol Listesi-PSL” formları kapalı zarf usulü ile gönderildi.

### **3.9. VERİLERİN ANALİZİ ve DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen bulguların istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 programı kullanıldı. Çalışmanın verilerini değerlendirmek için tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, ortanca, sayı, yüzde); Gruplar arasındaki farkın test edilmesi için bağımsız örneklem t testi ve ANOVA (varyans) analizi; İki değişken arasındaki ilişki düzeyi için Pearson korelasyon testi kullanıldı. Adolesanların beslenme değişim aşamalarını etkileyen bağımsız faktörlerin belirlenmesi için ise çok değişkenli Multinomial lojistik regresyon analizinden yararlandı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık ise  $p < 0,05$  altında değerlendirildi.



## 4. BULGULAR

Bulgular beş başlık altında gruplandırılarak incelenmiştir.

### 4.1. ADOLESANLARA VE AİLELERİNE ÖZGÜ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

### 4.2.ADOLESANLARIN BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ AŞAMALARI VE TEMEL DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ

### 4.3.ADOLESANLARDA OBEZİTEYİ ÖNLEYEN DAVRANIŞSAL VE PSİKOSOSYAL BELİRLEYİCİLER

### 4.4.ADOLESANLARDA OBEZİTEYİ ÖNLEYEN DAVRANIŞSAL VE PSİKOSOSYAL BELİRLEYİCİLERİN AİLE ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

### 4.5.ADOLESANLARDA BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ AŞAMALARINI ETKİLEYEN BELİRLEYİCİLER: MULTİNOMİNAL LOJİSTİK REGRESYON ANALİZ SONUÇLARI

### 4.1. ADOLESANLARA VE AİLELERİNE ÖZGÜ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

Bu bölümde çalışma gurubunu oluşturan adolesanların ve ailelerinin temel özellikleri gösterildi (**Tablo 4-1**).

Bulgulara göre, çalışmaya katılan 530 adolesanın ortalama yaşı  $10,85 \pm 0,53$  ve yaş aralığı 10-12 arasında değişmekte idi. Adolesanların % 50,9'u erkek, % 49,1'i kız, BKİ'e göre % 4,7'si düşük, % 65,3'ü normal ve % 30'u fazla tartılı ve obez bulundu.

Ailelerin %96,4'ünün evli ve birlikte olduğu, % 92,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %23'ünün gelirinin giderinden az, % 67,5'inin gelirinin giderine denk, % 9,4'ünün gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi. Ayrıca, ailelerin % 72,3'ü 4 ve altı, % 26'sı 5-6 ve % 1,7'si 7 ve üzeri kişiden oluşmakta idi.

Annelerin % 57,2'si ilköğretim, % 20,8'i lise, % 22,1'i üniversite mezunu iken, babaların % 39,2'si ilköğretim, % 30,8'i lise, % 30'u üniversite mezunudur. Anneler, BKİ değerlerine göre, % 36,8'i fazla kilolu ve % 17,2'si obez; babalar % 49,1'i fazla kilolu ve % 19,4'ü ise obez bulundu.

**Tablo 4-1: Adolesanların ve Ailelerin Demografik Özellikleri (N=530)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Kategori</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Çocuğun Yaşı</b>	10	120	22,6
	11	369	69,6
	12	41	7,7
	<b>Ort±SS(Aralık)</b>	10,85±0,53(10-12)	
<b>Cinsiyet</b>	Kız	260	49,1
	Erkek	270	50,9
<b>BKİ-Çocuk</b>	Düşük	25	4,7
	Normal	346	65,3
	Fazla Tartılı ve obez	159	30,0
	<b>Ort±SS(Aralık)</b>	18,84±3,55(11,97-29,82)	
<b>Aile Kişi Sayısı</b>	≤4	383	72,3
	5-6	138	26,0
	≥7	9	1,7
<b>Aile Tanımı</b>	Evli-Birlikte	511	96,4
	Boşanmış-Ölü	19	3,6
<b>Sosyal Güvence</b>	Var	491	92,6
	Yok	39	7,4
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir Giderden Az	122	23,0
	Gelir Gidere Denk	358	67,5
	Gelir Giderden Fazla	50	9,4
<b>Anne Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	303	57,2
	Lise	110	20,8
	Üniversite	117	22,1
<b>Baba Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	208	39,2
	Lise	163	30,8
	Üniversite	159	30,0
<b>BKİ-Anne</b>	Zayıf	10	1,9
	Normal	234	44,2
	Kilolu	195	36,8
	Obez	91	17,2
	<b>Ort±SS(aralık)</b>	26,10±4,33(16,53-44,44)	
<b>BKİ-Baba</b>	Normal	167	31,5
	Kilolu	260	49,1
	Obez	103	19,4
	<b>Ort±SS(aralık)</b>	27,05±3,62(16,72-42,25)	

Tablo 4-2’de ebeveynlerin kendilerini ve çocuğunun sağlık durumunu nasıl algıladıkları/ tanımladıkları gösterildi.

Ebeveyne göre, annelerin yaklaşık % 81’i, babaların % 86’sı ve çocukların % 93’nün sağlık durumları iyi ve mükemmel olarak tanımlandı. Puan ortalamaları (1-4 arasında) sırasıyla,  $3,00 \pm 0,64$ ;  $3,09 \pm 0,63$  ve  $3,30 \pm 0,61$  bulundu.

**Tablo 4-2:Ebeveynlere Göre Aile ve Çocuğun Sağlık Durumu (N=530)**

Sağlık Durumu	Anne		Baba		Çocuk	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kötü	3	0,6	5	0,9	2	0,4
Orta	98	18,5	67	12,6	36	6,8
İyi	323	60,9	332	62,6	293	55,3
Mükemmel	106	20,0	126	23,8	199	37,5
<b>Ort±SS (Aralık)</b>	$3,00 \pm 0,64(1-4)$		$3,09 \pm 0,63(1-4)$		$3,30 \pm 0,61(1-4)$	

#### 4.2. ADOLESANLARIN BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ AŞAMALARI VE TEMEL DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ

Bu bölümde Transteoretik Model (TTM)’e göre, adolesanların davranış değişim aşamaları incelendi ve temel değişkenlere göre değerlendirildi. Transteoretik Model’e göre, adolesanların % 4,5’i beslenme davranışlarını değiştirmeyi “Düşünmüyor”, % 6’sı “Düşünüyor”, % 23’ü “Değiştirmeye Hazır”, % 22,5’i “Hareket aşamasında” ve % 44’ü “Sürdürme” aşamasında olduğunu belirtti ( **Tablo 4-3**).

**Tablo 4-3: Adolesanların Transtheoretical Model’e Göre Beslenme Davranış Değişimi Aşamaları (N=530)**

TTM Değişim Aşamaları	n	%
Düşünmeme	24	4,5
Düşünme	32	6,0
Hazırlık	122	23,0
Hareket	119	22,5
Sürdürme	233	44,0

**Tablo 4-4'de** çalışmaya katılan adolesanların cinsiyet, yaş ve BKİ değerlerine göre TTM'nin hangi değişim aşamasında oldukları gösterildi.

Bulgulara göre, adolesanların, davranış değişimi için hazır olma niyetleri cinsiyete, yaşa ve BKİ değerlerine göre değişmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-4: Adolesanların Temel Özelliklerinin Beslenme Davranış Değişim Aşamaları İle İlişkisi (N=530)**

Değişkenler	Düşünmeme		Düşünme		Hazırlık		Hareket		Sürdürme		X <sup>2</sup> /F	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>												
Kız	12	50,0	11	34,4	57	46,7	51	42,9	129	55,4	8,575*	0,073
Erkek	12	50,0	21	65,6	65	53,3	68	57,1	104	44,6		
<b>Yaş</b>												
10	4	16,7	8	25,0	25	20,5	30	25,2	53	22,7	8,629*	0,375
11	19	79,2	18	56,3	86	70,5	81	68,1	165	70,8		
12	1	4,2	6	18,8	11	9,0	8	6,7	15	6,4		
<b>BKİ-Adolesan</b>												
Düşük	2	8,3	1	3,1	6	4,9	7	5,9	9	3,9	6,065*	0,640
Normal	14	58,3	22	68,8	74	60,7	85	71,4	151	64,8		
Fazla Tartılı ve obez	8	33,3	9	28,1	42	34,4	27	22,7	73	31,3		
Ort±SS	19,16±3,75		18,63±2,35		19,34±4,15		18,34±3,46		18,82±3,35		1,288**	0,274

\*Kİ-Kare Testi,  $p>0,05$ ; \*\*ANOVA (Varyans) Analizi,  $p>0,05$

**Tablo 4-5'de**, adolesanların değişim aşamalarına göre, aile özelliklerinin dağılımı gösterildi. Bulgular, adolesanların beslenme davranış değişimi aşamalarının ailenin sosyo-demografik özelliklerine ve anne ve babanın BKİ değerlerine göre değişmediğini gösterdi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-5: Adolesanların Beslenme Davranış Değişim Aşamaları İle Aile Özellikleri Arasındaki İlişki**

	Düşünmeme		Düşünme		Hazırlık		Hareket		Sürdürme		X <sup>2</sup> /F	P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Aile Kişi Sayısı</b>												
≤4	16	66,7	21	65,6	87	71,3	84	70,6	175	75,1	3,556*	0,895
5-6	8	33,3	10	31,3	33	27,0	32	26,9	55	23,6		
≥7	0	0,0	1	3,1	2	1,6	3	2,5	3	1,3		
<b>Aile Tanımı</b>												
Evli-Birlikte	24	100,0	29	90,6	117	95,9	115	96,6	226	97,0	4,334*	0,363
Boşanmış-Ölü	0	0,0	3	9,4	5	4,1	4	3,4	7	3,0		
<b>Sosyal Güvence</b>												
Var	21	87,5	29	90,6	115	94,3	111	93,3	215	92,3	1,708*	0,789
Yok	3	12,5	3	9,4	7	5,7	8	6,7	18	7,7		
<b>Gelir Durumu</b>												
Gelir Giderden Az	7	29,2	5	15,6	28	23,0	30	25,2	52	22,3	4,309*	0,828
Gelir Gidere Denk	14	58,3	22	68,8	83	68,0	81	68,1	158	67,8		
Gelir Giderden Fazla	3	12,5	5	15,6	11	9,0	8	6,7	23	9,9		
<b>Anne Eğitim Durumu</b>												
İlköğretim	13	54,2	13	40,6	73	59,8	77	64,7	127	54,5	0,011*	0,918
Lise	5	20,8	14	43,8	19	15,6	24	20,2	48	20,6		
Üniversite	6	25,0	5	15,6	30	24,6	18	15,1	58	24,9		
<b>Baba Eğitim Durumu</b>												
İlköğretim	10	41,7	8	25,0	45	36,9	55	46,2	90	38,6	6,882*	0,549
Lise	9	37,5	11	34,4	39	32,0	33	27,7	71	30,5		
Üniversite	5	20,8	13	40,6	38	31,1	31	26,1	72	30,9		
<b>BKİ-Anne</b>												
Zayıf	1	4,2	0	0,0	2	1,6	1	0,8	6	2,6	11,844*	0,458
Normal	13	54,2	14	43,8	54	44,3	53	44,5	100	42,9		
Kilolu	8	33,3	10	31,3	38	31,1	44	37,0	95	40,8		
Obez	2	8,3	8	25,0	28	23,0	21	17,6	32	13,7		
<b>Ort±SS</b>	<b>24,53±3,86</b>		<b>27,06±4,94</b>		<b>26,49±4,48</b>		<b>26,37±4,40</b>		<b>25,78±4,14</b>		<b>1,869**</b>	<b>0,114</b>
<b>BKİ-Baba</b>												
Normal	6	25,0	11	34,4	35	28,7	42	35,3	73	31,3	4,587*	0,801
Kilolu	12	50,0	13	40,6	67	54,9	53	44,5	115	49,4		
Obez	6	25,0	8	25,0	20	16,4	24	20,2	45	19,3		
<b>Ort±SS</b>	<b>27,24±3,59</b>		<b>27,04±4,41</b>		<b>26,99±3,39</b>		<b>27,18±3,94</b>		<b>26,99±3,49</b>		<b>0,073**</b>	<b>0,990</b>

Ki Kare Testi, p&gt;0,05; \*\*ANOVA (Varyans) Analizi, p&gt;0,05

### 4.3. ADOLESANLARDA OBEZİTEYİ ÖNLEYEN DAVRANIŞSAL VE PSİKOSOSYAL BELİRLEYİCİLER

Bu bölümde, obeziteyi önleyen davranışsal ve psikososyal değişkenler kapsamında adolesanların “*Beslenme Bilgisi*”, “*Beslenme Davranışları*”, “*Beslenme Öz-yeterliliği*”, “*Egzersiz Davranışları*”, “*Stres Yönetimi*”, “*Sosyal Destek düzeyi*” ve “*Psikososyal ve Davranışsal Sorunları*” ele alındı ve yaş, cinsiyet ve BKİ değerlerine göre incelendi.

**Tablo 4-6’da** adolesanların *beslenme bilgi puanı* ortalaması BKİ sınıflamasına göre değerlendirildi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testine göre, fazla tartılı ve obez ( $11,31\pm 2,95$ ) adolesanların beslenme bilgi puanı, normal kilolu ( $10,06\pm 3,01$ ) olanlara göre daha yüksek idi. Yanısıra, adolesanların BKİ’leri yükseldikçe, beslenme bilgi puanı ortalaması anlamlı olarak arttı ( $r=0,169$ ;  $p<0,001$ ).

**Tablo 4-6: Adolesan Beslenme Bilgi Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Beslenme Bilgi Düzeyi				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Adolesan Yaşı	10	10,05	3,08			-
	11	10,62	3,05			
	12	10,05	2,81	1,997*	0,137	
	Yaş/ABBÖ			r=0,037***	0,398	
Cinsiyet	Kız	10,51	3,01			-
	Erkek	10,39	3,08	0,435**	0,664	
BKİ-Adölesan	Düşük <sup>c</sup>	10,28	3,12			d<e
	Normal <sup>d</sup>	10,06	3,01			
	Fazla Tartılı ve obez <sup>e</sup>	11,31	2,95	9,534*	<0,001	
	BKİ/ ABBÖ			r=0,169***	<0,001	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*r:Pearson korelasyon testi; ABBÖ: Adolesan beslenme bilgi ölçeği

**Tablo 4-7'de** adolesanların *beslenme davranışları puan ortalaması* ile BKİ arasındaki ilişki incelendi ve anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testine göre, fazla tartılı ve obez adolesanların beslenme davranış puan ortalaması ( $4,62\pm 5,48$ ), zayıf ve normal kilolu olanlara ( $3,28\pm 5,38$  ve  $3,29\pm 5,21$ ) göre yüksek idi ( $p=0,032$ ). Nitekim, adolesanların BKİ'leri arttıkça, beslenme davranışları puan ortalaması da arttı ( $r=0,138$ ;  $p=0,001$ ). Ayrıca, kız adolesanların *beslenme davranışları puan ortalaması* ( $4,33\pm 5,29$ ), erkeklerin puan ortalamasından ( $3,07\pm 5,30$ ) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4-7: Adolesan Beslenme Davranış Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Beslenme Davranışları				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Adolesan Yaşı	10	3,57	5,31			-
	11	3,82	5,40			
	12	2,93	4,73	0,554*	0,575	
	Yaş/BDÖ			r=-0,011***	0,801	
Cinsiyet	Kız	4,33	5,29			-
	Erkek	3,07	5,30	2,731**	0,007	
BKİ-Adolesan	Düşük <sup>c</sup>	3,28	5,38			
	Normal <sup>d</sup>	3,29	5,21			
	Fazla Tartılı ve obez <sup>e</sup>	4,62	5,48	3,460*	0,032	c,d<e
	BKİ/BDÖ			r=0,138***	0,001	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*r:Pearson korelasyon testi; BDÖ: Beslenme davranışları ölçeği

**Tablo 4-8'de** adolesanların öz-yeterlik puan ortalaması yaş, cinsiyet ve BKİ değerlerine göre karşılaştırıldı. Bulgulara göre, kızların “*Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği'nden* aldıkları puan ortalaması (6,20±4,97), erkeklerden (4,11±5,58) anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0,001).

Adolesanların *beslenme öz-yeterlik düzeyi* ile vücut tartıları arasında da anlamlı ilişki görüldü. Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre fazla tartılı gruptaki adolesanların öz-yeterlik puan ortalaması (6,36±5,08), zayıf ve normal kilolu olanlardan (4,24±5,21 ve 4,64±5,46) anlamlı olarak yüksek idi (p=0,003). Nitekim, adolesanların BKİ değerleri arttıkça beslenme öz-yeterlik düzeyi de artmıştı (r=0,122; p<0,05).



**Tablo 4-8: Adolesan Öz-Yeterlik Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması**

Beslenme Öz-yeterliği						
Değişken	Kategori	Ort	SS	t/F	p	Tukey's HSD
Adolesan Yaşı	Yaş/BÖY			$r=-0,059^{***}$	0,176	-
Cinsiyet	Kız	6,20	4,97			
	Erkek	4,11	5,58	4,551**	<0,001	-
BKİ-Adolesan	Düşük <sup>c</sup>	4,24	5,21			
	Normal <sup>d</sup>	4,64	5,46			
	Fazla Tartılı ve obez <sup>e</sup>	6,36	5,08	6,001*	0,003	c,d<e
	BKİ/ BÖY			$r=0,122^{***}$	0,005	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*r:Pearson korelasyon testi; BÖY: Beslenme öz-yeterlik

**Tablo 4-9'da** adolesan egzersiz davranışları puan ortalamalarının yaş, cinsiyet ve BKİ değerlerine göre karşılaştırıldı. Bulgulara göre kız adolesanların *Egzersiz Davranış Ölçeği'nden* aldıkları puan ortalaması ( $16,72\pm 3,64$ ), erkeklerden ( $18,17\pm 3,69$ ) anlamlı olarak daha düşük bulundu ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4-9: Adolesan Egzersiz Davranışları Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Egzersiz Davranışları				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Adolesan Yaşı	10	17,09	3,75			
	11	17,59	3,72			
	12	17,34	3,77	0,82*	0,440	-
	Yaş/ EDÖ			r=0,037***	0,392	
Cinsiyet	Kız	16,72	3,64			-
	Erkek	18,17	3,69	4,55**	<0,001	
BKİ-Adolesan	Düşük	18,20	3,00			-
	Normal	17,23	3,79			
	Fazla Tartılı ve obez	17,82	3,68	1,89*	0,152	
	BKİ/EDÖ			r= 0,056***	0,200	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*:Pearson korelasyon testi; EDÖ: Egzersiz davranışları ölçeği

**Tablo 4-10'da** adolesan stres ile baş etme puan ortalamalarının yaş, cinsiyet ve BKİ değerlerine göre karşılaştırıldı. Bulgulara göre, adolesanların *Stres ile Başetme Ölçeği'nden* aldıkları puan ortalamaları ile BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, fazla tartılı adolesanların stres ile baş etme puanı ( $16,31\pm 2,57$ ), zayıf ve normal kilolu olanlardan ( $15,48\pm 2,54$  ve  $15,70\pm 2,66$ ) yüksek bulundu ( $p=0,041$ ).

**Tablo 4-10: Adolesan Stres İle Baş Etme Puan Ortalamalarının Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Stres ile Başetme Davranışları				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Adolesan Yaşı	10	16,00	2,55			-
	11	15,93	2,68			
	12	14,98	2,40	2,609 *	0,075	
	Yaş/SYÖ			r=0,070***	0,106	
Cinsiyet	Kız	15,88	2,47	0,000 **	1,000	-
	Erkek	15,86	2,80			
BKİ-Adolesan	Düşük <sup>c</sup>	15,48	2,54			c,d<e
	Normal <sup>d</sup>	15,70	2,66			
	Fazla Tartılı ve obez <sup>e</sup>	16,31	2,57	3,213 *	<b>0,041</b>	
	BKİ/SYÖ			r=0,075***	0,085	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*r:Pearson korelasyon testi; SYÖ: Stres yönetimi ölçeği

**Tablo 4-11'de** Sosyal Destek Ölçeği'nin sıklık ve önem alt boyutu ortalamalarının adolesan yaş, cinsiyet ve BKİ değerlerine göre karşılaştırıldı. Bulgulara göre; çocuğun yaş durumuna göre *Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği*'nin "sıklık" ve "önem" alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı ( $p<0,01$ ). 10 ve 11 yaş grubundaki adolesanların puanları 12 yaşındakilere göre daha yüksek idi.

Ayrıca, adolesanların *sosyal destek "sıklık" ve "önem" alt ölçeği* puan ortalamaları cinsiyet durumuna göre değişiklik gösterdi. (sıklık:57,26±9,03; önem:31,53±3,60). Kızların sosyal destek "sıklık" ve "önem" alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (sıklık:57,26±9,03; önem:31,53±3,60), erkeklere göre (sıklık: 55,44±9,50 ; önem: 30,73±3,79) anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4-11: Sosyal Destek Ölçeği'nin Sıklık ve Önem Alt Boyutu Ortalamalarının Adolesan Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği (Ç-ESDÖ)							
		Sıklık Boyutu				Önem Boyutu			
		Ort	SS	t/F	p	Ort	SS	t/F	p
<b>Adolesan</b>									
Yaşı	10 <sup>c</sup>	56,61	9,49		<b>0,001</b>	31,60	3,68		<b>0,001</b>
	11 <sup>d</sup>	56,81	9,09		c>e	31,20	3,65		c>e
	12 <sup>e</sup>	51,23	9,42	6,87*	d>e	29,02	3,82	7,79*	d>e
	Yaş/ Ç-ESDÖ	r=0,093***	<b>0,032</b>			r=-0,137***		<b>0,002</b>	
Cinsiyet	Kız	57,26	9,03			31,53	3,60		
	Erkek	55,44	9,50	2,26**	<b>0,024</b>	30,73	3,79	2,49**	<b>0,013</b>
<b>BKİ-</b>									
Adolesan	Düşük	58,66	8,45	2,31*	0,100	31,03	3,21		
	Normal	55,74	9,58			31,01	3,72		
	Fazla Tartılı	57,27	8,75			31,37	3,78	0,53*	0,591
	BKİ/Ç- ESDÖ	r=0,054***			0,216	r=0,034***			0,434

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\**r*:Pearson Korelasyon Testi; Ç-ESDÖ: Çocuk –ergen sosyal destek ölçeği

**Tablo 4-12'de** Psikosyal ve davranışsal sorunlar yönünden normal ve problemlili olan adolesanların yaş, cinsiyet ve BKİ değerlerine göre karşılaştırıldı. Tabloya göre; *PSC17 Ölçeği*'nden 12'nin altında puan alan (normal) adolesanların puan ortalaması cinsiyete göre farklılık gösterdi. Kızların puan ortalaması (5,41±2,98), erkeklere göre (6,07±3,16) anlamlı olarak daha düşük bulundu ( $p=0,023$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 4-12: Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar Yönünden Normal ve Problemlili Olan Adolesanların Yaş, Cinsiyet ve BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar							
		Normal(n=415)				Problemlili (n=115)			
		Ort	SS	t/F	p	Ort	SS	t/F	p
Adolesan Yaşı	10	5,42	3,18			14,32	2,21		
	11	5,76	3,06			15,26	3,54		
	12	6,53	3,01	1,597*	0,204	16,11	3,48	1,110*	0,333
Cinsiyet	Kız	5,41	2,98			14,96	2,99		
	Erkek	6,07	3,16	2,193**	<b>0,023*</b>	15,31	3,62	0,551**	0,583
BKİ-Adolesan	Düşük	5,78	3,72			15,14	3,89		
	Normal	5,80	3,07			15,61	3,52		
	Fazla Tartılı ve obez	5,61	3,05	0,169*	0,845	14,15	2,57	2,293*	0,106

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*:Pearson Korelasyon Testi

#### 4.4. ADOLESANLARDA OBEZİTEYİ ÖNLEYEN DAVRANIŞSAL VE PSİKOSOSYAL BELİRLEYİCİLERİN AİLE ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Bu bölümde Adolesanlarda obeziteyi önleyen davranışsal ve psikososyal belirleyiciler ailede kişi sayısına, aile yapısına, ailenin sosyal güvence durumuna, gelir durumuna, anne ve babanın eğitim durumuna ve anne ve baba BKİ'ne göre değerlendirildi.

#### 4.4.1. Adölesan Beslenme Bilgi Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması

Adölesanların beslenme bilgi puanı ortalamaları ile aileye ilişkin değişkenler arasındaki ilişki **Tablo 4-13'de** gösterilmiştir.

Bulgulara göre, adölesanların beslenme bilgi puanı ortalaması ailede kişi sayısına, aile yapısına, ailenin sosyal güvence durumuna, gelir durumuna ve annenin BKİ'ne göre değişmedi ( $p>0,05$ ).

Diğer anlamlı ilişki adölesanların beslenme bilgi puanları ile annenin eğitim durumu arasında bulundu ( $p<0,001$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testine göre, annesi üniversite mezunu olan adölesanların beslenme bilgi puanı ortalaması ( $11,43\pm 3,35$ ), lise ( $10,55\pm 3,08$ ) ve ilköğretim ( $10,04\pm 2,82$ ) mezunu annelerin çocuklarına göre daha yüksek idi. Benzer sonuç, adölesanların beslenme bilgi puanları ile babanın eğitim durumu arasında da görüldü. Burada da, babası üniversite mezunu olan adölesanların beslenme bilgisi ( $11,35\pm 3,19$ ) lise ( $10,04\pm 2,74$ ) ve ilköğretim ( $10,08\pm 3,03$ ) mezunu babaların çocuklarına göre yüksek bulundu. Babanın BKİ'si arttıkça çocukların beslenme bilgi puanı da artmıştı ( $r=0,107$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 4-13: Adolesan Beslenme Bilgi Puanı Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Beslenme Bilgi Düzeyi				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Aile Kişi Sayısı	≤4	10,43	3,11			-
	5-6	10,50	2,90			
	≥7	10,67	2,65	0,053*	0,948	
Aile Tanımı	Evli-Birlikte	10,45	3,04			-
	Boşanmış-Ölü	10,42	3,31	0,041**	0,967	
Sosyal Güvence	Var	10,42	2,99			-
	Yok	10,85	3,70	0,846**	0,398	
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az <sup>c</sup>	10,11	3,22			-
	Gelir Gidere Denk <sup>d</sup>	10,46	2,94			
	Gelir Giderden Fazla <sup>e</sup>	11,16	3,30	2,112*	0,122	
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	10,04	2,82			c,d<e
	Lise <sup>d</sup>	10,55	3,08			
	Üniversite <sup>e</sup>	11,43	3,35	9,154*	<0,001	
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	10,08	3,03			c,d<e
	Lise <sup>d</sup>	10,04	2,74			
	Üniversite <sup>e</sup>	11,35	3,19	10,354*	<0,001	
BKİ-Anne	Zayıf	9,40	3,98			-
	Normal	10,47	3,20			
	Kilolu	10,51	2,99			
	Obez	10,37	2,65	0,445*	0,721	
	BKİ/ ABBÖ	r=0,002***			0,956	
BKİ-Baba	Normal	10,29	3,12			-
	Fazla tartılı	10,34	3,09			
	Obez	10,97	2,77	1,897*	0,151	
	BKİ/ ABBÖ	r=0,107***			<b>0,014</b>	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*r:Pearson Korelasyon Testi

#### 4.4.2. Adolesan Beslenme Davranış Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri ile Karşılaştırılması

**Tablo 4-14'**de adolesanların beslenme davranış puanı ortalamasının aileye ilişkin değişkenler ile ilişkisi gösterildi. Bulgulara göre, adolesanların beslenme davranışları puan ortalaması ile annenin eğitim düzeyi arasında ilişki bulundu. Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda üniversite mezunu annelerin çocuklarının beslenme davranışları puan ortalaması ( $5,23 \pm 5,39$ ), lise ve ilköğretim mezunu annelerin çocuklarından ( $2,95 \pm 5,42$  ve  $3,37 \pm 5,17$ ) daha yüksek idi ( $p=0,001$ ). Benzer şekilde, üniversite mezunu babaların çocuklarının beslenme davranışları puan ortalaması ( $4,77 \pm 5,25$ ), lise ve ilköğretim ( $2,98 \pm 5,42$  ve  $3,42 \pm 5,06$ ) mezunu babalara göre yüksek bulundu ( $p=0,007$ ).





**Tablo 4-14: Adolesan Beslenme Davranış Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Beslenme Davranış Puanı				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Ailede Kişi Sayısı	≤4	3,68	5,26	0,232*	0,793	-
	5-6	3,65	5,58			
	≥7	4,89	4,48			
Aile Yapısı	Evli-Birlikte	3,69	5,34	0,093**	0,926	-
	Boşanmış-Ölü	3,58	5,27			
Sosyal Güvence	Var	3,76	5,32	1,122**	0,262	-
	Yok	2,77	5,44			
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	3,39	5,24	1,135*	0,322	-
	Gelir Gidere Denk	3,65	5,44			
	Gelir Giderden Fazla	4,72	4,67			
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	3,37	5,17	6,663*	<b>0,001</b>	<b>c,d&lt;e</b>
	Lise <sup>d</sup>	2,95	5,42			
	Üniversite <sup>e</sup>	5,23	5,39			
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	3,42	5,06	5,026*	<b>0,007</b>	<b>c,d&lt;e</b>
	Lise <sup>d</sup>	2,98	5,60			
	Üniversite <sup>e</sup>	4,77	5,25			
BKİ-Anne	Zayıf	5,20	5,43	0,462*	0,709	-
	Normal	3,48	5,50			
	Kilolu	3,75	5,12			
	Obez	3,93	5,34			
	BKİ/BDÖ	r=-0,017***			0,705	
BKİ-Baba	Normal	3,04	5,05	2,042*	0,131	-
	Kilolu	4,11	5,32			
	Obez	3,69	5,73			
	BKİ/BDÖ	r=0,070***			0,106	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*:Pearson Korelasyon Testi; BDÖ: Beslenme davranışları ölçeği

#### 4.4.3. Adolesan Beslenme Öz-Yeterlik Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri ile Karşılaştırılması

Bu bölümde çalışmaya katılan adolesanların beslenme öz-yeterlik düzeyi incelendi (Tablo 4-15).

Beslenme öz-yeterlik düzeyi ile ilişkili değişken anne ve babanın eğitim düzeyi idi. Diğer değişkende olduğu gibi, burada da üniversite mezunu annelerin çocuklarının beslenme öz-yeterlik puan ortalaması ( $6,09 \pm 4,99$ ), lise ve ilköğretim mezunu annelerin çocuklarından ( $4,25 \pm 5,30$  ve  $5,10 \pm 5,53$ ) daha yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ). Aynı şekilde, üniversite mezunu babaların çocuklarının beslenme öz-yeterlik puan ortalaması ( $6,04 \pm 4,87$ ), lise ve ilköğretim mezunu annelerin çocuklarından ( $4,93 \pm 5,25$  ve  $4,61 \pm 5,80$ ) daha yüksek idi. Yanısıra, babanın BKİ'i ile adolesanların öz-yeterlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptandı ( $r = 0,092$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tablo 4-15: Adolesan Beslenme Öz-Yeterlik Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Beslenme Öz-yeterliği				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Ailede kişi sayısı	≤4	5,00	5,24			
	5-6	5,31	5,78			
	≥7	8,44	5,03	1,901*	0,150	-
Aile yapısı	Evli-Birlikte	5,18	5,41			
	Boşanmış-Ölü	4,00	4,76	0,937**	0,349	-
Sosyal Güvence	Var	5,25	5,26			
	Yok	3,77	6,73	1,339**	0,188	-
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	4,57	5,60			
	Gelir Gidere Denk	5,29	5,20	0,884*	0,414	
	Gelir Giderden Fazla	5,44	6,19			-
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	5,10	5,53			
	Lise <sup>d</sup>	4,25	5,30			
	Üniversite <sup>e</sup>	6,09	4,99	3,354*	<b>0,036</b>	<b>c,d&lt;e</b>
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	4,61	5,80			
	Lise <sup>d</sup>	4,93	5,25			
	Üniversite <sup>e</sup>	6,04	4,87	3,359*	<b>0,036</b>	<b>c,d&lt;e</b>
BKİ-Anne	Zayıf	5,50	4,79			
	Normal	4,81	5,49			
	Kilolu	5,11	5,32			
	Obez	6,01	5,33	1,106*	0,346	
	BKİ/ BÖY			r=0,079***	0,069	-
BKİ-Baba	Normal	4,71	5,47			
	Kilolu	5,16	5,27			
	Obez	5,78	5,54	1,262*	0,284	-
	BKİ/ BÖY			r=0,092***	<b>0,034</b>	

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\**r*:Pearson Korelasyon Testi; BÖY: Beslenme öz-yeterlik

#### 4.4.4. Adolesan Beslenme Egzersiz Davranışları Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri ile Karşılaştırılması

Bu bölümde, adolesanların egzersiz davranışları puan ortalamalarının aileye ilişkin değişkenler ile ilişkisi gösterilmiştir (**Tablo 4-16**).

Adolesanların egzersiz davranışları puan ortalamaları ailenin gelir durumuna göre de anlamlı olarak farklılık gösterdi ( $p<0,05$ ). Gelir durumu giderinden fazla olan ailelerin çocuklarının egzersiz davranış puanı ( $18,16\pm 3,41$ ), gelir durumu giderinden az ve denk olanlara göre ( $16,76\pm 3,85$  ve  $17,60\pm 3,71$ ) anlamlı olarak yüksek bulundu.

Egzersiz davranışları annenin eğitim durumuna göre de değişmekteydi ( $p=0,002$ ). Anne eğitimi üniversite ve lise düzeyinde olan adolesanların egzersiz davranış puanları ( $18,21\pm 3,56$  ve  $18,02\pm 3,79$ ), ilköğretim düzeyinde olanlara ( $16,96\pm 3,71$ ) göre yüksek bulundu.

Adolesanların egzersiz davranışları üzerinde etkisi olan diğer bir değişken annenin BKİ idi. Normal kilolu annelerin çocuklarında egzersiz davranış puanı ortalaması ( $18,03\pm 3,66$ ) zayıf, kilolu ve obez annelerin çocuklarından ( $16,60\pm 2,37$ ;  $17,09\pm 3,85$  ve  $16,85\pm 3,60$ ) anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Ayrıca annelerin BKİ'leri ile Egzersiz Davranış Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki saptandı ( $r=-0,111$ ;  $p<0,05$ ). Annenin BKİ arttıkça çocukların egzersiz davranışları azaldı.

Babaların BKİ ile Egzersiz Davranış Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptandı ( $r=0,098$ ;  $p<0,05$ ). Diğer bir deyişle, babanın BKİ arttıkça çocukların egzersiz davranışları arttı.

**Tablo 4-16: Adolesan Beslenme Egzersiz Davranışları Puan Ortasamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Egzersiz Davranışları				Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F	p	
Ailede kişi sayısı	≤4	17,34	3,76	0,793*	0,453	-
	5-6	17,80	3,72			
	≥7	17,11	2,76			
Aile yapısı	Evli-Birlikte	17,49	3,73	1,170**	0,243	-
	Boşanmış-Ölü	16,47	3,72			
Sosyal Güvence	Var	17,45	3,69	0,098**	0,922	-
	Yok	17,51	4,24			
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az <sup>c</sup>	16,76	3,85	3,273*	<b>0,039</b>	c,d<e
	Gelir Gidere Denk <sup>d</sup>	17,60	3,71			
	Gelir Giderden Fazla <sup>e</sup>	18,16	3,41			
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	16,96	3,71	6,462*	<b>0,002</b>	c<d,e
	Lise <sup>d</sup>	18,02	3,79			
	Üniversite <sup>e</sup>	18,21	3,56			
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	17,18	3,80	1,629*	0,197	
	Lise <sup>d</sup>	17,40	3,67			
	Üniversite <sup>e</sup>	17,88	3,69			
BKİ-Anne	Zayıf <sup>c</sup>	16,60	2,37	3,55*	<b>0,015</b>	c,f,e<d
	Normal <sup>d</sup>	18,03	3,66			
	Kilolu <sup>e</sup>	17,09	3,85			
	Obez <sup>f</sup>	16,85	3,60			
	BKİ/ EDÖ					
BKİ-Baba	Normal	17,63	3,60	1,945*	0,144	
	Kilolu	17,15	3,85			
	Obez	17,94	3,61			
	BKİ/ EDÖ					

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*r:Pearson Korelasyon Testi; EDÖ: Egzersiz davranışları ölçeği

#### 4.4.5. Adolesan Stres ile Baş Etme Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması

Bu bölümde aynı değişkenler adolesanların Stres ile Baş Etme Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile karşılaştırılarak incelendi (**Tablo 4-17**).

Adolesanların stres ile başetme davranışları annenin eğitim durumuna göre değişiklik gösterdi ( $p=0,014$ ). Üniversite ve lise mezunu annelerin çocuklarının stres ile başetme puan ortalaması ( $16,16\pm 2,50$  ve  $16,35\pm 2,62$ ), ilköğretim mezunu annelerin çocuklarından ( $15,59\pm 2,67$ ) anlamlı olarak yüksek bulundu.



**Tablo 4-17: Adolesan Stres İle Baş Etme Puan Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Stres ile Baş etme Davranışları				p	Tukey's HSD
		Ort	SS	t/F			
Ailede kişi sayısı	≤4	15,88	2,64	0,030 *	0,971	-	
	5-6	15,86	2,71				
	≥7	15,67	1,12				
Aile yapısı	Evli-Birlikte	15,89	2,64	1,024 **	0,307	-	
	Boşanmış-Ölü	15,26	2,62				
Sosyal Güvence	Var	15,88	2,60	0,213 **	0,832	-	
	Yok	15,77	3,16				
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az <sup>c</sup>	15,58	2,90	1,618 *	0,199	-	
	Gelir Gidere Denk <sup>d</sup>	15,90	2,57				
	Gelir Giderden Fazla <sup>e</sup>	16,36	2,46				
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	15,59	2,67	4,291 *	0,014	c<d,e	
	Lise <sup>d</sup>	16,35	2,62				
	Üniversite <sup>e</sup>	16,16	2,50				
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	15,69	2,73	2,226 *	0,109	-	
	Lise <sup>d</sup>	15,74	2,59				
	Üniversite <sup>e</sup>	16,24	2,55				
BKİ-Anne	Zayıf <sup>c</sup>	16,00	2,79	0,902 *	0,440	-	
	Normal <sup>d</sup>	16,08	2,61				
	Kilolu <sup>e</sup>	15,72	2,59				
	Obez <sup>f</sup>	15,65	2,79				
	BKİ/ SYÖ			r=-0,050***			0,253
BKİ-Baba	Normal	15,84	2,49	0,762 *	0,467	-	
	Kilolu	15,78	2,65				
	Obez	16,16	2,84				
	BKİ/SYÖ			r=0,080***			0,067

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem t testi; \*\*\*r:Pearson Korelasyon Testi; SYÖ: Stres yönetimi ölçeği

#### 4.4.6. Sosyal Destek Ölçeği'nin Sıklık ve Önem Alt Boyutu Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması

Bu bölümde aileye ilişkin değişkenler Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği'nin “sıklık” ve “önem” boyutu alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ile karşılaştırılarak değerlendirildi (**Tablo 4-18**).

Sosyal destek “sıklık” alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları üzerinde etkisi olan değişken aile yapısı idi. Ailesi evli-birlikte olan çocukların sosyal destek “sıklık” alt ölçeğinden aldıkları puan ( $56,60 \pm 9,10$ ), ailesi boşanmış-ölü olan çocukların aldığı puandan ( $49,13 \pm 11,18$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).

Sosyal destek “sıklık” alt ölçeğinden aldıkları puan ailenin gelir durumuna göre de değişmekteydi ( $p < 0,05$ ). Geliri giderinden fazla olan ailelerin çocuklarının sosyal destek puanı ( $57,74 \pm 9,61$ ), geliri giderinden az ve denk olanlara ( $53,63 \pm 10,41$  ve  $57,06 \pm 8,70$ ) göre yüksek bulundu.

Adolesanların sosyal destek “sıklık” alt ölçeğinden aldıkları puan anne ve babanın eğitim durumuna göre de farklılık gösterdi ( $p < 0,05$ ). Anne ve baba eğitimi üniversite düzeyinde olan adolesanların puanları ( $57,89 \pm 8,20$ ;  $57,58 \pm 8,51$ ), ilköğretim düzeyinde olanlara ( $55,40 \pm 9,31$ ;  $54,98 \pm 10,04$ ) göre yüksek bulundu.

Adolesanların sosyal destek “önem” alt ölçeğinden aldıkları puan annenin BKİ sınıflamasına göre de değişmektedir ( $p < 0,05$ ). Buna göre annesi normal kiloda olan çocukların Ç-ESDÖ “önem” alt ölçek puanı, obez olanlara göre daha yüksek bulundu. Ayrıca annenin BKİ ile Ç-ESDÖ “önem” alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ( $r = -0,089$ ;  $p < 0,05$ ). Diğer bir deyişle; annenin BKİ arttıkça adolesanların Ç-ESDÖ “önem” alt ölçek puanı azalmıştır.

Adolesanların sosyal destek “sıklık” alt ölçeğinden aldıkları puan Babanın BKİ sınıflamasına göre de değişmektedir ( $p < 0,05$ ). Buna göre babası obez olan çocuklarda, babası normal kilolu gruba göre daha yüksek bulundu. Ayrıca babanın BKİ ile Ç-ESDÖ “sıklık” alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ( $r = 0,090$ ;  $p < 0,05$ ).



Tablo 4-18: Sosyal Destek Ölçeği'nin Sıklık ve Önem Alt Boyutu Ortalamalarının Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Sıklık alt boyutu				Önem alt boyutu			
		Ort	SS	t/F	p	Ort	SS	t/F	p
Ailede kişi sayısı	≤4	56,57	9,19	1,947*	0,144	31,22	3,72	0,553*	0,576
	5-6	56,08	9,62			30,84	3,74		
	≥7	50,50	8,21			31,25	2,90		
Aile yapısı	Evlü-Birlikte	56,60	9,10	2,712**	0,014	31,17	3,70	1,436**	0,152
	Boşanmış-Ölü	49,13	11,88			29,92	4,13		
Sosyal Güvence	Var	56,38	9,18	0,395**	0,693	31,15	3,73	0,682**	0,496
	Yok	55,77	10,92			30,73	3,49		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	53,63	10,41	6,991*	0,001	30,77	3,71	0,835*	0,435
	Gelir Gidere Denk <sup>a</sup>	57,06	8,70	c,d<e		31,19	3,77		
Anne Eğitim Durumu	Gelir Giderden Fazla <sup>e</sup>	57,74	9,61			31,49	3,31		
	İlköğretim <sup>c</sup>	55,40	9,31	3,756*	0,024	31,06	3,49	0,208*	0,813
	Lised <sup>d</sup>	57,27	10,16	c<e		31,08	3,99		
Baba Eğitim Durumu	Üniversite <sup>e</sup>	57,89	8,20			31,32	4,03		
	İlköğretim <sup>c</sup>	54,98	10,04	3,894*	0,021	30,79	3,61	1,464*	0,232
	Lised <sup>d</sup>	56,85	8,91	c<e		31,42	3,59		
BKİ-Anne	Üniversite <sup>e</sup>	57,58	8,51			31,25	3,95		
	Zayıf <sup>c</sup>	52,00	10,14	2,216*	0,085	30,25	4,26	3,189	0,023
	Normal <sup>d</sup>	57,36	8,95			31,64	3,62	f<d	
BKİ-Baba	Kilolu <sup>e</sup>	55,60	9,49			30,90	3,82		
	Obez <sup>f</sup>	55,74	9,54			30,37	3,52		
	BKİ/Ç-ESDÖ	r=-0,040***		0,359		r=-0,089***			
BKİ-Baba	Normal <sup>c</sup>	55,27	9,35	3,954*	0,020	31,07	3,59	0,798	0,451
	Kilolu <sup>d</sup>	56,17	9,24	c<e		30,99	3,82		
	Obez <sup>e</sup>	58,50	9,15			31,53	3,63		
BKİ/Ç-ESDÖ	r=0,090***		0,038		r=0,043***				

\*ANOVA (Varyans) Analizi; \*\*Bağımsız örneklem t testi; \*\*\* $r_{p<0,001}$  Korelasyon Testi; Ç-ESDÖ: Çocuk-ergen sosyal destek ölçeği

#### 4.4.7. Psikosyal ve Davranışsal Sorunlar Yönünden Normal ve Problemlili Olan Adölesanların Aile Özellikleri ile Karşılaştırılması

Bu bölümde adölesanların psikosyal ve davranışsal sorunları puan ortalaması ile aileye ilişkin değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir (**Tablo 4-19**). Psikosyal ve Davranışsal Sorunları Listesi'ne göre 12'nin altında puan alan adölesanlar "*normal*", 12 ve üzerinde puan alanlar "*risk altında*" olarak değerlendirilmiştir.

Aynı gruptaki adölesanların puan ortalamaları da ailenin gelir durumuna göre değişmekte idi ( $p<0,05$ ). Geliri giderinden az olan ailelerin çocuklarının puanları ( $6,57\pm3,00$ ), geliri giderine denk olanlara göre ( $5,47\pm3,07$ ) daha yüksek bulundu.

Risk altında olan (PSL17 ölçeği'ne göre 12 ve üzerinde puan alan) adölesanların puan ortalamaları sadece baba eğitim durumuna göre farklılık gösterdi ( $p<0,05$ ). Baba eğitimi ilköğretim düzeyinde olan adölesanların puanları ( $16,21\pm3,58$ ), lise ve üniversite eğitim düzeyine göre ( $14,12\pm2,93$ ;  $14,08\pm2,45$ ) daha yüksek bulundu.

**Tablo 4-19: Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar Yönünden Normal ve Problemlili Olan Adolesanların Aile Özellikleri İle Karşılaştırılması**

Değişken	Kategori	Psikososyal ve Davranışsal Sorunlar							
		Normal (n=415)				Problemlili (n=115)			
		Ort	SS	t/F	p	Ort	SS	t/F	p
Aile Kişi Sayısı	≤4	5,59	3,12	1,517 *	0,221	14,72	2,77	2,888*	0,060
	5-6	6,11	3,00			16,00	4,21		
	≥7	6,83	2,23			18,00	5,29		
Aile Tanımı	Evli-Birlikte	5,72	3,09	0,758**	0,449	15,05	3,28	1,415**	0,160
	Boşanmış-Ölü	6,36	3,03			17,20	4,21		
Sosyal Güvence	Var	5,79	3,08		0,141	15,05	3,48	0,812**	0,418
	Yok	5,00	3,23			15,80	2,01		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az <sup>c</sup>	6,57	3,00	4,327 *	<b>0,014</b>	15,74	3,16	1,636*	0,199
	Gelir Gidere Denk <sup>d</sup>	5,47	3,07		d<c	14,72	3,35		
	Gelir Giderden Fazla <sup>e</sup>	5,85	3,11			16,20	3,58		
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	5,85	3,12	1,430 *	0,241	15,75	3,84	3,034*	0,052
	Lise	5,98	2,92			14,39	2,08		
	Üniversite	5,29	3,13			14,00	2,17		
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim <sup>c</sup>	5,67	3,09	0,565 *	0,569	16,21	3,58	6,288*	<b>0,003</b>
	Lise <sup>d</sup>	5,98	3,13			14,12	2,93		e,d<c
	Üniversite <sup>e</sup>	5,60	3,05			14,08	2,45		
BKİ-Anne	Zayıf	6,50	1,69	0,911 *	0,436	19,50	4,95	1,447*	0,233
	Normal	5,55	3,33			15,14	3,06		
	Kilolu	5,73	2,77			15,32	4,09		
	Obez	6,21	3,21			14,56	2,18		
BKİ-Baba	Normal	5,83	2,98	0,086 *	0,918	15,39	3,36	0,516*	0,598
	Kilolu	5,69	3,05			14,81	2,98		
	Obez	5,73	3,38			15,52	4,01		

ANOVA (Varyans) Analizi; \*\* Bağımsız örneklem *t* testi; \*\*\*r:Pearson Korelasyon Testi

#### 4.5. ADOLESANLARDA BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ AŞAMALARINI ETKİLEYEN BELİRLEYİCİLER: MULTİNOMİNAL LOJİSTİK REGRESYON ANALİZ SONUÇLARI

Bu bölümde obeziteyi önleyen psikososyal ve davranışsal belirleyiciler, adolesan davranış değişimi aşamalarına göre değerlendirildi (**Tablo 4-20**).

Tablo değerlendirildiğinde, adolesanların “Beslenme davranışları”, “Beslenme öz-yeterlikleri”, “Beslenme bilgisi” “Egzersiz Davranışları”, “Stresle Baş etme Davranışları” ve “Sosyal Destek” puanlarının değişim aşamalarına göre farklılık gösterdiği bulundu.

Beslenme bilgisi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ). “Sürdürme” aşamasındaki beslenme bilgi puanı, “Hazırlık” aşamasına göre yüksek bulundu.

Değişim aşamalarına göre beslenme davranışı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ). “Sürdürme” aşamasındaki beslenme davranış puanı, “Düşünme” ve “Hazırlık” aşamasına göre yüksek bulundu.

Beslenme öz-yeterlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ). “Sürdürme” aşamasındaki beslenme öz-yeterlik puanı, diğer aşamalara göre yüksek bulundu.

Egzersiz davranışı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ). “Sürdürme” aşamasındaki egzersiz davranış puanı, “Hazırlık” ve “Hareket” aşamasına göre yüksek bulundu.

Stres ile baş etme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ). “Sürdürme” aşamasındaki stres ile baş etme puanı, “Hazırlık” ve “Hareket” aşamasına göre yüksek bulundu.

Ayrıca, adolesanların sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ). “Sürdürme” aşamasındaki sosyal destek puanı, “Hazırlık” ve “Hareket” aşamasına göre yüksek bulundu.

**Tablo 4-20: Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Psikososyal ve Davranışsal Belirleyicilerin TTM Değişim Aşamalarına Göre Mean T Skor ve Standart Sapma Değerleri**

DEĞİŞKENLER	TTM Değişim Aşamaları										F	p
	Düşünmeme <sup>a</sup>		Düşünme <sup>b</sup>		Hazırlık <sup>c</sup>		Hareket <sup>d</sup>		Sürdürme <sup>e</sup>			
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
<b>Beslenme Bilgisi</b>	48,19	12,45	51,09	7,55	46,90	9,98	49,63	9,17	51,78	9,87	5,371	<b>&lt;0,001*</b> c<e
<b>Beslenme Davranışları</b>	46,36	11,36	46,71	9,84	47,94	9,23	49,57	9,12	52,13	10,28	5,860	<b>&lt;0,001</b> b,c<e
<b>BKI</b>	56,04	1,99	55,76	1,25	56,14	2,20	55,60	1,83	55,86	1,78	1,288	0,274 -
<b>Beslenme Öz-Yeterlik</b>	44,03	10,99	46,73	9,87	48,81	9,08	48,79	9,88	52,29	9,88	7,269	<b>&lt;0,001*</b> d,c,b,a<e
<b>Egzersiz Davranışları</b>	47,65	12,30	48,77	7,21	48,31	9,39	48,45	10,36	52,07	9,89	4,657	<b>0,001*</b> d,c<e
<b>Stresle Başetme</b>	47,81	12,16	48,72	8,82	46,55	9,45	49,44	10,47	52,51	9,33	8,240	<b>&lt;0,001*</b> d,c<e
<b>Sosyal Destek</b>	49,96	11,09	49,15	9,59	49,01	8,35	47,65	9,34	51,84	8,36	5,122	<b>&lt;0,001*</b> d,c<e
<b>Psikososyal Davranışsal Sorun-Normal</b>	47,74	6,51	48,52	5,71	46,80	6,04	45,87	6,20	44,94	6,13	3,236	0,056 -
<b>Psikososyal Davranışsal Sorun-Problemlili</b>	63,47	4,77	62,97	5,44	63,42	5,43	67,08	8,87	64,21	5,46	1,515	0,203 -

\*ANOVA (Varyans)Testi, p<0,05

Bu bölümde TTM değişim aşamalarına göre, araştırmada kullanılan değişkenler ve obeziteyi önleyen tüm belirleyiciler ile çoklu regresyon analizi yapıldı. **Tablo 4-21**'de gösterildi.

Tabloda ki veriler incelendiğinde;

Adolesanların Beslenme Değişim Aşamalarından “Düşünme” aşaması referans alındığında, **Düşünme** aşamasında “*baba eğitimi*” (p:0,047; OR:2,561;%95GA:1,014-6,469) ve “*anne BKİ*” (p:0,010; OR:1,219;%95GA:1,048-1,419); **Hazırlık** aşamasında “*anne BKİ*” (p:0,042; OR:1,147;%95GA:1,005-1,309) ve “*beslenme öz-yeterlik algısı*” (p:0,020; OR:1,100;%95GA:1,010-1,118); **Hareket** aşamasında “*adolesan BKİ*” (p:0,047; OR:1,152;%95GA:1,002-1,324); **Sürdürme** aşamasında ise “*öz-yeterlik algısı*” (p:0,013; OR:1,100;%95GA:1,0130-1,116) davranış değişiminde etkili bulundu.

Referans değeri “Düşünme” aşaması alındığında, adolesanların **Hazırlık** aşamasında “*beslenme bilgi düzeyi*” (p:0,013; OR:1.100;%95GA:1.013-1.114) davranış değişiminde etkili bulundu.

Referans değeri “Hazırlık” aşaması alındığında, adolesanların **Hareket** aşamasında “*çocuk BKİ durumu*” (p:0,012; OR:1,111;%95GA:1,024-1,209), “*stres*” (p:0,010; OR:1,047;%95GA:1,011-1,084) ve “*beslenme bilgi düzeyi*” (p:0,008; OR:1.043;%95GA:1.011-1.1076); **Sürdürme** aşamasında ise “*çocuk BKİ durumu*” (p:0,034; OR:1,100;%95GA:1,006-1,158), “*stres*” (p:0,004; OR:1,047;%95GA:1,014-1,081), “*beslenme davranışları*” (p:0,011; OR:1,035;%95GA:1,008-1,063) ve “*beslenme bilgi düzeyi*” (p:0,003; OR:1.043;%95GA:1.015-1.1072) davranış değişiminde etkili bulundu.

Referans değeri “Hareket” aşaması alındığında, adolesanların **Sürdürme** aşamasında “*sosyal destek algısı*” (p:0,011; OR:1,038;%95GA:1,009-1,068) ve “*cinsiyeti*” (p:0,042; OR:1,692;%95GA:1,019-2,808) davranış değişiminde etkili bulundu.

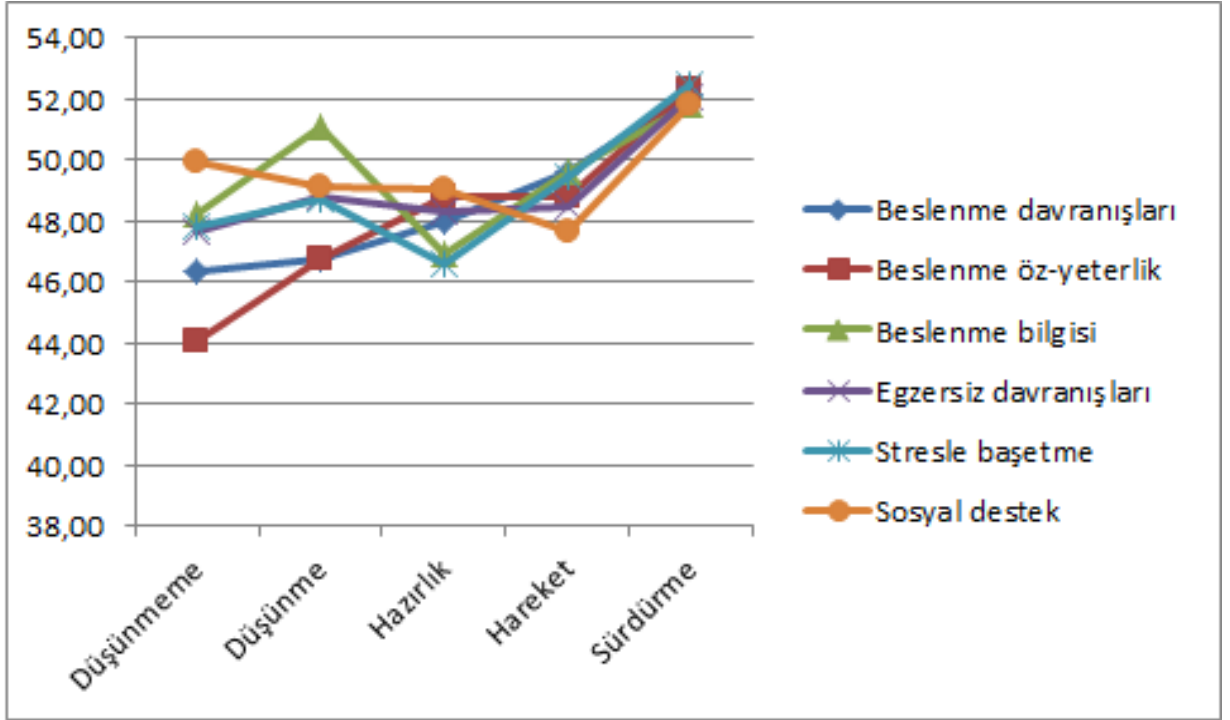
**Tablo 4-21: TTM Değişim Aşamaları İle İlişkili Faktörler: Multinomial Lojistik Regresyon (MLR) Analiz Sonuçları**

<b>Referans kategori: Düşünme</b> (n:24, %4,5, n <sup>erkek</sup> :12)			
<b>Düşünme</b> (n:32, %6, n <sup>erkek</sup> :21)	<b>Hazırlık</b> (n:122, %23, n <sup>erkek</sup> :65)	<b>Hareket</b> (n:119, %22,5, n <sup>erkek</sup> :68)	<b>Sürdürme</b> (n:233, %44, n <sup>erkek</sup> :104)
<b>Baba eğitim düzeyi</b> (p:0,047; OR:2,561; %95GA:1,014-6,469)	<b>Anne BKİ</b> (p:0,042; OR:1,147; %95GA:1,005-1,309)	<b>Çocuk BKİ</b> (p:0,047; OR:1,152; %95GA:1,002-1,324)	<b>Öz-Yeterlik Algısı</b> (p:0,013; OR:1,100; %95GA:1,0130-1,116)
<b>Anne BKİ</b> (p:0,010; OR:1,219; %95GA:1,048- 1,419)	<b>Öz-Yeterlik Algısı</b> (p:0,020; OR:1,100; %95GA:1,010-1,118)		
<b>Referans kategori: Düşünme</b>			
	<b>Hazırlık</b>	<b>Hareket</b>	<b>Sürdürme</b>
	<b>Beslenme Bilgi Düzeyi</b> (p:0,013; OR:1,100; %95GA:1,013-1,114)	-	-
<b>Referans kategori: Hazırlık</b>			
		<b>Hareket</b>	<b>Sürdürme</b>
		<b>Çocuk BKİ</b> (p:0,012; OR:1,111; %95GA:1,024-1,209)	<b>Çocuk BKİ</b> (p:0,034; OR:1,100; %95GA:1,006- 1,158)
		<b>Stres</b> (p:0,010; OR:1,047; %95GA:1,011-1,084)	<b>Stres</b> (p:0,004; OR:1,047; %95GA:1,014- 1,081)
		<b>Beslenme Bilgi Düzeyi</b> (p:0,008; OR:1,043; %95GA:1,011-1,1076)	<b>Beslenme Davranışları</b> (p:0,011; OR:1,035; %95GA:1,008-1,063)
			<b>Beslenme Bilgi Düzeyi</b> (p:0,003; OR:1,043; %95GA:1,015-1,1072)
<b>Referans kategori: Hareket</b>			
			<b>Sürdürme</b>
			<b>Sosyal Destek Algısı</b> (p:0,011; OR:1,038; %95GA:1,009- 1,068)
			<b>Cinsiyet</b> (p:0,042; OR:1,692; %95GA:1,019- 2,808)

Adolesanlarda değişim aşamalarına göre, obeziteyi önleyen psikososyal ve davranışsal belirleyicilerin t skor ortalamaları [*“beslenme bilgisi”, “beslenme davranışları” ve “beslenme öz-yeterliği”, “egzersiz davranışları”, “sosyal destek” ve “stresle baş etme”*] gösterildi (**şekil 4-1**).

Adolesanların *beslenme davranışları*; “Düşünmeme” aşamasında en düşük, “Düşünme” aşamasında artış göstererek, “Sürdürme” aşamasında en yüksek seviyeye ulaştı. *Beslenme z-yeterlik*; “Düşünmeme” aşamasında en düşük seviyede olup, “Hazırlık” aşamasına kadar artış gösterirken, “Hareket” aşamasında tekrar düşerek, “Sürdürme” aşamasında yine pik yaptı. *Beslenme bilgisi*; “Düşünme” aşamasında daha iyi düzeyde iken, “Hazırlık” aşamasında düşüş gösterip, “Sürdürme” aşamasında yükseldi. *Egzersiz davranışları* “Hazırlık” aşamasına kadar dalgalanmalar göstererek, daha sonra “Sürdürme” aşamasında en yüksek seviyeye ulaştı. *Stres ile baş etme* “Hazırlık” aşamasında en düşük, “Hareket” aşaması ile etkili olmakta , “Hareket” aşamasından sonraki aşamalarda stres ile baş etme çabalarını artırmak gereklidir. *Sosyal destek* “Düşünmeme” aşamasında yüksek, “Düşünme” aşamasından sonra ihtiyaç yok gibi görünürken, “Hareket” aşamasından sonra etkili olmaya başladı. En çok sosyal destek yine “Sürdürme” aşamasında pik yaptı. **şekil 4-1’de** görüldüğü gibi tablolar ile paralel olarak “Sürdürme” aşamasında tüm belirleyiciler etkili oldu.





**Şekil 4-1: Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Psikososyal ve Davranışsal Belirleyicilerin TTM Değişim Aşamalarına Göre T Skor Ortalamaları**

## 5. TARTIŞMA

Adolesan dönemi, riskli davranışların alışkanlığa dönüştüğü bir dönemdir. Bu anlamda erken adolesan döneminde obezite, adolesanların tüm yaşam evrelerini tehdit etmektedir (Di Noia ve ark. 2006; Kim 2007; Driskell ve ark. 2008; Tümer ve ark. 2013; CDC 2014). Obezitenin diğer birçok risk faktörleri ile birlikte seyretmesi ve ileriki yaşamda getireceği sağlık yükü dikkate alındığında, adolesanlara sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması büyük önem taşımaktadır (Di Noia ve ark. 2006; Kim 2007; Driskell ve ark. 2008; CDC 2014). Bu çalışmada adolesanların sağlıklı beslenme davranışlarını etkileyen psikososyal ve davranışsal faktörlerin davranış değişimini ya da değişim için hazır olma eğilimlerini nasıl etkilediği incelenmiş, böylece, obeziteyi önleyen eğitim ve danışmanlık girişimlerinin planlanmasına ışık tutmak amaçlanmıştır. Bu çalışmanın bulguları, çoğunlukla 11 yaşında, BKİ değerleri normal olan, beslenme alışkanlıkları yetersiz olan orta gelirli ve çekirdek aile çocuklarının beslenme özelliklerini yansıttı.

Beş değişim aşamasına dağılan adolesanlar büyük oranda aynı sosyodemografik özelliklere sahipti. Her değişim aşamasındaki adolesanlar arasında cinsiyet, yaş, BKİ değerleri yönünden fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Büyük oranda benzer özellikleri olan adolesanların aynı değişim aşamasında toplanması, ilişkisi incelenen etki faktörleri için uygun bir örneklem sağladı. İleri analiz bulgularına göre, “Düşünme” aşamasında baba eğitim düzeyi, “Hazırlık” aşamasında anne BKİ, “Hareket” aşamasında adolesan BKİ ve “Sürdürme” aşamasında yine adolesan BKİ ve kız adolesanlar sağlığı geliştiren davranışların belirleyicisi idi. Mao ve ark. (2012)’nin çalışmasında değişim aşamaları sosyodemografik değişkenlerden etkilenmemiştir, Erol ve ark. (2012)’nin çalışmasında ise, adolesanların değişime hazır olma niyetleri çocuğun cinsiyetine ve annenin eğitim düzeyine göre değişmekteydi. Bu çalışmanın bulguları, erken adolesanların davranış değişiminde demografik özelliklerin ve BKİ değerlerinin göz önünde bulundurulmasına işaret etti.

Adolesanlarda beslenme davranış değişim aşamalarını sorgulayan araştırmalar sebze ve meyve tüketimine odaklıdır (Frenn ve Malin 2003; Erol ve ark. 2012; Reis ve ark. 2014). Aynı aracın kullanıldığı bu çalışmada elde edilen veriler TTM’nin yapısına

uygun sonuçlar gösterdi. Davranış değişimini düşünmeyen (% 4,5); düşünen (% 6); hazır olan (% 23); halen sebze meyve tüketen (% 22,5) ve son 6 aydır sebze meyve tükettiğini belirten (% 44) adolesanların sayısı bir sonraki davranış değişimine doğru artış gösterdi. Türk çocukları üzerinde yapılan bir başka çalışmada (Erol ve ark. 2012), bu oranlar sırasıyla % 19,4, % 21,8, % 20,5, % 11,3, % 27 bulundu. Reis ve ark. (2014), Brezilya’lı adolesanlarda yaptığı çalışmada sebze meyve tüketimini sırasıyla % 18,4, % 12,7, % 64,9, % 1,3, % 2,7 buldu. Frenn ve Malin (2003)’in düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocukları ile yaptığı çalışmada ise bu dağılım % 41, % 18, % 18, % 13, % 10 idi. Davranış değişimi için “Hazır Olma”, “Başlama ” ve “Sürdürme” aşamalarında olan Türk adolesan oranlarının daha yüksek olması dikkati çekti. Bu farklılıkların, kültür, yerel kaynaklar, ulaşılabilirlik, politikalar vb. pek çok nedenle ilişkili olabileceği düşünülebilir.

*Bu bölümde, obeziteyi önleyen davranışsal ve psikososyal belirleyiciler ve değişim aşamaları ile ilişkisi tartışıldı.*

*Beslenme bilgisi, değişim aşamaları boyunca dalgalanmalar göstererek hazırlık aşamasından sürdürme aşamasına doğru arttı ve “Hazırlık” “Hareket” ve “Sürdürme” aşamalarının belirleyicisi oldu. Bu bulgu değişime hazır olan adolesanların değişim süreci boyunca beslenme bilgisine gereksinimi olduğuna işaret etti. Bu sonucun incelendiği başka çalışmaya ulaşılamadı.*

Bu çalışmada adolesanların *beslenme davranışları ve beslenme öz-yeterlik algıları* cinsiyete ve ebeveyn eğitim düzeylerine göre farklılık gösterdi. Kız adolesanların ve ebeveynleri yüksek eğitim düzeyinde olan adolesanların sağlıklı beslenme davranışları ve öz-yeterlik algıları daha yüksek idi. Bu bulgular, Mao ve ark. (2012)’nin çalışmasında sadece kız adolesanlar lehine olan bulgularla uyumlu idi.

Adolesanların beslenme davranış puanı ortalaması orta düzeyde idi. Bununla birlikte puanlar Frenn ve Malin (2003)’nin çalışmasında olduğu gibi, “Düşünmeme” aşamasından sonraki tüm aşamalarda bir öncekine göre artmıştı. Reis ve ark. (2014) ve Hussein (2011)’in çalışmalarında da adolesanların beslenme davranış puanlarının “Hareket” aşamasından “Sürdürme” aşamasına doğru yükseldiği saptandı. Bu

çalışmada, aşamalar arasındaki farklılıklara göre beslenme davranışları “Sürdürme” aşamasında en etkili değişken idi. Bu bulgu beslenme davranışlarının sürdürülmesi, relapsın önlenmesi için adolesanların cesaretlendirilmesi ve desteklenmesinin önemine işaret etti.

Bireyin olumlu bir sağlık davranışına başlaması ve sürdürmesi için gösterdiği karar öz-yeterlik gücü ile açıklanır. Adolesanlarda sağlıklı davranış gelişimi ile ilgili yapılan birçok çalışmada öz-yeterlik gücü en çok kullanılan değişken olmuştur (Erol ve Erdoğan 2007; Tokuç ve Berberoğlu 2007; Horwath ve ark 2010; Hussein 2011; Mao ve ark. 2012; Choi ve ark. 2013; Tümer ve ark. 2013; Reis ve ark. 2014). Adolesanların beslenme öz-yeterlik algılarının değişim aşamalarına göre incelendiği bu çalışmada beslenme öz-yeterlik algısı ilerleyen değişim aşamaları boyunca arttı, “Sürdürme” aşamasında en yüksek düzeyde bulundu, hem “Hazırlık” hem de “Sürdürme” aşamalarını etkileyen değişken idi. Di Noia ve ark. (2006), Hussein (2011) ve Mao ve ark. (2012)’nin çalışmalarında da öz-yeterlik puanındaki artış “Hareket” aşamasından “Sürdürme” aşamasına doğru anlamlılık gösterdi. Bu sonuçlar “Hazırlık” ve “Sürdürme” aşamalarında adolesanların öz-yeterlik gücünü artıracak girişimlere işaret etti.

Bu bölümdeki en çarpıcı bulgu, örneklemin % 30’unu oluşturan fazla tartılı ve obez adolesanlarda beslenme bilgisinin, beslenme öz-yeterlik algısının ve beslenme davranışlarının diğer adolesanlara göre artmış olmasıydı. Oysa, kaynaklar bu üç öğenin obeziteden korunma davranışlarının geliştirilmesi için temel belirleyiciler olduğunu, hatta bunlardan birinin tek başına var olması obezitenin önlenmesinde yeterli olamayacağını belirtmekteydi (Prochaska ve ark. 1992; Di Noia ve ark. 2006; Driskell ve ark. 2008). Literatürle açıklanamayan bu bulgu, beslenme ile doğrudan ilgili olmayan ve obezite ile birlikte seyreden başka sorunların araştırılması gerektiğini düşündürdü.

Adolesanların *egzersiz davranışı* puan ortalaması erkeklerde kızlara göre yüksek idi. Wakul ve ark. (2002) ve Frenn ve Malin (2003)’nin çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi, bu çalışmada da “Sürdürme” aşamasındaki egzersiz puanı, “Hazırlık” ve “Hareket” aşamasına göre yüksek bulundu. Diğer taraftan, bu bulgular erkek

adolesanlarda fiziksel aktivite düzeyinin kızlara göre daha yüksek bulunduğunu saptayan çalışmalarla da uyumlu idi (Pate ve ark. 2005; Santos ve ark. 2005; Ward ve ark. 2006; Taymoori ve ark. 2008). Bu çalışmada egzersiz davranışı değişim aşamalarının hiçbirinde belirleyici değildi. Bulgular başta kızlar olmak üzere, tüm adolesanların değişim aşamaları boyunca cesaretlendirilmeleri gerektiğini gösterdi.

*Stresli bir yaşam* adolesanların beslenme davranışlarını etkilemektedir (Torres ve Nowson 2007; De Vriendt ve ark. 2009; Herzer ve ark. 2011). Bu nedenle beslenme davranışlarının geliştirilmesi stres yönetimi ile birlikte ele alınmaktadır. Bu çalışmada adolesanların stres ve baş etme davranışları “Hareket” ve “Sürdürme” aşamasının belirleyicisi idi. Ayrıca, anneleri daha eğitilmiş olan adolesanların stres ile baş etme davranışları daha yüksek bulundu. Bulgular stres ile baş etme girişimlerinin “Hareket” ve “Sürdürme” aşamasındaki diğer belirleyicilerle birlikte ele alınması konusunda ışık tuttu.

*Algılanan çok boyutlu sosyal destek düzeyinin saptanması*, adolesanların akademik başarılarında, psikolojik sorunların çözümünde ve sağlık davranışlarının kazandırılmasında / değiştirilmesinde önem kazanmaktadır (Maleckı ve Demaray 2002; Yıldırım 2004; Prochaska ve ark. 2008; Yardımcı ve Başbakkal 2008; Karataş 2012; Kaya ve ark. 2012). Bu çalışmada adolesanların sosyal destek algısı özellikle ailesi daha eğitilmiş olan ve kız adolesanlarda anlamlı derecede yüksek bulundu ve beklenildiği gibi “Sürdürme” aşamasını etkileyen belirleyici oldu.

Bu çalışma tasarlanırken *psikososyal ve davranışsal sorunların* adolesanların bir sonraki değişim aşamasına geçmeleri üzerinde olumsuz etkileri olabileceği varsayıldı (Erdoğan ve Öztürk 2011; Haney ve ark. 2012; Haney ve Erdoğan 2013) Ancak, aşamaları etkileyen bir belirleyici olarak görülmedi. Bununla birlikte babasının eğitim düzeyi düşük olan adolesanların psikososyal ve davranışsal sorunlar yönünden risk altında oldukları saptandı. Çoklu Lojistik Regresyon analizine göre Davranış değişiminin “Düşünme” aşamasına geçişte babanın eğitim düzeyinin iki buçuk kat etkili olması bu bilgiyi destekledi.

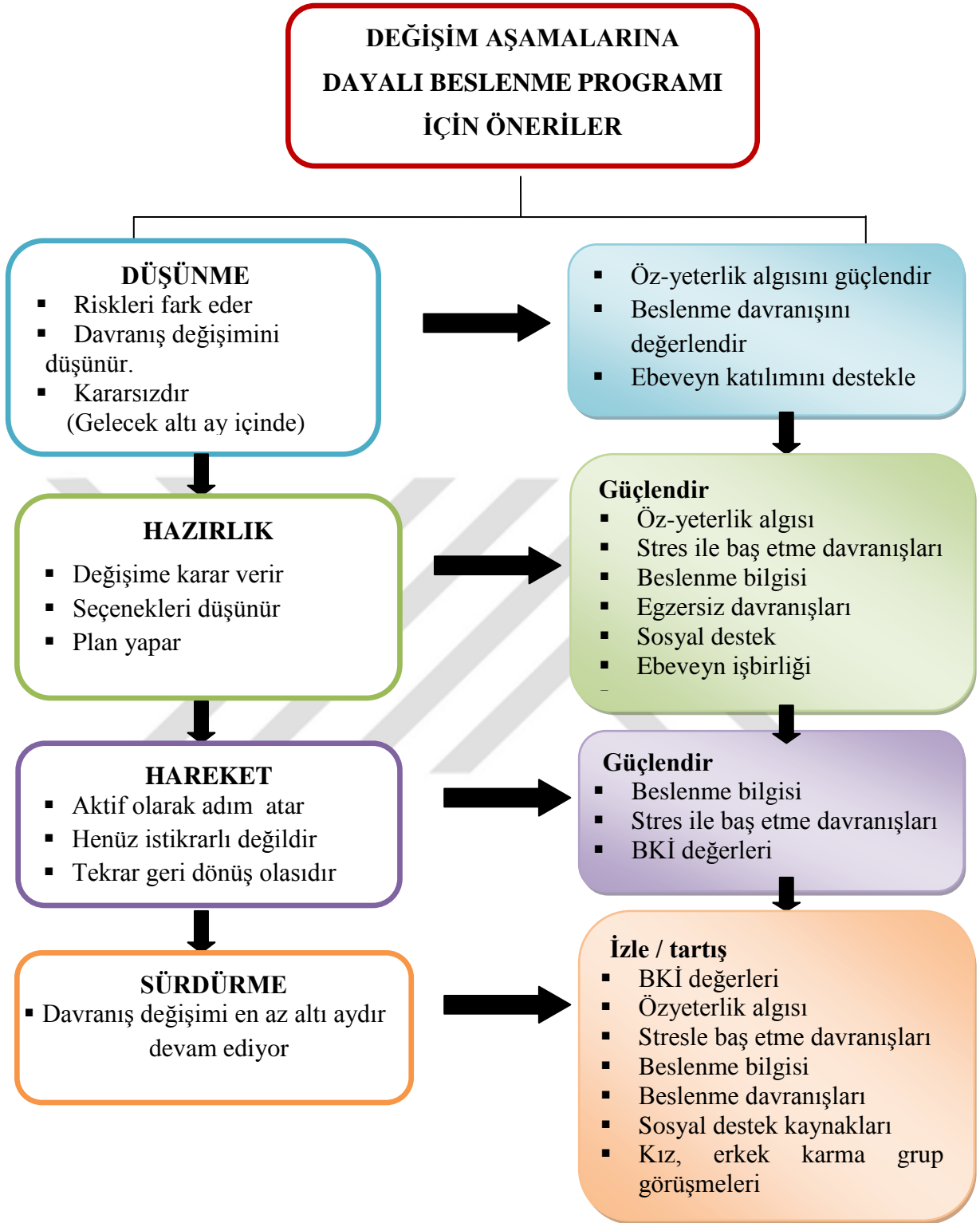
Özetle, bu çalışmada adolesanların beslenme davranış değişimini etkileyeceği düşünülen değişkenler “Düşünme“, “Hazırlık”, “Hareket” ve “Sürdürme” aşamalarına odaklı idi. *Düşünme* aşamasında babanın eğitim düzeyi ve annenin BKİ; *Hazırlık* aşamasında annenin BKİ, çocuğun beslenme bilgisi ve öz-yeterlik algısı, *Hareket* aşamasında çocuk BKİ, beslenme bilgi düzeyi ve stres, “*Sürdürme*”aşamasında ise cinsiyet, çocuk BKİ, beslenme bilgi düzeyi, beslenme davranışları, öz-yeterlik algısı, stres ve sosyal destek algısı belirleyicisi oldu.

Erkek adolesanlar kızlara göre daha hassas gruba oluşturdu. Sağlıklı beslenme davranışları, beslenme öz-yeterlik ve sosyal destek düzeyleri **kızlara** göre düşüktü. Buna karşın kız adolesanların egzersiz davranışları **düşük** bulundu.

Anne baba **eğitim düzeyi** düşük olan adolesanların beslenme bilgi düzeyi, sağlıklı beslenme davranışları, beslenme öz-yeterlik ve sosyal destek düzeyleri daha düşük bulundu.

Bu çalışmada TTM’ni kullanarak davranış değişim aşamalarına özgü, psikososyal ve davranışsal belirleyicileri öngörmek mümkün oldu. Bu sonuçlar adolesanlarda sağlıklı davranışları amaçlayan obezite önleyici programların geliştirilmesi için uygulanabilir.

Sağlığı geliştiren birçok alanda TTM aşamalarına dayalı girişimler uygulanmaktadır. Sağlık eğitimcileri adolesanların içinde bulunduğu değişim aşamalarını tanımlayabilir ve bir sonraki aşamaya en uygun olan girişimleri uygulayabilir. Bu çalışmanın sosyodemografik, davranışsal ve psikososyal faktörler konusunda tahminde bulunma ve bir sonraki değişim aşamasına geçerken cesaretlendiren uygun girişimleri planlamada ışık tutacağı düşünülmüştür (**Şekil 5-1**).



Şekil 5-1: Adölesanların Değişim Aşamalarına Dayalı Beslenme Girişimleri İçin Öneriler

## 6. SONUÇLAR

Çalışmada;

“Düşünme”, “Düşünme” “Hazırlık”, “Hareket” ve “Sürdürme” aşamalarındaki adolesan dağılımı belirlendi ve her aşamayı etkileyen/ilişkili bulunan demografik, davranışsal ve psikososyal belirleyiciler tanımlandı.

### Değişim aşamalarını etkileyen belirleyiciler

- “Düşünme” aşamasını “*baba eğitim düzeyi*” ve “*anne BKİ*” etkiledi.
- “Hazırlık” aşamasını *anne BKİ*”, “*beslenme bilgi düzeyi*” ve “*öz-yeterlik algısı*” etkiledi.
- “Hareket” aşamasını “*çocuk BKİ*”, “*beslenme bilgisi*” ve “*stres ile baş etme durumu*” etkiledi.
- “Sürdürme” aşamasını “*cinsiyet/kız*”, “*çocuk BKİ*”, “*beslenme bilgisi*”, *beslenme davranışları*,” *öz-yeterlik algısı*”, “*stres ile baş etme durumu*” ve “*sosyal destek algısı*” etkiledi.
- Adolesanların “Beslenme bilgisi” “Beslenme davranışları”, “Beslenme öz- yeterlik algısı”, “Egzersiz davranışları”, “Stres ile baş etme davranışları” ve “Sosyal destek algısı” değişim aşamaları boyunca anlamlı olarak arttı. “Sürdürme” aşamasında tüm belirleyiciler en yüksek düzeye ulaştı.

### Demografik Özellikler

- Çalışmaya katılan 530 adolesanın ortalama yaşı  $10,85 \pm 0,53$  ve yaş aralığı 10-12 arasında değişmekte idi. Adolesanların % 50,9’u erkek, % 49,1’i kız, BKİ’e göre % 4,7’si düşük, % 65,3’ü normal ve % 30’u fazla tartılı ve obez bulundu.
- Transtheoretical Model’in değişim aşamalarına göre, adolesanların % 4,5’i beslenme davranışlarını değiştirmeyi “Düşünmüyor”, % 6’sı “Düşünüyor”, % 23’ü “Değiştirmeye Hazır”, % 22,5’i “Hareket aşamasında” ve % 44’ü “Sürdürme” aşamasında idi.
- Adolesanların, davranış değişimi için hazır olma niyetleri cinsiyete, yaşa ve BKİ değerlerine göre değişmedi ( $p > 0,05$ ).



- Adolesanların beslenme davranış değişimi aşamaları, ailenin sosyo-demografik özelliklerine ve anne ve babanın BKİ değerlerine göre değişmedi ( $p>0,05$ ).

### **Davranışsal ve Psikososyal Belirleyiciler**

- *Beslenme bilgi* puanı fazla tartılı ve obez adolesanlarda daha yüksek idi ( $p<0,05$ ). Yanısıra, adolesanların BKİ'leri yükseldikçe, beslenme bilgi puanı ortalaması anlamlı olarak arttı ( $r=0,169$ ;  $p<0,001$ ).
- *Beslenme davranış* puanı fazla tartılı ve obez adolesanlarda yüksek idi. Ayrıca, kız adolesanların beslenme davranışları puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Adolesanların BKİ'leri arttıkça, beslenme davranışları puan ortalaması da arttı ( $r=0,138$ ;  $p=0,01$ ).
- *Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği*'nden kızların aldıkları puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0,001$ ). Fazla tartılı gruptaki adolesanların öz-yeterlik puan ortalaması anlamlı olarak yüksek idi ( $p=0,003$ ). Ayrıca, adolesanların BKİ değerleri arttıkça beslenme öz-yeterlik düzeyi de arttı ( $r=0,122$ ;  $p<0,05$ ).
- *Egzersiz Davranış Ölçeği*'nden kız adolesanların aldıkları puan ortalaması daha düşük bulundu ( $p<0,001$ ).
- *Stres ile baş etme* puanı fazla tartılı adolesanlarda yüksek bulundu ( $p=0,041$ ).
- *Sosyal destek* "sıklık" ve "önem" alt ölçeğinden kızların aldıkları puan ortalaması daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

### **Davranışsal ve Psikososyal Belirleyicilerin Aile Özellikleri İle İlişkisi**

- Beslenme bilgisi, beslenme davranışı ve beslenme öz-yeterlik algısı puan ortalamaları ebeveynleri üniversite mezunu olan çocuklarda daha yüksek idi ( $p<0,05$ ).
- Egzersiz davranış puanı gelir durumu daha iyi olan ailelerin çocuklarında yüksek bulundu. Anne eğitimi üniversite ve lise düzeyinde olan adolesanların egzersiz davranış puanları daha yüksek bulundu. Ayrıca annenin BKİ'si arttıkça çocukların egzersiz davranışları azaldı ( $r= -0,111$ ;  $p<0,05$ ).
- Adolesanların stres ile baş-etme davranışları üniversite ve lise mezunu annelerin çocuklarında anlamlı olarak yüksek idi ( $p=0,014$ ).

- Çocuk Ergen Sosyal Destek “sıklık” alt ölçeğinden aldıkları puan ailesi evli-birlikte olan çocuklarda, geliri giderinden fazla olan ailelerin çocuklarında ve anne ve baba eğitimi üniversite düzeyinde olanlarda daha yüksek idi ( $p<0,05$ ).
- Çocuk Ergen Sosyal Destek Ölçeği “önem” alt ölçek puanı annesi normal kiloda olan çocuklarda, obez olanlara göre daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). Ayrıca annenin BKİ arttıkça adolesanların Ç-ESDÖ “önem” alt ölçek puanı azalmıştır ( $r= -0,089;p<0,05$ ).
- Psikososyal ve Davranışsal problem yönünden risk altında olan (PSC-17 ölçeği’ne göre 12 ve üzerinde puan alan) adolesanların baba eğitimi daha düşük idi ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak,

Adolesanlarda obeziteyi önleyecek girişimler beslenme davranış değişimi aşamalarına göre yapılırsa;

- Bir sonraki aşamada etkili olan davranışsal ve psikososyal faktörler öngörülebilir.
- Öngörülen faktörlere göre yapılan girişimler davranış değişimi için adolesanları ve ailelerini cesaretlendirebilir.

## 7. ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları değişim aşamalarına temelli girişimlerin geliştirilmesini sağlayabilir ve girişimin etkinliğini arttırabilir. Bunun için değişim aşamasına dayalı aşağıdaki öneriler kullanılabilir.

*Düşünmeme aşamasında ise;* özyeterlik algısının arttırılması,

*Düşünme aşamasında ise;* danışmanlık/egitim programına anne ve babanın dahil edilmesi, öz-yeterlik algısının güçlendirilmesi ve beslenme davranışlarının desteklenmesi.

*Hazır olma aşamasında ise;* beslenme bilgisi, öz-yeterlik algısı, egzersiz davranışları ve stres ile baş etme davranışlarının güçlendirilmesi, anne BKİ'nin ve sosyal desteğin önemsenmesi ve beslenme bilgisinin arttırılması ve öz-yeterlik algısı artırılmalıdır.

*Hareket aşamasında ise;* adolesan BKİ'nin önemsenmesi, stres ile baş etme davranışlarının ve beslenme bilgisinin arttırılması,

*Sürdürme aşamasında ise;* adolesan BKİ'nin izlenmesi, eğitim için kız ve erkekten oluşan karma gruplar oluşturularak görüşmelerin sürdürülmesi, öz-yeterlik algısının gücü, stresle baş etme davranışlarının, beslenme davranışlarının, beslenme bilgisinin ve sosyal desteğin sürdürülmesi önerilir.

Gelecek araştırmalarda, davranış değişim aşamalarına dayalı, önerilen belirleyicileri dikkate alan girişimlerin uygulandığı ve etkisinin değerlendirildiği çalışmaların yapılması; ayrıca değişime dayalı belirleyicileri obez adolesanlarda inceleyen çalışmalar önerilir.

## 8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

### Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Türk adolesanların beslenme davranışlarını ve ilişkili faktörleri TTM'nin değişim aşamalarına göre inceleyen ilk çalışmadır.
- Türk kültürüne uyarlanmış, standart, geçerli ve güvenilir ölçeklerle veri toplanmıştır.
- Adolesanların obeziteden korunma davranışları üzerinde etkili olan birçok değişkeni ortaya koymuştur.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

- Adolesanlarda obeziteden korunma davranışlarını ve psikososyal faktörleri TTM'nin değişim aşamalarına göre değerlendiren çalışmalar sınırlı olduğu için bulgular var olanlarla tartışılabilmiştir.
- Veriler öz bildirime dayalı olarak toplandığından, sosyal arzu edilirlilik hatalarına açıktır. Adolesanlar gerçek davranışlarından çok istedikleri durum hakkında bilgi vermiş olabilirler.

## KAYNAKLAR

AbuSabha, R. ve Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition and health-related behavior. *Journal of American Dietetic Association*, **97(10)**, 1122-1132.

Adachi-Mejia A.M., Longacre, M.R., Gibson,J.J., Beach, M.L., Titus-Ernstoff1, L.T ve Dalton, M.A.(2007). Children with a TV in their bedroom at higher risk for being overweight. *International Journal of Obesity*, **31**, 644–651.

Adams, J. ve White, M. (2003). Are activity promotion interventions based on the Transtheoretical Model effective? A critical review. *Br J Sports Med*, **37**, 106–114.

Aksayan, S. (1998). Okul Sağlığı ve Hemşireliği. İçinde *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. Ed. İnci Erefe, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.

Aksoydan, E. ve Çakır, N.(2011). Beslenme davranışı, fiziksel aktivite düzeyi ve ergenlerin beden kütle indeksi değerlendirilmesi. *Gülhane Med. J.*, **53(4)**, 264-270.

American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding (2012) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*; **129(3)**, 827-41. Erişim 13.11.2014, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552>.

Ardıç, A. ve Esin, M.N. (2015a). The Adolescent Lifestyle Profile scale: reliability and validity of the Turkish version of the instrument. *The Journal of Nursing Research*, **23(1)**, 33-40.

Ardıç, A. ve Esin, M.N. (2015b). Factors associated with healthy lifestyle behaviors in a sample of turkish adolescents: a school-based study. *Journal of Transcultural Nursing*, 1–10.

Aveyard, P. ve ark. (1999). Cluster randomized controlled trial of expert system based on the transtheoretical (“stage of change”) model for smoking prevention and cessation in schools. *British Medical Journal*, **319**, 948-53.

Aveyard, P. ve ark. (2001). The change-in stage and update smoking status results from a cluster-randomized trial of smoking prevention and cessation using the transtheoretical model among British adolescent. *Preventive Medicine*, **33**, 313-324.

Babaoğlu, K. ve Hatun, S. (2002). Çocukluk çağında obezite. *STED*, **11**, 8-10.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, **52**, 1-26.

Baranca, F., Nikogosian, H. ve Lobstein, T. (2007). The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response Summary. Denmark.

Baş, M., Altan, T., Dinçer D., Aran E., Kaya, H.G. ve Yüksek, O. (2005). Determination of dietary habits as a risk factor of cardiovascular heart disease in Turkish adolescents. *Eur J Nut*, **44**, 174-182.

Bibeau, S.W., Moore B.J., Caudill, P. ve Topp, R. (2008). Case study of a transtheoretical case management approach to addressing childhood obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, **23(2)**, 92-95.

Birch, L.L. ve Ventura, A.K. (2009). Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity*, **33**, 74–81.

Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y. ve Ardiç, E. Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **5(1)**, 28-34.

Bulduk, S. ve Erdoğan, S. (2005). Okul sağlığı ekibinin nitelik ve hizmet kapsamının geliştirilmesi. *Klinik Çocuk Forumu*, Eylül-Ekim, 57-66.

Carlisle, L.K., Gordon, S.T. ve Sothorn, M.S.(2005). Can Obesity prevention work for our children? *J La State Med Soc* ,**1**, 34-41.

Caroline, C.H., Susan M.S.,Robert W.M., Rod, K.D. ve Claudio R. N. (2013). Does the Transtheoretical Model of Behavior Change Provide a Useful Basis for Interventions to Promote Fruit and Vegetable Consumption?. *American Journal of Health Promotion*, **27(6)**, 351-357.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2014). *Adolescent and school health*. Erişim Tarihi: 10.09.2014, <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/index.htm>.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2014). *Division of nutrition physical activity and obesity*. Erişim 18.09.2014, [http://www.cdc.gov/growthcharts/html\\_charts/bmiagerev.htm#males](http://www.cdc.gov/growthcharts/html_charts/bmiagerev.htm#males).

Choi, J. H., Chung, K.M. ve Park, K. (2013). Psychosocial predictors of four health-promoting behaviors for cancer prevention using the stage of change of Transtheoretical Model., *Psycho-Oncology*, **22**, 2253–226.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, C. ve ark. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. health behaviour in school-aged children (HSBC) study: international report from the 2009/2010 survey. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Cusatis, D.C. ve Shannon, B.M. (1996). Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolescent Health*, **18(1)**, 27-34.

Çocukluk Çağı Obezite Araştırması Ön Rapor (COSI-TR) (2013). Erişim 13.11.2014, <http://www.diabetcemiyeti.org/var/cdn/a/f/cosi-tr-sonuclari.pdf>.

Dallar , Y.,Erdev Ş.S., Çakır, İ. ve Köstü, M.(2006). Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, **48**, 1-3.

Day, R.S., Nakamori M. ve Yamamoto, S. (2004). Recommendations to develop an intervention for Japanese youth on weight management. *The Journal of Medical Investigation*, **51**, 154-162.

De Bourdeaudhuij, I., Te Velde, S., Brug, J., Due, P., Wind, M., Sandvik, C. ve ark. (2008). Personal, social and environmental predictors of daily fruit and vegetable intake in 11-year-old children in nine European countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, **62**, 834–841.

De Vriendt, T., Moreno, L.A. ve De Henauw, S. (2009). Chronic stress and obesity in adolescents: scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. *NMCD*, **19**, 511-9.

Devecioğlu, E. ve Gökçay, G. (2012). Tamamlayıcı beslenme. *Çocuk Dergisi*, **12(4)**, 159-163.

Di Noia, J., Schinke, S.P., Prochaska, J.O. , ve Contento, I.R. (2006). Application of the transtheoretical model to fruit and vegetable consumption among economically disadvantaged African-American adolescents: preliminary findings. *Am J Health Promot.*, **20**, 342–348.

Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater ,U.M., Ehlert, U.ve Heinrichs, M.(2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychosocial but not cortisol responses to stress. *J Psychosom Res.*, **64**, 479–486.

Doğan, T. (2012). Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **3**, 30.

Domel, S.B., Thompson, W.O., Davis, H.C., Baranowski, T., Leonard, S.B. ve Baranowski, J. (1996). Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption among elementary school children. *Health Education Research*, **11(3)**, 299–308.



Driskell, M.M., Dymont, S., Mauriello, L., Castle, P. ve Sherman, K.(2008). Relationships among multiple behaviors for childhood and adolescent obesity prevention *Preventive Medicine*, **46**, 209–215.

Dupuy, M., Godeau, E., Vignes, C.ve Ahluwalia, N. (2011). Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, **11**, 442.

Edmundson, E., Parcel, G.S., Perry, C.L., Feldman, H.A., Smyth, M., Johnson, C.C. ve ark. (1996a). The effect of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health intervention on psychosocial determinants of cardiovascular disease risk behavior among third- grade students. *American Journal of Health Promotion*, **10** (3), 217-225.

Edmundson, E., Parcel, G.S., Feldman, H.A.,Elder, J., Perry, C.L., Johnson, C.C. ve ark. (1996b). The effects ofthe Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior. *Preventive Medicine*, **25** (4), 442-454.

Erci, B. ve ark.(2009). Halk Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Okul Sağlığı Ed. Erci Behice, Göktuğ Yayınları, Amasya, 124-140.

Erol,S., Ergün, A. ve Kadioğlu, H. (2012). Transteoretik model temelli adolesan sebze ve meyve tüketimi ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliği” Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Projesi (Proje No–Vkv: 2011-2) İstanbul.

Erdogan, S. ve Öztürk, M. (2011). Psychometric evaluation of the Turkish version of the pediatric symptom checklist-17 for detecting psychosocial problems in low-income children. *Journal of Clinical Nursing*, **20**, 2591-2599.

Erol, S. ve Erdoğan, S. (2007). Sağlık Davranışlarını değiştirmek ve geliştirmek için Transteoretik Modelin kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10**(2), 82-86.

Erol, S ve Erdoğan, S.(2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation:The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling*, **72(1)**, 42-8.

Farrand, L.L. ve Cox, C.L. (1993). Determinants of positive health behavior in middle childhood. *Nursing Research*, **42(4)**, 208–213.

Forneris, T., Fries, E., Meyer, A., Buzzard, M., Uguy, S., Ramakrishnan, R., Lewis, C., ve Danish,S. (2010). Results of a rural school-based peer-led intervention for youth: goals for health. *J Sch Health*, **80**, 2.

Frenn, M. ve Malin, S. (2003). Diet and exercise in low-income culturally diverse middle school students. *Public Health Nursing*, **20(5)**, 361-368.

Frenn, M., Malin, S., ve Bansal, N.K. (2003). Stage-based interventions for low-fat diet with middle school students. *Journal of Pediatric Nursing*, **18(1)**, 36-45.

Frenn, M., Malin, S., Villarruel, A.M., Slaikeu, K., McCarthy, S., Freeman, J. ve ark. (2005). Determinants of physical activity and low-fat diet among low income African American and Hispanic middle school students. *Public Health Nursing*, **22(2)**, 89-97.

Floriani, V. ve Kennedy, C. (2007). Çocuklarda obezitenin tedavisinde, önlenmesinde birinci basamakta fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi (Türkçe baskı). *Current Opinion İn Pediatrics*, **2(1)**, 51-58.

Frenn, M. ve Malin, S. (2003). Diet and exercise in low-income culturally diverse middle school students. *Public Health Nursing*, **20(5)**, 361-368.

Gardner ve ark. (2004). Validation of the PSC-17 in a primary care sample. *Pediatr Res* **55 (Suppl.)**: 242A–243A.

Gardner, W., Murphy, J.M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., Jellinek, M., ve ark. (1999). The PSC-17: a brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. *Ambul Child Health*, **5**, 225–236.

Garipağaoğlu, M., Sahip, Y., Budak, N., Akdikmen, Ö., Altan, T. ve Baban, M. (2008). Food types in the diet and the nutrient intake of obese and nonobese children. *J linRes Ped Endo*, **1**, 21-29.

Geçkil, E. ve Yıldız, S. (2006). Adolesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(2)**.

Güngörmüş, Z. ve Karabulutlu, E.Y. (2012). Üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1(3)**, 165-178.

Griffiths, L. J., Smeeth, L., Sherburne Hawkins, S. ,Cole, T. J. ve Dezateux, C. (2009). Effects of infant feeding practice on weight gain from birth to 3 years. *Archives of Disease in Childhood*, **94**, 577-82.

Großschädl, F., Titze, S., Burkert, N. ve Stronegger, W.J.(2013). Moderate- and vigorous-intensity exercise behaviour according to the Transtheoretical Model: associations with smoking and BMI among Austrian adults . *Wien Klin Wochenschr*, **125**, 270–278.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye. Erişim: 12.10.2014, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/>.

Haney, M. Ö., Erdogan, S. ve Ardic, A. (2012). The Effectiveness of Pediatric Symptom Checklist for Psychosocial Screening in Low- Income Turkish Children. *Health Med.*, **6 (11)**, 3768-3776.

Haney, M.Ö. ve Erdoğan, S. (2013). Factors related to dietary habits and body mass index among Turkish school children: a Cox's interaction model-based study. *Journal of Advanced Nursing*, **69(6)**, 1346–1356. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06126.x.

Hawkins, D.S., Hornsby, P.P. ve Schorling, J.B. (2001). Stages of change and weight loss among rural African American women. *Obes Res.*, **9**, 5–67.

Herzer, M., Zeller, M.H., Rausch, J. ve Modi, A. (2011). Perceived social support and its association with obesity-specific health-related quality of life. *J Dev Behav Pediatr.*, **32(3)**, 188–195.

Hesketh, K., Crawford, D., Salmon, J. ve Jackson, M. (2007). Associations between family circumstance and weight status of Australian Children. *Int J Pediatr Obes.*, **2**, 86-96.

Horwath, C.C., Nigg C.R., Wong, K.T. ve Dishman, R. K. (2010). Investigating fruit and vegetable consumption using the transtheoretical model. *American Journal of Health Promotion*, **24(5)**, 324-333.

Hu, F. , Manson, J.E ve Willett, W.C. (2001). Types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a critical review. *J Am Coll Nutr*, **20**, 5–19.

Hulton, J.L. (2001). The application of the transtheoretical model of change to adolescent sexual decision making. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*, **24(2)**, 95-115.

Hussein, R. (2011). Can knowledge alone predict vegetable and fruit consumption among adolescents? A transtheoretical model perspective. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, **86**, 95-103.

Jackson, T.D., Grilo, C.M. ve Masheb R.M. (2000). Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obes Res. Sep*, **8(6)**, 451-8.

Johnson, S.S., Paiva, A.L., Cummins, C.O., Johnson, J.L., Dymment, S.J., Wright, J.A. ve ark. (2008). Transtheoretical Model-based Multiple Behavior Intervention for Weight Management: Effectiveness on a Population Basis. *Prev Med.*, **46(3)**, 238–246.

Kadıoğlu, H., Erol, S. ve Ergün, A. (2014). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Situational Self-Efficacy Scale for Fruit and Vegetable Consumption in Adolescents. *Am J Health Promot*, **29(4)**, 273-275.

Karataş, Z. (2012). Ergenlerin algılanan sosyal destek ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **9(19)**, 257-271.

Kaya, A., Bozaslan, H. ve Genç, G. (2012). Üniversite öğrencilerinin anne-baba tutumlarının problem çözme becerilerine, sosyal kaygı düzeylerine ve akademik başarılarına etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, **18**, 208-225.

Kim, Y.H. (2007). Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, **44**, 936–944.

Le, C.T. (2003). *Introductory Biostatistics*, New Jersey: WileyInterscience, 451-4.

Lin, W., Yang, H., Hang, C., ve Pan, W. (2007). Nutrition knowledge, attitude, and behavior of Taiwanese elementary school children. *Asia Pac J Clin Nutr*, **16 (S2)**, 534-546.

Lindquist, C., Gower, B ve Goran, M. (2000). Role of dietary factors and ethnic differences in early risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr* **71**, 725–732.

Ludwig, D.S. ve Gortmaker, S.L. (2004). Programming obesity in childhood. *Lancet*, **364**, 226–7.

Lumeng, J.C., Appugliese, D., Cabral, H.J., Bradley, R.H. ve Zuckerman B.(2006). Neighborhood safety and overweight status in children. *ArchPediatr Adolesc Med.*, **160**, 25–31.

Malecki, K.C. ve Demaray, K.M.(2002). Measuring perceived social support: Development of the child and adolescent social support scale (CASSS). *Psychology in the Schools*, **39(1)**, 1-7.

Mao, C. ,Xu, L., Xu, L. Ma, H., Liu, T., Qu, X., Hu,H. ve Yang, Q. (2012). Assessment of fruit and vegetable intake behavior among adolescents in hangzhou, China. *The Indian Journal of Pediatrics*. **79(9)**, 1218-1223.

Manios ve ark. (2005). Macronutrient intake, physical activity, serum lipids and increased body weight in primary schoolchildren in Istanbul. *Pediatr Int.*, **47(2)**, 159-66.

Mason, H.N. Crabtree, V., Caudill, P. ve Topp, R. (2008). Childhood Obesity:A Transtheoretical Case Management Approach, *Journal of pediatric Nursing*, **23(5)**, 337-343.

Melnyk, B.M., Jacobson, D., Kelly, S., O’Haver, J., Small, L., ve Mays, M.Z. (2009). Improving the mental health, healthy lifestyle choices, and physical health of hispanic adolescents: a randomized controlled pilot study. *J Sch Health*, **79( 12)**, 575-584.

Melnyk, B.M. ve Small, L. (2003b). Adolescent nutrition knowledge scale. Hammondsport, NY: COPE for HOPE, Inc.

Miller, D.P.(2011) Associations between the home and school environments and child body mass index. *Social Science & Medicine*, **72**, 677-684.

Mooreville , M., Shomaker,L.B., Reina, S.A.,Hannallah , L.M., Adelyn, C.L, Courville, A.B. ve ark. (2014). Depressive symptoms and observed eating in youth. *Appetite*, **75**, 141–149.

Moyé, L.A. (2006). Statistical reasoning in medicine, the intuitive p-value primer. *New York: Springer*, 141-3.

Muslu, G., Özşaker, M., Yardımcı, F. ve Gerçekler, G. (2012). Aydın ilindeki okul çağı çocuklarında obezite ve aşırı kiloluluk prevalansı. *Uluslararası Hakemli Akademik Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi*, **2(2)**, 74-76.

Newby, P.K. (2007). Are dietary intakes and eating behaviors related to childhood obesity? A comprehensive review of the evidence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, **35 (1)**, 35-60.

Nigg, C.R. (2001). Explaining adolescent exercise behavior change: A longitudinal application of the transtheoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, **23(1)**, 11-20.

Norman, G.J., Zabinski, M.F., Adams, M.A., Rosenberg, D.E., Yaroch, A.L., Atienza, A. ve ark. (2007). Review of a health interventions for physical activity and dietary behavior change. *Am J Prev Med*, **33(4)**, 336-345.

O'Dea, J.A. ve Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research*, **21(6)**, 796-805.

Özgür, G., Gümüş, A.B. ve Palaz, C. (2008). Obez bireylerin depresif belirtili düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**, 3.

Palmeira, A.L., Teixeira, P.J., Branco, T.L., Martins, S.S., Minderico, C.S. ve Barata, J.T. ve ark. (2007). Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, **4**, 14.

Parcel, G.S., Edmundson, E., Perry, C.L., Feldman, H.A., O'Hara-Tompkins, N., Nader, P.R. ve ark. (1995). Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. *Journal of School Health*, **65**(1), 23-27.

Pate, R.R., Ward, D.S., Ruth, P., Saunders, R.P., Felton, G., Dishman, R.K. ve ark. (2005). Promotion of physical activity among high-school girls: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, **95**(9), 1582-1587.

Pearson, N. ve Biddle, S.J.H. (2009). Gorely, T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. *A systematic review. Appetite*, **52**, 1-7.

Platt, A.M., Egan, A.M., Berquist, M.J., Dreyer, M.L., ve Babar, G. (2011). Health-related quality of life, depression, and metabolic parameters in overweight insulin-resistant adolescents. *J Pediatr Health Care*, doi:10.1016/j.pedhc.2011.06.015.

Plummer, B.A. ve ark. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large, school-based population of adolescent. *Addictive Behavior*, **26**, 551-557.

Polit ve ark. (2001). *Essentials of nursing research*. (5th ed.). Lippincott Company, Philadelphia.

Pollanen, U.E. ve ark. (1998). Computer-based smoking cessation interventions in adolescents: description, feasibility, and six-month follow-up findings. *Substance Use ve Misuse*, **33** (4), 935-965.

Prapavessis, H., Maddison, R. ve Brading, F. (2004). Understanding exercise behavior among New Zealand adolescents: A test of the Transtheoretical Model. *Journal of Adolescent Health*, **35**(4), 17-27.

Prochaska, O.J. ve ark. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, **3**(1), 39-46.



Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. ve Norcross, J.C. (1992). In Search of how of people change; application to addictive behaviors. *American Psychologist*, **47(9)**, 1102-1114.

Prochaska, J.O. ve Diclemente, C.C. (1982) Transtheoretical Therapy a More İntegrative Model of Change, *Pscychotherapy: theory Research and Practice*, **19**, 316-288.

Prochaska, J.O., Spring, B., ve Nigg, C.R. (2008). Multiple health behavior change research: An introduction and overview. *Prev Med.*, **46(3)**, 181–188.

Prochaska, J.O. ve Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, **12(1)**, 38-48.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Diclemente, C.C. ve Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **56(4)**, 520-8.

Reis L.C., Correia I.C. ve Mizutani E.S. (2014). Stages of changes for fruit and vegetable intake and their relation to the nutritional status of undergraduate students, *Einstein (Sao Paulo)*, **12(1)**, 48-54.

Robinson, C. ve Thomas, S. (2004). The interaction model of client health behavior as a conceptual guide in the explanation of children's health behaviors. *Public Health Nursing*, **21**, 73–84.

Sağlık Bakanlığı [SB] (Ankara, 2008). *Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı*. Erişim 04.03.2014,  
[http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitap.php?id=169&k=saglik\\_hizmetlerinde\\_okul\\_sagligi\\_kitabi](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitap.php?id=169&k=saglik_hizmetlerinde_okul_sagligi_kitabi).

Sağlık Bakanlığı [SB], Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011). Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi Projesi Araştırma Raporu (TOÇBİ). Kuban Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 834, ISBN: 978-975-590-370-5. Ankara.

Sağlık Bakanlığı [SB], Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010). Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı. Erişim 16.11.2015, [http://www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye\\_obezite\\_mucadele\\_kontrol\\_prg.pdf](http://www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucadele_kontrol_prg.pdf).

Santos, M.P., Gomes, H.ve Mota, J. (2005). Physical activity and sedentary behaviors in adolescents. *Ann Behav Med*, **30(1)**, 21-24

Sarkin, A.J. ve ark. (2001). Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stage of change. *Preventive Medicine*, **33**, 462-469.

Shin, S.H. ve Miller, D.P. (2012). A longitudinal examination of childhood maltreatment and adolescent obesity: results from the national longitudinal study of adolescent health (Addhealth) study. *Child Abuse Negl*, **36**, 84-94.

Şimşek, E., Akpınar, S., Bahçebaşı, T., Senses, D.A. ve Kocabay, K. (2008). The prevalence of overweight and obese children aged 6-17 years in the West Black Sea region of Turkey. *Int J Clin Pract.*, **62(7)**, 1033-8.

Spencer, L., Adams, T.B., Malone, S., Roy, L., Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promot Pract.*, **7(4)**, 428-443.

Spencer, L., Pagell, F ve Adams, T. (2004). Applying the transtheoretical model to cancer screening behavior: a review of literature. *Am J Health Behav.*, **29**, 36–56.

Stern, R.A., Prochaska J.O., Velicer W.F., ve Elder J.P. (1987). Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: measurement and sample profiles. *Addictive Behaviors* **12**, 319-329. Velicer, W.F. ve ark. (1990). Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviors*, **15**, 271-283.

Sur, H., Kolotourou, M., Dimitriou, M., Kocaoglu, B., Keskin, Y. ve Hayran O. (2005). Biochemical and behavioral indices related to BMI in schoolchildren in urban Turkey. *Preventive Medicine*, **41**, 614– 621.

Süzek, H. ve Arı, Z. (2010). Muğla Merkez köylerinde yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında beslenme alışkanlıkları, kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. *Yeni Tıp Dergisi*, **27**, 22-28.

Thompson, V.J., Bachman, C., Watson, K., Baranowski, T. ve Cullen, K.W. (2007). Measures of self-efficacy and norms for low-fat milk consumption are reliable and related to beverage consumption among 5th graders at school lunch. *Public Health Nutrition*, **11**(4), 421-426.

Tokuç, B. ve Berberoğlu, U. (2007). Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6**(6), 421-426.

Torres, S.J. ve Nowson, C.A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, **23**, 887–894.

Tümer, A., Arslan, A.S., Pehlivan, Ç., Sunna, E. ve Koç, O. (2013). Yetişkinlerin egzersiz davranışının Transteoretik modelle göre incelenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, **23**(1).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması [TBSA]. (2014) Yayımlanmamış Rapor, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü.

Erişim 12.08.2014, [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK] (2014). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Erişim 10.08.2014, <http://www.beslenme.gov.tr/>.

Türkiye İstatistik Kurumu [TUIK] (2012). Sağlık Araştırması Health Survey 2012. Erişim 10.09.2014, [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab\\_id=223](http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=223).

Vaizoğlu, S.A., Akça, O., Akdağ, A., Akpınar, A., Omar, A.H., Coşkun, D. ve Güler, Ç. (2004). Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **3(4)**, 63-71.

Velicer, W.F., ve ark. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology* **48(5)**, 1279- 1289.

Taymoori, P., Niknami, S., Berry, T., Lubans, D., Ghofranipour, F ve Kazemnejad, A. (2008).

A school-based randomized controlled trial to improve physical activity among Iranian high school girls. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, **5(18)**.

Tillis, T.S., Stach, D.J., Cross-Poline, G.N., Annan, S.D., Astroth, D.B. ve Wolfe, P. (2003). The transtheoretical model applied to an oral self-care behavioral change: development and testing of instruments for stages of change and decisional balance. *J Dent Hyg*, **77(1)**, 16-25.

Tuuri, G., Zanovec, M., Silverman, L., Geaghan, J., Solmon, M., Holston, D. ve ark. (2009). “Smart Bodies” school wellness program increased children’s knowledge of healthy nutrition practices and self-efficacy to consume fruit and vegetables. *Appetite*, **52**, 445–451.

Wagner, D. ve Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, **65(3)**, 692-701.

Wakul, S., Shimomitou, T., Odagiri, Y., Inoue S., Takamiya, T. ve Ohya Y. (2002). Relation of the stages of change for exercise behaviors, self-efficacy, decisional-balance, and diet-related psycho-behavioral factors in young Japanese women. *J. Sports Med. Phys Fitness*, **42(224)**, 32.

Wang, F. ve Veugelers, P.J. (2008). Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews*. **9**, 615–623.

Ward, D.S., Saunders, R., Felton, G.M., Williams, E., Epping, J.N. ve Pate, R.R. (2006). Implementation of a school environment intervention to increase physical activity in high school girls. *Health Educ. Res.*, **21(6)**, 896-910.

World Health Organization [WHO] (2014). *Obesity and overweight fact sheet*. Erişim 16.01.2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

World Health Organization [WHO] (2014). *Global strategy on diet, Physical activity and health*. Erisim 23.08.2014, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> .

Yardımcı, F. ve Başbakkal, Z. (2008). Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**, 2.

Yıldırım, İ. (2004). Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu. *Eğitim Araştırmaları – Eurasian Journal of Educational Research*, **17**, 221-236.

Youth Risk Behavior Surveillance (2013). Dietary Behaviors and Obesity National Results Overview Selected national results. Erişim 12.01.2015, [http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss&utm\\_campaign=youth-risk-behavior-surveillance-united-states-2013-pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=youth-risk-behavior-surveillance-united-states-2013-pdf).

**FORMLAR**

---

EK-1 Beslenme Değişim Aşamaları Ölçeği

---

EK-2 Aile Soru Formu - ASF

---

EK-3 Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği - ABEB

---

EK-4 Beslenme Davranış Ölçeği - BDÖ

---

EK-5 Çocuk Beslenme Öz-Yeterlik Ölçeği - ÇBÖÖ

---

EK-6 Egzersiz Davranışları Ölçeği - EDÖ

---

EK-7 Stres Yönetimi Ölçeği

---

EK-8 Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği- ÇESDÖ

---

EK-9 Psikososyal ve Davranışsal Sorunları Kontrol Listesi - PSC-17

---

EK-10 Etik Kurul Kararı

---

EK-11 Kurum İzni

---

EK-12 Aile İzin Formu

---

**EK-1 Beslenme Değişim Aşamaları Ölçeği**

Lütfen aşağıdaki **5 maddeyi** dikkatle okuyunuz. Şu sıralarda günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketme durumunuzu gösteren maddenin yanına (X) koyarak işaretleyiniz. Beş maddeden **sadece 1 tanesini** işaretleyiniz.

1. Günde 5 porsiyon sebze meyve yemiyorum, gelecek bir ay içinde de yemeyi düşünmüyorum. .....
2. Günde 5 porsiyon sebze meyve yemiyorum, fakat gelecek altı ay içinde yemeyi düşünüyorum. .....
3. Günde 5 porsiyon sebze meyve yemiyorum, fakat gelecek bir ay içinde yemeyi düşünüyorum. .....
4. Günde 5 porsiyon sebze meyveyi bir aydan beri yiyorum. .....
5. Günde 5 porsiyon sebze meyveyi altı aydan daha uzun süredir yiyorum.....

## **EK-2 Aile Soru Formu**

**Açıklama:** Sayın veli, soru formunu özellikle annenin doldurması tercih edilmektedir. Eğer bu mümkün değilse baba da doldurabilir. Aşağıdaki soruları eksiksiz doldurmanın araştırma sonuçları için çok önemli olduğunu hatırlatır, katılımınız için teşekkür ederiz.

Sizin için uygun seçenekleri (X) koyarak işaretleyebilirsiniz.

### **1. Çocuğunuzla İlgili Sorular**

- Cinsiyeti  Kız  Erkek ● Yaşı:
- Çocuğunuzun bir doktor tarafından belirlenmiş bir hastalığı var mı?
- Evet  Hayır

Yanıt Evet ise .....

### **2. Aile İle İlgili Sorular**

- Ailedeki kişi sayısı: .....
- Aşağıdakilerden hangisi ailenizi tanımlamaktadır?
 

<input type="checkbox"/> Anne-baba sağ ve beraber	<input type="checkbox"/> Anne-baba sağ değil
<input type="checkbox"/> Anne-baba sağ ve ayrılır	<input type="checkbox"/> Sadece anne ya da baba sağ
- Ailenin sosyal güvence durumu  Var  Yok
- Ailenizin gelir durumunu nasıl algılıyorsunuz?
 

<input type="checkbox"/> Gelirim giderimden az	<input type="checkbox"/> Gelirim giderimden fazla
<input type="checkbox"/> Gelirim giderimi karşılıyor	
- Kendiniz ve eşinizin eğitim durumunu aşağıdaki seçeneklere göre işaretleyiniz.

#### **Anne Eğitim Durumu**

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite

#### **Baba Eğitim Durumu**

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite

- Kendinizin ve eşinizin kilosunu ve boyunu yazınız.

Anne Kilosu: .....kg Anne Boyu.....cm Baba Kilosu .....kg Baba Boyu .....cm

### **3. Aile Bireyleri ile İlgili Sağlık Algısı**

- Kendinizin, eşinizin ve çocuğunuzun sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? ( Bu soruyu cevaplarırken anketi dolduran kişi kendisi, eşi ve çocuğunun sağlığı hakkında kendi düşüncelerini ifade etmelidir).

Anne(kendinizin)	( ) Mükemmel	( ) İyi	( ) Orta düzeyde	( ) Kötü
Baba (eşinizin)	( ) Mükemmel	( ) İyi	( ) Orta düzeyde	( ) Kötü
Çocuğunuz	( ) Mükemmel	( ) İyi	( ) Orta düzeyde	( ) Kötü



### EK- 3 Adolesan Beslenme Bilgi Ölçeği

Sevgili gençler, aşağıdaki ölçek sizin beslenme ile ilgili bilginizi ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen aşağıdaki sorulara size en uygun olan cevabı veriniz. Cevabınız için dairenin içini doldurunuz ve her bir madde için sadece bir cevap veriniz. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim

1. **Büyüme çağındaki gençlerin günde 2 büyük su bardağı süt içmesi gerekir**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

2. **Her öğünde meyve suyu içmek iyi bir fikirdir**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

3. **Tam yağlı süt, yağsız süttten daha sağlıklıdır**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

4. **Dondurma yoğurttan daha sağlıklıdır**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

5. **Tuzlu krakerler patates cipslerine göre daha yağlıdır**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

6. **Patates kızartması iyi bir sebze tercihidir**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

7. **Izgarada pişmiş yiyecekler, kızartılmış yiyeceklerden daha iyidir**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

8. **Tavuk etini derisiyle yemek, derisiz yemekten daha sağlıklıdır**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

9. **İyi bir meyve tercihi kuru kayısı, kuru incir ve kuru üzüm gibi kurutulmuş meyvelerden yapılabilir**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

10. **Yiyeceklere tuz eklemek iyi bir şeydir**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

11. **Çok fazla meyve suyu içmek dişlerde çürüklere neden olabilir**

Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

12. **Beyaz ekmek esmer ekmek kadar lif içerir**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
13. **Gazoz, maden suyu ve soda gibi içecekler su kadar iyi bir seçenektir**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
14. **Tuzlu yiyecekler yüksek kan basıncına neden olabilir**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
15. **Her gün kahvaltıda mısır gevreği yemek sağlıklıdır**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
16. **Hazır çorbalarda bulunan tuz miktarı sağlıklıdır**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
17. **Şehriye çorbası iyi bir öğle yemeği seçeneğidir**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
18. **Fındık ve fıstık ezmesi kremalı bisküviler, atıştırmalık olarak yoğurttan daha iyidir**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
19. **Bir porsiyonluk et, üç köfte büyüklüğünde olmalıdır**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )
20. **İnsanlar sıkıldıklarında, meşgul oldukları zamana göre daha fazla yemek yerler**  
Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok ( )

### EK- 4 Beslenme Davranış Ölçeği

**Açıklama:** İki yiyecekten en sık yediğinizi seçip daire içine alınız. Sadece bir yiyeceği işaretleyiniz.



1.  kurabiye

elma



2.  soslu sandviç

tavuk



3.  yağlı patlamış mısır

yağsız patlamış mısır



4.  peynirli sandviç

yağda kızarmış yumurtalı ekmek



5.  çikolatalı pasta

portakal



6.  dondurma

meyveli buzlu dondurma



7.  şekerli (tatlı) çörek

kepekli ya da tam buğdaylı ekmek



8.  hindi, balık

salam, sucuk, sosiz



9.  yağlı süt

az yağlı ya da yağsız süt



10.

tuzsuz

tuzlu



11.  dondurma

dondurulmuş ya da normal yoğurt



12.  kepekli ya da tam buğdaylı ekmek

yağda kızarmış yumurtalı ekmek

---



13.  sıvı (bitkisel) yağ

katı yağ (tereyağ, margarin)

---



14.  mayonez ve ketçaplı hamburger

mayonezsiz ve ketçapsız hamburger

---

### EK- 5 Çocuk Beslenme Öz-Yeterlik Ölçeği

Sevgili çocuklar, aşağıda yiyecek seçimiyle ilgili düşüncelerinizi belirlemeye yarayan sorular bulunmaktadır. Her bir soruyu okuduktan sonra yan taraftaki seçeneklerden sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen cevaplarırken başkalarının ne düşündüğünü değil kendinizin ne düşündüğüne karar verin. Bu maddelerde doğru ya da yanlış cevap yoktur. Düşüncenize en uygun sadece **bir seçeneği** işaretleyiniz.

	Emin değilim	Biraz eminim	Çok eminim
1. Yemekleri tuz (ilave tuz) eklemeyen yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
2. Konserve sebze yerine taze ya da dondurulmuş sebze yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
3. Aile bireylerinden patlamış mısırı yağsız ve tuzsuz yapmasını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
4. Sandviç veya hamburgerine turşu yerine marul ve domates konmasını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
5. Tam yağlı süt yerine az yağlı süt içebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
6. Şekerli hamur işi (hamur kızartması, kek, şekerli bisküvi) yerine tahıllı yiyecekler (yulaf ezmesi, kepekli ekme, simit) yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
7. Şekerlemeler yerine taze meyve yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
8. Ekmeğine katıyağ (tereyağ, margarin) sürmeden yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
9. Yağlı tost yerine yağsız tost yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
10. Tavuğun derisini çıkarıp (derisini yemeden) yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
11. Dondurma yerine dondurulmuş ya da normal yoğurt isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
12. Anne ve babandan tuzlu kraker yerine galeta ya da simit almalarını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
13. Patates kızartması yerine haşlanmış ya da fırında patates yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
14. Kola, gazoz yerine taze sıkılmış meyve suyu ya da ayran içebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )
15. Hızlı servis yapılan hazır yemek restoranına gittiğinde hamburger ve patates kızartması yerine salata yiyebileceğinden ne kadar eminsin?	( )	( )	( )

### EK- 6 Egzersiz Davranışları Ölçeği

	ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1. Ailem ile aktif zaman geçiririm (yürüyüş, oyun oynama).	A	B	S	H
2. Haftada en az üç gün yirmi dakika ya da dahafazla güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım (yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme gibi).	A	B	S	H
3. Eğlenceli veya sportif aktivitelere katılırım.	A	B	S	H
4. Boş zamanlarımda yürüyüş veya egzersiz yaparım.	A	B	S	H
5. Arkadaşlarımla aktif sporlar yaparım. (Futbol,basketbol,voleybol,tenis gibi...)	A	B	S	H
6. Kalp atışlarım hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yaparım.	A	B	S	H

**EK - 7 Stres Yönetimi Ölçeği**

	<b>ASLA</b>	<b>BAZEN</b>	<b>SIK SIK</b>	<b>HER ZAMAN</b>
1. Ailemle sohbet etmek için zaman ayırırım.	A	B	S	H
2. Gecede altı-sekiz saat uyurum.	A	B	S	H
3. Her gün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırırım.	A	B	S	H
4. Yaşamımdaki değiştiremeyeceğim şeylere uyum sağlamaya çalışırım.	A	B	S	H
5. Hoşlandığım şeyleri yapabilmek için kendime zaman ayırırım.	A	B	S	H



### EK-8 Çocuk Ergen Sosyal Destek Ölçeği-ÇESDÖ

Bu çalışmada sizden, aileniz, öğretmenleriniz, yakın arkadaşınız veya okuldaki kişilerden aldığınız destekler konusunda ilgili maddeleri yanıtlamanız istenecektir.

Her cümleyi dikkatlice okuyup, dürüstçe yanıtlayın. Yanıtlarda doğru veya yanlış cevap yoktur. Önemli olan sizin için gerçekte geçerli olanı belirtmenizdir. Tüm cümleleri atlamadan yanıtlayınız.

Her cümleye iki cevap vermeniz istenecektir. İlk olarak ne kadar destek aldığınız belirlenecek, sonra bu desteğin sizin için ne kadar önemli olduğu değerlendirilecektir.

Aşağıda bir örnek verilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce dikkatlice okuyunuz.

#### **ÖRNEK:**

	Ne kadar sıklıkla?						Sizin için ne kadar önemli?		
	1. Hiç bir zaman	2. Nadiren	3. Bazen	4. Çoğunlukla	5. Hemen her zaman	6. Daima	1. Onemli değil	2. Onemli	3. Çok önemli
1.Öğretmenlerim sorunlarımın çözümünde bana yardım eder.									

Bu örnekte öğrenci sorunlarının çözümünde öğretmenlerinin ona yardım etmesini “**bazen**” ve “**önemli**” diyerek, yapılan yardımı tanımlar.









38. Diğerleri bana kötü davrandığında benim yanımda olur.									
39. Yalnız olduğumda bana yardım eder.									
40. Ne yapacağımı bilmediğimde bana fikirler verir.									
41. Bana öğütler verir.									
42. Anlamadığım şeyleri açıklar.									
43. Yaptığım şeyden hoşlandığını söyler.									
44. Hata yaptığım zaman bunu uygun bir dil ile söyler.									
45. Yaptığım şeyler hakkında bana doğruyu söyler.									
46. İhtiyacım olduğunda bana yardım eder.									
47. Kendisi ile ilgili şeyleri benimle paylaşır.									
48. Problemlerimi çözmemde, bana yardım etmek için zaman ayırır.									

### EK-9 Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi – PSC- 17

Aşağıda çocukların davranış ve duygularıyla ilgili **17 madde** bulunmaktadır. Bu maddelerin her birini okuduktan sonra, çocuğunuzun **şu andaki ya da son 6 ay içindeki** durumunu göz önünde bulundurarak değerlendirmenizi yapabilirsiniz. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değil ise (bildiğiniz kadarıyla) 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

**0: Doğru Değil/ Asla      1: Bazen ya da Biraz Doğru      2: Çok ya da Sıklıkla Doğru**

	Doğru Değil/ Asla	Bazen ya da Biraz Doğru	Çok ya da Sıklıkla Doğru
1. Yerinde duramaz, bir yerde oturamaz	0	1	2
2. Mutsuz ve üzgündür	0	1	2
3. Çok sık hayal kurar	0	1	2
4. Paylaşmayı reddeder	0	1	2
5. Başkalarının duygularını anlamaz	0	1	2
6. Umutsuzdur	0	1	2
7. Bir şeye dikkatini veremez	0	1	2
8. Diğer çocuklarla kavga eder	0	1	2
9. Kendini çok eleştirir, kendine güvenmez	0	1	2
10. Kendi hatası için başkalarını suçlar	0	1	2
11. Neşesizdir	0	1	2
12. Kurallara uymaz	0	1	2
13. Çok hareketlidir	0	1	2
14. Başkaları ile dalga geçer, onları kızdırır	0	1	2
15. Çok evhamlı ve endişelidir	0	1	2
16. Kendine ait olmayan şeyleri alır	0	1	2
17. Dikkati kolay dağılır	0	1	2

**EK-10 Etik Kurul Kararı****T.C. UŞAK  
ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ  
KURULU KARARLARI**

TOPLANTI SAYISI: 01

KARAR TARİHİ: 27.02.2014

Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi gereğince, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Kadir ÖZCAN başkanlığında, "Erken Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Üç Sağlık Davranışın Transteoratik Model'in Değişim Aşamalarına Göre Psikososyal Belirleyicileri" isimli doktora tezini yürütmek isteyen Öğr. Gör. Seda CANGÖL, öğrenim gören 5. sınıf öğrencilerinde 2014-2015 tarihleri arasında yürütülebilmesi için etik kurul kararı talebi üzerine, MA2-101 nolu toplantı odasında, 27.02.2014 Perşembe günü saat 13:15'de toplanmış olup gereği görüldü

**KARAR 2014-01**

Öğr. Gör. Seda CANGÖL'ün 10.02.2014 tarihli dilekçesi gereği "Erken Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Üç Sağlık Davranışın Transteoratik Model'in Değişim Aşamalarına Göre Psikososyal Belirleyicileri" isimli doktora tezini yürütmek isteyen Öğr. Gör. Seda CANGÖL'ün talebinin, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği açısından uygulanabilir olduğuna, 27.02.2014 tarihinde katılanların oybirliği ile karar verildi.

**ASLI GİBİDİR**

No	Üyenin Adı Soyadı	İmza	No	Üyenin Adı Soyadı	İmza
1	Prof. Dr. Kadir OZCAN Başkan	İmza	4	Prof. Dr. Ahu DEMİROZ GÜN Üye	İmza
2	Prof. Dr. M. Faysal GOKALP Başkan Yardımcısı	İmza	5	Prof. Dr. Cemil ERTUGRUL Üye	İmza
3	Prof. Dr. Hasan TOSUN Üye	İmza		Av. Fatih GÜNGÖR Raportör	İmza



## EK-11 Kurum İzni



T.C.  
UŞAK VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 29425508/42/746264

19.02/2014

Konu: MENE'ye bağlı Kurumlarda  
Araştırma İzni

Sayın: Seda CANGÖL  
Sağlık Yüksek Okulu  
UŞAK

İlgi: a) Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 07.03.2012 tarih ve B.08.0.YET.00.20.00.0/3616 sayılı yazısı. (2012/13 sayılı Genelge) b) 10/02/2014 tarih ve 576319 sayılı dilekçeniz.

İlgi (b) yazı ile müdürlüğümüze bağlı kurumlarda araştırma yapmak istenmektedir. İlimiz merkezi ve ilçelerinde yapılacak anket ve araştırma uygulaması ile ilgili anket formları yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi(a) genelge gereğince değerlendirilmesi yapılarak Erken Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Üç Sağlık Davranışın Transteoratik Modelin Değişim Aşamalarına Göre Psikososyal Belirleyicileri değerlendirme anketi uygulanması uygun görülmüştür.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Ömer BULUT

İl Millî Eğitim Müdürü

ADI-SOYADI	UNVANI	Araştırma Konusu	Müracaat Tarih ve Sayısı
Seda CANGÖL	Öğretim Görevlisi	Erken <u>Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Üç Sağlık Davranışın Transteoratik Modelin Değişim Aşamalarına Göre Psikososyal Belirleyicileri</u> İreri İrileri	21/01/2014 279185

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi kapsamında elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak teyidi için <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden yapılabilir.

1 Millî Eğitim Müdürlüğü /  
UŞAK Kurtuluş Mh. Enstitü Şişesi /  
1 e-posta: [istatistik64@meb.gov.tr](mailto:istatistik64@meb.gov.tr)



elektronik imza ile imzalanmıştır  
10d5-0179-32fP!ff17(Ka36a kodu)

Ayrıntılı bilgi için: O.DERCİ /  
Şef Tel: (0 276) 2233990-177  
Faks: (0276)2233989

## EK- 12 Aile İzin Formu

### Değerli anne ve babalar,

Çocukların beslenme alışkanlıklarını incelemek için “*Erken Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Belirleyicilerin Transteoretik Model’in Davranış Değişim Aşamaları’na Göre İncelenmesi*” başlıklı doktora tez projesi yürütmekteyiz. Bu araştırmada ilköğretim okullarının 5. sınıfında okuyan öğrencilerin çocuklarda obeziteyi önleyen üç sağlık davranışının psikososyal belirleyicilerini model çerçevesinde tanımlamak amaçlanmıştır. Araştırmanın bir bölümünde aileyi ilgilendiren sorular da vardır. Bu nedenle bu soruları çocukların anne veya babalarından birinin (mümkünse annenin) yanıtlaması daha doğru veri elde etmeyi sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılımınız, çocuğunuz ve sizinle ilgili sorulara vereceğiniz yanıtlar, çocukların beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgilerin oluşmasında büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız, aşağıdaki araştırmaya katılım izin formunu lütfen imzalayınız.

Öğr.Gör.Seda CANGÖL  
Uşak Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu

Prof. Dr. Semra ERDOĞAN  
İ.Ü. Florence Nightingale  
Hemşirelik Yüksekokulu

### ARAŞTIRMAYA KATILIM İZİN FORMU

Prof. Dr. Semra Erdoğan danışmanlığında Öğr. Gör. Seda Cangöl'ün doktora tezi olarak yürütülen “*Erken Adolesanlarda Obeziteyi Önleyen Belirleyicilerin Transteoretik Model’in Davranış Değişim Aşamaları’na Göre İncelenmesi*” başlıklı araştırmaya katılmayı ve çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Veli ismi :.....  
Tel :.....

İmza:  
Tarih: