

**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ERGENLERİN KİLOLARI İLE İLGİLİ ALGILARININ SAĞLIKLI  
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ**

**Meltem KARADAMAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Rana YİĞİT**

**MERSİN-2010**

**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ERGENLERİN KİLOLARI İLE İLGİLİ ALGILARININ SAĞLIKLI  
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ**

**Meltem KARADAMAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Rana YİĞİT**

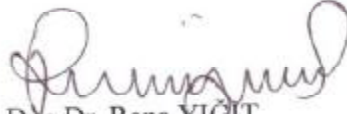
**Tez No:168**

**MERSİN-2010**


**Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan **Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi** başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 11/06/2010



Doç. Dr. Rana YIGİT  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Başkanı



Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi



Yar. Doç. Dr. Figen IŞIK ESENAY  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 21.06.2010 tarih ve 2010/184 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ülke COMELEKOĞLU  
Enstitü Müdürü



# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY.....</b>	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>iv</b>
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ.....</b>	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>x</b>
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
2.1. ERGENLİK DÖNEMİ.....	6
2.1.1.Fiziksel Gelişim.....	8
2.1.2.Psikososyal Gelişim.....	9
2.1.3.Beden İmgesi Gelişimi.....	10
2.2.SAĞLIĞI KORUMA GELİŞTİRME VE HEMŞİRELİK.....	13
2.2.1.Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri.....	19
2.2.1.1.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	19
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>45</b>
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	45
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	45
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	45
3.4.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	45
3.5.VERİ TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER.....	46
3.5.1.Öğrenci ve Ebeveyn Değerlendirme Formu.....	46

3.5.1.1.Beden Kitle İndeksleri.....	46
3.5.2.Kilo Durumunu Algılama Anketi.....	47
3.5.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile) .....	47
3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ ÖN UYGULAMASI.....	49
3.7.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	50
3.8.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	50
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>51</b>
4.1.ERGEN VE EBEVEYNLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ.....	51
4.2.ERGENLERİN KİLO ALGILARI VE KONTROL ETME YÖNTEMLERİ..	54
4.3.ERGENLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ PUANLARI.....	63
4.4. ERGENLERİN KİLOLARIYLA İLGİLİ ALGILARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ.....	69
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>78</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>90</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>94</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>101</b>
8.1. EK.1: ERGENLERİN KİLOLARIYLA İLGİLİ ALGILARI.....	101
8.2. EK.2: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI.....	104
8.3. EK.3: MERSİN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI.....	107
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>109</b>

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Şekil 1:</b>	Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	20
<b>Şekil 2:</b>	Besin Piramidi	39
<b>Şekil 3:</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Alt Grupları, Ölçekteki Soru Numaraları, En Düşük, En Yüksek Puanları	48
<b>Çizelge 4.1:</b>	Ergenlerin Eğitim Gördükleri Okullara Göre Dağılımı	51
<b>Çizelge 4.2:</b>	Ergen ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri	52
<b>Çizelge 4.3:</b>	Ergenlerin Kilo Kategorilerine Göre Dağılımı	54
<b>Çizelge 4.4:</b>	Ergenlerin Kilolarıyla İlgili Algılarının Dağılımı	55
<b>Çizelge 4.5:</b>	Kilolu Olduğunu Düşünme İle Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki	56
<b>Çizelge 4.6:</b>	Kilolu Olduğunu Düşünme İle Cinsiyetler Arasındaki İlişki	56
<b>Çizelge 4.7:</b>	Ergenlerin Kilo Kategorilerine Göre Şu Andaki Kiloları İle İlgili Endişe Düzeyleri	57
<b>Çizelge 4.8:</b>	Ergenlerin Kilo Kategorilerine Göre Gelecekteki Kiloları ile İlgili Endişe Düzeyleri	58
<b>Çizelge 4.9:</b>	Ergen İle Anne Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki	59
<b>Çizelge 4.10:</b>	Ergen İle Baba Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki	59
<b>Çizelge 4.11:</b>	Anne işi ile Ergenlerin Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki	60
<b>Çizelge 4.12:</b>	Ergenlerin Kilolarını Kontrol Etme Yöntemleri	61
<b>Çizelge 4.13:</b>	Ergenlerin Kilolarını Kontrol Etme Girişimleri İle Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki	62
<b>Çizelge 4.14:</b>	Ailelerin Çocuklarının Kilolarını Kontrol Etme Girişimleri İle Ergenlerin Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki	62
<b>Çizelge 4.15:</b>	Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Maddelerin Frekans Dağılımı	63
<b>Çizelge 4.16:</b>	Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarından Aldıkları Puanlar	66

<b>Çizelge 4.17:</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı	66
<b>Çizelge 4.18:</b>	Ergenlerin Kiloları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	69
<b>Çizelge 4.19:</b>	Sağlıklı Yaşam biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Ergenlerin Son Altı Ayda Kilolarında Meydana Gelen Değişikliklere Göre Dağılımı	70
<b>Çizelge 4.20:</b>	Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Yedikleri Gıdaları Yaşıtlarıyla Kıyaslama Durumlarına Göre Dağılımı	71
<b>Çizelge 4.21:</b>	Ergenlerin Sağlıklı Yaşam biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Aktivite Düzeylerini Yaşıtlarıyla Kıyaslama Durumlarına Göre Dağılımı	73
<b>Çizelge 4.22:</b>	Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Kilolarını Kontrol Etme Girişimlerine Göre Dağılımı	75
<b>Çizelge 4.23:</b>	Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Yediklerini Kontrol Etmede Zorlanma Durumuna Göre Dağılımı	76

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>SYBDÖ</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>SYBD</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>BKİ</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması



## ÖZET

### Meltem Karadamar; Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlığı Geliştirme Davranışları İle İlişkisi

Bu araştırma; lise 1. sınıfta eğitim gören ergenlerin, kiloları ile ilgili algılarının sağlığı geliştirme davranışları ile ilişkisini tanımlamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, 2008 – 2009 eğitim – öğretim yılında Adana İli Seyhan İlçesi Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 61 lisenin birinci sınıfında eğitim gören 20.642 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi; cinsiyet ve lise türleri dikkate alınarak ve tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak, minimum 750 öğrenci olacak şekilde oluşturulmuştur.

Verilerin toplanmasında öğrenci ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri ile boy, kilo durumları ve öğrencilerin kilo algılarına yönelik iki bölümden oluşan anket formu ile Pender (1987) tarafından geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) (Health Promotion Lifestyle Profile) kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen verilerin analizi; Independent Samples t test, One-Way ANOVA, Tukey HSD post hoc testi, Chi-square testleri ile yapılmıştır. İstatistik analizlerde  $p < 0,05$  ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ergenlerin %13,3'ünün zayıf, %73,1'inin normal, %8'inin fazla kilolu, %5,6'sının obez olduğu belirlenmiştir. Gerçekte fazla kilolu/obez olanlar %13,6 iken ergenlerin %37,1'i kilolu olduğunu düşünmektedir. Kızların kilolu olduğunu düşünme oranı (%47,9) erkeklerden (%27,5) fazladır ( $p=0,001$ ). Ergenlerin SYBDÖ puan ortalaması  $126,4 \pm 19,5$  olup, kilo algıları ile SYBDÖ alt gruplarından kendini gerçekleştirme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,011$ ). Kilolu olmadığını düşünenlerin kendini gerçekleştirme puanları daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerin SYBDÖ puan ortalaması ve alt gruplarından beslenme ve egzersiz puanları kızlardan daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,043$ ).

Bu sonuçlar; sağlıklı yetişkinlerden oluşan bir toplum için, birinci basamakta ergen gelişiminin yakın takibinin gerekliliğini ve SYBD'na verilmesi gereken önemini göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Ergen, Kilo Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi

## ABSTRACT

### **Meltem Karadamar; The Relationship Between the Body Image of the Adolescents and Their Behaviors Regarding Health Improvement**

**This investigation was performed in order to define the relationship between the perception of the adolescents, who are grade 9 students in high school, concerning their body weights and their behaviors to improve the health status.**

**The study population consisted of 20.642 grade 9 students studying at 61 different high schools which belong to the Directorate of the National Education in Seyhan County of Adana during 2008-2009 school years. Sample design was created considering the gender and the type of high school and with a minimum number of 750 students.**

**A questionnaire, which intended to describe the demographics of students and the parents, their heights and weights, as well as the feelings of the students about their body weights, and the Health Promotion Lifestyle Profile (HPLP) that developed by Pender (1987) were used during the collection of data.**

**Statistical analysis was done using Independent Samples t test, One-Way ANOVA, Tukey HSD post hoc test, and Chi-square test. A p-value less than 0.05 was considered to be statistically significant.**

**Among the study population, 13.3% was thin, 73.1% had normal weight, 8% was overweight, and 5.6% was obese. Although only 13.6% of adolescents were really overweight/obese, 37.1% of them believed that they were fat. The percentage of female students who felt fatty was higher than male subjects (47.9% vs 27.5%,  $p=0.001$ ). The mean score of the HPLP obtained from the adolescents was found to be  $126.4\pm 19.5$  and there was a positive correlation between the body image of the adolescents and the self-esteem ( $p=0.011$ ). It was found that the students who did not feel overweight had elevated scores in terms of self-esteeming. The average score of HPLP as well as nutrition and the exercise was noted to be higher in male students than females ( $p=0.043$ ).**

**These results indicate the requirement of close monitoring of the adolescents' development by the community health professionals as well as the significance of the health promotion lifestyle behaviors for a society consisted of healthy adults.**

**Key Words: Adolescent, Body Image, Health Promotion Lifestyle**

# 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10–19 yaş grubunu ergenlik dönemi olarak tanımlamaktadır (1,2). Dünyada yaklaşık 1,2 milyar kişinin 10–19 yaş grubunda olduğu tahmin edilmektedir (3). Devlet İstatistik Enstitüsü'nün (DİE) 2007 verilerine göre Türkiye'de 12. 568. 658 ergen bulunmaktadır (4).

Ergenlik, insan yaşamında büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir (1,3). Bu dönemde ergenler yalnızca fiziksel olarak değil, bilişsel ve psikososyal yönden de hızlı bir gelişim yaşayarak yetişkinliğe ve gelecekteki rollerine hazırlanırlar. Başka bir ifadeyle, tüm yaşamlarını etkileyebilecek davranış örüntülerini geliştirirler (5,6,7). Ayrıca bu dönemde ergen; kimlik arayışı içindedir, bağımsız olmaya, kabul görmeye çabalar ve dış görünüşü ile fazla ilgilidir (7). Kendisi için zihninde oluşturduğu beden imajının bir parçası olarak boyu ve kilosu bu dönemde ergen için çok önemli olmaktadır. Çekiciliğini bunların gelişimine bağlayan ergen, kendini yaşlılarıyla kıyaslar (8).

Ergenlik döneminde; sosyal olarak kabul görme, aileden ve diğer insanlardan sevgi ve saygı bekleme, kendine saygı duyma, başarı isteği, bedenen güçlü ve güzel olma arzusu ve bağımsızlık ergen beklentilerinin önemli bir kısmını oluşturur. Ergen aynı zamanda tüm bunları yapamamanın getirdiği bir korku duyar. Özellikle toplumsal güzellik ölçütlerinin hızla değişmesi, aşırı zayıflığın güzel olmakla eşdeğer tutulması sağlığı olumsuz etkileyen davranışların ve yeme bozukluğu hastalıklarının artışına neden olmaktadır (8,9).

Bu dönemdeki bireyler, diğer yaş gruplarına göre, toplumun en sağlıklı kesimini oluşturmaktadır. Ancak, yaşam tarzı ve sağlıklı olmayı belirleyen birçok değişkene ilişkin temeller yine bu dönemde atılmaktadır (5,7). Ergenlik ve gençlik dönemlerinde meydana gelen değişiklikler, aslında sağlık davranışlarının değişimine de paralellik göstermektedir. Özellikle sigara içme, alkol kullanma ve sağlıkla ilgili diğer olumsuz davranışlar açısından risk altında olan ergenlerin, beslenme davranışlarının da istenilen biçimde olmaması benzer bir kaygıyı beraberinde getirmektedir (5). Bu dönemde doğru beslenme çok önem kazanmaktadır. Bu önem beslenmenin boy ve kiloya etkisi kadar, ergenin bu takıntısına bağlı çıkabilecek yeme bozuklukları riskinden de kaynaklanmaktadır. Bu dönemde edinilecek yanlış beslenme alışkanlıkları ilerleyen yıllarda önemli sağlık sorunlarına yol

açabilmektedir (8). Düzensiz öğün ve öğün aralarında atıştırma, ev dışında yemek yeme alışkanlığı ve fast-food tercihleri ergenlik dönemi beslenme alışkanlıklarının tipik özelliklerindedir. Bu alışkanlıkları genellikle aile, akran ve medyayı kapsayan birçok etmen etkilemektedir (7,9).

Avrupa'nın 13 ülkesinde üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, özellikle sigara içme ve beslenmeye ilişkin sağlık inanış ve görüşlerinde olumsuzluğa doğru bir gidiş olduğu saptanmıştır. Ergenlerin yaklaşık %19'unun ciddi bir beslenme sorunu ile karşı karşıya olduğu belirtilmektedir (5).

Avrupa'da 2003 yılında 9 ülkede 11 yaşındaki çocuklar ile yapılan "The Pro Children" araştırması sonuçlarına göre fazla kiloluluk prevalansı, erkeklerde (%17) kızlardan (%14) daha fazladır (10).

Son yıllarda ülkemizde de özellikle kentsel bölgelerdeki çocuk ve gençler arasında ayaküstü beslenme sıklıkla tercih edilen bir beslenme biçimi haline gelmiştir. Bu şekilde beslenme doymuş yağ asitleri yönünden zengin, posa içeriği, A ve C vitaminleri yönünden yetersiz olup, yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olmakta ve obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıkların oluşma riskini artırmaktadır (10). Çocuk ve ergenlik dönemindeki sağlık sorunları, erişkin döneme yansiyabilme özelliği taşımaktadır. Obez ergenlerin %75'inin erişkin yaş grubunda da obez olacakları öngörülmektedir (11).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı sonuçlarına göre, Türkiye'de çocukların yüzde 3'ünün yaşına göre zayıf yani düşük kilolu olduğu gösterilmiştir. Yaşına göre zayıf olan çocukların oranı, iki yaşından sonra yüzde 4'e; doğu'da yaşayan çocuklar arasında ise yüzde 6'ya yükselmektedir. Kırsal kesimde daha yoğun olmakla birlikte 5 yaşına kadar olan çocukların %12'si bodurdur ve zayıflık (%4) daha önemsiz bir sorun olarak tanımlanmıştır (12).

Ülkemiz gelişmekte olan bir ülkedir ve bölgeler arasında refah düzeyi açısından derin farklılıklar gözlenmektedir. Bu nedenle doğu bölgelerinde çocuklarda zayıflık ve gelişme geriliği daha çok gözlemlenirken diğer bölgelerde obezite ve aşırı kiloluluk daha sık gözlemlenmektedir.

Ece ve arkadaşları (2004) tarafından Diyarbakır ve çevresindeki okullarda 9-17 yaş arası çocuklarda boy kısalığı ve obezite araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda; çocukların % 21.7'si düşük ağırlıklı bulunmuş, kızlarda ve erkeklerde obezite oranı % 1 olarak saptanmıştır (13).

Ülkemizde çocuk ve ergenlerde obezite sıklığını araştıran ulusal boyutta yapılmış bir çalışma bulunmamakla birlikte bölgesel düzeyde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (10). Bunlar arasında;

Kayseri’de 6–10 ve 11–17 yaşlar arası çocuklar ile yapılan bir çalışmada çocukların %10.6’sının kilolu ve %1.6’sının ise obez olduğu belirlenmiştir. İstanbul, Ankara ve İzmir İllerinde 12-13 yaş grubu ergenler ile yapılan başka bir çalışmada; çocukların %12’si zayıf, %12’si kilolu ve %2’si obez olarak belirlenmiştir. Yine bu üç büyük ilde 12-13 yaş grubunda yapılan bir başka çalışmada toplam obezite prevalansının erkeklerde %15.1, kızlarda %13.3 olduğu belirlenmiştir. Muğla’da 6-15 yaş arası çocuklar obezite açısından değerlendirilmiş; kızların %7.6’sının, erkeklerin ise %9.1’inin obez olduğu saptanmıştır (10).

Çalışmalarda da görüldüğü gibi günümüzde obezite çocuk ve ergenlerde gün geçtikçe önemli bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır. Obezite fiziksel sorunların yanında çocuklarda psikolojik ve sosyal sorunlara da yol açmaktadır. Çocuklar arasında obez kişiler ‘tembel, uyuşuk, oto kontrolü zayıf kişiler’ olarak nitelendirilmektedir. Bu nedenle obez çocuklar arkadaş grubu içinde dışlanabilmekte ya da damgalanabilmektedir. Obez çocuklarda düşük benlik saygısı, depresyon ve düşük akademik başarı sık görülen psikolojik bozukluklardır. Dallar ve ark. (2006) yaptığı çalışmada; obez çocuklarla obez olmayan çocuklar karşılaştırılmış ve obez çocuklarda depresyon düzeyinin yüksek, özgüven düzeyinin ise anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (14).

Ülkemizde obezitenin artmasına neden olan faktörlerden biri de hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşmasıdır. Düzenli fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam tarzının temel ögesi olduğu bilinmektedir. Fiziksel aktivitesi artmış bir toplumun sağlık harcamalarının çok ciddi düzeyde azalacağı ve ülke ekonomisine çok büyük katkısının olacağı kabul edilmektedir (10).

TNSA 2003 yılı araştırmasına göre ülkemizde 18 yaş üzeri bireylerin %20.32’sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99’unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. Onsekiz yaş ve yukarısı erkeklerin %71.12’si, kadınların %58.12’si ve toplam nüfusun %63.69’nun fiziksel hareketliliğinin haftada 150 dakika olduğu belirlenmiştir (15).

Patrik ve ark. (2004) fazla kilolu erkek ergenlerin normal kiloda olanlara göre okul dışındaki günlerde daha az fiziksel aktiviteye katılıp daha çok televizyon izlediklerini saptamıştır (16).

Özmen ve ark. (2007) araştırmasında; öğrencilerin %34'nün düzenli kahvaltı yapma, %38.3'nün düzenli öğle yemeği yeme, %6.5'nin düzenli akşam yemeği yeme alışkanlığının olmadığı, %36.7'nin şişmanlamaktan çok korktuğu, %6.5'nin diyet yaptığı, %39.4'nün düzenli spor yapma alışkanlığının olmadığı ve %59.1'nin abur cubur yediği belirlenmiştir (17).

Günümüzde sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede olumlu sağlık davranışlarının desteklenmesi ve sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi anahtar rol oynamaktadır. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışları kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasına dayanmaktadır (8). Birçok hastalığın temeli çocukluk ve ergenlik dönemine uzanmakta ancak toplumsal hastalıklarla (hipertansiyon, diabet, kalp hastalıkları) çocukluk ve ergenlik dönemindeki bu ilişki çoğu zaman atlanmaktadır (18).

Bedeni ile ilgili olumsuz algıları ergeni olumsuz sağlık davranışlarına yönlendirebilmektedir. Bunlardan en önemlisi bilinçsizce, hiçbir bilimsel dayanağı olmaksızın başlanan ve sürdürülen diyet uygulamalarıdır. Çoğu zaman diyet yapması gerektiğine ergen kendisi karar vermektedir. Uygulanan diyet ise genellikle arkadaşlar ve medya tarafından önerilen ve hekime danışılmadan yapılan sağlığı olumsuz etkileyecek diyetlerdir. Uygulanan diyet çoğu zaman, ergenin büyüme ve gelişmesi için gerekli olan beslenme gereksinimlerini karşılamamaktadır (11). Aynı şekilde obezite nedeniyle bilinçsiz diyet uygulayarak hızlı kilo veren ergenlerde pek çok endokrin ve metabolik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (19).

Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion), DSÖ tarafından insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin bütünü olarak tanımlanmıştır. 1986 Ottawa Bildirgesi de Sağlığı Geliştirme kavramı çerçevesinde “sağlıklı toplum politikası” ve “sağlığı destekleyen çevre ve ortamlar yaratılması” vurgulanmıştır (20).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmakla sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımından uzak durma, sağlıklı beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet ve sağlıksız cinsel davranışlarından uzak durma, kilo kontrolü, olumlu aile iletişimi ve stres yönetimi gibi davranışlar ile mümkün olmaktadır (21,22). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma durumunu sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha

iyi bir düzeye getirebilir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (23).

Halk sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler gençlerin bir arada bulunduğu okullarda, etkili sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimi kazandırma programlarının planlanarak yürütülmesinde çok önemli rollere sahiptirler. Bu programların oluşturulabilmesi için öncelikle ergenlerin sağlık davranışlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bir başka önemli nokta ise bireylerin bedenleriyle ilgili algılarının ne derece doğru olduğunun ve bunları nelerin etkilediğinin bilinmesidir. Bu araştırma; ergenlerin kiloları ile ilgili algılarının sağlığı geliştirme davranışları ilişkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ERGENLİK DÖNEMİ

Ergenlik dönemi, hızlı anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin olduğu çocuklukla yetişkinlik arasında yer alan kendine özgü özellikleri ve sorunları olan bir geçiş dönemidir (24-30). DSÖ, 10-19 yaş grubunu “ergen”, 10-24 yaş grubunu “genç insan” olarak tanımlamaktadır (7, 24, 25, 27, 30, 31).

Ergenlik kavramı ilk kez 1904’de Stanley Hall ile literatüre girmiş ve insan gelişiminde ayrı bir dönem olarak yerini almıştır (32). Bazı kaynaklarda adolesan dönemi olarak geçen kavram dilimize ergenlik dönemi olarak çevrilmiştir (8). Terim Latince ‘gelişen’, ‘olgunluğa doğru büyüyen’ anlamındadır (8, 28, 32, 33).

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı Psikiyatri Sözlüğü’nde (Psychiatric Glossary) ergenlik “Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterizedir” şeklinde tanımlanmaktadır (32).

Ergenlik genellikle hızlı fiziksel değişimlerle başlar, psikososyal olgunlaşma ile sürer. Kişinin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zaman diliminde sona erer. Başlama yaşı gibi bitiş zamanı da bireye, ülkeye, sosyal çevreye göre değişimler gösterebilir (8, 32-34). Örneğin ülkemizde gençlerin önemli bir bölümünün üniversitelere devam ediyor olması, bu sürecin tamamlanmasını 22-24 yaşa kadar uzatabilmektedir (32). Ayrıca ergenin kendi yapısı ve dolayısıyla önceki çocukluk dönemlerindeki davranış şeklide gelişim döneminin nasıl geçirileceğinde belirleyici olur (33).

Ergenlik, homojen bir süreç olmaması ve uzun bir dönemi kapsamaması nedeni ile üç gelişimsel döneme ayrılır (25, 34). Bunlar: 10-14 yaş arası erken ergenlik, 15-17 yaş arası orta ergenlik ve 18-21 yaş arası geç ergenlik dönemdir (8, 33).



## **Erken Ergenlik (10-14 yaş) “erinlik ( puberty)”**

Puberte ikinci seks özelliklerinin kazanılmasının ardından üreme kapasitesinin kazanılmasını ifade etmektedir. Kızlarda ovulasyonun, erkeklerde spermatogenezin başlaması ile karakterizedir (29). Puberte evresi kızlarda yaklaşık altı ayı, erkeklerde iki yılı kapsar (30,34) ve başlangıçlı ergenden ergene farklılıklar gösterebilir. Bu farkların oluşumunda genetik, beslenme ve sağlık etkilidir. Bu dönemde, hipotalamustan gelen uyarılarla hipofiz bezi hormonlar salgılamaya başlar. Bunun sonucunda da ergenliği belirleyen cinsel ve fiziksel değişiklikler başlar. Değişimler boy, kilo, iskelet sistemi, kas ve yağ dokusu, solunum ve dolaşım sistemlerinin yanı sıra, merkezi sinir sistemi ve üreme organlarındaki gelişimi de kapsar (8).

Puberte döneminin en belirgin psikolojik özelliği, bu döneme özgü hızlı biyolojik değişikliklerin yarattığı baskıya karşı gencin uyum ve baş etme çabalarıdır. Bedensel değişiklikler bazen o kadar hızlı olur ki gençler bedenlerinin içinde kendilerine yabancılaşma çekerler. Birden uzayan kollar ve bacaklar sakarlıklara yol açar. Büyüyen göğüsler, yüzde çıkan aknelere gençte, bu değişimin sonucunun nereye varacağına yönelik kaygılar yaratır. Bu dönemdeki ergenlerin çoğunun ayna karşısında bedenlerini inceleyerek geçirdikleri uzun süreler yeni bir beden imgesi edinme ve buna alışma çabalarının göstergesidir. Yapılan çalışmalar bu dönemde gençlerin en büyük uğraşlarının bedenleri olduğu ve çoğunun da bedenlerine yönelik hoşnutsuzluklar ifade ettiklerini ortaya koymaktadır. Bu hoşnutsuzluk çok fazla olursa ergen beden imgesini denetleyebilmek, bedenine kendi istediği şekli verebilmek amacıyla aşırı diyetler uygulama yoluna gidebilir. Bunun morbid şekli ergenliğe özgü bir psikopatolojik durum olan anoreksiya nervosa ve bulimiya gibi yeme bozukluklarıdır (8,33,34).

## **Orta Ergenlik (15-17 yaş)**

Bu dönem gerek olgunlaşmanın ve gerekse öğrenmenin etkisiyle uyum becerilerinin daha iyi kullanılabildiği bir dönemdir. Pubertal değişiklikler ve bilişsel (kognitif) gelişme tamamlanmıştır (33). Zihinsel yönden de somut düşünceden soyut düşünmeye geçer. Soyut düşünme yeteneğinin gelişmesi ile ergenler kendilerini başkalarının gördüğü gibi görmeye başlarlar. Ancak halen ben-merkezcidirler. İlk endişeler, yeni yeni ortaya çıkan fiziksel

değişikliklerle ilgilidir. Cinselliğin öneminin artması ile birlikte bu dönemde ergen karşı cinsten arkadaşlar ile çıkma ve cinsel deneyimler yaşamaya başlayabilir (34).

### **Geç Ergenlik (18-21 yaş)**

Bu dönemde, ergen daha az ben-merkezlidir ve başkalarını daha fazla düşünmeye başlar. Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere kayar. Egen, ailesinden bağımsız hale gelir. Karşı cinsle olan arkadaşlıklar çok daha samimi olur. Soyut düşünme yeteneği ergene gelecekle ilgili daha gerçekçi planlar yapmasını sağlar (34).

#### **2.1.1. Fiziksel Gelişim**

Ergenlik öncesinde kız ve erkek çocuklarda yağsız vücut kitlesinin yüzdesi, iskelet kitlesi ve yağ kitlesi eşit oranlardadır (30, 35). Büyüme ve gelişme, ergenlik döneminde belirgin bir hızlanma gösterir ve bu dönemin sonunda erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşılır. Ergenlerde lineer büyüme, ekstremitelerde ve gövdede olmak üzere iki kısımdan oluşur. Büyümede hızlanma önce ayak ve ellerde, daha sonra bacak ve kollarda olur. Gövde uzamasındaki hızlanma ise bacaklardan bir yıl sonra olur. Genel büyüme ile birlikte, iç organ ve salgı bezlerinin büyüklüklerinde; kemik, yağ ve kas kitlelerinde belirgin artış olur (25, 30).

Ergenlik belirtilerinin başlaması ile beraber cinsiyet hormonlarının vücut kitlesini artırıcı etkisi ile boy uzamasında belirgin hızlanma görülür. Dönemin başlangıcında ergen erişkin boyunun %80'ine ulaşırken 2-4 yıl içinde erişkin boyunun %90'na ulaşır. Boy uzaması epifiz tabakasının kapandığı dönem olan 20-24 yaşına kadar devam eder. Boy ve kilo artışında kız ve erkekler arasında farklılık görülür (34, 35). Kızlarda boy uzaması yılda ortalama 8-9 cm, erkeklerde 10-11 cm dolayındadır (34). Kızlar erkeklerden yaklaşık 2 yıl önce puberteye girdikleri için boy uzaması kızlarda daha erken başlar. Erkekler 14 yaş civarında kızlara ulaşırlar ve onları geçerler (34, 35).

Erişkin vücut ağırlığının genellikle yarısı ergenlikte kazanılır (30). Erkek ergenlerde kas gelişmesi ve iskelet kitlesinin artması vücut ağırlığının artmasında önemli rol oynarken, kızlarda kilo artışı büyük ölçüde yağ depolanması sonucu olmaktadır. Ergenlik

döneminde kızların ortalama 16-17 kg almaları ve boylarının 24 cm uzaması; erkeklerin ise ortalama 19-20 kg alması ve 25 cm uzaması beklenir (34).

### **2.1.2. Psikososyal Gelişim**

Ergenlik dönemini yaşayan bireyin sadece bedeni değil, psikolojik yapısı (27,29,35), kişiliği ve çevresindekilerle kurduğu ilişkilerin niteliği de değişmektedir. Bunların nedeni, ergenin bedeninin ve duygularının, bir “bütün” olarak değişmesi, gelişmesi, dünyayı, insanları ve kendini anlamakta kullandığı zihinsel becerilerinin hızlanmasıdır. Ancak bu hızlanma bir yetişkin gibi düşünme ve davranma biçimine henüz ulaşmamıştır (29).

Ortaokul yıllarına denk düşen ergenliğin ilk yıllarında, cinsel uyanışla birlikte yeni ruhsal özellik ve davranışlar kendini gösterir (34). Dengeli ve uyumlu ilköğretim çocuğu gider, yerine oldukça tedirgin, güç beğenen ve çabuk tepki gösteren biri gelir (29). Tepkilerini önceden kestirmek güçtür. Bencilleşir, istekleri artar, evdeki kuralların çokluğundan yakınır, kendine tanınan hakları yetersiz bulur. Derslere ilgisi azalmış, çalışma düzeni bozulmuş ve istekleri artmıştır. Anne babanın uyarılarına ters tepkiler verir. Evde durmak istemez. Dışarıya ilgisi artmıştır (34). Bilindiği gibi bireyin sosyalleşmesi ilk olarak ailede başlar. Bu bağlamda ergenin sosyalleşme süreci aslında çocukluk döneminde başlamış ve ergenlik döneminde ise bu süreç ailesinin dışına taşarak okul çevresi ve dolayısı ile arkadaş grupları ekseninde hızla devam etmektedir (36). Bu dönemde ergen, özgür davranmak, kendi kararlarını kendisi vermek ve kendi seçimini yapmak istemektedir, zaman zaman aileden uzaklaşmakta, uzaklaşınca da çaresizlik, yalnızlık, güvensizlik duyguları ile karşılaşmaktadır (29).

Ergenlikte, kendine has özellikleri olan benmerkezci düşünce hâkimdir. Ergen sürekli olarak çevredeki kişiler tarafından izlendiği, hayali seyircileri olduğu ve tüm dikkatin kendi üzerinde toplandığı inancındadır. Bu durum ergen için önemli bir sorun haline dönüşebilir (35).

Bu dönemde spora ilgisi artan ergen kaslarını geliştirmeye çalışır ve böylece enerjisini de boşaltmış olur. Spor ve kültürel faaliyetlerinden kazanacağı başarı kendine güvenini artırır. Grup çalışmaları yaşlılarıyla kaynaşma olanağı verir. Arkadaş grubu

içinde bağlılığa ve dayanışmaya önem verilir. Genç, gruba ters düşmemek için kendine ters gelen davranışlara bile katılır (34).

Gencin düşünme yeteneğinde önemli gelişmeler olur. Soyut kavramları daha iyi anlar ve kullanır; ilgi alanı genişler ve çeşitlilik kazanır. İleride seçeceği meslekle ilgili konulara eğilir. Bir şeyler yapmak, başarmak, kendini kanıtlamak ister (34).

### **2.1.3. Beden İmgesi Gelişimi**

Ergenlerin psikososyal gelişiminde beden imgesinin önemli bir rolü vardır (9,36-39). Puberte, cinsellik ve kimlik oluşumu beden imgesinden etkilenmektedir (37). Beden imgesi kavramı (physical self-concept); tamamen psikolojik bir fenomen olmaktan ziyade fiziksel ve sosyolojik olarak kişinin kendi görünüşüyle ilişkilidir. Kişinin şimdiki ya da geçmiş deneyimleri kadar, hayali deneyimlerini de içerebilir. Beden imgesi kavramı, beden gerçek görünüşüne gerçekten benzeyip benzemediğine ilişkin zihinde yer alan algılarla ilişkilidir.

Ergenlik döneminde, içsel faktörlerle birlikte, çevresel faktörlerin etkisi ile gelişen beden imgeleri, ergenin kendine yaklaşım biçimini de belirlemektedir. Bu yaklaşımın yönü yani kendisi hakkında olumlu ya da olumsuz bakış açısına sahip olması, kendini değerli ya da değersiz görmesi benlik saygısını belirlemektedir. Olumlu beden imgesinin yerleşmesi, olumlu benlik kavramı ve benlik saygısı ile birlikte oluşur ve bu durum gencin arkadaş ilişkilerine, kendini daha özgür hissetmesine ve başarılı algılamasına da sebep olur (24, 39). Bu yüzden benlik saygısı yüksek olan kişiler kendilerini değerli ve önemli kişiler olarak görürler. Düşük benlik saygısı olan bireyler için tersi durum geçerlidir. Yapılan bir çalışmada; kızların % 63.7'sinin, erkeklerin %49'nun bedenlerinden hoşnut olmadığı bulunmuştur (9). Benlik saygısı (self-esteem) ergenin ileriki yaşamında düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyen kimliğin çekirdeğini oluşturur. Kimlik gelişimi yaşam boyu sürmesine karşın, en önemli dönüm noktası ergenlik dönemidir (24).

Ergenlik döneminin ilk yıllarında meydana gelen hızlı beden değişiklikleri gencin bedenine olan ilgisini artırır (30,34,36). Daha önce mevcut olmayan memelerin büyümesi, kıllarda artma, akne oluşumu, hızla uzayan boy ve artan kilolar, ergenlerin kendi bedenleri içinde yabancılaşma çekmelerine neden olur. Ergenlerin çoğu vakitlerini ayna karşısında bedenlerini inceleyerek geçirirler (30). Şişmanlık, uzun boy, kısa boy, yüz çizgilerinin

düzgün olup olmayışı sorun olmaya başlar (8,34). Çekiciliğini bunların gelişimine bağlayan ergen, kendini yaşlılarıyla kıyaslamaya başlar (8,28,33). Kimisi şişmanlığına, kimisi zayıflığına üzülür. Uzun boylu olmak övünç kaynağı olurken, kısa boy kız ve erkek tüm ergenlerde aşağılık duygusuna neden olabilir (34). Bunun nedeni egein kendisi için oluşturduğu olumlu ya da olumsuz beden imgesidir. Ergenin bu ilgisi, erinlikte en yoğun noktada olmakla birlikte, belli bir ölçüde ergenliğin sonuna kadar devam eder (36).

Ergenin kendi fiziksel görünümünü kabul etmesi, gelişiminin temellerinden biridir. Ancak, çocukluk döneminden başlayarak aşırı zayıf, ideal güzel, uzun boy, küçük burun gibi medya imgeleri ile bombardımana tutulan gençler, bu "ideal" stereotipini içselleştirmektedirler (9, 39, 40). Bu içselleştirme ise beden imgesi doyumunu azaltmasının yanı sıra sağlıksız davranışlara yol açmakta yeme davranışı bozukluklarını arttırmaktadır. "ideal kişi" hedefine ulaşmaya çalışırken, öğrenme ve özdeşim sürecindeki ergenler kendilerini "yeterince zayıf/ güzel bulamadıklarında, bu şekilde de bir birey olarak kabul göreceğine inanmamakta ve toplumsal olarak "reddedilme anksiyetesi" yaşamaktadırlar (9, 40). Özellikle şişmanlık durumlarında kötü ve sağlıksız beden algısı, sosyal izolasyon, kendine güven duygusunun azalmasına neden olabilir (40). Bu konuda yapılan birçok çalışmada, kızların erkeklere oranla, bedenlerinden daha az hoşnut olduğu ve daha zayıf beden ideali taşıdıkları bildirilmiştir (9, 38).

Örsel ve ark. (2004) 15-17 yaş arası ergenlerle yaptıkları çalışmada, kızların %48.8'i erkeklerin %63'ü şimdiki kilolarından memnun olduğunu ifade etmiştir. Kızların %43'ü daha zayıf olmayı isterken, erkeklerde daha zayıf (%18.3) ya da daha kilolu olmayı (%18.7) isteyenlerin oranı benzerdir. Kilosundan memnun olanların, daha zayıf ya da daha kilolu olmayı isteyen diğer iki gruptan anlamlı derecede daha yüksek beden imgesi toplam puanı aldıkları ve daha olumlu beden imajına sahip oldukları bulunmuştur (39).

Türk ve ark. belirttiğine göre ABD'de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezince 2001 yılında yapılan araştırmada son bir ayda 9-12. sınıf öğrencilerinin %46'sının zayıflamaya çalıştığı bulunmuştur. Kendisini kilolu algılama kız öğrencilerde daha yüksek oranda olup son bir yıl içinde diyet yapma oranı da kız öğrencilerde daha yüksektir (41).

Göksan'ın (2007) çalışmasında; öğrencilerin beden imajlarıyla ilgili hoşnutsuzluğu %55,7 olarak bulmuştur. Kız öğrencilerin %63,7'si, erkek öğrencilerin %49'u beden bedenlerinin herhangi bir bölümüyle ilgili memnuniyetsizlik bildirmiştir (9). Göksan'ın

belirttiğine göre; Bohne ve ark. (2002) Alman kolej öğrencilerinin beden imajlarıyla ilgili hoşnutsuzluk düzeyini %46.6 olarak saptamıştır (9).

Okul temelli birincil müdahale programlarının amacı, kişinin kendi vücuduyla ilgili memnuniyetsizliğini tanımlaması ve buna bağlı olarak kişilerin benlik saygılarının ve kişisel yeterlilik duygularının artırılmasıdır. Bu çalışmaların uzun dönemde yararlı olabilmesi için de yapılan tüm çalışmaların aile ve öğretmenler tarafından pekiştirilmesi gerekmektedir (42).

## 2.2. SAĞLIĞI KORUMA, GELİŞTİRME VE HEMŞİRELİK

Toplumun sağlık düzeyi, toplumda sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olmalıdır (43).

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruma, sürdürme ve geliştirme davranışlarını kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili öz sorumluluk yüklenerek doğru kararlar almasını sağlama üzerine temellendirilmiştir (21, 43, 44).

Bireylerin kendi sağlıklarını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada sağlığın geliştirilmesi çalışmaları önem taşımaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, bireylerin sağlıklarını korumalarında kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları oldukça önemlidir (43).

Sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma veya hastalıkları önleme arasındaki en önemli fark, bireylerin veya toplulukların davranışlarının altındaki motivasyonlardır. Sağlığı iyileştirme, refahı artırma arzusunun ortaya koyduğu ve insanın sağlık potansiyelini gerçekleştirmesinden kaynaklanan bir davranıştır. Sağlığı koruma ise, hastalıkları aktif olarak önlemek, erken teşhis etmek veya hastayken de fonksiyonel olmayı sürdürmeden kaynaklanan motivasyon (dürtü) sonucu ortaya çıkan bir davranıştır. Sağlığı iyileştirmedeki bu en saf koruma dürtüsü enerji ve hareketliliğin yüksek ve kronik hastalık tehdidinin uzak olduğu çocukluk yıllarından ergenliğe geçişte ortaya çıkar. Gençlik sağlıklı davranışlara zevk için veya fiziksel görünümünü ve cazibelerini artırmak amacıyla sahip olmak isterler (45).

Sağlığın geliştirilmesi, tüm dünyada 1986 yılında Kanada Ottawa'da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'ndan sonra daha yaygın kabul görmeye başlamıştır (46, 47). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi sağlığın geliştirilmesi, hizmetlerin yeterli ve herkes tarafından ulaşılabilir ve kabul edilebilir düzeyde olmasının sağlanması için 'Herkes İçin Sağlık' hedef ve stratejilerini tanımlamış ve sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak sağlığı geliştirme ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanması

gerektiğini vurgulamıştır (6, 47, 48). Avrupa’ da Herkese Sağlık Hedef 21’ de yer alan hedeflerin amacı; 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunmaktır. Bu hedefe ulaşmadaki iki temel amaç; tüm insanların yaşamları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi ve hastalığa ve sakatlığa yol açan sorunların azaltılmasıdır (31). Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu geliştirecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel sosyal ve çevresel kaynakların harekete geçirilmesidir. Sağlık davranışı ise; sağlığı geliştirme, hastalıkları azaltma ve ya önlemeye yönelik olarak bireylerin iyi olduğuna inandığı ve uyguladığı aktivitelerdir (6).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80’nin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50’nin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Hipertansiyon, şişmanlık, Tip II Diyabetes Mellitus, koroner kalp hastalıklarının her geçen gün prevalans ve insidansının artması nedeniyle sunulacak sağlık hizmetlerinin sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması önem taşımaktadır (43).

Ergenlik, zihinsel, cinsel ve fiziksel olarak büyük değişimlerin yaşandığı dönemdir. Bu dönemdeki bireyler, diğer yaş gruplarına göre, hastalık ve ölüm nedenleri açısından toplumun en sağlıklı kesimini oluşturmaktadırlar; ancak, yaşam tarzını ve sağlıklı olmayı belirleyen birçok değişkene ilişkin temellerin bu dönemde atılması (6, 40), toplam nüfus içindeki oranlarının fazla olması ve yaşadıkları hızlı değişimler nedeniyle sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında öncelik verilmesi gereken gruplardan biridir (49).

Ülke kalkınma planlarında da önemi vurgulanan 5-19 yaş grubunun sağlık hizmetleri, Türkiye’de sağlık hizmetleri içinde öncelikli hizmetler grubunda olmasına rağmen “okul sağlığı” başlığında yeterince ayrıştırılmamıştır. Çok geniş bir dönem olan okul döneminde her aşamada çocuğun karşılaştığı risk faktörleri, çocuğun gelişim dönemlerine ait sorunlar, sağlık sorunları ve tüm bu sorunların çözüm önerilerinin ele alınması gerekmektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşları toplum tabanlı hizmet veren sağlık kurumları (sağlık ocakları ve toplum sağlığı merkezleri) olarak okul sağlığı çalışmalarının yürütülmesinden de sorumludurlar (46, 50, 51).

DSÖ son yıllarda gençlik döneminin sağlığı ve gelişimi konusunu uluslararası halk sağlığı kapsamında ön plana çıkarmaktadır. Gençlerin yaşam becerilerini geliştirmelerini destekleme konusunda somut çalışmalar ortaya koymaktadır. ‘sağlığı geliştiren okullar’,



‘sağlığı geliştiren üniversiteler’ gibi gençliğin sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine de katkıda bulunacak pozitif kültürel ortamların oluşturulmasını sağlayan projeler uygulamaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yayınlanan VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında bu konunun önemi “... ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma, geliştirme bilgi ve becerilerine sahip olmaları ...sağlanacaktır” şeklinde yer almaktadır (49).

Gelişen ve değişen teknoloji ve toplumsal yaşama paralel olarak hemşirelerin rolü de değişmiştir (40). Hemşireler, biyopsikososyal uzmanlıkları ve insanlarla sürekli iletişim halinde olmaları nedeniyle, sağlığı iyileştirme çalışmalarına liderlik olanağına sahiptirler (45). Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde bireylerin ve toplumun sağlığını tehdit eden faktörlerin farkında olma, bireylerin bu konu ile ilgili farkındalıklarını arttırma hemşireliğin en önemli koruyucu işlevidir (40). Ergenlik dönemi aynı zamanda bireyin okul dönemini kapsadığı için ergen sağlığı ile ilgili çalışmalar okul sağlığı kapsamında yürütülmektedir. Okul sağlığı hizmetlerinin amacı, okul toplumunun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Okul çocukları ve çalışanlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık durumlarını değerlendirmek, sağlık eğitimi yoluyla sağlıklı yaşam davranışları geliştirmek, öğrenmeyi engelleyici nitelikteki bozuklukların düzeltilmesi konusunda bu bireyleri yönlendirmek, özürlü ve kronik hastalığı olan çocukları belirlemek ve eğitimlerine yardımcı olmak, bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek, kaza ve yaralanmalarda ilk yardım girişimlerinde bulunmak okul sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (38, 50-52).

Okul çağı çocukların sağlık izleminin en önemli göstergeleri belirli zaman aralıkları ile büyümenin izlenmesi ve sağlık durumunun kontrol edilmesi ile sağlanabilir. Bu düzenli kontrollerde okul ve okul çevresiyle ilişkili riskler de dikkate alınmalıdır. Bu izlemelerin içinde fiziksel büyüme ve gelişme, psikososyal gelişme ve sağlık sorunlarının erken tanısına ilişkin kriterlerin yer almasına özen gösterilmelidir. Okul çağı olan 5-19 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlığının izlenmesine ilişkin belirleyici özellikler aşağıda sunulmuştur.

**İzlem Sıklığı:** Fiziksel büyüme ve gelişme yılda bir kez değerlendirilmelidir. Sistemik fizik muayene ise 6., 8. ve 10. yaşlarda, sonrasında da 18 yaşa dek yılda bir yapılmalıdır. Sağlık sorunu olan çocuklar daha sık izlenmelidir.

**İzlem Süreci:**

- Öykü
- Fizik muayene (antropometrik ölçümler, büyümenin ve cinsel gelişimin değerlendirilmesi, sistemik muayene)
- Psikososyal gelişimin değerlendirilmesi (okul performansı)
- Yaşına uygun tarama testleri
- Bağışıklama
- Sağlığın geliştirilmesi, kazaların ve şiddetin önlenmesi, beslenme, diş sağlığı, cinsel sağlık, ruh sağlığı, madde kullanımının önlenmesi, toplum, okul ilişkileri, aile içi ilişkiler, vb. konularda sağlık eğitimi verilir (50).

Dünyada okul sağlığı uygulamaları 19. yüzyılda başlamış ve 20. yüzyılın ilk yıllarında gelişmiş ülkelerde okul sağlığı uygulamaları rutin hizmet kapsamına girmiştir (38, 50). Amerikan Okul Sağlığı Birliği (American School Health Association: ASHS) okul hemşiresini; öğrencilerin yaşam kalitelerini, akademik başarılarını ve yaşam boyu başarılı olmalarını sağlamak amacıyla çalışan profesyonel hemşireliğin uygulandığı özel bir alan olarak tanımlamaktadır. Bu amaçla, okul hemşireleri öğrencilerin sağlık ve güvenliğini geliştirmek; mevcut ve olası sağlık sorunlarına yönelik girişimlerde bulunmak; vaka yönetimi hizmetlerini yürütmek ve öğrencinin öz yeterlilik, öz güven ve öğrenim adaptasyonu sağlamak için aile ile işbirliği içinde çalışır (52).

Ergenlerin içinde buldukları olumsuz koşulların ve gösterdikleri davranışların belirlenmesi sağlıklı toplum oluşturulmasında atılması gereken ilk adımdır. Oldukça fırtınalı ve gerilimli bir yaşam döneminde bulunan ergenlere yaşamlarına anlam ve sağlık katacak bilgiler verilmeli, tutumlar ve deneyimler kazandırılmalıdır (49).

Ergenlere yönelik hemşirelik bakımı; sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine odaklanmalı, ergenlere sunulan sağlık eğitimi ve hizmetleri ise gerekli araştırmalar yapıp ergenlerin ihtiyaç duydukları konularda planlanmalıdır. Bu eğitimler düzenli olmalı ve ergenlerin davranışları üzerindeki etkileri izlenerek gerekli düzenlenmeler yapılmalıdır. Literatürde en sık uygulanan ve önerilen ergen sağlığını geliştirme programlarının; beslenme, egzersiz, hijyen, uyku, alkol, ilaç, sigara kullanımı ve cinsellik alanlarına yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalar olduğu görülmektedir.

Ayrıca bu çalışmaların daha etkin yöntemlerle sürdürülmesi ve ergenlerin kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk üstlenmeleri için stres azaltma, stresle etkin baş etme becerisini öğretme ve desteklemeye yönelik programlar yer almaktadır (6, 51).

Ergenler ebeveynlerinin davranışlarını örnek alarak sağlıklı davranışlar geliştirebilirler. Bu nedenle ebeveynler davranışlarının çocukları üzerindeki etkisi hakkında bilgilendirilmelidirler. Ebeveynlerin ergenle sağlık davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi üzerine yapacakları sohbetler ve onunla birlikte düzenleyecekleri aktiviteler de yaşam biçiminin şekillenmesinde yol gösterici olacaktır (51). Bu nedenle koruyucu sağlık programları sadece ergen üzerine odaklanmamalı, aileyi de kapsayacak şekilde organize edilmelidir. Ergenin ailesi ergenin fiziksel, cinsel ve duygusal gelişimi dâhil olmak üzere normal ergen gelişimi, ergenlik çağında sık karşılaşılan fiziksel ve duygusal sorunların bulgu ve belirtileri ve ergenin sağlık gelişimini destekleyecek ebeveyn davranışları konularında bilgilendirilmelidir (51).

Bağımsızlık duygusunu yoğun yaşamalarına karşın gençlerin sağlıkla ilgili bilgi kazanmada, tutum ve davranış geliştirmede dış alana büyük ölçüde bağımlılık gösterirler. Sağlık denetim odağı gençler açısından dış alandır. Gençler, sağlıkla ilişkili mesajların eksik, çelişkili, çarpıtılmış, ya da yanlış olduğu bir medya ve sosyal iletişim ortamı içersindedirler (49). Kasım 2004 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen ‘I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu’nun Kapanış Bildirgesi’nde; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlık eğitiminin temel süreç olduğu ve okullarda sağlık eğitimi ve öğretiminin bu alanda yetiştirilmiş profesyoneller tarafından yürütülmesinin gerekliliği bir kez daha vurgulanmıştır (46).

Ülkemizde 06.08.2000 Tarihli Resmi Gazete’de ‘Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği’ yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı; toplumu oluşturan kişilerin sağlık bilincini ve davranışını geliştirerek, sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek üzere; halkın bilgilendirilmesi ve görevli personelin sağlık eğitimi konusunda bilgilerinin geliştirilmesi için uygulanacak eğitim faaliyetlerinin usul ve esaslarını belirlemektir (46).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin temel görevlerinden birisi de “okullarda sağlık eğitimi” vermektir (38,43,45). Bu sağlık eğitiminin içinde bedenin bakımı ve korunması, sağlıklı yaşam için bedenin doğru kullanılması, doğru nitelikleri taşıyan sağlıklı ve temiz giyinme, sağlıklı yaşam için düzenli

hareket ve spor yapmanın yararları, sağlıklı yaşam için aşı olmanın gerekliliği, düzenli uykunun büyüme ve gelişme üzerindeki etkileri, sağlıklı uykunun sağlanabilmesi için uygun koşulları, yaşam biçimi, alışkanlıklar ve sağlık ilişkisi, sağlıklı olmanın önemi, sağlıklı ve yeterli beslenme, sağlıklı olmanın bireyin öz sorumluluğu ile ilişkisi, olumlu sağlık alışkanlıklarının bireyin görünüm ve duygularına etkileri yer almalıdır (38).

Sağlık eğitiminin amaçları, öğrencilerde okul/toplum aracılığı ile yaşam boyu sağlık anlayışı geliştirmektir. Bu nedenle:

1. Gerekli sağlık bilgilerine, sağlık ürünlerine ve hizmetlerine ulaşmalarını sağlamak,
2. Sağlığı geliştiren davranışları destekleyip, sağlık riski taşıyan tutumları önlemek,
3. Sağlık üzerine kültür, medya, teknoloji ve diğer faktörlerin etkisini analiz edebilme yetkinliği kazandırmak,
4. Sağlığı geliştirme amacıyla kişiler arası iletişim becerilerini kullanabilmelerini sağlamak,
5. Hedef belirleme ve karar verme yeteneklerini geliştirmek,
6. Kişisel, aile ve toplum sağlığı savunuculuğu yapmalarını sağlamak,
7. Okullarda sağlık eğitiminde bilgilendirmenin yanında, altı riskli davranışın önlenmesi üzerine odaklanmasını başarmak için: Sigara, alkol, bağımlılık yapan madde kullanımı; kötü beslenme, sedanter yaşam tarzı; cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler; yaralanmalarla sonuçlanan davranışlar; şiddet ve diğer anti-sosyal davranışlardan korumak gerekir (38).

Okullarda verilecek sağlık eğitiminde; öğrenci, öğretmen ve veliler olmak üzere başlıca üç hedef grup vardır. Sağlık eğitiminin amacı, öğrencilere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılmasıdır. Sağlık eğitimi öğrencilere “yaşam boyu sağlıklı yaşam için davranış değişikliği” kazandırarak sağlıklı bir toplum yaratmayı hedeflemelidir. Yapılan her muayene, tarama, okul sağlığı ekibi tarafından sağlık eğitimi için iyi bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bu kontroller görme, duyma, kan basıncı, omurga eğriliği taramalarını içerir (38,45). Sağlık eğitimi ile öğrencilerin sağlık konusunda iyi alışkanlıklar edinmesi ailelerini de olumlu yönde etkilemektedir (38).

Geçkil ve Yıldız (2006) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerine beslenme ve stres yönetimi eğitimi vermişler ve bu eğitimler sonucunda; beslenme alt grup puan

ortalamasında anlamlı ( $p=0,001$ ) artış saptanırken, stres yönetimi alt grup toplam puanında anlamlı bir fark olmamakla ( $p>0,05$ ) birlikte bazı alt grup maddelerinde anlamlı artış saptamışlardır (6).

Sağlık profesyonelleri öğretmen ve veliler ile işbirliği yaparak, öğrencilerin evde ve okuldaki sağlık eğitimlerinin birbirlerini tamamlayacak şekilde olmasını sağlamalıdır. Sağlık eğitiminde, öğrenciye öncelikle kendi sağlığını geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu edinmesi, ayrıca diğer kişilerin sağlığının korunmasında sorumluluğu paylaşması da öğretilmelidir (38).

Sağlığın geliştirilmesi programları sadece kişilerin eğitimini değil, bireyin içinde bulunduğu çevre ve ekolojik ortamın düzenlenmesi ve düzeltilmesini içermelidir. Sağlık profesyonelleri mesleki sorumlulukları ve profesyonel rolleri gereği yaşam biçimleri ile toplumda rol modeli olmalıdırlar. Bireyler de sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalıdırlar. Gerek sağlık profesyonellerinin rolü, gerekse bireylerin öz sorumluluğu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürülmelidir (38).

### **2.2.1. Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri**

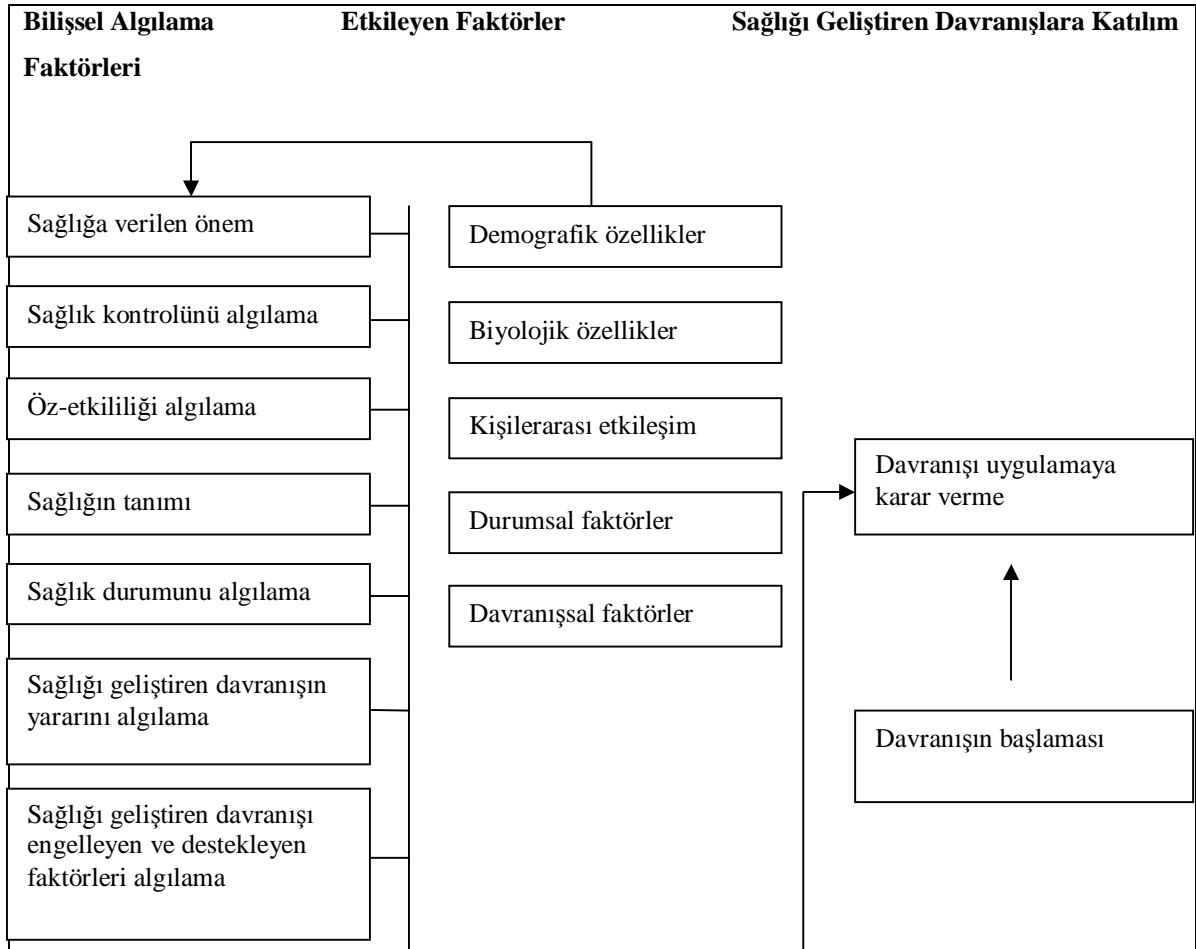
Davranış değişikliği yöntemlerinin köken aldığı farklı davranış değişikliği modelleri vardır. “Sosyal Bilişsel Teori” (Bandura, 1977), “Sağlık İnancı teorisi” (Becker, 1974) ve “Transteoritik Model” (Prochaska, 1977) bu modeller arasında yer almaktadır (53). Bu bölümde geçerliliği birçok çalışma ile kanıtlanmış Sağlık İnancı Modeli ve Sosyal Bilişsel Model temel alınarak geliştirilen Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli açıklanmıştır. Bu çalışmada da Sağlığı Geliştirme Modelinin Kavramsal çatısından yararlanılmıştır.

#### **2.2.1.1 Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli**

Pender tarafından Sosyal Öğrenme Teorisi’nden temel alınarak geliştirilen bu modelde bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır (Şekil1).

Sağlığı Geliştirme Modeli'ndeki "bilişsel-algısal faktörler" olarak gösterilen değişkenler; "sağlığa verilen önem", öz-etkililik ve yeterliliği algılama", "sağlığın kontrolünü algılama", "sağlık durumunu algılama", "sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama", sağlığı geliştiren davranışı engelleyen ve destekleyen faktörleri algılama" faktörleridir. Sağlığı Geliştirme Modeli'ndeki bilişsel algılama faktörleri, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Şekil1'de görülen bilişsel algılama faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulanması üzerinde doğrudan etkilidir. Bilişsel algılama faktörleri de bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörlerden etkilenir.

**Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli**



Kaynak: Smith C, Maurer F. Community Health Nursing. Theory And Practice. 2<sup>nd</sup> Ed. WB Saunders Company, 2000.

## **A. Bilişsel Algılama Faktörleri**

### ***Sağlığa Verilen Önem***

Sağlığa verilen önem bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam ettirmesini etkiler. Sağlığa verilen önem faktörüne göre kişi, sağlık sorunu olduğunu algılamıyorsa, sorun olmadığı için sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı göstermez (54). Ergenlik döneminde kazanılan davranışların büyük bir kısmı yetişkinlik döneminde bireyin; tavır, alışkanlık, inanç ve değer yargılarını şekillendirir. Bireyin sağlığına verdiği önem de içinde yaşadığı toplumun sağlıkla ilgili değer ve tutumlarından etkilenir.

### ***Sağlık Kontrolünü Algılama***

Bireyin kendi sağlık davranışlarını algılama ve kontrol etme düzeyinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir (24). Sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmasının temelidir (55). Sağlık davranışları bireyin sağlığa verdiği önem, sağlığı kontrol etme biçimi, hizmete ulaşmada karşılaştıkları engel ve kültürel özelliklerden etkilenir (56). Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi Denetim Odağı (Kontrol Noktası) kavramıdır. Rotter ve arkadaşlarının ölçeğinde (1960) davranışlarının sonuçlarını doğrudan kendi davranışları ile ilgili olarak algılayan bireyler “içten denetimli”, kendi davranışlarından bağımsız, diğer faktörlere bağlı olarak tanımlayanlar da “dıştan denetimli” ve “kaderci” olarak ayrılmaktadır (44). İç sağlık denetim odağı bireylerin sağlıkları üzerindeki sorumluluk ve yönetme özelliklerinin temel kaynağıdır. Tabak (2006) iç sağlık denetim odağı algısı daha yüksek olan öğrencilerin sağlık konusunda daha fazla sorumluluk almaya istekli ve daha aktif olduklarını bulmuştur (55).

Ergenlerde sağlık denetimi dış odaklıdır. Bağımsızlık duygusunu yoğun yaşayan ergenler sağlıkla ilgili bilgi kazanma, tutum ve davranış geliştirmede dış alana(aile, akran, toplum, medya vb.) büyük ölçüde bağımlılık gösterirler. Gençler, sağlıkla ilişkili mesajların eksik, çelişkili, çarpıtılmış ya da yanlış olduğu bir medya ve sosyal iletişim ortamı içersindedirler (49).

Tabak (2006) ergenlerin sağlık denetim odağı algılamalarını ve sağlık davranışlarına yansımalarını belirlemek amacıyla lise 9. Sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmasında elde ettiği verilerde öncelikle eğitim yoluyla sağlık denetim odağı algısının değişebileceğini ortaya koymuştur (55).

Halk sağlığı hemşireleri, okullarda verecekleri sağlık eğitimi ile ergenlerin sağlığa karşı tutumlarını, değerlerini ve inançlarını değiştirme ve sağlığı geliştiren davranışların sürekliğini sağlama olanağına sahiptirler (45).

### ***Öz-Etkililiği Algılama***

Öz yeterlik/etkililik algısı, bir kişinin bir dizi eylemi gerçekleştirme kabiliyetini yorumlamasıdır (57,58). Birey bir sonuca ulaşabileceğine inanıyorsa, daha aktif davranır ve yaşamının seyrini kendisi belirler. Özetkililiği fazla büytmek başarısızlığa, küçük görme ise mücadele eksikliğine neden olabilir (57). Özetkililik; bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirler. Özetkililik; deneyime ve gözleme dayanır, bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar. Öğrencilerin özetkililik düzeyi ile yeteneklerini algılama, sosyal bütünleşme, derslerde başarı ve akademik performanları arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir (59). Sağlığı iyileştirme modeli ile ilgili yapılan çalışmaların %86'sı, özyeterliğin, sağlığı iyileştirme davranışının belirleyicisi olarak önemli olduğunu desteklemektedir (57). Öz yeterli bireylerin yakın hedefler koymaya istekli oldukları ve kendi hedeflerini geliştirme yetenekleri geliştikçe özyeterliklerinin de arttığı bilinmektedir (60).

Ulupınar Alıcı ve Sarıkaya (2009)'nın yaptığı araştırmada; sağlığı geliştirme veya somut bir soruna çözüm olacağını düşünerek bir davranış değişikliği planlayan öğrencilerde içsel motivasyon kaynakları daha etkili olurken, sigara ve kilo gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışları değiştirmeyi seçenlerin konuyla ilgili yazılı kaynaklar, akran ve yakın çevreden gelen dışsal uyaranlardan daha fazla etkilendikleri anlaşılmıştır (60).



## *Sağlığın Tanımı*

Sağlık evrensel kavram olmasına karşın, herkesin kabul ettiği bir tanımı yoktur. Geçmiş yıllarda hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanırken (56,61) günümüzde DSÖ tarafından yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Ancak günümüzde bu tanım pek çok açıdan eleştirilmektedir. Bu eleştiriler;

- İnsanın hem bedensel, hem sosyal, hem de ruhsal olarak iyiliğinin ölçüp gösterilmesinin ve tam olarak sağlığının geliştirilmesinin zor olduğudur. Bu nedenle bu tanımın ütopyik olduğu düşünülmektedir.

- İyilik halinin sübjektif olması, kişiye ve zamana göre bireysel farklılıklar göstermesi ve birey olarak kendi yaşam kalitesini algılayışları nedeniyle, tam bir iyilik halinin gerçekleşmesi ve tam olarak sürdürülmesi zordur. Ayrıca, “iyilik hali”nin tam olarak ne anlama geldiğini ve derecelerini açıklamak zordur. Ancak, sağlık hem sübjektif hem de objektif olarak değerlendirilerek iyilik hali hakkında fikir sahibi olunabilir.

- Sağlık ve hastalık tanımları objektif olarak ölçülemez. Hastalığın bile her zaman kolay ölçülemediği günümüzde, sağlığı ölçmenin oldukça güç olduğu bilinmektedir.

- Sağlığın sosyokültürel yönü nedeniyle sağlık tanımı kültürden kültüre, toplumdan topluma değişebilmektedir (56, 61).

Subjektif olarak sağlık; bireyin kendisinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Birey hasta olmadığı halde kendisini hasta, hasta olduğu halde ise kendisini iyi hissedebilir. Objektif olarak sağlık ise muayene ve tanı testlerine göre belirlenen bir hastalığın olmamasıdır (61, 62).

Bir kişiye sağlıklı denebilmesi için bireyin kendisini subektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak da sağlıklı olması gerekmektedir. Bu nedenle, hemşirenin bireyi değerlendirirken ve girişimlerini planlarken hastalığın objektif verileri kadar, sübjektif sağlık algılayışını da bilmesi gerekmektedir (61, 62).

Tanrıverdi ve ark. (2007) çalışmasında, erkekler ve kadınlar sağlığı hasta olmamak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmek ve ayakta durabilmek olarak tanımlamışlardır. Araştırmada bireyler sağlığı daha çok hasta olmamak şeklinde tanımlamış, sosyal ve ruhsal duruma tanımlarında yer vermemiştir (56).

Sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesinde bireylerin sağlık tanımlarının önemli bir etken olduğu belirtilmektedir. Halk sağlığı hemşiresinin en önemli görevi bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmektir. Ancak bunu yaparken bireylerin sağlıkla ilgili görüş ve davranışlarını da bilmesi gerekir. Sadece tek taraflı hizmetle amaca ulaşılması zordur. Bireyleri tanımak mevcut durumu saptamak halk sağlığı hemşiresinin yapacağı hizmetin planlanması aşamasında göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlıkla ilgili davranış ve görüşler üzerinde değişken olarak kabul edilen cinsiyet faktörünün etkisinin belirlenmesi ise hizmet sunumunda önceliklerin belirlenmesinde önemli bir ayrıntı olabileceği düşünülmektedir (56).

### ***Sağlık Durumunu Algılama***

Bireyin kendi sağlığına yönelik doğru karar ve davranışlar içinde olması, kendi sağlığını algılama biçimi, sağlık durumu ve sorunları ile ilgili farkındalığı ile ilişkilidir. Sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutu olduğuna göre algılanan sağlığın da fiziksel, ruhsal ve sosyal konuyla ilişkisi vardır. Ergenlik dönemi aynı zamanda gençlerin eğitim sürecidir. Öğrenme ve algılamanın çok yüksek olduğu bu yaş grubunda sağlığı öğrenme ve sağlığı algılama ile sağlığı geliştirme davranışları araştırılmalı ve ergenlerin sağlık düzeyi yükseltilmeye çalışılmalıdır (44). Önal ve ark. (2009) öğrencilerin sağlıklarını algılama düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında; öğrencilerin %31.3'ü mükemmel, %47.2'si iyi, %17.5'i orta, %2.8'i kötü, %1.2'si çok kötü olarak tanımlamaktadır. Kendisini mükemmel hisseden grupta bildirilen hastalık ortalaması  $1.2 \pm 1.2$  iken, kötü hissedenlerde  $2.2 \pm 1.1$  bulmuşlardır (44). Hemşirelik yüksekokulu öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (10), öğrencilerin %59'unun bedensel sağlığını oldukça iyi olarak algıladığı, %82.5'inin sürekli takip ve tedavi gerektiren bir hastalığının olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada, bedensel sağlığı algılama ile kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, stres yönetimi, SYBD arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Erginöz ve ark. (2004) İstanbul'da 9-11 yaş grubundaki öğrencilerle yaptığı çalışmada, %78'i kendisini sağlıklı, %62'si mutlu hissettiğini belirtmiştir (63).

### *Sağlığı Geliştiren Davranışın Yararını Algılama*

İnsanlar, kaynak ve zamanlarını deneyimlerinden olumlu sonuçlar elde edebilecekleri aktivitelere harcarlar (57, 64). Davranışın beklenen kazançları, mental olarak pozitif bir şekilde resimlenmesi/simgelenmesi veya sonuçlarının pekiştirilmesidir. Beklenen değer kuramına göre, beklenen yararların motivasyon açısından önemi, daha önceki deneyimlerden elde edilen kişisel sonuçlara ve başkalarının davranışlarını gözlem yoluyla öğrenmeye dayanır. Sağlığı geliştirme modelini denetleyen bir çalışma, fark edilen yarar ve kazançların sağlık davranışlarının gerçekleşmesindeki etkisinin %61 olduğunu ortaya koymuştur (57).

Davranış performanslarından elde edilecek yararlar içsel veya dışsal olabilir. Artan uyanıklık ve yorgunluk duygularında azalma içsel yararlar için örnektir. Parasal ödüller veya davranışlar sonucu elde edilen sosyal etkileşim dışsal faydalardır. Başlangıçta, sağlık davranışlarının dışsal faydalarının motivasyon açısından önemi büyük olabilir, ancak içsel yararlar sağlık davranışlarının sürdürülmesinin güdülenmesi için daha güçlüdür (57).

Sağlığı iyileştirme modelini denetleme çalışmalarında algılanan engellerin sağlık geliştirici davranışa karar vermede öneminin %79 olduğu gösterilmiştir. Sağlık geliştirici davranışlara bağlı olarak, engel teşkil eden şeyler imgelenebilir ya da gerçek olabilir. Bu engeller, belirli bir davranışın elverişsizlik durumuna bağlı olarak zorluğu, zaman alması, giderleri olarak sayılabilir. Engeller genellikle üstlenilen davranışın kişisel bir gideri ve zorluğu olarak görülür. Örneğin, sigara içme, sağlıksız beslenme gibi bir davranışı bırakmanın verdiği tatminsizlik bir engeldir. Davranıştan kaçınma isteği bu bahsettiğimiz engelleri doğurur. Bir eylemin uygulanması için gerekli olan hazır bulunuşluk düşük olursa engeller de bir o kadar artar ve davranışın oluşması meydana gelmeyebilir (57). Ayrıca özetkililik arttıkça engel algısı azalır.

## **B. Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen Ve Engelleyen Faktörler**

Sağlık pek çok bileşenden etkilenmektedir. Bunlar genetik değişkenler, fizyolojik süreçler, psikolojik değişkenler, ruhsal özellikler, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaş, inanç ve bilgiler gibi daha fazla çoğaltılabilecek özelliklerdir (65). Sağlık davranışı bireyin sağlıklı olmak için yaptığı her türlü faaliyeti tanımlar. Sağlık davranışları bireyin sağlığa verdiği önem, sağlığı kontrol etme biçimi, fiziksel ve psikolojik özellikleri, motivasyonu, kişisel ve davranışsal özellikleri ve değişimi fark etme düzeyi, hizmete ulaşmada karşılaştıkları engel ve kültürel özelliklerden etkilenir (56, 66).

Bilişsel algılama faktörleri bireyin aşağıdaki özelliklerinden etkilenir:

### ***Demografik Faktörler***

Demografik faktörler sağlığı geliştiren davranışları dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum gibi özellikler sağlığı geliştiren davranışların oluşumunda etkendir (54). Karadeniz ve ark. (2008) “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları” isimli çalışmasında öğrencilerin gelir düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (43). Ayaz ve ark. (2005) çalışmasında da gelir düzeyi arttıķa, SYBD puanlarının yükseldiği bulunmuştur (21).

### ***Biyolojik Özellikle:***

Bireyin yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi, ergenlik, güç ve denge gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (66,57). Literatürdeki birçok çalışma yaşın artmasıyla SYBD Ölçeğinden elde edilen puanlarında da arttığını göstermektedir (23,54,67,68).

### ***Kişilerarası Etkileşim***

Bir çocuğun sosyalleşmesini sağlayan araçlar; başta ailesi olmak üzere, komşuları oyun arkadaşları, okul arkadaşları, öğretmenleri ve kitle iletişim araçlarıdır (69). Çocuklar içinde büyüdükleri ailenin kültürü ile kültürlenirler. Ailede SYBD uygulayan, örneğin düzenli spor yapan birinin bulunması çocuğunda spor yapma olasılığını arttıracaktır.

### ***Durumsal Faktörler***

Sağlığı geliştirici davranışlar üzerindeki durumsal etkiler, mevcut durumdaki seçeneklerin algısını, istenilen özelliklerini ve yaşanılan çevrenin özelliklerini içerir. Sosyoekonomik durum, ırk, eğitim durumsal faktörlere birer örnektir (57). Ayaz ve ark. aktardığına göre Kennedy ve arkadaşları ABD’de yaptıkları bir çalışmada düşük gelir düzeyinin kötü sağlığa ve kötü sağlık algılamasına yol açtığını göstermişlerdir (21). Koçoğlu ve Akın’ın (2009) sosyoekonomik eşitsizliklerin SYBD ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırdıkları çalışmasında; kadınların, ilköğretim mezunlarının, medeni durumu dul olanların, doğum yeri köy olanların, yaşantısının büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerin, kiracı olanların, hanede yaşayan birey sayısı 5-7 olanların, yaşanılan konuttaki oda sayısı 2-3 odalı olanların, aylık geliri 0-450 YTL olanların, ekonomik durumunu kötü algılayanların, sağlık güvencesi olmayanların ve sağlık güvencesi yeşil kart olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (70).

### ***Davranışsal Faktörler***

Sağlık İnanç Modeli’ne göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yarar, davranışın gerçekleştirilmesi ile ortaya çıkan iç, dış ödüller ve öz yeterlilik ile ilişkilidir (71). Sosyal Bilişsel Modele göre bilgi, beceriler, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir (57).

Uskun ve ark. (2005) ilköğretim öğrencilerinde obezite gelişimi etkileyen risk faktörlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada; normal kilodaki kontrol grubuna göre obez olan grupta televizyon seyretme süresi daha uzun ( $p<0,01$ ), oyun süresi ise daha kısa bulunmuştur (72). Türk ve ark.’nın yaptığı çalışmada (2007) Kocaeli ilindeki lise öğrencileri arasında son yedi gün içinde hiç meyve yemeyen veya günde birden daha az meyve yiyenler % 45,4, hiç yeşil salata yemeyen veya günde birden daha az yeşil salata yiyenler % 53,6, hiç süt içmeyenler veya günde birden az süt içenler % 68,1 olarak bulunmuştur (41).

### C. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir (43, 66).

#### *Kendini Gerçekleştirme (Manevi Gelişim)*

Kendini gerçekleştirme, bireyin sahip olduğu bütün gizli güçlerini tam olarak kullanabilmesi durumudur. Bu kavram en iyi insanlık psikoloji içinde ve Abraham Maslow tarafından açıklanmıştır. Maslow'un 1954'te geliştirdiği teorisi otuz yılı aşkın bir süredir en popüler yaklaşım olmuştur ve bu teori güdünün, fizyolojik temellerini açıklama üzerinedir (73).

Kendini gerçekleştirme, kişinin kendi içinde gelişmeye ve kişiliğin birliğine yönelik bir güçtür. Maslow'a göre insan, içinde bir hiyerarşiye göre var olan güdülere sahiptir. İnsan davranışlarını yönlendiren en önemli etkenler, bireysel gereksinimlerdir. Bu gereksinimler bireylerde güdülenme olgusuna neden olur ve hiyerarşik bir sıra izler. İnsanlar bir alt düzeydeki gereksinimlerini karşıladıktan sonra bir üst düzeydeki gereksinimlerini karşılayarak mutlu olabilirler. Ancak gereksinimlerin şiddeti bireyden bireye farklılık göstermektedir. Maslow'un beş basamağa ayırdığı ve bazı yazarların da yedi basamakta ele aldıkları bu gereksinimler sıralaması aşağıdaki gibidir (73).

1-Fizyolojik gereksinimler: Açlık, susuzluk vb.

2-Güvenlik gereksinimleri: Kendini güven ve emniyet içinde ve tehlikeden uzak hissetmek.

3-Ait olma ve sevgi gereksinimleri: Başkalarıyla ilişki kurmak, kabul edilmek ve bir yere ait olmak.

4- Takdir edilme gereksinimleri: Başarıya ulaşmak, yeterli olmak, başkalarınca benimsenip tanınmak.

5- Bilişsel Gereksinimler: Bilmek, anlamak ve keşfetmek.

6- Estetik gereksinimler: Düzen ve güzellik.

7-Kendini gerçekleştirme: Kişinin amacını gerçekleştirme ve potansiyelini ortaya çıkarmasıdır.

Birçok kuramcının farklı şekillerde ele aldığı kendini gerçekleştirme süreci yaşamın başlangıcında başlamaktadır. Kişinin bu sürece girebilmesi çok önemlidir ve bu süreçte aile, okul gibi çeşitli toplumsal kurumların etkisi çok fazladır (73).

Maslow'un temel insan gereksinimleri modeli, hemşirelerin, temel insan gereksinimlerinin etkileşimlerini anlamak için kullandıkları bir modeldir. Bu modele göre, kaçınılmaz insan gereksinimleri diğerlerinden daha temeldir. Öyle ki bazı gereksinimler, diğerlerinden önce karşılanmalıdır. Örneğin sevme ve ait olma gereksinimlerinden önce fizyolojik gereksinimler karşılanmalıdır. Hemşirenin hizmet verdiği bireylerin temel gereksinimlerini sağlama konusunda onlara destek ve gerektiğinde bu gereksinimlerini karşılamalarına yardımcı olma sorumluluğu vardır. Hemşirelik bakımı verilirken birey tüm yönleriyle ele alınıp değerlendirilir. Başta fizyolojik olmak üzere gereksinimleri göz önünde bulundurulur. Gereksinimlerin ortak olmasına karşın her bireyin tek ve kendine özgü olduğu unutulmamalıdır (62).

### ***Sağlık Sorumluluğu***

Sağlıklı bir yaşam sürdürmek sadece topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesiyle sağlanamaz. Burada esas önemli olan bireyin kendi sağlığının farkında olması, kendisine sunulan hizmetlerden yararlanmayı bilmesi ve olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmesidir (10).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerektiğinde profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir (74).

Ünalın ve ark. (2009) yaptığı çalışmada öğrencilerin yeme tutumları ile sağlık sorumluluğu puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu arttıkça kişinin kendisini daha sağlıklı hissetmesi nedeniyle yaşam tarzında ve beslenme biçiminde sağlıklı gelişmeler olmaktadır. Sağlık sorumluluğunun düşük olduğu durumlarda hastalıkların ortaya çıkması ve buna bağlı olarak diyet kısıtlaması ya da beslenme bozukluklarının görülmesi beklenebilir (75).

## *Egzersiz*

Fiziksel aktivite, enerji dengesi ve ağırlığın kontrolü için enerji harcanmasıdır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite egzersiz olarak tanımlanabilir (20,76,77). Egzersiz, düzenli ve tekrarlı vücut hareketlerini içerir. Esnekliği, kassal kuvveti ve dayanıklılığı arttırmaya yönelik egzersizler ergenlik döneminde sıklıkla uygulanmalıdır (76,77). Çocukluk ve ergenlik döneminde yapılan düzenli egzersiz, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, öz-yeterliliklerinin gelişmesinde ve oluşabilecek obezite riskinin azaltılmasında bir başka deyişle yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir etkidir (25,37,76-78). Ergenlere 16 yaşına kadar haftada 3 veya daha fazla 20-25 dakika, 16 yaş üzerinelere günde 30 dakika egzersiz önerilmektedir ( 25, 37, 76).

Çocukluk süresince, çocuğun geliştirdiği fiziksel aktivite kalıplarına aile etkisinin önemi büyüktür. Örneğin; daha aktif ebeveynlerin her iki cinsiyette de daha aktif çocukları olduğu gözlemlenmiştir. Aktif yaşam rol modeli, aktif olmak için sağlanan sosyal destek ve çocuğun aktif olacağı beklentileri çocuğun geliştirdiği fiziksel aktivite kalıpları üzerinde önemli rol oynamaktadır (45).

Günümüzde toplumun fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılabilmesi ve giderek daha hareketsiz yaşam tarzının benimsenmesi, toplumda obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını artıran önemli nedenlerden biri olmuştur (20, 77).

Gür ve ark. (2008) Omaha Problem Sınıflandırma Listesi'ni kullanarak ilköğretim öğrencilerinin sağlık sorunlarını araştırdıkları çalışmalarında, fiziksel aktiviteye ait problemler içerisinde en fazla yetersiz ve düzensiz egzersiz olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak Gür ve ark. aktardığına göre; Öztürk ve ark. (2004) araştırmasında öğrencilerin %40,5'inin herhangi bir spor dalı ile uğraşmadığı belirlenmiştir (52). Özmen ve ark.'nın (2007) çalışmasında, öğrencilerin %39,4'ünün düzenli spor yaptığı belirlenmiştir. Öğrenciler arasında düzenli spor yapma alışkanlığı erkekler arasında yaygınken (%55), aldığı kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yapma kızlarda daha yaygın (%12) bulunmuştur (17). Ak ve ark. (2006) ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışlarını



inceledikleri çalışmalarında; grubun yalnızca %14,1'nin düzenli egzersiz yaptığı sadece %9,4'ünün bir spor dalı ile uğraştığı belirlenmiştir (79).

Yosmaoğlu ve Baltacı'nın (2006) yaptığı çalışmada; obez tanısı almış 1. grup ergenlere 12 hafta boyunca düşük kalorili diyet ve aerobik egzersiz uygulanmış, 2. grup ergenlere düşük kalorili diyet ve ev egzersiz programı uygulanmıştır. 12 hafta sonunda, 1. grupta yer alan ergenlerin 2. grupta yer alanlara göre vücut yağ yüzdesi ve BKİ değerlerinde anlamlı azalma olduğunu saptanmıştır (80).

Okul sağlığı ile ilgili 2010 yılı ulusal sağlık hedeflerine göre, öğrencilerin okulda günlük beden eğitimi aktivitelerine katılımlarının en az % 50 artırılması önerilmiştir (50). Birinci basamak sağlık çalışanları öğrenci, öğretmen, aile ve diğer okul çalışanları ile işbirliği içerisinde çalışarak çocuğun ilgi ve yetenek alanlarına göre uygun aktivitelere yönlendirilmesinde lider rolü üstlenmelidir (43, 50).

Hemşireler tarafından verilen fiziksel aktivite danışmanlığı ile okul bazlı programlar, aile bazlı aktiviteler, toplu boş zamanları değerlendirmeye yönelik programlar desteklenmelidir. Aile temelli programlar ailelerin çocuklarıyla ilişkilerini kuvvetlendirir. Örneğin, hafta sonu bisikletle dışarı çıkma ve ebeveyn – çocuk egzersizi veya eğlenceli aktiviteler aileler için aktif yaşam biçimi rol modeli olmalarına fırsat sağlar. Toplum temelli programlar örneğin, toplu koşular, toplu spor günleri gençler için fiziksel aktivite katılımı normları kurabilir. Çocukluk ve ergenlik dönemleri hayat boyunca sağlığa faydalı olacak düzenli fiziksel aktiviteler edinmek için en ideal dönemlerdir (36, 43).

### ***Beslenme***

Beslenme, insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda ve gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır (7, 17). DSÖ' ne göre; besin büyüme ve gelişme için temel girdidir (7, 31).

Günümüzde gençler biyolojik ve psikosozal pek çok sağlık sorunu ile karşı karşıyadır. Ancak bunların arasında, sağlıksız dengesiz beslenme alışkanlığı ve buna bağlı olarak gelişen hastalıklar ilk sırada yer almaktadır (7, 72). Beslenme alışkanlıkları yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum gibi kişisel özelliklerden; sosyoekonomik durum,

kişilerin içinde buldukları kültürel, geleneksel ve sosyal ortamlardan ve yine kişilerin beden algılamalarından etkilenir. Beden ile ilgili algılamalar ve düşünceler, ergenlerin yeme özelliklerini yakından etkilemektedir. Bu nedenle, ergenler, yeme davranışları ile ilişkili olarak olumsuz riskler taşımaktadırlar (5).

Demirezen ve Coşansu (2005) onuncu sınıf lise öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını inceledikleri çalışmalarında; öğrencilerin %99,8'nin farklı derecelerde riskli beslenme alışkanlıklarının olduğu bulunmuştur (7).

Ergenlikte büyümenin hızlanmasıyla vücudun enerji ve besin öğelerine olan ihtiyacı artar (17,81,82). Büyüme ve gelişmenin hızlı olması nedeniyle günlük enerji ve protein ile birlikte vitamin ve minerallerin yeteri miktarda ve düzenli olarak alınması gerekir (81-83). Kız ve erkek ergenlerin boy atma ve kilo alma hızında farklılık olması nedeniyle kızların günlük enerji ihtiyacı 1800-2500 kalori, erkeklerin ise 2500-3500 kalori kadardır (30). Beslenme piramidinde (Şekil 2) verilen besin gruplarından yeteri miktarda ve çeşitlilikte alınmaması durumunda büyüme ve gelişmede yavaşlama ve puberteye girmede gecikme gözlenebilir. Yetersiz beslenme, enerji, protein eksikliği ile vitamin ve mineral eksikliğinin oluşturduğu engelleme ile boy artış hızının gecikmesine ya da azalmasına neden olur. Karbonhidrat ve yağdan zengin bir beslenme ise şişmanlığa yol açar. Şişmanlığın getirdiği aşırı ağırlık kemiklerde kırıldak dokusunun erken kapanmasına yani boy uzamasının erken dönemde durmasına neden olur (81).

Ergenlik döneminin başlamasıyla birçok ergen, kendi beslenme alışkanlıkları ile ilgili kararları kendileri vermeye başlarlar (5,38,84). Özellikle 15-17 yaş arası, bağımsızlığın kazanıldığı ve yaşam tarzının belirlendiği dönemdir. Ergen, sağlığını tehdit eden pek çok etmenle karşı karşıyadır. Bu etkenlerden biri de kötü beslenme alışkanlığıdır. Özellikle dışarıda geçirilen zamanın artması daha önce ailelerin kontrolünde olan yeme alışkanlıklarının değişmesine neden olur (5,37,50,84).

Ergenlik döneminde sık görülen beslenme hataları ve sağlık üzerine etkileri;

- Sabah kahvaltı edilmeden okula gidilmesi; gece boyu açlığın ardından kahvaltı edilmemesi, çocuğun kendini güçsüz hissetmesine, yeterli enerji alınmaması nedeniyle bilişsel faaliyetlerin, özellikle dikkat, çalışma ve öğrenme yeteneğinin azalmasına ve okul başarısının düşmesine,

- Okul kantinlerinde ve okul çevresinde besleyici değeri düşük ve sağlıksız yiyecek içeceklerin satılması ve çocukların bu gıdalarla beslenmesi; çocuğun dengesiz beslenmesine ve besinlerle geçen hastalık riskinin artmasına,
- Okul dışında beslenme nedeniyle beslenme maliyetinin artmasına,
- Ergenlik döneminde yanlış uygulanan zayıflama diyetleri; yetersiz ve dengesiz beslenmeye,
- Ayaküstü beslenme (fast food) veya abur-cubur yeme alışkanlığı; bu tür beslenmede enerjinin büyük kısmı yağdan gelir. Bu yağların da büyük çoğunluğu doymuş yağlardır. Diyetteki doymuş yağ miktarı ve serum kolesterol düzeyi kalp-damar hastalıkları açısından risk oluşturur. Ayrıca ayaküstü beslenmede A ve C vitaminleri, kalsiyum, posa tüketimi yetersiz olmasına, yağ ve tuz tüketiminin ise yüksek olmasına neden olur (38,41, 50,83,85).

Bu alışkanlıklar genellikle aile, akranlar ve medyayı kapsayan birçok etmeden etkilenmektedir (6,7,50). Özellikle medyanın etkisi ve sosyal baskılar gençleri belli bir beden imajı edinmeye zorlanmaktadır (41).

Gelişmekte olan ülkelerde özellikle televizyon, gazete gibi toplumun alışkanlıklarını etkileyen basın ve yayın organlarında sağlık açısından doğru olmayan pek çok diyet, zayıflama reçeteleri, vb. yeme bozukluklarının (anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa) sıklığını arttırmaktadır (5,37,85). Ayrıca sürekli yüksek kalorili ve sağlıksız yiyecek reklamları gençlerin bu ürünleri tüketmesine neden olmaktadır. Uzun süre televizyon izleme ve bu sırada bir şeyler yeme alışkanlığı sağlıksız gıdaların tüketimini arttırmaktadır. Özmen ve ark. (2007) çalışmasında, öğrencilerin %51.6'sı televizyon seyredirken bir şeyler yeme alışkanlığı olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca erkeklerde ve alt sosyoekonomik düzeye sahip öğrencilerde bu oran anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (17).

Türkiye'de okul dönemi çocuk ve gençlerde beslenme ile ilişkili sorunlar arasında zayıflık, şişmanlık ve ilgili sorunlar (Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, depresyon), avitaminozlar, anemi, basit guatr ve diş çürükleri yer almaktadır (7,31).

Türk ve ark. (2007) kentsel bölgede lise 1. sınıf öğrencilerinin yeme alışkanlıklarına yönelik çalışmasında, öğrencilerin %81'inin öğün atladığı saptanmıştır. Kız öğrencilerin erkek öğrenciler göre daha fazla öğün atladıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada en sık atlanan öğünün kahvaltısı (%45.6) olduğu, bunu izleyen öğünün ise öğlen yemeği olduğu belirlenmiştir. Öğün atlama nedenleri arasında ilk iki sırada iştahsızlık ve zaman darlığı

gelmektedir. Öğrencilerin en sık tükettikleri sağlıksız gıdalar hazır kek/bisküvi, ketçap/mayonez, kızartma, salam, sosis, cips, hamburgerdir (41). Özmen ve ark. (2007) çalışmasında, kız ve alt sosyoekonomik düzeyden gelen öğrencilerin her gün düzenli kahvaltı yapmadıkları ve kızların düzenli öğle yemeği yemedikleri belirlenmiştir (17). Yapılan bir çalışmada öğrencilerin (%52) yüksek kalorili ve düşük lifli hazır yiyecekler tükettikleri belirlenmiştir (86).

ABD’de beslenme araştırmasında 15-18 yaş arası gençlerin beşte birinin sabah kahvaltısını atladıkları gösterilmiştir (3). Turan ve ark. (2009) meslek liseleri öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğün atlayan öğrencilerde obezite görülme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (87). Başka bir çalışmada ise obez olan bireylerin daha çok öğün atladıkları belirlenmiştir (72).

Günümüzde sağlıksız beslenmenin önemli rol oynadığı kronik hastalıklar gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkelerin de sorunudur. Ülkemizde ise obezite daha sıklıkla yüksek ve orta sosyoekonomik düzeydeki insanlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (88). Yetişkinlik döneminde kötü beslenme alışkanlığını değiştirmek oldukça zor olduğundan erken yaşlarda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması oldukça önemlidir (7,41,87).

Erişkin yaşamdaki vücut ağırlığının yaklaşık %50’si puberte döneminde kazanılmaktadır. Üç dört yıl kadar kısa bir sürede gerçekleşen bu fizyolojik vücut ağırlığı artışı; dengesiz ve aşırı beslenme, yetersiz fiziksel aktivite vb. nedenlerle daha fazla olabilmektedir. Sonuç olarak, puberte döneminde fizyolojik olan bu değişiklik, sınırları belirlenmediğinde patolojik bir durum olan obeziteye yol açabilmektedir (25,83,87). Obezite vücutta aşırı yağ depolanmasıdır (83).

Ergenlerin sağlık durumunun değerlendirilmesinde en güvenilir göstergelerden birisi yaşa göre ağırlık ve boy ölçümleridir. Antropometrik ölçümler, yalnız bireyin değil, toplumun beslenme durumunu değerlendirilmesinde de en sık kullanılan yöntemdir (14). Sağlıklı çocuklarda yaşa göre Beden Kitle İndeksi (BKİ) persentil dağılımını gösteren standart eğriler vardır. Muayene edilen çocukta elde edilen BKİ değeri, bu eğrilerle değerlendirilir (14,50). Ergenlerde zayıflık ve obezite beden kitle indeksinin (vücut ağırlığı kg / boy m<sup>2</sup>) hesaplanıp yaşa ve cinsiyete göre hangi persentil eğrisine karşılık geldiğinin bulunmasıyla değerlendirilir. Buna göre; 5. persentilin altı zayıf ya da gelişme geriliği, 5-

85 persentil arası normal, 85-95 persentil arası fazla kilolu (overweight), 95 persentilin üstü obez olarak tanımlanmaktadır (25,86-89).

Obezite çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen kronik hastalıktır. Özellikle endüstrileşmiş bazı toplumlarda, düzenli spor yapmayan, uzun süre televizyon seyreden, evlerinden az dışarı çıkan ve sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarında ergenlik döneminde obezite sıklığı astım ve egzema gibi alerjik hastalıkların bile önüne geçmiştir (72). Ergen obezlerin, uygun rehabilitasyon programları uygulanmadıkça, %75-80 oranında obez yetişkinler olduğu bilinmektedir (25,72,89). Bu konuda yapılan uzun süreli çalışmalarda tumbul ve fazla kilolu ergenlerin ergenlik döneminden sonra kilo verseler bile, obezitenin morbiditesi (Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, inme, vb.) ve mortalitesini erişkin hayata taşıdıkları gösterilmiştir (25,89). Obezitenin aynı zamanda ruhsal sağlık üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Dallar ve ark. (2006) 7-15 yaş arası çocuklarla yaptıkları çalışmada, obez çocukların depresyon düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, özgüvenlerinin ise anlamlı düzeyde düşük olduğunu bulmuştur (14). Bu nedenle obez ergenlere yönelik beslenme, egzersiz ve medikal izlem gibi rehabilitasyon programlarının zaman kaybetmeden ergenlik döneminde başlatılması önem taşımaktadır (25).

2005 yılında yapılan DSÖ- Avrupa genel toplantısında çocukluk çağı obezitesi 'akut sağlık krizi' olarak tanımlanmıştır (86). Avrupa'da 12-17 yaş arası ergenlerde saptanan obezite prevalansı %8-25'tir. Ülkemizde tüm ülke genelini yansıtan çalışma bulunmamakla birlikte çeşitli illerde yapılan ve yerel prevalans bildiren çalışmalar mevcuttur. Edirne'de 12-17 yaş arasındaki obezite prevalansı %10.2 (89), Ankara'da 6-12 yaş arasında %4,4, 12-17 yaş arasında %5.4 olarak saptanmıştır (90). Diyarbakır ve çevresindeki okullarda 9-17 yaş arası çocuklarda % 21.7'si düşük ağırlıklı bulunmuş, kızlarda ve erkeklerde obezite oranı % 1 olarak bulunmuştur (14). Konya'da yapılan bir başka çalışmada fazla kilolu olma sıklığı %17.8; obezite sıklığı ise %3.8 olarak belirlenmiştir (91).

Ergenlerin sağlıklı yetişkinler olarak yaşamlarını sürdürebilmeleri doğru ve sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmeleri ile mümkündür (87). Birinci basamak çalışanları ergenlerin, öğretmenlerin ve ailelerinin dikkatini BKİ izlemine çekmeli ve düzenli programlarla koruyucu önlemleri onlarla paylaşmalıdır (89). Ergenlere kilo algılarıyla ilgili sorular sorularak yeme bozuklukları ve obezite açısından taranmalıdır (51).

Ailece sağlıklı beslenmenin yanı sıra çocukların televizyon, bilgisayar gibi sedanter aktivitelerinin sınırlanıp fiziksel aktivitelere yönlendirilmeleri önerilmektedir (89,92). Beden sağlığı için yeterli ve dengeli beslenmenin yanında spor yapmakta gereklidir. Çocuğun sevdiği aktivite türü belirlenmeli ve bu aktiviteyi yapacağı uygun ortamlar sağlanmalı ve bu konudaki motivasyonu yüksek tutulmalıdır (88).

Amerikan Aile Hekimleri Birliği, fizik aktivitenin bisiklete binme, koşma, aktif takım oyunları gibi en orta derecede ve her gün en az 30 dakika yapılmasını önermiştir. Ayrıca okullarda sürekli ve düzenli sağlıklı beslenme programlarının uygulamaya konması hatta eğitim ve öğretim müfredatında yer alması obezite ile mücadelenin sürekliliği açısından önemlidir (89).

Tüm ergenler her yıl sağlıklı beslenmenin anlamı, yararları ve sağlıklı kilo kontrolü yöntemleri dâhil olmak üzere beslenme alışkanlıkları konusunda danışmanlık hizmeti almalıdırlar (40,51). Ergenlik dönemini yaşayan çocuklara nasıl yeterli ve dengeli beslenileceği, sağlıklı besin seçiminin nasıl olduğunu öğretilir ve hareketli bir yaşam şeklinin sağlık için önemi anlatılırsa; bu çocukların yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde sağlıklı olmalarının ön koşulu da sağlanmış olacaktır (25). Ayrıca fast food beslenmeye yönelik gerekli önlemlerin alınması gerekir. Bu önlemlerden bazıları; okul kantinlerinin düzenlenmesi, kantinlerde bu besinlerin satışlarının yasaklanması ve görsel ve yazılı medyada bu besinlerin reklamlarının yasaklanması ya da yayın saatinin ayarlanması olabilir (83,88).

Sağlıklı besin seçimi büyüme gelişmeyi olumlu yönde etkilemektedir. Örneğin; kemik gelişimi için kalsiyum, kas gelişimi için protein, enerji için yağ ve metabolik olayların gerçekleşmesi için vitamin ve minerallere gereksinim duyulmaktadır. Ergenlerin sağlıklı besin seçiminde '**Besin Piramidi**' (Şekil 2) çeşitlilik ve denge için bir rehberdir. Yetişkinler için önerilen sağlıklı beslenme önerileri ergenler için de geçerlidir (25).

Besin çeşitliliği ile yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için, besinler besleyici değerleri yönünden 4 grup altında toplanmaktadır. Besinlerden günlük alınan enerji, protein, vitamin ve minerallerin vücutta en uygun şekilde kullanılabilmesi için dört besin grubunda yer alan besinlerin öğünlere dengeli dağıtılması önemlidir. Bir grup içinde yer alan besinler, birbirinin yerine tüketilebilmektedir. Günde üç öğün yemek yenildiğinde ve her öğünde her gruptan besin önerilen miktarlarda bulunduğu yeterli ve dengeli beslenme sağlanmış olur. Bu dört besin grubu:

### **1. Grup: Et, Tavuk, Balık ve Ürünleri, Yumurta ve Kuru Baklagiller**

• Protein, B grubu vitaminler ve demir yönünden zengin, çinko, fosfor, magnezyum, A vitamini açısından da iyi birer kaynaktır.

• Kuru baklagiller çok iyi bir protein kaynağıdır ve et, tavuk veya balık yerine rahatlıkla kullanılabilir.

• Kuru baklagiller, kompleks karbonhidratlar ile posa yönünden de çok iyi birer kaynaktır

Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden ya da bir kaçından her gün en az 2 porsiyon tüketilmelidir. Gençler için günlük 3 porsiyondur.

Bir porsiyon et, tavuk, balık veya kuru baklagiller;

- 2 adet yumurta,
- 60- 90 g et, tavuk, balık (2-3 köfte kadar),
- 8-10 yemek kaşığı pişmiş kuru baklagillerdir.

### **2. Grup: Süt ve Süt Ürünleri**

• Kalsiyum için en iyi kaynaktır. Ayrıca protein, fosfor, riboflavin ve B12 vitaminlerini içerir.

Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden veya bir kaçından günde 2 porsiyon tüketilmelidir.

Gençlere günde 3-4 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketmeleri önerilmektedir.

Bir porsiyon süt ve süt ürünü;

- Bir büyük su bardağı süt veya yoğurt,
- 2 kibrit kutusu büyüklükte peynir,
- 1 küçük kâse muhallebi veya sütlaç olarak tüketilebilir.

### **3. Grup: Taze Sebze ve Meyveler**

• Birçok vitamin ve mineral için (Özellikle C vitamini, karoten, folat, riboflavin, demir ve magnezyum) önemli bir kaynaktır.

• Aynı zamanda yüksek oranda posa içerirler.

Bu gruptaki besinlerin herhangi birinden veya bir kaçının karışımından her gün en az 5 porsiyon (en az 400 g) tüketilmelidir. Alınan meyve ve sebzenin bir porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler veya portakal, limon gibi turuncgiller veya domates olmalıdır.

Bir porsiyon meyve veya sebze;

- Portakal, elma, armut, muz gibi meyvelerin orta büyüklükte 1 tanesi
- Kayısı, erik gibi meyvelerin 3-6 adedi
- Çilek, kiraz gibi meyvelerin 10-15 adedi
- Yeşil sebzelerin doğrandığı zaman 2-3 su bardağını dolduran miktarı
- 1 orta büyüklükte patates
- 1 orta boy havuç
- Bir küçük boy yeşil kabak eşdeğerdir.

#### **4. Grup: Ekmek ve Tahıl Ürünleri**

- Temel enerji kaynağını oluşturur,
- Tiamin, niasin ve protein açısından iyi bir kaynaktır.
- Ekmek, makarna, şehriye, pirinç, bulgur, kuskus, börekler, un ve irmikten yapılan

tatlılar bu grupta yer alır.

Bu gruptan günde 3-6 porsiyon tüketilmelidir.

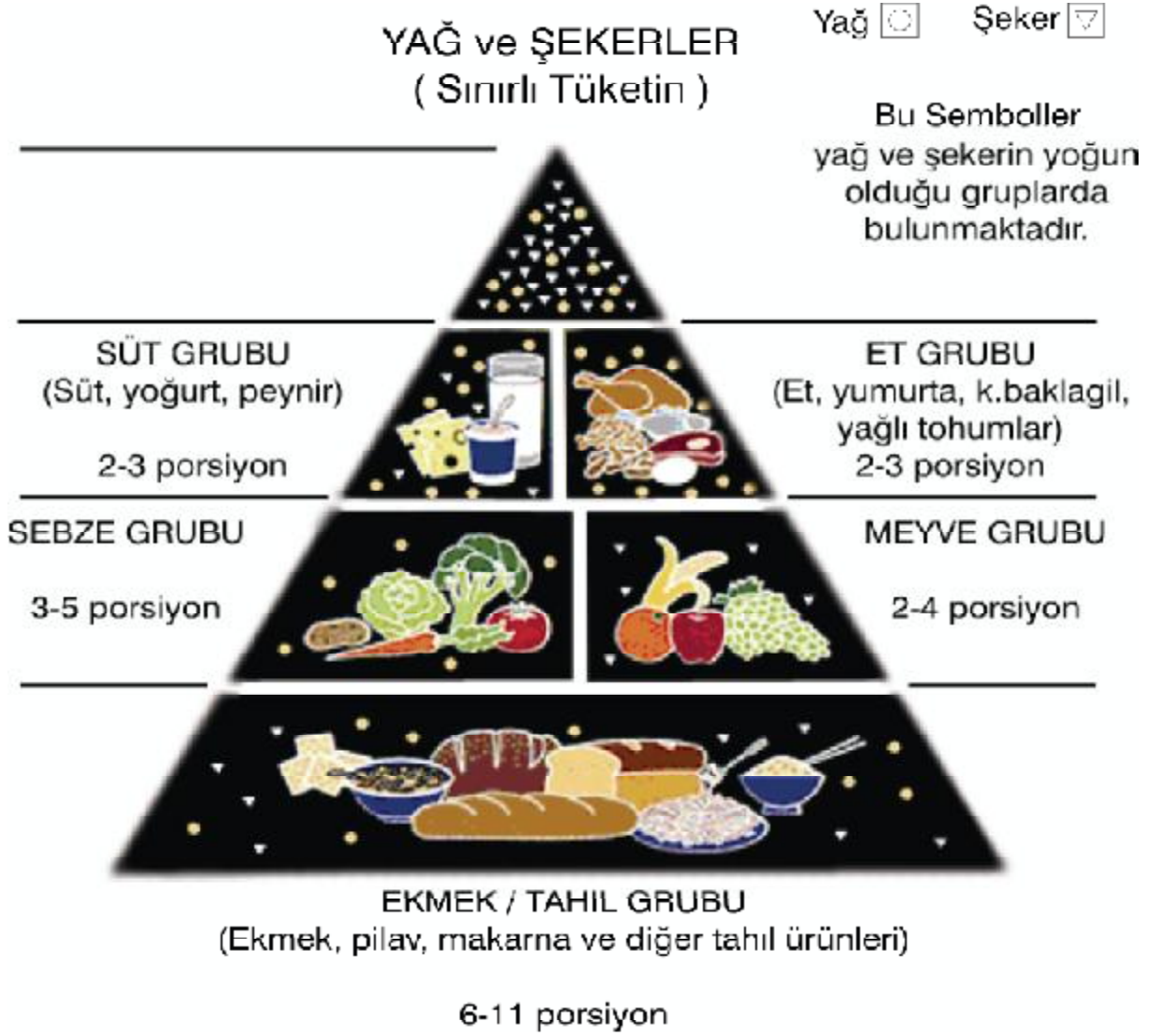
Bir porsiyon tahıl ve tahıl ürünleri;

- 1 ince dilim ekmek (25gr)
- 1/2 adet hamburger ekmeği
- 1 su bardağı pişmiş pirinç, makarna veya bulgur (120-150 gr)
- 3-4 adet küçük kraker
- 2 orta boy kurabiyeye eşdeğerdir (25).

Hemşireler, iyi beslenmeye yönelik farkındalık kazandırma başta olmak üzere, genel ergen sağlığı ve gelişimi konularında önemli role sahiptirler. Bu çalışmalar, besin ya da sağlık nedenlerinden çok öncelikli olarak tadı için yemek yiyen ergenlere, besin değeri yüksek yiyecekleri çekici hale getirmeye yöneliktir.



Şekil 2. Besin Piramidi



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenirliği Daire Başkanlığı.  
*Ergenlerde Sağlıklı Beslenme Hareketli Yaşam. 2006*, Ankara, Sinem Matbaacılık.

### ***Kişilerarası Destek***

Aile, akran ve sağlık çalışanları, sağlık davranışları geliştirmede davranışlara bağlılığı azaltan ve arttıran bireyler arası etkileşimin önemli kaynaklarıdır. Başkalarının etkilerine duyarlılık gelişimsel olarak değişebilir ve özellikle de ergenlikte bu çok belirgindir (57, 82).

Bireyler; diğer insanlar bir davranışı model aldıklarında, davranışın ortaya çıkmasını beklediklerinde, yardım sağladıklarında ve davranışı desteklediklerinde, söz konusu sağlık davranışlarıyla daha çok ilgilenir ve onlara daha çok bağlanırlar (57).

Örneğin, eğer kişinin ailesi kilo vermeyi destekliyorsa, diyeteye başlaması daha olasıdır. Tam tersi, düşük gelir ve durumsal etkiler kişinin kilo verme tercihlerini olumsuz yönde etkileyebilir (64).

Yaşam boyu sağlıklı işlev gösterebilmelerine zemin oluşturacak şekilde, ergenlerin sağlıklı düzeyde özgüven ve olumlu benlik algısı geliştirebilmeleri için okullardaki hemşirelere önemli görevler düşmektedir (57). Ayrıca hemşireler ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine katkı sağlayacak aile ve arkadaş ilişkileri geliştirmelerine ve gerekli fiziksel çevrenin oluşturulmasına yardımcı olabilirler (56, 57).

### ***Stres Yönetimi***

Stres sözcüğü 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18 ve 19. yüzyıllarda ise, kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlamıştır (93).

Cüceloğlu'na göre, stres, "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir". Selye, stresi, bireyi etkileyen çevresel uyarıcı olarak görmüştür. Bu yaklaşımın sonunda Selye, stres ve stresör kavramlarını ön plana çıkarmış, bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyarıcıyı stresör, bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiye de stres demiştir (93).

Organizmayı zorlayan, iç ve ya dış, akut veya kronik uyarıcılar veya durumlar stres etkenleri olarak tanımlanır ve dört grup altında toplanabilir:

1. Çevre, hava, gürültü, trafik, kirlilik gibi uyum sağlamayı gerektiren olaylarla doludur.

2. Yetiştirilmesi gereken ödev, sunum, iş görüşmesi, sevilen birini kaybetme, arkadaş ya da ailenin beklentileri gibi sosyal olaylar stres kaynağıdır.
3. Ergenlik, menopoz, hastalıklar, yaşlanma, kazalar, yanlış beslenme, uyku bozuklukları vb. durumlar fizyolojik stres kaynağıdır.
4. İnsanların yaşadığı yoğun stresin çoğunluğu, onların olaylara verdikleri anlamla ilişkilidir. Mesela kendisinin sevilmemesi biri olduğuna inanmış biri, yakın bir arkadaşının kendisini sevdiğine ilişkin sözlerini, kurmuş olduğu “benlik şemasına” uymadığı için “benimle alay ediyor” ya da “benden bir çıkarı var” diye yorumlayabilir (94,95).

Stresin oluşması için ortamdaki etkilenen bireyin vücudundaki özel biyo-kimyasal değişimlerin oluşmasıyla bireyin vücudunda bazı stres belirtileri meydana gelir. Stresle etkili baş etme mekanizmaları geliştirebilmek için bu belirtileri bilmek gerekir. Stres belirtileri;

**Fiziksel belirtiler;** kalp çarpıntısı, titreme, ellerde terleme, çeşitli bölgelerdeki kaslarda gerginlik ve fiziksel ağrılar (baş, boyun, sırt, bel), sindirim ve boşaltım sisteminde rahatsızlıklar (mide ağrısı, spazmı, ishal, kabızlık), yorgun ve halsiz hissetme, uyku düzeninde bozulmalar, vb.

**Duygusal belirtiler;** huzursuzluk, öfke, üzüntü, endişeli olma, çökkünlük, sinirlilik, vb.

**Zihinsel belirtiler;** dikkati toplamada güçlük, unutkanlık, aklın karışık olması, olumsuz düşüncüler üzerine odaklanma, vb.

**Davranışsal belirtiler;** sosyal ilişkilerde uzaklaşma (arkadaşlar, aile), normal gösterilen davranışın daha yoğun olarak gösterilmesi (çok çalışanların işkolik halini alması, sessiz sakin kişilerin daha da içine kapanması), çevredeki kişilerle sürekli olarak olumsuz içerikli konuşmalar, yapılan etkinliklerden eskisi kadar keyif almama, vb. (95-97) şeklinde tanımlanabilir. Dolayısıyla stresle başa çıkmada, stresin duygu, davranış, düşünce ve bedensel bileşenleri hedeflenmelidir. Ruhsal gerginlik arttıkça bedensel tepkiler artarken bedensel tepkilere bağlı ruhsal gerginliğin daha da artmasıyla bir kısır döngü içerisine girilebilir (94).

Selye, bedenin stresli durumlarda verdiği üç aşamalı tepkiyi "Genel Uyum Sendromu" olarak adlandırmıştır. Bu kurama göre, organizmanın strese tepkisi üç aşamada gelişir (93). Bunlar alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarıdır

**Alarm Aşaması:** Birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeniyle beden “*savaş* ya da *kaç* tepkisi” gösterir. *Savaş* ya da *kaç* tepkisi sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir. Bu durum kalp atışlarının hızlanması, tansiyonun yükselmesi, solunumun hızlanması ve ani adrenalin salgılanması biçiminde gelişir. *Savaş* ya da *kaç* tepkisinin ortaya çıktığı aşama, “alarm aşaması” olarak adlandırılır. Streste alarm aşamasında, stresi yaratan kaynaklar ve bunların yoğunluğu arttığı ölçüde stres eğrisi hızla normal direnç düzeyinin üzerine çıkarak normal davranıştan sapmanın ilk işaretleri verilmeye başlanır (93).

**Direnme Aşaması:** Alarm aşamasını, “uyum ya da direnme aşaması” izler. Stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner. Bu aşamada kaybedilen enerji, yeniden kazanılmaya ve bedendeki tahribat giderilmeye çalışılır. Stresle başa çıkıldığında parasempatik sinir sistemi etkin olmaya başlar. Kalp atışı, tansiyon, solunum düzene girer, kas gerilimi azalır. Direnme aşamasında birey, strese karşı koymak için elinden gelen tüm gayreti ortaya koyar ve stresli bir insanın davranışlarını göstermektedir. Belirli bir süre bireyin davranışlarında ve yaşantısında bu durum gözlenebilir (93).

**Tükenme Aşaması:** Uyum aşamasındaki gerilim kaynakları ve bunların yoğunluk dereceleri azalmadığı sürece ya da artış gösterdikleri durumlarda bireyin gayreti kırılır ve davranışlarında ciddi derecede sapmalar ve hayal kırıklıklarının yaşandığı bir evreye girilir. Eğer stres kaynağı ile başa çıkılmaz ve uyum sağlanamaz ise, fiziksel kaynaklar kullanılamaz ve “tükenme” aşamasına geçilir. Tükenme aşamasında, parasempatik sinir sistemi etkindir. Kişi tükenmiştir ve stres kaynağı hala mevcuttur. Bu aşamada uzun süreli stres kaynakları ile mücadele edilemez ve kişi başka stres kaynaklarının etkilerine de açık hale gelir (93).

Birey travmatik bir durum karşısında sosyal çevresinden destek arama, bilgi toplama, neler olabileceğini tahmin etme, ne yapacağını planlama ve uyum sağlamaya yönelik bilinç dışı mekanizmalara, bunlara savunma düzenekleri adı verilir, kullanmaya yönelir. Birey savunma mekanizmalarını kullanarak hem iç hem de dış gerçekliği algılar, ani duygusal

yüklenmelere maruz kalmışsa bu tahammülü güç duygulara dayanmayı başarır. Kişinin savunmaları yetersiz kaldığında ise ‘stres altında olduğunu’ hisseder (94).

Stresle başa çıkmada, öncelikle işe yaramayan ve bireye zararlı tepkilerin belirlenmesi (alkol ve madde kullanımına yönelme, aşırı ya da hiç yemek yememe, sakarlık vb.) ve bunların nelere yol açtığını bireyin farkına varmasının sağlanması gerekir. Stresle başa çıkma yöntemleri, bireyin bu tepkilerini değiştirebilmesini sağlayacak özgül beceriler kazandırarak stresi azaltmayı hedefler (94). Bazı stresle başa çıkma yöntemleri stresle ilişkili negatif duyguları düzenleyerek alternatif çözümler üreten koruyucu bir işlev olarak yardım edebilir, bazen de stresin etkilerini kötüleştirerek uyum sorunlarına yol açabilirler (95).

Stresle baş etmede etkili yöntemler;

1. Bedene yönelik olanlar:

- Fiziksel egzersiz
- Nefes egzersizleri
- Gevşeme teknikleri
- SYBD’nin benimsenmesi: düzenli spor yapma, yeterli uyku uyuma, düzenli ve dengeli beslenme, sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durma.

2. Duygu ve düşünelere yönelik yöntemler:

- Hayata bir “bilim insanı” gibi yaklaşmayı bir alışkanlık haline getirme (tek bir olaydan hareketle genellemeler yapmadan, her görüş için kanıt aramak).
- Stres oluşturuçu faktörleri bir “tehdit” gibi yorumlamak yerine, becerileri sınama imkânı olarak yorumlama.
- Mantıksız inançların ve varsayımların kişi tarafından sınanması.
- Duyguların başkalarıyla, açık ve uygun bir şekilde paylaşılması.
- Değerler verilen kararlarda önemli rol oynar ve onlarda bir çatışma yaşandığında stres kaçınılmaz olur. Değerleri gözden geçirerek yaşamda nelerin önemli olduğunu (başarı, sağlık, aile, arkadaşlık, kendine saygı, özgürlük, vb.) düşünmek.

3. Duruma yönelik yöntemler:

- Zamanı iyi ve dengeli kullanma. Bunun için önceliklerin ve hedeflerin belirlenmesi ve plan yapma.
- İletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi.
- Sosyal destekten ağından yararlanılması, arkadaşlar ya da güvenilen birisiyle kaygı ve sorunların paylaşılması (57,96,97).

Hemşireler okullarda uygulayacakları girişimler, ergenlerin benlik saygılarını arttırma, öz-etkililiklerini yükseltme, girişkenliklerini ve çeşitli aktivitelerine katılımlarını destekleme yönünde olmalıdır (57).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, ergenlerin kiloları ile ilgili algılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Çalışma Adana ili Seyhan ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı farklı müfredat programları uygulayan altı lisede yapılmıştır.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini, 2008 – 2009 eğitim – öğretim yılı Adana Seyhan İlçesi Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 61 lisenin birinci sınıfında okuyan 20.642 öğrenci oluşturmuştur.

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın örnekleme, 2008 – 2009 eğitim – öğretim yılı Adana İli Seyhan İlçesi Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı liselerde eğitim gören lise birinci sınıf öğrencilerinden cinsiyet ve lise türleri dikkate alınarak tabakalı rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Çalışmada I. tip hata payı % 5, çalışmanın gücü % 90 ve etki büyüklüğü 1/3 olacak şekilde gerekli minimum örneklem genişliği 750 olarak hesaplanmıştır. Bu sayının cinsiyet ve lise türleri dikkate alınarak dağılımı yapılmıştır (Çizelge 4.1).

### 3.5. VERİ TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER

Verilerin toplanmasında; öğrenci ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, öğrencilerin boy, kilo durumları ve kilo algılarına yönelik iki bölümden oluşan anket formu ile Pender (1987) tarafından geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) (Health Promotion Lifestyle Profile) kullanılmıştır.

#### 3.5.1. Öğrenci- Ebeveyn Değerlendirme Formu

Bu formda araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, sosyal güvencesi, aile yapısı, kardeş sayısı, boy ve kilo ölçümlerine ek olarak anne-babasının yaşı, eğitim düzeyi, boy/kilo ölçümü ve çalışma durumu ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek I). Ebeveynlerin BKİ değerleri kendi bildirimlerine göre hesaplanmıştır. Araştırma hakkında sözel bilgi verildikten sonra kabul eden ergenler araştırma kapsamına alınmıştır. Ergenlerden önce anket formlarını doldurmaları istenmiş ve daha sonra boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır.

##### 3.5.1.1. Beden Kitle İndeksleri

Ergenlerin boy ve kilo ölçümü bir araştırmacı tarafından yapılmış ve kaydedilmiştir. Ergenlerin boyları, ayakta dik durur pozisyonda, topukları, kalçaları, sırtının üst kısmı ve oksipital kemik vertikal yüzeye dayalı biçimde iken topuklar birleştirilmiş ve kollar iki tarafa sarkıtılmış, dış kulak yolu ile orbitanın alt duvarı arasındaki hayali çizgi yere paralel olacak şekilde 2 metrelik vertikal skala üzerinde ölçüm yapılmıştır. Ağırlığı ölçülecek öğrenci üzerinde tek kat hafif bir giysi kalıncaya kadar giysileri çıkartılmış ve öğrencilerin ağırlıkları **digital baskül (Cendix, CX-7005)** ile ölçülmüştür. Her ölçümden önce araç standardize edilmiştir. Okullarda mahremiyeti sağlayacak ayrı bir odanın sağlanamaması ve tüm arkadaşlarının önünde ayakkabılarını çıkarmalarının onları utandırabileceği düşüncesi ile ölçümler sırasında öğrencilerden ayakkabılarını çıkarmaları istenmemiştir.



Beden Kitle İndeksi (BKİ)= Kilo(kg)/ Boy(m<sup>2</sup>) formülü ile hesaplanmıştır. Bulunan değerler Neyzi (2008)'nin Türk çocukları için referans olarak belirlediği beden kitle indeksi değerlerine göre kilo kategorileri; 5. persentilin altında olanlar “**zayıf**”, 5. İle 85. persentilin arasında olanlar “**normal**”, 85.-95. persentil arasında olanlar “**fazla kilolu**”, 95. Persentilin üstünde olanlar “**obez**” olarak değerlendirilmiştir (25,86-89,98).

Anne- babaların BKİ değerlerine göre kilo kategorileri; 16-18,5 “**zayıf**”, 18,6-25 “**normal kiloda**”, 25,1-30 “**fazla kilolu**”, 30,1 ve üzeri “**obez**” olarak değerlendirilmiştir (11,72,77,99).

### **3.5.2. Kilo Durumunu Algılama Anketi**

Anket, ergenlerin kilolarıyla ilgili algı ve endişelerini ortaya koyan sekiz, ergen ve ailelerin kilo kontrol girişimlerini sorgulayan beş sorudan oluşmaktadır (Ek I). Anket soruları Esenay ve ark. (2009) Türk annelerin çocuklarının kiloları hakkındaki düşüncelerine yönelik çalışmalarında kullanılan anket formunun ergenlere yönelik düzenlenmesi ile oluşturulmuştur (100).

### **3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile)**

Bu ölçek Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test etmek için geliştirilmiştir. Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin (SYBDÖ) 1987 yılında geliştirilen ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve SYBDÖ II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı alt gruptan oluşmaktadır. Bunlar;

**1.Sağlık sorumluluğu**, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

**2.Egzersiz**, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

**3.Beslenme**, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

**4.Kişilerarası destek**, başkaları ile olan ilişkilere, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

**5.Stres yönetimi**, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.

**6.Kendini gerçekleştirme**, bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (74).

SYBDÖ'nin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerinden yapılır. "Asla" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin alt grupları, ölçekteki soru numaraları, en düşük ve en yüksek puanları Şekil 3'de gösterilmiştir. Bu çalışmada 52 maddelik ikinci SYDÖ kullanılmıştır.

**Şekil 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Grupları, Ölçekteki Soru Numaraları, En Düşük ve En Yüksek Puanları**

<b><u>ALT GRUP</u></b>	<b><u>Ölçekteki Soru Numaraları</u></b>	<b><u>En Düşük P.</u></b>	<b><u>En Yüksek P.</u></b>
<b>Kendini gerçekleştirme</b>	6,12,18,24,30,36,42,48,52 (9 madde)	9	36
<b>Sağlık sorumluluğu</b>	3,9,15,21,27,33,39,45,51 (9 madde)	9	36
<b>Egzersiz</b>	4,10,16,22,28,34,40,46 (8 madde)	8	32
<b>Beslenme</b>	2,8,14,20,26,32,38,44,50 (9 madde)	9	36
<b>Kişilerarası destek</b>	1,7,13,19,25,31,37,43,49 (9 madde)	9	36
<b>Stresle baş etme</b>	5,11,17,23,29,35,41,47 (8 madde)	8	32
<b>Sağlıklı yaşam biçimi davranışları</b>	1.....52. maddeler (52 madde)	52	208

SYBDÖ'nin yurtdışında geçerlilik ve güvenilirliği Pender ve arkadaşları tarafından (1987) yapılmıştır. Alt faktörler ve Cronbach Alpha katsayıları; kendini gerçekleştirme ( 13 madde; 0,94), sağlık sorumluluğu (10 madde; 0,81), egzersiz( 5 madde; 0,80), beslenme(6 madde; 0,75), kişilerarası destek(7 madde; 0,80), stres yönetimi(7 madde;0,70)'dir. Ölçeğin genel Alpha katsayısı ise 0,92'dir (17). Ölçek 1996 yılında revize edilerek 52 madde ve 6 alt gruptan oluşan SYBDÖ II oluşturulmuştur. Bu ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0,94 olup, altı alt faktörler için 0,79-0,87 arasında değişim göstermektedir (74).

SYBDÖ'nin Türkiye'de geçerliliği güvenilirliği Esin (1997) (101) ve Akça (1998) (102) tarafından yapılmıştır. Esin'in çalışmasında 48 maddelik ölçeğin ilk versiyonu, Akça'nın çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Esin'in çalışmasında alpha değeri 0,91, Akça'nın çalışmasında ise 0,90 olarak bulunmuştur. Alt grupların alpha değerleri Esin'in çalışmasında 0,55-0,84, Akça'nın çalışmasında 0,52-0,81 arasında değişen değerler almıştır. Türkiye'de son olarak 2008 yılında Bahar ve ark. tarafından geçerliliği ve güvenilirliği test edilen ölçeğin Alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahip olduğu saptanmıştır. Alt grupların Alpha değerleri 0,64-0,80 olarak bulunmuştur (74) (Ek II).

### **3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ ÖN UYGULAMASI**

Hazırlanan veri toplama araçlarının işlerliğini belirlemek üzere anket formu ve SYBDÖ 12-13 Ocak 2009 tarihleri arasında Çukurova Elektrik Anadolu Lisesi'nin lise 1. sınıfında eğitim gören ve araştırma kapsamına alınmayan, 20 gönüllü öğrenciye uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda ergenlerin kilo algılarına yönelik anket sorularında gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistik analizleri MedCalc v.9.4.0.2 ve SPSS v.11.5 paket programları ile yapılmıştır. Ölçekten alınan puanların karşılaştırılmasında bağımsız iki grup için Independent Samples t test, ikiden fazla grup için ise One-Way ANOVA test istatistiklerinden yararlanılmıştır. Varyans analizi sonucunda anlamlı bulunan puanlardaki farklılıkların belirlenmesinde Tukey HSD post hoc testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde ise Chi-square testinden yararlanılmıştır. İstatistik analizlerde  $p < 0.05$  ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın uygulanabilmesi için MEÜ Tıp Fakültesi etik kurulundan yazılı onay ve araştırma kapsamına alınan öğrencilerden izin alınmıştır (Ek 3). Araştırmaya başlamadan önce, Adana İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izin alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. ERGEN ve EBEVEYNLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Çizelge 4.1. Ergenlerin Eğitim Gördükleri Okullara Göre Dağılımı

Okullar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anadolu Lisesi	75	10.0
Endüstri Meslek Lisesi	180	24.0
İmam Hatip Lisesi	19	2.5
Kız Meslek Lisesi	32	4.3
Normal Lise	408	54.4
Ticaret Meslek Lisesi	36	4.8
<b>Total</b>	<b>750</b>	<b>100.0</b>

Çalışmaya katılan 750 öğrencinin %10'u Anadolu Lisesi, %24'ü Endüstri Meslek, %54.4'ü Normal Lise ve %11.6'sı diğer liselerde eğitim görmektedir (Çizelge 4.1).

**Çizelge 4. 2. Ergen ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri(n=750)**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>			<b>Ailedeki Çocuk Sayısı</b>		
Kız	353	47.1	3 ve altı	586	78.1
Erkek	397	52.9	3 üzeri	164	21.9
<b>Ekonomik Durum</b>			<b>Sosyal Güvence</b>		
500 YTL ve altı	190	25.3	Yok	85	11.3
500-1000 YTL	238	31.7	Emekli Sandığı	132	17.6
1000-1500 YTL	167	22.3	SSK	375	50
1500 YTL ve üstü	155	20.7	Bağ-Kur	101	13.5
			Yeşil Kart	57	7.6
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek	621	82.8	<b>Annelerin Ortalama Yaşı</b>	40.8±5.4	
Geniş	100	13.3			
Tek ebeveynli	29	3.9	<b>Babaların Ortalama Yaşı</b>	45.4±5.5	
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>			<b>Annenin işi</b>		
Okur-yazar değil	55	7.4	Ev hanımı	635	85
İlköğretim	427	57.2	Memur/İşçi	66	8.8
Lise	210	28.1	Serbest meslek	17	2.3
Üniversite ve üstü	55	7.4	Diğer	29	3.9
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>			<b>Babanın işi</b>		
Okur-yazar değil	8	1.1	Çalışmıyor	47	6.4
İlköğretim	357	48.7	Memur/İşçi	264	36.2
Lise	257	35.1	Serbest meslek	239	32.8
Üniversite ve üstü	111	15.1	Diğer	179	24.6

Ergenlerin ve ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.2’de verilmiştir. Çalışmaya katılanların yaklaşık olarak yarısı (%47.1) kız, yarısı da (%52.9) erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Ailelerin %78,1’i üç ve daha az çocuğa sahip olup %89.1’i çekirdek ailedir.

Annelerin yaş ortalaması 40.8±5,4’dır. Annelerin %57.2’si ilköğretim mezunu olup yalnızca %7.4’ü üniversite ve üstü eğitim almıştır. Ayrıca %85’i ev hanımıdır ve yalnızca %15’i gelir getiren bir işte çalışmaktadır.

Babaların yaş ortalaması  $45.4 \pm 5.5$  olup %48.8'si ilköğretim, %35.1'i lise ve %15.1'i üniversite ve üstü eğitim almıştır. Babaların %36.2'si memur/işçi, %32.8'i serbest meslek sahibidir ve %6.4'ünün herhangi bir işi bulunmamaktadır. Öğrencilerin %11.3'ünün herhangi bir sosyal güvencesi yoktur.

## 4.2. ERGENLERİN KİLO ALGILARI ve KONTROL ETME YÖNTEMLERİ

Çizelge 4.3. Ergenlerin Kilo Kategorilerine Göre Dağılımı

Kilo Kategorileri	Kız	%	Erkek	%	Toplam	%
Zayıf	59	16.7	41	10.3	100	13.3
Normal	248	70.3	300	75.6	548	<b>73.1</b>
Fazla Kilolu	28	7.9	32	8.1	8.1	8
Obez	18	5.1	24	6	42	5.6
<b>Total</b>	<b>353</b>		<b>397</b>		<b>750</b>	

Ergenlerin kilo kategorilerine göre dağılımı Çizelge 4.3’de verilmiştir. Buna göre; ergenlerin %13.3’ü zayıf, %73.1’i normal, %8’i fazla kilolu, %5.6’sı obezdir. Kızların %7.9’unun fazla kilolu, %5.1’inin obez, erkeklerin %8.1’inin fazla kilolu, %6’sının obez olduğu belirlenmiştir. Kilo kategorileri ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır ( $p=0.081$ ).



**Çizelge 4.4: Ergenlerin Kilolarıyla İlgili Algılarının Dağılımı**

İfadeler	Sayı (n)	Yüzde (%)	İfadeler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Son altı ayda kilonuzda bir değişiklik oldu mu?</b>			<b>Kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?</b>		
Evet, kilo aldım	312	41.6	Evet	278	37.1
Evet, kilo verdim	110	14.7	Hayır	472	62.9
Kilom değişmedi	140	18.7			
Bilmiyorum	188	25.1			
<b>Şu andaki kilomdan...</b>			<b>Gelecekteki kilomdan...</b>		
Endişeli değilim	376	50.1	Endişeli değilim	386	51.5
Biraz endişeliyim	242	32.3	Biraz endişeliyim	223	29.7
Endişeliyim	84	11.2	Endişeliyim	95	12.7
Oldukça endişeliyim	21	2.8	Oldukça endişeliyim	10	1.3
Çok endişeliyim	27	3.6	Çok endişeliyim	36	4.8
<b>Kilomu yaşitlarımla kıyasladığımda</b>			<b>Yediğim gıdaları yaşitlarımla kıyasladığımda</b>		
Daha zayıfım	191	25.4	Daha sağlıklı	188	25
Aynı kilodayım	404	53.9	Aynı	506	67.5
Daha kiloluyum	155	20.7	Daha sağlıksız	56	7.5
<b>Yediğim miktarı yaşitlarımla kıyasladığımda</b>			<b>Aktivite düzeyimi yaşitlarımla kıyasladığımda</b>		
Daha çok yiyorum	175	23.3	Daha hareketliyim	334	44.5
Aynı yiyorum	443	59.1	Aynı	338	45.1
Daha az yiyorum	132	17.6	Daha hareketsizim	78	10.4

Ergenlerin kilo algılarına yönelik sorulara verdikleri cevapların değerlendirmeleri Çizelge 4.4’de verilmiştir. “Kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna ergenlerin %62.9’u “Hayır”, %37.1’i “Evet” yanıtını vermiştir ve %41.6’sı son altı ayda kilo aldığını, %18.7’si kilosunun değişmediğini, %14.7’si kilo verdiğini, %25.1’i kilosunda değişiklik olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir.

Ergenlerin %53.9’u yaşitlarıyla aynı kiloda olduğunu, %20.7’si, daha kilolu olduğunu, %25.5’i ise daha zayıf olduğunu düşünmektedir. Yedikleri gıdaları kıyaslamaları istendiğinde %67.5’i yaşitlarıyla aynı, %25.1’i daha sağlıklı beslendiğini belirtirken yalnızca %7.5’i daha sağlıksız beslendiğini belirtmiştir. Yedikleri miktarı kıyasladıklarında ise; %59.1’i yaşitlarıyla aynı, %23.3’ü daha fazla, %17.6’sı daha az miktarda gıda tükettiğini ifade etmektedir. Öğrencilerin %44.5’i kendini yaşitlarından daha

hareketli, %10.4'ü hareketsiz bulurken %45.1'i hareketlilik düzeyinin yaşlılarıyla aynı olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.4).

**Çizelge 4.5. Kilolu Olduğunu Düşünme İle Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki**

Kilolu olduğunu düşünme	Kilo Kategorileri							
	Zayıf (n/%)		Normal (n/%)		Fazla Kilolu (n/%)		Obez (n/%)	
<b>Evet (n=278)</b>	6	2.2	185	66.5	52	18.7	35	12.6
<b>Hayır (n=472)</b>	94	19.9	363	76.9	8	1.7	7	1.5

Ergenlerin kilolu olduklarını düşünmeleri ile kilo kategorileri arasında anlamlı ilişki vardır ( $p=0.001$ ). Kilolu olduğunu düşünenlerin %18.7'si fazla kilolu, %12.6'sı obezdir (Çizelge 4.5). Bunlara ek olarak fazla kilolu ergenlerin %86.7'si, obez ergenlerin %83.3'ü kilolu olduğunu düşünmektedir.

**Çizelge 4.6. Kilolu Olduğunu Düşünme İle Cinsiyetler Arasındaki İlişki**

Kilolu Olduğunu Düşünme	CİNSİYET			
	Kız (n/%)		Erkek (n/%)	
<b>Evet</b>	169	47.9	109	27.5
<b>Hayır</b>	184	52.1	288	72.5

Kilolu olduğunu düşünme ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Kız ergenlerde kilolu olduğunu düşünme oranı (%47.9) erkeklerden (%27.5) daha yüksektir (Çizelge 4.6).

**Çizelge 4.7. Ergenlerin Kilo Kategorilerine Göre Şu Andaki Kiloları İle İlgili Endişe Düzeyleri**

Kilo Kategorileri	Şu Andaki Kilosu ile İlgili Endişe Düzeyi									
	Endişeli değilim		Biraz Endişeliyim		Endişeliyim		Oldukça Endişeliyim		Çok Endişeliyim	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Zayıf</b>	59	59	24	24	9	9	4	4	5	5
<b>Normal</b>	298	54.4	175	31.9	54	9.9	10	1.8	11	2
<b>Fazla Kilolu</b>	9	15	29	48.3	13	21.7	4	6.7	5	8.3
<b>Obez</b>	10	23.8	14	33.3	8	19	4	9.5	6	14.3
<b>Toplam</b>	376	50.1	242	32.3	84	11.2	21	2.8	27	3.6

Çalışmaya katılan ergenlerin %50.1'i şu andaki kilosundan endişe duymazken, %32.3'ü biraz endişeli, %11.2'si endişeli, %2.8'i oldukça endişeli, %3.6'sı çok endişeli olduğunu belirtmiştir (Çizelge 4.4, Çizelge 4.7)).

Ergenlerin kilo kategorilerine göre şu andaki kiloları ile ilgili endişe düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0.001**). Kiloları arttıkça şu andaki kiloları ile ilgili endişe düzeyleri de artmaktadır. Fazla kilolu ergenlerin %15'i, obezlerin %23.8'i şu andaki kilosu ile ilgili endişe duymamaktadır. Fazla kilolu ve obez ergenlerin şu andaki kiloları ile ilgili endişe durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (**p=0.478**) (Çizelge 4.7).

**Çizelge 4.8. Ergenlerin Kilo Kategorilerine Göre Gelecekteki Kiloları ile İlgili Endişe Düzeyleri**

Kilo Kategorileri	Gelecekteki Kilosu ile İlgili Endişe Durumları									
	Endişeli değilim		Biraz Endişeliyim		Endişeliyim		Oldukça Endişeliyim		Çok Endişeliyim	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Zayıf	76	76	17	17	4	4	1	1	2	2
Normal	287	52.4	171	31.2	62	11.3	4	0.7	24	4.4
Fazla Kilolu	14	23.3	21	35	20	33.3	2	3.3	3	5
Obez	9	21.4	14	33.3	9	21.4	3	7.1	7	16.7
Toplam	386	51.5	223	29.7	95	12.7	10	1.3	36	4.8

Ergenlerin kilo kategorileri ile gelecekteki kiloları ile ilgili endişe düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0.001**). Kilo değerleri arttıkça gelecekteki kiloları ile ilgili endişe düzeyleri de artmaktadır. Ergenlerin %51.5'i gelecekteki kilosundan endişe duymazken, %29.7'si biraz endişeli, %12.7'si endişeli, %1.3'ü oldukça endişeli, %4.8'i çok endişeli olduğunu ifade etmiştir (Çizelge 4.4, Çizelge 4.8).

Fazla kilolu ergenlerin %23.3'ü, obezlerin %21.4'i gelecekteki kilosunu ile ilgili endişe duymamaktadır. Fazla kilolu ve obez ergenlerin gelecekteki kiloları ile ilgili endişe durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0.245$ ) (Çizelge 4.8).

**Çizelge 4.9. Ergen İle Anne Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki**

Ergenlerin Kilo Kategorileri	Annelerin Kilo Kategorileri							
	Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
Zayıf (n /%)	13	25	32	61.5	4	7.7	3	5.8
Normal (n /%)	40	16	185	74	18	7.2	7	2.8
Fazla Kilolu (n /%)	31	10.2	229	75.6	28	9.2	15	5
Obez (n /%)	16	11.3	100	70.4	10	7	16	11.3

Ergen ile anne kilo kategorileri arasındaki ilişki Çizelge 4.9’da verilmiştir. Buna göre; ergenin kilosu ile anne kilosu arasında anlamlı ilişki vardır ( $p=0.005$ ). Annesi obez olan ergenlerin obez olma sıklığı %11,3’tür.

**Çizelge 4.10: Ergen İle Baba Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki**

Ergenlerin Kilo Kategorileri	Babaların Kilo Kategorileri							
	Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez	
Zayıf (n/%)	6	21.4	19	67.9	3	10.7	0	0
Normal (n/%)	42	16.5	192	75.3	14	5.5	7	2.7
Fazla Kilolu (n/%)	43	12.5	252	73.5	26	7.6	22	6.4
Obez (n/%)	5	4.8	72	69.2	14	13.5	13	12.5

Ergen ile baba kilo kategorileri arasındaki ilişki Çizelge 4.10’da verilmiştir. Buna göre; ergen ile baba kilosu arasında anlamlı ilişki vardır ( $p=0.001$ ). Babası obez olan ergenlerin obez olma sıklığı %12,5’dir.

Hem annesi hem de babası obez olan ergenlerin %16,2’sinin fazla kilolu ve %2,7’sinin obez olduğu saptanmıştır.

**Çizelge 4.11: Anne işi ile Ergenlerin Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki**

Anne İşİ	Ergenlerin Kilo Kategorileri							
	Zayıf (n/%)		Normal (n/%)		Fazla Kilolu (n/%)		Obez (n/%)	
<b>Ev hanımı (n=635)</b>	90	14.2	464	73.1	51	8	30	4.7
<b>Memur/İşçi (n=66)</b>	7	10.6	52	78.8	5	7.6	2	3
<b>Serbest Meslek (n=17)</b>	0	0	12	70.6	3	17.6	2	11.8
<b>Diğer (n=29)</b>	3	10.3	18	62.1	1	3.4	7	24.1

Annelerin işi ile ergenlerin kilo kategorileri arasında ilişki bulunmuştur (**p=0.012**). Buna göre; annesi ev hanımı ve memur/işçi olan ergenlerin fazla kilolu ve obez olma oranı serbest meslek ve diğer işlerde çalışanlardan daha düşüktür (Çizelge 4.11).

Anne ve babanın eğitim durumu, babanın işi, aile yapısı, ailenin geliri, sosyal güvencesi, çocuğun cinsiyeti ve kardeş sayısı gibi demografik özellikler ile ergenlerin kilo kategorileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p= 0.131; p= 0.553; p= 0.292; p=0.100; p= 0.078; p=0.118; p= 0.081; p=0.096).

**Çizelge 4.12. Ergenlerin Kilolarını Kontrol Etme Yöntemleri**

<b>İfadeler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Bugüne kadar kilonuzu kontrol etme girişiminiz oldu mu?</b>		
Evet	475	<b>63.3</b>
Hayır	275	36.7
<b>Kilonuzu kontrol etmek için aşağıdakilerden en çok hangisini denediniz?</b>		
Hiçbir şey, çünkü kilolu olduğumu düşünmüyorum	362	<b>48.3</b>
Yağ oranı yüksek yiyecekleri kısıtladım	189	25.2
Fast food yemeyi bıraktım	31	4.1
Asitli içecek içmeyi bıraktım	37	4.9
Aktivitelerimi arttırdım	131	17.5
<b>Yediklerinizi kontrol etmekte zorluk yaşadınız mı?</b>		
Evet	174	23.2
Hayır	576	<b>76.8</b>
<b>Bugüne kadar ailenizin kilonuzu kontrol etmek için girişimi oldu mu?</b>		
Evet	272	36.3
Hayır	478	<b>63.7</b>
<b>Yanıtınız Evet ise aileniz aşağıdakilerden en fazla hangisini uyguladı?</b>		
Daha fazla aktivitelere katılmam için desteklediler	187	<b>24.9</b>
Diyet yemekleri yemem için desteklediler	71	9.5
Bir diyetisyenle görüşüp yardım almamı sağladılar	25	3.3

Ergenlerin kilo kontrol yöntemleri Çizelge 4.12’de verilmiştir. Bun göre: Ergenlerin %63.3’nün kilolarını kontrol etme girişimleri olmuştur. Kilo kontrol etme yöntemi olarak; %25.2’si yağlı yiyecekleri kısıtlama, %17.5’i aktivitelerini arttırma yolunu seçmiştir. Ergenlerin %76.8’i yediklerini kontrol etmede zorluk yaşamadığını belirtmiştir.

Ergenlerin %36.3’ünün ailesi çocuklarının kilosunu kontrol etme girişiminde bulunmuştur. Ailelerin %24.9’u daha fazla aktiviteye katılmaları, %9.5’i diyet yemekleri tüketmeleri, %3.3’ü bir diyetisyenden yardım almaları yönünde çocuklarını yönlendirmiştir (Çizelge 4.12).

**Çizelge 4.13. Ergenlerin Kilolarını Kontrol Etme Girişimleri İle Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki**

<b>Kilo Kontrol Girişimi</b>	<b>Ergenlerin Kilo Kategorileri</b>							
	<b>Zayıf (n/%)</b>		<b>Normal (n/%)</b>		<b>Fazla Kilolu (n/%)</b>		<b>Obez (n/%)</b>	
<b>Evet</b>	51	10.7	345	72.6	48	10.1	31	6.5
<b>Hayır</b>	49	17.8	203	73.8	12	4.4	11	4

Ergenlerin kilolarını kontrol etme girişimleri ile kiloları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Çizelge 4.13’de kilo kontrolü yapanların, yapmayanlara göre, fazla kilolu ve obez olma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Çizelge 4.14. Ailelerin Çocuklarının Kilolarını Kontrol Etme Girişimleri İle Ergenlerin Kilo Kategorileri Arasındaki İlişki**

<b>Ailenin Kilo Kontrol Girişimi</b>	<b>Ergenlerin Kilo Kategorileri</b>							
	<b>Zayıf (n/%)</b>		<b>Normal (n/%)</b>		<b>Fazla Kilolu (n/%)</b>		<b>Obez (n/%)</b>	
<b>Evet</b>	29	10.7	179	65.8	35	12.9	29	10.7
<b>Hayır</b>	71	14.9	369	77.2	25	5.2	13	2.7

Çizelge 4.14’de ailelerin çocuklarının kilolarını kontrol etme girişimleri ile ergenlerin kiloları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Ailelerin çocuklarının kilolarını kontrol etme girişimleri ile ergenlerin kiloları arasında ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Ailesi kilo kontrol girişiminde bulunan ergenlerin %65.8’i normal kilolu, %12.9’u fazla kilolu, %10.7’si obezdir. Ailesi kilo kontrolü yapmayanların %5.2’si fazla kilolu, %2.7’si obezdir. Fazla kilolu ergenlerin %58,3’ünün, obezlerin %69’unun aileleri çocuklarının kilolarını kontrol etme girişiminde bulunmuştur.



### 4.3. ERGENLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ PUANLARI

Çizelge 4.15. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Maddelerin Frekans Dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddeleri	Asla	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın insanlarla sorunlarımı ve endişelerimi tartışırım.	52	366	220	112
2. Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim.	289	327	76	58
3. Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım.	171	323	149	107
4. Planlı bir egzersiz programı izlerim.	283	328	76	63
5. Uyku ihtiyacımı karşılarım.	21	140	251	338
6. Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	36	305	242	167
7. Başkalarının başarılarını överim.	176	309	191	74
8. Şeker ve şeker içeren yiyecek (tatlı) kullanımını kısıtlarım.	306	303	94	47
9. Sağlığı geliştirici makaleleri okur ve T.V. programlarını izlerim.	192	368	112	78
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dk ve daha fazla süre ile egzersiz uygularım (örnek olarak hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma ...).	134	260	162	194
11. Her gün gevşemeye zaman ayırırım.	191	357	128	74
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum.	42	114	276	318
13. Başkaları ile anlamlı ve doyurucu ilişkiler kurarım.	49	228	261	212
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç ya da makarna yerim.	247	341	94	68
15. Önerilerini anlamak için sağlık personeline sorular sorarım.	239	359	106	46
16. Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım.	154	376	137	83
17. Hayatımdaki değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.	197	274	176	103
18. Geleceğe umutla bakarım.	34	138	285	292

**Çizelge 4.15 Devamı. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Maddelerin Frekans Dağılımı**

19. Kendime, yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım.	21	177	288	264
20. Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim.	51	331	181	187
21. Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci bir kimseye danışırım.	175	371	123	81
22. Boş zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktivitelere katılırım.	67	288	229	166
23. Yatma zamanında hoş şeyler düşünürüm.	46	202	259	243
24. Kendimi mutlu, kendimle barışık hissederim.	40	218	284	208
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermede zorlanmam.	66	178	260	246
26. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.	234	390	74	52
27. Sağlık problemlerimi sağlık personeliyle tartışırım.	200	344	114	92
28. Haftada üç kez gerilme hareketleri yaparım.	154	353	139	104
29. Stresimi kontrol etmek için özel metotlar kullanırım.	287	283	112	68
30. Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım.	62	283	236	169
31. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım (aile üyelerinize sarılmak, arkadaşlarınızla tokalaşmak gibi ).	86	181	243	240
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt ya da peynir yerim.	123	341	150	136
33. Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretleri için incelerim.	236	346	118	50
34. Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım. (öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak gibi)	135	296	196	123
35. Okul ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim.	49	261	257	183
36. Her bir günü zorlayıcı ve enteresan bulurum.	109	377	196	68
37. Yalnız kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum.	126	264	213	147
38. Et, balık, bakıyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim.	197	386	101	66
39. Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım.	281	328	89	52
40. Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim.	331	265	88	66

**Çizelge 4.15 Devamı: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Maddelerin Frekans Dağılımı**

41. Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatıcak bir şeyler yaparım	68	236	260	186
42.Hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım.	27	107	274	342
43.Çevremdeki kişilerden destek görürüm.	37	203	299	211
44.Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerik bölümünü gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum.	172	287	173	118
45.Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım.	408	262	53	27
46.Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşıırım.	280	262	53	27
47.Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım. (planlı hareket ederim)	94	303	225	128
48.Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissederim.	202	303	166	79
49.Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim.	78	271	245	156
50.Kahvaltı yaparım.	42	166	156	386
51. Gerekğinde yönlendirme veya danışmanlık ararım.	141	361	145	103
52.Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım.	32	216	273	229

Çizelge 4.15’da öğrencilerin SYBDÖ’ne verdikleri yanıtlara göre; düzenli olarak yapılan ve frekansı en yüksek olan davranış (n=386, %51.5) “Kahvaltı yaparım”, asla yapılmayan ve frekansı en yüksek olan davranış (n= 408, %54.4) “Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım” maddesinde bulunmuştur.

**Çizelge 4.16. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarından Aldıkları Puanlar**

Alt Gruplar	Alt Grupların Madde Sayısı	Alt ve Üst Değer	Minimum Maximum	Ortalama±SD
Kendini Gerçekleştirme	9	9-36	12-36	25.2±4.3
Sağlık Sorumluluğu	9	9-36	9-34	18.3±4.9
Egzersiz	8	8-32	8-32	17.7±4.8
Beslenme	9	9-32	11-33	20.2±3.9
Kişilerarası Destek	9	9-36	12-36	24.5±4.5
Stresle Baş Etme	8	8-32	11-32	20.5±3.7
Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	52	52-208	67-184	126.4±19.5

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinde sorulara verilen yanıtlar 1. Asla, 2. Bazen, 3. Sık sık, 4. Düzenli olarak değerlendirilmiştir.

Ergenlerin SYBDÖ genel ortalamaları Çizelge 4.16’de verilmiştir. SYBD puan ortalamaları; **kişilerarası destek alt grup puan ortalaması 24.5±4.5, Kendini Gerçekleştirme 25.2±4.3, Sağlık Sorumluluğu 18.3±4.9, Egzersiz 17.7±4.8, Beslenme 20.2±3.9, Stresle Baş Etme 20.5±3.7** olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması **126.4±19.5**’tir.

**Çizelge 4.17. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı**

Alt Gruplar	Kız (n= 353) X ± SD	Erkek (n= 397) X ± SD	P
Kendini Gerçekleştirme	24.9 ± 4.2	25.4 ± 4.4	0.104
Sağlık Sorumluluğu	18.1 ± 4.6	18.5 ± 5.1	0.268
Egzersiz	17.1 ± 4.6	18.3 ± 4.8	<b>0.001</b>
Beslenme	19.7 ± 3.6	20.4 ± 3.9	<b>0.001</b>
Kişiler Arası Destek	24.7 ± 4.4	24.2 ± 4.5	0.136
Stresle Baş etme	20.4 ± 3.7	20.5 ± 3.8	0.485
Toplam SYBD	124.9 ± 19.1	127.8 ± 19.9	<b>0.043</b>

Çizelge 4.17’de SYBDÖ ve alt grup puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Kız ve erkek ergenlerin SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar arasında

anlamli iliŒki bulunmuŒtur (**p=0.043**). Erkeklerin SYBDÖ puan ortalaması ve alt gruplarından beslenme ve egzersiz puanları kızlardan daha yüksektir (**p<0.05**). SYBDÖ alt gruplarından, kendini gerekleŒtirme (p=0.104), sağlık sorumluluğu (p=0.268), kiŒilerarası destek (p=0.136) ve stresle baŒ etme (p=0.485) puan ortalamaları ile cinsiyetler arasında anlamli iliŒki bulunmamıŒtır (p>0.05).

Ailelerin gelir düzeyi ile ergenlerin SYBDÖ toplam puanı ile alt gruplardan kendini gerekleŒtirme ve kiŒilerarası destek puanları arasında anlamli bir fark bulunmuŒtur (**p=0.024, p=0.020, p=0.014**). Bu farklılığın aylık geliri 500 TL'den az olanlar ile 1500 TL'den fazla olanlar arasında olduğu diğer grupların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaŒılmıŒtır (p>0.05). SYBDÖ alt gruplarından, sağlık sorumluluğu(p=0.124), egzersiz(p=0.073), beslenme(p=0.635) ve stresle baŒa çıkma(p=0.194) puan ortalamaları ile ailenin gelir düzeyi arasında anlamli bir iliŒki bulunmamıŒtır(p>0.05).

Anne babaların eğitim durumları ile ergenlerin SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karŒılaŒtırıldıėında: Annenin eğitim durumu ile ergenlerin SYBDÖ toplam puanı(p=0.055) ve alt gruplarından kendini gerekleŒtirme(p=0.569), sağlık sorumluluğu(p=0.539), beslenme(p=0.476) ve stresle baŒ etme(p=0.141) arasında anlamli fark bulunmamıŒtır. Alt gruplardan egzersiz(**p=0.008**) ve kiŒilerarası destek(**p=0.046**) puanları arasında anlamli fark bulunmuŒtur. Bu farkın annesi ilköğretim ve lise mezunu olanlar arasında olduğu ve annesi lise mezunu olanların kiŒilerarası destek ve egzersiz puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuŒtur. Babaların eğitim durumu ile ergenlerin SYBDÖ toplam puanı(p=0.073) ve alt gruplardan kendini gerekleŒtirme(p=0.460), sağlık sorumluluğu(p=0.333), beslenme(p=0.176), stresle baŒ etme(p=0.193) arasında anlamli fark bulunmamıŒtır. Alt gruplardan egzersiz(**p=0.005**) ve kiŒilerarası destek(**p=0.018**) puanları arasında anlamli fark bulunmuŒtur. Bu farkın babası ilköğretim ve lise mezunu olanlar arasında olduğu ve babası lise mezunu olanların kendini gerekleŒtirme ve egzersiz puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuŒtur.

Ergenlerin kardeŒ sayıları ile SYBDÖ toplam puanı ( **p=0.045**) ve egzersiz alt grup puanı (**p=0.009**) arasında zayıf bir korelasyon olduğu bulunmuŒtur. KardeŒ sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam puanı ve egzersiz puanı azalmaktadır.

Ergenlerin sosyal güvenceleri, aile tipi ve annenin çalışma durumu ile SYBDÖ ve alt grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fakat babanın çalışma durumu ile ergenlerin SYBDÖ toplam puanı ve alt gruplardan kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre babası herhangi bir işte çalışmayanların SYBDÖ toplam puanı ( $p=0.036$ ) ve alt gruplardan kendini gerçekleştirme ( $p=0.007$ ) ile kişilerarası destek puanları ( $p=0.001$ ) diğerlerinden daha düşük tespit edilmiştir.

#### 4.4. EGENLERİN KİLOLARIYLA İLGİLİ ALGILARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ

Çizelge 4.18. Ergenlerin Kiloları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

SYBDÖ Alt Gruplar	Ergenlerin Kilo Kategorileri				P
	Zayıf (n=100) X±SD	Normal (n=548) X±SD	Fazla Kilolu (n=60) X±SD	Obez (n=42) X±SD	
Kendini Gerçekleştirme	25.1 ± 4.1	25.3 ± 4.3	24.8 ± 4.7	24.1 ± 4.8	0.266
Sağlık Sorumluluğu	18.6 ± 4.8	18.3 ± 4.7	18.4 ± 5.4	17.9 ± 4.8	0.859
Egzersiz	17 ± 4.7	18 ± 4.8	17 ± 4.9	18 ± 4.4	0.159
Beslenme	20 ± 4.1	20.3 ± 3.4	20.5 ± 3.8	20 ± 3.3	0.667
Kişilerarası Destek	25 ± 5	24.6 ± 4.3	23.2 ± 4.5	23.8 ± 4.7	0.057
Stresle Baş Etme	20.5 ± 3.3	20.5 ± 3.8	20.4 ± 4.1	20.2 ± 4.2	0.970
Toplam SYBDÖ	126 ± 19.1	127 ± 19.4	124.3 ± 21.6	123.6 ± 19.1	0.570

Çizelge 4.18’de ergenlerin kilo kategorileri ile SYBDÖ arasındaki ilişki gösterilmektedir. Ergenlerin kiloları ile SYBDÖ ve alt grupları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Ergenlerin kilolu olduğunu düşünme durumları ile SYBDÖ’nden aldıkları toplam puan ve alt grup puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; SYBDÖ toplam puanı ve alt gruplarından sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stresle baş etme puanları bakımından anlamlı fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), kendini gerçekleştirme puanı bakımından kilolu olduğunu düşünenlerle düşünmeyenler arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Kilolu olduğunu düşünmeyenlerin kendini gerçekleştirme puanı daha yüksektir ( $p=0.011$ ).

**Çizelge 4.19. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Ergenlerin Son Altı Ayda Kilolarında Meydana Gelen Değişikliklere Göre Dağılımı**

<b>SYBDÖ Alt Gruplar</b>	<b>Evet, kilo aldım (n= 312) X ± SD</b>	<b>Evet, kilo verdim (n= 110) X ± SD</b>	<b>Kilom değişmedi (n= 140) X ± SD</b>	<b>Bilmiyorum (n= 188) X ± SD</b>	<b>P</b>
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	25.2 ± 4.1	25.3 ± 4.3	25.5 ± 4.3	24.7 ± 4.6	0.36
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	18.1 ± 4.6	19.2 ± 5.2	18.9 ± 5.1	17.7 ± 4.8	<b>0.02</b>
<b>Egzersiz</b>	17.4 ± 4.5	19.1 ± 5	17.9 ± 5	17.2 ± 4.7	<b>0.008</b>
<b>Beslenme</b>	20.2 ± 3.7	20.1 ± 4.2	20.9 ± 3.8	19.6 ± 3.8	<b>0.028</b>
<b>Kişiler Arası Destek</b>	24.4 ± 4.2	25.1 ± 4.1	24.8 ± 5	23.8 ± 4.5	0.091
<b>Stresle Baş Etme</b>	20.5 ± 3.7	21 ± 3.8	20.6 ± 3.6	20 ± 3.7	0.178
<b>Toplam SYBDÖ</b>	126 ± 18	129.8 ± 20.8	128.8 ± 19.9	123.2 ± 20.3	<b>0.014</b>

Çizelge 4.19’de ergenlerin son altı ayda kilolarında meydana gelen değişikliklerin SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlarla ilişkisine bakılmıştır. Ergenlerin son altı ayda kilolarında meydana gelen değişiklikler ile SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stresle baş etme puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Ergenlerin son altı ayda kilolarında meydana gelen değişiklikler ile egzersiz puanı bakımından anlamlı bir farklılık vardır ( $p=0.008$ ). Bu fark ‘evet, kilo verdim’ diyenler ile diğer tüm yanıtlar arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ).

Beslenme puanı ile kilo değişikliği durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p=0.028$ ). Bu farkın ‘bilmiyorum’ diyenler ile ‘kilom değişmedi’ diyenler arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Sağlık sorumluluğu puanı ile kilo değişikliği durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p=0.022$ ). Bu farklılık ‘bilmiyorum’ diyenler ile ‘evet, kilo verdim’ diyenler arasında olduğu diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ).



SYBDÖ toplam puanı ile kilo değişikliği durumları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p=0,014$ ). Bu farklılığın, “bilmiyorum” diyenler ile “evet, kilo verdim” diyenler arasında olduğu, diğer cevapları verenlerin ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.20. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Yedikleri Gıdaları Yaşıtlarıyla Kıyaslama Durumlarına Göre Dağılımı**

SYBDÖ Alt Gruplar	Daha Sağlıklı (n=188) X ± SD	Aynı (n=506) X ± SD	Daha Sağlıksız (n=56) X ± SD	P
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	26.1± 4.4	24.1± 4.2	23.9± 4.5	<b>0.001</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	19.4± 5.1	18.1± 4.8	16.5± 4.4	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Egzersiz</b>	19 ± 5.1	17.4 ± 4.5	16.3 ± 5	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Beslenme</b>	21.7 ± 4.2	19.9 ± 3.5	18.4 ± 4	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Kişiler Arası Destek</b>	24.6 ± 4.6	24.5 ± 4.3	23.1 ± 4.8	0.069
<b>Stresle Baş etme</b>	21 ± 4	20.3 ± 3.6	19.3 ± 3.6	<b>0.011</b>
<b>SYBD Ölç.</b>	132 ± 21.1	125.2 ± 18.4	117.8 ± 19.3	<b>&lt; 0.001</b>

Çizelge 4.20 ‘de ergenlerin yedikleri gıdaları yaşlılarıyla karşılaştırma durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar gösterilmiştir. Ergenlerin yedikleri gıdaları yaşlılarıyla kıyaslama durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; alt gruplardan kişilerarası destek puanı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır( $p=0.069$ )

Kendini gerçekleştirme alt grubu ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Bu farkın, “daha sağlıklı beslendiğimi düşünüyorum” diyenler ile diğer cevapları verenler arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ).

Sağlık sorumluluğu alt grubu ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Farkın “daha sağlıksız beslendiğimi düşünüyorum” diyenler ile diğer cevapları verenler arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ).

Egzersiz alt grubu ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Farkın “daha sağlıklı beslendiğimi düşünüyorum” diyenler ile diğer cevapları verenler arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Beslenme alt grubu ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Post hoc test sonucuna göre tüm yanıtları verenlerin birbirinden farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ).

Stresle baş etme alt grubu ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.011$ ). Bu farkın “daha sağlıklı beslendiğimi düşünüyorum” diyenler ile “daha sağlıksız beslendiğimi düşünüyorum” diyenler arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

SYBD Ölçeği toplam puanı ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Post hoc test sonucuna göre tüm cevapları verenlerin birbirinden farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 4.21. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Aktivite Düzeylerini Yaşıtlarıyla Kıyaslama Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>SYBDÖ Alt Gruplar</b>	<b>Daha Hareketli (n=334) X ± SD</b>	<b>Aynı (n=338) X ± SD</b>	<b>Daha Hareketsiz (n=78) X ± SD</b>	<b>P</b>
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	25.8 ± 4.2	25 ± 4.3	23.5 ± 4.6	<b>&lt;0.001</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	18.5 ± 5	18.4 ± 4.6	17 ± 5	0.053
<b>Egzersiz</b>	18.8 ± 4.9	17.3 ± 4.5	14.7 ± 4	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Beslenme</b>	20.6 ± 4	20 ± 3.8	19.2 ± 4	<b>0.008</b>
<b>Kişiler Arası Destek</b>	25 ± 4.3	24 ± 4.4	23.7 ± 4.7	<b>0.004</b>
<b>Stresle Başetme</b>	21 ± 3.7	20.4 ± 3.7	19.1 ± 3.8	<b>0.001</b>
<b>SYBD Ölç.</b>	129.7 ± 19.2	125.2 ± 19.3	117.5 ± 18.5	<b>&lt; 0.001</b>

Çizelge 4.21’de ergenlerin aktivite düzeylerini yaşıtlarıyla karşılaştırma durumuna göre, SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar gösterilmiştir. Buna göre, ergenlerin aktivite düzeylerini yaşıtlarıyla kıyaslama durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında;

Sağlık sorumluluğu alt grup puanı ile anlamlı bir fark saptanmamıştır(p=0.053).

Kendini gerçekleştirme ile anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.001). Post hoc test sonucuna göre tüm yanıtların birbirinden farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p>0.05).

Egzersiz ile anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001). Post hoc test sonucuna göre tüm yanıtların birbirinden farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p>0.05).

Beslenme ile anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.008). Bu farkın “daha hareketli olduğumu düşünüyorum” diyenler ile “daha hareketsiz olduğumu düşünüyorum” diyenler arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p>0.05).

Kişilerarası destek ile anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.004). Bu farkın “daha hareketli olduğumu düşünüyorum” diyenler ile diğer cevapları verenler arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu sonucuna varılmıştır (p>0.05).

Stresle baş etme ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Bu farkın “daha hareketsiz olduğumu düşünüyorum” diyenler ile diğer cevapları verenler arasında olduğu, diğer cevapları verenlerin ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ).

SYBDÖ toplam puanı ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Post hoc test sonucuna göre tüm cevapları verenlerin birbirinden farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ).

Ergenlerin şu andaki kiloları ile ilgili endişeleri ile SYBDÖ ve alt gruplarından sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stresle başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), kendini gerçekleştirme ( $p= 0.004$ ) ve beslenme ( $p=0.045$ ) alt grup puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın “oldukça endişeliyim” diyenler ile “endişeli değilim” diyenler arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ).

Ergenlerin gelecekteki kiloları ile ilgili endişeleri ile SYBDÖ puanı bakımından anlamlı bir farklılık vardır ( $p=0,037$ ). Farklılığın “oldukça endişeliyim” diyenler ile diğer tüm cevapları verenler arasında olduğu, diğer cevapların birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ). Ergenlerin gelecekteki kiloları ile ilgili endişeleri ile kendini gerçekleştirme alt grubu puanı arasında anlamlı farklılık vardır ( $p=0.004$ ). Farklılığın “oldukça endişeliyim” diyenler ile “endişeli değilim” diyenler arasında olduğu, diğer yanıtların ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ). Ergenlerin gelecekteki kiloları ile ilgili endişeleri ile sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stresle başa çıkma alt grupların puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Çizelge 4.22. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Kilolarını Kontrol Etme Girişimlerine Göre Dağılımı**

<b>SYBDÖ Alt Gruplar</b>	<b>Evet (n= 475) X ± SD</b>	<b>Hayır (n= 275) X ± SD</b>	<b>P</b>
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	25.3 ± 4.3	25.1 ± 4.4	0.536
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	18.7 ± 4.8	17.6 ± 4.9	<b>0.003</b>
<b>Egzersiz</b>	18.3 ± 4.7	16.8 ± 4.7	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Beslenme</b>	20.5 ± 3.9	19.8 ± 3.8	<b>0.032</b>
<b>Kişiler Arası Destek</b>	24.6 ± 4.3	24.2 ± 4.7	0.219
<b>Stresle Baş etme</b>	20.8 ± 3.7	20 ± 3.8	<b>0.001</b>
<b>SYBD Ölç.</b>	128.1 ± 19.5	123.4 ± 19.3	<b>0.001</b>

Çizelge 4.22 ‘de ergenlerin kilolarını kontrol etme girişimlerinin SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlara göre dağılımları görülmektedir. Ergenlerin kilolarını kontrol etme girişimlerinin olup olmaması durumu ile SYBDÖ toplam puanı (**p=0.001**) ve alt gruplarından sağlık sorumluluğu (**p=0.003**), egzersiz (**p<0.001**), beslenme (**p=0.032**), stresle baş etme (**p=0.001**) arasında anlamlı ilişki bulunurken, kendini gerçekleştirme (**p=0.536**) ve kişilerarası destek (**p=0.219**) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ergenlerin kilolarını kontrol etme yöntemleri ile SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; Ergenlerin kilo kontrol etme yöntemleri ile SYBDÖ toplam puanı (**p=0.037**) ve stresle baş etme alt grup puanı (**p=0.007**) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Post hoc test sonucuna göre bu fark “hiçbir şey denemedim” diyenler ve asitli içecekleri bıraktım diyenlerin birbirine benzerlik göstermekle birlikte, bu iki cevabı verenler ile “aktivitelerimi arttırdım” diyenler arasında anlamlı bir farklılık olduğu, diğer cevapları verenlerin ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır (**p>0.05**). Egzersiz alt grubu ile kilo kontrol etme yöntemleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (**p=0.003**). Bu fark “hiçbir şey denemedim” diyenler ile “aktivitelerimi arttırdım” diyenler arasında olup, diğer yanıtların birbirine benzer olduğu görülmüştür

( $p>0.05$ ). Ergenlerin kilo kontrol etme yöntemleri ile SYBDÖ alt gruplarından sağlık sorumluluğu( $p=0.003$ ), beslenme( $p=0.126$ ), kişilerarası destek( $p=0.783$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur( $p>0.05$ ).

**Çizelge 4.23. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Yediklerini Kontrol Etmede Zorlanma Durumuna Göre Dağılımı**

<b>SYBDÖ Alt Gruplar</b>	<b>Evet (n= 174) X ± SD</b>	<b>Hayır (n= 576) X ± SD</b>	<b>P</b>
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	24.3 ± 4.8	25.5 ± 4.2	<b>0.003</b>
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	17.5 ± 4.2	18.6 ± 5.1	<b>0.005</b>
<b>Egzersiz</b>	17.1 ± 4.6	17.9 ± 4.8	<b>0.045</b>
<b>Beslenme</b>	19.7 ± 3.6	20.4 ± 3.9	<b>0.030</b>
<b>Kişiler Arası Destek</b>	24.1 ± 4.7	24.6 ± 4.4	0.230
<b>Stresle Baş etme</b>	20.1 ± 3.8	20.5 ± 3.8	0.155
<b>SYBD Ölç.</b>	122.7 ± 19.3	127.5 ± 19.5	<b>0.005</b>

Çizelge 4.23’de ergenlerin yediklerini kontrol etmede zorlanma durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar görülmektedir. Ergenlerin yediklerini kontrol etmede zorlanma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ( $p=0.005$ ) ve alt gruplarından sağlık sorumluluğu ( $p=0.005$ ), kendini gerçekleştirme( $p=0.003$ ), egzersiz ( $p<0.045$ ), beslenme ( $p=0.030$ ) arasında anlamlı ilişki bulunurken, stresle baş etme ( $p=0.155$ ) ve kişilerarası destek ( $p=0.230$ ) puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yediklerini kontrol etmede zorlanmadığını ifade edenlerin SYBDÖ toplam ve alt gruplardan beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, egzersiz puanı yediklerini kontrol etmede zorlananlardan daha yüksek bulunmuştur.

Ailelerin ergenlerin kilolarını kontrol etme girişimlerinin SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam puanı ile anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0.138$ ). Alt gruplardan, kendini gerçekleştirme ( $p=0.147$ ), egzersiz

( $p=0.072$ ), kişilerarası destek ( $p=0.102$ ), stresle baş etme ( $p=0.066$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmazken, sağlık sorumluluğu ( **$p=0.002$** ) ve beslenme ( **$p=0.002$** ) arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Bu sonuca göre aileleri kilolarını kontrol etme girişiminde bulunan ergenlerin sağlık sorumluluğu ve beslenme puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ailelerin ergenlerin kilolarını kontrol etme yöntemlerinin SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0.076$ ). Alt gruplardan, kendini gerçekleştirme ( $p=0.091$ ), sağlık sorumluluğu ( $p=0.087$ ), egzersiz ( $p=0.068$ ), kişilerarası destek ( $p=0.306$ ), stresle baş etme ( $p=0.678$ ) grupları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ailelerin ergenlerin kilolarını kontrol etme yöntemleri ile beslenme ( **$p=0.015$** ) alt grubu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre, ailelerinin kilolarını kontrol etme yöntemi olarak diyet yemek yemelerini desteklemeleri diğerlerine oranla düşük bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Ergenlerin yedikleri miktarı yaşlılarıyla karşılaştırma durumu ve şu anki kilolarını yaşlılarıyla karşılaştırma durumu ile SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılacaktır;

1. Ergen ve ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin ergenlerin kilo algıları ile ilişkisi,
2. Ergen ve ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi,
3. Ergenlerin kilo algılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi.

### 1. Ergen ve Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Ergenlerin Kilo Algıları İle İlişkisi

Ergenlerin, %13.3'ünün zayıf, %13,6'sı fazla kilolu ve obez, %73.1'inin normal, olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Turan ve ark.'nın (2009) çalışmasında benzer sonuçlar elde edilmiştir (88). Göksan'ın (2007) çalışmasında da zayıf ergenlerin (%32.6) fazla kilolu ve obez (%6.8) olanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (9). Cheung ve ark.(2007) Hong Kong'ta 12- 18 yaş arası ergenlerle yaptıkları çalışmada; fazla kilo ve obezite oranını %14 olarak bulmuşlardır (103). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda da fazla kilo/obezite prevalansının yüksek olduğu bulunmuştur (104,105). Ergenlik döneminde kilolu ve obez olanların uygun biçimde tedavi edilmemesi durumunda, %75-80'nin obez yetişkinler olarak yaşamlarına devam ettikleri bilinmektedir (24,72,89). Bununla birlikte ülkemizin bazı bölgelerinde yapılan çalışmalarda ergenlerde zayıflık sorununun daha yüksek olduğu bulunmuştur (106-109). Bu durum ülkemizdeki sosyoekonomik eşitsizlikler ve ergenlerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişmemesi nedeni ile açıklanabilir.

Kızların %13'ünün fazla kilolu ve obez, erkeklerin %14.1'inin fazla kilolu ve obez olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Öğrencilerin BKİ değerleri ile cinsiyetleri arasında ilişki bulunmamıştır. Yapılan iki çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (92,110). Bazı çalışmalarda ise kızlarda obezite oranının erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur



(111,112). Erkek ergenlerde obezite oranını kızlardan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (9,103,113).

Ergenlerin %41.6'sı son altı ayda kilo aldığını, %18,7'si kilosunun değişmediğini, %14.7'si kilo verdiğini, %25.1'i kilosunda değişiklik olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir (Çizelge 4.4). Ergenlik dönemi büyüme gelişmenin hızlı olduğu bir dönemdir. Bu nedenle ergenler normal büyüme ve gelişme sürecindeki kilo artışını fazla kilo olarak değerlendirmiş olabilirler. Dört ergenden biri kilosu ile ilgili değişikliklerin farkında değildir. Bu durum ergenlerin gelişimleri ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilgi sahibi olmadıklarından kaynaklanıyor olabilir.

“Kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna ergenlerin %62.9'u “hayır”, %37.1'i “evet” yanıtını vermiştir (Çizelge 4.4). Ancak BKİ değerlerine göre gerçekte fazla kilolu ve obez olanlar %13.6'dır. Bu sonuç ergenlerin kilo algılarının gerçek kilolarıyla tam olarak uyumlu olmadığını göstermektedir. Bunun yanında ergenlerin kilolu olduklarını düşünmeleri ile BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kilolu olduğunu düşünenlerin %18.7'si fazla kilolu, %12.6'sı obezdir. Fazla kilolu öğrencilerin %86.7'si, obez öğrencilerin %83.3'ü kilolu olduğunu düşünmektedir (Çizelge 4.5). Bu yaş dönemi güzel görünme ve estetik kaygıların yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir. Özellikle akran ve medya etkisi ergenlerin kilolarını olduğundan fazla algılamalarına neden olabilmektedir.

Ergenlerin kilolu olduklarını düşünme ile cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kızların kilolu olduğunu düşünme oranı (%47.9) erkeklerden (%27.5) daha yüksektir (Çizelge 4.6). Türk ve ark.(2007) çalışmasında kızların erkeklere oranla kendilerini daha kilolu algıladıkları ve daha fazla diyet yaptıkları bulunmuştur (41). Başka bir çalışmada (2006) ise kilolu olduğunu düşünme oranı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (111). Bu durum kızlarda daha ciddi olmakla birlikte erkek ergenlerde de yanlış kilo algısının sağlıksız davranışlara(gereksiz ve yanlış diyet uygulamaları, öğün atlama vb.) neden olabileceğini göstermektedir. Bu davranışlar ciddi sağlık sorunlarına neden olacağı için ergen ve ailelerinin ideal vücut ağırlığı, doğru ve dengeli beslenme konularında düzenli eğitim almaları sağlanmalı ve sağlıklı gıdalara ulaşabilecekleri bir çevre oluşturulmalıdır.

Ergenlere şu andaki ve gelecekteki kiloları ile ilgili kaygıları sorulmuş kızların şu andaki ve gelecekteki kiloları ile ilgili kaygı durumları literatürle uyumlu olarak erkeklerden daha fazla bulunmuştur (Çizelge 4.4) (9,80). Fazla kilolu ergenlerin %15'i, obezlerin %23.8'i şu andaki kilosu, fazla kiloluların %23.3'ü, obezlerin %21.4'ü gelecekteki kilosu ile ilgili endişe duymadığını belirtmiştir. Fazla kilolu ergenler ile obez ergenlerin şu andaki kiloları ve gelecekteki kiloları ile ilgili endişe durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.7, Çizelge 4.8). Göksan'ın çalışmasında (2007); normal ve aşırı kilolu öğrencilerin kiloları ile ilgili kaygıları açasından anlamlı fark bulunmazken (9), Özmen ve ark. çalışmasında (2007) öğrencilerin (%36.7) şişmanlamaktan çok korktuğu belirlenmiştir (17).

Ergenlerden yaşıtlarıyla kendilerini bazı özellikleri (kilosu, yediği gıdaları, yediği miktarı, aktivite düzeyi) açasından kıyaslamaları istenmiştir (Çizelge 4.4). Ergenlerin kendilerini kilo, beslenme ve hareket bakımından akranlarıyla aynı görme eğiliminde oldukları görölmektedir. Bu sonuç ergenlerin özelliklerini çok iyi özetlemektedir. Ergenlerin yaşamının merkezinde akran özellikleri, onlar gibi görünme ve gruba ait olma isteği baskındır.

Ergenlerin yarısından fazlası kilosunu kontrol etme girişiminde bulunmuştur. Kilo kontrol etme yöntemi olarak en çok yağlı yiyecekleri kısıtlama ve aktivitelerini arttırma yolunu seçmişlerdir (Çizelge 4.12). Kilo kontrolü yapanların fazla kilolu ve obez olma oranı kilo kontrolü yapmayanların fazla kilolu ve obez olma oranından daha yüksektir. (Çizelge 4.13). Cinsiyet ile kilo kontrol yöntemleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kızların kilolarını kontrol etme yöntemi olarak yağ oranı yüksek olan gıdaları kısıtlama (%33.7) ve aktivite düzeyini arttırma (%20.4) yöntemlerini erkeklerden (%17.6, %14.9) daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Kara ve ark. (2003) çalışmasında son 30 gün içinde zayıflama ya da kilosunu korumak için spor yapanların (%48.1) önemli oranda olduğu bulunmuştur. Kızların (%58.7), erkeklerden (%41.3) daha fazla spor yaptıkları belirlenmiştir (114). Bu konuda yapılmış bazı çalışmalarda da kızların erkeklerden daha fazla o anki kilolarını korumaya ya da kilo vermeye çalıştıkları belirlenmiştir (14,80,111). Türk ve ark. (2007) çalışmasında öğrencilerin yaklaşık beşte birinin son bir yılda diyet yaptıkları belirlenmiştir (41). Ayrıca Türk ve ark. belirttiğine göre; Amerika Birleşik

Devletlerinde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezince 2001 yılında yapılan araştırmada son bir ayda 9–12. sınıf öğrencilerinin % 46'sının zayıflamaya çalıştığı bulunmuştur. Kendini kilolu algılama kız öğrencilerde daha yüksek oranda olup son bir yıl içinde diyet yapma oranı da kız öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (41). Türkiye’de yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (14,80).

Obezite oluşumunda genetik yatkınlığın varlığı ve bazı ailelerde obeziteye eğilimin olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda annesi ya da babası obez olan ergenler ile hem annesi hem babası obez olan ergenlerin obez olma sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Çizelge 4.9, Çizelge 4.10). Bazı çalışmalarda genetik yatkınlık bakımından benzer sonuçlar elde edilmiştir (74,88,91). Uğuz ve Bodur (2007) ise kız ve erkek ergenlerin fazla kilolu/obez olmasıyla anne ya da babanın obez olması arasında ilişki saptamamıştır (91).

Annenin işi ile ergenlerin kilo kategorileri arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre ev hanımı ve memur/işçi gibi düzenli işlerde çalışan annelerin çocuklarının obez olma durumu serbest meslek ve diğer işlerde çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur (Çizelge 4.11).

Anne ve baba eğitim düzeyi, babanın işi, aile yapısı, aile geliri, sosyal güvence, ailedeki çocuk sayısı ile ergenin kilo kategorileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Uğuz ve Bodur’un (2007) çalışmasında ekonomik durumu iyi ve şişman kardeşi olan ailelerin çocuklarında obezite durumu daha yüksek bulunmuştur (91).

Ailelerin dörtte birinden fazlası çocuklarının kilolarını kontrol etme girişiminde bulunmuştur. Kilo kontrol etme yöntemi olarak; ailelerin dörtte biri daha fazla aktiviteye katılmaları konusunda desteklerken çok az bir kısmı diyet yemekleri tüketmeleri ve bir diyetisyenden yardım almaları yönünde çocuklarını yönlendirmiştir (Çizelge 4.12). Ailelerin çocuklarının kilolarını kontrol etme girişimleri ile ergenlerin kilo kategorileri arasında ilişki bulunmuştur. Ailesi kilo kontrol girişiminde bulunan ergenlerin %65.8’i normal kilolu, %12.9’u fazla kilolu, %10.7’si obezdir. Fazla kilolu ergenlerin %58,3’ünün, obezlerin %69’unun aileleri çocuklarının kilolarını kontrol etme girişiminde bulunmuşlardır. Ailesi kilo kontrolü yapmayanların %5,2’si fazla kilolu, %2,7’si obezdir (Çizelge 4.14). Ailelerin çocuklarının kilolarını kontrol etme girişimi olarak bir uzmana

danışmaktan çok kendi bildiklerini uyguladıkları grlmektedir. Ailesi tarafından kilo kontrolü yapaılan ergenlerin yarıda fazlasının normal kiloda olması ebeveynlerin bu konuda bilinçli olduklarını göstermektedir. ocuklarının kilolarını kontrol eden ailelerin sağlıklı büyüme gelişme ve obeziteden korunma ile ilgili farkındalıklarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

## 2. Ergen ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi

Çalışmaya katılan ergenlerin SYBDÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.16). SYBDÖ'nden alınabilecek üst puan 208 olup, araştırmada SYBDÖ ortalaması **126.4±19.5** olarak belirlenmiştir. Karadeniz ve ark. (2008) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması **125.9±17.4** olarak bulunmuştur (43). Çalışmamızda öğrencilerin toplam SYBDÖ puanı literatürdeki birçok çalışmadan daha yüksek bulunmuştur (6, 68,76,107,109,115,116).

Farklı meslek grupları ile yapılan birçok çalışmada da SYBDÖ puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (23,54,68,70,117).

Ergenlerin SYBDÖ alt gruplarından aldıkları puan ortalamalarına göre, alınan en yüksek puan ortalamasından, en düşük puan ortalamasına göre sıralama: **Kendini Gerçekleştirme 25.2±4.3, Kişilerarası Destek 24.5±4.5, Stresle Baş Etme 20.5±3.7, Beslenme 20.2±3.9, Sağlık Sorumluluğu 18.3±4.9 ve Egzersiz 17.7±4.8** biçiminde yer almaktadır (Çizelge 4.16). Literatürde farklı yaş ve meslek gruplarıyla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (6,70,76,107,109,115,116). Bu sonuçlardan farklı olarak Yalçınkaya (2007) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada en yüksek puan ortalamasını kişilerarası destek (**24.05±3.74**), en düşük puan ortalamasını egzersiz (**14.87±3.87**) alt gruplarında bulmuştur (23).

Kendini gerçekleştirme, Maslow'un insan gereksinimleri piramidinde en üst kademede yer almaktadır. Kendisini gerçekleştirmiş birey kendisini tanır. Kendisinden şikâyetçi olmaz. Belli bir program çerçevesinde hedef ve amaç doğrultusunda yaşam sürer. Kendini gerçekleştiren birey, kapasitesini tam olarak kullanan kişidir. Birey aldığı eğitimle kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirir (115). Ergenlik dönemi akran ilişkilerinin en yoğun ve sağlık sorunlarının en az yaşandığı dönemlerden biridir. Ayrıca ailesi ile yaşayan ergenlerin sorumlulukları (para kazanma, güvenliği sağlama) çok azdır ve ebeveynlerinin tüm olanaklarından faydalanırlar. Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt

gruplarından yüksek puan almaları bu olanaklar ve ergenlik döneminin özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Sağlığı Geliştirme Modelinin bileşenleri içerisinde bulunan durumsal faktörlere göre bireyin içinde bulunduğu çevre sağlığı geliştirme davranışının kazanılmasını etkilemektedir. Ayrıca bireyin motivasyonu, kişisel özellikleri de sağlığı geliştirme davranışını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir (56, 59). Ergenlerin **egzersiz** puanlarının düşük olmasının ailelerin çocuklarının derslerini olumsuz etkileyeceği düşüncesi ile sportif faaliyetlere katılımlarını desteklememeleri, kültürel yapımızdan kaynaklanan düzenli egzersiz ve spor yapma alışkanlıklarının olmaması nedeni ile ergenlerin örnek alabilecekleri rol modellerin eksikliği, okul ve okul çevrelerinde egzersiz ve spor yapılacak yerlerin olmaması ile açıklanabilir. Ergenlerin egzersizden sonra en düşük puan ortalamaları **sağlık sorumluluğu** alt grubundadır. Bu grupta bulunan ve asla yapılmayan ve frekansı en yüksek olan davranış (**n= 408, %54.4**) “**Kendi kendime sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırim**” maddesinde bulunmuştur (Çizelge 4.15). Bunun nedeni bu dönemde sağlık sorunlarının çok az gözlenmesi ve ilgilerinin tamamen bedenlerindeki değişimlere ve akran ilişkilerine yönelmesi olabilir. Ayrıca kendi sağlıklarını izleme, bakım sorumluluklarını alma, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusunda potansiyellerinin farkında olmamaları, yeterli bilgi birikiminin ve ergenlere yönelik uygun programların olmamasına bağlanabilir. Yapılan birçok çalışmada yaş ve eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık sorumluluğu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu belirlenmiştir (6,21,43,56,68). Koçoğlu ve Akın’ın (2009) çalışmasında farklı yaş gruplarının SYBDÖ’nden aldıkları toplam puanlar karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark araştırmaya katılanların yaşları arttıkça SYBDÖ’nden aldıkları toplam puan ortalamalarının artması biçiminde görülmüştür (70).

Çalışmamızda ergenlerin SYBDÖ’ne verdikleri yanıtlara göre frekansı en yüksek ve düzenli olarak yapılan davranış (**n=386, %51.5**) “**Kahvaltı yaparım**” maddesinde bulunmuştur (Çizelge 4.15). Yapılan birçok çalışmada en çok kahvaltı öğününün atlandığı belirlenmiştir (17,41). Öğrencilerin yaklaşık yarısının düzenli kahvaltı yapıyor olması gelişimleri ve sağlıkları açısından sevindirici bir sonuçtur.

Ergenlerin cinsiyetlerine göre SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Erkeklerin SYBDÖ puan ortalaması ve alt gruplarından beslenme ve egzersiz puanları kızlardan daha yüksektir. SYBDÖ alt gruplarından, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stresle baş etme puan ortalamaları ile cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.16).

Ünalın ve ark. (2009) sağlık yüksekokulunda eğitim gören kız ve erkek öğrenciler arasında SYBDÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark saptamamıştır. Yalnızca egzersiz alt grup puan ortalaması erkek öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (76). Sanchez ve ark. (2007) öğrenciler ile yaptığı çalışmada, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla egzersiz yapma davranışı gösterdikleri belirlenmiştir (118).

Bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da mevcuttur. Karadeniz ve ark. (2008) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada; kız öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı ve alt gruplarından beslenme puanının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (43). Özbaşaran ve ark. (2004) çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (109). Yalçınkaya'nın (2007) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt gruplarından daha yüksek puan aldıkları (23), Zaybak ve Fadıloğlu'nun (2004) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise kız ve erkek öğrencilerin SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (67). Koçoğlu ve Akın'nın (2009) farklı yaş gruplarının SYBDÖ'nden aldıkları puanları karşılaştırdıkları çalışmalarında cinsiyetin SYBD'nı etkilemediği bulunmuştur (70).

Ergenlerin kardeş sayıları ile SYBDÖ toplam puanı ve egzersiz alt grup puanı arasında zayıf bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Kardeş sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam puanı ve egzersiz puanı azalmaktadır. Farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (70,116). Hanedeki birey sayısının artmasının SYBD üzerine olan etkisi ekonomik nedenlerle açıklanabileceği gibi; birey sayısının artmasının bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgilenme durumunu da olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Ergenlerin sosyal güvenceleri ile SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. Koçoğlu ve Akın'ın (2009) çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir (70).

Ergenlerin aile tipi ile SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni araştırmamıza katılan ergenlerin büyük çoğunluğunun (%82.8) çekirdek aileye sahip olması olabilir. Zaybak ve Fadiloğlu (2004) çalışmamızla uyumlu sonuç elde etmiştir (67). Taşçı ve ark (2004) ise çalışmalarında, öğrencilerin aile tipi ile beslenme alt grup puanları arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Buna göre parçalanmış ailede yaşayan öğrenciler çekirdek ve geniş ailede yaşayanlara göre daha düşük puan almıştır (107).

Ailelerin geliri aylık 1500 TL'den fazla olan ergenlerin kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek puanları yüksek bulunmuştur. SYBDÖ kullanılarak yapılan farklı çalışmalarda da gelir düzeyi arttıkça SYBD puanlarının yükseldiği görülmüştür (43,67,70,107,116). Aylık gelir düzeyi tek başına sağlık davranışlarını açıklamada kullanılan bir değişken olmamakla birlikte aylık gelir düzeyinin artışı ile birlikte gelişen sosyokültürel durum sağlık davranışları üzerinde etkili olabilmektedir.

Anne babası lise mezunu olanların kendini gerçekleştirme ve egzersiz puanları ilköğretim mezunlarından daha yüksek bulunmuştur. Taşçı ve ark (2004) çalışmasında da babaların eğitim durumu yükseldikçe ergenlerin kişiler arası destek alt grup puanının yükseldiği saptanmıştır (107). Ayaz ve ark. (2005) çalışmasında annesi okur-yazar olmayan ergenlerin en düşük SYBDÖ toplam puanını aldıklarını belirlenmiştir (21). Bu sonuçlar ergenlerin eğitiminde önemli rolleri olan ebeveynlerinin eğitim düzeyleri yükseldikçe sağlığı geliştirme davranışlarını daha fazla benimsedikleri ve uyguladıkları böylece çocukları için rol modeli olarak sağlık davranışlarını benimsemelerini sağladıkları söylenebilir. Karadeniz ve ark.(2008) çalışmasında ise ebeveynlerin eğitim düzeyi ile ergenlerin SYBD arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (43).



### 3. Ergenlerin Kilo Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi.

Öğrencilerin BKİ değerleri ile SYBDÖ ve alt grupları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.18). Bu konuda yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmiştir (103,107). Özbaşaran ve ark. (2004) çalışmasında ise BKİ normalin altında olan öğrencilerin SYBDÖ puanının diğerlerinden önemli ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (105).

Ergenlerin kilolu olduğunu düşünme durumları ile SYBDÖ'nden aldıkları toplam puan ve alt grup puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; SYBDÖ ve alt gruplarından sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stresle baş etme toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmazken, Kendini gerçekleştirme puanı bakımından kilolu olduğunu düşünenlerle düşünmeyenler arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Kilolu olduğunu düşünmeyenlerin kendini gerçekleştirme puanı daha yüksektir. Bazı çalışmalarda kişilerin davranışlarında gerçek beden kitle indeksinden daha çok algılanan beden ağırlığının etkili olduğunu bildirilmiştir (119,120). Günümüzde ergenlerin kendilerini kilolu olarak algılamaları zayıf ve ince olmanın çok önemsizmesi nedeniyle sosyal izolasyon ve özgüven eksikliğine neden olacağından, ergenin kendini gerçekleştirme davranışları engellenmiş olabilir.

Son altı ayda kilo verdiğini ifade edenlerin toplam SYBDÖ puanı ile beslenme, egzersiz ve sağlık sorumluluğu puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.19). Bu sonuçlar kilo veren ergenlerin beslenmelerine özen gösterdiklerini, daha hareketli olduklarını ve sağlık sorumluluklarını yerine getirdiklerini göstermektedir.

Ergenlerin yedikleri gıdaları yaşlılarıyla kıyaslama durumları ile SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; Kendini gerçekleştirme, Sağlık sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme ve Stresle baş etme arasında anlamlı fark bulunmuştur. “Daha sağlıklı” beslendiğini ifade edenler en yüksek puanı alırken “Daha sağlıksız” beslendiğini ifade edenler en düşük puanı almışlardır (Çizelge 4.20).

Ergenlerin aktivite düzeylerini yaşlılarıyla kıyaslama durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, “Daha hareketsiz” olduğunu ifade edenlerin en düşük puanı aldıkları gözlenmiştir (Çizelge 4.19). Bu sonuçlar kendini yaşlılarına göre daha hareketli bulan ergenlerin SYBD’ni daha fazla sergilediklerini göstermektedir.

Ergenlerin kilolarını kontrol etme girişimlerinin olup olmaması durumu ile SYBDÖ toplam puanı ve alt gruplarından Sağlık sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme, Stresle baş etme arasında anlamlı ilişki bulunurken, Kendini gerçekleştirme ve Kişilerarası destek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.22). Kilosunu kontrol etme girişiminde bulunan ergenlerin sağlıklarına, beslenmelerine daha çok özen gösterdikleri ve egzersiz yaptıkları anlaşılmaktadır. Ergenlerin kilo kontrol yöntemi olarak daha çok aktivitelerini artırma yoluna gittikleri gözlenmiştir.

Yediklerini kontrol etmede zorlanmadığını ifade edenlerin SYBDÖ toplam ve alt gruplardan beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, egzersiz puanı yediklerini kontrol etmede zorlanandan daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.23). Bu durum yediklerini kontrol etmede zorlanmayanların öz etkililiklerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Öz etkililiği yüksek olan bireyler hayatlarına hedefleri doğrultusunda yön verirler.

Aileleri tarafından kiloları kontrol edilen ergenlerin sağlık sorumluluğu ve beslenme puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum bilinçli ebeveynlere sahip olan ergenlerin sağlık davranışlarına daha çok yöneldiklerini göstermektedir. Bu nedenle okullarda verilecek eğitimlere ailelerin de katılımının desteklenmesi sağlık davranışlarının sürekliliğinin sağlanması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için gereklidir.

Ailelerin ergenlerin kilolarını kontrol etme yöntemleri ile Beslenme alt grubu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre, ailesi tarafından diyet yemekleri yemeleri yönünde desteklenenlerin beslenme puanı daha düşük bulunmuştur. Aileleri tarafından diyet yemek yemeleri konusunda desteklenen ergenlerin

daha yüksek beslenme puanı almaları beklenirken elde edilen bu sonuç çelişkili görülmektedir. Ancak günün önemli bir bölümünü akranları ile ev dışında geçirmeleri ve ebeveyn denetiminden uzak olmaları nedeniyle daha çok fast-food besinleri tüketmeleri ile açıklanabilir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- Çalışmaya katılan ergenlerin yaklaşık yarısı kız yarısı erkek öğrencilerden oluşmaktadır.
- Ailelerin dörtte üçü üç ve daha az çocuğa sahip olup tamamına yakını çekirdek ailedir.
- Annelerin yarıdan fazlası ilköğretim mezunu ve tamamına yakını ev hanımıdır. Babaların yaklaşık yarısı ilköğretim, yarısı ise lise ve üstü eğitim almıştır. Babaların büyük çoğunluğu çalışmaktadır.
- Ergenlerin, %13.6'sı fazla kilolu ve obezdir.
- Öğrencilerin BKİ değerleri ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır.
- Ergenlerin dörtte biri son altı ayda kilosunda değişiklik olup olmadığını bilmemektedir.
- Ergenlerin kilo algıları gerçek kilolarıyla uyumlu değildir.
- Ergenlerin kilolu olduklarını düşünmeleri ile BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Kız öğrencilerin kilolu olduğunu düşünme oranı erkeklerden daha yüksektir.
- Ergenlerin yaklaşık yarısı şu andaki ve gelecekteki kilosu ile ilgili endişe duymaktadır.
- Kızların şu andaki ve gelecekteki kiloları ile ilgili kaygı durumları erkeklerden daha fazladır.
- Fazla kilolu ergenlerin tamamına yakını, obezlerin yaklaşık dörtte üçü şu andaki kilosu, fazla kiloluların ve obezlerin yaklaşık dörtte üçü gelecekteki kilosu ile ilgili endişe duymaktadır.

- Ergenler kendilerini kilo, beslenme ve hareket bakımından akranlarıyla aynı görme eğilimindedir.
- Ergenlerin yarısından fazlası kilosunu kontrol etme girişiminde bulunmuştur. Kilo kontrol etme yöntemi olarak en çok yağlı yiyecekleri kısıtlama ve aktivitelerini arttırma yolunu seçmişlerdir.
- Kilo kontrolü yapanların fazla kilolu ve obez olma oranı kilo kontrolü yapmayanların fazla kilolu ve obez olma oranından daha yüksektir.
- Ergenlerin yaklaşık dörtte üçü yediklerini kontrol etmede zorluk yaşamamıştır.
- Ev hanımı ve memur/işçi gibi düzenli işlerde çalışan annelerin çocuklarının obez olma durumu serbest meslek ve diğer işlerde çalışanlara göre daha düşüktür.
- Anne ve baba eğitim düzeyi, babanın işi, aile yapısı, aile geliri, sosyal güvence, ailedeki çocuk sayısı ile ergenin kilo kategorileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.
- Ailelerin dörtte birinden fazlası çocuklarının kilolarını kontrol etme girişiminde bulunmuştur.
- Kilo kontrol etme yöntemi olarak; ailelerin dörtte biri daha fazla aktiviteye katılmaları konusunda desteklerken çok az bir kısmı diyet yemekleri tüketmeleri ve bir diyetisyenden yardım almaları yönünde çocuklarını yönlendirmiştir.
- Ailesi kilo kontrol girişiminde bulunan ergenlerin yarısında fazlası normal kilolu, yaklaşık dörtte biride fazla kilolu ve obezdir.
- Ergenlerin SYBDÖ toplam puan ortalaması orta düzeydedir.
- Ergenlerin SYBDÖ alt gruplarından aldıkları puanlar yüksekten düşüğe göre sırası ile kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stresle baş etme, beslenme, sağlık sorumluluğu ve egzersizdir.

- Erkeklerin SYBDÖ puan ortalaması ve alt gruplarından beslenme ve egzersiz puanları kızlardan daha yüksektir.
- Kardeş sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam puanı ve egzersiz puanı azalmaktadır.
- Ergenlerin sosyal güvenceleri, aile tipi ve BKİ değerleri ile SYBDÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar arasında ilişki yoktur.
- Aile geliri 1500 TL'den fazla olan ergenlerin kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek puanları yüksek bulunmuştur.
- Anne babası lise mezunu olanların kendini gerçekleştirme ve egzersiz puanları ilköğretim mezunlarından daha yüksek bulunmuştur.
- Kilolu olduğunu düşünmeyenlerin kendini gerçekleştirme puanı daha yüksektir.
- Son altı ayda kilo verdiği ifade edenlerin toplam SYBDÖ puanı ile beslenme, egzersiz ve sağlık sorumluluğu puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.
- Yaşlarına göre daha sağlıklı beslendiğini düşünenlerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stresle baş etme puanları daha yüksektir.
- Yaşlarına göre daha hareketli olduğunu düşünen ergenler SYBDÖ toplam puanı ile kendini gerçekleştirme egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stresle baş etme alt gruplarından daha yüksek puan almışlardır.
- Kilosunu kontrol etme girişiminde bulunan ergenlerin sağlıklarına, beslenmelerine daha çok özen gösterdikleri ve egzersiz davranışlarına yöneldikleri bulunmuştur.
- Ergenler kilo kontrol yöntemi olarak daha çok aktivitelerini artırma yolunu kullanmışlardır.
- Yediklerini kontrol etmede zorlanmayanların SYBDÖ toplam ve alt gruplardan beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, egzersiz puanı daha yüksektir.

- Ailesi tarafından kilosunu kontrol edilen ergenlerin sağlık sorumluluğu ve beslenme puanları daha yüksektir.
- Ailesi tarafından diyet yemek tüketmesi yönünde desteklenen ergenlerin beslenme puanı daha düşük bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Ülke nüfusunun büyük bir çoğunluğunu oluşturan ergenlerin geleceğin sağlıklı yetişkinleri olabilmeleri için çocukluk ve ergenlik yıllarında SYBD öğrenmeleri ve uygulamaları için okullarda uygun sağlık eğitiminin verilmesi,
- Eğitimlere okul çalışanları ve ailelerin de dâhil edilmesi,
- Öğrencilerin daha düşük puan aldıkları alanlara ağırlık verilmesi (egzersiz, beslenme ve stres yönetimi gibi),
- Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde ergen dostu sağlık hizmeti verecek bu konuda uzman kişilerin(doktor, hemşire, psikolog, diyetisyen) çalıştığı özel birimlerin kurulması,
- Okul sağlığı hizmetleri kapsamında ergenlerin büyüme ve gelişiminin düzenli izlenmesi ve zayıflık, obezite gibi konularda sağlık eğitimi yoluyla farkındalık ve duyarlılık yaratılması,
- Bu konularla ilgili sağlık sorunu yaşayan ergenlere danışmanlık hizmetinin verilmesi ve ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi,
- Okul kantinlerinin ve okul çevresinde bulunan yerlerin (kafeterya, lokanta vb.) ilgili birimler tarafından denetiminin yapılması,
- Okul ve çevresinde sportif ve sosyal aktivitelerin yapılabileceği fiziksel koşulların sağlanması,
- Anne-baba, öğretmen ve okul çalışanları gibi ergenlere rol model olabilecek kişilerin SYBD konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Bütün bunların yerine getirilebilmesi ve uygulanabilmesi için her okula bir okul sağlığı hemşiresinin istihdam edilmesi önerilebilir. Okul sağlığı hemşireliği için gelişmiş ülkelerde halk sağlığı hemşireliği alanında uzmanlığı olan kişiler istihdam edilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Pekcan G.** Adölesan Döneminde Beslenme. *Klinik Çocuk Forumu*, **2004**; 4(1):38-47.
2. **Bundak R, Neyzi O, Günöz H, Darendeliler F.** Büyüme Gelişme ve Bozuklukları. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul T, Eds, İstanbul: *Nobel Tıp Kitabevleri Pediatri Cilt 1.3. Bask*, **2002**:79-120.
3. State of World Population 2005. Erişim: [www.unfpa.org/swp/2003](http://www.unfpa.org/swp/2003). Erişim tarihi: 13/08/2008.
4. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı Sonuçları 2009. Erişim: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim tarihi:13/08/09
5. **Aslan D, Yeşildal N.** Halksağlığı Bakış Açısıyla Adölesanlarda Beslenme *sted*, **2003**; 12(10):386-389.
6. **Geçkil E, Yıldız S.** Adölesanlara Yönelik Stresle baş etme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(2): 19-28
7. **Demirezen E, Coşansu G.** Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sted Dergisi*, 2005; 14(8): 174-178.
8. **Semerci B,** *Ergen Ruh Sağlığı, Aileler ve Ergenler İçin*. 2. Baskı, İstanbul: Alfa Yayınları, **2007**:10-11
9. **Göksan B.** Ergenlerde Beden İmajı ve Beden Dismorfik Bozukluğu. Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2007**.
10. Türkiye Obezite İle Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı Taslağı (2008-2012) Erişim: [www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=29654&DOSYASIM=taslak2.doc](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=29654&DOSYASIM=taslak2.doc). Erişim tarihi: 14/08/08
11. **Büyükgebiz B.** Ergenlik Döneminde Metabolik Denge; Beslenme ve Beslenme Sorunları. *Aktüel Tıp Dergisi Beslenme ve Diyet Özel Sayısı*, **2007**; 12(5): 18-25.
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2008. Erişim: [www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008). Erişim tarihi: 21/03/10.
13. **Ece A, Ceylan A, Gürkan F, Dikici B, Bilici M, Davutoğlu M, Karaçomak Z.** Diyarbakır ve Çevresi Okul Çocuklarında Boy Kısalığı, Düşük Ağırlık ve Obezite Sıklığı. *Van Tıp Dergisi*, **2004** 11(4); 128-136.
14. **Dallar Y, Erdeve ŞŞ, Çakır İ, Köstü M.** Obezite Çocuklarda Depresyon ve Özgüven Eksikliğine Neden Oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, **2006**;48:1-3.
15. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2003. Erişim: [www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003). Erişim tarihi: 21/03/10.
16. **Patrick K, Norman GJ, Calfas KJ, Sallis JF, Zabinski MF, Rupp J, Cella J.** Diet, physical activity and sedentary behaviors as risk factors for overweight in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* **2004**;158(4): 385-390. Erişim: [www.outdoorfoundation.org/pdf/RiskFactorOverweight.pdf](http://www.outdoorfoundation.org/pdf/RiskFactorOverweight.pdf). Erişim tarihi: 21/03/2010
17. **Özmen D, Çetinkaya A, Ergin D, Şen Nesrin Ş, Erbay PD.** Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. *Kor Hek*, **2007**; 6(2): 98-105.



18. **Vicente-Rodriguez G, Libersa C, Mesana MI, Béghin L, Ilescu C, Aznar LAM, Dallongeville J, Gottrand F.** Healthy Lifestyl by Nutrition in adolcesce (HELENA). A New EU Funded Project. *Thérapie* **2007**; Mai-Juin; 62 (3): 259–270. Erişim: [www.journal-therapie.org](http://www.journal-therapie.org). Erişim tarihi: 21/08/2009.
19. **Demirel F, Bideci A, Çamurdan MO, Yeşilkaya E, Cinaz P.** Bilinçsiz Zayıflama Diyeti Uygulayan Ergen Kızlarda Gelişen Hipotroidi: Olgu Sunumu. *Sted*, **2005**; 14(8): 188-192.
20. **Piyal B.** Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Muğla/Marmaris, **2006**: 26-27.
21. **Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F.** Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **2005**; 9(2): 26-34.
22. **Güngör İ, Hotun Şahin N.** Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. Mayıs-Haziran Temmuz-Ağustos **2006**; 6- 13.
23. **Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY.** Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**;6(6): 409-420. Erişim: [www.korhek.org/makale.php?mno=318](http://www.korhek.org/makale.php?mno=318). Erişim tarihi: 21/08/2010.
24. **Erbil N, Divan Z, Önder P.** Ergenlerin Benlik Saygısına Ailelerinin Tutum ve Davranışlarının Etkisi. *Aile ve Toplum Dergisi*, **2006**; 3(10): 7-15.
25. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenirliği Daire Başkanlığı. *Ergenlerde Sağlıklı Beslenme Hareketli Yaşam*. Ankara, Sinem Matbaacılık, **2006**: 1-31.
26. **Özcebe H.** Adolesanlar ve Riskli Davranışlar. I. Adolesan Sağlığı Kongresi. Ankara, 2006: 46-47
27. **Mollamahmutoğlu L.** Adolesana Yaklaşım. I. Adolesan Sağlığı Kongresi. Ankara, 2006: 104-113.
28. **Ercan O.** Adolesana Yaklaşım. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* No: 43, **Mart 2005**; s: 23-27.
29. **Ünal PC, Kaya ÇA, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A.** Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2007**; 27: 567-576. Erişim: <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/abstract-tr>. Erişim tarihi: 21/08/2009.
30. **Büyükgebiz A.** *99 Sayfada Erken Egenlik*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, **2008**: 17-26.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. *21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Ankara, Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti, Aralık, **2007**: 36-45.
32. **Çuhadaroğlu F.** Ergenlikte Psikososyal Gelişim. I. Adolesan Sağlığı Kongresi. Ankara, 2006: 32-45.
33. **Ercan O.** Adolesanın Psikososyal Gelişimi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* No: 43, **Mart 2005**; s: 17-21.
34. **Yiğit R.** *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme*. Ankara: Sistem Ofset, 2009: 177-197.
35. **Büyükgebiz A.** Adolesanlarda Fiziksel ve Cinsel Gelişim. I. Adolesan Sağlığı Kongresi. Ankara, 2006: 35-39.
36. **Aydın B.** *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*. 2. Baskı, İstanbul: Atlas Yayın ve Dağıtım, **2005**.
37. **Koç M.** Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2004**;17(2): 231-256.

38. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi. [www.tusak.saglik.gov.tr](http://www.tusak.saglik.gov.tr) (Erişim tarihi: 12.10.2009).
39. **Örsel S, Canpolat BI, Akdemir A, Özbay H.** Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**;15(1): 5-15.
40. **Esenay Işık F, Conk Z.** Medya ve Çocuk: Hemşirelik Tanıları Doğrultusunda Bir İnceleme. *Aile ve Toplum Dergisi*, **2006**; 3(10): 91-102.
41. **Türk M, Gürsoy ŞT, Engin I.** Kentsel Bölgede Lise 1. Sınıf Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları. *Genel Tıp Dergisi*, **2007**;17(2): 81-87.
42. **Siyez DM.** Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi ile İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2006**;20: 21-27.
43. **Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö.** Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2008**;7(6): 497-502. Erişim: [www.korhek.org/khb/khb\\_007](http://www.korhek.org/khb/khb_007). Erişim tarihi: 21/08/2010.
44. **Önal E. ve ark.** İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerin Kendi Sağlıklarını Algılama Düzeyi ve Bildikleri Sağlık Sorunları. *Nobel Med*, **2009**;5(2): 24-28.
45. **Maurer FA, Smith CM.** *Community/Health Nursing Practice. Health for Families and Populations*. 3<sup>rd</sup> Ed. Elsevier Saunders Copyright, **2005**.
46. **Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S.** Sağlık Geliştirilmesi (Health Promotion) Dünyada ve Türkiye’de Durum. *İst Tıp Fak Dergisi*, **2009**;72: 29-35.
47. **Demirci A, Ekinci H, Dikici MF.** *Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge ile Dünya Sağlık Bildirgelerinin İçeriklerinin Karşılaştırılması*. Erişim: [www.ailehekimligidergisi.org.tr](http://www.ailehekimligidergisi.org.tr). Erişim tarihi: 06.09.2009.
48. **Durmuş O.** 2000’lerin Türkiye’inde Sağlık. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, **2001**;6(39): 11-23.
49. **Tabak R.S.** Sağlık Kültürü ve Gençlik. <http://www.toplumsagligi.com>. Erişim tarihi: 30.12.2008.
50. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık, **2008**.
51. **Alikaşifoğlu M.** Adolesana Verilmesi Gerken Temel Sağlık Hizmetleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* No: 43, **Mart 2005**; s: 29-38.
52. **Gür K, Yıldız A, Erol S, Yurt S, Ergün A, Kadioğlu H, Kolaç N, Adana F.** Bir İlköğretim Okulunda Omaha Problem Sınıflandırma Listesine Göre Öğrencilerin Sağlık Problemleri. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2008**(3): 1-14.
53. **Görpeliöğlu S.** Sağlıklı Yaşam Tarzı ve Davranış Değişikliği. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, **2009**;Tanıtım sayısı:36-42.
54. **Tokgöz E.** Kadın Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2002**.
55. **Tabak RS, Akköse K.** Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2006**;5(2): 118-130.
56. **Tanrıverdi G, Bedir E, Seviğ Ü.** Cinsiyetin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşler Üzerindeki Etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**;6(6): 435-440.

57. **Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.** *Health Promotion in Nursing Practice.* 4<sup>nd</sup> Ed., New Jersey: Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, **2002.**
58. **Kurbanoglu S.** Self-efficacy: A Concept Closely Linked to Information Literacy and Lifelong Learning. *Journal of Documentation*, **2003**;59(6) .
59. **Yigitbas Ç, Yetkin A.** Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Özyeterlilik Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**:7(1)
60. **Ulupınar Alıcı S, Sarıkaya Ö.** Sağlık Davranışlarının Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, **2009**;2(3): 95-101.
61. **Öz F.** Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj San ve Dış Tic. AŞ, **2004.**
62. **Birol L.** *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım.* 3. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık, **2004.**
63. **Erginöz E, Alikashioglu M, Ercan O, Uysal O, Ercan G, Albayrak Kaymak D, İltter O.** Perceived Health Status in a Turkish Adolescent Sample: Risk and Protective Factors. *Eurj Pediatr*, **2004**;163: 485-496. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15160291>. Erişim tarihi: 21/09/2008.
64. **Clark MJ.** *Nursing in the Community/ Dimensions of Community Health Nursing.* 3<sup>rd</sup> Ed. Appleton&Lange, **1998**: 102-104.
65. **Ergül Ş.** Yoksulluk Sağlık İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**;8(2): 95-104.
66. **Smith C, Maurer F.** *Community Health Nursing. Theory And Practice.* 2<sup>nd</sup> Ed. WB Saunders Company, **2000.**
67. **Zaybak A, Fadiloğlu Ç.** Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**;20(1): 77-95.
68. **Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Çınar B, Öz F, Kankaya FC.** Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Koruyucu Hekimlik Dergisi*, **2008**;7(1): 59-64.
69. **Güven Ö, Öncü E.** Beden Eğitimi ve Spora Katılımda Aile Faktörü. *Aile ve Toplum Dergisi*, **2006**;3(10): 81-90.
70. **Koçoğlu D, Akın B.** Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, **2009**;2(4): 145-154.
71. **Çenesiz E, Atak N.** Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli İle Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(6): 427-434.
72. **Uskun E, Öztürk M, Kışıoğlu AN, Kırbıyık S, Demirel R.** İlköğretim Öğrencilerinde Obesite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2005**;12(2): 19-25.
73. **Ertem F, Sezer Ö.** Üniversite 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Kendini Gerçekleştirme Engel Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, Malatya, **2004**: 1-15
74. **Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**;12(1): 1-12.

75. **Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Kanak D, Pırlak B, Güneş D.** Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2009**;16(2): 75-81.
76. **Baltacı G, Düzgün İ.** *Adolesan ve Egzersiz*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, **2008**, Ankara, Klasmat Matbaacılık.
77. **Baltacı G.** *Obezite ve Egzersiz*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara: Klasmat Matbaacılık, **2008**.
78. **Sevimli D.** Erişkinlerde Fiziksel Aktivite- Beden Kitle İndeksi İlişkisinin Araştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2008**;7(6): 523-528.
79. **Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B.** Ankara Merkez İlçeler İlköğretim Okulları Çalışanlarının Sağlık Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2006**;5(2): 83-93.
80. **Yosmaoğlu B, Baltacı G.** Obez Adolesanlarda 12 Haftalık Aerobik Egzersiz Eğitiminin Etkileri. I. Adolesan Sağlığı Kongresi Posterleri. Ankara, **2006**: 256-257 Erişim: <http://ergen.org.tr> (Erişim tarihi:10.09.2010).
81. T.C Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları. MEGEP ( Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi). *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Süt, Oyun, Okul ve Ergenlik Döneminde Beslenme*. Ankara, **2007**, s: 49-53. Erişim: <http://megep.meb.gov.tr>. Erişim: 21/10/2009.
82. **Aksöz B.E.** 6-16 Yaş Okula Giden Çocuklarda Beslenme Alışkanlıklarının Büyüme Gelişme ve Obezite Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, **2006**.
83. **Sencer E, Orhan Y.** *Klinik Beslenme*. İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2005**: 451-554.
84. **Kutluay M T.** Adolesan Dönemde Beslenme. I. Adolesan Sağlığı Kongresi. Ankara, **2006**: 191-102.
85. **Garipağaoğlu M, Özgüneş N.** Okullarda Beslenme Uygulamaları. *Çocuk Dergisi*, **2008**; 8(3): 152-159.
86. **Babaoğlu K, Hatun Ş.** Çocukluk Çağında Obezite. *Sted Dergisi*, **2002**; 11(1): 8-10.
87. **Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A.** Adolesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(10): 165-181
88. **Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S.** Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obesite Sıklığının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2009**;8(1): 5-12.
89. **Dişçigil G.** Günümüzün Çocukluk ve Adolesan Çağı Epidemisi: Obezite. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, **2007**; 11(2): 92-96.
90. **Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar Başkan S, Adıyaman P, Öcal G.** Ankara'da Bir İlköğretim ve Lisede Obezite Sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **2005**;58: 163-166.
91. **Anamur Uğuz M, Bodur S.** Konya İl Merkezinde Ergenlik Öncesi ve Ergen Çocuklarda Aşırı Ağırlık ve Şişmanlık Durumunun Demografik Özelliklerle İlişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, **2007**;17(1): 1-7.
92. **Baltacı G.** Obezite Tedavisinde Egzersizin Yeri. I. Adolesan Sağlığı Kongresi. Ankara, 2006: 123-126.
93. **Güçlü N.** Stres Yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2001**; 21(1): 91-109.
94. **Özmen M, Önen B.** Stresle Başa Çıkma Yolları. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, **2005**, Sempozyum No; 47: 171-180.

95. **Temel E, Bahar A, Çuhadar D.** Öğrenci Hemşirelerin Stresle Baş Etme Tarzları ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**;2(5): 107-118.
96. Stres Nedir. Erişim: [www.ku.edu.tr](http://www.ku.edu.tr). Erişim tarihi: 07.08.2009
97. Stres ve Stresle Baş Etme Yolları. Erişim: [www.nccogpdm.odtu.edu.tr](http://www.nccogpdm.odtu.edu.tr). Erişim tarihi: 28/08/2009
98. **Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F.** Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2008**;51: 1-14.
99. **Aslan C, Ceviz D.** Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevelansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2007**;21(5): 211-207.
100. **Esenay FI, Yiğit R, Erdoğan S.** Turkish Mothers' Perceptions of Their Children's Weight. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*
101. **Esin N.** Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **1997**.
102. **Akça Ş.** Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, **1998**.
103. **Cheung PCH, Ip PLS, Lam ST, Bibby H.** A Study on Body Weight Perception and Weight Control Behaviors Among Adolescents in Hong Kong. *Hong Kong Medicine Journal*, **2007**;13: 16-21.
104. **Kabur NO, Derman O, Kinik E.** Prevalence of Obesity in Adolescents and the Impact of Sexual Maturation Stage on Body Mass Index in Obese Adolescents. *Adolesc Med Health*, **2002**;14: 61-65.
105. **Uçkun Kitapçı A, Teziç T, Fırat S, Sipahi T, Barrier R, Edwards LJ, Calikoglu AS.** Obesity Type 2 Diabetes Mellitus: a Population-Based Study of Adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, **2004**;17(12): 1633-1640. Erişim: <http://cel.isinowledge.com>. Erişim tarihi: 21/8/2009.
106. **Kutlu R, Çivi S, Köroğlu DE.** Fatih Sultan Mehmet İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2008**; 7(3): 205-212.
107. **Taşçı E, Sevil Ü, Çoban A.** Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 20 (1): 1-10.
108. **Öztürk S, Aksu S, Aydın T, Metinoğlu M.** Namık Kemal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Muğla/Marmaris, **2006**: 111.
109. **Özbaşaran F, Çetinkaya Çakmakçı A, Güngör N.** Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**;7(3): 43-55.
110. **Öner N, Vatanserver U, Sari A, Ekuklu E, Guzel A, Karasalihoğlu S, Boris NW.** Prevalence of Underweight, overweight and obesity in Turkish Adolescents. *Swiss Med Wkly*, **2004**;134: 529-533. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Erişim tarihi: 18/08/2010.
111. **Öksüz E, Şimşek AD, Mutlu ET, Malhan S.** Üniversite Öğrencilerinde Beden Algısı ve Geleceğe Yönelik Kilo İle İlgili Planları. I. Adolesan Sağlığı Kongresi Posterleri, Ankara, **2006**: 258-259.
112. **Akış N, Pala K, İrgil E, Aydın N, Aksu H.** Bursa İli Orhangazi İlçesi 6 Merkez İlköğretim Okulunda 6-14 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite. *Uludağ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2003**;29(3): 17-20.

113. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyi. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 2006;34(3):166-172. Erişim: [www.tkd.org.tr](http://www.tkd.org.tr). Erişim tarihi: 14.02.2010.
114. **Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp AS.** Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2003**;46(1): 7-30.
115. **Tuğut N. Bekar M.** Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**;11(3): 17-27.
116. **Oran TN, Turgay SA.** Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**;22(1): 281-291.
117. **Özkan S. Yılmaz E.** Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**;7(3): 89-106.
118. **Sanchez A, Norman GJ, Sallis JF, Calfas KJ, Cella J, Patric K.** Patterns and Correlates of physical Activity and Nutrition Behaviors in Adolescent. *American Journal of Preventive Medicine*, **2007**;32(2): 124-130. Erişim: <http://www.ajpm-online.net>. Erişim tarihi: 14/02/210.
119. **Anton SD, Perri MG, Riley JR.** Discrepancy Between Actual and İdeal Body Images İmpact on Eating and Exercise Behaviors. *Eating Behaviors 1*, **2000**: 153-160.
120. **Ter Bogt TFM, van Dorsselaer SAFM, Monshouwer K, Verdurmen, JEE, Engels RCME, Vollebergh WAM.** Body Mass Index and Body Weight Perception as Risk Factors for Internalizing and Externalizing Problem Behavior Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, **2006**;39: 27-34. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16781958>. Erişim tarihi: 05/09/2009.

## 8. EKLER

### 8.1. EK-1: ERGENLERİN KİLOLARI İLE İLGİLİ ALGILARI

Sevgili gençler,

Bu çalışma, sizin kendi kilonuzla ilgili görüşlerinizi almak için planlanmıştır. Sizlerin kilolarınızla ilgili görüşleriniz bizim için önemlidir. Bu veriler sizlere verilecek sağlık ve eğitim hizmetlerinde kullanılabilir değerli bilgiler olacaktır. Bu veriler, çalışma dışı amaçlar için kullanılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Meltem Karadamar

1. Okulun adı:
2. Kilonuz :..... Boyunuz: ..... BKİ:.....
3. Doğum tarihiniz (gün/ay/yıl): ...../...../.....
4. Cinsiyetiniz: Kız ( ) Erkek ( )
5. Annenizin yaşı:.....
6. Annenizin kilosu: ..... Annenizin boyu:.....
7. Babanızın yaşı:.....
8. Babanızın kilosu: ..... Babanızın boyu:.....
9. Annenizin öğrenim durumu:  
 Okur-yazar değil  
 İlköğretim  
 Lise  
 Üniversite ve üstü
10. Annenizin işi:  
 Ev hanımı  
 Memur/ İşçi  
 Serbest meslek  
 Diğer (açıklayınız).....
11. Babanızın öğrenim durumu:  
 Okur-yazar değil  
 İlköğretim  
 Lise  
 Üniversite ve üstü
12. Babanızın işi:  
 Çalışmıyor  
 Memur/ İşçi  
 Serbest meslek  
 Diğer (açıklayınız).....
13. Aile yapısı:  
 Çekirdek (Anne + Baba + Çocuk)  
 Geniş Aile  
 Tek Ebeveynli Aile
14. Kaç kardeşiniz?.....

15. Anne ( ) Öz ( ) Üvey  
Baba ( ) Öz ( ) Üvey

16. Aile geliriniz:  
( ) 500 Ytl ve altı  
( ) 500-1000 Ytl  
( ) 1000-1500 Ytl  
( ) 1500-2000 Ytl  
( ) 2000 ve üstü

17. Sosyal güvenceniz:  
( ) Sosyal güvencesi yok  
( ) Emekli Sandığı  
( ) SSK  
( ) Bağ-Kur  
( ) Yeşil Kat

18. Son altı ayda kilonuzda bir değişiklik oldu mu?  
( ) Evet kilo aldım  
( ) Evet kilo verdim  
( ) Kilom değişmedi  
( ) Bilmiyorum

19. Kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?  
( ) Evet  
( ) Hayır

20. Şu andaki kilomdan....  
( ) Endişeli değilim  
( ) Biraz endişeliyim  
( ) Endişeliyim  
( ) Oldukça endişeliyim  
( ) Çok endişeliyim

21. Gelecekte kilolu olacağımdan....  
( ) Endişeli değilim  
( ) Biraz endişeliyim  
( ) Endişeliyim  
( ) Oldukça endişeliyim  
( ) Çok endişeliyim

22. Kilomu yaşitlarımla kıyasladığımda;  
( ) Daha zayıf olduğumu düşünüyorum  
( ) Aynı kiloda olduğumu düşünüyorum  
( ) Daha kilolu olduğumu düşünüyorum

23. Yediğim gıdaları yaşitlarımla kıyasladığımda;  
( ) Daha sağlıklı beslendiğimi düşünüyorum  
( ) Hemen hemen aynı beslendiğimi düşünüyorum  
( ) Daha sağlıksız beslendiğimi düşünüyorum

24. Yediğim miktarı yaşitlarımla kıyasladığımda;  
( ) Daha çok yediğimi düşünüyorum  
( ) Hemen hemen aynı yediğimi düşünüyorum  
( ) Daha az yediğimi düşünüyorum



25. Aktivite düzeyimi (hareketlilik durumunu) yaşitlarımıla kıyasladığımda;

- Daha hareketli olduğumu düşünüyorum
- Hemen hemen aynı olduğumu düşünüyorum
- Daha hareketsiz olduğumu düşünüyorum

26. Bugüne kadar kilonuzu kontrol etme girişiminiz oldu mu?

- Evet
- Hayır

27. Kilonuzu kontrol etmek için aşağıdakilerden en çok hangisini denediniz?

- Hiçbir şey, çünkü kilolu olduğumu düşünmüyorum
- Yağ oranı yüksek yiyecekleri kısıtladım (cips, dondurma, kurabiye, şeker)
- Fast food yemeyi bıraktım (McDonalds, Burger King)
- Asitli içecek içmeyi bıraktım (Gazoz, kola)
- Aktivitelerimi arttırdım

28. Yediklerinizi kontrol etmekte zorluk yaşadınız mı?

- Evet
- Hayır

29. Bugüne kadar ailenizin kilonuzu kontrol etmek için girişimi oldu mu?

- Evet
- Hayır

30. Yanıtınız Evet ise aileniz aşağıdakilerden en fazla hangisini uyguladı?

- Daha fazla aktivitelere katılmam için desteklediler
- Diyet yemekler yemem için desteklediler
- Bir diyetisyenle görüşüp yardım almamı sağladılar

## 8.2. EK-2: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu anket sizin şu anki yaşam biçiminizi ve kişisel alışkanlıklarınızla ilgili sorular içermektedir. Lütfen her soruya elinizden geldiğince doğru cevaplar vermeye çalışınız ve hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Soruları kendinize en yakın cevabı yuvarlak içine alarak yanıtlayınız.

A- Asla      B- Bazen      S- Sık sık      D- Düzenli olarak

1. Bana yakın insanlarla sorunlarımı ve endişelerimi tartışırım.	A	B	S	D
2. Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim.	A	B	S	D
3. Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım.	A	B	S	D
4. Planlı bir egzersiz programı izlerim.	A	B	S	D
5. Uyku ihtiyacımı karşılarım.	A	B	S	D
6. Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	A	B	S	D
7. Başkalarının başarılarını överim.	A	B	S	D
8. Şeker ve şeker içeren yiyecek(tatlı) kullanımını kısıtlarım.	A	B	S	D
9. Sağlığı geliştirici makaleleri okur ve T.V. programlarını izlerim.	A	B	S	D
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dk ve daha fazla süre ile egzersiz uygularım. ( örnek olarak hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma ...)	A	B	S	D
11. Her gün gevşemeye zaman ayırırım.	A	B	S	D
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum.	A	B	S	D
13. Başkaları ile anlamlı ve doyurucu ilişkiler kurarım.	A	B	S	D
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç ya da makarna yerim.	A	B	S	D
15. Önerilerini anlamak için sağlık personeline sorular sorarım.	A	B	S	D
16. Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım.	A	B	S	D
17. Hayatımdaki değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.	A	B	S	D
18. Geleceğe umutla bakarım.	A	B	S	D
19. Kendime, yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım.	A	B	S	D
20. Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim.	A	B	S	D

21. Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci bir kimseye danışırım.	A	B	S	D
22. Boş zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktivitelere katılırım.	A	B	S	D
23. Yatma zamanında hoş şeyler düşünürüm.	A	B	S	D
24. Kendimi mutlu, kendimle barışık hissederim.	A	B	S	D
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermede zorlanmam.	A	B	S	D
26. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.	A	B	S	D
27. Sağlık problemlerimi sağlık personeliyle tartışırım.	A	B	S	D
28. Haftada üç kez gerilme hareketleri yaparım.	A	B	S	D
29. Stresimi kontrol etmek için özel metotlar kullanırım.	A	B	S	D
30. Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım.	A	B	S	D
31. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.( aile üyelerinize sarılmak, arkadaşlarınızla tokalaşmak gibi )	A	B	S	D
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt ya da peynir yerim.	A	B	S	D
33. Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretleri için incelerim.	A	B	S	D
34. Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım. ( öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak gibi)	A	B	S	D
35. Okul ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim.	A	B	S	D
36. Her bir günü zorlayıcı ve enteresan bulurum.	A	B	S	D
37. Yalnız kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum.	A	B	S	D
38. Et, balık, bakliyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim.	A	B	S	D
39. Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım.	A	B	S	D
40. Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim.	A	B	S	D
41. Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım.	A	B	S	D
42. Hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım.	A	B	S	D
43. Çevremdeki kişilerden destek görürüm.	A	B	S	D

44.Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerik bölümünü gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum.	A	B	S	D
45.Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım.	A	B	S	D
46.Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşırım.	A	B	S	D
47.Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım. (planlı hareket ederim)	A	B	S	D
48.Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissederim.	A	B	S	D
49.Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim.	A	B	S	D
50.Kahvaltı yaparım.	A	B	S	D
51. Gerektiğinde yönlendirme veya danışmanlık ararım.	A	B	S	D
52.Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım.	A	B	S	D

### 8.3. EK-3

**T.C.**  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**ETİK KURUL KARARLARI**

<b>Karar Tarihi</b>	<b>Toplantı Sayısı</b>	<b>Karar Sayısı</b>
<b>21.11.2008</b>	<b>09</b>	<b>2008/122</b>

Fakültemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Rana YİĞİT'in yürütücüsü olduğu Etik Kurul çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Fakültemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Rana YİĞİT'in yürütücüsü olduğu "Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi" adlı çalışmanıza onay verilmesine oy birliği ile karar verildi.

(İmza)  
Prof.Dr.Orhan SEZGİN  
(Katılmadı)  
Prof.Dr.İlter UZEL  
(Katılmadı)  
Prof.Dr. Bahar TUNÇTAN  
(İmza)  
Prof.Dr. Öznur DÜZOVALI  
(Katılmadı)  
Prof.Dr. Hakan ÖZTÜRK  
(İmza)  
Doç.Dr.Kemal YAZICI  
(İmza)  
Doç.Dr.Gülçin ESKANDARI

(Katılmadı)  
Doç.Dr.Kemal GÖRÜR  
(Katılmadı)  
Doç.Dr.Ayşe POLAT  
(İmza)  
Doç.Dr.Tahsin ÇOLAK  
(İmza)  
Doç.Dr.Demir APAYDIN  
(İmza)  
Doç.Dr.Nursel G.BİLGİN  
(Katılmadı)  
Yrd.Doç.Dr.İsmail ÜN

**ASLI GIBİDİR**





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	"Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algıların ve Sağlıkla Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi"
	SORUMLU ARAŞTIRCI ÜNVANI/ADE	Yrd.Doç.Dr.Rana YIGİT
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	
	FAZİ	
	ARAŞTIRMA YA KATILAN MERKEZLER	<input type="checkbox"/> Tek Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	Tarih :
	Fakültemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Rana YIGİT'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen çok merkezli araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin say birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLER

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KLAVUZU
---------------	--------------------------------

ÜVELER	
--------	--

Ünvanı/Adı /Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Gösiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof.Dr. Orhan SEZGİN	İç Hastalıkları Gastroenteroloji	ME.Ü.T.F İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof.Dr. İter UZEL	Deontoloji	Ç.Ü. T.F Deontoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık Farmakoloji	ME.Ü.Ecz.F Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr. Öznur DÜZOVALI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	ME.Ü.T.F Çocuk Sağ.ve Hast.A.D	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr. Hakan ÖZTÜRK	Anatomi	ME.Ü.T.F Anatomi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. Gülçin ESKANDARI	Biyokimya	ME.Ü.T.F Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. Kemal YAZICI	Psikiyatri	ME.Ü.T.F Psikiyatri A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. Kemal GÖRÜR	Kulak Burun Boğaz	ME.Ü.T.F KBB A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. F.Demir APAYDIN	Radyoloji	ME.Ü.T.F Radyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. Ayşe POLAT	Patoloji	ME.Ü.T.F Patoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. Tahsin ÇOLAK	Genel Cerrahi	ME.Ü.T.F Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. Nursel GAMSIZ BİLGİN	Adli Tıp	ME.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr. İsmail ÜN	Farmakoloji	ME.Ü.T.F Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

\* Araştırma ile ilişkisi

\*\* Toplantıda Bulunma

## ÖZGEÇMİŞ

23 Şubat 1980 yılında Tarsus'ta doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini aynı ilçede tamamladı. 1998-1999 öğretim yılında İstanbul Florence Nightingale Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde yüksek öğrenimine başladı. 2002 yılında mezun oldu. 2002 yılı kasım ayında Adana Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde klinik hemşiresi olarak göreve başladı. Daha sonra 2009 yılında aynı üniversitenin aferez ünitesinde Aferez kullanıcısı olarak görevine devam etti. 2006 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başladı. Araştırmacı halen Balcalı Hastanesi Aferez ünitesinde çalışmaktadır.